

A study that sheds light on the invisible: cardiovascular prevention in small Italian towns – Interview with Prof. Alessandro Boccanelli

The **PREVASC study** sheds light on a silent and widespread issue: valvular heart disease (VHD) among elderly people living in small Italian towns. Often absent from public health discussions and preventive care strategies, this population, typically aged 65 and over and seemingly asymptomatic, was the focus of an unprecedented screening effort across 10 rural municipalities. The results were eye-opening: **94% of individuals aged 75 and older were found to have at least one form of valvular defect**, with nearly a quarter suffering from moderate to severe conditions such as aortic stenosis and mitral regurgitation. And yet, the **vast majority of participants reported feeling healthy**, with quality-of-life scores remaining high.

This **stark contrast between clinical evidence and perceived health status** not only highlights the hidden burden of VHD, but also raises systemic questions about access, awareness, and the reach of cardiovascular prevention efforts in remote areas.

To understand the broader human and healthcare implications of these findings, we spoke **with Prof. Alessandro Boccanelli**—President of the Italian Society of Geriatric Cardiology (SICGe), chair and founder of the non-profit association *Salute e Società*, and **member of the SHD Coalition**. Our first question to him was: what struck you the most, on both a human and systemic level, during the course of the study?

“That **Italy is all the same**,” he replied. The towns selected represented a wide geographical range — from Duino near Trieste to Isnello near Palermo, including Masainas in Sardinia — and yet, what emerged was a **surprisingly uniform cardiovascular risk profile**. Lifestyle habits in these small communities appear to lead to a substantial underestimation of one's health status. **The data tell the story**: high rates of hypertension, diabetes, and an average body mass index (BMI) of 28 — significantly higher than the BMI of 24 found among same-age groups in urban settings.

In rural towns, life is often static, with fewer stimuli and less frequent health monitoring. This makes the **population of small towns not only representative but also particularly vulnerable**.

Is a national screening programme feasible? Yes, but it requires a sustainable model

The real challenge is this: making valvular screening a structured, nationwide reality. Cardiologists have helped increase life expectancy by 12 years over the past few decades, bringing to light diseases that previously had no time to emerge. Cardiovascular conditions are at the forefront.

To prevent them from worsening, the only solution is prevention. Yet, **local healthcare remains the weak link in our national health system**. Community Health Houses (*Case della Salute/Case della Comunità*) are supposed to play a central role in early screening, but the system is not yet ready.

This is where foundations such as Longevitas and Salute e Società, along with the Italian Society of Geriatric Cardiology, are stepping in — **working to develop community-based prevention models that activate underused resources, such as universities**.

One example? In some screening programmes, nursing students have participated by administering questionnaires in senior centres, gaining valuable insight into where illness actually begins — through social, dietary, and economic observation.

The resources exist — they just need to be activated

In the university system, the so-called “**third mission**” could be a powerful lever for local engagement. Community pharmacies, for instance, could administer cardiovascular risk assessments. If we align universities, foundations, and pharmacies into a single system, we can carry out effective, low-cost prevention.

The point is: **the resources are already there**. They simply need to be coordinated. And it wouldn't require major costs — these are activities already within the mission of the institutions involved. **If we could bring all of these positive forces together around Community Health Houses as their operational hub, we would be on the right track.** The key lies in knowing how to do it. Indeed, Community Health Houses are struggling to get off ground. As a result, of the 180 Community Health Houses in the region, many operate at only partial capacity.

Perception vs. Clinical Reality: the power of the ECG

One of the most interesting findings of the study **was the gap between patients' perceived health and their actual clinical condition**. Many declared themselves to be in good health yet displayed serious conditions — such as aortic valve stenosis. Even a basic ECG or heart auscultation could reveal early warning signs. But how many GPs carry out such checks?

A shining example comes from San Marino. At 50, citizens receive a birthday card inviting them to take a cardiovascular risk assessment. At 70, they are directly invited to the cardiology service for an ECG. **This community-led approach works** — people follow each other's example, motivated by family and social ties, in a way that institutional mailings often cannot achieve.

Gender awareness in heart health: still lacking

When asked whether the study revealed greater awareness among women, the response was blunt: “No, **they're equally unaware**.” There was no significant gender difference in terms of understanding or prevention. In small towns, both men and women live similarly static lives and underestimate the importance of their health.

Local success stories

In his hometown of Guarcino, a project called *Paese Sano* (Healthy Village) was launched. With support from his foundation and the local pharmacist, a GP was partnered with a nurse who monitored residents with an iPad. The system included remote monitoring devices and red flag alerts for clinical anomalies — a low-cost, replicable model that blends physical visits and digital tools.

The message to institutions: *find them!*

The most urgent message to institutions? “**Let's uncover them**.” These diseases are widespread and underdiagnosed. We need a population-wide screening mechanism. “**I want to do a mammogram for the heart**,” he says. Or a PSA for the heart — using low-cost, fast blood tests like NT-proBNP to detect early signs of heart failure.

We already receive invites for colorectal screening or mammograms. Why not do the same for cardiovascular health?

“The heart is still the number one killer,” he points out. “We must treat it as a prevention priority.”

Italy’s role in Europe: leading by example

“Italy has enormous potential” he says. It can show that some things can be achieved at minimal cost. **If all medical universities across Europe engaged their third mission for cardiovascular prevention, the impact could be transformative.**

But we must change the way we educate healthcare professionals. Today, students are taught how to treat diseases, not how to prevent it.

Prevention should be embedded in medical and nursing curricula, and health education should be part of school programmes. Young people should be empowered to promote health not only for themselves, but also within their families — nudging grandparents and parents toward healthy habits.

“My slogan is: *a minute in your mouth, a lifetime in your aorta*,” he jokes — but the message is serious. What we eat and how we live from a young age shapes our cardiovascular future.

PREVASC, uno studio che illumina l’invisibile: la prevenzione cardiovascolare nei piccoli comuni italiani

Lo **studio PREVASC** getta luce su un problema silenzioso e diffuso: le valvulopatie (VHD) tra gli anziani che vivono nei piccoli comuni italiani. Spesso assente dal dibattito pubblico e dalle strategie di prevenzione sanitaria, questa fascia di popolazione – tipicamente composta da persone con più di 65 anni e apparentemente asintomatiche – è stata al centro di un’inedita campagna di screening condotta in 10 comuni rurali. I risultati sono stati sorprendenti: **il 94% degli over 75 presentava almeno un’alterazione valvolare**, e quasi un quarto mostrava condizioni moderate o gravi, come la stenosi aortica e l’insufficienza mitralica. Eppure, **la stragrande maggioranza dei partecipanti si percepiva in buona salute**, con punteggi di qualità della vita generalmente elevati.

Questo **netto contrasto tra evidenza clinica e percezione dello stato di salute** evidenzia non solo il peso nascosto delle valvulopatie, ma solleva anche interrogativi di carattere sistemico sull’accessibilità, la consapevolezza e l’efficacia della prevenzione cardiovascolare nelle aree più isolate.

Per comprendere meglio le implicazioni, sia umane che sanitarie, di questi risultati, abbiamo intervistato il **Prof. Alessandro Boccanelli** – Presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGe), fondatore e presidente dell’associazione non profit *Salute e Società*, e **membro della SHD Coalition**. La prima domanda che gli abbiamo rivolto è stata: cosa l’ha colpita di più, sia a livello umano che sistemico, nel corso dello studio?

“Che **l’Italia è tutta uguale**”, risponde. I paesi selezionati rappresentano un ampio spettro geografico, eppure ciò che emerge è un’uniformità sorprendente nei profili di rischio cardiovascolare. Le abitudini di vita nei piccoli centri portano a una sostanziale sottovalutazione del proprio stato di salute. I dati raccolti parlano chiaro: alti tassi di ipertensione, diabete e un body mass index medio di 28 – ben al di sopra del valore 24 riscontrato in contesti più urbani, come ad esempio tra i cittadini romani di pari età.

Nei paesi si vive spesso in modo statico, con pochi stimoli e controlli sanitari. Questo rende la popolazione dei piccoli comuni **una fetta rappresentativa e al contempo vulnerabile del Paese**.

Serve uno screening nazionale? Sì, ma serve anche un modello sostenibile

La vera sfida oggi è questa: rendere lo screening valvolare una realtà strutturata a livello nazionale. I cardiologi hanno contribuito a far aumentare l'aspettativa di vita di ben 12 anni negli ultimi decenni, facendo emergere patologie che in passato non avevano nemmeno il tempo di manifestarsi. Le malattie cardiovascolari sono in prima linea.

Per evitare che si aggravino, l'unica via è la prevenzione. Ma **il territorio resta l'anello debole del nostro sistema** sanitario. Le Case della Salute dovrebbero rappresentare un punto nevralgico per lo screening precoce, ma il sistema non è ancora pronto.

Da qui nasce l'impegno di fondazioni come Longevitas e Salute e Società, insieme alla Società Italiana di Cardiologia Geriatrica, che stanno sviluppando modelli di prevenzione di comunità attivando risorse ancora inespresse, come le università.

Un esempio? In alcuni screening gli infermieri in formazione hanno partecipato somministrando questionari presso i circoli anziani, sperimentando un approccio di medicina territoriale che consente di "vedere dove nasce la malattia".

Le risorse ci sono, basta attivarle

Nel sistema universitario, la cosiddetta "terza missione" può rappresentare una leva per agire sul territorio. Le farmacie dei servizi, per esempio, potrebbero somministrare la carta del rischio cardiovascolare. E se mettiamo a sistema università, fondazioni e farmacie, si può fare prevenzione low cost.

Il punto è: le energie ci sono, basta metterle a regime. Senza costi eccessivi, si può realizzare una rete efficace che ruoti attorno alle Case della Salute. Ma **serve una regia**. Purtroppo, al momento, le Case di Comunità faticano a decollare. Il risultato? Delle 180 Case presenti nella regione, molte sono ancora a mezzo servizio.

La percezione soggettiva e il rischio reale: il ruolo dell'ECG

Una delle scoperte più interessanti dello studio è il divario tra percezione soggettiva della salute e realtà clinica. Molti partecipanti si dichiaravano in buona salute, eppure presentavano patologie gravi, come una valvola aortica ristretta. Anche un semplice elettrocardiogramma o l'ascoltazione del cuore potrebbero fare la differenza. Ma quanti medici di famiglia lo fanno davvero?

Un esempio virtuoso? San Marino. A 50 anni si riceve una lettera di auguri con invito alla carta del rischio cardiovascolare. A 70 anni, si viene invitati direttamente a un ECG. E funziona: **la prevenzione comunitaria ha una forza motivazionale che quella istituzionale spesso non raggiunge**.

Donne e consapevolezza cardiovascolare: ancora troppa ignoranza

Alla domanda se dallo studio emerga una maggiore consapevolezza tra le donne, la risposta è diretta: "No, sono parimenti ignoranti". **La differenza di genere non si riscontra, né in termini di consapevolezza né di prevenzione.** Anche nei piccoli comuni, le abitudini statiche e la sottovalutazione della salute colpiscono entrambi i sessi.

Esperienze locali che fanno scuola

Nel suo paese d'origine, Guarci, è stato avviato il progetto *Paese Sano*. Con l'aiuto della fondazione e del nuovo farmacista locale, una dottoressa è affiancata da un'infermiera che, con un iPad, monitora i pazienti fragili. Un modello semplice, efficace, e soprattutto replicabile.

Il messaggio alle istituzioni: Scopriamole!

La richiesta è chiara: ***“Voglio fare la mammografia del cuore”***. Ovvero, voglio che anche le malattie cardiovascolari rientrino nei programmi di screening. Un ECG, la misurazione della pressione, un esame del sangue: **basterebbe poco per fare tanto**.

Il rischio cardiovascolare va identificato prima che sia troppo tardi. “Andate in qualsiasi ASL – conclude – troverete un reparto di prevenzione oncologica. E per il cuore, niente. Eppure, **il cuore è il primo killer**.”

L'Italia può dare l'esempio all'Europa

L'Italia ha un potenziale enorme: può dimostrare che la prevenzione si può fare con costi contenuti. **Se tutte le università mediche europee attivassero la terza missione per la salute cardiovascolare, si creerebbe un vero cambiamento culturale**. Serve però un cambio di paradigma: **oggi insegniamo ai futuri medici a curare, non a prevenire**.

La prevenzione va insegnata fin dalle scuole. I giovani devono essere coinvolti, perché spesso sono proprio loro, i nipoti, a convincere i nonni a prendersi cura di sé.

“Il mio slogan è: *un minuto in bocca, una vita nella aorta*”, conclude sorridendo. E non c'è modo più diretto per farci riflettere sul peso delle scelte quotidiane sulla nostra salute futura.