



ALTEMS
ADVISORY

SCIENCE ECONOMICS LIFE

Spin off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

REPORT

POLICY PAPER

FORUM CARDIOVASCOLARE



Contributi

Autori

Di Pippo S.¹, Antonelli V.², Basile M.¹, Calosci E.M.¹, De Chiara C.¹, De Medio E.¹, Di Bidino R.³, Di Brino E.¹, Fortunato A.¹, Laurita R.¹, Petrangolini M.T.³, Rumi F.¹, Sacchini D.^{1,3}, Sciomenta I.¹, Xoxi E.⁴

¹Altems Advisory, spin-off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

²Università di Catania

³Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore

⁴Independent Senior Scientific Advisor

Data di pubblicazione

Maggio 2026

Si prega di citare il report:

"Di Pippo S., Antonelli V., Basile M., Calosci E.M., De Chiara C., De Medio E., Di Bidino R., Di Brino E., Fortunato A., Laurita R., Petrangolini M.T., Rumi F., Sacchini D., Sciomenta I., Xoxi E. Policy Paper Forum Cardiovascolare, Altems Advisory, 2026".

Informazioni

info@altemsadvisory.it

Disclosure

Il presente elaborato è stato realizzato grazie al contributo non condizionante di Bayer.

In collaborazione con:

Associazioni pazienti

- Associazione Italiana Amiloidosi (fAMY Onlus)
- Associazione Italiana Diabetici ODV (FAND)
- Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati (Feder A.I.P.A.)
- Associazione Italiana Scompensati Cardiaci (AISC)
- Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale (A.L.I.Ce Onlus)
- Conacuore
- Diabete Italia
- Federdiabete Lazio
- Fondazione Italiana per il Cuore (FIPC)
- Fondazione Italiana per il Rene (FIR)
- Forum Trapiantati

Società scientifiche

- Associazione Medici Diabetologi (AMD)
- Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
- Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI)
- Federfarma
- Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM)
- Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI)
- Società Italiana di Cardiologia (SIC)
- Società Italiana di Diabetologia (SID)
- Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)
- Società Italiana di Medicina Interna (SIMI)
- Società Italiana di Nefrologia (SIN)

Indice

Abbreviazioni	5
Lista Tabelle	6
Lista Figure	6
<i>Executive summary (English version)</i>	7
<i>Executive summary</i>	9
Introduzione e obiettivo.....	11
Metodi.....	13
Risultati	15
Revisione della letteratura.....	15
Epidemiologia e quadro di riferimento delle malattie cardio-nefro-metaboliche	15
Quadro normativo e di <i>policy</i>	22
Implicazioni funzionali, psicosociali e qualità di vita	26
Innovazione tecnologica, diagnostica e medicina di precisione	28
Impatto economico e sostenibilità	29
Complessità organizzativa e modelli di presa in carico.....	31
Forum Cardiovascolare: proposte operative.....	34
Pilastro organizzativo	34
Pilastro tecnologico.....	40
Pilastro sociale.....	43
Conclusioni.....	45
ALLEGATO 1: Carta dei diritti e delle responsabilità delle persone affette da patologie cardio-nefro-metaboliche	47
1. Preambolo.....	47
2. I diritti dei pazienti.....	48
3. Il diritto alla partecipazione.....	49
4. Le responsabilità dei cittadini e del sistema sanitario.....	50
4A. Le responsabilità dei cittadini	51
4B. La responsabilità del mondo sanitario.....	52
Bibliografia	54

Abbreviazioni

AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ATTR-CM	Amiloidosi cardiaca mediata da transtiretina
CE	Commissione europea
CKD	Malattia renale cronica
CKM	<i>Cardiovascular-Kidney-Metabolic syndrome</i>
CNM	Cardio-nefro-metabolico/malattie cardio-nefro-metaboliche
CVD	Malattie cardiovascolari
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
ECG	Elettrocardiogramma
EDS	Ecosistema dei Dati Sanitari
EHDS	<i>European Health Data Space</i>
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
NCD	Malattie non trasmissibili
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PIL	Prodotto Interno Lordo
POC	Punti di assistenza
PRO	<i>Patient Reported Outcome</i>
PT	Piano Terapeutico
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UE	Unione europea

Lista Tabelle

Tabella 1 – <i>Dashboard</i> sui fattori di rischio cardiovascolare (OCSE, 2025).....	16
Tabella 2 – <i>Governance</i> dei CVD Plans nell'UE (OCSE, 2025).....	18
Tabella 3 – <i>Policy</i> nazionale per la multi-morbidità (OCSE, 2025)	22
Tabella 4 – Proposte pilastro organizzativo	34
Tabella 5 – Proposte pilastro tecnologico	40
Tabella 6 – Proposte pilastro sociale.....	43

Lista Figure

Figura 1 – Prevalenza delle condizioni croniche (OCSE, 2025)	19
Figura 2 – Persone con almeno una malattia cronica in Italia (ISTAT, 2024)	20
Figura 3 – Persone con almeno due malattie croniche in Italia (ISTAT, 2024)	20
Figura 4 – Malati cronici affetti da diabete, ipertensione e malattie del cuore in Italia (ISTAT, 2024)	21
Figura 5 – Fattori sociali e demografici 1 (OCSE, 2025)	27
Figura 6 – Fattori sociali e demografici 2 (OCSE, 2025)	27

Executive summary (English version)

Cardio-nephro-metabolic (CNM) diseases represent one of the major epidemiological, organisational and economic challenges of our time. The Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) syndrome paradigm recognises the integrated clinical trajectory linking heart, kidney and metabolism, moving beyond the traditional single-organ approach. In Italy, over 9.6 million people live with cardiovascular or metabolic conditions, with approximately 880,000 new cases per year, while globally cardiovascular diseases cause more than 17 million deaths annually.

The Cardiovascular Forum, promoted by Altems Advisory with the unconditional contribution of Bayer, brought together scientific societies, patient associations, institutions and companies in a multi-stakeholder process articulated across four meetings held between July and November 2025. The aim is to build a shared vision and concrete operational proposals to improve prevention, diagnosis, care and continuity of care in the CNM area.

The Italian context reveals structural weaknesses: the absence of updated national Diagnostic-Therapeutic-Assistential Pathways (PDTA) for the systemic CNM framework, lack of interoperability across health information systems, insufficient integration between primary care, specialist and hospital services, limited use of telemedicine, and marked regional variability. Fewer than 10% of high-risk diabetic patients undergo annual albuminuria testing, and conditions such as heart failure or transthyretin-mediated cardiac amyloidosis (ATTR-CM) are often diagnosed at an advanced stage. From an economic standpoint, the cost of cardiovascular diseases in the EU reached EUR 282 billion in 2021, with a per capita expenditure of EUR 630 per European citizen.

The Forum's operational proposals are structured around three pillars:

- **Organisational pillar.** The strategic focus is proximity prevention: CNM screening programmes in everyday settings (schools, workplaces, prisons), strengthening the role of the General Practitioner as the stable clinical coordinator of the care pathway, enhancing the role of community pharmacies as first-level health access points, and redefining Community Health Centres as "Prevention Centres". Further proposals include the establishment of a shared national registry for CNM patients, simplification of Therapeutic Plans (PT), and the structured inclusion of CNM conditions within the Essential Levels of Care (LEA), to eliminate regional disparities.
- **Technological pillar.** Three areas of intervention: the development of a unified, interoperable and real-time Electronic Health Record (EHR/FSE); equitable and timely access to innovative therapies through national coordination between the Italian Medicines Agency (AIFA), the EHR and pharmacies; and the strengthening of general practice with digital tools for proactive monitoring of therapeutic adherence and reduction of avoidable hospitalisations. A key enabling factor is the full implementation of the Health Data Ecosystem (EDS) across all regions, in line with the principles of the European Health Data Space (EHDS).
- **Social pillar.** The goals are to ensure equitable access to innovative medicines, diagnostics and telemedicine across the country; to recognise the active role of patients through the "Charter of Rights and Responsibilities of the Person with Cardio-Nephro-Metabolic Diseases"; to build patient networks and communities; and to invest in health education

and health literacy, with patient associations systematically involved in decision-making processes.

Among the main outcomes of the Forum is the Charter of Rights and Responsibilities of the Person with Cardio-Nephro-Metabolic Diseases, which stems from the recognition that the rights of CNM patients, although formally acknowledged in law, are not yet fully and uniformly applied in daily clinical and organisational practice. Drawing on the European Charter of Patients' Rights of 2002, the document is built around three core elements: non-negotiable rights (equitable access to care, continuity of care, prevention, management of complex conditions and access to innovation); the right to active participation of patients and their associations in decision-making processes; and shared responsibilities between citizens and the healthcare system. The Charter is intended as an operational reference tool to guide national and regional health policies and promote a person-centred model of care.

In summary, Italy already possesses the necessary regulatory, organisational and technological instruments (PNRR, Community Health Centres, Ministerial Decree 77/2022, EHR 2.0, pharmacy services), but their implementation remains uneven and incomplete. The Cardiovascular Forum demonstrates that a multi-stakeholder approach, grounded in sharing and participation, can generate concrete and far-reaching solutions. The shift from a reactive to a proactive, preventive and integrated model, centred on early diagnosis and the person, is the essential condition for effectively addressing the growing burden of CNM diseases and ensuring the long-term sustainability of the National Health Service (NHS).

Executive summary

Le malattie cardio-nefro-metaboliche (CNM) rappresentano una delle principali sfide epidemiologiche, organizzative ed economiche del nostro tempo. Il paradigma della *Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) syndrome* riconosce la traiettoria clinica integrata tra cuore, rene e metabolismo, superando l'approccio tradizionale per singolo organo. In Italia oltre 9,6 milioni di persone convivono con patologie cardiovascolari o metaboliche, con circa 880.000 nuovi casi l'anno, mentre a livello globale le malattie cardiovascolari causano oltre 17 milioni di decessi annui. Questo scenario evidenzia con chiarezza la necessità di un cambio di paradigma nella gestione della cronicità.

Il Forum Cardiovascolare, promosso da Altems Advisory con il contributo incondizionato di Bayer, ha riunito in un percorso *multi-stakeholder*, articolato in cinque incontri tra luglio 2025 e marzo 2026, società scientifiche, associazioni di pazienti, istituzioni e imprese. L'obiettivo è costruire una visione condivisa e proposte operative concrete per migliorare prevenzione, diagnosi, presa in carico e continuità assistenziale nell'area CNM.

Il percorso si configura quindi non solo come momento di confronto, ma come piattaforma strutturata di co-creazione di soluzioni.

Il contesto italiano evidenzia criticità strutturali: assenza di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) nazionali aggiornati per il quadro sistemico CNM, mancata interoperabilità dei sistemi informativi, insufficiente integrazione tra cure primarie, specialistica e ospedale, limitato utilizzo della telemedicina e marcata variabilità regionale. Meno del 10% dei pazienti diabetici ad alto rischio effettua annualmente il dosaggio dell'albuminuria, e condizioni come lo scompenso cardiaco o l'amiloidosi cardiaca mediata da transtiretina (ATTR-CM) vengono spesso diagnosticate in fase avanzata. A livello economico, il costo delle malattie cardiovascolari nell'Unione europea (UE) ha raggiunto 282 miliardi di euro nel 2021, con una spesa pro capite di 630 euro per cittadino europeo.

Nel loro insieme, queste criticità delineano un sistema ancora prevalentemente reattivo, con ampi margini di miglioramento sul fronte della prevenzione e della gestione integrata.

Le proposte operative del Forum si articolano lungo tre pilastri: una struttura che riflette le principali leve di trasformazione del sistema sanitario.

- **Pilastro organizzativo.** L'asse strategico è la prevenzione di prossimità: programmi di *screening* CNM nei luoghi di vita (scuole, luoghi di lavoro, carceri), potenziamento del ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) come coordinatore clinico stabile del percorso di cura, valorizzazione delle farmacie territoriali come presidi di salute di primo livello e ridefinizione delle Case della Comunità come "Case della Prevenzione". Si propone inoltre l'istituzione di un registro nazionale condiviso per il paziente CNM, la semplificazione dei Piani Terapeutici (PT) e l'inserimento strutturato delle CNM nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per eliminare le disomogeneità regionali. Questo pilastro mira a rafforzare la *governance* territoriale e a garantire una presa in carico continuativa e coordinata del paziente.
- **Pilastro tecnologico.** Tre assi di intervento: la realizzazione di un Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) unico, interoperabile e aggiornato in tempo reale; l'accesso equo e rapido alle terapie innovative attraverso il coordinamento nazionale tra Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), FSE e farmacie; il potenziamento della medicina generale con strumenti

digitali per il monitoraggio proattivo dell'aderenza terapeutica e la riduzione dei ricoveri evitabili. Elemento abilitante è la piena implementazione dell'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) in tutte le Regioni, in coerenza con i principi dell'*European Health Data Space* (EHDS). Il pilastro tecnologico rappresenta un fattore abilitante trasversale per l'integrazione dei percorsi e il miglioramento degli esiti.

- **Pilastro sociale.** Si punta a garantire equità di accesso a farmaci innovativi, diagnostica e telemedicina in tutto il Paese; a riconoscere il ruolo attivo del paziente attraverso la “Carta dei Diritti e delle Responsabilità della Persona con Patologie Cardio-Nefro-Metaboliche”; a costruire reti e comunità di pazienti; e a investire in educazione sanitaria e alfabetizzazione informativa, coinvolgendo stabilmente le associazioni nei processi decisionali. Questo pilastro sottolinea il ruolo centrale del paziente e della comunità nella costruzione di un sistema sanitario più equo e partecipato.

Tra gli esiti principali del percorso del Forum figura la Carta dei Diritti e delle Responsabilità della Persona con Patologie Cardio-Nefro-Metaboliche, la quale nasce dalla consapevolezza che i diritti dei pazienti con CNM, pur formalmente riconosciuti sul piano normativo, non trovano ancora piena e uniforme applicazione nella pratica clinica e organizzativa. Ispirandosi alla Carta Europea dei Diritti del Malato del 2002, il documento si articola attorno a tre elementi fondamentali: i) i diritti non negoziabili (accesso equo alle cure, continuità assistenziale, prevenzione, cura delle patologie complesse e accesso all'innovazione); ii) il diritto alla partecipazione attiva dei pazienti e delle loro associazioni nei processi decisionali; iii) le responsabilità condivise tra cittadini e sistema sanitario. La Carta si configura come uno strumento operativo di riferimento per orientare le politiche sanitarie nazionali e regionali e promuovere un modello assistenziale centrato sulla persona. Essa rappresenta inoltre un elemento chiave di allineamento tra principi normativi e pratica operativa.

In sintesi, l'Italia dispone già degli strumenti normativi, organizzativi e tecnologici necessari (PNRR, Case della Comunità, DM 77/2022, FSE 2.0, farmacia dei servizi), ma la loro attuazione rimane disomogenea e incompleta. Il Forum Cardiovascolare dimostra che un approccio *multi-stakeholder*, fondato sulla condivisione e sulla partecipazione, può generare soluzioni concrete e di ampio respiro. Il passaggio da un modello reattivo a uno proattivo, preventivo e integrato, centrato sulla diagnosi precoce e sulla persona, è la condizione essenziale per affrontare efficacemente il crescente *burden* delle CNM e garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La sfida principale diventa quindi quella di tradurre gli strumenti esistenti in implementazioni concrete, omogenee e misurabili su tutto il territorio nazionale.

Introduzione e obiettivo

Le malattie cardio-nefro-metaboliche (CNM), che comprendono le patologie cardiovascolari, renali e metaboliche nella loro interconnessione fisiopatologica, rappresentano una delle principali sfide di salute pubblica del nostro tempo, con un impatto crescente sulla qualità di vita delle persone e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. Le sole malattie cardiovascolari sono responsabili di un terzo di tutti i decessi annui nell'Unione europea (UE), circa 1,7 milioni nel 2022, e colpiscono una stima di 62 milioni di persone, con un peso economico complessivo stimato in circa 282 miliardi di euro l'anno, pari a circa il 2% del PIL europeo e all'11% della spesa sanitaria totale. Come documentato nel report OCSE *The State of Cardiovascular Health in the European Union* (2025), i progressi raggiunti nella riduzione della mortalità cardiovascolare negli ultimi decenni si sono rallentati, e in alcuni Paesi si è osservata un'inversione di tendenza, aggravata dall'impatto della pandemia COVID-19. Il rapporto, elaborato in stretta collaborazione con la Commissione europea (CE), ha offerto per la prima volta un'analisi sistematica e comparativa delle *performance* dei sistemi sanitari europei nella prevenzione e gestione delle CVD, evidenziando persistenti disuguaglianze geografiche, socioeconomiche e di genere, nonché significativi *gap* nella continuità assistenziale e nell'integrazione tra cure primarie e specialistiche.

Questo quadro evidenzia come, nonostante i progressi clinici e tecnologici, il *burden* cardiovascolare rimanga elevato e in parte non adeguatamente governato.

A partire dal 2022, l'UE ha avviato una progressiva strutturazione delle politiche cardiovascolari a livello continentale. Diversi Paesi membri, tra cui Spagna, Polonia, Irlanda e Portogallo, hanno adottato piani nazionali specifici per le malattie cardiovascolari, segnalando una tendenza verso approcci sempre più sistemici e integrati, capaci di abbracciare anche la dimensione metabolica e renale della cronicità. Le linee di indirizzo europee del 2024 hanno ulteriormente rafforzato questo orientamento, indicando come priorità strategiche la prevenzione primaria, l'equità di accesso alle cure, l'innovazione digitale e la riduzione delle disuguaglianze su base socioeconomica e di genere. Il culmine di questo percorso è rappresentato dal *Safe Hearts Plan* (2025), il primo piano strategico della CE, interamente dedicato alla salute cardiovascolare, che pone obiettivi quantitativi al 2035, tra cui la riduzione del 25% della mortalità cardiovascolare prematura, e articola l'azione in tre macroaree: prevenzione, *screening* e diagnosi precoce, trattamento e riabilitazione.

Nel complesso, emerge una chiara convergenza europea verso modelli integrati e orientati alla prevenzione.

A fronte di questo dinamismo europeo, l'Italia si caratterizza per l'assenza di un piano nazionale unico e integrato per la gestione delle CNM. La presa in carico di queste patologie sconta una forte frammentazione tra medicina generale, specialistica e ospedale, con una variabilità regionale marcata nell'attuazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e una limitata interoperabilità dei sistemi informativi. Pur disponendo di strumenti normativi e organizzativi già definiti (dal PNRR alle Case di Comunità, dal DM 77/2022 al Fascicolo Sanitario Elettronico, FSE, 2.0) la loro attuazione rimane disomogenea e incompleta.

Questo divario tra disponibilità di strumenti e loro effettiva implementazione rappresenta uno dei principali nodi critici del sistema italiano.

È in questo scenario che nasce l'idea di costruire uno spazio strutturato di confronto e proposta, capace di riunire attorno a un tavolo comune tutti i protagonisti della filiera della salute CNM:

associazioni di pazienti, società scientifiche, istituzioni pubbliche, politica ed imprese. L'iniziativa viene raccolta e sviluppata da Altems Advisory, *spin-off* dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che assume la regia scientifica e metodologica del progetto, con il contributo incondizionato di Bayer.

L'obiettivo è colmare il *gap* tra evidenze disponibili e applicazione concreta nelle politiche sanitarie.

Il Forum Cardiovascolare si struttura così come un percorso di lavoro *multi-stakeholder*, che ha visto la partecipazione di oltre venti organizzazioni, con l'obiettivo non di produrre nuove evidenze, ma di organizzare e sistematizzare le conoscenze esistenti in modo coordinato, traducendole in proposte operative concrete per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In questo senso, il Forum si configura come un'iniziativa orientata all'azione e all'impatto sul sistema.

Attraverso tre pilastri di lavoro, organizzativo, tecnologico e sociale, il Forum mira a definire soluzioni concrete capaci di incidere in modo sistemico sulla presa in carico del paziente lungo tutte le fasi del suo percorso.

Questa articolazione rappresenta la base metodologica su cui si sviluppa l'intero documento.

Metodi

Il Forum Cardiovascolare ha adottato un approccio *multi-stakeholder* strutturato, articolato in cinque incontri condotti tra luglio 2025 e marzo 2026, ciascuno progettato per coinvolgere in modo progressivo e complementare i diversi attori del sistema sanitario con l'obiettivo di ricostruire lo stato dell'arte, individuare criticità sistemiche e generare proposte operative concrete.

L'impostazione metodologica ha quindi combinato momenti di analisi, confronto e co-creazione, garantendo un coinvolgimento attivo e continuativo degli *stakeholder*.

Parallelamente al percorso partecipativo, i contenuti del *policy paper* sono stati sviluppati attraverso una revisione della letteratura scientifica e normativa di riferimento, con particolare attenzione alle evidenze epidemiologiche più recenti, ai documenti nazionali ed europei e agli studi di impatto economico e organizzativo. Le fonti bibliografiche sono state selezionate per supportare e contestualizzare quanto emerso nel corso degli incontri, integrando le evidenze disponibili con l'esperienza degli *stakeholder*.

Questo approccio ha permesso di affiancare evidenze scientifiche e conoscenza esperienziale, rafforzando la solidità delle analisi e delle proposte.

- Primo incontro — 16 luglio 2025

Il primo incontro ha riunito i rappresentanti delle principali società scientifiche (SID, AMD, FISM, SIN, FADOI, AMNCO, FOFI, SIMI, SIC, SIMG, Federfarma Lazio). L'obiettivo è stato comprendere come ciascuna di esse affronti le sfide legate al paziente CNM in termini di prevenzione, diagnosi, gestione delle comorbidità e aderenza alle terapie. La discussione ha permesso di valutare il grado di allineamento tra le priorità delle società scientifiche, le Conclusioni del Consiglio europeo del 14 novembre 2024 e la visione del Forum, di identificare le principali lacune della *governance* sanitaria, e di esplorare possibili interventi per migliorare l'*empowerment* del paziente, anche alla luce di barriere socio-culturali ed economiche ancora diffuse.

- Secondo incontro — 16 settembre 2025

Il secondo appuntamento ha rappresentato il lancio ufficiale del Forum Cardiovascolare. Oltre alla presentazione dello scenario AS IS, l'incontro si è configurato come un momento di confronto sostanziale, non limitato all'illustrazione dei dati e delle evidenze raccolte. Durante la tavola rotonda, i diversi *stakeholder* hanno contribuito attivamente alla discussione, portando prospettive ed esperienze complementari. Questo scambio ha arricchito la riflessione collettiva, consolidato la visione condivisa del contesto e orientato le priorità operative da affrontare nelle fasi successive del percorso.

- Terzo incontro — 16 ottobre 2025

Il terzo incontro ha assunto la forma di un Hackathon, una giornata intensiva di lavoro collaborativo pensata per trasformare le analisi e le idee raccolte nelle prime fasi in proposte operative concrete. Articolato in tre *round* (stato dell'arte, proposte operative e ricadute sul sistema) e strutturato in tre tavoli tematici (organizzativo, sociale e tecnologico), l'Hackathon ha offerto ai partecipanti un contesto neutrale e creativo nel

quale condividere esperienze, mettere in discussione modelli esistenti e costruire soluzioni innovative. Oltre a generare nuove idee, la giornata ha rappresentato un passaggio cruciale per sistematizzare e ordinare quanto emerso nei primi due incontri, fornendo la base conoscitiva e metodologica su cui elaborare le proposte del Forum.

- Quarto incontro — 12 novembre 2025
Il quarto incontro è stato dedicato alla validazione delle proposte. In un *focus group online*, associazioni di pazienti, società scientifiche, istituzioni e aziende hanno esaminato criticamente i risultati dell'Hackathon, contribuendo a consolidare la versione definitiva del documento di proposta. Questo passaggio ha assicurato coerenza, realismo e condivisione dell'impianto finale, rendendo il Forum Cardiovascolare un progetto realmente partecipato e orientato all'impatto.
- Quinto incontro – 5 marzo 2026
Nel corso del quinto e ultimo sono stati presentati gli avanzamenti del Forum e sottoposta a discussione la Carta dei diritti e delle responsabilità del malato cardio-nefro-metabolico, quale strumento di sintesi e impegno condiviso tra tutti gli *stakeholder* coinvolti.

Risultati

Revisione della letteratura

Epidemiologia e quadro di riferimento delle malattie cardio-nefro-metaboliche

Le condizioni cardiovascolari, renali e metaboliche (CNM) rappresentano oggi una delle principali sfide cliniche e di sanità pubblica del XXI secolo. L'inquadramento nella *Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) syndrome* (1–3) descrive un *continuum* fisiopatologico in cui l'evoluzione di ciascuna componente accelera il deterioramento delle altre, superando un approccio centrato sul singolo organo e imponendo una revisione dei modelli assistenziali.

A livello globale, le CNM configurano una vera pandemia non trasmissibile. Le malattie cardiovascolari (CVD) restano la prima causa di morte, con oltre 17 milioni di decessi annui e una proiezione superiore ai 23 milioni entro il 2030 (4). Tra il 2025 e il 2050 si prevede un aumento della prevalenza del 90% e dei decessi del 73,4%, fino a 35,6 milioni (5). Parallelamente, la malattia renale cronica (CKD) interessa circa il 13% della popolazione mondiale (6), mentre obesità e diabete di tipo 2 sono quadruplicati dagli anni Ottanta (7, 8). I fattori di rischio metabolici contribuiscono in misura crescente ai *Disability-Adjusted Life Year* (DALY) cardiovascolari (7, 9, 10) e, in assenza di interventi efficaci, la CKD diventerà la quinta causa di anni di vita persi entro il 2040 (6).

In Europa persistono marcate disuguaglianze geografiche. L'ESC Atlas 2023 evidenzia un netto gradiente tra Europa occidentale e orientale (11): nei Paesi dell'Europa occidentale e meridionale i tassi di mortalità cardiovascolare sono generalmente inferiori a 244 per 100.000 abitanti, mentre in Europa centrale e orientale superano frequentemente i 520 per 100.000. Nell'UE, il 74% dei DALY cardiovascolari è attribuibile a fattori modificabili, quasi il doppio rispetto a tutte le cause (38%) (5). Negli ultimi trent'anni, l'Europa occidentale ha ridotto la mortalità cardiovascolare di oltre il 60%, mentre nei Paesi orientali persistono elevati livelli di fattori di rischio (11, 12). Nonostante i progressi, le CVD restano la prima causa di morte nell'UE, con circa 1,7 milioni di decessi nel 2022 e 62 milioni di persone affette. La cardiopatia ischemica rappresenta circa un terzo dei decessi (547.000), seguita dalle malattie cerebrovascolari (350.000). I tassi di mortalità sono più elevati negli uomini, ma il numero assoluto di decessi è maggiore nelle donne, per effetto della maggiore longevità. Dal 2011 si osserva inoltre un rallentamento nella riduzione della mortalità, con impatto sull'aspettativa di vita. Le CVD incidono anche sulle età più giovani, rappresentando il 22% delle morti premature (<70 anni).

L'analisi OCSE 2025 evidenzia che il 76% dei decessi cardiovascolari nell'UE è attribuibile a fattori prevenibili, in larga parte metabolici (68%). Tra il 2012 e il 2022, la prevalenza del diabete è aumentata del 22%, l'ipertensione ha raggiunto il 22% e l'obesità interessa circa il 15% degli adulti. Persistono inoltre comportamenti non salutari (basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica, stress lavorativo) e differenze di genere (maggiore fumo negli uomini, maggiore inattività nelle donne). Questi fattori alimentano multimorbilità e complessità clinica, rendendo necessario il passaggio a modelli integrati, multidisciplinari e orientati alla prevenzione precoce (**Tabella 1**) (5).

Tabella 1 – Dashboard sui fattori di rischio cardiovascolare (OCSE, 2025)

Paese	Diabete (%)		Ipertensione (%)		Obesità (%)		Sintomi depressivi (%)		Over 65 (%)	
	2022	Δ 2012–22	2019	Δ 2014–19	2022	Δ 2017–22	2022	Δ 2012–22	2024	Δ 2000–24
Media UE	7.8	+22 ↑	22	+1 ↑	15	-1 ↓	27	-9 ↓	22	+23 ↑
Austria	5.2	+3 ↑	22	+3 ↑	18	+18 ↑	22	+7 ↑	20	+32 ↑
Belgio	6.7	+46 ↑	17	+5 ↑	16	+7 ↑	32	+6 ↑	20	+17 ↑
Bulgaria	10.8	+37 ↑	30	0 →	12	-17 ↓	26	NA →	24	+48 ↑
Croazia	9.1	+31 ↑	37	+52 ↑	17	-8 ↓	26	NA →	23	+44 ↑
Cipro	7.3	0 →	19	+9 ↑	14	-8 ↓	19	NA →	18	+61 ↑
Cechia	7.7	+18 ↑	26	+11 ↑	18	-13 ↓	28	+10 ↑	21	+47 ↑
Danimarca	2.3	-14 ↓	19	+7 ↑	19	+8 ↑	20	+23 ↑	21	+38 ↑
Estonia	8.8	+40 ↑	23	+2 ↑	22	+5 ↑	35	-13 ↓	20	+36 ↑
Finlandia	7.4	+30 ↑	27	+10 ↑	22	+6 ↑	26	NA →	23	+56 ↑
Francia	2.7	-35 ↓	17	+15 ↑	15	-1 ↓	32	-6 ↓	21	+34 ↑
Germania	6.6	-2 ↓	26	-8 ↓	19	-4 ↓	27	+16 ↑	22	+40 ↑
Grecia	7.2	+1 ↑	20	-6 ↓	12	+3 ↑	18	NA →	23	+37 ↑
Ungheria	11.2	+30 ↑	32	-1 ↓	22	+11 ↑	21	-44 ↓	21	+38 ↑
Irlanda	7.8	+42 ↑	12	-25 ↓	20	+30 ↑	12	NA →	15	+41 ↑
Italia	7.2	+19 ↑	20	-1 ↓	7	+20 ↑	31	-2 ↓	24	+35 ↑
Lettonia	9.3	+36 ↑	32	+8 ↑	23	+8 ↑	23	NA →	21	+42 ↑
Lituania	11.2	+27 ↑	30	+6 ↑	21	+18 ↑	40	NA →	20	+45 ↑
Lussemburgo	5.9	+6 ↑	16	-6 ↓	17	+6 ↑	28	-2 ↓	15	0 →
Malta	9.6	+5 ↑	18	-15 ↓	26	+2 ↑	35	NA →	18	+53 ↑
Paesi Bassi	6.4	+18 ↑	16	-4 ↓	14	+6 ↑	20	+6 ↑	20	+46 ↑
Polonia	10.8	+50 ↑	27	+15 ↑	19	+10 ↑	30	-26 ↓	20	+71 ↑

Paese	Diabete (%)		Ipertensione (%)		Obesità (%)		Sintomi depressivi (%)		Over 65 (%)	
	2022	Δ 2012–22	2019	Δ 2014–19	2022	Δ 2017–22	2022	Δ 2012–22	2024	Δ 2000–24
Portogallo	7.4	+14 ↑	27	+5 ↑	16	+1 ↑	41	+2 ↑	24	+51 ↑
Romania	13.3	+91 ↑	16	-8 ↓	10	-1 ↓	33	NA →	20	+54 ↑
Rep. Slovacca	8.9	+37 ↑	28	+10 ↑	17	+19 ↑	14	NA →	18	+67 ↑
Slovenia	10.8	+37 ↑	25	+2 ↑	18	+3 ↑	22	-13 ↓	22	+56 ↑
Spagna	3.6	-40 ↓	19	+3 ↑	15	+6 ↑	31	-12 ↓	20	+20 ↑
Svezia	5.1	+18 ↑	18	+12 ↑	17	-1 ↓	25	+23 ↑	21	+21 ↑
Islanda ¹	5.4	+22 ↑	25	+26 ↑	21	0 →	NA	NA →	16	+30 ↑
Norvegia ¹	5.6	+8 ↑	15	+19 ↑	17	+22 ↑	NA	NA →	19	+24 ↑
Legenda colori: ■ Basso / Favorevole ■ Alto / Critico ■ Intermedio ■ Italia evidenziata ↑ aumento ↓ diminuzione → stabile										

¹ Paesi non UE (Islanda, Norvegia). Fonte: OECD / European Commission — State of Health in the EU.

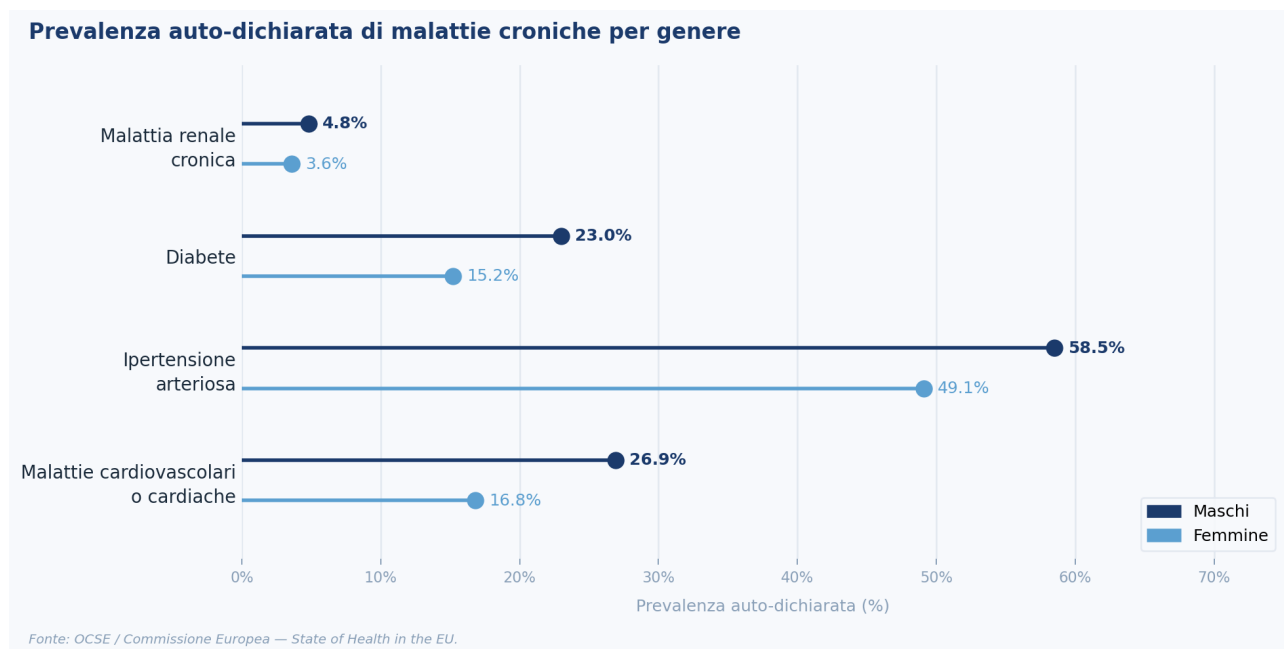
Permangono criticità anche nella *governance*. L'OCSE segnala una forte eterogeneità tra gli Stati membri nella presenza di piani nazionali: alcuni Paesi adottano *CVD Plans* dedicati, altri *Stroke Plans* o strategie integrate nelle politiche sulle malattie non trasmissibili. Questa frammentazione comporta un monitoraggio disomogeneo e una capacità variabile di risposta (**Tabella 2**) (5).

Tabella 2 – Governance dei CVD Plans nell'UE (OCSE, 2025)

Prevenzione	Diagnosi precoce	Diagnosi e trattamento	Riabilitazione, continuità delle cure e/o qualità della vita	Disuguaglianze	Ricerca e innovazione	Centralità del paziente
Regno Unito	Regno Unito	Regno Unito	Regno Unito	Regno Unito	Regno Unito	Regno Unito
Turchia	Turchia	Turchia	Turchia	Turchia	Turchia	Turchia
Spagna	Spagna	Spagna	Spagna	Spagna	Spagna	Spagna
Slovenia	Slovenia	Norvegia	Slovenia	Norvegia	Norvegia	Norvegia
Norvegia	Norvegia	Paesi Bassi	Norvegia	Paesi Bassi	Paesi Bassi	Lussemburgo
Paesi Bassi	Paesi Bassi	Lussemburgo	Paesi Bassi	Lussemburgo	Giappone	Lettonia
Lussemburgo	Lussemburgo	Lettonia	Lussemburgo	Irlanda	Irlanda	Irlanda
Lettonia	Lettonia	Giappone	Lettonia	Francia	Francia	Francia
Giappone	Giappone	Israele	Giappone	Estonia	Estonia	Estonia
Israele	Israele	Irlanda	Irlanda	Canada	Canada	Canada
Irlanda	Irlanda	Francia	Francia			
Francia	Cechia	Estonia	Estonia			
Colombia	Colombia	Repubblica Ceca	Repubblica Ceca			
Canada	Canada	Canada	Canada			

La multimorbidità rappresenta un elemento centrale: CVD, ipertensione, diabete e CKD coesistono frequentemente, soprattutto nei pazienti cronici seguiti in cure primarie, confermando la natura sistemica del *continuum* CNM (**Figura 1**).

Figura 1 – Prevalenza delle condizioni croniche (OCSE, 2025)



In Italia il quadro è particolarmente rilevante. La prevalenza di almeno una patologia cronica varia tra il 35% e il 46%, con valori più elevati in alcune regioni del Centro-Sud (**Figura 2**). La multimorbilità interessa tra il 15% e oltre il 27% della popolazione, con picchi nel Mezzogiorno e nelle Isole (**Figura 3**). Le CNM rappresentano la prima causa di morte e una quota rilevante dei DALY (15), con oltre 9,6 milioni di persone coinvolte e circa 880.000 nuovi casi annui. L'ipertensione supera il 20% della popolazione cronica in quasi tutte le regioni; il diabete è più diffuso nel Sud; le patologie cardiache mostrano picchi in alcune aree come Sardegna, Campania e Abruzzo (**Figura 4**). Queste evidenze confermano l'esistenza di un *continuum* patologico condiviso e interdependente.

Figura 2 – Persone con almeno una malattia cronica in Italia (ISTAT, 2024)

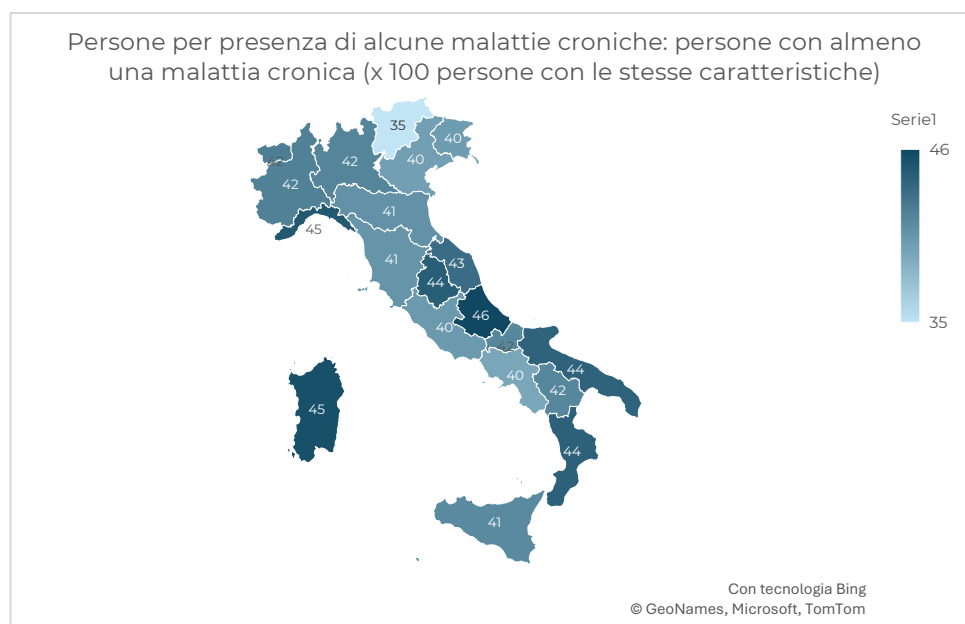
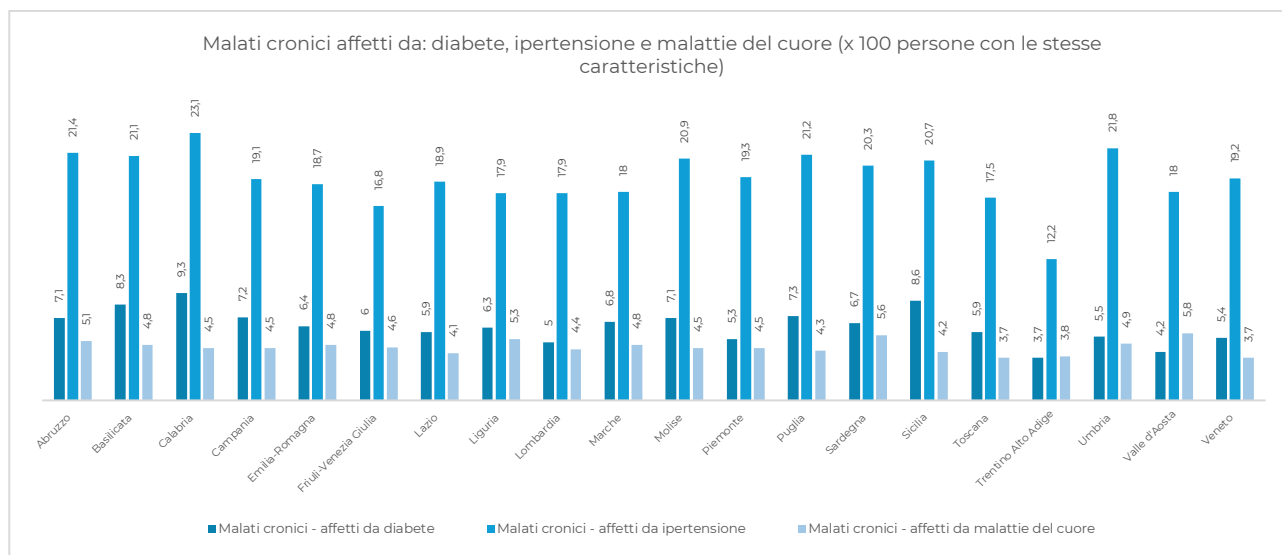


Figura 3 – Persone con almeno due malattie croniche in Italia (ISTAT, 2024)



Figura 4 – Malati cronici affetti da diabete, ipertensione e malattie del cuore in Italia (ISTAT, 2024)



Nonostante la riduzione della mortalità dagli anni Ottanta, persistono ritardi diagnostici significativi: meno del 10% dei diabetici ad alto rischio esegue annualmente il test dell'albuminuria (12). Anche lo scompenso cardiaco e condizioni come l'amiloidosi cardiaca da transtiretina (ATTR-CM) vengono spesso diagnosticati tardivamente, con impatto prognostico e psicologico rilevante (16, 17).

Le principali criticità del sistema italiano includono: assenza di PDTA nazionali aggiornati per il continuum CNM (18, 19), scarsa interoperabilità dei sistemi informativi (15, 18), limitata diffusione di modelli multidisciplinari (20, 21), integrazione insufficiente tra livelli di cura, uso ancora marginale della telemedicina (19) e forte variabilità regionale nell'accesso ai servizi (15).

I determinanti sociali amplificano ulteriormente il rischio: povertà, bassa istruzione e difficoltà di accesso alla prevenzione sono associati a maggiore incidenza di patologie CNM (22–24). La multimorbilità, spesso presente già intorno ai 60 anni, riduce la qualità di vita, come evidenziato anche dai *Patient Reported Outcome* (PRO) (25).

Nel complesso, l'evidenza converge su un punto: le CNM devono essere gestite come un'unica traiettoria clinica. Ciò richiede modelli integrati basati su diagnosi precoce, monitoraggio continuo e uso appropriato delle terapie (3, 9, 20). Per l'Italia, questo implica una trasformazione strutturale fondata su percorsi condivisi, interoperabilità dei dati, accesso uniforme alla diagnostica e presa in carico multiprofessionale, supportata da strumenti digitali. In assenza di tali cambiamenti, il sistema resterà prevalentemente reattivo, con un aumento dei costi sanitari complessivi (26).

Quadro normativo e di *policy*

Il quadro normativo europeo relativo alle CNM si sta progressivamente rafforzando in risposta al crescente *burden* delle CVD e delle patologie croniche non trasmissibili (NCD). Negli ultimi anni, l'UE ha avviato un percorso di definizione di politiche coordinate orientate alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla gestione integrata delle malattie cardiovascolari, riconosciute come principale causa di morte nell'UE. In questo contesto si inserisce un'evoluzione normativa sempre più orientata a un approccio sistemico e intersettoriale alla cronicità, che si riflette sia nelle strategie sovranazionali sia nella loro declinazione nei diversi Stati membri.

Tabella 3 – Policy nazionale per la multi-morbilità (OCSE, 2025)

Paese	Politiche nazionali per le MCNT			Piani specifici	Controllo malattie specifiche		Gestione
	Le politiche MCNT fanno parte dei Piani Sanitari Nazionali	Programmi Nazionali di Prevenzione delle MCNT	Programmi Nazionali di Gestione delle MCNT	Piano Nazionale di Controllo delle MCV	Piano Nazionale di Controllo del Diabete	Piano Nazionale per l'ictus	Programmi di Gestione delle Malattie per le MCV
Austria	–	–	–	–	✓	✓	–
Belgio	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	✓	–	–	–	✓	–
Croazia	–	✓	✓	✓	✓	–	–
Cipro	–	–	–	–	–	–	–
Cechia	–	–	–	✓	–	✓	–
Danimarca	–	–	–	–	–	✓	–
Estonia	✓	–	–	✓	–	✓	–
Finlandia	✓	✓	✓	–	✓	✓	–
Francia	✓	✓	✓	✓	–	–	–
Germania	✓	–	–	–	–	–	✓
Grecia	–	–	–	–	✓	–	–
Ungheria	–	–	–	–	–	✓	–
Irlanda	✓	✓	✓	–	–	✓	✓
Italia	✓	✓	✓	–	✓	–	–
Lettonia	✓	–	–	✓	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	✓	–

Paese	Politiche nazionali per le MCNT			Piani specifici	Controllo malattie specifiche		Gestione
	Le politiche MCNT fanno parte dei Piani Sanitari Nazionali	Programmi Nazionali di Prevenzione delle MCNT	Programmi Nazionali di Gestione delle MCNT	Piano Nazionale di Controllo delle MCV	Piano Nazionale di Controllo del Diabete	Piano Nazionale per l'Ictus	Programmi di Gestione delle Malattie per le MCV
Lussemburgo	–	–	–	✓	–	–	–
Malta	–	–	–	–	✓	–	–
Paesi Bassi	–	–	–	✓	✓	–	–
Polonia	–	–	–	✓	–	–	–
Portogallo	–	–	–	✓	✓	–	–
Romania	–	–	–	✓	✓	–	–
Rep. Slovacca	–	–	–	–	✓	–	–
Slovenia	✓	✓	–	–	✓	–	–
Spagna	–	✓	–	✓	✓	✓	–
Svezia	–	–	–	✓	–	✓	–
Paesi non UE							
Islanda	–	–	–	✓	–	✓	–
Norvegia	–	–	–	✓	–	–	–
Canada	–	–	–	–	✓	–	–
Giappone	–	–	–	✓	–	–	–
Turchia	–	–	–	✓	✓	✓	–
Regno Unito	–	–	–	✓	–	✓	–

Legenda: ✓ Piano/programma presente – Non segnalato ■ Italia evidenziata MCNT = Malattie Croniche Non Trasmissibili | MCV = Malattie Cardiovascolari

In Europa, infatti, i Paesi stanno adottando strategie eterogenee per affrontare l'aumento delle malattie croniche, in particolare delle CVD. In alcuni casi tali interventi sono integrati in quadri nazionali più ampi, come i Piani Sanitari Nazionali, i piani di controllo delle CVD o i programmi di prevenzione e gestione delle NCD; in altri contesti sono stati sviluppati modelli ibridi che combinano prevenzione e strategie *disease-specific*, oppure programmi di *disease management* focalizzati su condizioni come diabete e ictus, con l'obiettivo di migliorare il coordinamento delle cure per pazienti con bisogni complessi. Questo quadro di eterogeneità è sintetizzato nella **Tabella 3**, che evidenzia la diversa maturità dei sistemi europei nello sviluppo di strategie integrate per la cronicità e le malattie cardiovascolari.

A livello sovranazionale, l'UE supporta gli Stati membri attraverso misure regolatorie e iniziative di sanità pubblica volte a ridurre la mortalità per malattie circolatorie. Tra queste rientrano il rafforzamento del controllo del tabacco, l'introduzione di un'etichettatura alimentare più chiara, la limitazione dei grassi *trans* e azioni congiunte per la prevenzione delle malattie croniche e la promozione dell'invecchiamento in salute. Iniziative come "*Healthier Together*" favoriscono la condivisione di buone pratiche, il finanziamento di interventi mirati e la collaborazione tra Paesi per migliorare prevenzione, assistenza ed esiti di salute. Le più recenti Conclusioni del Consiglio europeo sulla salute cardiovascolare sottolineano inoltre la necessità di rafforzare prevenzione, diagnosi precoce e accesso equo a cure di qualità, promuovendo ricerca, innovazione e collaborazione intersettoriale.

Questo orientamento è coerente con l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, che riconosce le NCD come una delle principali minacce allo sviluppo sostenibile e impegna i Paesi a ridurre di un terzo la mortalità prematura entro il 2030. In questo quadro, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) coordina gli sforzi globali attraverso il Piano d'Azione per la Prevenzione e il Controllo delle NCD esteso al 2030 e la relativa *roadmap* di implementazione, che guida l'accelerazione delle politiche di prevenzione e gestione delle patologie croniche (5).

A livello europeo, diversi Stati membri hanno sviluppato modelli differenziati di *governance* delle malattie croniche e cardiovascolari: la Germania integra strategie NCD e *Disease Management Programmes*; la Danimarca ha rafforzato l'assistenza territoriale e la riduzione delle disuguaglianze; la Spagna ha introdotto una strategia cardiovascolare nazionale con forte attenzione all'equità; la Polonia ha adottato un programma decennale orientato alla prevenzione e diagnosi precoce; Irlanda e Portogallo presentano invece modelli lungo l'intero *care pathway* con maggiore integrazione tra livelli assistenziali.

Nel contesto italiano, il modello resta prevalentemente *NCD-based*, con interventi sui fattori di rischio ma senza un piano cardiovascolare unitario che copra l'intero continuum assistenziale. Il sistema è caratterizzato da un forte ruolo delle Regioni e da un'elevata eterogeneità nell'implementazione di prevenzione, *screening* e gestione della cronicità. Il Piano Nazionale della Cronicità promuove modelli di presa in carico integrata, ma con limitata focalizzazione sugli *outcome* cardiovascolari e persistenti criticità in termini di equità e *patient-centredness*.

Il quadro normativo nazionale è inoltre caratterizzato da una pluralità di strumenti strategici non sempre coordinati, tra cui il Disegno di Legge 1532/2024 sulle patologie cardiovascolari, i lavori del Tavolo Cardiovascolare del Ministero della Salute, la normativa sulla telemedicina e il recente DDL sull'obesità. A questi si affiancano strumenti strutturali come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, il DM 77/2022, le Case della Comunità e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0, che tuttavia mostrano una implementazione ancora disomogenea sul territorio nazionale (13–15, 18, 19).

L'assenza di interoperabilità digitale pienamente operativa e la frammentazione dei Percorsi PDTA contribuiscono a una gestione non uniforme del *continuum* CNM, limitando il monitoraggio dei fattori di rischio e la tempestività degli interventi (13, 18). Anche la telemedicina, pur formalmente inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), risulta ancora applicata in modo disomogeneo e spesso non integrata nei flussi informativi clinici (19).

Nonostante queste criticità, il contesto normativo europeo e nazionale mostra una chiara evoluzione verso modelli più integrati e orientati alla prevenzione. Il rafforzamento del coordinamento tra livello europeo e nazionale, insieme allo sviluppo di reti territoriali, PDTA

interdisciplinari e sistemi digitali interoperabili, rappresenta una condizione essenziale per rendere più efficace la gestione delle CNM e ridurre le disuguaglianze di accesso alle cure.

Implicazioni funzionali, psicosociali e qualità di vita

Le CNM hanno un impatto significativo non solo sulla sopravvivenza, ma anche sul funzionamento quotidiano e sulla qualità di vita delle persone. La presenza simultanea di più condizioni, come diabete, CKD, obesità, ipertensione o insufficienza cardiaca, produce un carico sintomatologico cumulativo che limita progressivamente autonomia, capacità lavorativa e partecipazione sociale. La letteratura sulla qualità di vita nelle CVD mostra come sintomi quali affaticamento, dispnea, dolore, ridotta tolleranza allo sforzo o instabilità emotiva influenzino in modo sostanziale il benessere percepito e il funzionamento globale (25).

A ciò si aggiunge il peso della multimorbilità, strettamente legata all'età ma sempre più frequente anche nelle fasce più giovani. I determinanti sociali della salute, quali povertà, basso livello di istruzione, precarietà economica, scarsa alfabetizzazione sanitaria, isolamento sociale, amplificano ulteriormente il rischio di sviluppare CNM e contribuiscono a una gestione più complessa della terapia (22-24). Le persone residenti in aree socio-economicamente svantaggiate presentano tassi più elevati di mortalità cardiovascolare e minore accesso agli *screening* e ai servizi specialistici.

Alcune condizioni specifiche, come le cardiomiopatie infiltrative o lo scompenso cardiaco a esordio subdolo, comportano inoltre un impatto psicologico peculiare. L'*ESC Clinical Consensus Statement* sulla salute mentale nelle CVD sottolinea come la progressiva perdita di funzionalità e l'incertezza diagnostica possano generare ansia, stress, riduzione del senso di controllo e perdita di fiducia nella propria capacità di gestire la malattia. Un esempio emblematico è rappresentato dall'ATTR-CM, che spesso viene riconosciuta tardivamente, determinando un deterioramento clinico avanzato e un conseguente aumento del *burden* psico-funzionale (16).

In questo scenario, la misurazione sistematica dei PRO emerge come elemento essenziale per comprendere la reale condizione del paziente lungo tutto il *continuum* CNM. Nonostante ciò, in Italia l'utilizzo di strumenti standardizzati rimane limitato e non integrato nei percorsi clinici, riducendo la capacità del sistema sanitario di cogliere tempestivamente deterioramenti clinici e bisogni di supporto psicosociale.

Le disuguaglianze sociali e demografiche giocano un ruolo strutturale nel determinare il *burden* cardiovascolare. I dati OCSE documentano chiaramente come le CNM presentino un marcato gradiente sociale, con una maggiore prevalenza di CVD, ipertensione, diabete e malattia renale cronica tra gli utenti delle cure primarie caratterizzati da livelli di istruzione più bassi e da condizioni socioeconomiche svantaggiate (**Figure 5 e 6**). Tali evidenze non descrivono semplicemente differenze tra gruppi socioeconomici distinti, ma delineano un gradiente continuo legato a istruzione e reddito, che amplifica progressivamente il rischio nei contesti più svantaggiati e che mostra una variabilità significativa nella magnitudine del divario tra i diversi Paesi europei. Le popolazioni esposte a maggiore vulnerabilità sociale presentano una più elevata concentrazione di comorbidità e un rischio aumentato di ospedalizzazione, con conseguente pressione crescente sui sistemi sanitari. In questo senso, le disuguaglianze cardiovascolari possono essere considerate strutturali, cumulative e al tempo stesso potenzialmente modificabili. In assenza di interventi mirati sui determinanti sociali della salute, quali programmi di educazione sanitaria, prevenzione primaria e diagnosi precoce, la riduzione del *burden* CNM è destinata a rimanere parziale e disomogenea, sia tra i gruppi di popolazione sia tra i diversi sistemi sanitari nazionali.

Figura 5 – Fattori sociali e demografici 1 (OCSE, 2025)

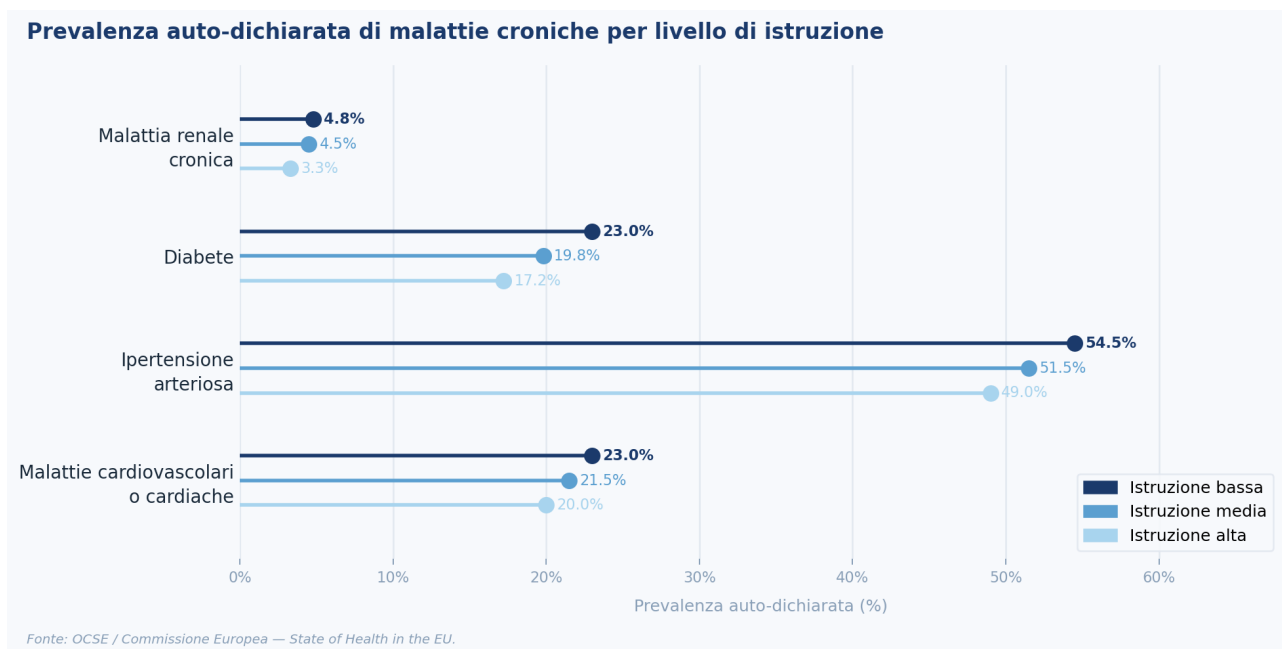
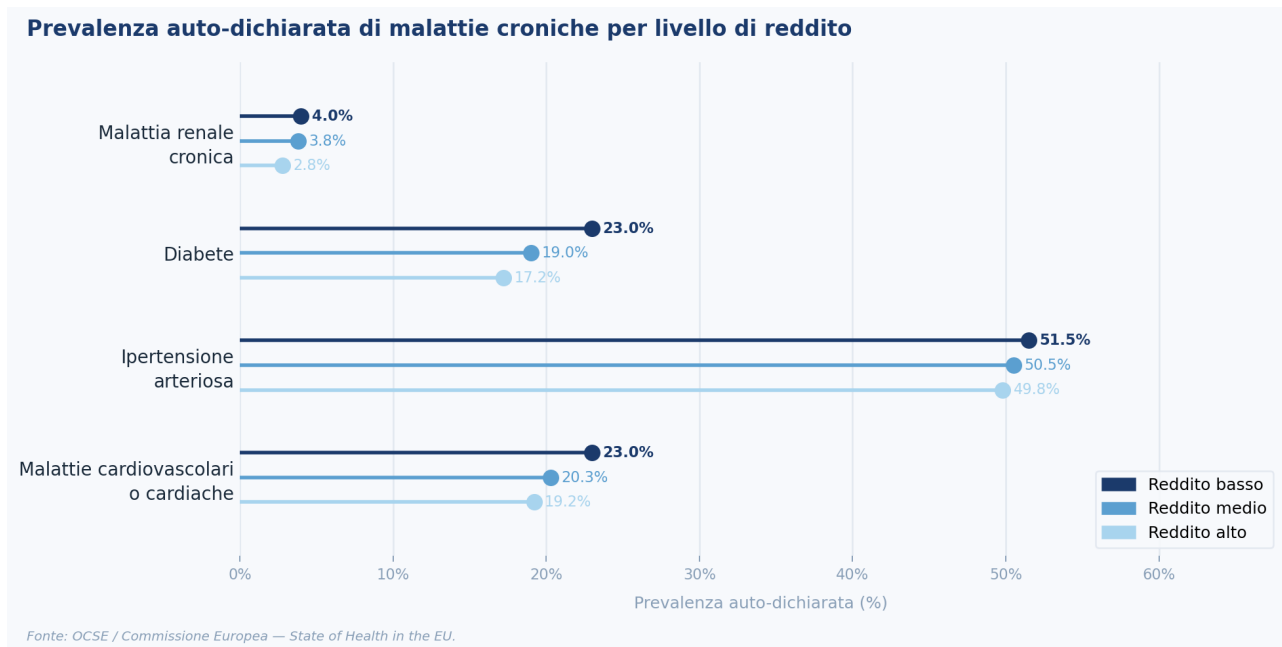


Figura 6 – Fattori sociali e demografici 2 (OCSE, 2025)



Innovazione tecnologica, diagnostica e medicina di precisione

L'evoluzione scientifica nell'ambito CNM ha reso disponibili strumenti diagnostici e terapeutici in grado di modificare significativamente la storia naturale delle malattie. Diagnostica avanzata, biomarcatori, *imaging* di precisione e terapie con comprovati benefici cardiorenali rappresentano oggi pilastri fondamentali nella gestione del *continuum* CNM (3, 9, 20).

La presenza di biomarcatori come l'albuminuria, ad esempio, consente di identificare precocemente il danno renale subclinico e di stratificare con precisione il rischio cardiovascolare. Tuttavia, in Italia tale esame è ancora sottoutilizzato: meno del 10% dei pazienti diabetici ad alto rischio lo effettua annualmente, nonostante sia raccomandato da tutte le linee guida internazionali (12).

Parallelamente, l'avvento delle terapie a beneficio cardiorenale, come gli agenti che modulano la progressione del danno d'organo, ha ridefinito l'intervento precoce come leva fondamentale non solo per rallentare la malattia, ma anche per ridurre ospedalizzazioni e mortalità (3, 9). L'adozione diffusa di tali trattamenti richiede però percorsi integrati, *follow-up* multidisciplinari e capacità di monitoraggio continuo, elementi che oggi risultano ancora variabili sul territorio nazionale.

L'innovazione tecnologica comprende inoltre strumenti digitali, telemonitoraggio, cartelle cliniche interoperabili e piattaforme per la raccolta di PRO. Queste soluzioni offrono l'opportunità di una presa in carico dinamica e personalizzata, soprattutto per pazienti con multi-morbilità (9). L'Italia, pur avendo definito un quadro normativo per la telemedicina, non ha ancora consolidato un'integrazione operativa tale da consentirne un'adozione sistematica nei percorsi di gestione delle patologie cardiorenali e metaboliche (19). Pertanto, questa criticità limita il pieno sviluppo di modelli assistenziali realmente proattivi, integrati e centrati sul paziente.

Impatto economico e sostenibilità

Le CNM generano un impatto economico estremamente rilevante, costituendo una delle principali voci di spesa sanitaria nei Paesi ad alto reddito. In particolare, le CVD rappresentano da tempo una delle principali determinanti di spesa e di perdite economiche nell'UE (5). I costi associati alla gestione delle CNM comprendono ricoveri, farmaci, diagnostica, trattamenti specialistici, assistenza a lungo termine e costi indiretti come assenteismo, ridotta produttività e invalidità (26). L'accumulo progressivo di complicanze dovute a diagnosi tardiva o gestione non ottimale comporta un aumento significativo della spesa complessiva, con particolare incidenza sui costi ospedalieri.

Nell'UE, l'onere economico delle CVD è rilevante, ma è influenzato dalla solida base dei sistemi sanitari universali. Secondo lo studio della *European Cardiology Society*, che copre tutti i 27 Stati membri dell'UE più Norvegia e Islanda, nel 2021 il costo totale delle CVD nell'UE è stato di 282 miliardi di euro, comprensivo dei costi diretti sanitari, delle perdite di produttività e dei costi legati all'assistenza informale. Grazie alla copertura sanitaria universale, la spesa diretta a carico dei pazienti per l'assistenza legata alle CVD è inferiore rispetto a molti Paesi non appartenenti all'UE, e i costi sono distribuiti in modo più equo. Tuttavia, i costi indiretti, in particolare le perdite di produttività, rimangono elevati a causa della natura cronica e debilitante delle CVD, soprattutto nelle popolazioni in età lavorativa (5).

L'insufficienza cardiaca, ad esempio, rappresenta una delle condizioni croniche più onerose: la spesa sanitaria per paziente in fase avanzata è nettamente superiore rispetto ai pazienti con presa in carico tempestiva. La CKD segue una dinamica simile: i costi aumentano in modo esponenziale con la progressione degli stadi, raggiungendo livelli molto elevati nella fase dialitica (3). Le disuguaglianze territoriali nell'accesso alla prevenzione e alla diagnosi precoce contribuiscono ulteriormente alla variabilità dei costi (15).

A partire dai primi anni 2000, diverse analisi hanno stimato in modo sistematico l'onere economico delle CVD, documentando un incremento costante della spesa sanitaria, delle perdite di produttività e del contributo dell'assistenza informale. Queste evidenze hanno messo in risalto la dimensione sempre più considerevole della sfida economica associata alle CVD, evidenziando la necessità di politiche sanitarie mirate al rafforzamento della prevenzione e all'adozione di modelli di gestione clinica sostenibili ed efficienti sotto il profilo dei costi.

Una delle prime valutazioni dell'impatto economico delle CVD nell'UE è stata condotta da Leal et al. nel 2006. Secondo lo studio, nel 2003 il costo complessivo era stimato in 169 miliardi di euro nei 25 Stati membri allora considerati. Di questi, 105 miliardi erano attribuibili alla spesa sanitaria diretta, pari a circa il 12% della spesa sanitaria totale, con i ricoveri ospedalieri a rappresentare la quota predominante, seguiti dai farmaci e dalle prestazioni ambulatoriali. A tale ammontare si aggiungevano i costi indiretti, tra cui 35 miliardi di euro per perdite di produttività e 29 miliardi per l'assistenza informale, a conferma della rilevanza economica trasversale delle CVD (27).

Un aggiornamento successivo, pubblicato da Wilkins et al. nel 2017 per conto dell'*European Heart Network*, ha evidenziato un ulteriore incremento dell'onere finanziario, salito a 210 miliardi di euro nei 28 Paesi dell'UE. In questa analisi, la spesa sanitaria diretta ammontava a 111 miliardi di euro (53% del totale), mentre 54 miliardi (26%) erano legati alle perdite di produttività associate a mortalità e morbidità e 45 miliardi (21%) ai costi dell'assistenza informale. Lo studio metteva inoltre in luce significative differenze tra gli Stati membri: i Paesi dell'Europa occidentale e settentrionale

registravano i costi assoluti più elevati, mentre quelli dell'Europa centrale e orientale sostenevano un peso relativamente maggiore in rapporto alle proprie risorse sanitarie (28).

Le stime più recenti, elaborate da Luengo-Fernandez et al. nel 2023, indicano che l'impatto economico annuale delle CVD nell'UE ha raggiunto circa il 2% del Prodotto Interno Lordo (PIL) complessivo dell'Unione. In media, la spesa attribuibile alle CVD è pari a 630 euro per cittadino europeo, con marcate differenze tra i Paesi, variando da 381 euro a Cipro a 903 euro in Germania. Complessivamente, la spesa sanitaria e sociale destinata alle CVD rappresenta circa l'11% della spesa sanitaria totale dell'UE, con una variabilità significativa tra gli Stati membri, che oscilla dal 6% in Danimarca fino al 19% in Ungheria (29).

Le analisi comparative mostrano inoltre che la variabilità della spesa sanitaria e sociale tra i Paesi europei è spiegata solo in parte dal reale *burden* epidemiologico: circa il 18% della differenza di spesa è attribuibile alla mortalità cardiovascolare, mentre la restante quota dipende prevalentemente dall'organizzazione dei servizi, dall'efficienza dei percorsi assistenziali e dal grado di integrazione tra cure primarie, ospedale e territorio. I sistemi caratterizzati da una maggiore frammentazione organizzativa tendono infatti a registrare costi più elevati, senza un corrispondente miglioramento degli esiti clinici, mentre contesti con un'assistenza primaria robusta mostrano minori tassi di ricoveri evitabili e una spesa pro capite più contenuta a parità di prevalenza.

In questo contesto, il rafforzamento della prevenzione primaria e secondaria, associato alla presa in carico precoce dei pazienti ad alto rischio e alla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, rappresenta una leva strategica per la sostenibilità del sistema sanitario nel medio-lungo periodo. Le evidenze mostrano infatti che l'allineamento ai tassi di ricovero dei Paesi europei con migliori *performance* potrebbe generare risparmi rilevanti, in particolare attraverso la diminuzione dei ricoveri per scompenso cardiaco e per altre condizioni croniche prevenibili.

Ne consegue che un'organizzazione più efficiente dei percorsi assistenziali cardiovascolari, basata sull'integrazione ospedale-territorio e sul potenziamento della medicina generale, consente non solo di ottimizzare l'uso delle risorse, ma anche di migliorare qualità delle cure, continuità assistenziale ed equità di accesso. In questa prospettiva, l'adozione di PDTA integrati, il monitoraggio strutturato dei fattori di rischio, la telemedicina, la riabilitazione e i modelli di *self-management*, insieme all'accesso tempestivo a terapie con comprovati benefici cardiorenali, si configurano come interventi ad alto valore (5).

Complessità organizzativa e modelli di presa in carico

La gestione delle CNM presenta un elevato livello di complessità organizzativa, determinata dalla natura progressiva e interconnessa delle condizioni coinvolte, dalla necessità di un monitoraggio continuo e dall'elevata multimorbilità che caratterizza queste patologie. L'attuale assetto dei servizi sanitari italiani, storicamente costruito su modelli verticali e per singola patologia, fatica a rispondere alle esigenze di un *continuum* clinico che richiede invece integrazione, coordinamento e *governance* condivisa (15, 18-21).

La frammentazione è evidente su più livelli. Da un lato, persiste una scarsa integrazione tra medicina generale, specialistica territoriale e strutture ospedaliere. I pazienti con CNM attraversano numerosi *setting* assistenziali, diabetologia, cardiologia, nefrologia, medicina interna, pronto soccorso, riabilitazione, spesso senza un reale coordinamento tra professionisti e con percorsi duplicati o incompleti. L'assenza di PDTA nazionali aggiornati per il *continuum* CNM contribuisce ulteriormente a questa discontinuità assistenziale (18, 19).

Un altro elemento critico riguarda l'eterogeneità regionale, che si traduce in differenze significative nell'accesso alla diagnostica precoce, ai *follow-up* specialistici e ai servizi territoriali (15). Tale variabilità è accentuata dalla mancanza di interoperabilità tra i sistemi informativi, che ostacola la condivisione tempestiva dei dati clinici e impedisce una presa in carico unitaria del paziente lungo tutto il percorso di malattia (15, 30). Un esempio emblematico è rappresentato dai centri antitrombotici, dove l'assenza di un registro condiviso non consente di identificare e tracciare il paziente quando si sposta tra regioni diverse, generando di fatto percorsi disomogenei e disparità di trattamento. Anche dove esistono strumenti digitali o telemedicina, la loro implementazione rimane episodica e non integrata in flussi operativi strutturati (19).

La complessità organizzativa emerge anche dalla necessità di un approccio multiprofessionale. Le evidenze scientifiche mostrano che la gestione multidisciplinare, che coinvolge cardiologi, nefrologi, diabetologi, internisti, farmacisti, infermieri di famiglia, nutrizionisti e psicologi, migliora la prognosi, riduce le ospedalizzazioni e favorisce l'adozione di terapie con benefici cardiorenali (3, 20, 30). Tuttavia, tali *team* integrati non sono ancora diffusi in modo sistematico e spesso mancano strutture formali di coordinamento, ruoli chiaramente definiti o responsabilità condivise.

La gestione delle transizioni di cura rappresenta un ulteriore nodo critico. Il passaggio dall'ospedale al territorio, dal Medico di Medicina Generale (MMG) allo specialista, o tra diversi specialisti, è frequentemente caratterizzato da ritardi, informazioni incomplete e assenza di monitoraggio continuo. Questo aumenta il rischio di eventi avversi, riduce l'aderenza terapeutica e indebolisce l'efficacia delle terapie a beneficio organico (15, 9). La stessa diagnosi tardiva di condizioni come la CKD, lo scompenso o alcune cardiomiopatie deriva in parte proprio dalla mancanza di percorsi condivisi e strumenti di *screening* omogenei (6, 12, 16).

Sul piano strategico, la complessità organizzativa delle CNM impone una revisione dei modelli di presa in carico. La letteratura internazionale raccomanda sistemi assistenziali integrati, centrati sul paziente e basati sul valore, con indicatori di esito condivisi, piattaforme digitali interoperabili, gestione proattiva dei fattori di rischio e adozione estesa del telemonitoraggio (3, 9). Anche le politiche europee, in particolare la *NCD Initiative Healthier Together* (13) e le Conclusioni del Consiglio sulla salute cardiovascolare (8), evidenziano la necessità di strutture organizzative coordinate per prevenzione, diagnosi precoce e gestione multidimensionale.

In Italia, il superamento della frammentazione richiede un rafforzamento della medicina territoriale, la definizione di PDTA inter-regionali o nazionali specifici per il *continuum* CNM, l'adozione sistematica di strumenti digitali interoperabili e l'istituzione di *team* multidisciplinari stabili. Solo un'organizzazione capace di integrare ospedale, territorio e prevenzione può garantire l'efficacia delle innovazioni scientifiche, migliorare gli esiti clinici e ridurre l'impatto crescente delle CNM sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le evidenze europee indicano che una parte rilevante della complessità organizzativa nella gestione delle patologie cardiovascolari deriva dall'assetto dei percorsi assistenziali più che dalla sola gravità clinica. In particolare, l'elevato ricorso all'ospedalizzazione rappresenta un indicatore critico del funzionamento dei modelli di presa in carico: nei soli 22 Paesi dell'UE analizzati, le malattie cardiovascolari generano oltre 9,2 milioni di ricoveri ospedalieri ogni anno, con tassi di dimissione che variano da meno di 1.000 a oltre 4.000 ricoveri per 100.000 abitanti e una degenza media di circa 8 giorni, a fronte di valori che superano gli 11 giorni in contesti come Ungheria e Austria. La durata dei ricoveri aumenta significativamente nei pazienti con scompenso cardiaco, ictus e multimorbilità, con degenze medie per ictus che raggiungono in alcuni Paesi 18–19 giorni, a fronte di valori inferiori a 6 giorni in altri contesti europei, a conferma di come differenze organizzative, nella riabilitazione e nel supporto post acuto influenzino in modo marcato l'utilizzo ospedaliero.

L'OCSE evidenzia come una quota rilevante di questi ricoveri sia potenzialmente evitabile, risultando riconducibile a carenze nella gestione territoriale della cronicità, all'assenza di *follow-up* strutturati post dimissione e alla limitata diffusione di modelli integrati di presa in carico. In media, nei Paesi UE si registrano 232 ricoveri evitabili per scompenso cardiaco cronico ogni 100.000 abitanti, con una variabilità superiore a quattro volte tra i sistemi sanitari, e circa un quarto dei pazienti con ictus e un terzo dei pazienti con scompenso risultano ri-ospedalizzati entro un anno dalla dimissione, con mortalità post dimissione rispettivamente del 16% e del 24%. In tali contesti, l'ospedale continua a essere utilizzato come risposta prevalente a bisogni assistenziali che potrebbero essere intercettati e gestiti in modo più appropriato attraverso il coordinamento tra cure primarie, specialistica e servizi territoriali, anche sfruttando programmi strutturati di riabilitazione e di gestione proattiva del rischio.

Al contrario, le esperienze europee che adottano modelli di presa in carico integrata, basati su *team* multidisciplinari, piani di cura condivisi e continuità informativa lungo il percorso assistenziale, mostrano risultati più favorevoli in termini di appropriatezza dei ricoveri, continuità post dimissione e gestione della cronicità. Le analisi OCSE documentano una marcata variabilità, superiore a tre volte, nei tassi di ricovero per condizioni cardiovascolari croniche tra Paesi europei a parità di prevalenza, indicando che l'organizzazione dei percorsi assistenziali rappresenta un determinante chiave degli esiti e dei costi. Tuttavia, tali modelli risultano ancora disomogenei: solo 7 Paesi su 19 dichiarano di utilizzare sistematicamente le cartelle cliniche elettroniche per monitorare in modo longitudinale percorsi, esiti e ri-ospedalizzazioni dei pazienti cardiovascolari, e meno della metà dei sistemi dispone di registri strutturati che coprano in modo completo l'intero continuum assistenziale, limitando la capacità di coordinare la presa in carico lungo l'intero percorso di cura.

In questo scenario, la complessità organizzativa delle CVD emerge come una sfida strutturale per i sistemi sanitari, che richiede il superamento di modelli episodici e reattivi a favore di approcci proattivi, orientati alla continuità assistenziale e alla gestione integrata della cronicità. Rafforzare

i modelli di presa in carico integrata, inclusi sistemi di *primary care* forti, reti cardio-cerebro-vascolari regionali, registri e indicatori di esito condivisi, strumenti digitali interoperabili e programmi di riabilitazione e *self-management*, rappresenta pertanto una leva fondamentale per migliorare l'appropriatezza degli interventi, ridurre il ricorso improprio all'ospedale e garantire una risposta più efficace e sostenibile ai bisogni dei pazienti cardiovascolari (5).

Forum Cardiovascolare: proposte operative

Pilastro organizzativo

Tabella 4 – Proposte pilastro organizzativo

Attori interessati	Proposte operative	Dettaglio
Cittadini	Prevenzione di prossimità	Avviare programmi di <i>screening</i> CNM nei luoghi di vita: scuole, luoghi di lavoro, carceri, centri comunitari, con l'obiettivo di intercettare precocemente soggetti ad alto rischio e garantire equità territoriale.
	Informazione consapevole della comunità	Implementare iniziative continuative di educazione sanitaria rivolte a cittadini, pazienti e <i>caregiver</i> , affinché comprendano obiettivi terapeutici, piani di <i>follow-up</i> e fattori modificabili.
	Riduzione delle barriere all'accesso	Garantire percorsi chiari e uniformi per prenotazioni, esami e visite specialistiche, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili e ai territori periferici.
Farmacia	Farmacie come presidi di prevenzione.	il ruolo delle farmacie territoriali quali punti di assistenza (POC) per test rapidi, per diabete, CKD, ipertensione, dislipidemia e fibrillazione atriale, con possibilità di refertazione digitale integrata nei sistemi regionali.
	<i>Counseling</i> breve e <i>follow-up</i>	Potenziare attività educative, supporto all'aderenza terapeutica e monitoraggio dei parametri fondamentali attraverso protocolli concordati con MMG e specialisti.
Medico di Medicina Generale (MMG)	Coordinatore clinico del percorso	Il MMG deve diventare il referente stabile e continuativo della presa in carico, con accesso a strumenti diagnostici di base (ECG, albuminuria, eGFR, HbA1c, <i>lipid profile</i>) e piena interoperabilità con lo specialista.
	Indicazioni chiare sugli accertamenti	Standardizzare, a livello nazionale, un set minimo di esami da effettuare <u>prima</u> dell'invio allo specialista (cardiologo, nefrologo, endocrinologo) per ridurre tempi, duplicazioni e inappropriatezza.
	Gestione proattiva del rischio	Il MMG guida il paziente nelle fasi di <i>screening</i> , <i>follow-up</i> e monitoraggio (eventuale Piano terapeutico), con supporto di infermiere di famiglia, telemedicina e piattaforme digitali.
Medicina territoriale	Case di Comunità come "Case della Prevenzione"	Devono ospitare <i>équipe</i> multidisciplinari per la gestione precoce del rischio, offrendo <i>screening</i> integrati, diagnostica di primo livello, <i>follow-up</i> , telemonitoraggio e interventi educativi.

	Reti cardio-nefro-metaboliche regionali	Superare la frammentazione attuale attraverso protocolli condivisi, cartelle cliniche integrate e <i>governance</i> unitaria tra MMG, specialisti, farmacie e servizi territoriali.
	Registro nazionale condiviso	Istituire un registro nazionale condiviso che consenta di tracciare il percorso del paziente CNM anche quando si sposta tra regioni diverse, garantendo continuità assistenziale e uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale.
	Semplificazione del PT	Introduzione di un PT limitato alla prima prescrizione, con successivo rinnovo automatizzato. Uniformazione nazionale dei criteri prescrittivi e dei professionisti autorizzati a redigere i piani terapeutici. Eliminazione del piano terapeutico per farmaci con profilo di costo-efficacia favorevole e larga esperienza clinica.
	Integrazione nei LEA	Inserire stabilmente nei LEA programmi di prevenzione CNM, diagnostica di base territoriale e percorsi strutturati di <i>follow-up</i> , eliminando disomogeneità regionali.
Regioni	Co-progettazione regionale delle politiche sanitarie	Coinvolgimento delle Regioni sin dalla fase di progettazione, con meccanismi strutturati di co-progettazione nazionale-regionale.

Il contesto attuale evidenzia un quadro complesso, in cui la dimensione organizzativa rappresenta un fattore determinante per migliorare la prevenzione e la gestione delle CNM. Le proposte riportate trovano fondamento nella situazione attuale del sistema italiano, caratterizzato da una forte frammentarietà nell'offerta territoriale, da tempi di accesso variabili tra le Regioni e da una limitata integrazione tra medicina generale, specialistica e reti territoriali. In questo scenario si inserisce anche la recente evoluzione normativa in materia di semplificazione prescrittiva. La delibera del 4 luglio 2025 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che ha abolito il Piano Terapeutico (PT) per gli SGLT2i, rappresenta un passaggio significativo non solo sul piano regolatorio, ma anche su quello organizzativo. Tale decisione evidenzia come strumenti introdotti per garantire appropriatezza e monitoraggio possano, nel tempo, trasformarsi in meccanismi burocratici che rallentano i percorsi assistenziali e appesantiscono l'attività clinica. Il PT nasce, infatti, con l'obiettivo di garantire appropriatezza prescrittiva e monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci. Tuttavia, nella pratica quotidiana si traduce spesso in un adempimento amministrativo che incide sull'efficienza del sistema. La sua compilazione richiede mediamente 10–20 minuti per paziente, un tempo significativo in ambito ambulatoriale, cui si aggiungono vincoli organizzativi legati a credenziali personali non delegabili e ai rinnovi obbligatori ogni 6–12 mesi. Questo carico burocratico può determinare ritardi, interruzioni terapeutiche e aumento delle liste d'attesa per visite finalizzate esclusivamente al rinnovo formale. Le ricadute non sono solo organizzative: nei pazienti con scompenso cardiaco, sindrome coronarica cronica e fibrillazione atriale, ritardi o ostacoli amministrativi nell'accesso ai farmaci si associano a maggiore rischio di ri-ospedalizzazione e peggioramento clinico. La regionalizzazione del Servizio Sanitario amplifica le disuguaglianze, poiché in alcune realtà solo alcuni specialisti, come i cardiologi ospedalieri, possono redigere o rinnovare il PT. Ciò penalizza i pazienti seguiti da specialisti territoriali o da

strutture accreditate. Pur essendo comprensibile mantenere criteri più stringenti nelle fasi iniziali di utilizzo di farmaci complessi, l'esclusione sistematica di professionisti accreditati appare oggi poco coerente con un modello integrato ospedale-territorio. In tale contesto, il mantenimento di strumenti prescrittivi complessi, applicati in modo disomogeneo a livello regionale, rischia di generare ritardi clinici e disparità di accesso non giustificate dal punto di vista scientifico. L'esperienza dei registri AIFA mostra inoltre come il potenziale di raccolta dati a fini programmatori e scientifici sia ancora largamente sottoutilizzato. I dati inseriti nei PT, pur rappresentando una risorsa preziosa, non sono sistematicamente valorizzati per la ricerca clinica né facilmente accessibili ai professionisti, alimentando la percezione di un adempimento prevalentemente burocratico. La semplificazione avviata con gli SGLT2i può quindi costituire un modello per una revisione più ampia, orientata a garantire appropriatezza senza compromettere efficienza organizzativa ed equità di accesso. In un sistema che punta alla prevenzione proattiva e alla gestione integrata delle CNM, la riduzione delle barriere amministrative rappresenta un tassello essenziale per rafforzare il ruolo della medicina territoriale e migliorare la continuità terapeutica (31).

In questa prospettiva, per garantire equità di accesso alla diagnosi e alle terapie CNM è necessario intervenire, inoltre, su alcuni elementi organizzativi concreti che oggi generano rilevanti disomogeneità territoriali. In primo luogo, occorre rendere omogenea la possibilità prescrittiva dei MMG, semplificando i PT e digitalizzando i percorsi autorizzativi, così da evitare ritardi clinici determinati dalla regione di residenza. Allo stesso tempo, l'accesso alla diagnosi precoce può essere accelerato grazie alla disponibilità diffusa di test e *screening* di primo livello nelle farmacie dei servizi, nelle Case della Comunità e negli studi dei MMG, riducendo la necessità di invio immediato allo specialista e accorciando i tempi di presa in carico. L'integrazione tra MMG, specialisti e strutture territoriali attraverso modelli multidisciplinari e PDTA uniformi rappresenta un ulteriore presupposto per garantire percorsi rapidi e non duplicati, soprattutto nelle Regioni con minore disponibilità di servizi specialistici. Infine, strumenti digitali come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) interoperabile, il telemonitoraggio e i piani terapeutici digitali permettono di velocizzare l'avvio delle terapie, migliorare la continuità assistenziale e ridurre le disparità legate a distanza geografica e fragilità socioeconomica. Nel loro insieme, questi interventi costituiscono leve pratiche e attuabili nel breve periodo per garantire a tutti i cittadini un accesso tempestivo, appropriato e uniforme ai percorsi diagnostici e terapeutici CNM. Lo stato dell'arte evidenzia che molti degli strumenti necessari sono già presenti, come le Case della Comunità, la Farmacia dei Servizi, il DM 77/2022 e il Fascicolo Sanitario Elettronico, ma risultano ancora parzialmente attuati o implementati in modo disomogeneo.

Il quadro evidenzia la necessità di ripensare in modo strutturale il modello organizzativo della prevenzione e della presa in carico in ambito cardiovascolare, superando la frammentarietà attuale e la logica episodica degli interventi. Il principio guida è quello della prevenzione di prossimità, intesa come capacità del sistema di intercettare le persone nei contesti di vita quotidiana, casa, scuola, lavoro, e non esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie tradizionali.

In questo scenario, si propone l'attivazione di programmi di *screening* CNM diffuso, con iniziative dedicate nei territori, nelle scuole e negli istituti penitenziari, al fine di intercettare precocemente i soggetti a rischio e ridurre la quota di popolazione non diagnosticata. La prossima Legge di Bilancio 2026 potrebbe rappresentare un'occasione strategica per rafforzare ulteriormente

questa impostazione, poiché prevede investimenti significativi nella prevenzione, con fondi dedicati al potenziamento degli *screening*, della diagnostica di base e delle campagne informative. Sebbene oggi le risorse risultino orientate prevalentemente verso gli *screening* oncologici e i programmi vaccinali, sta emergendo una crescente attenzione istituzionale verso l'inclusione strutturata dello *screening* cardio-nefro-metabolico, alla luce del peso epidemiologico di queste condizioni e del loro impatto in termini di ricoveri e costi evitabili. In tale contesto, l'introduzione di programmi di *screening* obbligatori per le popolazioni a rischio, con cadenza semestrale o annuale, costituirebbe un passo decisivo. Tali programmi dovrebbero basarsi sulla valutazione sistematica dei principali parametri clinici: glicemia ed emoglobina glicata, colesterolo LDL e HDL, trigliceridi, pressione arteriosa, funzionalità renale attraverso eGFR e albuminuria, oltre a biomarcatori cardiovascolari come Lp(a), ApoB e hs-CRP. Accanto a questi, risultano centrali esami di primo livello quali l'elettrocardiogramma (ECG) a 12 derivazioni e, se indicata, l'ecocardiografia di base, insieme alla valutazione della presenza di condizioni correlate come diabete, sindrome metabolica e ipertrofia ventricolare sinistra. L'obiettivo è costruire un vero sistema di prevenzione proattiva, capace di identificare precocemente le condizioni a rischio e di attivare tempestivamente percorsi di cura integrati, prima dell'invio allo specialista.

In questo quadro, le farmacie territoriali assumono un ruolo strategico come presidi di salute di prossimità, grazie alla loro capillarità e alla possibilità di effettuare test diagnostici rapidi di primo livello (POC) e di offrire attività di educazione sanitaria e *counseling* breve. Un simile approccio consente di aumentare l'accessibilità ai servizi di prevenzione, ottimizzare le risorse e ridurre la spesa futura legata alle complicanze e ai ricoveri ospedalieri evitabili.

Perché questi strumenti di prossimità possano produrre un reale impatto sistemico, è tuttavia necessario che le prestazioni erogate, dai test diagnostici nelle farmacie agli *screening* nelle Case della Comunità, confluiscono in un percorso assistenziale tracciabile e condiviso. A tal fine, si propone l'istituzione di un registro nazionale condiviso per il paziente CNM, che consenta di identificare e seguire il percorso clinico anche quando il paziente si sposta tra regioni diverse. Un simile strumento garantirebbe continuità assistenziale, ridurrebbe le duplicazioni diagnostiche e consentirebbe di superare le attuali disparità di trattamento legate alla residenza, trasformando i dati raccolti sul territorio in una risorsa strutturata per la programmazione sanitaria e la ricerca clinica.

Un secondo asse di intervento riguarda il ruolo del MMG, che necessita di una ridefinizione funzionale e organizzativa. Il MMG rappresenta il vero coordinatore clinico e preventivo del percorso di cura. A lui compete non solo l'ascolto dei bisogni del paziente e la gestione quotidiana della cronicità, ma anche la prescrizione appropriata di farmaci, esami e visite, nonché l'attivazione tempestiva del consulto specialistico quando necessario. Pertanto, deve poter tornare a essere il coordinatore del percorso di cura, non soltanto il prescrittore, ma il professionista che conosce, accompagna e orienta il paziente nel tempo. A tal fine, si suggerisce di potenziare la funzione clinica e preventiva del MMG, consentendo l'utilizzo di strumenti diagnostici di base (ad esempio ECG e test di *screening*) direttamente nello studio. Infatti, per rendere il percorso più efficace e ridurre l'accesso improprio allo specialista, è fondamentale che il MMG effettui una prima valutazione diagnostica completa, fondata su anamnesi accurata, esame obiettivo e accertamenti preliminari di base. Questi includono esami ematochimici, misurazione e monitoraggio della pressione arteriosa, test di *screening* metabolici ed esecuzione di un elettrocardiogramma direttamente nello studio medico. Tale approccio permette di

orientare meglio il paziente, definire il livello di rischio CNM e stabilire la reale necessità di approfondimenti specialistici. Ne derivano percorsi più rapidi e appropriati, minori liste d'attesa e un uso più efficiente delle risorse disponibili. Per rafforzare questo ruolo strategico, appare auspicabile un'evoluzione della formazione della medicina generale verso un percorso universitario strutturato, in grado di consolidare competenze cliniche, diagnostiche e di gestione integrata della cronicità, rendendo il MMG il punto di snodo centrale della presa in carico CNM. In questa logica, il MMG può svolgere un ruolo ancora più decisivo nella fase che precede la visita specialistica, guidando il paziente attraverso un percorso di valutazione preliminare chiaro e standardizzato. Ciò significa garantire non solo l'esecuzione degli accertamenti di base, ma anche una lettura integrata dei risultati, utile a comprendere il livello di rischio e a stabilire con maggiore precisione quando il coinvolgimento dello specialista sia realmente necessario. L'uso coordinato degli *screening* disponibili sul territorio, incluse le prestazioni erogate dalle farmacie dei servizi e dalle Case della Comunità, permette al MMG di costruire un quadro clinico iniziale più solido, riducendo attese, visite inappropriate e differenze regionali nell'accesso alla diagnosi.

Accanto alla dimensione professionale, si evidenzia la necessità di integrare la prevenzione con interventi educativi e comunicativi mirati. Informare e coinvolgere attivamente il paziente rispetto alle prescrizioni, agli obiettivi terapeutici e ai comportamenti da adottare favorisce l'aderenza, la consapevolezza e la partecipazione attiva alla cura. La prevenzione deve quindi configurarsi anche come processo di educazione alla salute, da realizzare attraverso programmi informativi continuativi, campagne di sensibilizzazione e la collaborazione con associazioni di pazienti o figure di "pazienti *tutor*" in grado di facilitare la relazione con il sistema sanitario.

Sul piano organizzativo più ampio, si propone l'adozione di modelli di lavoro in rete, capaci di superare la frammentazione e favorire la multidisciplinarietà. L'attuale struttura della medicina generale, con un numero elevato di assistiti per medico, ostacola una presa in carico efficace delle cronicità. La promozione di forme associative tra MMG può rappresentare una soluzione per distribuire meglio le competenze, condividere strumenti e migliorare la continuità assistenziale. Collaborazioni strutturate con specialisti, farmacisti e altri professionisti sanitari territoriali consentono di costruire percorsi integrati e orientati alla prevenzione, riducendo allo stesso tempo l'inerzia terapeutica.

Un ulteriore ambito prioritario riguarda le Case di Comunità, che dovrebbero evolvere verso il modello di "case della prevenzione", ossia luoghi di salute in cui il cittadino possa accedere a un'*équipe* multidisciplinare impegnata nel mantenimento dello stato di benessere e nella gestione precoce del rischio cardiovascolare. Perché ciò sia possibile, è necessaria una visione politica e programmatica nazionale coerente, che riconosca le CNM come area prioritaria di intervento e le includa stabilmente nei LEA. Per garantire una presa in carico realmente uniforme in tutto il Paese, è necessario che nei LEA vengano inclusi in modo stabile interventi specifici per le CNM, riconoscendone l'elevato impatto epidemiologico e la natura integrata del rischio. I LEA dovrebbero prevedere programmi strutturati di prevenzione primaria e secondaria, basati su *screening* sistematici e regolari, attività di educazione alla salute e la disponibilità di test diagnostici di primo livello direttamente nei territori, nelle Case della Comunità e nelle farmacie.

A ciò deve affiancarsi un modello di presa in carico che formalizzi percorsi multidisciplinari condivisi, coinvolgendo in maniera coordinata MMG, cardiologi, nefrologi, diabetologi e farmacisti. Tale approccio permetterebbe di garantire continuità assistenziale, personalizzazione dei percorsi e un monitoraggio clinico continuo, elementi imprescindibili nel trattamento delle

CMD. L'integrazione di questi interventi all'interno dei LEA consentirebbe di superare le attuali disomogeneità regionali, assicurando a ogni cittadino un accesso omogeneo e appropriato ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura. Ciò favorirebbe un modello proattivo e sostenibile, centrato sulla diagnosi precoce e sull'intercettazione dei soggetti a rischio, con benefici significativi in termini di salute pubblica e riduzione dei costi associati alle complicanze e ai ricoveri evitabili.

Un passaggio ancora insufficientemente presidiato riguarda il coinvolgimento delle Regioni sin dalle fasi iniziali di progettazione delle politiche sanitarie. L'esperienza mostra che quando le Regioni vengono incluse solo nella fase attuativa, e non in quella di costruzione dei percorsi, il rischio di applicazione disomogenea aumenta significativamente. È quindi necessario definire meccanismi strutturati di co-progettazione tra livello nazionale e regionale, che garantiscano un reale allineamento sugli obiettivi, sugli strumenti e sugli indicatori di risultato, prima ancora che sui contenuti normativi. Solo un coinvolgimento precoce e sistematico delle Regioni può trasformare le indicazioni nazionali in percorsi concretamente applicati e uniformi su tutto il territorio.

Nel complesso, il sistema richiede un cambio di paradigma, orientato al passaggio da un modello reattivo a uno proattivo, preventivo e integrato, in cui prossimità, formazione continua e collaborazione interprofessionale diventino i cardini di un nuovo assetto organizzativo sostenibile e centrato sul cittadino. Il quadro delineato, infatti, mostra come l'Italia disponga già di strumenti normativi, organizzativi e tecnologici in grado di migliorare significativamente la gestione delle CNM, ma la loro attuazione rimane disomogenea e incompleta. Le evidenze raccolte indicano che interventi mirati, molti dei quali immediatamente realizzabili, possono produrre benefici concreti nel breve-medio periodo, riducendo le disuguaglianze territoriali, migliorando i tempi di accesso e rafforzando la continuità assistenziale. Le proposte avanzate si fondano su infrastrutture e programmi già disponibili: il potenziamento degli *screening* CNM, l'utilizzo dei test diagnostici di primo livello nelle Case della Comunità e nelle farmacie, l'ampliamento del ruolo del MMG come primo responsabile della valutazione clinica e della stratificazione del rischio, l'adozione di modelli multidisciplinari integrati e l'inserimento nei LEA di percorsi strutturati di prevenzione e presa in carico. Si tratta di misure attuabili con interventi programmatori e organizzativi mirati, sostenibili dal punto di vista finanziario e coerenti con le riforme già in corso. Nel loro insieme, tali azioni consentono di costruire un modello sistemico più proattivo, capace di spostare l'asse della cura dalla gestione tardiva della malattia alla diagnosi precoce e alla prevenzione personalizzata. Rafforzare la prossimità, integrare i professionisti, garantire equità e attuare pienamente gli strumenti già esistenti rappresentano i passi necessari per trasformare il sistema attuale in un'organizzazione moderna, resiliente e realmente centrata sulla persona, in grado di rispondere in modo efficace alla crescente complessità delle CNM.

Pilastro tecnologico

Tabella 5 – Proposte pilastro tecnologico

Attori interessati	Proposte operative	Dettaglio
Istituzioni sanitarie, MMG, cittadini	Sanità digitale integrata e di prossimità	Realizzazione di un FSE unico, aggiornato e realmente interoperabile, che includa dati clinici, referti, percorsi terapeutici, monitoraggi, riabilitazione e stili di vita. La digitalizzazione deve favorire l'accesso equo, soprattutto per popolazioni fragili, rendendo possibili <i>screening</i> CNM territoriali standardizzati, integrati con Case di Comunità, MMG, farmacie e strumenti diagnostici rapidi o digitali. Fondamentale la formazione strutturata dei MMG sulle tecnologie digitali, sugli strumenti diagnostici e sull'uso del FSE.
AIFA, farmacie	Accesso equo e rapido alle terapie innovative	Coordinamento nazionale e strumenti digitali condivisi (AIFA–FSE–farmacie) per uniformare i criteri prescrittivi e ridurre i tempi di accesso. Le farmacie diventano nodi del monitoraggio: tracciamento digitale delle dispensazioni, generazione di alert e supporto alla continuità terapeutica.
MMG, pazienti	Strumenti digitali per l'aderenza terapeutica	Soluzioni integrate che rilevano automaticamente mancati rinnovi, interruzioni e irregolarità, attivando notifiche al MMG e al paziente. L'obiettivo è intervenire precocemente su situazioni a rischio, migliorando la prevenzione secondaria e riducendo ricoveri evitabili.
Ministero della Salute, AIFA	Cultura del dato e interoperabilità nazionale	Raccolta continua e standardizzata delle informazioni cliniche e degli stili di vita, condivisione sicura dei dati secondo i principi dell'EHDS. Serve un adeguamento legislativo per permettere l'utilizzo clinico e di sanità pubblica dei dati, garantendo tutela della <i>privacy</i> e fruibilità operativa per valutazioni HTA e programmazione. Vanno semplificati i flussi di inserimento dati, riducendo la frammentazione attuale tra sistemi regionali.
Ministero della Salute, Regioni	Sistemi di misurazione degli esiti e indicatori di <i>performance</i>	Sviluppo di indicatori di esito e di processo (clinici, organizzativi, di equità), integrati nei flussi informativi nazionali e regionali, con sistemi automatizzati di raccolta dati e meccanismi di <i>accountability</i> .

In questa fase di trasformazione diventa essenziale garantire che l'adozione delle nuove tecnologie avvenga in modo equo su tutto il territorio italiano. L'obiettivo è costruire un modello di sanità realmente integrato, in cui la tecnologia non sia un fine, ma uno strumento per migliorare equità, efficacia e sostenibilità dell'assistenza. Le proposte quindi si articolano lungo tre assi strategici tra loro indipendenti:

1. Digitalizzazione, Interoperabilità e cultura del dato

La digitalizzazione rappresenta il prerequisito tecnologico e culturale per integrare percorsi clinici e personalizzare la presa in carico. Elemento centrale è la realizzazione di un FSE unico, interoperabile e aggiornato in tempo reale che raccolga l'intera storia sanitaria della persona: dati clinici, referti/ esami, riabilitazione, percorsi di prevenzione e informazioni sugli stili di vita, da considerarsi veri e propri parametri clinici.

La standardizzazione e la condivisione dei dati sanitari (clinici, *real-world*, secondari e post-ricerca) devono avvenire in modo uniforme a livello nazionale in coerenza con i principi dell'*European Health Data Space* (EHDS). Ciò consente di sostenere ricerca, programmazione sanitaria e valutazioni *Health Technology Assessment* (HTA) basate su evidenze reali.

Per raggiungere questo obiettivo non è più sufficiente intervenire sul piano tecnico: serve consolidare e completare il percorso già avviato dal legislatore. Negli ultimi anni, infatti, l'introduzione del FSE 2.0 e, più recentemente, dell'Ecosistema dei Dati Sanitari¹ (EDS) ha superato molti dei vincoli che tradizionalmente venivano ricondotti alla normativa sulla *privacy*. Lo schema di decreto approvato dal Garante ha chiarito in modo definitivo che la tutela dei dati personali e la fruibilità clinica delle informazioni possono coesistere, purché all'interno di architetture sicure, standardizzate e pienamente interoperabili.

Il tema, oggi, non è più "se" sia possibile condividere il dato sanitario, ma come farlo in modo uniforme, tempestivo e utile ai processi clinici e decisionali. In questa prospettiva, la priorità operativa diventa l'implementazione completa del FSE 2.0 e dell'EDS in tutte le Regioni, assicurando alimentazione automatica e continua dei dati, qualità informativa omogenea e accesso regolato ai diversi professionisti coinvolti nella presa in carico.

Parallelamente, è necessario semplificare i flussi di alimentazione dei sistemi informativi, riducendo la duplicazione delle registrazioni e integrando in modo nativo le informazioni provenienti dalle piattaforme territoriali, ospedaliere e farmaceutiche. La riduzione della ridondanza e l'aumento della qualità del dato rappresentano condizioni imprescindibili per la stratificazione della popolazione, il monitoraggio degli esiti reali e la valutazione dell'impatto delle innovazioni terapeutiche e organizzative.

¹ EDS è un sistema digitale innovativo e sicuro per la raccolta e l'analisi dei dati sanitari. Offrirà servizi evoluti e innovativi soprattutto per pazienti e professionisti sanitari. Permetterà di migliorare prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e profilassi internazionale e di rendere più vicine alle esigenze dei pazienti le attività di ricerca, programmazione e governo della salute pubblica da parte delle Istituzioni. È istituito con il Decreto 31 dicembre 2024 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica e i suoi servizi saranno pienamente operativi entro il 2026. Con la pubblicazione del Decreto in Gazzetta Ufficiale del 5 marzo 2025 l'EDS potrà prendere forma grazie alla collaborazione del Ministero della Salute con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Dipartimento per la trasformazione digitale e il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali – AGENAS. L'EDS interagisce con altri strumenti di sanità digitale quali: FSE, il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) e l'Anagrafe Nazionale Assistenti – ANA (quando quest'ultima diverrà operativa), per raccogliere dati in maniera centralizzata e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Disponibile su <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/fascicolo-sanitario-elettronico/ecosistema-dei-dati-sanitari/>

2. Prevenzione e accesso equo all'Innovazione

Garantire l'efficacia delle cure significa ridurre disuguaglianze e contrastare l'abbandono terapeutico. L'accesso ai farmaci innovativi deve essere uniforme al livello nazionale, superando la variabilità regionale nei criteri prescrittivi e nei tempi di accesso. Ciò richiede un coordinamento nazionale più solido e l'applicazione sistematica di HTA, con l'obiettivo di accelerare le procedure di approvazione e rendere disponibili rapidamente le terapie, in particolare nell'area CNM.

Un ulteriore elemento chiave è il miglioramento dell'aderenza terapeutica. Strumenti digitali integrati, basati su dati provenienti da farmacie, AIFA e FSE, possono segnalare tempestivamente mancati rinnovi, interruzioni o irregolarità terapeutiche, permettendo interventi rapidi e mirati.

L'integrazione effettiva delle piattaforme digitali nazionali (AIFA, FSE e farmacie) rappresenta quindi una condizione abilitante per ridurre ricoveri evitabili e costi correlati.

3. Medicina Generale e prossimità

Una volta create le infrastrutture digitali, il baricentro si sposta sul territorio.

L'obiettivo è favorire il passaggio da un modello reattivo a uno orientato alla promozione attiva della salute, ampliando gli *screening* CNM e garantendo interventi mirati alle popolazioni fragili o in condizioni di vulnerabilità sociale incluso i contesti detentivi

La medicina territoriale deve trasformarsi nel luogo primario e continuo di educazione alla salute, accompagnamento e monitoraggio.

In questo quadro, la MMG assume un ruolo decisivo: i MMG devono essere posti al centro dei percorsi di cura, dotati degli strumenti e delle competenze per integrare le innovazioni terapeutiche e digitali nella pratica quotidiana. Ciò richiede tre condizioni operative: 1) potenziare la formazione dei MMG sulle terapie innovative e sulle tecnologie digitali; 2) garantire l'accesso a strumenti diagnostici di base e a sistemi digitali evoluti per il monitoraggio proattivo; 3) favorire una comunicazione strutturata e tempestiva con gli specialisti, così da ottimizzare la gestione clinica e ridurre la frammentazione dei percorsi.

4. Misurazione degli esiti e *accountability* dei percorsi

Un elemento ancora non sufficientemente sviluppato nel sistema attuale, e che emerge con forza dalle riflessioni del Forum, è la capacità di misurare in modo sistematico l'efficacia dei percorsi. I documenti programmatici fissano spesso obiettivi ambiziosi, ma senza strumenti chiari per verificarne il raggiungimento. È quindi necessario sviluppare un set condiviso di indicatori di esito e di processo (clinici, organizzativi e di equità) integrato nei flussi informativi nazionali e regionali. Tali indicatori dovrebbero permettere di valutare non solo ciò che viene prodotto in termini di documenti e linee guida, ma ciò che viene realmente realizzato in termini di presa in carico, buone pratiche e risultati di salute. Sistemi di raccolta dati automatizzati, *report* periodici e meccanismi di *accountability* trasparenti verso istituzioni, professionisti e pazienti sono condizioni indispensabili per trasformare gli obiettivi in impatto misurabile.

Pilastro sociale

Tabella 6 – Proposte pilastro sociale

Attori interessati	Proposte operative	Dettaglio
Istituzioni sanitarie, cittadini	Equità di accesso alle cure e alle tecnologie	Garantire disponibilità uniforme di farmaci innovativi, dispositivi medici, diagnostici in vitro, servizi di diagnostica per immagini, servizi digitali, telemedicina e percorsi diagnostico-terapeutici, riducendo le differenze regionali e territoriali.
Ministero salute, associazioni pazienti	Redazione di una “Carta dei Diritti e delle responsabilità del Paziente Cardio-Nefro-Metabolico”	Documento nazionale che definisce diritti, responsabilità e ambiti di partecipazione, migliorando trasparenza, informazione, <i>empowerment</i> e corresponsabilità nella gestione della malattia.
Pazienti, associazioni	Creazione di reti e comunità di pazienti	Strutture permanenti per la condivisione delle esperienze, formazione continua, supporto tra pari, <i>advocacy</i> e co-progettazione dei servizi, anche tramite piattaforme digitali dedicate.
Scuole, operatori sanitari	Educazione sanitaria e alfabetizzazione informativa	Interventi strutturati nelle scuole e nei contesti comunitari per migliorare conoscenze, competenze digitali e capacità decisionali, contrastando disinformazione e barriere culturali.
Pazienti, decisori sanitari	Rafforzare la partecipazione attiva dei pazienti	Integrazione delle associazioni nei tavoli decisionali, nei processi di valutazione dei percorsi di cura e nelle fasi di monitoraggio, con meccanismi chiari di <i>feedback</i> , riconoscimento e collaborazione continuativa.

Per migliorare in modo concreto la qualità dell'assistenza e garantire una presa in carico realmente centrata sulla persona, è necessario intervenire simultaneamente su più livelli del sistema sanitario, coinvolgendo istituzioni, professionisti, scuole, pazienti e associazioni. Un primo pilastro riguarda la promozione dell'equità di accesso: oggi la disponibilità di farmaci innovativi, dispositivi medici, diagnostica avanzata, servizi digitali e percorsi diagnostico-terapeutici può variare significativamente tra regioni e territori. Assicurare una distribuzione uniforme di queste risorse significa ridurre le disuguaglianze, migliorare la tempestività delle cure e garantire che ogni cittadino, indipendentemente dal luogo in cui vive, possa ricevere le stesse opportunità di prevenzione, trattamento e monitoraggio.

Parallelamente, diventa fondamentale riconoscere il ruolo attivo del paziente nella gestione delle patologie croniche, in particolare nell'area CNM. Per questo, la redazione di una “Carta dei Diritti e dei Doveri del Paziente” rappresenta uno strumento essenziale: un documento nazionale, condiviso con le associazioni dei pazienti, che definisca chiaramente diritti, responsabilità, livelli di informazione, criteri di trasparenza e modalità di partecipazione. Una cornice così strutturata

favorisce *empowerment*, consapevolezza e corresponsabilità, migliorando sia l'esperienza di cura sia la relazione tra cittadini e sistema sanitario.

Un altro elemento strategico è la creazione di reti e comunità di pazienti, capaci di offrire spazi di confronto, supporto e collaborazione. Queste reti, fisiche o digitali, rappresentano luoghi in cui i pazienti possono condividere esperienze, ricevere formazione continua, sviluppare competenze di *self-management* e contribuire attivamente ai processi di *advocacy* e co-progettazione dei servizi. Il valore di queste comunità è duplice: da un lato sostengono chi vive ogni giorno la malattia, dall'altro diventano interlocutori qualificati per professionisti e decisori, facilitando la costruzione di politiche realmente aderenti ai bisogni. Affinché tali processi siano sostenibili nel tempo, è però indispensabile investire in educazione sanitaria e alfabetizzazione informativa. Scuole e operatori sanitari hanno un ruolo chiave nel promuovere conoscenze, competenze digitali e capacità decisionali, contrastando la disinformazione e riducendo le barriere culturali che spesso ostacolano l'accesso ai servizi. Interventi strutturati in questi ambiti non solo formano cittadini più consapevoli, ma contribuiscono a creare una cultura della salute diffusa e partecipativa.

Infine, tutte queste azioni trovano piena realizzazione solo se la partecipazione attiva dei pazienti diventa parte integrante della *governance* sanitaria. Ciò significa coinvolgere stabilmente le associazioni nei tavoli decisionali, nei processi di valutazione dei percorsi di cura, nei meccanismi di monitoraggio e nella revisione dei servizi. Strutturare modalità chiare di *feedback*, riconoscimento e collaborazione continuativa permette di integrare la prospettiva dei pazienti nelle decisioni strategiche, rendendo il sistema sanitario più trasparente, responsabile e orientato ai bisogni reali della popolazione.

In sintesi, equità di accesso, diritti e doveri chiari, reti di supporto, educazione informativa e partecipazione alla governance non sono elementi separati, ma tasselli di un unico percorso: costruire un modello di assistenza che metta davvero al centro il cittadino e che valorizzi, in modo sistematico e continuativo, il ruolo dei pazienti come partner fondamentali nella definizione e nel miglioramento delle politiche sanitarie.

Conclusioni

Il percorso realizzato nell'ambito del Forum Cardiovascolare ha permesso di costruire, per la prima volta in Italia, una visione condivisa e realmente integrata della complessità CNM, facendo dialogare in modo continuativo società scientifiche, associazioni di pazienti, istituzioni e imprese. L'analisi condotta nel corso degli incontri ha evidenziato un quadro chiaro: le CNM rappresentano una delle principali sfide epidemiologiche, organizzative ed economiche del Paese, con un impatto crescente sulla qualità di vita delle persone e sulla sostenibilità del SSN. L'attuale frammentazione dei percorsi assistenziali, la variabilità territoriale nell'accesso ai servizi, la difficoltà di garantire una diagnosi precoce e una presa in carico continua, insieme all'insufficiente integrazione tra i vari livelli di cura, rappresentano criticità profonde che richiedono un ripensamento strutturale del modello di *governance*.

Il Forum ha permesso non solo di delineare con rigore analitico il contesto clinico, normativo ed epidemiologico, ma anche di elaborare una serie di proposte operative concrete, costruite grazie al contributo multidisciplinare dei diversi *stakeholder* coinvolti. L'Hackathon del 16 ottobre ha avuto un ruolo decisivo: ha reso possibile la trasformazione delle evidenze raccolte nei mesi precedenti in un insieme strutturato di azioni, organizzate lungo tre pilastri, organizzativo, tecnologico e sociale, capaci di incidere in modo sistemico sul *continuum* CNM.

Le proposte elaborate nel pilastro organizzativo sottolineano l'esigenza di ricostruire, in modo coerente e uniforme su tutto il territorio nazionale, le fondamenta della presa in carico. Prevenzione di prossimità, rafforzamento del ruolo del MMG, valorizzazione delle farmacie come presidi territoriali, ridefinizione delle Case della Comunità come "Case della Prevenzione", standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, e integrazione reale tra professionisti e servizi: ciascuno di questi elementi rappresenta un tassello indispensabile per superare la frammentarietà attuale e offrire ai cittadini percorsi tempestivi, appropriati e orientati al valore. L'integrazione tra ospedale e territorio, l'adozione di modelli multidisciplinari stabili e l'implementazione di un sistema operativo che consenta una presa in carico coerente e continua costituiscono una condizione non più rinviabile.

Accanto alla dimensione organizzativa, il pilastro tecnologico evidenzia come la piena realizzazione del FSE, l'interoperabilità dei dati, la cultura del dato e l'integrazione tra piattaforme digitali rappresentino le condizioni essenziali per garantire diagnosi precoci, monitoraggio continuo e presa in carico personalizzata. Le innovazioni terapeutiche e diagnostiche oggi disponibili richiedono un contesto capace di supportarle attraverso flussi informativi standardizzati, *alert* clinici tempestivi, strumenti digitali di supporto all'aderenza terapeutica e una governance nazionale in grado di ridurre disomogeneità prescrittive e ritardi nell'accesso ai trattamenti. La tecnologia non è un fine ma un abilitatore: consente, se ben implementata, di ridurre le ospedalizzazioni evitabili, migliorare gli *outcome* clinici e sostenere la sostenibilità economica del sistema.

Il pilastro sociale, infine, mette al centro il cittadino, il paziente e le comunità. Equità di accesso, educazione sanitaria, alfabetizzazione informativa, creazione di reti di pazienti e rafforzamento della partecipazione attiva nei processi decisionali rappresentano elementi fondamentali per trasformare il modello assistenziale da reattivo a proattivo. La consapevolezza, la corresponsabilità e la capacità di orientarsi nel sistema sanitario sono dimensioni tanto importanti quanto quelle

cliniche e organizzative: senza cittadini informati e in grado di partecipare al proprio percorso di cura, la gestione delle CNM non può raggiungere livelli adeguati di efficacia e sostenibilità.

È in questo quadro che si colloca la Carta dei Diritti e delle Responsabilità della Persona con Patologie Cardio–Nefro–Metaboliche, sviluppata come appendice a questo *policy paper*. La Carta costituisce un manifesto valoriale e operativo che integra e aggiorna i quattordici diritti della Carta Europea dei Diritti del Malato del 2002, interpretandoli alla luce delle esigenze e delle complessità emergenti. Essa afferma principi non negoziabili, equità nell'accesso, continuità assistenziale, prevenzione, innovazione, qualità e sicurezza delle cure, riconoscendo al tempo stesso il ruolo centrale della partecipazione attiva dei pazienti e delle loro associazioni.

Nell'ambito CNM, la partecipazione non può essere considerata un elemento accessorio: rappresenta una componente strutturale dell'intero percorso. Le persone affette da queste condizioni sperimentano quotidianamente la frammentarietà dei percorsi, la difficoltà di orientarsi tra servizi e professionisti, la mancanza di informazioni chiare e la discontinuità nelle cure. Per questo motivo, la Carta introduce un capitolo specifico dedicato al diritto alla partecipazione, articolato nelle sue diverse dimensioni: consultazione, co-progettazione, supporto all'implementazione, generazione di evidenze, valutazione e monitoraggio. La voce del paziente non solo produce un miglioramento dei percorsi e delle politiche, ma diventa un elemento imprescindibile per garantire equità, appropriatezza e sostenibilità.

La Carta riconosce inoltre la corresponsabilità dei cittadini e del sistema sanitario. Perché i diritti possano essere realmente esigibili, è necessario che ogni parte si impegni attivamente: i cittadini nella prevenzione e nell'aderenza terapeutica; le istituzioni nella programmazione equa, nella trasparenza, nella qualità e nell'innovazione; i professionisti nella comunicazione efficace, nella presa in carico personalizzata e nella costruzione di una relazione terapeutica fondata sulla fiducia reciproca. Le responsabilità condivise rappresentano il pilastro che sostiene l'intera architettura del documento, confermando l'idea che la salute è un bene comune che richiede impegno congiunto, partecipazione e cooperazione.

Alla luce di quanto emerso nel percorso del Forum, appare evidente che l'Italia si trova in un momento decisivo: dispone degli strumenti normativi, tecnologici e organizzativi per realizzare un modello di gestione integrata del rischio CNM, ma tali strumenti devono essere armonizzati, potenziati e implementati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Le proposte presentate delineano un percorso chiaro, attuabile e sostenibile, che valorizza quanto già esiste e introduce elementi innovativi per colmare le lacune più rilevanti. Il Forum Cardiovascolare ha dimostrato che un approccio *multi-stakeholder*, fondato sulla condivisione e sulla partecipazione, è in grado di generare soluzioni concrete e di ampio respiro, orientate all'impatto reale sulle persone e sul sistema sanitario.

Le conclusioni di questo documento non rappresentano un punto di arrivo, ma l'inizio di un percorso. L'attuazione delle proposte qui presentate richiede un impegno stabile da parte delle istituzioni, dei professionisti, delle associazioni e dei cittadini. La sfida CNM può essere affrontata solo attraverso un'azione coordinata e sistemica, capace di unire prevenzione, diagnosi precoce, innovazione terapeutica, prossimità, *governance* partecipata e un forte investimento sulle comunità.

Il Forum Cardiovascolare continuerà a rappresentare uno spazio di confronto, costruzione e monitoraggio, con l'obiettivo di accompagnare il Paese verso un modello assistenziale moderno, resiliente, equo e centrato sulla persona.

ALLEGATO 1: Carta dei diritti e delle responsabilità delle persone affette da patologie cardio-nefro-metaboliche

1. Preambolo

Il quadro attuale delle condizioni di vita e di cura delle persone affette da CNM in Italia restituisce l'immagine di un sistema complesso, nel quale i diritti dei pazienti risultano formalmente riconosciuti sul piano normativo, ma non trovano sempre una piena e uniforme applicazione nella pratica clinica e organizzativa quotidiana. Le disparità territoriali, la frammentazione dei percorsi assistenziali e la difficoltà nel garantire continuità, qualità e accessibilità alle cure contribuiscono a rendere evidente il divario tra principi dichiarati e diritti effettivamente esigibili.

In questo contesto, il presente documento assume come riferimento fondativo la Carta Europea dei Diritti del Malato del 2002², che individua i quattordici diritti fondamentali, 1) misure preventive; 2) accesso alle cure; 3) informazione; 4) consenso informato; 5) libera scelta; 6) *privacy* e riservatezza; 7) rispetto del tempo del paziente; 8) standard di qualità; 9) sicurezza; 10) innovazione; 11) assenza di sofferenze e dolori inutili; 12) trattamenti personalizzati; 13) reclamo; 14) risarcimento.

Questi diritti mantengono ancora oggi un ruolo centrale nella definizione dei livelli di qualità dei servizi sanitari e rappresentano un parametro essenziale per valutare lo stato di attuazione delle tutele nel contesto nazionale. Alla luce di questo quadro, la presente Carta si articola attorno a tre elementi fondamentali, che costituiscono la base su cui si sviluppano sia la definizione dei diritti sia le responsabilità connesse alla presa in carico delle CNM.

1. I diritti non negoziabili. Essi rappresentano il nucleo essenziale delle tutele che devono essere garantite a tutte le persone affette da CNM, indipendentemente dal contesto territoriale o organizzativo. Pur derivando dalla Carta Europea dei Diritti del Malato, questi diritti vengono qui riletti e adattati alla complessità crescente delle condizioni croniche e alla necessità di percorsi di cura più integrati, continui e appropriati. Pur riconoscendo la piena validità dei quattordici diritti contenuti nella Carta europea, alcuni di essi assumono una rilevanza particolare per le persone con CNM: costituiscono il nucleo irrinunciabile della presente Carta e vengono integrati con elementi specifici che tengono conto dell'evoluzione epidemiologica, delle trasformazioni dei sistemi sanitari e delle esigenze cliniche e sociali oggi emergenti. Essi rappresentano dunque il riferimento valoriale su cui si fonda l'intero impianto del documento e introducono la sezione successiva dedicata alla loro esplicitazione.
2. La partecipazione dei pazienti. Questo principio esplicita il ruolo attivo che le persone e le loro associazioni devono poter esercitare nella definizione, valutazione e miglioramento dei percorsi di cura. Il documento non si limita a ribadire il diritto all'accesso e alla qualità

² Active Citizenship Network, Carta Europea dei Diritti del Malato (2002). In: https://www.activecitizenship.net/multimedia/import/images/patientsrights/ec_italian.pdf (ultimo accesso del 01/12/25).

delle cure, ma riconosce come indispensabile anche il diritto alla partecipazione attiva: un coinvolgimento strutturato dei pazienti, delle loro associazioni e delle organizzazioni di *advocacy*, ormai requisito imprescindibile per garantire efficacia, sostenibilità ed equità delle politiche sanitarie. La partecipazione non è un elemento accessorio, ma una componente strutturale del modello assistenziale, essenziale per migliorare i percorsi, orientare le decisioni, colmare le disuguaglianze e rendere il sistema più responsivo ai bisogni reali delle persone. Essa funge da ponte tra la definizione dei diritti e la loro concreta attuazione, anticipando così il capitolo dedicato al diritto alla partecipazione.

3. Le responsabilità dei cittadini e del sistema sanitario. Accanto ai diritti, la Carta riconosce l'esistenza di responsabilità condivise, che riguardano sia i cittadini sia il sistema sanitario. Ogni diritto implica infatti una responsabilità correlata: nelle CNM i cittadini sono chiamati a contribuire alla tutela della propria salute attraverso comportamenti e scelte consapevoli, capaci di rafforzare la prevenzione, favorire la continuità delle cure e migliorare l'efficacia dei percorsi terapeutici e riabilitativi. Parallelamente, il sistema sanitario e i suoi professionisti devono garantire qualità, accessibilità e continuità delle cure, rispondendo alla domanda di diritti mediante innovazione organizzativa, integrazione tra i livelli di cura, presa in carico multidisciplinare e attenzione costante all'umanizzazione dei servizi. Questo principio di corresponsabilità sostiene l'intera architettura del documento e prepara il terreno alla sezione conclusiva dedicata ai diversi attori, riconoscendo che solo dall'incontro tra diritti e responsabilità può emergere un modello assistenziale realmente equo, sostenibile e centrato sulla persona.

2. I diritti dei pazienti

I diritti enunciati rappresentano prerogative fondamentali e non negoziabili per le persone affette da CNM. Essi traggono ispirazione dalla citata Carta Europea dei Diritti del Malato, integrandone i contenuti e adattandoli alle specificità cliniche, organizzative e sociali che caratterizzano l'esperienza quotidiana dei pazienti, in un contesto che richiede risposte più eque, appropriate e sostenibili.

1. Il diritto all'accesso equo alle cure è un diritto strettamente collegato all'accesso a una corretta informazione su diagnosi, terapie e prognosi, alla libertà di scelta terapeutica e al rispetto del tempo del paziente. Esso continua a mostrare rilevanti disomogeneità sul territorio nazionale. Persistono infatti marcate differenze regionali nella possibilità di usufruire di trattamenti specialistici in ambito nefrologico, metabolico e cardiologico, così come nella disponibilità di servizi e nella tempestività delle risposte assistenziali. La residenza del cittadino rimane un fattore determinante nell'accesso alla cura, con impatti diretti sull'equità del sistema e sulla capacità di garantire un'assistenza realmente uniforme. A ciò si aggiunge la necessità di assicurare un accesso equo anche alle innovazioni terapeutiche e diagnostiche, che troppo spesso giungono ai pazienti con tempistiche diverse a seconda del contesto regionale.
2. Il diritto alla continuità assistenziale costituisce un elemento essenziale del percorso del paziente dopo un evento acuto o una dimissione ospedaliera. L'assenza di sistemi strutturati di *follow-up* e monitoraggio determina frequentemente un senso di smarrimento e di abbandono, aumentando al contempo il rischio di complicanze cliniche. Ad esempio, le persone colpite da ictus rappresentano un caso emblematico: oltre un

milione di cittadini vive con esiti dell'evento, ma spesso senza poter accedere a programmi adeguati di riabilitazione o a controlli di lungo periodo. Tale situazione sottolinea la necessità di rafforzare la rete assistenziale territoriale, ancora oggi caratterizzata da frammentarietà e marcata eterogeneità nell'organizzazione e nella qualità delle risposte.

3. Il diritto alla prevenzione, primaria e secondaria, rappresenta un diritto universale e deve essere garantita attraverso interventi strutturati, accessibili e sostenuti da un adeguato coordinamento tra livelli assistenziali. Nonostante ciò, essa continua a rappresentare un'area critica. In presenza di familiarità o fattori di rischio specifici, il sistema dovrebbe facilitare l'accesso a *screening* mirati e percorsi personalizzati, un principio che tuttavia risulta spesso disatteso a causa di carenze organizzative, limitate risorse e insufficiente formazione degli operatori. Riconoscere e attuare la prevenzione come diritto è condizione indispensabile per ridurre l'incidenza e la progressione delle CNM.
4. Il diritto alla cura delle patologie complesse. La natura interconnessa e cronica delle CNM richiede un modello assistenziale capace di integrare ospedale e territorio, superando la frammentazione dei percorsi e migliorando il coordinamento tra professionisti e servizi. Attualmente, il sistema sanitario non è ancora in grado di rispondere pienamente a questa complessità. Le criticità più evidenti riguardano la limitata interoperabilità dei servizi, la debolezza dei canali informativi e la mancanza di presa in carico realmente multidisciplinare. Questi elementi ostacolano la continuità e la qualità dell'assistenza, con ripercussioni significative sull'esperienza e sugli esiti di salute dei pazienti.
5. Il diritto alla qualità e all'innovazione. In linea con la Carta Europea dei Diritti del Malato, ogni persona ha diritto a servizi sanitari di elevata qualità, basati su standard definiti, e ad accedere a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, in coerenza con gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni di natura economica o finanziaria. Per i pazienti con CNM, la garanzia di questo diritto è fondamentale, poiché l'innovazione rappresenta un elemento cruciale per il miglioramento degli esiti clinici e per la gestione delle condizioni croniche. Tuttavia, la sua applicazione risulta ancora disomogenea, con conseguenti disparità nell'effettivo accesso alle migliori cure disponibili.

Sebbene questi diritti non abbiano un valore giuridico vincolante, essi costituiscono la formalizzazione di principi e norme organizzative richiamati nei documenti programmatori nazionali e regionali, nei codici deontologici, nelle linee guida cliniche e nelle indicazioni emanate dagli ordini professionali e dalle società scientifiche. Il loro fondamento ultimo continua a risiedere nell'articolo 32 della Costituzione, che riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

3. Il diritto alla partecipazione

Nell'ambito delle CNM, il coinvolgimento attivo delle persone che ne sono affette costituisce un elemento essenziale per orientare i processi decisionali, la co-progettazione dei servizi e la valutazione dei percorsi assistenziali. Garantire loro un effettivo diritto all'ascolto e alla partecipazione nei tavoli decisionali consente di valorizzare l'esperienza diretta dei pazienti come risorsa utile al miglioramento della qualità del sistema sanitario. Il modello di assistenza alla base dei cinque diritti enunciati nella Carta richiede infatti un approccio improntato a equità, appropriatezza e sostenibilità, in cui il contributo del paziente sia riconosciuto come valore aggiunto e parte integrante dei processi di *governance*.

La normativa ha definito specifiche modalità di coinvolgimento, orientate non al singolo individuo, ma alle associazioni rappresentative dei pazienti e dei cittadini³, riconoscendone il ruolo nel veicolare esigenze e prospettive collettive. In questo contesto, il diritto alla partecipazione si declina attraverso diverse forme:

Diritto alla:

- Consultazione: coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e dei cittadini in determinate fasi dei percorsi istituzionali, con l'obiettivo di raccogliere il punto di vista e le proposte.
- Co-progettazione: collaborazione strutturata alla definizione di interventi sanitari specifici, attraverso tavoli e gruppi di lavoro dedicati, finalizzati alla costruzione condivisa di atti programmatori e percorsi di cura.
- Supporto all'implementazione: partecipazione all'attuazione dei provvedimenti, mettendo a valore la cooperazione tra associazioni e istituzioni, in particolare ai livelli regionale e locale.
- Generazione di informazione e di evidenze: possibilità per le associazioni di fornire testimonianze, esperienze e informazioni utili a rappresentare il punto di vista dei pazienti e ad orientare i processi decisionali.
- Valutazione e monitoraggio: coinvolgimento nelle fasi di valutazione e monitoraggio dell'efficacia dei percorsi e delle politiche adottate.

Nel campo delle CNM, le associazioni potranno utilizzare tali opportunità di partecipazione a livello nazionale, regionale e locale, al fine di garantire che per tutte le persone affette da queste condizioni siano rispettati i cinque diritti sanciti dalla Carta.

4. Le responsabilità dei cittadini e del sistema sanitario

Le responsabilità costituiscono il naturale complemento dell'esercizio dei diritti: per i cittadini rappresentano un impegno attivo e consapevole nella tutela della propria salute, mentre per l'amministrazione e per i professionisti sanitari configurano un dovere istituzionale e deontologico orientato alla qualità dell'assistenza. Le azioni qui delineate si collocano all'interno del più ampio paradigma della sostenibilità, intesa come capacità del sistema sanitario di garantire nel lungo periodo un accesso equo a cure efficaci e di elevata qualità, integrando dimensioni economiche, sociali, organizzative e ambientali. La sostenibilità richiede, da un lato, una gestione efficiente delle risorse e un'organizzazione capace di assicurare continuità, appropriatezza e integrazione dei percorsi di cura; dall'altro, la promozione sistematica della prevenzione e l'adozione di strategie orientate alla riduzione dell'impatto ambientale, riconoscendo che la tutela della salute individuale e collettiva è strettamente connessa alla salvaguardia degli ecosistemi. In questo quadro assume un ruolo crescente l'impiego innovativo delle tecnologie digitali, che può migliorare l'accessibilità, la tempestività e il coordinamento dell'assistenza, favorendo modelli più efficienti e centrati sulla persona. Da tale prospettiva risulta evidente che tutti i soggetti che, per ragioni diverse, interagiscono con il sistema sanitario, cittadini, professionisti, amministratori e istituzioni, sono portatori di specifiche responsabilità. Tali responsabilità sono finalizzate a garantire la tenuta, l'evoluzione e lo sviluppo del sistema stesso,

³ <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/atto-di-indirizzo-riguardante-le-modalita-di-partecipazione-ai-processi-decisionali/>

affinché esso possa continuare a rispondere in modo equo e sostenibile ai bisogni di salute della collettività.

4A. Le responsabilità dei cittadini

Si è scelto di adottare il termine cittadini poiché il coinvolgimento auspicato non riguarda esclusivamente le persone già affette da una patologia, ma l'intera collettività, chiamata a svolgere un ruolo attivo nella salvaguardia della salute pubblica. Un paziente informato e consapevole diviene co-produttore del proprio benessere, contribuendo in modo determinante alla gestione della malattia e al rafforzamento del principio di partecipazione attiva. Tale ruolo responsabile assume particolare rilievo in diversi ambiti che, pur distinti, condividono la necessità di un impegno congiunto tra individuo e sistema sanitario.

- La prevenzione primaria rappresenta il primo livello in cui l'azione dei cittadini si rivela essenziale. Nessun programma sanitario può raggiungere risultati significativi senza la collaborazione della popolazione, chiamata a modificare abitudini e stili di vita che incidono sullo sviluppo delle CNM. L'adozione di comportamenti salutari non produce miglioramenti soltanto sul piano individuale, ma può generare un cambiamento collettivo attraverso la promozione di campagne informative e iniziative di prevenzione nei contesti scolastici, lavorativi e comunitari.
- Un secondo ambito riguarda la prevenzione secondaria e l'aderenza terapeutica. Le ricadute cliniche, le complicanze e il peggioramento della qualità di vita dipendono certamente da come è strutturata la rete assistenziale, ma sono fortemente influenzate anche dall'impegno del paziente nel seguire correttamente le terapie, nell'adottare stili di vita adeguati e nel prendersi cura del proprio benessere psicologico e sociale. La coerenza e la continuità di tale impegno costituiscono un fattore determinante per mantenere o migliorare la propria condizione clinica.
- Un terzo ambito di responsabilità riguarda la costruzione di un rapporto equilibrato e costruttivo tra cittadini, pazienti e servizi sanitari. Sebbene molte criticità derivino da modelli organizzativi ancora poco attenti alla dimensione umana della cura, i cittadini possono svolgere un ruolo rilevante nel promuovere iniziative di umanizzazione, nel sollecitare pratiche orientate alla persona e nel contribuire alla diffusione di esempi virtuosi. La sfiducia e il conflitto tra utenti e operatori sanitari non producono beneficio per alcuna delle parti coinvolte; al contrario, la creazione di spazi di dialogo, di confronto e di collaborazione rappresenta un elemento essenziale per qualificare la relazione di cura.
- Un ulteriore elemento di partecipazione è costituito dalla creazione di reti di pazienti e comunità tematiche. Questi contesti collettivi permettono lo scambio di esperienze, la condivisione di buone pratiche e lo sviluppo di iniziative formative rivolte sia ai cittadini sia ai professionisti. Le reti favoriscono l'emergere di una voce collettiva capace di dialogare con le istituzioni, di contribuire alla definizione dei percorsi assistenziali e di sostenere la realizzazione di un approccio multidisciplinare integrato. In tal modo, esse aiutano a superare la frammentazione dei percorsi di cura e a promuovere una gestione più coordinata, equa e sostenibile della salute.
- Infine, la responsabilità dei cittadini si esprime anche nella partecipazione consapevole ai processi di ricerca, innovazione e solidarietà sanitaria. Il consenso informato alla condivisione dei dati sanitari per finalità di ricerca, nel rispetto della normativa vigente e

della tutela della *privacy*, rappresenta un contributo essenziale per favorire il progresso scientifico, lo sviluppo di tecnologie innovative e il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici. Allo stesso modo, la promozione della cultura della donazione di organi e del consenso informato ai trapianti costituisce un atto di responsabilità sociale e solidarietà collettiva, capace di generare benefici concreti per l'intera comunità.

4B. La responsabilità del mondo sanitario

Gran parte dei diritti enunciati nella presente Carta richiede, per essere pienamente attuata, un impegno concreto e costante da parte del sistema sanitario nelle sue diverse articolazioni politiche, amministrative e professionali. Se i cittadini sono titolari di diritti ma anche corresponsabili della sostenibilità del sistema, ciò vale in misura ancora maggiore per coloro che, a livello istituzionale e operativo, hanno il compito di programmare, organizzare e garantire la tutela della salute delle persone affette da CNM. La Carta assume quindi anche una funzione propositiva, ponendosi come strumento utile a delineare interventi operativi con rilevanti implicazioni sistemiche per il SSN, in termini di sostenibilità, efficacia, equità e qualità dell'assistenza.

- Un primo ambito di intervento riguarda la facilitazione dell'accesso alle cure. Per garantire un'effettiva equità nell'erogazione dei servizi, è necessario assicurare la piena disponibilità di farmaci, dispositivi medici, diagnostici in vitro, servizi di diagnostica per immagini, servizi territoriali, tecnologie digitali e strumenti di telemedicina. Le attuali disomogeneità regionali, unite a criteri prescrittivi non uniformi e ad un insufficiente coordinamento tra le diverse strutture sanitarie, producono ritardi e difficoltà che ostacolano la continuità terapeutica e la tempestività dell'assistenza. Superare tali disparità rappresenta una priorità imprescindibile per garantire un accesso realmente uniforme e appropriato.
- Parallelamente, risulta fondamentale adottare valutazioni trasparenti basate sul valore. L'introduzione sistematica di analisi di costo-efficacia e di processi strutturati di HTA, anche alla luce del nuovo quadro normativo europeo, consente di orientare le decisioni verso l'utilizzo delle soluzioni cliniche più efficaci e sostenibili, rafforzando la coerenza e la solidità delle scelte allocative.
- La garanzia dell'appropriatezza delle cure, declinata sotto i profili clinico, organizzativo ed economico, costituisce un ulteriore elemento cardine. In un contesto caratterizzato da risorse limitate, diventa necessario assicurare interventi efficaci e di qualità, erogati entro tempistiche adeguate e secondo priorità fondate su bisogni clinici documentati. Tale principio si integra con la promozione dell'aderenza terapeutica e con la valorizzazione di un rapporto di responsabilità reciproca, nel quale il sistema sanitario offre cure comprensibili e coerenti con le evidenze disponibili, mentre il paziente si impegna a seguirle correttamente e ad adottare comportamenti salutari appropriati.
- Promuovere interventi di educazione sanitaria e alfabetizzazione informativa, rappresenta un ulteriore pilastro per contrastare la disinformazione e favorire scelte consapevoli. La collaborazione con le associazioni dei pazienti può rafforzare tali interventi, promuovendo una comunicazione scientificamente fondata scevra da finalità promozionali/commerciali. Nel medio-lungo periodo, queste attività generano un rilevante ritorno economico e sociale, riducendo gli accessi impropri, aumentando l'efficacia delle cure e migliorando la qualità della vita delle persone.

- Altrettanto cruciale risulta l'investimento sulla relazione medico-paziente, che deve evolvere da una dinamica gerarchica a una vera e propria partnership terapeutica. Solo all'interno di tale relazione collaborativa il paziente può sentirsi parte di un percorso condiviso, rafforzando la fiducia nel sistema e migliorando la *compliance* terapeutica, con benefici diretti sugli esiti di salute. In questo contesto, il MMG si conferma figura centrale nella presa in carico e nella prevenzione, in quanto punto di riferimento capace di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso assistenziale. È necessario superare l'attuale situazione in cui molti cittadini, spesso lasciati privi di informazioni adeguate, si trovano a colmare autonomamente lacune conoscitive che dovrebbero essere fornite dal sistema stesso.
- Rafforzare la partecipazione attiva dei pazienti e dei cittadini deve essere riconosciuta come componente strutturale della governance sanitaria. Il loro coinvolgimento nei processi decisionali, nei tavoli di consultazione e nella valutazione dei percorsi di cura rappresenta un elemento indispensabile per costruire un sistema realmente orientato ai bisogni. Le ricadute di tale approccio non sono unicamente economiche, ma anche culturali e organizzative: la transizione da un modello centrato sulla malattia a uno fondato sulla co-produzione della salute, in cui professionisti, istituzioni e cittadini collaborano nella definizione di percorsi appropriati, equi e sostenibili, costituisce una condizione essenziale per un SSN più efficiente, solidale e umano.

Bibliografia

1. Montagnani, A., & Manfellotto, D. (2025). La sindrome cardio-nefro-metabolica. *Italian Journal of Medicine*, 13, 1–38. <https://doi.org/10.4081/itjm.q.2025.1>
2. Marassi, M., Fadini, G.P. The cardio-renal-metabolic connection: a review of the evidence. *Cardiovasc Diabetol* 22, 195 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12933-023-01937-x>
3. Iacoviello, M., Gori, M., Grandaliano, G., Minutolo, R., Pitocco, D., & Trevisan, R. (2025). A holistic approach to managing cardio-kidney metabolic syndrome: insights and recommendations from the Italian perspective. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 12, 1583702. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2025.1583702>
4. Rao, G. H. R. (2018). Cardiometabolic diseases: A global perspective. *Journal of Cardiology & Cardiovascular Therapy*, 12(2), 555834. <https://doi.org/10.19080/JOCCT.2018.12.555834>
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). The state of cardiovascular health in the European Union. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>
6. Narula, J., Butler, J., Chothia, Y., Bannerjee, D., Jarraya, F., Ulas, I., & Luyckx, V. (2025). Optimising Access to Care for Patients with Heart and Kidney Diseases: A World Heart Federation and International Society of Nephrology White Paper. *Global heart*, 20(1), 88. <https://doi.org/10.5334/gh.1460>
7. Chen, H., Liu, L., Wang, Y., Hong, L., Zhong, W., Lehr, T., Bragazzi, N. L., Tang, B., & Dai, H. (2025). Burden of cardiovascular disease attributable to metabolic risks in 204 countries and territories from 1990 to 2021. *European heart journal. Quality of care & clinical outcomes*, 11(4), 467–476. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcae090>
8. Caturano A. (2024). Cardiovascular and Metabolic Disease: New Treatments and Future Directions 2.0. *Biomedicines*, 12(6), 1356. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12061356>
9. Fernando, K., Connolly, D., Darcy, E., Evans, M., Hinchliffe, W., Holmes, P., & Strain, W. D. (2025). Advancing Cardiovascular, Kidney, and Metabolic Medicine: A Narrative Review of Insights and Innovations for the Future. *Diabetes therapy : research, treatment and education of diabetes and related disorders*, 16(6), 1155–1176. <https://doi.org/10.1007/s13300-025-01738-3>
10. Yadav, M. A., & Trivedi, D. (2025). Cardio-kidney-metabolic disease: Prevention and innovation. *PriMera Scientific Medicine and Public Health*, 6(4), 13–19. <https://www.researchgate.net/publication/390461661>
11. Timmis, A., Aboyans, V., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Kavousi, M., Boriani, G., Huculeci, R., Kazakiewicz, D., Scherr, D., Karagiannis, E., Cvijic, M., Kapłon-Cieślicka, A., Ignatiuk, B., Raatikainen, P., De Smedt, D., Wood, A., Dudek, D., Van Belle, E., Weidinger, F., ... ESC National Cardiac Societies (2024). European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics. *European heart journal*, 45(38), 4019–4062. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae466>
12. International Cardiometabolic Working Group, Krentz, A., Jacob, S., Heiss, C., Sattar, N., Lim, S., Khunti, K., & Eckel, R. H. (2024). Rising to the challenge of cardio-renal-metabolic disease in the 21st century: Translating evidence into best clinical practice to prevent and manage atherosclerosis. *Atherosclerosis*, 396, 118528. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2024.118528>

13. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. (2022). EU Non-Communicable Diseases (NCDs) Initiative – Healthier Together: Guidance document. Publications Office of the European Union. Disponibile presso: https://health.ec.europa.eu/publications/eu-non-communicable-diseases-ncds-initiative-guidance-document_en - ultima visita ottobre 2025
14. Council of the European Union. (2024). Council Conclusions on the Improvement of Cardiovascular Health in the European Union (ST-15315-2024-INIT). Disponibile presso: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15315-2024-INIT/en/pdf> - ultima visita ottobre 2025
15. The European House – Ambrosetti S.p.A. (2023). Meridiano Cardio: Malattie cardio, cerebro e vascolari – Una priorità di sanità pubblica. GISE. Disponibile presso: https://gise.it/Uploads/Documento/Paper_MeridianoCardio2023_57057.pdf - ultima visita ottobre 2025
16. Li, J., Lei, L., Zhang, L., Guo, Y., & Yuan, X. (2025). Cardiovascular-kidney-metabolic overlaps, clinical outcomes, and quality of life in patients with acute heart failure. *The journal of nutrition, health & aging*, 29(8), 100613. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100613>
17. European Society of Cardiology. (2025). 2025 ESC clinical consensus statement on mental health and cardiovascular disease. Disponibile presso: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/mental-health-and-cvd/> - ultima visita marzo 2026
18. Ministero della Salute. (2022). Piano nazionale della cronicità [Aggiornamento 2024]. Disponibile presso: https://osservatoriocronicita.it/images/PDF/Piano_Nazionale_cronicita.pdf - ultima visita ottobre 2025
19. Polimeni, A., Paolillo, S., & Scicchitano, P. (2024). Piano strategico nazionale per la salute cardiovascolare 2024-2027. Federazione Italiana di Cardiologia (IFC). Disponibile presso: https://www.ifcardio.org/wp-content/uploads/2024/10/Piano-strategico-24-27_ita_NASPCH_24.10.pdf - ultima visita ottobre 2025
20. Reiter-Brennan, C., Dzaye, O., Davis, D., Blaha, M., & Eckel, R. H. (2021). Comprehensive Care Models for Cardiometabolic Disease. *Current cardiology reports*, 23(3), 22. <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01450-1>
21. Habte-Asres, H. H., Hou, C., Forbes, A., & Wheeler, D. C. (2024). Organisational initiatives to improve care in the prevention and management of cardiometabolic conditions: A scoping review. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD*, 34(12), 26302641. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2024.09.004>
22. Yadav, M. A., & Trivedi, D. (2025). Cardio-kidney-metabolic disease: Prevention and innovation. *PriMera Scientific Medicine and Public Health*, 6(4), 13–19. <https://www.researchgate.net/publication/390461661>
23. Papadakis Z. (2025). Advancing the Translational Integration of Lifestyle Medicine in Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome. *European journal of preventive cardiology*, zwaf169. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf169>
24. Bruno, G. M., Dovera, F., Ciccarone, A., & Colombo, G. L. (2022). Overview of Nutraceuticals and Cardiometabolic Diseases following Socio-Economic Analysis. *Endocrines*, 3(2), 255–295. <https://doi.org/10.3390/endocrines3020023>

25. Singh, T. K., Ties, D., Groot, H. E., Krabbe, P. F. M., & van der Harst, P. (2024). Measuring health-related quality of life in cardiovascular disease using a novel patient-centred and disease-specific patient-reported outcome measure. *International journal of cardiology. Cardiovascular risk and prevention*, 24, 200357. <https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2024.200357>
26. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) & Vaccines Europe. (2025). EU Cardiovascular Health Plan: Position Paper. EFPIA. Disponibile presso: <https://www.efpia.eu/media/z2nohfic/efpia-ve-position-paper-eu-cvh-plan.pdf> - ultima visita ottobre 2025
27. Leal, J. et al. (2006), "Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union", *European Heart Journal*, Vol. 27/13, pp. 1610-1619, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi733>.
28. Wilkins, E. et al. (2017), *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*, European Heart Network.
29. Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Torbica A, Maggioni AP, Huculeci R, Bairami F, Aboyans V, Timmis AD, Vardas P, Leal J. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. *Eur Heart J*. 2023 Dec 1;44(45):4752-4767.
30. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 [PDF]. Disponibile presso: https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf - ultima visita ottobre 2025
31. Senni, M., Oliva, F., Grimaldi, M., Zito, G. B., Anelli, F., Gesualdo, L., Montano, N., Dentali, F., Sinagra, G., Indolfi, C., & Perrone Filardi, P. (2025). Scenari clinici complessi e piani terapeutici: limiti attuali, disparità regionali di accesso e proposta di riforma. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 26. Il Pensiero Scientifico Editore