Se l'innovazione c'è ma non arriva *al paziente*

Viviana Ruggieri,
External Relations, Market Access & Regulatory Director, Servier Group Italia.

Oggi la comunità scientifica riconosce che le malattie cardiovascolari restano la principale causa di morte a livello globale, nonostante i progressi della ricerca. Un recentissimo editoriale del *Lancet*[1] ha offerto una panoramica essenziale e molto chiara delle sfide più urgenti che sia i professionisti sanitari, sia gli amministratori dovrebbero affrontare. Qual è la sua lettura da dirigente di un'industria impegnata da anni nello sviluppo di nuove terapie anche in ambito cardiovascolare?

La situazione nella quale ci troviamo oggi richiede una lettura per molti aspetti nuova. A livello globale abbiamo assistito negli ultimi anni a progressi significativi nello sviluppo di nuove terapie per diverse patologie cardiovascolari, oltre che nell'affinamento delle metodologie diagnostiche. Sempre riferendosi al contesto mondiale non spesso – o addirittura raramente – questi risultati sono stati messi a disposizione dalla comunità scientifica in modo equo e si sono tradotti in un miglioramento tangibile della salute pubblica. Come spiega bene il *Lancet*, in molti Paesi le innovazioni restano spesso confinate ai centri di eccellenza o a pazienti particolarmente selezionati. Il vero nodo è la mancata implementazione su larga scala, indipendentemente dagli assetti organizzativi o dalla ricchezza del sistema sanitario.

A suo avviso, dottoressa Ruggieri, quali sono le cause di questo ritardo nell'adozione?

Il problema non è la mancanza di innovazione, ma la sua scarsa accessibilità e la disconnessione rispetto ai reali determinanti della malattia cardiovascolare. In generale, le barriere sono molteplici: dalla frammentazione dei percorsi assistenziali alla bassa aderenza terapeutica, fino alle diseguaglianze strutturali nei Paesi a basso e medio reddito. Ma anche nei Paesi ad alto reddito molti problemi di cui discutiamo da anni restano irrisolti: pensiamo per esempio all'aderenza ai trattamenti per l'ipertensione o per la dislipidemia, essenziali per garantire la riduzione di eventi cardiovascolari maggiori. Nel mondo reale – per usare un'espressione oggi familiare – la proporzione dei pazienti che rispettano la prescrizione del medico curante resta insoddisfacente. Sappiamo che questo non soltanto vanifica parte dell'efficacia clinica raggiunta ma, soprattutto nelle condizioni di cronicità, ha anche un importante impatto dal punto di vista economico e sociale.

Come industria, quale contributo potete dare per superare queste barriere?

Dobbiamo assumerci una responsabilità condivisa. Non basta sviluppare farmaci innovativi: serve investire in soluzioni "beyond the pill" che favoriscano l'implementazione reale. Penso, ad esempio, all'integrazione di strumenti digitali per il monitoraggio dell'aderenza, a percorsi educazionali per operatori sanitari e cittadini o a progetti di co-sviluppo con le comunità locali per facilitare l'accesso alle cure. Pensiamo a quella che nel mondo anglosassone è definita la "polypill": è dimostrato che le combinazioni fisse di farmaci, semplici ed economiche, possono avere un impatto enorme – come anche indicato dalle linee guida delle più importanti società scientifiche in ambito cardiovascolare – sia dal punto di vista del controllo della malattia che nell'incremento dell'aderenza[2]. Eppure, non sono ancora ampiamente ed omogeneamente adottate. Dal punto di vista della ricerca clinica, serve uno sforzo collettivo per includere precocemente i bisogni delle popolazioni più vulnerabili, affinché si possa parlare anche in quest'ambito di medicina personalizzata. Non da ultimo, una visione olistica di questi pazienti, spesso affetti da più comorbidità, e la loro presa in carico nel tempo possono rappresentare una garanzia di ottimizzazione delle terapie e il raggiungimento dei benefici attesi.

L'editoriale del *Lancet* sottolinea come un altro ostacolo possa essere la nostra conoscenza incompleta di molte malattie cardiovascolari: qual è il suo parere?

Certamente, come fa osservare l'editoriale che abbiamo citato, malattie come lo scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata sono emblematiche: colpiscono quasi metà dei pazienti con scompenso, ma non abbiamo ancora una chiara comprensione dei meccanismi patogenetici. Altro esempio è l'ipertensione resistente, per la quale ad oggi non sono disponibili terapie mirate efficaci. La medicina cardiovascolare ha ancora un gap importante rispetto ad altri ambiti, come l'oncologia, dove la classificazione molecolare ha rivoluzionato le terapie. Per questo è fondamentale rafforzare la ricerca di base e la stratificazione molecolare anche in cardiologia.

Cosa manca allora per cambiare rotta?

Una visione sistemica e integrata. La riduzione dell'impatto delle malattie cardiovascolari passa per interventi su più livelli: clinico, sociale, ambientale e politico. Serve intervenire sui determinanti strutturali della salute – l'alimentazione, il fumo, la sedentarietà – ma anche garantire che le terapie più avanzate siano completamente accessibili e utilizzabili per tutti i pazienti che ne possono beneficiare. La sostenibilità si gioca sulla capacità di portare innovazione dove serve di più, in modo intelligente e inclusivo.

Quindi, la vera sfida oggi non è scoprire nuove terapie, ma farle arrivare a chi ne ha bisogno?

Direi entrambe le cose. E questo richiede che l'industria, i sistemi sanitari, le istituzioni e la comunità scientifica lavorino insieme per raccogliere dati utili alla prevenzione e alla programmazione, superare frammentazioni, semplificare i percorsi, educare pazienti e operatori, e misurare l'impatto non solo con trial clinici ma anche con dati reali sul campo. Solo così l'innovazione può avere un impatto trasformativo. E solo così potremo davvero invertire la rotta di quella che continua a essere la prima causa di morte nel mondo.

1. Editorial. From innovation to impact in cardiovascular disease. Lancet 2025;405:2023.
2. Kohli-Lynch CN, Moran AE, Kazi DS, et al. Cost-effectiveness of a polypill for cardiovascular disease prevention in an underserved population. JAMA Cardiology 2025;10:224-33.

vedi anche

MALATTIE RESPIRATORIE, UN'EMERGENZA SILENZIOSA IN EUROPA

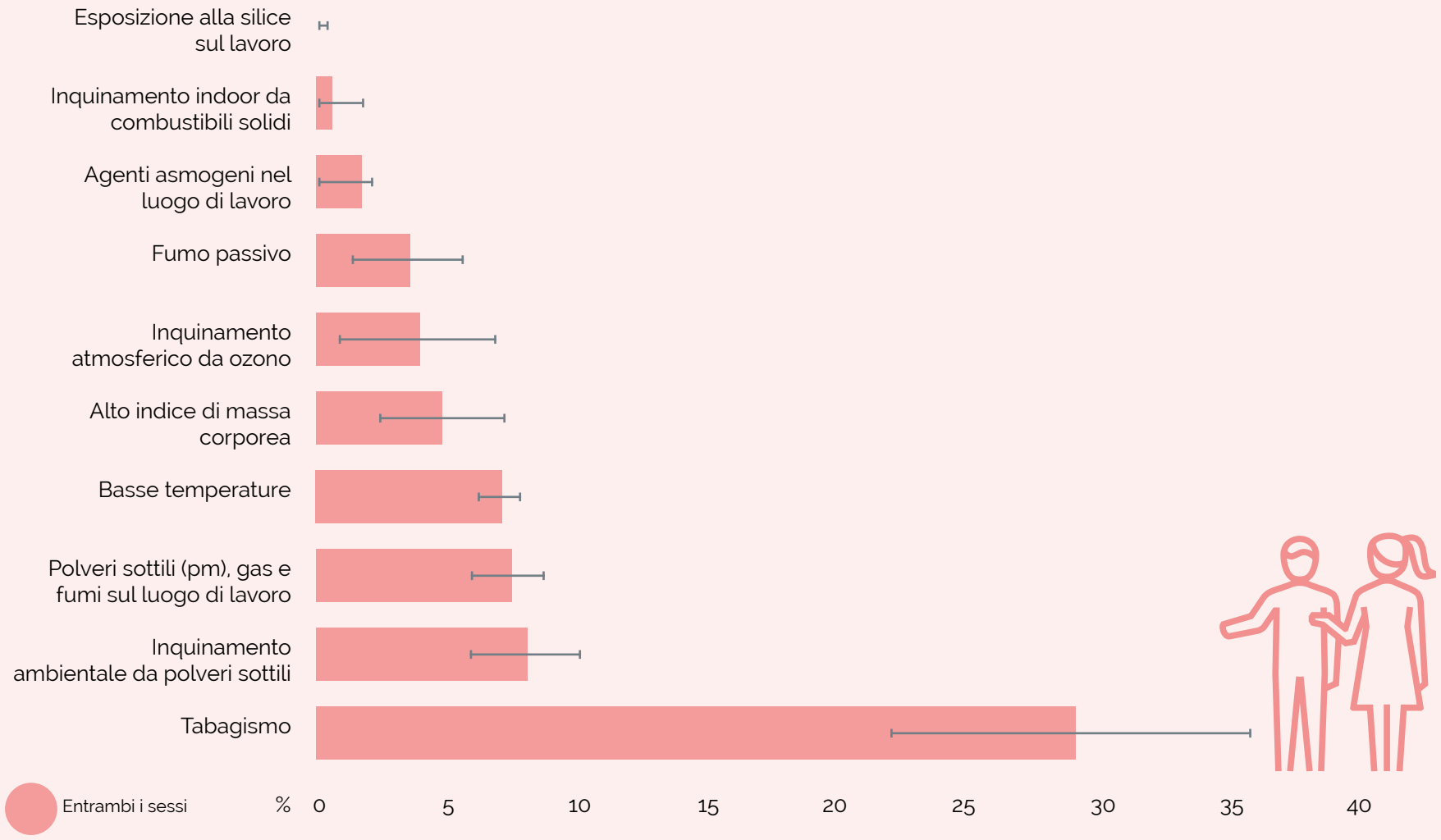
"La salute respiratoria è tra le aree più trascurate della sanità pubblica. È tempo di cambiare mentalità e farne una priorità politica". Con queste parole Silke Ryan, presidente della European respiratory society, commenta i numeri del rapporto dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e della European respiratory society. L'appello rivolto ai governi è chiaro: integrare la cura delle malattie respiratorie croniche nelle politiche sanitarie, rafforzare la prevenzione, investire in ricerca e fissare obiettivi concreti e misurabili.

Nella Regione europea dell'Oms le malattie respiratorie croniche colpiscono oltre 81 milioni di persone: ogni anno si contano 6,8 milioni di nuove diagnosi e 400mila morti. Nonostante siano spesso prevenibili e curabili, rappresentano la sesta causa di morte nella Regione e contribuiscono in modo rilevante a malattie cardiovascolari e tumori. Le forme più diffuse sono broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpco) e asma, con la bpco responsabile di circa l'80 per cento dei decessi legati a malattie respiratorie croniche. Persistono forti disparità geografiche, sia in termini di prevalenza che di ospedalizzazioni e mortalità. Croazia, Italia e Portogallo registrano i tassi di ricoveri più bassi, mentre Danimarca, Irlanda e altri Paesi europei come Norvegia e Regno Unito riportano i tassi più alti. Questi ultimi quattro presentano anche alcuni dei più alti tassi di prevalenza di bpco in Europa.

Strumenti diagnostici come la spirometria sono poco diffusi, i medici spesso non riconoscono i sintomi e i sistemi di monitoraggio sono carenti. Il risultato è una sottostima dell'impatto reale e un costo economico di oltre 20,7 miliardi di dollari l'anno in perdita di produttività tra i 30 e i 74 anni. Tra i principali fattori di rischio: fumo (25 per cento della popolazione adulta fuma), inquinamento atmosferico (oltre il 90 per cento respira aria insalubre) e sigarette elettroniche il cui uso è in crescita tra i giovani. Le fasce più svantaggiate sono le più esposte e spesso non hanno accesso a cure e farmaci essenziali.

Il rapporto chiede risposte sanitarie integrate, più risorse e politiche incisive su fumo, qualità dell'aria e determinanti sociali della salute. Suggerisce inoltre interventi chiave, opzioni politiche e buone pratiche per aiutare i Paesi a rafforzare i sistemi sanitari e la sorveglianza, ridurre le disuguaglianze e migliorare la qualità di vita dei pazienti con malattie respiratorie croniche. L'auspicio, conclude Hans Henri P. Kluge, direttore dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Oms, è che "questo rapporto possa ispirarci tutti ad agire, ad adattarci e ad accelerare il progresso. Affinché, entro il 2050, ogni persona, in ogni angolo della nostra Regione, possa respirare liberamente e vivere pienamente".

Fonte: Chronic respiratory diseases in the Who European Region, 2025. Who/Euro:2025-12340-52112-79990.



Fattori di rischio delle malattie respiratorie croniche. Nella Regione europea dell'Oms, il fumo resta il principale fattore di rischio, seguito dal particolato atmosferico e da altri fattori ambientali, come le basse temperature. Il grafico mostra la percentuale di daly (disability-adjusted life year) attribuibili ai diversi fattori di rischio per le malattie respiratorie croniche, per entrambi i sessi, nel 2021. La maggior parte di questi fattori è modificabile attraverso interventi mirati, con l'obiettivo di ridurne l'impatto o di eliminarli del tutto.

Modificato da Who Regional office for Europe. Chronic respiratory diseases in the Who European Region, 2025.