

**Senato della Repubblica**  
**Commissione Igiene e Sanità**

**Audizione del 27 luglio 2010**

**Indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo  
di particolare rilevanza sociale: malattie reumatiche croniche**

## Indice

- L'Associazione: ANMAR ITALIA ONLUS pg 3-4
- Prefazione: La salute dei cittadini come scelta consapevole pg 5
- Malattie reumatiche: epidemiologia pg 6
- Analisi esigenze dei malati pg 7-8
  - *Introduzione – obiettivi – metodi – risultati*
- Impatto economico - sociale pg 9-10
  - *Introduzione – obiettivi – metodi – risultati*
- Impatto psicologico relazionale – conseguenze sulla qualità della vita pg 11-12
  - *Introduzione – obiettivi – metodi – risultati*
- Disuguaglianze tra le regioni pg 13-16
  - *Introduzione – obiettivi – metodi – risultati*
- Strategie di prevenzione – diagnosi e cura precoce pg 17-18
  - *Introduzione – obiettivi – metodi – risultati*
- Testimonianze pg 19-22
- Bibliografia pg 23

Allegati:

Interrogazione Ministro Gelmini

Report sociale: Un percorso ad ostacoli – a cura di ANMAR – SIR - CENSIS

## ANMAR

### Associazione Nazionale Malati Reumatici - Onlus

L'ANMAR Onlus, Associazione Nazionale Malati Reumatici, nasce a Roma nel 1985 da un gruppo di pazienti e di medici, con l'intento di diffondere e favorire la conoscenza delle "Malattie Reumatiche" presso la Società, le Istituzioni Sanitarie e le Autorità Nazionali.

Nata con questa primaria esigenza, l'ANMAR oggi presta particolare attenzione alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica attraverso importanti e fondamentali campagne informative, rivolte soprattutto alle difficoltà di gestire i diversi problemi collegati all'insorgenza e all'evoluzione di queste malattie.

ANMAR Onlus è composta da Associazioni Regionali, ciascuna con sede in ogni singola Regione, e pertanto presente e attiva su tutto il territorio nazionale.

Grazie a questo impegno sono stati raggiunti importanti risultati:

- L'inserimento delle malattie reumatiche nel Piano Sanitario Nazionale in quanto patologie che, per le loro caratteristiche di cronicità ed esito invalidante, compromettono la qualità di vita dei malati.
- La richiesta di rivisitazione del Decreto n. 329/99, che prevede l'esenzione dal pagamento dei tickets per la diagnosi, il monitoraggio e la terapia di tali malattie. Rientrano in questo decreto l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante, l'artropatia psoriasica, la connettivite mista, la sindrome di Sjögren e la poliarterite nodosa per le quali non era prima prevista una "copertura" di questo tipo e per le quali invece è stato anche ampliato il numero di esami diagnostici e di terapie riabilitative che oggi godono di questa esenzione.
- L'introduzione di importanti modifiche al prontuario farmaceutico che oggi consentono ai pazienti alcune importanti facilitazioni, come avere gratuitamente farmaci gastroprotettori quando si è in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori, avere accesso alla prevenzione secondaria delle fratture osteoporotiche anche se uomini o se si è in trattamento con farmaci corticosteroidi, avere gratuitamente un tipo di lacrime artificiali se si è affetti dalla sindrome di Sjogren.

A fronte di tali risultati, certamente positivi, c'è ancora però molta strada da fare. L'evoluzione delle sfide principali che attendono l'ANMAR sono relative ai seguenti ambiti d'intervento:

- **Tutela della qualità della vita e dell'assistenza alla persona con patologia reumatica, e** quindi:
  - Rafforzare e consolidare i rapporti con le Associazioni Regionali aderenti all'ANMAR e con altre Associazioni ed organismi di tutela dei diritti dei malati sia nazionali che internazionali;
  - Intensificare le relazioni ed avviare, ove non attivi, tavoli di lavoro con gli enti Istituzionali

Europei, Nazionali e Regionali preposti alle politiche per la salute, l'assistenza sociale, il lavoro, l'ambiente e la cultura al fine di evidenziare i problemi dei malati reumatici;

- Assumere responsabilità verso i Soci delle singole associazioni regionali, aiutandoli a rafforzare la consapevolezza della propria condizione e ad eliminare quello stato di isolamento che spesso colpisce il malato reumatico;
- Proseguire la collaborazione con le Società medico scientifiche nazionali ed europee: SIR, CROI, GISEA, SIMMG, EULAR ed altre.

➤ **Formazione, Informazione e Comunicazione:**

- La strategia informativa di ANMAR si avvale di una collana di pubblicazioni relative alle varie patologie (ad oggi sono stati stampati i seguenti opuscoli: *Conoscere le malattie reumatiche*, *Conoscere l'Artrosi*, *Conoscere l'Artrite Psoriasica*, *Guida pratica per pazienti con osteoporosi*, *Guida pratica per pazienti con Sclerodermia*, *Guida pratica per pazienti con Artrite Reumatoide*, *Guida pratica per pazienti con LES*).
- La produzione di opuscoli sarà ulteriormente implementata per trovare diffusione presso tutte le sedi regionali, centri di Reumatologia, ambulatori medici, farmacie, enti istituzionali per aumentare la delle patologie reumatiche
- Sito internet [www.anmar-italia.it](http://www.anmar-italia.it) aggiornato con cadenza settimanale, offre spunti di approfondimento, testimonianze, news dal mondo, materiale scaricabile, eventi nazionali e regionali
- Il numero verde 800 910 625 attivo dal lunedì al venerdì
- Servizio on-line - Lo psicologo risponde –
- Pubblicazione della rivista "In Sinergia", ritenuta fino ad ora fra gli strumenti prioritari di informazione e comunicazione con gli associati ANMAR; migliorarne la qualità e la diffusione, attraverso i principali e più variegati mezzi di informazione, in modo che sia un mezzo efficace di comunicazione anche e soprattutto per le Istituzioni e i decisori politici;
- Promuovere campagne informative e di sensibilizzazione, coinvolgendo soci e non soci, anche attraverso l'organizzazione della Giornata Mondiale del Malato Reumatico, e organizzare momenti di riflessione e confronto su temi di interesse comune, sia attraverso iniziative nazionali che decentrate nelle diverse regioni.

- **Promozione della ricerca**, e cioè proseguire e sviluppare le collaborazioni, atte a sostenere ed implementare le attività di ricerca aventi come oggetto le patologie reumatiche, con: le Istituzioni Scientifiche della Reumatologia, CENSIS, altri Enti ed Istituzioni, Case Farmaceutiche e con coloro che in definitiva possono contribuire a tale scopo.

**ANMAR**

Sede Legale: Via Vittorio Polacco, 37 – 00167 Roma

Sede Operativa – Presidenza: Via Piranesi, 4 – 30174 Mestre VE tel 3278142398

Ufficio Tesoreria: Via Rossi, 2 – 13900 Biella - tel. 015.2523223

WEB [www.anmar-italia.it](http://www.anmar-italia.it) – EMAIL [info@anmar-italia.it](mailto:info@anmar-italia.it) Numero Verde 800 910 625 –

Codice Fiscale 90030350327



### ***La salute dei cittadini come scelta consapevole***

*Le malattie reumatiche sistemiche costituiscono un gruppo di malattie ad alto impatto sociale per diffusione, gravità, e costi legati all'invalidità. Una organizzazione appropriata dell'assistenza reumatologica su scala nazionale, basata sulla diagnosi precoce in ambito specialistico e su trattamenti preventivi, è essenziale per ridurre l'impatto della malattia sulla qualità di vita dei cittadini e per ridurre gli enormi costi economici e sociali derivanti dalla progressiva invalidità.*

*Un efficace e saggio piano di programmazione socio sanitaria dovrebbe prevedere gli effetti delle scelte sul lungo termine perché negare o limitare terapie appropriate, negare o limitare l'uso di farmaci anche costosi, potrà far risparmiare oggi ma sicuramente nel futuro gli effetti saranno disastrosi.*

*La valutazione della spesa non può, inoltre, essere basata solo sull'aspetto farmaceutico ma deve allargarsi anche ad altri aspetti quali, ad esempio, il costo delle pensioni di invalidità che già oggi un'errata programmazione fa incidere pesantemente sul bilancio dello stato e ciò prescindendo da valutazioni di carattere etico sociale.*

Presidente ANMAR  
Gabriella Voltan

## MALATTIE REUMATICHE: EMERGENZA SOCIALE

Le malattie reumatiche rappresentano oggi una vera e propria sfida con cui un moderno stato sociale deve confrontarsi. Le patologie reumatiche costituiscono una delle prime cause di inabilità temporanea e disabilità permanente e sono la più frequente causa di assenza dal lavoro. La complessità delle stesse, l'approccio terapeutico, la gestione del follow-up sul lungo periodo richiedono un grande impegno da parte delle organizzazioni politico sanitarie per garantire alla persona cure appropriate e opportuna ricerca diagnostico/terapeutica.

## MALATI REUMATICI: QUANTI SIAMO

**Commento:**  
Epidemiologia

Le malattie reumatiche e autoimmunitarie costituiscono una delle maggiori cause di ricorso ai servizi sanitari (nell'età adulta e anziana) e sono responsabili di alterazioni e limitazioni funzionali che possono condizionare notevolmente la qualità della vita di chi ne è colpito. Si tratta in gran parte di affezioni croniche che possono esordire anche in giovane età.

Dati epidemiologici italiani recenti indicano che **oltre 1/5 della popolazione soffre di sintomi riferibili a malattie reumatiche.**

Tali malattie colpiscono soggetti rientranti in tutte le fasce di età e in tutte le fasce sociali con una maggiore **prevalenza per il sesso femminile.** Attualmente le patologie osteoarticolari costituiscono la prima causa di invalidità e costituiscono un primario problema socio-sanitario.

Tra le malattie reumatiche, le forme sistemiche, vale a dire quelle che colpiscono diverse parti dell'organismo, sono caratterizzate da una spiccata disabilità e da evoluzione invalidante.

In Italia circa 300.000 persone sono affette da artrite reumatoide e 700.000 da spondiloartriti.

Inoltre, 100.000 circa sono i paziente affetti da vasculiti e connettiviti sistemiche, malattie particolarmente temibili per il coinvolgimento, oltre che osteoarticolare, di organi interni quali cuore, rene, polmoni, nervi, vasi, cervello etc.

Malattia reumatica	N° presumibile di casi di malattia
<b>Spondiloartriti</b>	700.000
<b>Artrite reumatoide</b>	300.000
<b>Vasculiti e connettiviti sistemiche</b>	100.000

## a) ANALISI DELLE ESIGENZE - CONDIZIONI DI VITA

I soggetti portatori di Malattie Reumatiche Sistemiche presentano problematiche comuni, derivanti dalla:

- **convivenza cronica con il dolore e la disabilità,**
- **la necessità di cure tempestive e controlli periodici**

**Commento:**

Esigenze primarie:  
Una organizzazione appropriata dell'assistenza reumatologica su scala nazionale, basata sulla diagnosi precoce in ambito specialistico e su trattamenti preventivi, è essenziale per ridurre l'impatto della malattia sulla qualità di vita dei cittadini e gli enormi costi economici e sociali derivanti dalla progressiva invalidità.

**Tempestività della diagnosi:**

**se il malato si rivolge ad un MMG diagnosi dopo 7,7 mesi**

**se il malato si rivolge ad un reumatologo diagnosi dopo 12,6 mesi**

**se la diagnosi è effettuata da uno specialista non reumatologo dopo 18,1 mesi**

## OBIETTIVI

- **Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle Malattie Reumatiche.**
- Garantire pari opportunità di accesso alle cure e standard di trattamento uniformi su tutto il territorio nazionale
- L'appropriatezza della cura: la possibilità di essere trattati con la miglior cura possibile in relazione allo stadio della patologia e quindi una prescrizione tempestiva, ove necessario, dei farmaci **biologici o comunque più innovativi ed efficaci.** L'uso di questi farmaci, nel tempo, evidenzia un risparmio reale se si considerano i costi di giornate di degenza ospedaliera (per acuti o riabilitativa), di interventi di chirurgia ortopedica, di trattamenti sintomatici e relative comorbidità (ulcere gastro-duodenali per esempio), di ortesi e altri presidi sanitari, di pensioni di invalidità e sussidi di accompagnamento che il Sistema Sanitario Nazionale è chiamato a sostenere.
- Prevenire i rischi di comorbidità che si instaurano con il progredire delle Malattie Reumatiche Sistemiche. I rischi maggiori sono dovuti all'instaurarsi di patologie urogenitali, gastrointestinali, respiratorie, e cardiovascolari con rischio maggiore di decesso rispetto alla popolazione generale

**Commento:**

Nel caso dell'artrite reumatoide, un ritardo di pochi mesi nell'inizio di una terapia specialistica significa un aumento di disabilità di oltre il 30% dopo 5 anni.

**Commento:**

un anno di trattamento con un farmaco biologico per l'artrite reumatoide costa € 10.000 a paziente. E' stato calcolato che un paziente con artrite reumatoide in fase avanzata di disabilità costa in media € 30.000, vale a dire circa tre volte l'importo del trattamento con farmaci biologici.

**Commento:**

La gestione di malati così complessi, richiede il coordinamento da parte del reumatologo dell'apporto di diversi specialisti, ad esempio fisiatra, pneumologo, cardiologo, neurologo, infettivologo, ortopedico etc., che debbono intervenire in modo integrato



## METODI

- Predisposizione di soluzioni organizzative interaziendali per una maggiore omogeneità qualitativa e per il coordinamento tra centri di riferimento, strutture ospedaliere e territoriali delle Aziende Sanitarie, in modo da garantire la continuità del percorso assistenziale e il monitoraggio epidemiologico di patologie di ampia rilevanza sociale
- Prevedere la continua formazione e informazione dei medici, soprattutto quelli di famiglia che sono i primi ad incontrare il malato e devono essere messi nelle condizioni di riconoscere la malattia al manifestarsi dei primi sintomi.
- Costruire percorsi diagnostici terapeutici per la diagnosi e il trattamento delle Malattie Reumatiche Sistemiche definiti a livello nazionale e applicati sui territori regionali.
- Organizzazione di ambulatori reumatologici per prime visite e per visite di controllo (in molte zone d'Italia i tempi di attesa sono di circa 1 anno!);
- Potenziare i servizi di riabilitazione per i malati affetti dalle Malattie Reumatiche Sistemiche

**Commento:**

Programmi concreti d'intervento  
Necessità di servizi di intervento specifici.  
In mancanza di politiche oculate, pianificate e di prevenzione, non sarà mai possibile uscire dal circolo vizioso di sofferenza e di costi

## RISULTATI

- Cure tempestive ed appropriate porteranno ad una elevata diminuzione dell'impatto economico della patologia primaria e di quelle correlate sul Sistema Sanitario Nazionale
- Mantenimento di una buona qualità di vita intesa come autosufficienza e speranza di vita
- Continuità lavorativa evitando costi sociali elevati

**Commento:**

Miglioramenti previsti:  
Risparmio economico,  
Autosufficienza,  
Attività lavorativa



## b) IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE

### Malattie reumatiche e lavoro – INDAGINE OSSERVATORIO SANITA' E SALUTE

Artrite e lavoro database a confronto: Istat – Ministero della Salute – Aifa – Inps

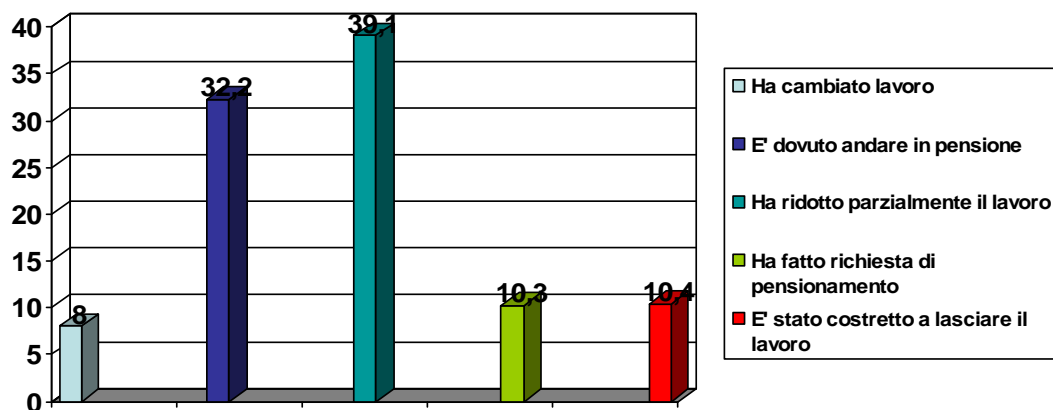
Malattia	Giornate di assenza dal lavoro	Costi indiretti riconducibile alla perdita di produttività lavorativa	Lavoratori malati
Artrite reumatoide	13.079.456	€ 980.959	142.168
Artropatia psoriasica	5.879.808	€ 440.986	81.664
Spondilite anchilosante	4.0207.600	€ 317.140	62.800
<b>Totale</b>	<b>23.166.864</b>	<b>€ 1.739.085</b>	<b>286.632</b>

Osservatorio Sanità e Salute - Ricerca a cura di Alessandro Ridolfi - Pubblicazione 4 dicembre 2008

#### Commento:

Introduzione  
Malattie reumatiche e rapporto con il lavoro  
L'uso appropriato e combinato dei farmaci oggi a disposizione consente di fermare la progressione dell'invalidità in oltre 80% dei casi e di ottenere una scomparsa totale dei sintomi (remissione clinica) in oltre il 40% dei casi

### Il posto di lavoro



#### Commento:

Dati relativi alla patologia Artrite Reumatoide  
9/07/2009  
"Costi sociali delle malattie reumatiche"  
Emerge in modo accuratamente documentato come i costi di gestione delle malattie reumatiche siano assolutamente preoccupanti, in termini di soldi per la società ed in termini di sofferenza per i malati e le loro famiglie, e siano comunque destinati a crescere in maniera esponenziale nel volgere di qualche anno.

## OBIETTIVI

- Agevolare l'inserimento scolastico, sociale, lavorativo delle persone affette dalle Malattie Reumatiche Sistemiche

**Commento:**

Mantenere le persone con una vita sociale e lavorativa adeguata.

## METODI

- Revisionare la normativa in materia d'invalidità civile ed handicap, soprattutto procedendo con un'attività di revisione delle tabelle e semplificazione amministrativa
- Inserimento di un Medico reumatologo in commissione di invalidità e commissioni per l'idoneità lavorativa, con giudizi espressi in modo chiaro con specifica contemporanea sulle capacità residue del malato
- Attenta verifica sull'effettiva dell'applicazione delle leggi vigenti

**Commento:**

Un'attenta legislazione sociale permette evidenti vantaggi sul lungo termine evitando che le patologie reumatiche diventino emergenza sociale incontrollabile

## RISULTATI

- La tutela legislativa permetterebbe alle persone di lavorare più a lungo evitando di dover ricorrere a pensioni di invalidità o dover gravare sul bilancio familiare che spesso è già carente nel dover far fronte all'acquisto di farmaci e/o terapie riabilitative non contemplate nei LEA

**Commento:**

Risparmio economico  
Mantenere il posto di lavoro il più a lungo possibile

## C) IMPATTO PSICOLOGICO RELAZIONALE

**Commento:**

Introduzione  
Percepire sé stessi:  
io malato di AR mi sento così  
Vedi testimonianze pg 19-22

	Maschio	Femmina
Temo l'evoluzione della malattia, la fase in cui potrei diventare inabile	78,9	85,4
Mi sento normale fino a quando non ho un peggioramento	70,7	68,0
Ho spesso periodi di depressione	40,8	54,6
Sento di essere un peso per gli altri	25,7	29,1
Mi vergogno per i segni della malattia sul mio corpo	24,7	24,8

### La vita di relazione

**Commento:**  
Io malato di AR sono un peso.....  
Vedi testimonianze pg 19-22

	Fino a 44 anni	età 45-64	Età 65-74	75 e più
Ho dovuto interrompere le attività extra lavorative	26,7	36,1	46,8	58,3
Sento di essere un peso	12,1	18,1	34,9	44,7
La malattia ha avuto un impatto negativo sulla relazione di coppia	13,3	18,4	18,3	9,9
Ho rinunciato al desiderio di maternità/paternità	23,2	10,5	4,8	4,3

### Difficoltà quotidiane

**Commento:**  
La quotidianità è una sfida continua nei piccoli gesti di ogni giorno  
Vedi testimonianze pg 19-22

<i>livello di difficoltà</i>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Basso</b>
Portare la borsa della spesa	<b>58%</b>	25%	15%
Aprire le bottiglie e le altre confezioni alimentari	<b>49%</b>	33%	16%
Aprire i rubinetti	<b>24%</b>	34%	40%
Premere i tasti del telecomando e del telefono	<b>9%</b>	24%	65%

## OBIETTIVO

- Mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita e una vita di relazione positiva

**Commento:**  
malato parte attiva nella società

## **METODO**

- Potenziare l'assistenza territoriale, anche prevedendo il supporto psicologico.
- Attivare politiche di sostegno per la donna con AR (ad esempio: la progressiva incapacità a svolgere il proprio lavoro per una casalinga non verrà mai avvertita come un problema economico per la società, ma si scaricherà solo sulle famiglie che dovranno sostenere i costi della cura della persona malate più quelli per sostituire la forza lavoro venuta meno). Proponiamo quindi incentivi fiscali per l'assunzione di baby-sitter, badanti, donne delle pulizie.
- Fondamentale sarà attivare campagne di educazione e informazione sanitaria del malato, dei familiari, e della popolazione sulle problematiche cliniche e sociali delle Malattie Reumatiche Sistemiche;

**Commento:**  
priorità: la tutela della donna

## **RISULTATI**

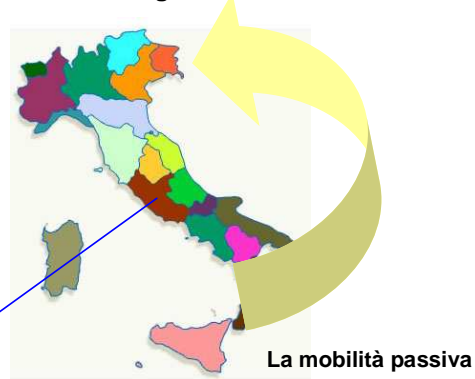
- Maggior autonomia della persona
- Minor problematiche collegate
- Risparmio complessivo nella gestione della malattia e della persona

## **d) DISEGUAGLIANZA TRA REGIONI**

Ogni regione, in virtù dell'autonomia Federalista, elabora ed applica un piano Socio Sanitario che contempla priorità individuate localmente.

**Le patologie reumatiche sono evidenziate nei seguenti piani sanitari regionali:**

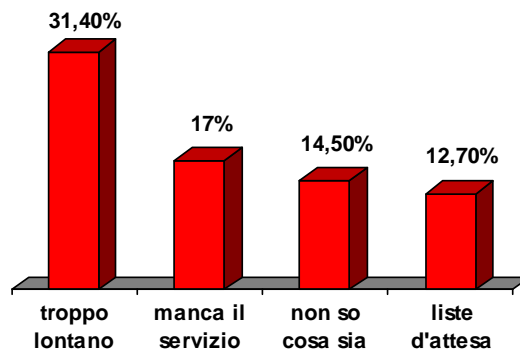
- LOMBARDIA
- FRIULI
- TOSCANA
- SARDEGNA
- PUGLIA



Nel Lazio, nel 2008, centinaia di pazienti residenti nella Regione hanno segnalato il mancato accesso ai farmaci biologici<sup>1</sup>.

**Accesso ai centri di reumatologia sul territorio nazionale**

- 17,3% di malati sono curati c/o centro
- 82,7% non accede a nessun centro perche?



## INTRODUZIONE

### Le terapie disponibili e l'accesso alla cura

L'AR è curata spesso con farmaci sintomatici (farmaci antalgici puri (paracetamolo), i FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) e i cortisonici), dotati di un effetto rapido, ma limitato nel tempo. Tali farmaci si limitano però a ridurre il dolore, non modificano il decorso della malattia e non prevenendo la comparsa di erosioni articolari. Rischiano, inoltre, di nascondere i sintomi e ritardare la corretta diagnosi sia da parte del Medico di Medicina Generale sia da parte dello specialista. Ad essi, si affiancano i cosiddetti "farmaci di fondo": si tratta dei DMARDs (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs), cioè una serie di molecole in grado di modificare l'andamento della malattia.

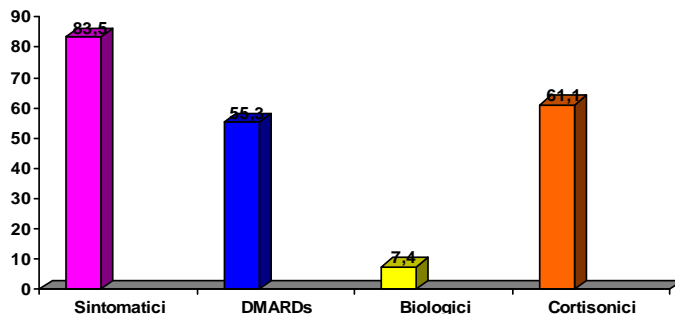
**Commento:**  
Pur essendo efficaci nel controllare i sintomi, circa il 30-40% dei pazienti non risponde o risponde in modo inadeguato alle attuali terapie per l'AR.

*Da circa 10 anni sono disponibili i farmaci biologici (o MRB, Modificatori della Risposta Biologica): molecole ottenute tramite l'ingegneria genetica, in grado di legare e neutralizzare l'azione di alcune proteine che favoriscono l'infiammazione, agendo in modo mirato. La peculiarità dei farmaci biologici è quella di agire su alcune proteine che nell'organismo sano hanno la funzione di attivare le normali risposte infiammatorie, mentre nel paziente con artrite reumatoide scatenano l'infiammazione tipica della malattia. Le ultime ricerche scientifiche hanno permesso di affiancare ai farmaci anti-TNF (Fattore di Necrosi Tumorale) dei nuovi anticorpi monoclonali in grado di "colpire" differenti bersagli molecolari.*

**Commento:**  
A differenza dei farmaci tradizionali, essi non sono indirizzati ai sintomi ma agiscono sul controllo della malattia e dell'evoluzione del danno erosivo articolare in tempi molto brevi e in un numero elevato di pazienti in cui la terapia con farmaci tradizionali non ha dato il risultato sperato.

La distribuzione di questi farmaci, è ad esclusivo uso ospedaliero e sono dispensati su indicazione dei Centri di Riferimento Regionali ai malati con artrite reumatoide attiva e resistente alle terapie convenzionali.

Oggi un esiguo 7,4% accede ai farmaci più innovativi come i biologici, i soli in grado di indurre una remissione della malattia.



Accede in misura maggiore alle terapie più efficaci chi è in cura presso un centro reumatologico ospedaliero o universitario (71,8% sono curati con DMARDs e 16,7% con i farmaci biologici).

### La possibilità di accedere a questi farmaci non è però uniforme su tutto il territorio.

Non basta che l'AIFA inserisca il nuovo farmaco nel prontuario farmaceutico nazionale, spetta infatti alle commissioni locali (regionali, provinciali, perfino della singola azienda ospedaliera in certe aree) valutare l'inserimento del farmaco nei prontuari terapeutici sub-nazionali.

In questo periodo storico i deficit sui bilanci regionali rischiano di avere effetti esiziali sulla possibilità del paziente di ottenere il farmaco più adeguato alla propria malattia nella Regione di residenza.

Le Commissioni locali infatti applicano spesso un veto all'introduzione dei nuovi farmaci.

Se la Commissione locale ritiene che un dato farmaco non offra le necessarie garanzie di efficacia rispetto al suo impatto sul bilancio sanitario regionale, ha il potere di bloccarlo. Nonostante l'AIFA abbia già espresso le proprie valutazioni in fase di contrattazione del prezzo.

Questo, non ha nessun motivo di essere soprattutto per i farmaci biologici in quanto non vanno ad aumentare la spesa farmaceutica per il trattamento dell'AR perché tra di loro si propongono come opzioni terapeutiche alternative. Ovvero, se un farmaco biologico non fornisce più una risposta adeguata viene sostituito da un altro farmaco con diverso meccanismo d'azione. In questo modo, la spesa farmaceutica e più in generale quella sanitaria rimane la stessa.

Nelle Regioni che non sono dotate di prontuari sub-nazionali e che quindi recepiscono direttamente le indicazioni dell'AIFA (Piemonte, Lombardia, Marche, Friuli Venezia Giulia e la provincia di Bolzano), i tempi per l'accesso ai medicinali si riducono significativamente senza per questo aumentarne il deficit sanitario.

**Nel Lazio, nel 2008, centinaia di pazienti residenti nella Regione hanno segnalato il mancato accesso ai farmaci biologici<sup>1</sup>.**

### Mobilità passiva

La scelta di non distribuire le nuove terapie ha generato il fenomeno della "mobilità passiva" con svantaggi per i pazienti – che sono costretti a spostarsi a proprie spese dal luogo di residenza per trovare le cure più adeguate ai propri bisogni – ed anche per le Regioni "virtuose" che, proprio perché in grado di gestire la spesa sanitaria, devono assorbire i pazienti provenienti dalle Regioni indebitate.

### Inadeguatezza dell'organizzazione del servizio medico sul territorio

In Italia il numero dei reumatologi è insufficiente e di conseguenza l'omogeneità della cura sul territorio nazionale non è assolutamente garantita.

Il ministero dell'Università, per il 2010, ha previsto soltanto «39 posti in tutta Italia per gli specializzandi in reumatologia». Questa scelta non risponde a nessun criterio di valutazione delle necessità attuali né di proiezione futura per l'organizzazione del servizio sul lungo termine. Questa inadeguatezza risulterà essere antieconomica in quanto persone non curate o malcurate dovranno essere supportate dalla società con notevole dispendio di risorse economiche.

**Commento:**  
Da Regione a Regione variano le regole per approvare una nuova terapia

**Commento:**  
considerazioni che si limitano alla sola valutazione del costo del medicinale e quindi all'impatto immediato che questo può avere sul bilancio sanitario regionale

**Commento:**  
ANMAR ha presentato una richiesta per capire i criteri adottati nella determinazione del numero dei reumatologi specializzandi, tale interrogazione non ha mai avuto risposta.

## OBIETTIVI

<sup>1</sup> CittadinanzAttiva (2008)



- Predisporre un disegno di legge nazionale che abbia ad oggetto il miglioramento e potenziamento dell'organizzazione dei piani sanitari regionali e delle province autonome di Trento e Bolzano al fine di consentire ai malati affetti Malattie Reumatiche Sistemiche di curarsi nel modo migliore possibile e di migliorare la loro prospettiva di vita.
- Organizzare la formazione dei medici specialisti secondo necessità rispondenti ad una proiezione demografica, sul lungo termine, di incidenza delle patologie reumatiche sistemiche.

**Commento:**

Queste malattie hanno un forte impatto sociale per l'elevata incidenza, costi economici e riduzione della qualità di vita. Per questi motivi la WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità) e l'ONU hanno dedicato la decade 2000/2010 (2000-2010 bone and joint decade) alla prevenzione e al trattamento delle malattie muscolo-scheletriche.

## METODI

- Attivazione di un registro nazionale che quantifichi realmente le affezioni reumatiche sistemiche, strumento che in altri paesi è attivo da moltissimo tempo.
- Attivazione di scuole di specialità in ogni regione

**Commento:**

Situazione 2010  
Si tenga conto che intere regioni non hanno né avranno Reumatologi, secondo le direttive ministeriali; in effetti non sono previste Scuole in (e/o per) Piemonte, Abruzzi-Molise (a tal proposito ricordo che l'Aquila ha un reparto di Reumatologia crollato durante il terremoto ed ha un professore ordinario: alla faccia della solidarietà tanto declamata!), Calabria, Basilicata, Trentino-Alto Adige

**Commento:**

È necessario estendere questi risultati in maniera diffusa sul territorio nazionale, al fine di ottenere un avanzamento significativo nello stato di salute del Paese.

## RISULTATI

- Riorganizzazione capillare su tutto il territorio nazionale dei servizi per la diagnosi e il trattamento precoce delle patologie reumatiche
- Evidente risparmio economico sul lungo termine con una efficace sostenibilità nel controllo delle patologie

## e) STRATEGIE DI PREVENZIONE DIAGNOSI E CURA PRECOCE



### L'Appropriatezza della terapia: la lettera aperta della SIR e le linee Guida dell'EULAR

Nel 2009, la SIR (Società Italiana di Reumatologia), a causa di episodi di non somministrazione o di somministrazione a dosaggio ridotto di farmaci biologici da parte di alcune aziende sanitarie ha sentito il dovere di scrivere una lettera aperta<sup>2</sup> sull'argomento, ponendo l'attenzione su alcuni punti sempre sostenuti dalle evidenze scientifiche. Qui di seguito alcuni stralci della lettera SIR:

- *Nella cura dell'artrite reumatoide e delle spondiloartriti da circa 10 anni sono disponibili farmaci biotecnologici, la cui efficacia si è dimostrata impareggiabile nei pazienti che non rispondono favorevolmente alle cure tradizionali.*
- *In particolare, l'aggiunta di questi farmaci arresta di fatto la progressione del danno articolare nell'artrite reumatoide e della invalidità nella maggior parte dei casi, consentendo di continuare tra l'altro la propria attività lavorativa.* La distribuzione di questi farmaci è regolamentata ed affidata, in genere, a centri specialistici selezionati.
- *La Società Italiana di Reumatologia ribadisce la sua totale disponibilità a discutere con le competenti autorità, nazionali e regionali, criteri di prescrizione e modalità di controllo; tuttavia quando l'indicazione è corretta, la somministrazione di tali farmaci deve essere effettuata e supportata finanziariamente.*
- *La riduzione delle cure è di per sé un atto grave, ma ancor più intollerabile, per chi soffre, è vedere scelte di carattere economico mascherate con motivazioni pseudo-scientifiche o sperimentazioni caserecce ed estemporanee fuori da ogni regola di buona pratica clinica.*

Il 5 maggio scorso anche EULAR (Associazione che riunisce tutte le società europee di reumatologia) ha pubblicato delle approfondite raccomandazioni sul trattamento dell'AR con i farmaci biotecnologici<sup>3</sup>. Uno dei tre principi base del documento afferma:

*"RA is expensive in regards to medical costs and productivity costs, both of which should be considered by the treating rheumatologist. The expert committee wished to encapsulate that the direct and indirect costs of RA, especially if insufficiently treated, are very high. Modern treatments, particularly biological agents, are expensive, but may enable lowering of short- and long-term indirect costs of disease—an actuality that should be kept in mind for individual treatment approaches as well as reimbursement considerations."*

In conclusione è ancora troppo presto per effettuare una valutazione complessiva dell'impatto delle terapie biologiche sui costi, ma diversi studi evidenziano una contrazione di tutte le voci di costo per effetto dei trattamenti biologici, purché tali farmaci siano utilizzati in modo appropriato e tempestivo, ovvero sui pazienti eleggibili al trattamento, nel momento e per un periodo temporale corretto, nella quantità e nelle modalità corrette.

Anche il Prof. Americo Cicchetti, docente di Organizzazione Aziendale presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, ha curato un'analisi sistematica *Cost of Illness (COI)* su artrite reumatoide e spondiloartropatie, considerando i costi come variabili direttamente dipendenti dall'evoluzione naturale della patologia e simulandone la dinamica temporale. Per quanto riguarda l'artrite reumatoide, nei prossimi 30 anni il costo annuo varierà fra i 3,3 (dati 2009) ed i 4 mld di euro (picco stimato al 2029), sempre considerando la somma di costi diretti ed indiretti (costi per l'ospedalizzazione e quelli i costi di lavoro persi).

<sup>2</sup> Sir (2009)

<sup>3</sup> Smolen, Landewé, Breedveld et al. (2010)

Alla luce dei costi così ricalcolati il prof. Cicchetti ritiene possa essere opportuno confrontare l'efficacia dei prodotti farmaceutici (quindi anche dei farmaci biologici) con i relativi costi in base ai costi determinati dalla naturale e progressiva evoluzione della patologia.<sup>4</sup>

## **OBIETTIVI**

- Informare e formare in modo capillare e diffuso la popolazione
- Promuovere programmi di ricerca atti a migliorare le conoscenze sugli aspetti epidemiologici, sulla prevenzione, sulla diagnosi, sulla cura e sulla riabilitazione delle Malattie Reumatiche Sistemiche.

## **METODI**

- Attivare piani di informazione attraverso i mass media: giornali – spot di comunicazione sociale, diffusione di materiale informativo attraverso le farmacie e tutti i presidi ambulatoriali dei MMG, specialisti e presidi ospedalieri
- Attivare campagne di informazione in collaborazione con le associazioni prevedendo interventi sul territorio
- Partecipazione attiva da parte delle Associazioni pazienti alla politica sanitaria del Paese. Prevedere un coinvolgimento strutturato e permanente delle Associazioni alla definizione, attuazione e monitoraggio della politica farmaceutica e assistenziale nazionale.
- ANMAR propone l'istituzione di uno specifico tavolo all'interno dell'AIFA.
- Favorire azioni coordinate tra Istituzioni scientifiche, Associazioni di volontariato, Università, Società di ricerca

## **RISULTATI**

### **Per la persona**

- **Mantenimento di una buona qualità di vita**
- **Mantenimento del posto di lavoro**
- **Riduzione di costi socio - relazionali**

### **Per la società**

- **Riduzione dei costi legati alla disabilità**
- **Risparmio su costi legati alla perdita di produttività**

## **TESTIMONIANZE**

---

<sup>4</sup> Cicchetti, Ruggeri, Gori (2009)

### Stefania

Buongiorno,  
ho 45 anni, da 18 sono malata di AR...ho avuto la fortuna di lavorare dall'età di 17 anni, prima cm dipendente poi ho continuato dall'età di 40 in libera professione.....sappiamo noi malati di AR cosa vuol dire quando siamo in piena crisi con la malattia doverci alzare dal letto x affrontare la trincea....eppure l'ho sempre fatto, ho sempre lottato!!! Oggi non ce la faccio più! mi trovo disoccupata, disperata, e di nuovo in pieno con la malattia, non mi riconoscono niente!! assegno disoccupazione no, ero in libera professione....sia io ke i miei figli non abbiamo il diritto di mangiare cm gli altri, no! e del diritto al lavoro??? no comment!! nn posso fare neanche la badante...non ce la faccio ad alzare un bicchiere, ad allacciarmi le scarpe, asciugarmi i capelli....sono invalida al 50%...non mi spetta niente!! è giustizia? è diritto al lavoro?? grazie

### Donyaury

Salve a tutti, mi chiamo Donatella ed ho 30 anni. purtroppo anch'io ho dei problemi di natura reumatica, tendinopatie diffuse caviglie (piede cavo), ginocchia, braccia-mani, borsiti spalle, sacroileite, protusioni discali. Recentemente l'ultimo reumatologo che ho consultato mi ha diagnosticato una spondiloartrite sieronegativa con sacroileite. Dovrei iniziare la cura farmacologica con antinfiammatori (synflex, brufen) ed il cortisone (medrol), solo che sto allattando la mia bambina e quindi non posso farlo.

Sono disperata perché a breve dovrò riprendere il lavoro (banconiera in supermercato) lavoro molto pesante per le mie condizioni di salute, perché devo alzare dei pesi e stare in piedi...vorrei tanto poter trovare un altro lavoro, un posto diverso, dove non ti prendono in giro se stai male. Purtroppo, per via delle infiammazioni diffuse alle articolazioni, dopo pochi passi ho dei dolori lancinanti che mi bloccano impedendomi di camminare.

A volte, veramente mi manca la forza per andare avanti...non ce la faccio nemmeno a tenere in braccio la mia bambina, ed il brutto oltre tutto ciò è che nessuno ti crede che stai male sul serio, nonostante gli esami strumentali.

Non c'è un medico che prende a cuore la situazione, che ti aiuta...tutti se ne fregano che stai male, pensando solo al denaro.

Ogni sera vado a dormire con la speranza alzarmi e di stare meglio, ma, ogni giorno invece la situazione peggiora. cari amici, forse vi ho annoiato e per ciò mi scuso, ma vorrei chiedervi un consiglio sulla mia situazione, non so se magari qualcuno sa dirmi se con queste patologie posso avere un'invalidità. grazie a tutti di cuore.

### Susanna

caro dottore mi è stato diagnosticato a.r. nel marzo 2009, mi sono subito bloccata non potevo neanche camminare i dolori li avevo in tutto il corpo, ho fatto la cura ma purtroppo mi sono passati un po ma poi sono tornati sono una casalinga, mamma e moglie ma non riesco neanche a svolgere una piccola cosa, vorrei sapere se posso azzardarmi a fare la domanda di invalidità la ringrazio anticipatamente

### Silva60

Ho 50 anni e sono 22 anni che lavoro in una ditta come addetto agli impianti, a luglio '09 ho scoperto di essermi ammalato di artrite reumatoide.

Sono in cura da uno Specialista, abbiamo tentato più cure per tenerla "a bada", purtroppo sinora con scarsi risultati...non ho ancora trovato la terapia adatta a me!

Ho continuato a lavorare a fatica...ero arrivato a trascinare i piedi zoppicando e a piangere ogni qualvolta dovevo usare le mani imprimendo maggiore forza.

Ho spiegato il problema ai miei superiori e ho chiesto la possibilità di aver un posto "piu' leggero" per la mia malattia.

Penso che abbiano preso la palla la balzo, essendoci crisi nel settore, mi hanno messo in CIGS e da voci traverse ho saputo che non gli servo più (hanno messo un collega al mio posto)...che non saprebbero dove sistemarmi...che sono solo una mela marcia!!!

Ho una figlia di 3 anni appena e davanti a me ancora una vita di lavoro...almeno altri 15 anni.

Come posso comportarmi???Se è vero che è un loro diritto lasciarmi a casa perchè non gli servo, io non ho alcun diritto?Mi hanno ferito moralmente e ho perso la mia dignità di uomo.

Mi aiuti, non so a chi altro rivolgermi...

Antonella

Buonasera sono la mamma di una bimba di 10 anni affetta da aig da due anni. ancora ad oggi non posso usufruire dei diritti della legge 104 per poter accompagnare mia figlia ai soliti controlli, terapie ed esami vari.

c'e' qualcosa che possa fare per risolvere questo problema? grazie infinite

#### [Dover parlare del dolore, doverlo spiegare è estremamente difficile.](#)

Il dolore, prima di tutto, è qualcosa di molto soggettivo, tanto da diventare del tutto personale, un fattore intimo con il quale ti devi raffrontare tutti i giorni ed ogni momento del giorno e proprio per questa sua soggettività diventa difficile spiegarlo ad altri che comunque, ed in ogni caso, saranno sempre estranei al tuo dolore proprio perchè è tuo e basta; così come diventa difficile il poter dire e quantificare chi ha più o meno male, hai male semplicemente, tu lo senti mentre quello degli altri, al massimo, lo comprendi ma non potrai mai dividerlo.

Certo può non sembrare difficile il dire come la mattina ti senti rigida e dolorante, come ogni movimento ti arrechi del male, come sia difficile alzarsi dal letto e compiere tutte quelle azioni normali di ogni esistenza (andare in bagno, lavarsi, vestirsi), ma il dolore non è solo male che senti, è un blocco totale che colpisce sia la parte malata, ma che immediatamente interessa tutta te stessa coinvolgendoti ogni momento in una battaglia che, pur sentendola persa in partenza, non vuoi abbandonare.

Sto parlando del dolore cronico, di quello continuo che ora dopo ora non ti abbandona, che senti ormai come parte integrante di te stessa.

La mattina non ti alzeresti mai (solo il letto, e non sempre, riesce a darti la sensazione ormai persa da tempo dello star bene) e qui inizia la prima battaglia sia contro il dolore che, principalmente, contro il desiderio di fermarsi per non sentire male e l'obbligatorietà di muoversi comunque; ecco, allora, che il male si impossessa di te e dall'articolazione passa ad interessare direttamente il cervello costringendoti ad affrontare lo sforzo di non ascoltare il male superandone ogni volta la soglia, ogni giorno sempre più alta, ed avviando la tua esistenza giornaliera a dover continuamente reprimere ed a non ascoltare il male.

Il dolore è sentire male, più o meno forte, ma è anche (e forse ne è la parte più importante) l'essere costretta a sopportarlo perché la vita continua, c'è il lavoro, la famiglia, gli impegni quotidiani di tutti e non puoi fermarti ad ascoltare il tuo male

Il male colpisce le ginocchia quando al mattino ti alzi dal letto e, come sei in piedi, si allarga immediatamente ai piedi ed alle caviglie che devono sopportare il tuo peso ma, un attimo dopo, si estende ad interessare anche le anche perché devi avviarti e camminare, fatti pochi passi vengono interessate le braccia, i gomiti e le mani, ti devi lavare, per poi colpire in una sequela maligna ed ineluttabile, le spalle e la schiena.

Tutta questa sequenza avviene e si sviluppa nell'arco dell'intera giornata, senza sosta e senza soluzione di continuità, tanto che, dopo pochissimo, non sai più dove inizia e dove finisce, è il corpo che fa male, ti limiti a dire "ho male", non sai più dire dove.

Ma se come tutto questo dolore fisico non fosse di per sé sufficiente, ecco che si aggiunge il dolore morale, psicologico, che accentua il tutto.

Aver male ed essere costretta ad affrontarlo, sapere che solo fermandoti potresti avere un attimo di sollievo e non poterlo fare è fattore ancora più doloroso del male stesso e se aggiungiamo il desiderio irrealizzabile di qualche cosa che non potrai mai fare, l'insieme diventa veramente insopportabile.

Proviamo a pensare al desiderio impossibile di una bella passeggiata, di poter salire una semplice rampa di scale, di salire e scendere da qualsiasi mezzo senza alcuna difficoltà, di ballare, di prendere in braccio tuo figlio, di abbracciare tuo marito, e tanto altro, pensiamo, in altri termini, al desiderio impossibile di poter vivere una vita normale.

Ciascuno di noi in queste condizioni è disposto a tutto, ad ingurgitare qualunque pastiglia ed ad affrontare le terapie più strane per sconfiggere il male, ma tutto sembra inutile ed anzi, a volte, peggiorativo della situazione e, comunque, anche là dove sembra esserci qualche miglioramento, il tutto è temporaneo ed il dolore si ripresenta.

Aggiungerei a tutto questo, ancora, il peso della vita sociale, ciascuno di noi ha i suoi amici, i suoi cari con i quali condividere la giornata, ed ecco il male non contento di quanto già combinato entra in maniere prepotente anche in questo settore.

La rabbia di non sentirsi capita nel proprio dolore, la rabbia di non poter accontentare il desiderio dell'altro, la rabbia di non poter condividere con lui le cose piacevoli, tutto ciò aumenta la sensazione del dolore e, contemporaneamente, diminuisce le proprie difese.

La famiglia, il marito, i figli, la casa, la vita sociale. Tutto è stravolto, niente viene risparmiato, perché ad ogni azione si frappone sempre quella soglia del dolore sempre più difficile da superare.

Questa credo sia la spiegazione migliore che io possa dare del dolore cronico, una malattia (così mi piace chiamarlo) che in modo subdolo viene ad incidere su un'intera esistenza, divenendo, alla fine, forse più importante della malattia stessa. Se da quest'ultima infatti si potesse guarire, anche il dolore (ormai divenuto cronico) sparirebbe come d'incanto o quello rimarrebbe?

Se quindi è giusto e doveroso curarsi per la malattia lo è altrettanto e forse più, quello di intervenire contestualmente sul dolore in quanto tale, considerandolo una malattia nella malattia, posso infatti fermare l'avanzamento dell'artrite ma non mi basta fermare il dolore, devo cercare in ogni modo di eliminarlo od almeno ridurlo ad una soglia di accettabilità che però, giorno dopo giorno, si è sempre fatta più alta, di qui l'urgenza di fare in fretta.

**Fonte "Gruppo ANMAR facebook"**

[Manuela Carboni](#) ciao a tutti mi chiamo Manuela ho 37 anni e sono di Cagliari dall'eta' di 15 anni soffro di artrite reumatoide per anni mi hanno curata con cortisone e metrotexate senza nessun successo ...da tre anni ho scoperto il farmaco biologico e sono rinata, sto benissimo non ho piu' nessun dolore posso correre e fare di tutto ...

23 aprile alle ore 22.20 ·

[Antonio Casedda](#)

Ciao Manuela mi chiamo Antonio,sono Sardo come te ma vivo a Cecina(LI),soffro anch'io di artrite reumatoide ed ho da poco iniziato la terapia con farmaci biologici,come sai bene molti sardi sono fabici ed io sono tra questi,quindi i medici sono molto preoccupati perchè non hanno riscontri con altri pazienti con questi problemi,vorrei sapere da te se sei fabica oppure se conosci qualcuno che lo sia ,ti ringrazio e spero che per te continui sempre a migliorare,in bocca al lupo a presto.

28 aprile alle ore 12.55 ·

[Manuela Carboni](#)

CIAO ANTONIO ...SI IO SONO ANCHE FABICA CON IL FARMACO NESSUN PROBLEMA.....

30 aprile alle ore 16.45

[Iodice Anna](#) bellissima questa pagina,sono Anna ho mia mamma malata di connettivite mista e fibrosi polmonare. e in tanti anni che la seguo non ho mai visto da parte di medici un vero interessamento alla sua malattia che adesso la sta piano piano spegnendo, mia mamma adesso ha solo 59 anni. scusate lo sfogo. Anch'io ho fatto gli esami e...

12 maggio alle ore 23.03

[Dominga Spano](#) ciao a tutti, sono Dominga ho 21 anni e da 3 sono affetta da artrite psoriasica, assumo i farmaci biologici e da circa 3 mesi ho sospeso methotrexate perchè sono alla ricerca di una gravidanza. Vorrei saperne di più riguardo a quali farmaci si possono prendere in gravidanza, la mia reumatologa dice che posso continuare...

15 maggio alle ore 18.17

[Anna Maria](#) Ciao a tutti,soffro da 5 anni di spondiloartrite sieronegativa e fibromialgia,mi curo con cortisone methotrexate salazopirina e stavo benino fino a qualche tempo fa,adesso sono ricominciati i dolori in tutto il corpo e non so cosa fare. Il mio reumatologo è contrario al biologico e ho paura a chiedere un altro parere! Vi capisco benissimo!

24 maggio alle ore 20.26

## Bibliografia

- Cicchetti, Ruggeri, Gori (2009): Americo Cicchetti, Matteo Ruggeri, Fabio Gori *I costi sociali dell'artrite reumatoide in Italia: i risultati di una simulazione*, Università Cattolica S. Cuore, Roma, 2009
- Cipolla, Foglietta (2005): Costantino Cipolla, Fosco Foglietta, *La mobilità passiva in sanità. Una ricerca nella provincia di Ferrara*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- CittadinanzAttiva (2008): *Presentazione dell'VIII Rapporto sulle politiche della cronicità*, CittadinanzAttiva, 2008
- De Man (2009): Yael A. de Man, *Association of higher rheumatoid arthritis disease activity during pregnancy with lower birth weight: Results of a national prospective study*, Arthritis and Rheumatism, Volume 60 Issue 11, Pages 3196 – 3206, 2009
- Gorla (2008): Roberto Gorla (2008): I farmaci biologici per la cura dell'Artrite reumatoide, <http://www.bresciareumatologia.it/biologici.html>
- Jommi (2009): Carlo Jommi, *L'accesso alla cure e l'impatto economico e sociale dell'AR: una panoramica della situazione nell'Unione Europea e in Italia*, Il Sole 24 Ore Sanità. Marzo, 2009
- Kobelt, Kasteng (2009): Gisela Kobelt, PhD MBA, Frida Kasteng, MSc, *Access to Innovative Treatments In Rheumatoid Arthritis In Europe*, edizione italiana a cura di Carlo Jommi, Economia Sanitaria, 2009.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *La Vita buona nella società attiva - Libro Verde sul futuro del modello sociale*, 2008
- Parodi, Bensi, Maio, Mela, Cimmino (2005): Michela Parodi, Luigi Bensi, Tommaso Maio, Gianni Mela, Marco Cimmino *Comorbidità nell'artrite reumatoide: un'analisi delle schede di immissione ospedaliera*, Reumatismo, 57(3):154-160, 2005.
- Salaffi (2006): Fausto Salaffi *L'Artrite Reumatoide: diagnosi precoce, trattamento farmacologico e monitoraggio della terapia*, Acta BioMedica Vol.77 Quaderno 3/2006, 2006.
- Sir (2009): *Lettera aperta SIR sul corretto impiego dei farmaci biologici nei pazienti con artrite reumatoide e spondiloartriti*, 12 febbraio 2009.  
<http://www.reumatologia.it/obj/file/farmaci/Lettera-aperta-corretto-uso-dei-biologici.pdf>
- Smolen, Landewé, Breedveld et al. (2010): Josef S Smolen, Robert Landewé, Ferdinand C Breedveld, et al. "EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs" Ann Rheum Dis published online May 5, 2010
- Università Cattolica del Sacro Cuore (2005): *Diagnosi precoce delle malattie reumatiche e terapie innovative* Clinica di Reumatologia, Milano 2005.
- Vaccaro, Manacorda, Salaffi (2008): Maria Concetta Vaccaro, Tommaso Manacorda, Fausto Salaffi (a cura di), *Un percorso ad ostacoli - Rapporto sociale sull'artrite reumatoide*, Fondazione Censis, ANMAR (Associazione Nazionale Malati Reumatici.), SIR (Società Italiana Reumatologia), 2008.  
<http://www.reumatologia.it/obj/file/RapportoSociale.pdf>