Un evento promosso da

CONVEGNO

"Un Cuore per l'Europa: la Salute Cardiovascolare da Bruxelles a Roma"

7 ottobre 2025, Sala delle Bandiere, Parlamento Europeo – Ufficio in Italia, Roma

Razionale scientifico

Le malattie cardiovascolari (MCV) rappresentano attualmente la **principale causa di morte in Europa e in Italia**, con un impatto devastante sia sulla salute pubblica sia sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari. Ogni giorno, **oltre 5.000 persone perdono la vita in Europa per patologie cardiovascolari** [1], mentre solo in Italia esse sono responsabili del **31% di tutti i decessi** [2], con una stima dell'**80% dei casi considerati evitabili** [3].

In **Europa** i costi associati a queste patologie corrispondono a **282 miliardi di euro** [4], pari a 636 euro pro-capite. **A livello italiano**, questi costi ammontano a oltre **41 miliardi di euro** [5], ovvero il 15 per cento della spesa sanitaria, pari a 726 euro pro-capite, al di sopra della media europea.
Secondo lo studio ESC/Oxford [6], circa il **74 % della spesa totale europea** è assorbita da **assistenza sanitaria diretta e assistenza informale**, mentre il resto è legato a **perdita di produttività e disabilità**. In **Italia**, nello stesso contesto, la spesa "diretta" è stimata attorno a **15 miliardi l'anno**, con altri 5 miliardi di costi indiretti per produttività persa e invalidità.

A fronte di questi numeri, appare evidente la necessità di un **intervento sistemico e coordinato a livello europeo**, in grado di sostenere gli sforzi nazionali già in atto e favorire l'adozione di strategie più efficaci di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento.
Con la Commissione Europea impegnata nella definizione di **un Piano europeo per la salute cardiovascolare**, si apre una finestra strategica per integrare questo tema tra le priorità del **prossimo Quadro Finanziario Pluriennale (QFP) 2028–2034.** L'esperienza positiva del Piano europeo contro il cancro, sostenuto con 4 miliardi di euro nella scorsa legislatura, dimostra come un'azione politica ambiziosa e finanziata possa produrre impatti concreti sulla salute dei cittadini.

Investire nella salute cardiovascolare significa non solo salvare vite umane, ma anche **ridurre i ricoveri ospedalieri, contenere i costi sanitari e rafforzare la resilienza dei sistemi di welfare europei**. Alla luce di queste evidenze, l'evento intende promuovere una riflessione condivisa tra rappresentanti istituzionali, società scientifiche, associazioni di pazienti e stakeholder europei e nazionali, affinché la salute cardiovascolare diventi **una vera priorità politica e finanziaria dell'Unione Europea nel prossimo ciclo di programmazione.**

[1]https://www.efpia.eu/about-medicines/use-of-medicines/disease-specific-groups/transforming-the-lives-of-people-living-with-cardiovascular-diseases/
[2] https://www.hsr.it/news/2025/febbraio/malattie-cardiovascolari-rischio-prevenzione
[3] https://www.siprec.it/chi-siamo/fiprec.html
[4] https://www.aliceitalia.org/notizie/costi-monstre-per-le-malattie-cardiovascolari-in-europa-282-miliardi-allanno/
[5] https://www.aliceitalia.org/notizie/le-malattie-cardiovascolari-costano-41-miliardi-lanno/
[6] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37632363/

Con il patrocinio di

ROMA
Garante dei Diritti delle Persone Anziane Roma Capitale

Con il contributo non condizionato di

Boehringer Ingelheim
Medtronic Engineering the extraordinary
SERVIER moved by you
Edwards
Daiichi-Sankyo

CONVEGNO

“Un Cuore per l’Europa: la Salute Cardiovascolare da Bruxelles a Roma”

Dalla prevenzione alla presa in carico del paziente

Il percorso nella salute cardiovascolare in Italia ed Europa

Panel 1 – La prevenzione primaria: contrastare i fattori di rischio cardiovascolare

In Italia e in Europa condizioni come: ipertensione, trombosi, ipercolesterolemia, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, malattie cardiometaboliche, malattia renale cronica, diabete e obesità costituiscono un pesante fardello per la salute pubblica e per la sostenibilità dei sistemi sanitari.

I fattori metabolici contribuiscono infatti in maniera determinante a questo carico. In Europa, **l’ipertensione** da sola è responsabile di circa un quarto dei decessi legati a malattie cardiovascolari, mentre si stima che un adulto su tre soffra di pressione alta, non adeguatamente diagnosticata, trattata o controllata [1]. In Europa occidentale, si attribuisce ai rischi metabolici circa il **70,2 %** dei decessi per malattie cardiovascolari [2].

In termini di profili metabolici della popolazione, uno studio europeo ha evidenziato che la condizione più frequente è **l’ipercolesterolemia** (69 % negli uomini, 63 % nelle donne), seguita da **obesità centrale** (41 % uomini, 44 % donne) e **ipertensione** [3]. Quanto all’**obesità e sovrappeso**, il dato europeo è allarmante: il 50,6 % degli adulti sopra i 16 anni era classificato come sovrappeso nel 2022 [4]. Per l’Italia, i dati recenti confermano la gravità del fenomeno: dal sondaggio nazionale 2020–2022 emerge che il 32,6 % degli adulti riporta di essere in sovrappeso e il 10,4 % in condizioni di obesità [5]. Sul versante del diabete, nella Regione Europa si stima una prevalenza attuale di circa **9,8 %** della popolazione adulta (pari a circa 66 milioni di persone), con una proiezione in ulteriore crescita entro il 2050 [6].

A queste si aggiungono aspetti spesso trascurati ma fondamentali, come la **depressione e la salute mentale**. La depressione amplifica il rischio cardiovascolare e mina la qualità della vita, ricordandoci che la salute cardiometabolica e la salute mentale sono due facce della stessa medaglia. L’evoluzione dei fattori di rischio è poi strettamente connessa a **determinanti sociali e ambientali**. Tabagismo, consumo eccessivo di alcol, dieta squilibrata e diffusione di cibo ultraprocessato, insieme a sedentarietà, stress socioeconomico, disuguaglianze sociali e inquinamento ambientale, contribuiscono in maniera decisiva all’aumento dell’incidenza delle malattie cardiovascolari e al peggioramento dello stato di salute generale della popolazione. Questi elementi non solo si sommano, ma si rafforzano a vicenda, creando un circolo vizioso che richiede **risposte coordinate e multisettoriali**.

I numeri raccontano una realtà che non si può più ignorare. La prevenzione primaria è la chiave per invertire questa tendenza. Adottare stili di vita salutari e mettere pazienti e cittadini nelle condizioni di farlo, gestire i fattori di rischio metabolici e cardiovascolari e integrare i determinanti sociali e ambientali nelle strategie sanitarie significa ridurre drasticamente nuovi casi di ipertensione, trombosi, dislipidemie, obesità e diabete, ma anche migliorare la salute mentale e la qualità di vita delle comunità. Il costo dell’inazione si misura in milioni di morti evitabili e miliardi di euro persi ogni anno. Al contrario, un’azione comune e coraggiosa può costruire un’Europa più sana, equa e sostenibile

[1] https://www.who.int/europe/health-topics/cardiovascular-diseases
[2] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350624001392
[3] https://academic.oup.com/eurpub/article/34/Supplement_3/ckae144.2121/7842862?utm
[4] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
[5] https://link.springer.com/article/10.1007/s40618-025-02693-3
[6] https://diabetesatlas.org/data-by-location/region/europe/

CONVEGNO

“Un Cuore per l’Europa: la Salute Cardiovascolare da Bruxelles a Roma”

Dalla prevenzione alla presa in carico del paziente

Il percorso nella salute cardiovascolare in Italia ed Europa

Panel 2 – La diagnosi: lo screening cardiovascolare come leva di prevenzione

Non basta intervenire dopo che la malattia è conclamata: la vera battaglia si gioca nella fase silente, quando le alterazioni cardiovascolari restano invisibili ma già in evoluzione. In particolare, molte **patologie strutturali del cuore** — come le valvulopatie (stenosi aortica, insufficienza mitralica e tricuspidale), la disfunzione ventricolare subclinica e la progressione del danno valvolare — possono restare latenti fino all’insorgenza di sintomi gravi o complicanze acute. Lo **screening mirato consente di intercettare soggetti asintomatici** ma “a rischio”, attivando tempestivamente percorsi diagnostico-terapeutici che possono modificare il corso della malattia.

Lo studio PREVASC [1] (Prospective Registry of Valve disease in Asymptomatic Italian elderly Subjects) ha messo in luce un fenomeno sorprendente: su 1.113 partecipanti over 65 **asintomatici**, tra coloro di età ≥ 75 anni il 94 % presentava almeno un difetto valvolare, e il 22,5 % condizioni moderate o severe. Questi dati suggeriscono che patologie clinicamente rilevanti insistono su una base di malattie cardiovascolari occultate, invisibili senza uno screening attivo.

Implementare un programma di screening sistematico richiede **dispositivi medici di elevata qualità e capacità innovativa**: elettrocardiogrammi digitali ad alta definizione, ecocardiografi con software di automazione e intelligenza artificiale, sistemi di telemonitoraggio cardiaco e algoritmi predittivi per l’analisi precoce dei segnali. L’adozione di questi strumenti può ampliare la sensibilità diagnostica, ridurre i falsi negativi e favorire una presa in carico tempestiva anche dei soggetti asintomatici. I benefici attesi sono concreti: la diagnosi precoce può ridurre gli eventi cardiovascolari gravi, alleggerire il carico sulle strutture ospedaliere, e migliorare l’efficienza del sistema sanitario investendo tempo e risorse nelle fasi più efficaci della cura.

Le proposte di legge **Screening Cardio 70** (DDL n. 1698 [2] e n. 1576 [3]) mirano a istituzionalizzare un programma di screening rivolto ai cittadini tra i cittadini over 70, con cadenza biennale e strumenti come ECG ed ecocardiografia per la diagnosi precoce. Questi disegni di legge offrono uno schema concreto per **trasformare una buona pratica in un diritto garantito a livello nazionale.**

Nel contesto del futuro **Piano europeo per la salute cardiovascolare**, lo screening sistematico emerge come uno degli strumenti più efficaci per la prevenzione primaria e secondaria. L’Italia ha oggi l’opportunità di posizionarsi come Paese proattivo, adottando una **legge nazionale che renda lo screening cardiovascolare un intervento strutturale**, garantito e accessibile a tutta la popolazione a rischio. L’Europa, inoltre, ha la possibilità di porsi come leader globale nella promozione di screening basati su **tecnologie di nuova generazione**, dall’intelligenza artificiale applicata all’imaging fino ai dispositivi di telemonitoraggio, garantendo standard comuni di qualità e sicurezza.

[1] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40113625/
[2]https://www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=1698&sede=&tipo
[3] https://www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=1576&sede=&tipo=

CONVEGNO

“Un Cuore per l’Europa: la Salute Cardiovascolare da Bruxelles a Roma”

Dalla prevenzione alla presa in carico del paziente

Il percorso nella salute cardiovascolare in Italia ed Europa

Panel 3 – Un ponte tra Europa e Italia: piani, protocolli e strategie per la salute cardiovascolare

Oggi ci troviamo di fronte a una sfida cruciale: trasformare le conoscenze scientifiche in politiche pubbliche efficaci, integrate e coordinate, capaci di **connettere il livello europeo e quello nazionale.**

Il **Piano europeo per la salute cardiovascolare** rappresenta un’opportunità di grande rilievo, ma per l’**Italia** è fondamentale adottare **un approccio proattivo**. Le **peculiarità geografiche** del nostro Paese — dalle aree montane alle isole e alle zone rurali più isolate — generano barriere nell’accesso ai servizi sanitari e di prevenzione, accentuando le disuguaglianze territoriali. In molte aree del Mezzogiorno e nei territori montani la disponibilità infrastrutturale e specialistica risulta più limitata, con il rischio di creare lacune nei percorsi di screening e cura rispetto alle regioni più sviluppate. A ciò, si aggiunge la **caratteristica demografica** dell’Italia, che conta una delle popolazioni più anziane d’Europa: la quota di cittadini ultra-65enni è particolarmente elevata e determina un rischio cardiovascolare medio più alto e in continua crescita. È pertanto necessario dedicare un’attenzione specifica a programmi mirati all’età avanzata, considerando che molte patologie cardiache strutturali e aritmiche si manifestano soprattutto nelle fasi più tardive della vita.

Sul piano nazionale, un’importante opportunità è rappresentata dal lancio del **National Health Prevention Hub**, la piattaforma interistituzionale istituita dal Ministero della Salute per rafforzare la governance, il monitoraggio, la capacità progettuale e il coordinamento delle azioni di prevenzione sull’intero territorio nazionale. Il recente bando per la selezione dei progetti 2025 pone un’attenzione particolare a diverse tematiche connesse alla salute cardiovascolare, confermando la centralità di questo ambito nelle strategie di prevenzione del Paese [1].

In parallelo, il **Piano nazionale per la prevenzione** 2020 – 2025 [2] riconosce che le malattie cardiovascolari costituiscono una delle principali cause di mortalità e disabilità nel Paese e che, di conseguenza, devono essere poste al centro delle azioni di prevenzione. Le linee di intervento prioritarie riguardano la promozione di stili di vita salutari, l’individuazione e gestione precoce dei principali fattori di rischio — ipertensione, diabete, ipercolesterolemia e obesità — e la riduzione dei comportamenti nocivi come fumo, abuso di alcol e cattiva alimentazione.

A livello cardiologico, l’Italian Federation of Cardiology (IFC), in collaborazione con le società cardiologiche nazionali, ha delineato un **Piano Strategico Cardiovascolare** 2024-2027 [3] con obiettivi ambiziosi: **ridurre di 20 % morti premature e disabilità correlate alle malattie cardiovascolari**, ischemiche e cerebrovascolari, uniformando gli standard di prevenzione e cura tra le regioni italiane.

Il **ponte tra Europa e Italia** si concretizza nel **coniugare la cornice strategica europea con strumenti operativi nazionali**. Dall’armonizzazione degli screening cardiovascolari alla condivisione dei registri clinici, dall’integrazione delle tecnologie di telemedicina all’accesso a finanziamenti europei dedicati alla prevenzione, solo unendo i livelli nazionale ed europeo sarà possibile fornire risposte efficaci ai bisogni di una popolazione che invecchia rapidamente, per fare della salute del cuore una priorità comune che travalichi i confini.

[1]https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/national-health-prevention-hub-avviso-pubblico-la-presentazione-e-selezione-di/
[2] https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
[3] https://cardiologianegliospedali.it/il-piano-strategico-ifc-2024-2027-per-la-salute-cardiovascolare-in-italia

CONVEGNO

“Un Cuore per l’Europa: la Salute Cardiovascolare da Bruxelles a Roma”

Dalla prevenzione alla presa in carico del paziente

Il percorso nella salute cardiovascolare in Italia ed Europa

Panel 4 – La presa in carico del paziente fragile: ridurre le disuguaglianze in ambito cardiovascolare: focus sulle donne, sugli anziani, e sulle disparità territoriali

Le persone più vulnerabili – donne, anziani e residenti in aree geografiche svantaggiate – spesso incontrano ostacoli specifici nel percorso di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari. L’inequità nell’accesso non è solo una questione etica: ha un effetto diretto sugli esiti clinici, sull’uso delle risorse e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. È in tal senso fondamentale mettere al centro il tema dell’**aderenza terapeutica** nei pazienti fragili, evidenziando le barriere sociali, culturali e organizzative che impediscono una effettiva presa in carico.

Le malattie cardiovascolari sono la **prima causa di morte tra le donne in Europa**: circa il 37 % dei decessi femminili è attribuibile a CVD, corrispondenti a circa 2,4 milioni di morti nell’UE [1]. Nonostante ciò, le donne sono spesso **sottodiagnosticate, trascurate e meno coinvolte negli studi clinici** [2]. Inoltre, molte donne svolgono ruoli di caregiver all’interno della famiglia, il che può influire negativamente sulla capacità di dedicarsi alla propria salute, rispettare terapie o seguire visite e controlli.

L’età avanzata è uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare e aumenta la complessità della gestione terapeutica. La prevalenza di CVD cresce con l’età, e il rischio di mortalità per malattie del sistema circolatorio nelle persone sopra i 65 anni è circa **39 volte superiore** rispetto ai soggetti più giovani nell’UE [3]. Tuttavia, l’adesione terapeutica tende a calare nei pazienti anziani a causa di comorbilità, politerapia, fragilità, difficoltà cognitive, scarsa rete di supporto sociale e problemi logistici. Un modello predittivo su pazienti anziani con scompenso cardiaco ha mostrato che conoscenza della malattia, **supporto sociale ed autocapacità** (self-efficacy) spiegano oltre il 44 % della variabilità dell’aderenza terapeutica [4].

Infine, Le **differenze geografiche** amplificano le disuguaglianze: chi vive in aree rurali, montane o zone periferiche spesso ha un accesso più difficile a centri specialistici, laboratori diagnostici, strutture di follow-up e farmacie. Queste disparità territoriali coincidono spesso con condizioni socioeconomiche meno favorevoli: popolazioni con reddito basso o basso livello di istruzione presentano tassi più elevati di malattie metaboliche e cardiovascolari, e nello stesso tempo affrontano maggiori ostacoli all’aderenza terapeutica, come costi diretti e indiretti, limitata alfabetizzazione in salute e difficoltà organizzative.

Per garantire una presa in carico equa dei più fragili, è necessario che le politiche e i programmi si strutturino su alcune linee strategiche: **rendere i pazienti “abili ad aderire”**, creare modelli di presa in carico adattati, meccanismi di richiamo attivo, politiche che riconoscano il ruolo di caregiver e che promuovano flessibilità nei percorsi diagnostici e terapeutici.

Garantire equità nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari significa riconoscere che non tutti i pazienti partono dallo stesso punto. Mettere il paziente nelle condizioni reali di prendersi cura di sé è il primo passo per un’Europa e un’Italia più eque, inclusive e attente alla salute di tutti.

[1] https://preventncd.eu/newsroom/partnerships-collaborations/women-with-cvd-similar-different-unequal-or-discriminated-against
[2]https://www.escardio.org/Sub-specialty-communities/European-Association-of-Preventive-Cardiology-%28EAPC%29/News/why-do-we-still-fail-to-provide-proper-care-for-women
[3] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics
[4] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38408016/

Un evento promosso da

FONDAZIONE LONGEVITAS ets

RPP IMPACT ADVOCACY

CONVEGNO

“Un Cuore per l’Europa: la Salute Cardiovascolare da Bruxelles a Roma”

I nostri key asks

Consolidare e finanziare il Piano europeo per la salute cardiovascolare

Garantire che il Piano in fase di definizione sia incluso tra le priorità politiche del prossimo Quadro Finanziario Pluriennale 2028–2034, con un budget dedicato e strumenti di governance chiari, sul modello del Piano europeo contro il cancro.

Rafforzare la prevenzione primaria e affrontare i determinanti di rischio

Integrare azioni concrete contro ipertensione, trombosi, ipercolesterolemia, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, malattie cardiometaboliche, sindromi cardio renali metaboliche (CRM), Steatoepatite Associata a Disfunzione Metabolica (MASH), diabete e obesità all’interno del nuovo piano Europeo per la salute cardiovascolare, riconoscendole come fattori chiave degli eventi cardiovascolari e della mortalità. Inoltre è necessario promuovere un approccio trasversale che includa determinanti sociali, ambientali e salute mentale.

Istituzionalizzare lo screening cardiovascolare a livello nazionale ed europeo

Definire e sostenere programmi di screening cardiovascolare strutturati e armonizzati, volti a prevenire e monitorare le patologie sopracitate, in particolare per la popolazione anziana, integrando innovazione tecnologica (IA, telemonitoraggio, imaging avanzato) e stabilire standard comuni europei di qualità e sicurezza per lo screening, con il supporto di finanziamenti mirati.

Ridurre le disuguaglianze nella prevenzione, diagnosi e cura

Assicurare equità di accesso per i pazienti più fragili (donne, anziani, popolazioni rurali o socioeconomicamente svantaggiate) e promuovere modelli di presa in carico adattati ai bisogni specifici, rafforzando l’aderenza terapeutica e riconoscendo il ruolo cruciale dei caregiver.

Rendere operativo il ponte tra livello europeo e nazionale

Allineare le strategie europee con gli strumenti nazionali per garantire coerenza e uniformità degli interventi e utilizzare i fondi europei per ridurre le disparità territoriali in Italia e negli altri Stati Membri, migliorando l’accesso agli screening e alle cure innovative anche nelle aree periferiche e meno servite.

Con il patrocinio di

ROMA
Garante dei Diritti delle Persone Anziane Roma Capitale

Con il contributo non condizionato di

Boehringer Ingelheim
Medtronic Engineering the extraordinary
SERVIER moved by you
Edwards
Daiichi-Sankyo