

Società Italiana di Reumatologia

LIBRO BIANCO DELLA REUMATOLOGIA ITALIANA



*Si ringrazia la Senatrice Maria Cristina Cantù
per il fondamentale supporto al progetto.*

PROLOGO

Sono onorata di essere stata richiesta di introdurre il grande lavoro fatto con il “Libro Bianco” forse perché uno dei capisaldi nella mia attività legislativa è stata e sarà la Prevenzione: nel caso specifico per la migliore tutela delle malattie reumatologiche. Non a caso lo sforzo editoriale della SIR coincide con la sua presentazione nella giornata mondiale. Molto apprezzabile lo sforzo di condensare nel “Libro Bianco” tutti gli aspetti più salienti della reumatologia upgradati alle conoscenze odierne. È infatti indubbio che molti approcci di prevenzione e cura delle patologie reumatologiche possono considerarsi ormai non più in linea con l’evoluzione scientifica intervenuta come ben evidenziato nel “Libro Bianco”, ma chi di voi vuol comprendere i nuovi approcci di presa incarico dei bisogni partendo proprio dalla Prevenzione non può che essere il divulgatore naturale dei suoi contenuti e della visione strategica alla base del disegno di legge 946, così come già validato dal MEF per la sua approvazione da parte delle Commissioni Legislative preposte.

E, dunque, pronto per diventare Legge non appena ricevuto un ultimo benestare tecnico della Salute limitatamente al dare la centralità che merita anche alla diagnosi precoce e alla tutela della fibromialgia, nel novero del gruppo delle patologie che richiedono maggiore approfondimento conoscitivo e tutele, come il lupus eritematoso sistemico, la sclerosi sistemica e l’artrite reumatoide di recente insorgenza che non a caso abbiamo ritenuto di enfatizzare per gruppi di patologie a rilevante impatto epistemologico e di protezione nel novero degli almeno 10 milioni di fragili interessati dalle malattie reumatiche aspecifiche, rare e non nel nostro Paese. Legge prossima all’approvazione almeno in Senato entro questa legislatura.

Quindi, senza addentrarmi in troppi tecnicismi che sono sapientemente sviluppati nel “Libro Bianco” sul progresso delle risposte di salute e tutela delle fragilità delle oltre 200 patologie reumatologiche e della rilevanza dei determinanti sanitari ed ambientali incidenti per le varie fasce di età, mi limiterò a offrire alcune suggestioni. Stiamo, infatti, vivendo un’epoca, in cui è il denaro -oltre che i rapporti di forza- il driver conduttore delle prevalenti scelte individuali e collettive e i ricercatori non risultano tra i più avvantaggiati. Quindi, bisogna avere un’idea molto forte a cui fare riferimento per decidere di fare innovazione e ricerca così come auspicato dal “Libro Bianco”, sapendo che saranno pochissime le chances di essere ascritti a creatori di Futuro. Da quanto sopra si evince che bisognerà parlare anche di risorse appropriatamente impiegate, perché ormai studi affidabili, con dei forecast abbastanza precisi, indicano che da qui al 2050 raddoppieranno gli affetti da malattie reumatologiche e triplicheranno nell’età età geriatrica.

Per questo, non smetto mai di sottolineare che è tempo di spendere meglio (il 2050 è domani), intraprendendo una lotta stringente agli sprechi che l’autonomia differenziata potrà ulteriormente facilitare finalizzando risorse a prevenire ancor prima che curare. I risparmi generati dovranno essere destinati alla gestione complessiva dei pazienti, non solo a ricerca di base e traslazionale, coniugando Tecnologia, Innovazione e Telemedicina. Ricerca applicata alla prevenzione proattiva e non solo orientata a nuovi farmaci, terapie avanzate e genomica, dovendosi investire non solo in diagnosi precoce (anche grazie all’adesione a screening reumatologici sempre più innovativi), ma anche in cosiddetta medicina alimentare agendo strutturalmente in appropriati stili di vita, perché è ormai assolutamente acclarato che la longevità non solo geriatrica dipende in gran parte da pratiche salutari.

Ricordo, altresì, che bisogna avere maggiore consapevolezza del fatto che anche molti determinanti ambientali, non solo l’inquinamento atmosferico, sono causa dell’incidenza e della prevalenza delle patologie reumatologiche. Il “Libro Bianco” è un passo importante per consapevolizzare su quanto si sta andando a promuovere in un patto di prevenzione e cura inter-generazionale sia di educazione sanitaria che di longevità adulta e geriatrica attiva. Qualche passo in avanti si sta facendo, ma molti sono ancora da fare. Dobbiamo esserne grati agli estensori del “Libro Bianco” perché va proprio in questa direzione. Ed un grazie, da ultimo, ai reumatologi geriatrici che ci consentiranno di superare le criticità di modelli generalisti, utilizzando anche strutture sul territorio sottoutilizzate, come le case e gli ospedali di comunità mediante la telereumatologia.

Non mi resta che augurami che siate dei divulgatori e seguaci delle linee guida del “Libro Bianco”.

Maria Cristina Cantù

Senatrice della Repubblica

Vice Presidente della Commissione Sanità e Lavoro

PERCHÉ UN DOCUMENTO SULLA REUMATOLOGIA OGGI

Le malattie reumatologiche rappresentano una delle principali sfide sanitarie e socioeconomiche del nostro Paese. Colpiscono milioni di persone, determinano dolore, disabilità e perdita di autonomia e incidono significativamente sulla partecipazione lavorativa e sociale.

La reumatologia è spesso percepita come una disciplina limitata alle malattie articolari o alle malattie dell'età avanzata. In realtà, essa si occupa di oltre 200 condizioni morbose, estremamente eterogenee, comprendenti malattie infiammatorie, degenerative e osteometaboliche che colpiscono prevalentemente l'apparato muscoloscheletrico e numerose malattie autoimmuni e immunomediate a interessamento sistemico. Queste condizioni possono coinvolgere non solo articolazioni, ossa, muscoli, ma anche cute, polmoni, reni, cuore, apparato digerente e sistema nervoso. Si tratta di malattie croniche, spesso progressive e potenzialmente invalidanti, che possono manifestarsi a qualsiasi età e interessano spesso persone nel pieno della vita lavorativa e riproduttiva. Questa complessità rende la reumatologia una disciplina strategica nella gestione della cronicità, della disabilità e delle malattie ad elevato impatto clinico e sociale.

Negli ultimi vent'anni la reumatologia ha vissuto una profonda trasformazione grazie ai progressi della ricerca, all'introduzione di terapie biologiche e altre terapie mirate, allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e alla crescente capacità di intervenire precocemente sulla malattia.

Oggi la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo consentono di modificare la storia naturale di molte malattie reumatologiche, riducendo disabilità, invalidità e costi sociali.

Tuttavia, persistono criticità organizzative, educative e assistenziali che limitano la piena espressione del valore della disciplina e determinano disomogeneità nell'accesso alla diagnosi, alle cure e alla presa in carico specialistica.

Il presente documento intende offrire ai decisori istituzionali una fotografia aggiornata della reumatologia italiana, evidenziandone il contributo al Servizio Sanitario Nazionale, le principali criticità, i bisogni ancora insoddisfatti e le priorità strategiche per il futuro.

EXECUTIVE SUMMARY

La diagnosi precoce e l'avvio tempestivo di un trattamento appropriato nelle malattie reumatologiche possono modificare sostanzialmente la storia naturale della malattia, prevenendo o riducendo disabilità e complicanze e contribuendo a contenere i costi sanitari e previdenziali, la perdita di produttività e l'impatto sociale.

Nonostante questo, il pieno potenziale della reumatologia nel migliorare gli esiti di salute e la qualità di vita dei pazienti non è ancora adeguatamente espresso.

Persistono, infatti, rilevanti criticità di carattere organizzativo, formativo e assistenziale che limitano l'accesso tempestivo alle cure, la continuità della presa in carico e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali.

CINQUE MESSAGGI CHIAVE

1. **Le malattie reumatologiche rappresentano un capitolo di ampia rilevanza sanitaria e sociale.** In Italia interessano oltre 10 milioni di persone e rappresentano una delle principali cause di cronicità, dolore e disabilità.
2. **La diagnosi precoce può cambiare la storia naturale delle malattie reumatologiche.** Intervenire tempestivamente consente di ridurre danno articolare e d'organo, disabilità, invalidità lavorativa e costi indiretti.
3. **La Reumatologia genera valore per il Servizio Sanitario Nazionale.** L'accesso tempestivo allo specialista e alle terapie appropriate produce benefici clinici, sociali ed economici.
4. **Persistono disomogeneità territoriali rilevanti.** L'accesso agli specialisti, ai percorsi assistenziali, alle reti reumatologiche e ai farmaci innovativi non è uniforme sul territorio nazionale ed in alcune aree molto carente.
5. **Rafforzare la Reumatologia significa investire nella sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.** Una Reumatologia forte contribuisce a prevenire disabilità, ridurre il carico previdenziale e mantenere attivi i cittadini nella società e nel lavoro.

CINQUE NUMERI CHIAVE

1. **Oltre 10 milioni** di persone affette da malattie reumatologiche in Italia.
2. **Circa 734.000** persone con forme gravi e disabilitanti.
3. **Oltre 1 milione** i pazienti con malattie infiammatorie delle articolazioni e della colonna vertebrale.
4. **Oltre 23 milioni** di giornate lavorative perse ogni anno per artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondiloartrite radiografica.
5. **Oltre 4 miliardi di euro** di spesa annua stimata per artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondiloartrite radiografica, considerando costi diretti e indiretti.

CINQUE RICHIESTE AL DECISORE

1. **Programmare il fabbisogno assistenziale reumatologico** rafforzando progressivamente la presenza di specialisti reumatologi sul territorio nazionale e garantendo un'adeguata distribuzione delle strutture reumatologiche in relazione ai bisogni della popolazione.
2. **Rafforzare la rete delle strutture reumatologiche**, garantendo un numero adeguato di Unità Operative di Reumatologia, dotate di risorse professionali, organizzative e di posti letto dedicati alla gestione dei pazienti con maggiore complessità clinica.
3. **Promuovere reti reumatologiche regionali e PDTA condivisi a livello nazionale**, al fine di garantire percorsi assistenziali omogenei e ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure, favorendo percorsi di *referral* strutturati per l'invio dei casi complessi dal territorio ai centri di riferimento.
4. **Garantire un accesso uniforme alle terapie innovative**, assicurando a tutti gli specialisti reumatologi, indipendentemente dal contesto assistenziale e dalla Regione di appartenenza, la possibilità di prescrivere i farmaci biologici e le altre terapie mirate secondo criteri di appropriatezza clinica.
5. **Rafforzare la Reumatologia nel sistema universitario**, garantendo un'adeguata rappresentanza accademica della disciplina: in particolare, la presenza di professori ordinari nelle sedi universitarie e una formazione omogenea degli studenti nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

LA REUMATOLOGIA ITALIANA OGGI: DIMENSIONE DEL PROBLEMA E RISPOSTA DEL SISTEMA

La reumatologia è la branca della medicina che si occupa della diagnosi, del trattamento e della gestione a lungo termine delle malattie reumatologiche. Tali malattie comprendono un ampio spettro di condizioni morbose, spesso croniche, progressive e potenzialmente invalidanti, che interessano articolazioni, ossa, muscoli e numerosi organi e apparati.

La missione della reumatologia moderna non si limita al controllo del dolore o dei sintomi articolari, ma mira a garantire una diagnosi precoce e appropriata, prevenire il danno strutturale e d'organo, preservare la funzione e l'autonomia della persona, migliorare la qualità di vita dei pazienti e promuovere modelli di cura integrati e multidisciplinari, assicurando un accesso tempestivo ed equo alle terapie più efficaci.

Negli ultimi vent'anni la disciplina ha conosciuto una profonda trasformazione grazie ai progressi dell'immunologia e della medicina traslazionale, allo sviluppo dei farmaci biologici e di altre terapie mirate, all'introduzione dei biosimilari, alla crescente digitalizzazione dell'assistenza, alla diffusione della telemedicina e allo sviluppo dei registri clinici. Questa evoluzione ha modificato in modo sostanziale la prognosi di molte malattie reumatologiche, rendendo possibile il raggiungimento della remissione o di una bassa attività di malattia in un numero sempre maggiore di pazienti.

Oggi la Reumatologia rappresenta una disciplina strategica per il Servizio Sanitario Nazionale, chiamata a rispondere a una domanda assistenziale in costante crescita, determinata dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della cronicità, dalla maggiore sopravvivenza dei pazienti e dalla crescente complessità clinica delle malattie.

1.1 - AMBITI CLINICI DI INTERESSE

Le malattie reumatologiche comprendono un insieme estremamente eterogeneo di condizioni morbose, differenti per eziopatogenesi, manifestazioni cliniche, prognosi e bisogni assistenziali. La classificazione della Società Italiana di Reumatologia (SIR) identifica oltre 200 malattie reumatologiche, raggruppate in 13 categorie nosologiche, a testimonianza della complessità e dell'ampiezza della disciplina [1].

Ai fini della programmazione sanitaria e dell'organizzazione dell'assistenza, la Società Italiana di Reumatologia (SIR) ha proposto di ricondurre tali malattie a tre grandi gruppi, caratterizzati da differenti livelli di complessità clinica, intensità assistenziale e consumo di risorse sanitarie [2].

Il primo gruppo comprende le **malattie sistemiche autoimmuni e immunomEDIATE**, quali connettiviti sistemiche, vasculiti e malattie autoinfiammatorie. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di malattie rare, caratterizzate da frequente interessamento multiorgano, elevata complessità clinica e potenziale gravità in termini prognostici. La loro gestione richiede un monitoraggio specialistico continuativo, frequenti controlli clinici, laboratoristici e strumentali e, nei casi più complessi, ricoveri ospedalieri e un approccio multidisciplinare.

Il secondo gruppo comprende le **malattie infiammatorie dell'apparato locomotore**, tra cui l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica, le spondiloartriti e le artriti da deposito di cristalli. Sebbene siano generalmente caratterizzate da una mortalità inferiore rispetto alle malattie reumatologiche sistemiche, queste condizioni possono determinare, in assenza di una diagnosi e di un trattamento tempestivo, un danno articolare irreversibile, progressiva disabilità e significativa compromissione della capacità lavorativa e della qualità di vita.

Il terzo gruppo comprende le **malattie non infiammatorie e osteo-metaboliche**, quali artrosi, osteoporosi, fibromialgia e altre sindromi dolorose croniche dell'apparato muscoloscheletrico. Si tratta delle condizioni più diffuse nella popolazione generale, strettamente correlate all'invecchiamento della popolazione e gravate da un rilevante impatto in termini di dolore cronico, limitazione funzionale, disabilità, consumo di risorse sanitarie e aumentato rischio di mortalità.

Le malattie reumatologiche interessano inoltre

anche l'età pediatrica. In numerosi casi le malattie che esordiscono in età pediatrica persistono nell'età adulta, rendendo essenziale garantire percorsi strutturati di transizione tra la reumatologia pediatrica e quella dell'adulto, al fine di assicurare continuità assistenziale e appropriatezza delle cure.

Pur presentando caratteristiche epidemiologiche, cliniche e prognostiche differenti, tutte queste condizioni condividono la necessità di un'assistenza specialistica organizzata, un monitoraggio continuativo e, nelle forme più complesse, una presa in carico multidisciplinare integrata. Questa eterogeneità rappresenta uno degli elementi distintivi della reumatologia e ne giustifica il ruolo strategico nell'ambito della gestione della cronicità e delle malattie ad elevata complessità.

1.2 - EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE REUMATOLOGICHE

Le malattie reumatologiche comprendono un gruppo eterogeneo di condizioni che possono interessare persone di ogni età e di entrambi i sessi, con prevalenza e incidenza molto variabili in relazione alla specifica patologia. Alcune condizioni, quali artrosi e osteoporosi, aumentano progressivamente con l'età e rappresentano una rilevante causa di dolore, disabilità e perdita di autonomia nella popolazione anziana. Altre, tra cui artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondiloartriti, lupus eritematoso sistemico e connettiviti sistemiche, insorgono frequentemente in età giovane-adulta, interessando persone nel pieno della vita lavorativa, familiare e sociale, con importanti conseguenze individuali e socioeconomiche.

Secondo il **Rapporto Osservasalute 2023**, sulla base dei dati del network **Health Search** [3], l'**artrosi**, una delle più frequenti malattie croniche in Italia, interessa circa il 15% della popolazione adulta, con un marcato incremento con l'età e una maggiore frequenza nel sesso femminile. L'artrosi rappresenta una delle principali cause di dolore muscoloscheletrico cronico e di limitazione funzionale, soprattutto nella popolazione anziana.

L'**osteoporosi** interessa una quota rilevante della popolazione italiana, con una prevalenza stimata intorno al **7,7% della popolazione italiana**, con valori significativamente più elevati nelle donne [4]. La prevalenza aumenta significativamente con l'età ed è

associata a un elevato rischio di fratture da fragilità, in particolare dell'anca e delle vertebre.

L'invecchiamento progressivo della popolazione italiana rappresenta un importante determinante dell'aumento atteso del numero di persone affette e, conseguentemente, del carico di fratture da fragilità.

La **fibromialgia** interessa una quota significativa della popolazione generale, con una prevalenza stimata intorno al **2-3%**, corrispondente a circa **1,5-2 milioni di persone in Italia** [5,6]. È una delle più frequenti condizioni associate a dolore muscoloscheletrico cronico diffuso e presenta una marcata predominanza nel sesso femminile. Le stime di prevalenza possono tuttavia variare in relazione ai criteri diagnostici utilizzati.

L'**artrite reumatoide** presenta una prevalenza in Italia intorno allo **0,5% della popolazione**, corrispondente a circa **300.000-350.000 persone** [7,8], sebbene le diverse metodologie utilizzate negli studi epidemiologici producano stime variabili. Un recente studio *population-based* condotto in Veneto [8], su una popolazione di circa **4,8 milioni di residenti**, ha identificato **37.996 pazienti** con artrite reumatoide, rilevando una prevalenza dello **0,54%** e un'incidenza di **33,1 nuovi** casi per 100.000 persone-anno. L'incidenza è risultata significativamente maggiore nelle donne rispetto agli uomini (45,7 vs 19,9 per 100.000 persone-anno), con un rapporto donna/uomo di circa 2,3:1.

Le **spondiloartriti** rappresentano un gruppo eterogeneo di malattie infiammatorie che insorgono prevalentemente in età giovane-adulta. In uno studio *population-based* condotto nelle Marche [9], la prevalenza complessiva delle spondiloartriti è risultata pari all'**1,06%**; nello stesso studio la prevalenza dell'**artrite psoriasica** è risultata dello **0,42%** e quella della **spondiloartrite radiografica** dello **0,37%**. Per l'artrite psoriasica, le stime italiane nella popolazione generale sono tuttavia variabili, comprese in studi differenti tra circa 0,1% e 0,4%, mentre la prevalenza nei pazienti con psoriasi è significativamente più elevata.

Le connettiviti sistemiche e le vasculiti sistemiche sono complessivamente meno frequenti rispetto alle malattie degenerative e alle artriti più comuni, ma sono caratterizzate da elevata complessità clinica, frequente coinvolgimento multiorgano e un rilevante impatto assistenziale. Per molte di queste malattie, la disponibilità di dati epidemiologici nazionali è ancora limitata e le stime derivano da studi condotti in specifiche aree geografiche o mediante registri e banche dati amministrative.

Per il **lupus eritematoso sistemico**, un recente studio *population-based* condotto in Veneto [10], su circa 4,9 milioni di residenti, ha stimato una prevalenza di **70,6 casi per 100.000 abitanti** nel 2020

e un'incidenza di 2,8 nuovi casi per 100.000 persone-anno nel periodo 2013-2020. L'incidenza è risultata circa cinque volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

La **sclerosi sistemica** è una malattia rara, con una marcata predominanza femminile. Uno studio nazionale basato su dati amministrativi di 14 regioni italiane, corrispondenti a oltre 45 milioni di abitanti, ha stimato nel 2016 un'incidenza annuale di 18,5 casi per milione di abitanti e una prevalenza di 306,1 casi per milione, pari a circa **30,6 casi per 100.000 abitanti** [11]. Il rapporto femmine/maschi era pari a 7,8:1. L'incidenza raggiungeva il picco nella fascia 55-69 anni, mentre la prevalenza più elevata si osservava tra 70 e 84 anni. Lo studio ha inoltre evidenziato una mortalità significativamente superiore a quella della popolazione generale, con un rapporto di mortalità standardizzato (SMR) di 2,8.

Le **vasculiti sistemiche** costituiscono un gruppo eterogeneo di malattie rare. Tra le vasculiti dei grandi vasi, l'**arterite a cellule giganti** rappresenta la forma più frequente nella popolazione di età ≥50 anni. In uno studio *population-based* condotto nell'area di Reggio Emilia [12], l'incidenza annuale dell'arterite a cellule giganti è risultata pari a 8,3 casi per 100.000 abitanti di età ≥50 anni e, al 31 dicembre 2016, una prevalenza di **1.013 casi per milione** (101,3 casi per 100.000 abitanti) nella stessa fascia di età. Nella stessa popolazione, l'arterite di Takayasu ha mostrato un'incidenza di circa 0,5 casi per milione di abitanti e, alla medesima data, una prevalenza di **9 casi per milione** (0,9 casi per 100.000 abitanti), confermandone la rarità [12].

Tra le vasculiti ANCA-associate, la **granulomatosi con poliangioite** presenta, nell'Italia settentrionale, un'incidenza annuale di circa **2,4 casi per milione di abitanti** (0,24 casi per 100.000 abitanti) [13]. Nello stesso studio, la prevalenza è aumentata da 17,8 casi per milione nel 1999 a **34,3 casi per milione** (3,43 per 100.000 abitanti) nel 2009, a conferma del possibile aumento della prevalenza delle malattie croniche rare in relazione al miglioramento della sopravvivenza e della capacità diagnostica.

Per la **malattia di Behçet**, i dati italiani mostrano una significativa variabilità geografica. Uno studio *population-based* condotto nell'area di Reggio Emilia ha riportato un'incidenza di 0,24 casi per 100.000 abitanti e una prevalenza di **3,8 casi per 100.000 abitanti** [14]. Nella città di Potenza è stata invece rilevata una prevalenza puntuale di 159 casi per milione, circa quattro volte superiore a quella registrata nell'Italia settentrionale [15]. Tali differenze territoriali, insieme alla relativa rarità della malattia, rendono difficile ottenere stime epidemiologiche nazionali affidabili.

Nel complesso, la conoscenza dell'epidemiologia delle malattie reumatologiche in Italia rimane incompleta e disomogenea. Per alcune malattie sono disponibili dati derivanti da studi *population-based* condotti su ampie popolazioni o da banche dati amministrative nazionali o regionali; per altre, le stime sono basate su studi monocentrici, registri specialistici o popolazioni geograficamente circoscritte. Le differenze nella definizione dei casi, nei criteri diagnostici, nelle fonti informative e nei periodi di osservazione rendono inoltre difficile il confronto

diretto tra le diverse stime.

La produzione sistematica di dati epidemiologici nazionali, aggiornati, rappresentativi e metodologicamente confrontabili costituisce pertanto una priorità per la reumatologia italiana. Una migliore conoscenza della numerosità e della distribuzione delle persone affette da malattie reumatologiche è essenziale per la programmazione sanitaria, la definizione dei bisogni assistenziali, la valutazione dell'impatto sociale ed economico delle malattie e l'appropriata allocazione delle risorse.

Malattia	Numero stimato di persone in Italia*	Fonte / base della stima
Artrosi	≈ 8,7 milioni	Rapporto Osservasalute 2023., prevalenza 15%
Osteoporosi	≈ 5 milioni	ISTAT (2024), Indagine Multiscopo 2023
Fibromialgia	≈ 1,5–2 milioni	Stima da prevalenza 2–3%
Spondiloartriti	≈ 600.000	Stima da studio population-based, regione Marche
Artrite psoriasica	≈ 240.000	Stima da studio population-based, regione Marche
Artrite reumatoide	≈ 320.000	Stima da studi population-based, regione Veneto
Lupus eritematoso sistemico	≈ 42.000	Stima da studi population-based, regione Veneto
Sclerosi sistemica	≈ 18.000	Stima da prevalenza 30,6/100.000
Arterite a cellule giganti	≈ 20.000–25.000	Stima da studi population-based di Reggio Emilia
Granulomatosi con poliangioite	≈ 2.000	Stima da dati italiani regionali
Malattia di Behçet	≈ 2.000–2.500	Stima da studi population-based di Reggio Emilia
Arterite di Takayasu	<1.000	Stima da studi population-based di Reggio Emilia

 **TABELLA 1**
PRINCIPALI DATI EPIDEMIOLOGICI DELLE MALATTIE REUMATOLOGICHE IN ITALIA
* DATI DERIVATI DA STUDI CONDOTTI IN SPECIFICHE AREE GEOGRAFICHE ITALIANE E NON NECESSARIAMENTE RAPPRESENTATIVI DELL'INTERA POPOLAZIONE NAZIONALE.

Malattia	Prevalenza	Incidenza	Altri dati epidemiologici rilevanti
Artrosi	≈ 15%	--	Aumenta progressivamente con l'età
Osteoporosi	≈ 7,7%	--	Prevalenza maggiore nelle donne e aumenta con l'età
Fibromialgia	≈ 2–3%	--	Marcata predominanza femminile
Artrite reumatoide	≈ 0,54%	33,1/100.000	Rapporto F:M ≈ 2,3:1
Spondiloartriti	≈ 1%	--	Prevalentemente età giovane-adulta
Artrite psoriasica	≈ 0,4%	--	Frequente associazione con psoriasi
Lupus eritematoso sistemico	70,6/100.000	2,8/100.000	Più frequente nelle donne
Sclerosi sistemica	30,6/100.000	1,85/100.000	F:M 7,8:1; picco di incidenza 55–69 anni
Arterite a cellule giganti	101,3/100.000 (età ≥ 50 anni)	8,3/100.000 (età ≥ 50 anni)	Principale vasculite dei grandi vasi dell'anziano
Arterite di Takayasu	0,9/100.000	0,05/100.000	Estremamente rara
Granulomatosi con poliangioite	3,4/100.000*	0,24/100.000*	Vasculite ANCA-associata
Malattia di Behçet	3,8/100.000*	0,24/100.000*	Marcata variabilità geografica

 **TABELLA 2**
STIMA DEL NUMERO DI PERSONE AFFETTE DALLE PRINCIPALI MALATTIE REUMATOLOGICHE IN ITALIA
* STIMA NAZIONALE INDICATIVA OTTENUTA PER ESTRAPOLAZIONE DELLA PREVALENZA RIPORTATA DA ISTAT O OSSERVATA NEGLI STUDI CONDOTTI IN SPECIFICHE AREE GEOGRAFICHE ITALIANE.

1.3 - ETÀ, GENERE E TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

La distribuzione delle malattie reumatologiche è fortemente influenzata da età e sesso.

La prevalenza aumenta progressivamente con l'invecchiamento della popolazione, raggiungendo valori particolarmente elevati nelle fasce di età più avanzate.

Le donne risultano significativamente più colpite rispetto agli uomini. I dati disponibili mostrano, infatti, una prevalenza di artrite e artrosi del 22,1% nelle donne, a fronte del 12,1% negli uomini [16]. Anche l'osteoporosi presenta una marcata differenza di genere, con una prevalenza del 12% nelle donne rispetto all'1,7% negli uomini [4].

Questi dati confermano la rilevanza della medicina di genere in reumatologia. Numerose malattie autoimmuni sistemiche colpiscono, infatti, donne in età fertile, influenzando la pianificazione della gravidanza, la maternità, la salute riproduttiva e la qualità della vita.

Le malattie reumatologiche interessano tuttavia anche l'età pediatrica. L'artrite idiopatica giovanile rappresenta la più frequente malattia reumatologica cronica dell'infanzia, con una prevalenza compresa tra **16 e 150 casi per 100.000 nella popolazione pediatrica** e un'incidenza annuale di circa **7,8 casi per 100.000** [17]. Molte forme persistono nell'età adulta, rendendo essenziale un'adeguata gestione della transizione tra i servizi pediatrici e quelli dell'adulto.

Nel complesso, i principali trend epidemiologici osservati nel nostro Paese sono rappresentati dall'incremento della prevalenza legata all'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della sopravvivenza grazie ai progressi terapeutici e dal crescente peso delle forme croniche e invalidanti.

1.4 - DATI DA REGISTRI E SISTEMI SANITARI

L'analisi delle esenzioni ticket e dei registri sanitari conferma il rilevante impatto delle malattie reumatologiche sulla popolazione italiana.

Circa **371.000 pazienti** risultano esenti per malattie reumatologiche croniche invalidanti, pari a circa lo **0,6% della popolazione**. Tra questi, il **41,6%** è affetto da artrite reumatoide e il **31,8%** da artrite psoriasica [18].

Il **68%** dei pazienti è di sesso femminile e oltre la metà appartiene alla fascia di età lavorativa compresa tra i 45 e i 65 anni.

Questi dati confermano che le malattie reumatologiche non rappresentano soltanto un problema sanitario, ma incidono direttamente sulla produttività, sulla partecipazione lavorativa e sulla sostenibilità del sistema previdenziale.

La disponibilità di dati epidemiologici nazionali rimane tuttavia ancora limitata. L'integrazione dei registri clinici e dei sistemi informativi sanitari rappresenta pertanto una priorità strategica per migliorare il monitoraggio epidemiologico e supportare la programmazione sanitaria.

1.5 -
DISTRIBUZIONE
TERRITORIALE

Le evidenze epidemiologiche attualmente disponibili non documentano, per la maggior parte delle malattie reumatologiche, differenze geografiche tali da configurare un chiaro gradiente di distribuzione sul territorio nazionale. Le indagini ISTAT sulla salute riportano una variabilità regionale nella prevalenza delle *malattie reumatologiche* riferite dalla popolazione intervistata. Tuttavia, tali dati comprendono prevalentemente condizioni ad elevata frequenza, quali artrosi e artriti, e non consentono di descrivere la distribuzione geografica delle singole malattie reumatologiche né di attribuire le differenze osservate a una reale diversa prevalenza delle stesse [4,16].

La principale variabilità documentata riguarda invece l'offerta assistenziale, l'accessibilità ai servizi reumatologici, la disponibilità di specialisti e l'organizzazione delle reti assistenziali regionali, con possibili ricadute sui tempi di diagnosi, sulla presa in carico e sugli esiti clinici. Garantire uniformità nell'accesso alla diagnosi precoce e alle cure rappresenta pertanto una delle principali sfide della programmazione sanitaria nazionale.

1.6 -
MALATTIE RARE DI INTERESSE
REUMATOLOGICO

Le malattie rare rappresentano uno degli ambiti di maggiore complessità della Reumatologia contemporanea. Sono complessivamente **60 le malattie rare di interesse reumatologico** riportate sul sito di **ORPHANET** [19].

Esse comprendono connettiviti sistemiche, vasculiti, malattie autoinfiammatorie e alcune malattie dell'osso. Queste malattie richiedono competenze altamente specialistiche, percorsi multidisciplinari e reti assistenziali dedicate.

In Italia la gestione delle malattie rare è affidata a una rete nazionale coordinata dal Registro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità e sostenuta dal Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026 [20].

Nonostante gli importanti progressi compiuti, persistono criticità rilevanti. Il tempo medio necessario per ottenere una diagnosi supera ancora i quattro anni e oltre **100.000 persone** sono tuttora prive di una diagnosi definitiva [21].

Le malattie rare interessano complessivamente circa **2 milioni di cittadini** e ogni anno vengono segnalati oltre **35.000 nuovi casi** attraverso la rete nazionale di sorveglianza.

Il rafforzamento delle reti cliniche dedicate, l'integrazione tra centri specialistici e territorio, la formazione degli operatori sanitari e lo sviluppo della telemedicina rappresentano obiettivi prioritari per garantire diagnosi tempestive e presa in carico appropriata.

TABELLA 3
MALATTIE RARE DI INTERESSE REUMATOLOGICO (E ORPHACODE)



CONNETTIVITI

- 1. Lupus eritematoso sistemico 536
- 2. Lupus eritematoso pediatrico 93552
- 3. Sclerosi sistemica 90291
 - a. Sclerosi sistemica cutanea diffusa 220393
 - b. Sclerosi sistemica cutanea limitata 220401
 - c. Sclerosi sistemica localizzata 220407
- 4. Polimiosite 732
- 5. Polimiosite giovanile 93568
- 6. Dermatomiosite 221
 - a. Dermatomiosite adermopatica 645626
 - b. Dermatomiosite amiotopica 645617
 - c. Dermatomiosite classica 645613
 - d. Dermatomiosite giovanile 93672
 - e. Dermatomiosite neonatale 398117
- 7. Miopatia necrotizzante autoimmune 206559
- 8. Miosite da corpi inclusi 611
- 9. Miosite da sovrapposizione dell'adulto 206572
- 10. Miosite da sovrapposizione giovanile 329894
- 11. Connettivite mista 809

VASCULITI

- 1. Granulomatosi con poliangioite (GPA) 900
- 2. Micropoliangioite (MPA) 727
- 3. Granulomatosi eosinofila con poliangioite (EGPS) 183
- 4. Arterite gigantocellulare (GCA) 397
- 5. Arterite di Takayasu (TAK) 3287
- 6. Malattia di Behçet 117
- 7. Vasculite da IgA (IGAV) 761
- 8. Vaculite crioglobulinemica (CRYOVASC) 91138
- 9. Panarterite Nodosa (PAN) 767
 - a. Poliarterite nodosa cutanea 439729
 - b. Poliarterite nodosa di un solo organo 439755
 - c. Poliarterite nodosa primitiva 439737
 - d. Poliarterite nodosa secondaria 439746
 - e. Poliarterite nodosa sistemica 439762
- 10. Sindrome di Cogan 1125
- 11. Policodrite ricorrente 728

MALATTIE RARE DELL'OSSO

- 1. Osteogenesi imperfetta 666
- 2. Osteopetrosi 2781
- 3. Osteonecrosi dell'anca traumatica 399175
- 4. Osteonecrosi dell'anca non traumatica 399180
- 5. Osteoporosi giovanile idiopatica 85193
- 6. Ipofosfatasi 436
 - a. Ipofosfatasi a esordio infantile 247667
 - b. Ipofosfatasi dell'adulto 247676
 - c. Ipofosfatasi infantile precoce 247651
 - d. Ipofosfatasi perinatale letale 247623
 - e. Ipofosfatasi prenatale benigna 247638
- 7. Ipofosfemia dominante con nefrolitiasi ed osteoporosi 244305
- 8. Ipofosfemia legata all'X 89936
- 9. Malattia di Paget forma giovanile 2801
- 10. Displasia fibrosa dell'osso 249
- 11. Fibrodisplasia ossificante progressiva 337
- 12. Osteomalacia oncogenica 352540

MALATTIE AUTOINFIAMMATORIE SUDDIVISE
IN RAPPORTO ALL'ETÀ DI ESORDIO

PEDIATRICHE

- 1. Aciduria mevalonica (deficit completo di MVK) 29
- 2. Deficiency of the Interleukin-1 Receptor Antagonist (DIRA) 210115
- 3. Chronic Atypical Neutrophilic Dermatosi with Lipodystrophy and Elevated Temperature (CANDLE Syndrome) 325004
- 4. Chronic Infantile Neurologic Cutaneous Articular syndrome (CINCA)/Neonatal-Onset Multisystemic Inflammatory Disease (NOMID) 1451
- 5. Majeed (Sindrome di) 77297
- 6. BLAU (Sindrome di) 90340
- 7. STING-Associated Vasculopathy with Onset in Infancy (SAVI) 425120
- 8. Aicardi-Goutières 51
- 9. Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis (PFAPA) 42642
- 10. Malattia di Still nel bambino 85414

PEDIATRICO E ADULTO

- 11. Febbre Mediterranea Familiare (FMF) 342
- 12. Tumor Necrosis Factor Receptor Associated Periodic Syndrome (TRAPS) 32960
- 13. Mevalonate Kinase Deficiency (MKD)/Sindrome da Iper-IgD (HIDS) 343
- 14. Behçet (Sindrome di) 117
- 15. Muckle-Wells 575
- 16. Orticaria familiare da freddo (FCAS) 47045
- 17. Deficiency of Adenosine Deaminase 2 (DADA2) 404553
- 18. Deficiency of Interleukin-36 Receptor Antagonist (DITRA) 404546
- 19. Pyogenic Arthritis, Pyoderma Gangrenosum and Acne (PAPA) 69126
- 20. Chronic recurrent Multifocal Osteomyelitis (CRMO)/SAPHO 324964 / 793
- 21. Aploinsufficienza (A20HA20) 488206
- 22. Pryn-Associated Autoinflammation with Neutrophilic Dermatosi (PAAND) 444061
- 23. NLRP12-AID (FCAS2) 163928

ADULTO

- 24. VEXAS (Vacuoles E1 enzyme, X-Linked, Autoinflammatory, Somatic) 596753
- 25. Schnitzler (Sindrome di) 37748
- 26. Malattia di Still nell'adulto 829

1.7 - IMPATTO SOCIOECONOMICO

Le malattie reumatologiche rappresentano una delle principali cause di disabilità cronica nella popolazione adulta e determinano un impatto che coinvolge non soltanto il Servizio Sanitario Nazionale, ma l'intero sistema economico e sociale.

I costi diretti comprendono ricoveri, visite specialistiche, diagnostica, riabilitazione, dispositivi medici e terapie farmacologiche.

I costi indiretti, frequentemente superiori ai costi sanitari diretti, comprendono perdita di produttività, assenteismo, presentismo, riduzione della capacità lavorativa, pensionamenti anticipati, prestazioni previdenziali e assistenza informale.

Per la sola artrite reumatoide è stato stimato un costo complessivo superiore ai **2 miliardi di euro annui**, dei quali circa **900 milioni** attribuibili ai costi indiretti [22].

Secondo una ricerca dell'Osservatorio Sanità e Salute, nel 2008 l'artrite reumatoide, l'artropatia psoriasica e la spondilite anchilosante erano complessivamente associate a circa **23,2 milioni di giornate di assenza dal lavoro ogni anno**, con un impatto economico complessivo delle malattie reumatiche croniche superiore a **4 miliardi di euro annui**. (23)

Particolarmente rilevante è il fatto che molte malattie reumatologiche insorgano durante la piena età lavorativa, compromettendo la continuità professionale, riducendo il reddito individuale e familiare e limitando la partecipazione sociale [24].

Le evidenze *real-world* dimostrano che il trattamento tempestivo con farmaci biologici e terapie innovative migliora la capacità lavorativa, riduce assenteismo e presentismo e determina benefici non solo clinici ma anche economici e sociali [25].

Accanto ai costi diretti e indiretti assume crescente rilevanza il carico assistenziale sostenuto dai caregiver e dalle famiglie, spesso non adeguatamente considerato nelle valutazioni economiche tradizionali.

Nel complesso, le evidenze disponibili dimostrano come diagnosi precoce, accesso tempestivo alle cure, appropriatezza terapeutica e modelli organizzativi efficaci rappresentino non soltanto strumenti di miglioramento degli *outcome* clinici, ma veri e propri investimenti in termini di sostenibilità economica e sociale.

1.8 - RISORSE PROFESSIONALI E ORGANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA REUMATOLOGICA

La reumatologia italiana dispone di professionisti di elevata competenza clinica e scientifica e di numerosi centri di eccellenza riconosciuti a livello nazionale e internazionale. Tuttavia, l'offerta professionale e organizzativa appare ancora insufficiente e disomogenea rispetto alla crescente domanda assistenziale.

Le criticità riguardano la disponibilità di specialisti, la distribuzione territoriale delle strutture, la continuità delle cure e l'integrazione tra ospedale e territorio.

Accanto a realtà caratterizzate dalla presenza di Unità Operative Complesse, centri universitari e reti cliniche consolidate, persistono aree del Paese nelle quali risultano carenti i centri specialistici e i percorsi assistenziali dedicati (vedi capitolo 4).

Il numero di specialisti reumatologi è considerato insufficiente rispetto al fabbisogno assistenziale e rappresenta uno dei principali fattori responsabili dell'allungamento dei tempi di attesa e del ritardo nella presa in carico dei pazienti.

L'età media relativamente elevata dei professionisti e il progressivo turnover previsto nei prossimi anni rendono necessario rafforzare la formazione specialistica, programmare adeguatamente il ricambio generazionale e sviluppare modelli organizzativi innovativi, fondati sull'integrazione tra ospedale, territorio e strumenti digitali.

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e la crescente complessità dei pazienti rendono indispensabile una strategia nazionale capace di potenziare le risorse professionali, ridurre le disuguaglianze territoriali e garantire un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale.

In tale contesto, assume particolare rilievo lo sviluppo di una rete reumatologica integrata ospedale-territorio, organizzata secondo il modello **Hub & Spoke**, come proposto dalla Società Italiana di Reumatologia ed illustrata nel disegno di legge 946 del 22 Novembre 2023 [26]. Un'organizzazione di questo tipo consente di integrare i diversi livelli assistenziali, favorire la presa in carico appropriata dei pazienti in relazione alla complessità della malattia e garantire continuità assistenziale, equità di accesso alle cure e utilizzo appropriato delle risorse disponibili.

MESSAGGIO CHIAVE

Le malattie reumatologiche rappresentano una delle principali sfide sanitarie, sociali ed economiche del nostro Paese.

L'elevata prevalenza, il progressivo invecchiamento della popolazione e il peso della cronicità rendono necessario un rafforzamento della Reumatologia italiana, affinché possa garantire diagnosi tempestive, cure appropriate ed equità di accesso su tutto il territorio nazionale.

IL VALORE DELLA REUMATOLOGIA PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per lungo tempo le malattie reumatologiche sono state considerate condizioni morbose inevitabilmente progressive, destinate a determinare dolore cronico, disabilità e perdita di autonomia. Negli ultimi due decenni questo paradigma è profondamente cambiato. I progressi della ricerca, l'introduzione dei farmaci biologici e delle terapie mirate, l'evoluzione delle strategie terapeutiche e una più approfondita conoscenza dei meccanismi patogenetici hanno reso possibili interventi sempre più precoci, mirati ed efficaci, in grado di modificare la storia naturale di molte di queste malattie [27,28,29].

Oggi è ampiamente dimostrato che una diagnosi precoce, l'accesso tempestivo allo specialista reumatologo e l'avvio rapido di un trattamento appropriato consentono di prevenire il danno articolare e d'organo, preservare la funzione, migliorare la qualità di vita e ridurre significativamente il peso sociale ed economico della malattia [30,31,32].

In questa prospettiva, la reumatologia rappresenta una disciplina ad elevato valore per il Servizio Sanitario Nazionale. Investire nella Reumatologia significa, infatti, investire nella prevenzione della disabilità, nella tutela della capacità lavorativa, nella riduzione della cronicità e nella sostenibilità del sistema sanitario.

2.1 - DIAGNOSI PRECOCE E MODIFICA DELLA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA

La diagnosi precoce costituisce oggi uno degli obiettivi fondamentali della moderna reumatologia.

L'identificazione tempestiva delle malattie reumatologiche consente infatti di iniziare precocemente il trattamento, interrompendo il processo infiammatorio prima che determini danni irreversibili. Nelle artriti croniche infiammatorie, nelle spondiloartriti, nell'artrite psoriasica e nelle principali connettiviti sistemiche, il trattamento iniziato precocemente si associa a un migliore controllo dell'attività, a una rilevante riduzione della progressione del danno e a una maggiore probabilità di remissione [33,34].

La diagnosi precoce produce inoltre benefici che si estendono oltre la sfera clinica, contribuendo a ridurre ricoveri, interventi chirurgici, necessità riabilitative e ricorso a prestazioni assistenziali.

Per queste ragioni, il ritardo diagnostico rappresenta non soltanto un problema clinico, ma una criticità organizzativa che limita l'efficacia delle cure e aumenta il consumo di risorse sanitarie [35,36].

2.2 - LA FINESTRA DI OPPORTUNITÀ TERAPEUTICA

Uno dei concetti che ha maggiormente trasformato la pratica clinica reumatologica è quello della **finestra di opportunità terapeutica** [37].

Le evidenze scientifiche dimostrano che, nelle fasi iniziali di numerose malattie reumatologiche infiammatorie, esiste un periodo durante il quale il trattamento è particolarmente efficace nel modificare l'evoluzione della malattia. Intervenire precocemente significa limitare il processo infiammatorio prima che produca danni irreversibili alle articolazioni e agli organi interni, aumentando in maniera significativa la probabilità di ottenere la remissione clinica o una bassa attività di malattia [38].

Al contrario, il ritardo diagnostico e terapeutico favorisce la progressione del danno strutturale, con conseguenze permanenti sul piano funzionale, lavorativo e sociale. [35,36,39]

La finestra di opportunità rappresenta pertanto il fondamento scientifico della necessità di garantire percorsi diagnostici rapidi, un tempestivo invio allo specialista reumatologo e un accesso appropriato alle terapie.

2.3 - TRATTAMENTO TEMPESTIVO E PREVENZIONE DEL DANNO

L'introduzione dei farmaci biologici, delle "targeted synthetic" DMARDs e delle nuove strategie terapeutiche ha modificato radicalmente la prognosi delle principali malattie reumatologiche [28].

L'impiego tempestivo di tali terapie, quando clinicamente indicato, consente di controllare efficacemente l'attività di malattia, prevenire il danno articolare e d'organo, ridurre il rischio di complicanze e limitare l'evoluzione verso forme altamente invalidanti.

L'innovazione terapeutica ha quindi trasformato numerose malattie da condizioni inevitabilmente progressive a malattie che possono essere controllate nel lungo periodo, consentendo ai pazienti di mantenere autonomia funzionale e qualità di vita.

In questo contesto, anche la disponibilità dei biosimilari ha assunto un ruolo strategico, permettendo di ampliare l'accesso alle cure innovative e contribuendo alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale [40].

2.5 - BENEFICI CLINICI

Le innovazioni diagnostiche, terapeutiche e organizzative hanno prodotto un profondo miglioramento degli esiti clinici.

Tra i principali benefici documentati figurano:

- Riduzione della progressione del danno articolare e del danno d'organo;
- Maggiore probabilità di remissione o bassa attività di malattia;
- Riduzione della disabilità permanente;
- Miglioramento della qualità della vita;
- Riduzione delle riacutizzazioni e delle complicanze;
- Migliore controllo delle comorbidità;
- Incremento dell'aspettativa e della qualità della vita.

L'obiettivo della moderna Reumatologia non è più soltanto controllare i sintomi, ma preservare nel tempo funzione, autonomia e partecipazione attiva del paziente alla vita familiare, lavorativa e sociale.

2.4 - STRATEGIE TREAT-TO-TARGET

L'evoluzione della reumatologia non riguarda soltanto i farmaci, ma anche il modello di gestione del paziente.

La strategia **Treat-to-Target (T2T)** prevede la definizione di un obiettivo terapeutico preciso - remissione clinica o bassa attività di malattia - e il monitoraggio periodico del paziente mediante strumenti standardizzati, con conseguente adeguamento della terapia fino al raggiungimento del target prefissato. [41,42,43]

Questo approccio ha dimostrato di produrre risultati significativamente migliori rispetto ai modelli terapeutici tradizionali, aumentando la probabilità di remissione, limitando la progressione del danno e migliorando la conservazione della funzione articolare.

Il Treat-to-Target rappresenta oggi uno degli esempi più avanzati di medicina personalizzata, orientata agli outcome e basata sulla misurazione sistematica dei risultati.

2.6 - BENEFICI SOCIALI

Il valore della Reumatologia si estende ben oltre gli esiti strettamente clinici.

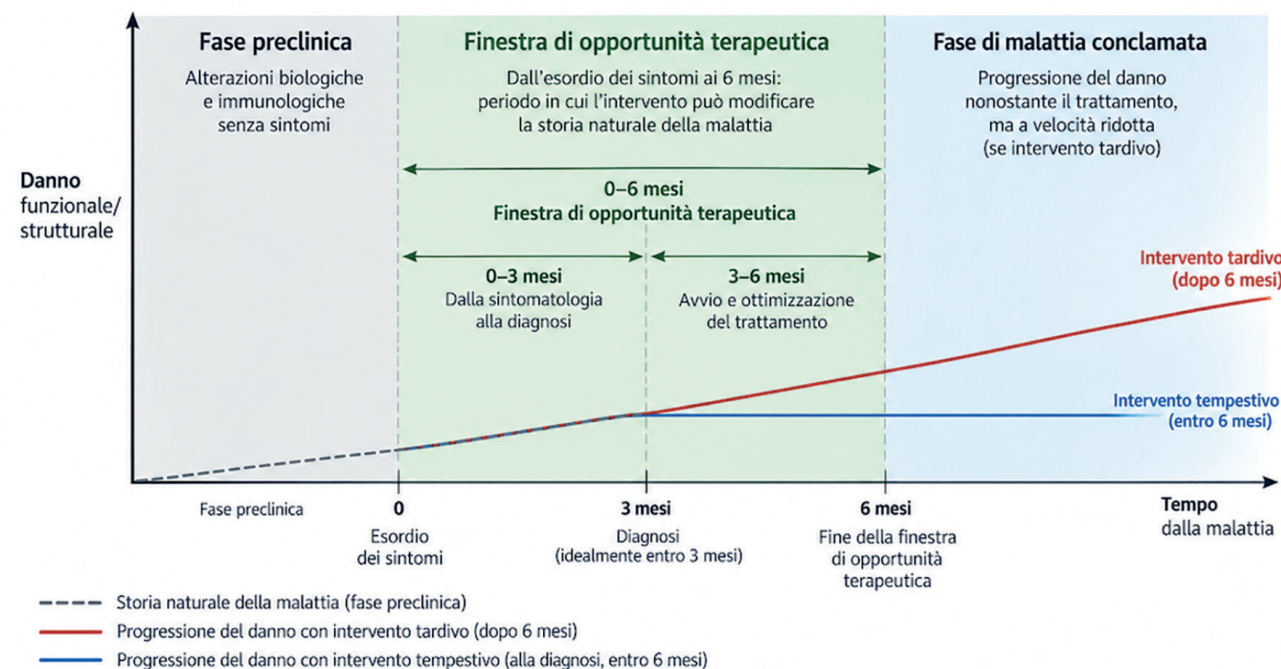
Molte malattie reumatologiche insorgono durante la piena età lavorativa e, in assenza di un trattamento tempestivo, possono compromettere la capacità lavorativa, determinare pensionamenti anticipati, ridurre il reddito individuale e familiare e limitare la partecipazione alla vita sociale.

Al contrario, un efficace controllo della malattia consente di mantenere l'autonomia personale, preservare la capacità lavorativa e favorire una piena partecipazione alla vita familiare e professionale.

Le evidenze disponibili dimostrano che il trattamento con farmaci biologici e terapie innovative si associa a una significativa riduzione dell'assenteismo e del presenteismo e a un miglioramento della produttività lavorativa già nel primo anno di trattamento.

Un ulteriore beneficio, spesso sottovalutato, riguarda la **salute riproduttiva e la medicina di**

FIGURA 1
LA DIAGNOSI PRECOCE E L'INTERVENTO NELLA FINESTRA DI OPPORTUNITÀ TERAPEUTICA POSSONO ARRESTARE LA PROGRESSIONE DEL DANNO E MODIFICARE LA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA



genere. Molte malattie reumatologiche autoimmuni colpiscono prevalentemente donne in età fertile e possono interferire con la pianificazione familiare e il percorso di gravidanza. Oggi, grazie alla diagnosi precoce, al controllo ottimale della malattia e alla disponibilità di strategie terapeutiche compatibili con la gravidanza, è possibile accompagnare molte pazienti verso una maternità programmata e sicura, riducendo il rischio di complicanze materne e fetali e migliorando significativamente la qualità della vita e la progettualità familiare.

L'efficacia della moderna reumatologia contribuisce inoltre a ridurre il carico assistenziale sulle famiglie e sui caregiver, favorendo il mantenimento dell'autonomia e della partecipazione sociale dei pazienti.

2.7 -

BENEFICI ECONOMICI: INVESTIRE NELLA REUMATOLOGIA GENERA VALORE

Il valore economico della reumatologia non risiede esclusivamente nella riduzione della spesa sanitaria diretta, ma soprattutto nella capacità di evitare i costi derivanti dalla progressione della malattia e dalla disabilità [44].

Una diagnosi precoce consente di ridurre il ricorso a visite ripetute, esami diagnostici non appropriati e percorsi assistenziali frammentati, evitando ritardi che favoriscono l'instaurarsi di danni irreversibili.

Un trattamento tempestivo limita la progressione della malattia, riduce la necessità di ricoveri, interventi chirurgici ortopedici, procedure riabilitative intensive e assistenza a lungo termine, contribuendo a un utilizzo più appropriato delle risorse sanitarie [34].

Il controllo efficace della malattia permette inoltre di preservare la capacità lavorativa, ridurre il ricorso alle prestazioni previdenziali e limitare il carico assistenziale sostenuto dalle famiglie e dai caregiver, generando benefici che si estendono ben oltre il settore sanitario.

Anche l'adozione di modelli organizzativi evoluti contribuisce a creare valore. L'applicazione delle strategie Treat-to-Target migliora l'appropriatezza terapeutica e consente un utilizzo più razionale

delle risorse disponibili [41]; l'impiego dei farmaci biosimilari amplia l'accesso alle cure innovative garantendo al tempo stesso una maggiore sostenibilità economica [40]; la telemedicina e il telemonitoraggio favoriscono la continuità assistenziale, riducono gli accessi impropri e ottimizzano l'organizzazione dei servizi [45,46].

In questa prospettiva, il costo delle terapie innovative deve essere valutato considerando i benefici complessivi che esse determinano nel medio e lungo periodo. La spesa sostenuta per garantire una diagnosi precoce, un trattamento appropriato e una presa in carico specialistica rappresenta un investimento capace di ridurre i costi della disabilità, preservare la produttività, contenere il ricorso alle prestazioni assistenziali e migliorare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale [44].

MESSAGGIO CHIAVE

La moderna Reumatologia dimostra come l'innovazione diagnostica, terapeutica e organizzativa possa trasformare il decorso delle malattie reumatologiche, generando benefici clinici, sociali ed economici.

Investire nella diagnosi precoce, nell'accesso tempestivo allo specialista, nelle terapie innovative e in modelli organizzativi appropriati significa ridurre la disabilità, preservare la capacità lavorativa, migliorare la qualità della vita dei pazienti e rafforzare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

La Reumatologia non rappresenta quindi un costo assistenziale, ma un investimento ad elevato valore per il Paese.

I PUNTI DI FORZA DELLA REUMATOLOGIA ITALIANA

Negli ultimi vent'anni la Reumatologia italiana ha conosciuto una profonda evoluzione scientifica, clinica e organizzativa che l'ha resa una delle discipline maggiormente orientate all'innovazione e alla gestione della cronicità. L'integrazione tra ricerca, sviluppo di nuove terapie, modelli assistenziali evoluti e attenzione alla qualità delle cure ha consentito di migliorare significativamente gli esiti clinici e la qualità di vita dei pazienti.

La Reumatologia rappresenta oggi un modello di medicina specialistica capace di coniugare innovazione, appropriatezza, personalizzazione delle cure e sostenibilità, ponendo la persona al centro del percorso assistenziale.

3.1 - ECCELLENZA CLINICA

La gestione delle malattie reumatologiche richiede competenze altamente specialistiche, in grado di affrontare patologie caratterizzate da elevata eterogeneità clinica, frequente coinvolgimento multiorgano e decorso spesso imprevedibile. Negli ultimi anni la Reumatologia ha progressivamente sviluppato modelli assistenziali fondati sulla diagnosi precoce, sulla valutazione multidimensionale del paziente e sull'impiego di strategie terapeutiche personalizzate.

L'adozione del principio della **finestra di opportunità terapeutica** [37] e delle strategie **Treat-to-Target (T2T)** [41] ha profondamente modificato la pratica clinica, consentendo di raggiungere obiettivi terapeutici sempre più ambiziosi, quali la remissione clinica o il mantenimento di una bassa attività di malattia. Elemento distintivo della reumatologia moderna è inoltre l'approccio multidisciplinare.

La gestione del paziente richiede infatti una stretta collaborazione tra reumatologo, medico di medicina generale e numerosi specialisti d'organo (nefrologo, pneumologo, cardiologo, dermatologo, gastroenterologo, fisiatra, ortopedico), oltre ai professionisti della riabilitazione, agli infermieri dedicati e agli psicologi, al fine di garantire una presa in carico globale, continuativa e personalizzata.

3.2 - INNOVAZIONE TERAPEUTICA

L'innovazione terapeutica rappresenta uno dei principali punti di forza della Reumatologia contemporanea e costituisce uno degli esempi più significativi di come il progresso scientifico possa tradursi in benefici concreti per i pazienti e per il Servizio Sanitario Nazionale.

Negli ultimi due decenni la disponibilità di farmaci biologici, anticorpi monoclonali, *targeted synthetic* DMARDs e nuove molecole a bersaglio specifico ha profondamente modificato la prognosi delle principali malattie reumatologiche infiammatorie [27, 28, 29]. Malattie un tempo caratterizzate da un'evoluzione progressiva verso la disabilità possono oggi essere efficacemente controllate attraverso strategie terapeutiche personalizzate, consentendo il raggiungimento della remissione clinica o di una bassa attività di malattia, la prevenzione del danno articolare

e d'organo, il mantenimento della capacità lavorativa e un significativo miglioramento della qualità di vita.

In Italia, la presenza di un Servizio Sanitario Nazionale a carattere universalistico, insieme a un costo dei farmaci innovativi generalmente più contenuto rispetto a quello di molti altri Paesi europei ed extraeuropei, ha favorito un impiego più esteso dei farmaci biologici e delle terapie mirate nella pratica clinica reumatologica. Questo ha permesso ai reumatologi italiani di acquisire un'elevata esperienza nella gestione di tali trattamenti, documentata da numerose evidenze *real-world*. Nelle artriti e nel lupus eritematoso sistemico, studi multicentrici italiani hanno evidenziato elevati tassi di remissione e di persistenza terapeutica con i farmaci biologici, confermando l'efficacia e la sicurezza di tali terapie nella pratica clinica e contribuendo all'ottimizzazione dei percorsi terapeutici e al miglioramento degli esiti di salute dei pazienti affetti da malattie reumatologiche [47,48,49,50,51,52,53].

L'innovazione farmacologica ha inoltre favorito l'affermazione di un nuovo modello di gestione della malattia, basato sulla medicina di precisione e sulla scelta della terapia più appropriata in funzione delle caratteristiche cliniche, prognostiche e biologiche del singolo paziente. Questo approccio consente oggi di personalizzare il trattamento, ottimizzarne l'efficacia e ridurre il rischio di progressione della malattia.

Un ulteriore elemento di forza è rappresentato dall'introduzione dei farmaci biosimilari [40]. Grazie alla dimostrata equivalenza rispetto ai farmaci biologici originatori in termini di qualità, efficacia e sicurezza, i biosimilari hanno consentito di ampliare l'accesso alle terapie avanzate, favorendo al tempo stesso una più efficiente allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale.

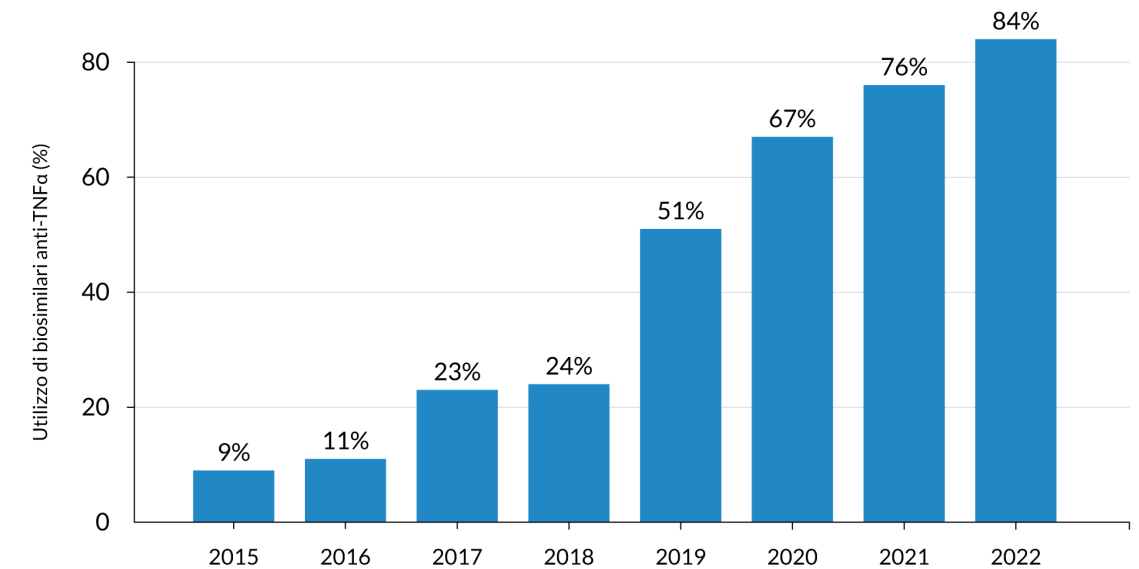
Secondo i più recenti monitoraggi dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), la penetrazione dei biosimilari è in costante crescita e rappresenta oggi uno dei principali strumenti di governo della spesa farmaceutica [54].

Anche in ambito reumatologico l'impiego dei biosimilari ha registrato una marcata crescita. In Italia, l'utilizzo dei biosimilari degli inibitori del TNF- α è aumentato dal 9% nel 2015 all'84% nel 2022 tra gli utilizzatori prevalenti [55]. I dati OsMed confermano inoltre un'elevata penetrazione dei biosimilari per molecole ampiamente utilizzate in reumatologia, quali adalimumab ed etanercept [54]. Il loro impiego ha contribuito a contenere il costo medio per paziente trattato, rendendo possibile l'estensione dell'accesso alle terapie biologiche e liberando risorse da reinvestire nell'innovazione terapeutica.

L'esperienza della Reumatologia dimostra come innovazione clinica e sostenibilità economica non rappresentino obiettivi contrapposti. Al contrario, l'utilizzo appropriato delle terapie innovative, l'impiego dei biosimilari e la continua valutazione degli esiti clinici consentono di migliorare gli *outcome* dei pazienti garantendo al contempo un uso responsabile delle risorse

pubbliche. In un contesto caratterizzato dall'aumento della cronicità, dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente disponibilità di farmaci ad elevato contenuto innovativo, la reumatologia rappresenta quindi un modello virtuoso di governo dell'innovazione, capace di coniugare efficacia, appropriatezza, equità di accesso e sostenibilità del sistema sanitario.

FIGURA 2
ANDAMENTO DELL'UTILIZZO DEI BIOSIMILARI ANTI-TNF α IN ITALIA TRA IL 2015 E IL 2022 [55]



Fonte: Vitturi G, Piccoli L, Spini A, et al. Pharmaceut Med. 2026. doi:10.1007/s40290-026-00629-7 (Fig. 3a, utenti prevalenti)

3.3 - INNOVAZIONE TECNOLOGICA E DIGITALIZZAZIONE

La trasformazione digitale rappresenta uno degli elementi più innovativi della moderna assistenza reumatologica. La natura cronica delle malattie reumatologiche, la necessità di monitoraggi periodici e la crescente complessità dei pazienti rendono infatti particolarmente appropriati strumenti quali televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza.

L'emergenza pandemica ha accelerato questo processo, successivamente consolidato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalle Linee Guida nazionali sulla telemedicina, che hanno definito standard organizzativi e requisiti minimi per l'erogazione dei servizi digitali.

In questo contesto la Società Italiana di Reumatologia ha svolto un ruolo pionieristico promuovendo già dal 2017 il progetto **iAR Plus**, successivamente evoluto nella piattaforma **iARPlus Televisita**, sviluppata con il patrocinio congiunto di

SIR, ANMAR e APMAR [56]. La piattaforma integra televisita, telemonitoraggio, raccolta strutturata dei dati clinici e follow-up remoto, rappresenta un ulteriore passo avanti, migliorando continuità assistenziale, appropriatezza organizzativa e aderenza terapeutica.

Successivamente, la collaborazione tra SIR, AGENAS e Società Italiana di Telemedicina ha portato alla realizzazione delle prime Linee Guida dedicate specificamente alla telemedicina in Reumatologia, contribuendo a definire criteri di appropriatezza, modalità operative e standard qualitativi [45,46].

Particolarmente significativo è inoltre il progetto **RECALL**, sviluppato dalla SIR insieme al Centro Studi SIR, *Hippocrates Sintech* e *Boehringer Ingelheim*, finalizzato all'utilizzo di algoritmi predittivi per l'identificazione precoce dell'interstiziopatia polmonare nei pazienti affetti da artrite reumatoide.

L'integrazione tra telemedicina, strumenti digitali e intelligenza artificiale rappresenta oggi una delle principali prospettive di sviluppo della disciplina, con importanti ricadute sull'accessibilità delle cure, sulla personalizzazione dei percorsi assistenziali e sull'efficienza organizzativa.

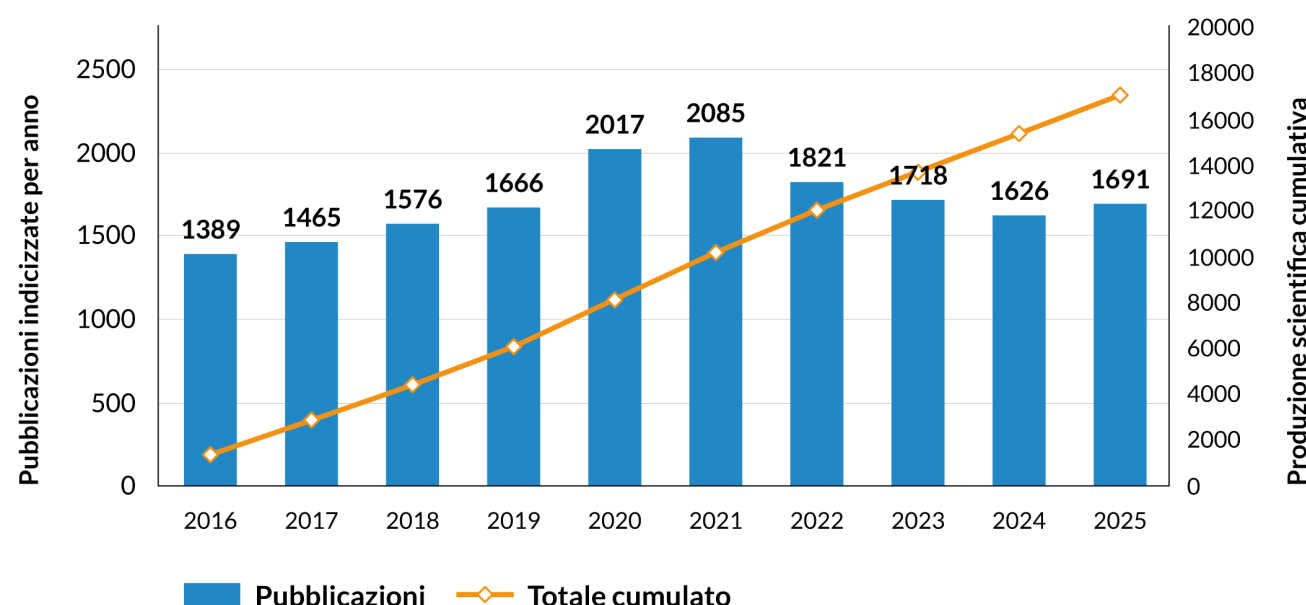
3.4 - RICERCA SCIENTIFICA E PRODUZIONE DI CONOSCENZA

La reumatologia italiana è caratterizzata da una consolidata attività di ricerca clinica, epidemiologica e traslazionale e da un'ampia partecipazione a progetti collaborativi nazionali e internazionali.

La rilevanza di questo contributo trova riscontro anche nella produzione scientifica: nel decennio 2016-2025 PubMed ha indicizzato 17.053 pubblicazioni relative alle principali aree di interesse reumatologico

con almeno un'affiliazione italiana [57]. Nell'arco del decennio il numero annuo di pubblicazioni è passato da 1.389 nel 2016 a 1.691 nel 2025, con un incremento del 21,7%, e un picco di 2.085 pubblicazioni nel 2021. Questi dati documentano l'ampiezza e la continuità della presenza italiana nella letteratura scientifica internazionale di settore.

FIGURA 3
PUBBLICAZIONI REUMATOLOGICHE CON AFFILIAZIONE ITALIANA INDICIZZATE IN PUBMED, 2016-2025

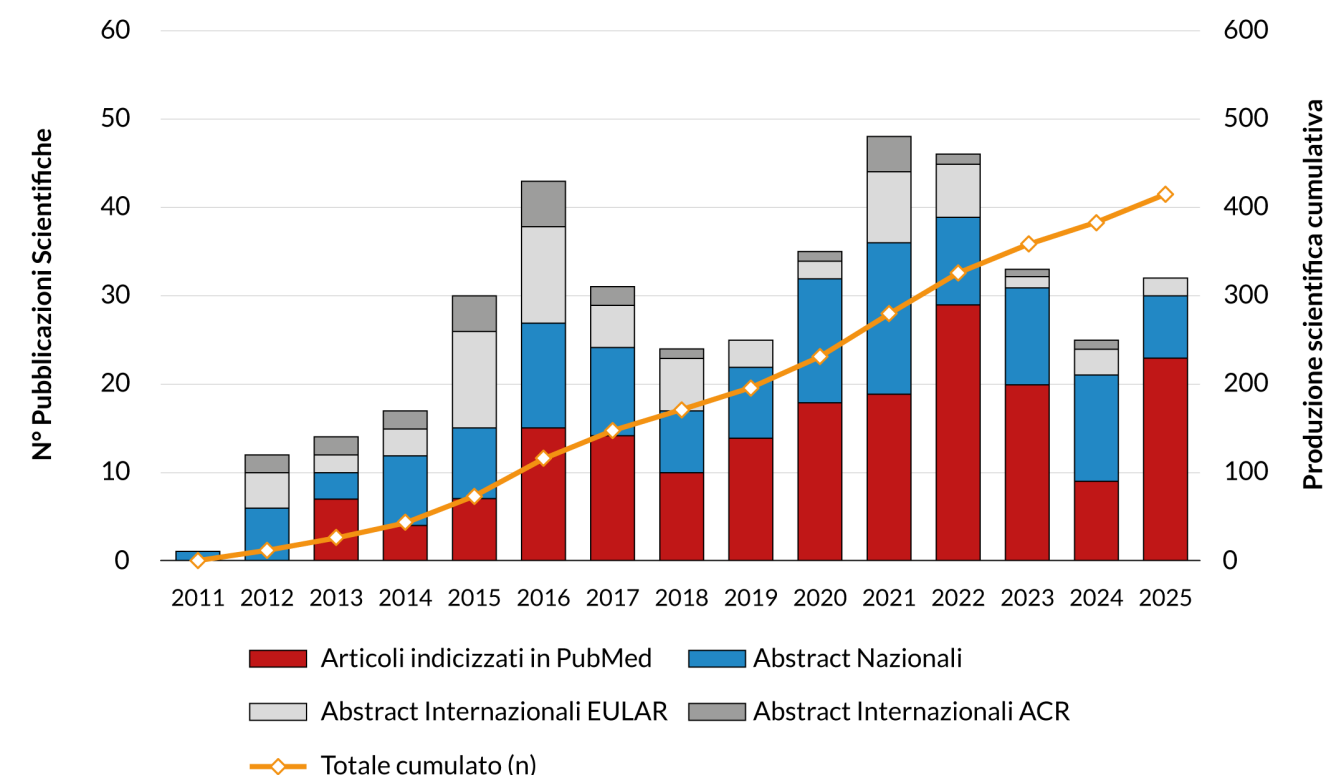


Università, IRCCS, Aziende Ospedaliere e reti coordinate dalla Società Italiana di Reumatologia contribuiscono allo sviluppo di studi clinici, registri osservazionali e progetti di ricerca multicentrici, favorendo la comprensione dei meccanismi e della storia naturale delle malattie reumatologiche, l'identificazione dei determinanti prognostici e la valutazione di nuove strategie diagnostiche e terapeutiche.

In questo sistema, il Centro Studi SIR, istituito nel 2011, rappresenta un'infrastruttura metodologica e organizzativa a supporto della ricerca di interesse nazionale e internazionale. Dal 2011, il Centro Studi ha supportato 25 progetti di ricerca, coinvolgendo oltre

600 sperimentatori in Italia e all'estero e contribuendo alla produzione di 189 articoli indicizzati in PubMed e oltre 200 abstract nazionali e internazionali. La sua attività comprende inoltre lo sviluppo e la gestione di studi multicentrici no-profit, il supporto metodologico e statistico, la gestione dei dati, la produzione di linee guida e la formazione alla metodologia della ricerca.

FIGURA 4
PRODUZIONE SCIENTIFICA DEL CENTRO STUDI SIR, 2011-2025



La disponibilità di registri e di coorti cliniche multicentriche costituisce un patrimonio di particolare valore, consentendo di generare evidenze dal mondo reale (*real-world evidence*) sull'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza delle terapie, di studiare prognosi ed evoluzione delle malattie e di identificare bisogni assistenziali non soddisfatti. La valorizzazione di tali dati, anche attraverso la loro integrazione con altre fonti informative sanitarie, può contribuire sempre più alla valutazione degli esiti e alla programmazione dei servizi.

La produzione di conoscenza trova inoltre espressione nel suo trasferimento alla pratica clinica. Il Centro Studi SIR ha contribuito alla produzione di dieci linee guida e allo sviluppo di percorsi metodologici strutturati per l'elaborazione e l'aggiornamento di linee guida *evidence-based*, sviluppate secondo la metodologia del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità, rafforzando il collegamento tra ricerca, appropriatezza clinica e qualità dell'assistenza. La definizione di linee guida *evidence-based* rappresenta uno strumento fondamentale per promuovere l'appropriatezza clinica, l'uniformità dei percorsi assistenziali e

la qualità delle cure. Tra gli esempi più recenti figurano le raccomandazioni della Società Italiana di Reumatologia sulle vaccinazioni nei pazienti affetti da malattie reumatologiche,[58] quelle sul trattamento dell'artrite reumatoide associata a interstiziopatia polmonare [59], le linee guida sulla salute riproduttiva nei pazienti con malattie reumatologiche [60], e quelle sulla diagnosi e il trattamento delle vasculiti dei grossi vasi [61] che testimoniano il crescente impegno della disciplina nella produzione di raccomandazioni metodologicamente rigorose e orientate alla pratica clinica.

La capacità della reumatologia italiana di produrre e organizzare conoscenza scientifica rappresenta quindi un patrimonio strategico per l'innovazione del Servizio Sanitario Nazionale. Per il futuro sarà essenziale consolidare le reti collaborative e le infrastrutture nazionali di ricerca, sostenere la ricerca indipendente e multicentrica, favorire l'interoperabilità e l'uso integrato dei dati clinici e sanitari e investire nella formazione di nuove generazioni di ricercatori e *Principal Investigator*, rafforzando ulteriormente la competitività scientifica della Reumatologia italiana nel contesto internazionale.

3.5 - CENTRALITÀ DEL PAZIENTE

La moderna reumatologia pone la persona al centro del percorso assistenziale.

La valutazione degli esiti non si basa più esclusivamente su parametri clinici e laboratoristici, ma integra sempre più frequentemente strumenti che misurano la qualità della vita, la funzionalità, la partecipazione sociale e la percezione soggettiva della malattia.

L'utilizzo dei **Patient Reported Outcomes (PROs)** consente di valutare l'efficacia delle cure anche dal punto di vista del paziente, favorendo decisioni terapeutiche condivise e una medicina realmente personalizzata. [62]

La centralità della persona si traduce inoltre nello sviluppo di percorsi assistenziali costruiti sui bisogni individuali, nella condivisione delle decisioni terapeutiche, nella promozione dell'aderenza ai trattamenti e nell'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale. Questo approccio consente di adattare le strategie di cura non solo alle caratteristiche cliniche della malattia, ma anche alle esigenze personali, lavorative e sociali di ciascun paziente.

3.6 - QUALITÀ, GOVERNANCE CLINICA E MISURAZIONE DEGLI ESITI

Negli ultimi anni la reumatologia ha sviluppato una crescente attenzione verso la qualità dell'assistenza, la governance clinica e la valutazione sistematica degli esiti, attraverso l'impiego di indicatori di processo e di esito, di misure riferite dai pazienti (*Patient-Reported Outcome*, PROs) e di strumenti per la valutazione del valore delle cure. [63]

Parallelamente, l'utilizzo di indicatori di qualità, audit clinici, registri nazionali e sistemi di monitoraggio degli esiti consente di valutare l'efficacia dell'assistenza, identificare aree di miglioramento e supportare la programmazione sanitaria.

L'integrazione tra pratica clinica, ricerca, formazione e misurazione degli *outcome* costituisce uno dei principali punti di forza della reumatologia italiana e rappresenta un modello di governance clinica orientato al miglioramento continuo della qualità delle cure.

MESSAGGIO CHIAVE

La Reumatologia italiana dispone oggi
di competenze cliniche altamente specialistiche,
modelli organizzativi evoluti, una consolidata capacità
di innovazione terapeutica e tecnologica
e una rilevante produzione scientifica.
L'integrazione tra ricerca, assistenza, digitalizzazione,
qualità delle cure e centralità della persona colloca
la disciplina tra gli esempi più avanzati di gestione
della cronicità e rappresenta un patrimonio strategico
per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale.

LE CRITICITÀ DELLA REUMATOLOGIA ITALIANA

Negli ultimi vent'anni la reumatologia ha compiuto straordinari progressi sul piano scientifico, diagnostico e terapeutico. Oggi dispone di strumenti in grado di modificare la storia naturale di molte malattie reumatiche, riducendo la disabilità, migliorando la qualità della vita e contenendo il peso socioeconomico della malattia. Tuttavia, questo potenziale **non si traduce ancora in modo uniforme in benefici per tutti i cittadini**.

Le principali criticità della reumatologia italiana non risiedono infatti nella disponibilità di conoscenze scientifiche o di terapie efficaci, bensì **nella capacità del sistema di renderle accessibili in maniera tempestiva, appropriata ed equa**. Persistono infatti importanti limiti organizzativi, assistenziali, formativi e istituzionali che condizionano il percorso del paziente e riducono il valore che la disciplina potrebbe esprimere per il Servizio Sanitario Nazionale.

4.1 - CRITICITÀ ASSISTENZIALI

IL RITARDO DIAGNOSTICO

Il ritardo diagnostico rappresenta ancora oggi una delle principali criticità dell'assistenza reumatologica. Anche in Italia persistono ritardi nel riconoscimento delle principali malattie reumatiche e nell'accesso alle cure specialistiche, influenzati, tra gli altri fattori, dalle modalità di *referral*, dalla disponibilità di assistenza specialistica e dalle caratteristiche territoriali e organizzative dei servizi [64].

Molte malattie reumatologiche esordiscono con sintomi poco specifici o sfumati, quali dolore muscoloscheletrico, rigidità articolare, astenia o manifestazioni sistemiche, che possono renderne complesso il riconoscimento nelle fasi iniziali. Ciò determina frequentemente percorsi diagnostici lunghi e frammentati, caratterizzati da visite ripetute, esami non sempre appropriati e accessi a diversi specialisti prima di giungere alla diagnosi corretta.

Il ritardo assume particolare rilevanza perché il successo terapeutico di molte malattie reumatologiche è tempo-dipendente. Nelle malattie articolari infiammatorie può comportare la perdita della cosiddetta *finestra di opportunità terapeutica* [37], riducendo la possibilità di ottenere la remissione della malattia e prevenire il danno articolare. Nelle connettiviti sistemiche, nelle vasculiti e nelle altre malattie con interessamento multiorgano, un trattamento tardivo può tradursi in danni irreversibili a carico di organi vitali e in un peggioramento della prognosi.

Ridurre il tempo che intercorre tra l'esordio dei sintomi, la diagnosi e l'inizio della terapia rappresenta pertanto uno degli obiettivi prioritari dell'assistenza reumatologica.

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il Medico di Medicina Generale costituisce il primo punto di contatto del paziente con il Servizio Sanitario Nazionale e riveste pertanto un ruolo fondamentale nell'identificazione precoce delle malattie reumatologiche.

La grande eterogeneità delle manifestazioni cliniche, unita alla relativa rarità di alcune malattie e alla limitata esposizione alla Reumatologia durante il percorso formativo, rende tuttavia complesso il riconoscimento precoce dei quadri clinici più suggestivi.

È pertanto necessario rafforzare il dialogo tra medicina generale e specialisti reumatologi attraverso percorsi condivisi, programmi formativi dedicati e criteri di invio tempestivo, così da favorire un *referral* precoce e appropriato.

LISTE DI ATTESA

L'allungamento dei tempi di attesa per la prima visita specialistica rappresenta una criticità crescente.

L'accesso alla prima visita reumatologica presenta ancora rilevanti criticità e disomogeneità territoriali. I dati disponibili a livello regionale e aziendale mostrano tempi di attesa variabili e, secondo una recente analisi della Società Italiana di Reumatologia, in alcune regioni l'attesa per una prima visita reumatologica può superare i sei mesi. Tale fenomeno risente anche della distribuzione non uniforme degli specialisti e dell'organizzazione eterogenea dell'assistenza reumatologica sul territorio nazionale [65].

In reumatologia il tempo di accesso allo specialista non costituisce un semplice indicatore organizzativo, ma un fattore che può incidere direttamente sugli esiti clinici. Un'attesa prolungata può ritardare l'inquadramento diagnostico, posticipare l'avvio della terapia e aumentare il rischio di progressione della malattia.

Il problema riguarda non soltanto le malattie articolari infiammatorie di recente insorgenza, ma anche le malattie reumatologiche complesse, in particolare quelle sistemiche e multiorgano, nelle quali la tempestività dell'intervento è determinante per prevenire danni irreversibili e migliorare la prognosi.

Garantire **percorsi di accesso differenziati e appropriati in relazione all'urgenza clinica**, con particolare attenzione ai pazienti con sospetta malattia reumatologica infiammatoria o sistemica, rappresenta pertanto una necessità clinica e organizzativa.

4.2 - CRITICITÀ ORGANIZZATIVE

CARENZA DI SPECIALISTI

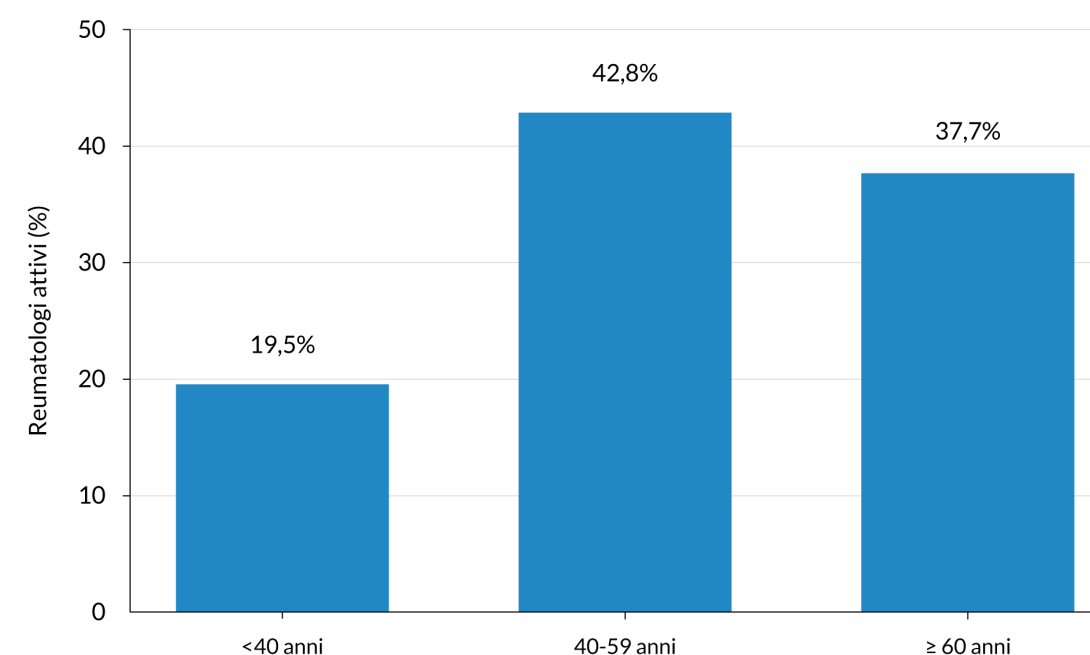
L'offerta di specialisti in reumatologia risulta oggi **non adeguatamente dimensionata rispetto ai bisogni assistenziali della popolazione** e, soprattutto, non uniformemente distribuita sul territorio nazionale.

L'invecchiamento demografico, l'aumento della prevalenza delle malattie croniche, la maggiore sopravvivenza dei pazienti e la crescente complessità clinica determinano un costante incremento della domanda assistenziale, cui non corrisponde un adeguato aumento delle risorse professionali.

Acìosiaggiungel'elevataetàmediadeireumatologi attualmente in servizio, con un numero significativo di professionisti prossimi al pensionamento, rendendo sempre più urgente una programmazione del fabbisogno specialistico e del ricambio generazionale.

Nel 2024 risultavano attivi in Italia 1.646 medici con Reumatologia quale specializzazione prevalente esercitata, pari a 2,79 specialisti per 100.000 abitanti. L'età media era di 53,2 anni e il 37,7% degli specialisti aveva almeno 60 anni [66].

FIGURA 5
DISTRIBUZIONE PER FASCE DI ETÀ DEI MEDICI CON REUMATOLOGIA QUALE SPECIALIZZAZIONE PREVALENTE ESERCITATA IN ITALIA, 2024.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT, Co.Ge.A.P.S. - Medici specialisti attivi, anno 2024, Tavola 2.

DISOMOGENEITÀ TERRITORIALE

Una delle principali criticità della reumatologia italiana è rappresentata dalla marcata eterogeneità dell'organizzazione assistenziale tra le diverse regioni.

Le differenze riguardano l'intera filiera dell'assistenza: la presenza di Unità Operative Complesse e centri specialistici, la distribuzione dei reumatologi sul territorio, l'organizzazione delle reti reumatologiche regionali, l'applicazione dei Percorsi

Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), la disponibilità della telemedicina, i tempi di attesa e l'accesso alle terapie innovative.

Ne consegue che il luogo di residenza può ancora influenzare significativamente le opportunità diagnostiche e terapeutiche offerte al paziente, determinando disuguaglianze difficilmente conciliabili con i principi di universalità ed equità del Servizio Sanitario Nazionale.

Regione	N. abitanti	N. UOC	N. UOSD	N.UOS
Lombardia	9.958.000	8	2	3
Lazio	5.685.000	5	2	2
Campania	5.562.000	3	4	1
Veneto	4.825.000	2	4	4
Sicilia	4.748.000	1	7	1
Emilia-Romagna	4.392.000	4	2	4
Piemonte	4.225.000	1	4	2
Puglia	3.890.000	3	5	10
Toscana	3.639.000	3	3	4
Calabria	1.838.000	0	1	2
Sardegna	1.570.000	1	1	1
Liguria	1.480.000	2	1	3
Marche	1.480.000	1	1	1
Abruzzo	1.262.000	1	1	2
Friuli Venezia Giulia	1.190.000	1	1	1
Trentino-Alto Adige	1.084.000	2	0	1
Umbria	853.000	1	1	0
Basilicata	536.000	1	0	1
Molise	289.000	1	1	0
Aosta	123.000	0	0	0
Italia	58.934.177	42	42	43

TABELLA 4
NUMERO DI UOC, UOSD E UOS NELLE REGIONI ITALIANE
(CENSIMENTO SOCIETÀ ITALIANA DI REUMATOLOGIA 2026)

UOC: UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE; UOSD: UNITÀ OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI; UOS: UNITÀ OPERATIVE SEMLICI; N. NUMERO

Regione	N. abitanti	N. UOC	N. abitanti per UOC	UOC per milione di abitanti
Lombardia	9.958.000	8	1.244.750	0,80
Lazio	5.685.000	5	1.137.000	0,88
Campania	5.562.000	3	1.854.000	0,54
Veneto	4.825.000	2	2.412.500	0,41
Sicilia	4.748.000	1	4.748.000	0,21
Emilia-Romagna	4.392.000	4	1.098.000	0,91
Piemonte	4.225.000	1	4.225.000	0,24
Puglia	3.890.000	3	1.296.667	0,77
Toscana	3.639.000	3	1.213.000	0,82
Calabria	1.838.000	0	—	0,00
Sardegna	1.570.000	1	1.570.000	0,64
Liguria	1.480.000	2	740.000	1,35
Marche	1.480.000	1	1.480.000	0,68
Abruzzo	1.262.000	1	1.262.000	0,79
Friuli Venezia Giulia	1.190.000	1	1.190.000	0,84
Trentino-Alto Adige	1.084.000	2	542.000	1,85
Umbria	853.000	1	853.000	1,17
Basilicata	536.000	1	536.000	1,87
Molise	289.000	1	289.000	3,46
Aosta	123.000	0	—	0,00
Italia	58.934.177	42	1.403.195	0,71

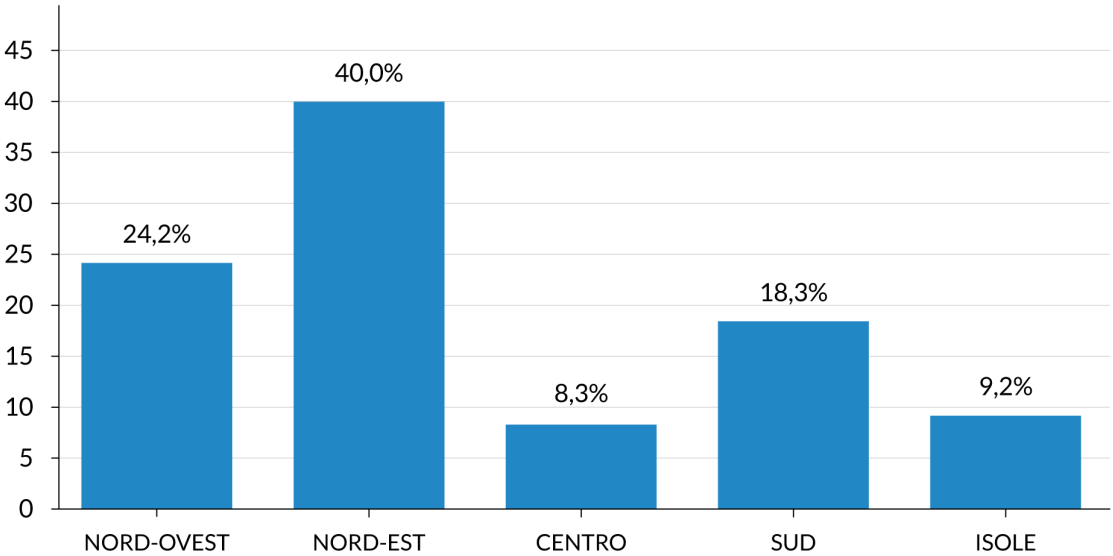
TABELLA 5
DISOMOGENEITÀ TERRITORIALE NELLA DOTAZIONE DI UOC DI REUMATOLOGIA IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE
(CENSIMENTO SOCIETÀ ITALIANA DI REUMATOLOGIA 2026)

N. : NUMERO; UOC: UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE
CALCOLO: N. UOC *POPOLAZIONE ^1.000.000.

La disomogeneità territoriale è stata recentemente confermata da un questionario somministrato a 120 specialisti reumatologi operanti in ambito ambulatoriale, che ha evidenziato una marcata variabilità nella distribuzione dell’offerta reumatologica territoriale a livello nazionale, con la presenza di aree caratterizzate da una significativa carenza di servizi.

Sebbene i dati raccolti riguardino esclusivamente la specialistica ambulatoriale e non comprendano l’insieme delle ore di attività reumatologica erogate a livello territoriale, emerge con chiarezza una rilevante eterogeneità tra le diverse aree geografiche, con una distribuzione delle cure di primo livello non omogenea rispetto al modello delineato nel documento SIR.

FIGURA 6
DISTRIBUZIONE PER AREA GEOGRAFICA DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI REUMATOLOGI (SAI) PARTECIPANTI ALL'INDAGINE (N=120), PROMOSSA DAL GRUPPO SAI REUMATOLOGIA E CONDOTTA MEDIANTE QUESTIONARIO NEL PERIODO 1° FEBBRAIO 2023 - 1° GIUGNO 2026.



Tale variabilità appare riconducibile a differenze di carattere organizzativo, geografico e storico che hanno determinato modalità differenti di strutturazione e sviluppo della reumatologia territoriale nelle diverse regioni italiane. Questa disomogeneità organizzativa si traduce inevitabilmente in differenze nell’accesso

ai servizi, nella tempestività della diagnosi e nell’adeguatezza della presa in carico dei pazienti, con ricadute dirette sull’equità e sulla qualità complessiva dell’assistenza reumatologica territoriale.

Ridurre tali differenze costituisce una priorità strategica della programmazione sanitaria nazionale.

FIGURA 7
PERCENTUALE DI SPECIALISTI AMBULATORIALI REUMATOLOGI ABILITATI ALLA PRESCRIZIONE DI B/TSDMARDS TRA COLORO CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INDAGINE (N=120), PROMOSSA DAL GRUPPO SAI REUMATOLOGIA E CONDOTTA MEDIANTE QUESTIONARIO NEL PERIODO 1° FEBBRAIO 2023 - 1° GIUGNO 2026

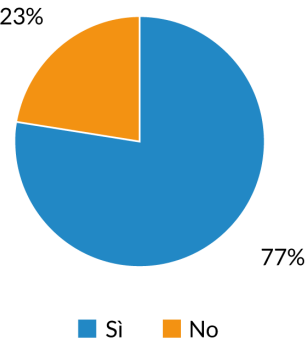
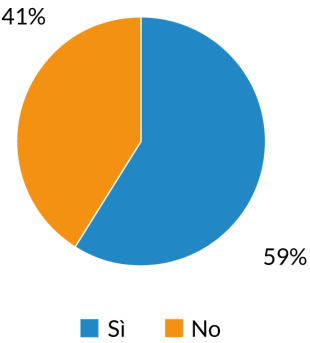


FIGURA 8
POSSIBILITÀ DI REFERRAL AI CENTRI DI RIFERIMENTO TRA GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI REUMATOLOGI (SAI) PARTECIPANTI ALL'INDAGINE (N=120). INDAGINE PROMOSSA DAL GRUPPO SAI REUMATOLOGIA E CONDOTTA MEDIANTE QUESTIONARIO NEL PERIODO 1° FEBBRAIO 2023 - 1° GIUGNO 2026.



INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Le malattie reumatologiche richiedono una presa in carico continuativa e multidisciplinare che accompagni il paziente lungo tutto il decorso della malattia.

L'integrazione tra ospedale, territorio, medicina generale e servizi sociosanitari risulta tuttavia ancora insufficiente in molte realtà, determinando percorsi assistenziali frammentati, difficoltà nella continuità delle cure e duplicazione di prestazioni. Lo sviluppo di reti reumatologiche regionali realmente operative, integrate con la medicina territoriale e supportate dagli strumenti di telemedicina, rappresenta una delle principali sfide organizzative della disciplina.

DISPONIBILITÀ DI POSTI LETTO

I ricoveri ospedalieri in **Reumatologia** riguardano prevalentemente pazienti con **malattie reumatologiche complesse**, in particolare connettiviti sistemiche, vasculiti e malattie autoinfiammatorie, che possono essere caratterizzate da un decorso cronico e da **riacutizzazioni acute, complicanze d'organo e manifestazioni potenzialmente gravi o pericolose per la vita**. Queste condizioni possono richiedere, in determinate fasi della malattia, un ricovero presso **strutture dotate di elevata competenza specialistica e di un approccio multidisciplinare**, finalizzato alla diagnosi, alla gestione delle riacutizzazioni e delle complicanze e all'impostazione o alla modifica della terapia.

Il ricovero può rendersi necessario anche nei pazienti affetti da malattie reumatologiche più frequenti quando si verificano **riacutizzazioni di particolare gravità, nuove o progressive manifestazioni d'organo, complicanze sistemiche o eventi avversi correlati ai trattamenti immunomodulanti o immunosoppressori**. In questi casi, la gestione ospedaliera consente un rapido inquadramento diagnostico e terapeutico e, quando necessario, il coinvolgimento di altre discipline specialistiche.

I pazienti affetti da malattie reumatologiche rare o complesse sono seguiti nei centri di riferimento regionali, generalmente rappresentati da Unità Operative Complesse di Reumatologia, ospedaliere o universitarie. **Il bacino di utenza di tali centri è regionale e non coincide necessariamente con la sola provincia nella quale il centro ha sede.**

Da questa peculiarità deriva una **criticità organizzativa**. Il paziente residente in una provincia diversa da quella del centro di riferimento, quando presenta una riacutizzazione o una complicanza acuta, accede al Pronto Soccorso dell'ospedale più vicino al proprio domicilio. Solo successivamente, qualora necessario, viene trasferito nel

centro specialistico che lo segue abitualmente.

Tuttavia, i posti letto delle Unità Operative di Reumatologia vengono gestiti come quelli di qualsiasi altra specialità ospedaliera e sono alimentati principalmente dagli accessi del Pronto Soccorso dell'ospedale in cui l'Unità Operativa è collocata. Poiché le malattie reumatologiche che richiedono un ricovero specialistico, in particolare le forme rare e quelle ad elevata complessità clinica, hanno una frequenza relativamente bassa nella popolazione della sola provincia sede del centro, il numero di ricoveri urgenti propri della Reumatologia è insufficiente a mantenere costantemente occupati i posti letto. Per esigenze di efficienza ospedaliera, tali posti letto vengono quindi frequentemente utilizzati per ricoverare pazienti affetti da patologie non reumatologiche.

Ne consegue un evidente **paradosso organizzativo**: quando un paziente con una malattia reumatologica rara o complessa, seguito dal centro di riferimento ma residente in un'altra provincia della regione, necessita di essere trasferito presso l'Unità Operativa di Reumatologia che lo ha in cura, spesso non trova disponibilità di posti letto, perché questi sono già occupati da pazienti con patologie di altra competenza.

Il problema, quindi, non riguarda soltanto il numero complessivo dei posti letto di Reumatologia, ma anche la loro modalità di programmazione e gestione in rapporto alla funzione svolta dal centro. **I centri di riferimento regionali vengono, infatti, organizzati secondo una logica provinciale, mentre la loro funzione assistenziale si estende all'intero territorio regionale.**

Per le Unità Operative Complesse che svolgono il ruolo di centro di riferimento regionale dovrebbe pertanto essere prevista una **programmazione dei posti letto coerente con il bacino di utenza regionale**, attraverso modalità organizzative che consentano di garantire la disponibilità di ricovero per i pazienti reumatologici complessi provenienti da tutto il territorio regionale.

4.3 -

CRITICITÀ NELL'ACCESSO ALLE CURE

L'innovazione terapeutica rappresenta uno dei maggiori successi della moderna Reumatologia. Tuttavia, il suo utilizzo non risulta ancora uniforme sul territorio nazionale.

Persistono infatti differenze regionali nei percorsi autorizzativi, nell'organizzazione dei centri prescrittori e nelle modalità di accesso alle terapie innovative.

Particolarmente significativo è il fatto che circa il **23% degli specialisti reumatologi operanti in ambito ambulatoriale non dispone della possibilità di prescrivere direttamente i farmaci biologici**. Quando lo specialista che ha in carico il paziente non dispone della possibilità di prescrivere la terapia indicata, il paziente può essere costretto a rivolgersi a un ulteriore centro autorizzato, con conseguente aumento della complessità del percorso assistenziale e potenziale ritardo nell'inizio del trattamento.

Garantire criteri omogenei e appropriati per l'abilitazione alla prescrizione, nel rispetto delle competenze professionali e delle disposizioni regolatorie nazionali, rappresenta pertanto un obiettivo importante per assicurare equità di accesso alle cure.

4.4 -

LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ E IL PROBLEMA DELL'ADERENZA TERAPEUTICA

La scarsa o non corretta aderenza terapeutica rappresenta una criticità rilevante nella gestione delle malattie reumatologiche croniche. Essa non dipende esclusivamente dalla responsabilità individuale del paziente, ma è il risultato di un processo complesso che coinvolge professionisti sanitari, organizzazione dei servizi, tecnologie disponibili, contesto sociale e condizioni economiche.

Un'aderenza efficace richiede una solida alleanza terapeutica tra paziente e professionista, un'organizzazione dei servizi capace di garantire prossimità e continuità assistenziale, un uso appropriato delle risorse e dei farmaci e una reale equità nell'accesso alle cure. Nella gestione della cronicità, l'aderenza è inoltre strettamente correlata alla presa in carico territoriale e alla personalizzazione dei percorsi assistenziali.

Il Piano Nazionale della Cronicità riconosce l'aderenza terapeutica come componente essenziale della gestione integrata delle malattie croniche [67]. Analogamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come essa sia influenzata da molteplici fattori: condizioni socioeconomiche, organizzazione del sistema sanitario, caratteristiche della malattia, complessità del trattamento e coinvolgimento attivo del paziente [68].

In questa prospettiva, l'aderenza può essere considerata anche un **indicatore della qualità della presa in carico**, in quanto riflette non soltanto la capacità del paziente di seguire il trattamento, ma anche quella del sistema di sostenerlo nel proprio percorso di cura. Una scarsa aderenza può determinare riacutizzazioni, progressione del danno, perdita di efficacia delle terapie, incremento dei ricoveri e aumento dei costi sanitari e sociali. Per questo motivo risulta fondamentale promuovere programmi di educazione terapeutica, rafforzare la continuità assistenziale, sviluppare strumenti di telemonitoraggio e favorire il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei caregiver.

4.5 - CRITICITÀ ACCADEMICHE E FORMATIVE

La formazione universitaria rappresenta il presupposto indispensabile per garantire, nel tempo, la qualità dell'assistenza reumatologica e la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Nonostante la crescente rilevanza epidemiologica e socioeconomica delle malattie reumatologiche, l'insegnamento della Reumatologia nei Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia presenta ancora oggi una marcata eterogeneità sul territorio nazionale.

L'analisi dei piani didattici degli Atenei italiani evidenzia infatti una notevole variabilità sia nella collocazione temporale dell'insegnamento, erogato tra il terzo e il sesto anno di corso, sia nel numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) attribuiti alla disciplina, che oscilla da 1 a 4 CFU. A questa disomogeneità si aggiunge una significativa variabilità delle modalità organizzative e didattiche.

Nella maggior parte delle sedi universitarie la Reumatologia non costituisce un insegnamento autonomo, ma è inserita all'interno di corsi integrati di Medicina Interna, Patologia Sistemica, Immunologia Clinica, Specialità Mediche o Malattie dell'Apparato Locomotore. Tale impostazione, pur favorendo l'integrazione multidisciplinare, comporta frequentemente una riduzione del tempo effettivamente dedicato alla disciplina e una conseguente eterogeneità dei contenuti formativi erogati agli studenti.

Particolarmente critica appare la formazione professionalizzante. In molti Corsi di Laurea l'attività didattica è prevalentemente teorica e offre limitate opportunità di frequenza presso ambulatori specialistici, Day Hospital e reparti di Reumatologia, con conseguente ridotta esposizione degli studenti alle principali malattie reumatologiche e alle loro peculiari modalità diagnostiche e terapeutiche. Ciò rischia di tradursi in una minore capacità dei futuri medici di riconoscere precocemente malattie spesso complesse, dove il successo terapeutico è tempo-dipendente, ritardando l'invio allo specialista.

A tali criticità si aggiunge, in numerose sedi universitarie, la carenza di personale docente strutturato e, in alcuni casi, l'assenza di professori ordinari di reumatologia. Questa situazione limita non soltanto la continuità dell'offerta formativa, ma anche

lo sviluppo della ricerca, dell'innovazione scientifica e dell'attività assistenziale universitaria, riducendo la capacità della disciplina di contribuire pienamente alle tre missioni fondamentali dell'Università: didattica, ricerca e assistenza.

Alla luce di tali considerazioni, appare necessario promuovere una revisione organica dell'insegnamento della Reumatologia nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, attraverso una maggiore uniformità nazionale degli obiettivi formativi, un rafforzamento delle attività pratiche e professionalizzanti, la definizione di competenze minime condivise e una più adeguata valorizzazione della disciplina nei curricula universitari.

Parallelamente, risulta strategico rafforzare la presenza accademica della Reumatologia nelle Università italiane, garantendo un'adeguata rappresentanza della disciplina nei Dipartimenti e nei Corsi di Laurea e **favorendo la presenza di una adeguata rappresentanza dei docenti di ruolo della disciplina nelle sedi universitarie**. Tale obiettivo rappresenta un investimento non solo per la crescita della disciplina, ma anche per la qualità della formazione medica, della ricerca scientifica e dell'assistenza ai pazienti.

MESSAGGIO CHIAVE

La Reumatologia italiana dispone oggi di conoscenze scientifiche, competenze professionali e strumenti terapeutici in grado di modificare la storia naturale delle malattie reumatologiche. Le principali criticità riguardano invece la capacità del sistema di rendere tali opportunità disponibili in modo tempestivo, appropriato ed equo: ritardo diagnostico, carenza e distribuzione non omogenea degli specialisti nel territorio, disomogeneità territoriali, insufficiente integrazione tra ospedale e territorio, difficoltà di accesso ai ricoveri ospedalieri nei centri di riferimento regionali, differenze nell'accesso alle terapie innovative e disomogeneità nella formazione universitaria. Superare tali criticità rappresenta una condizione indispensabile per garantire ai cittadini un'assistenza tempestiva, equa e di qualità e per consentire alla Reumatologia di esprimere pienamente il proprio valore per il Servizio Sanitario Nazionale.

GLI UNMET NEEDS DELLA REUMATOLOGIA ITALIANA

I progressi compiuti dalla reumatologia negli ultimi decenni hanno profondamente modificato la prognosi di numerose malattie croniche infiammatorie e autoimmuni. L'evoluzione delle conoscenze scientifiche, la disponibilità di terapie innovative e il crescente sviluppo di modelli assistenziali multidisciplinari hanno ampliato in modo significativo le possibilità diagnostiche e terapeutiche. Tuttavia, il pieno sviluppo della disciplina richiede il superamento di alcuni bisogni ancora oggi non completamente soddisfatti.

Gli *unmet needs* della reumatologia non coincidono con le criticità organizzative del sistema, ma rappresentano gli ambiti nei quali la disciplina è chiamata a evolvere per rispondere alle nuove esigenze epidemiologiche, scientifiche e assistenziali. Essi riguardano la pratica clinica, l'organizzazione dei servizi, l'innovazione tecnologica e la formazione dei professionisti.

5.1 - BISOGNI CLINICI

Uno dei principali bisogni della reumatologia contemporanea è rappresentato dalla possibilità di identificare la malattia in fasi sempre più precoci, intercettando i pazienti prima della comparsa di danni articolari o d'organo irreversibili. Nonostante i progressi raggiunti, permane un'importante esigenza di affinare gli strumenti diagnostici e di riconoscere tempestivamente le forme a esordio iniziale o caratterizzate da manifestazioni cliniche poco specifiche.

Un ulteriore ambito prioritario di sviluppo riguarda la prevenzione primaria.[69,70] Sebbene per la maggior parte delle malattie reumatologiche non siano ancora disponibili strategie preventive validate in grado di impedirne l'insorgenza, le crescenti conoscenze sui meccanismi patogenetici hanno consentito di identificare numerosi fattori di rischio modificabili, tra cui il fumo di sigaretta, l'obesità, la sedentarietà, abitudini alimentari scorrette, il sovraccarico articolare e alcune infezioni. Tali evidenze permettono di promuovere interventi di educazione sanitaria e di promozione di corretti stili di vita salutari, con particolare attenzione alle persone a maggior rischio, quali i familiari di primo grado dei pazienti affetti da malattie reumatologiche autoimmuni e altri soggetti con condizioni predisponenti. Rimane inoltre prioritario sviluppare programmi di ricerca finalizzati all'identificazione di strategie preventive efficaci e validate. La promozione di corretti stili di vita e la riduzione dei fattori di rischio modificabili dovrebbero rappresentare parte integrante delle strategie nazionali di prevenzione delle malattie reumatologiche, in coerenza con gli indirizzi della Società Italiana di Reumatologia.

La crescente disponibilità di farmaci innovativi rende inoltre sempre più evidente il bisogno di sviluppare modelli di medicina di precisione capaci

di orientare le decisioni terapeutiche sulla base delle caratteristiche biologiche e cliniche del singolo paziente. In tale contesto assume particolare rilievo la disponibilità di biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi di risposta al trattamento, ancora oggi non pienamente disponibili per numerose malattie reumatologiche [71].

Tra gli *unmet needs* clinici rientra anche la gestione delle malattie rare di interesse reumatologico. La loro bassa prevalenza, la frequente complessità clinica e il coinvolgimento multiorgano rendono ancora oggi necessario un ulteriore sviluppo delle conoscenze diagnostiche e terapeutiche, nonché una sempre maggiore integrazione tra centri altamente specialistici [72].

Per molte malattie reumatologiche rare non sono disponibili farmaci con indicazione autorizzata per quella specifica condizione morbosa [73]. La rarità di queste malattie rende infatti estremamente difficile condurre studi clinici randomizzati e controllati, necessari per ottenere l'estensione formale delle indicazioni terapeutiche. Di conseguenza, sia i farmaci tradizionali sia quelli innovativi devono frequentemente essere prescritti in modalità off-label. Le procedure autorizzative per tali prescrizioni sono spesso complesse, richiedono un articolato iter amministrativo e determinano ritardi nella disponibilità del trattamento, con il rischio di posticipare l'avvio di terapie indispensabili per il controllo di malattie potenzialmente gravi.

Infine, assume crescente importanza la gestione delle comorbidità e delle complicanze associate alle malattie reumatologiche croniche, con particolare riferimento al rischio cardiovascolare, alle malattie polmonari, all'osteoporosi, alle infezioni e alle altre condizioni che contribuiscono in modo significativo alla prognosi dei pazienti [74,75].

5.2 - BISOGNI ORGANIZZATIVI

L'evoluzione della reumatologia rende sempre più evidente il bisogno di modelli organizzativi in grado di garantire uniformità della presa in carico sull'intero territorio nazionale.

Tra i principali bisogni emerge la disponibilità di reti reumatologiche regionali pienamente strutturate e integrate, capaci di assicurare continuità assistenziale, appropriatezza dei percorsi e omogeneità nell'accesso ai servizi specialistici.

Analoga rilevanza assume la disponibilità di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) condivisi e omogenei a livello nazionale, in grado di garantire standard assistenziali comuni e ridurre la variabilità organizzativa tra le diverse realtà regionali.

La crescente complessità delle malattie reumatologiche rende inoltre sempre più necessario consolidare modelli di presa in carico multidisciplinare, fondati sulla stabile integrazione tra reumatologo e specialisti delle diverse discipline coinvolte nella gestione delle manifestazioni sistemiche e delle comorbidità.

Tra i bisogni organizzativi assume infine particolare rilievo la disponibilità di percorsi strutturati di transizione dall'età pediatrica all'età adulta, indispensabili per garantire continuità assistenziale ai pazienti affetti da malattie reumatologiche croniche a esordio infantile.

In tale contesto, lo sviluppo delle Case di Comunità rappresenta un'importante opportunità per rafforzare l'integrazione tra assistenza territoriale e specialistica reumatologica, favorendo la presa in carico condivisa dei pazienti cronici, la continuità assistenziale e un più appropriato accesso ai percorsi specialistici, attraverso una stretta collaborazione tra reumatologo, medico di medicina generale e gli altri professionisti sanitari coinvolti nella gestione della cronicità.

5.3 - BISOGNI TECNOLOGICI E DI SISTEMA

La trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale pone nuove esigenze anche nell'ambito della reumatologia.

Tra queste assume particolare rilevanza la necessità di disporre di sistemi di classificazione delle malattie e di procedure maggiormente aderenti all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, attraverso il completamento della transizione verso le classificazioni ICD-10 e ICD-11.

Parallelamente, permane il bisogno di un pieno riconoscimento della specificità della reumatologia all'interno del nomenclatore della specialistica ambulatoriale. L'attuale sistema di codifica non rappresenta infatti in maniera adeguata la complessità dell'attività reumatologica: numerose prestazioni cliniche, diagnostiche, ecografiche, interventistiche e di monitoraggio proprie della disciplina non trovano ancora una valorizzazione specifica oppure risultano ricondotte a codifiche generiche o afferenti ad altre branche specialistiche. Tale condizione limita la piena rappresentazione dell'attività assistenziale reumatologica e può influenzare il monitoraggio dei volumi di attività, la programmazione sanitaria e l'allocazione delle risorse.

Un ulteriore bisogno riguarda la piena interoperabilità dei registri reumatologici con i sistemi informativi sanitari nazionali e regionali. La disponibilità di banche dati integrate rappresenta infatti uno strumento fondamentale per la valutazione degli esiti clinici, dell'appropriatezza prescrittiva, dell'efficacia delle terapie nella pratica clinica e della programmazione sanitaria.

Infine, la crescente diffusione della telemedicina, del telemonitoraggio, dell'intelligenza artificiale e dell'utilizzo secondario dei dati sanitari evidenzia il bisogno di una piena integrazione delle tecnologie digitali nei modelli organizzativi della reumatologia.

5.4 - BISOGNI FORMATIVI

Lo sviluppo della reumatologia richiede un sistema formativo capace di garantire competenze omogenee e adeguate lungo tutto il percorso professionale.

Tra i principali *unmet needs* emerge la disponibilità di un modello formativo nazionale condiviso per l'insegnamento della reumatologia nei corsi di laurea in medicina e chirurgia. La disciplina necessita infatti di standard formativi omogenei che assicurino a tutti gli studenti un livello minimo comune di conoscenze teoriche e competenze pratiche, indipendentemente dalla sede universitaria di appartenenza. Tale esigenza riguarda non soltanto i contenuti didattici, ma anche il peso attribuito alla disciplina all'interno del curriculum, le attività professionalizzanti e l'esposizione diretta degli studenti alla pratica clinica reumatologica.

Accanto alla formazione universitaria, permane il bisogno di rafforzare le competenze del Medico di Medicina Generale, figura strategica per il riconoscimento precoce delle malattie reumatiche, l'appropriatezza dell'invio allo specialista e la gestione condivisa del paziente cronico.

Infine, la rapida evoluzione delle conoscenze scientifiche, delle tecnologie digitali e delle opportunità terapeutiche rende sempre più centrale il bisogno di una formazione continua e multidisciplinare per tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente reumatologico.

MESSAGGIO CHIAVE

Gli *unmet needs* della reumatologia italiana rappresentano gli ambiti nei quali la disciplina è chiamata a evolvere per rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della cronicità, dall'innovazione scientifica e dalla crescente complessità dei bisogni assistenziali. La loro identificazione costituisce il presupposto per definire le priorità strategiche sulle quali orientare le future politiche sanitarie.

INDICAZIONI STRATEGICHE PER IL RAFFORZAMENTO DELLA REUMATOLOGIA ITALIANA

L'analisi del contesto epidemiologico, organizzativo e assistenziale evidenzia come la Reumatologia rappresenti una disciplina strategica per il Servizio Sanitario Nazionale. Le malattie reumatologiche comprendono infatti un ampio spettro di malattie croniche, infiammatorie, autoimmuni, degenerative e sistemiche ad elevata complessità clinica, spesso caratterizzate da interessamento multiorgano e dalla necessità di una presa in carico continuativa e multidisciplinare. In questo contesto, il reumatologo svolge un ruolo centrale non solo nella diagnosi e nella gestione terapeutica della malattia, ma anche nel coordinamento dei percorsi assistenziali, integrando il contributo dei diversi specialisti coinvolti nella cura del paziente e garantendo una visione complessiva della persona e della sua malattia.

La reumatologia rappresenta pertanto una disciplina strategica per affrontare le grandi sfide che attendono il Servizio Sanitario Nazionale: l'invecchiamento della popolazione, il progressivo aumento della cronicità, la crescente complessità dei bisogni assistenziali e la necessità di coniugare innovazione, appropriatezza e sostenibilità. La disponibilità di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più efficaci rende oggi possibile modificare significativamente la storia naturale di numerose malattie reumatologiche; tuttavia, il pieno raggiungimento di questi risultati richiede un rafforzamento strutturale della disciplina.

Le seguenti indicazioni strategiche individuano le principali direttrici di sviluppo sulle quali orientare le future politiche sanitarie, accademiche e istituzionali.

6.1 - POTENZIAMENTO DELLE RISORSE PROFESSIONALI E DELLE STRUTTURE REUMATOLOGICHE

L'attuale disponibilità di specialisti reumatologi e di strutture assistenziali dedicate non appare adeguata a rispondere alla crescente domanda assistenziale determinata dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche e dalla complessità clinica delle malattie reumatologiche, molte delle quali richiedono una presa in carico specialistica continuativa e multidisciplinare. Tale situazione contribuisce ad alimentare disomogeneità territoriali, tempi di attesa e ritardi nella diagnosi e nell'avvio del trattamento, con ricadute sugli esiti clinici e sulla sostenibilità del sistema sanitario.

INDICAZIONI STRATEGICHE

- Rafforzare progressivamente il numero degli specialisti reumatologi, definendo standard di fabbisogno coerenti con i bisogni assistenziali della popolazione;
- Assumere, quale riferimento per la programmazione dell'assistenza reumatologica a livello nazionale e regionale, le indicazioni della Società Italiana di Reumatologia [2], riprese nel DDL946 [26], che stimano un fabbisogno orientativo di assistenza specialistica reumatologica territoriale pari a 30 ore settimanali ogni 100.000 abitanti e raccomandano la presenza, in ciascuna Regione, di un numero di Unità Operative di Reumatologia (Semplici, Dipartimentali e Complesse) proporzionato alla popolazione, alle caratteristiche geografiche del territorio e alla distribuzione dei cittadini promuovendo al contempo l'integrazione della specialistica reumatologica con la rete della medicina territoriale e con le Case di Comunità, al fine di favorire la presa in carico condivisa dei pazienti cronici, la continuità assistenziale e l'appropriatezza dei percorsi di cura;
- Rafforzare il ruolo delle Unità Operative Complesse di Reumatologia quali centri di riferimento regionali, adottando un'organizzazione dei posti letto coerente con la loro funzione sovraprovinciale. La disponibilità di posti letto "dedicati" rappresenta una condizione essenziale per garantire la presa in carico tempestiva dei pazienti con malattie reumatologiche rare e dei pazienti complessi provenienti da tutto il territorio regionale.
- Sviluppare modelli assistenziali orientati alla diagnosi precoce e alla presa in carico tempestiva;
- Consolidare l'integrazione tra ospedale e territorio e tra Reumatologia e Medicina Generale.

BENEFICI ATTESI

- Riduzione dei tempi di attesa;
- Maggiore equità di accesso alle cure;
- Diagnosi precoce e trattamento tempestivo;
- Rafforzamento della rete assistenziale;
- Miglioramento degli esiti clinici e della qualità di vita dei pazienti;
- Maggiore sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e del sistema previdenziale.

6.2 - AMBITO ACCADEMICO E FORMATIVO

La formazione universitaria e specialistica presenta ancora una marcata eterogeneità sul territorio nazionale, sia sotto il profilo quantitativo sia qualitativo.

INDICAZIONI STRATEGICHE

- Definire standard nazionali condivisi per l'insegnamento della reumatologia nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Incrementare il peso formativo della disciplina e rafforzarne le attività professionalizzanti;
- Promuovere una maggiore uniformità dei curricula universitari;
- Garantire la presenza di almeno un Professore Ordinario di Reumatologia in ogni Università sede di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Rafforzare la formazione del medico di medicina generale sul riconoscimento precoce delle malattie reumatologiche.

BENEFICI ATTESI

- Formazione più omogenea dei futuri medici;
- Maggiore capacità diagnostica sul territorio;
- Rafforzamento della ricerca e della didattica;
- Migliore continuità tra Università e Servizio Sanitario Nazionale.

6.3 - AMBITO TECNOLOGICO E DIGITALE

La trasformazione digitale della sanità non è ancora pienamente integrata nell'organizzazione dell'assistenza reumatologica.

INDICAZIONI STRATEGICHE

- Completare la transizione verso ICD-10 e ICD-11;
- Aggiornare il nomenclatore della specialistica ambulatoriale riconoscendo pienamente le prestazioni proprie della reumatologia;
- Sviluppare registri interoperabili con i sistemi informativi regionali e nazionali;
- Promuovere l'utilizzo della telemedicina e del telemonitoraggio nei percorsi assistenziali;
- Favorire l'utilizzo dell'intelligenza artificiale e dei dati *real-world* per la programmazione sanitaria.

BENEFICI ATTESI

- Migliore monitoraggio degli esiti;
- Maggiore appropriatezza prescrittiva;
- Ottimizzazione delle risorse;
- Supporto alle decisioni di politica sanitaria.

6.4 - AMBITO SANITARIO E ISTITUZIONALE

Persistono rilevanti differenze regionali nell'organizzazione dell'assistenza reumatologica e nell'accesso ai percorsi di cura.

INDICAZIONI STRATEGICHE

- Istituire reti reumatologiche regionali in tutte le Regioni italiane;
- Definire standard nazionali per i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA);
- Garantire omogeneità nell'accesso ai farmaci innovativi e alle terapie biologiche;
- Valorizzare la Reumatologia nella programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- Promuovere sistemi di monitoraggio degli *outcome* clinici e organizzativi.

BENEFICI ATTESI

- Riduzione delle disuguaglianze territoriali;
- Maggiore uniformità assistenziale;
- Migliore sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale;
- Incremento della qualità delle cure.

MESSAGGIO CHIAVE

Rafforzare la Reumatologia significa investire in una disciplina capace di prevenire disabilità, ridurre il peso della cronicità, migliorare la qualità della vita dei cittadini e contribuire alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Le indicazioni strategiche proposte rappresentano un percorso concreto per tradurre il valore della reumatologia in politiche sanitarie efficaci e misurabili.

LE DIECI PRIORITÀ STRATEGICHE PER LA REUMATOLOGIA ITALIANA

Il rafforzamento della reumatologia rappresenta un investimento strategico per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale. Alla luce delle evidenze illustrate nel presente Libro Bianco, la Società Italiana di Reumatologia individua dieci priorità strategiche che possono orientare le future politiche sanitarie, accademiche e organizzative della disciplina.

Le dieci priorità qui presentate sviluppano e articolano, su un piano più operativo, le cinque richieste al decisore già enunciate in premessa, integrandole con ulteriori ambiti strategici – la valorizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale, la trasformazione digitale e l'investimento in ricerca clinica e traslazionale – necessari a completare il quadro di sviluppo della disciplina.

1. RAFFORZARE LA PRESENZA DEGLI SPECIALISTI REUMATOLOGI SUL TERRITORIO NAZIONALE

Adeguare progressivamente il numero di specialisti al crescente fabbisogno assistenziale, riducendo le disuguaglianze territoriali e garantendo un accesso tempestivo alle cure reumatologiche.

2. ORGANIZZAZIONE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI PER LE MALATTIE REUMATOLOGICHE RARE E COMPLESSE

Adeguare l'organizzazione delle Unità Operative Complesse di Reumatologia che svolgono funzioni di centro di riferimento regionale alla loro reale missione assistenziale, garantendo posti letto dedicati e percorsi di ricovero per i pazienti provenienti da tutto il territorio regionale.

3. ISTITUIRE RETI REUMATOLOGICHE REGIONALI OMOGENEE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE

Garantire modelli organizzativi condivisi, capaci di integrare ospedale e territorio, e assicurare uniformità nella presa in carico dei pazienti.

4. DEFINIRE STANDARD NAZIONALI PER I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALI (PDTA)

Favorire percorsi assistenziali omogenei, multidisciplinari e orientati all'appropriatezza clinica, riducendo le attuali disomogeneità regionali.

5. GARANTIRE UN ACCESSO UNIFORME ALLE TERAPIE INNOVATIVE

Assicurare a tutti i pazienti pari opportunità di accesso ai farmaci biologici, biosimilari e alle altre terapie mirate, superando le attuali differenze organizzative e prescrittive.

6. RAFFORZARE LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA E SPECIALISTICA IN REUMATOLOGIA

Promuovere un insegnamento della disciplina più omogeneo nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, valorizzando le attività professionalizzanti e garantendo un'adequata rappresentanza accademica della Reumatologia.

7. VALORIZZARE IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA DIAGNOSI PRECOCE

Favorire percorsi condivisi di formazione e collaborazione tra Medicina Generale e Reumatologia per migliorare il riconoscimento precoce delle malattie reumatologiche e l'appropriatezza dell'invio allo specialista.

8. ACCELERARE LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DELLA REUMATOLOGIA

Promuovere l'integrazione di registri clinici, telemedicina, telemonitoraggio, intelligenza artificiale e sistemi informativi sanitari, a supporto della pratica clinica, della ricerca e della programmazione.

9. INVESTIRE NELLA RICERCA CLINICA, TRASLAZIONALE E NELLA MEDICINA DI PRECISIONE

Sostenere lo sviluppo di biomarcatori, nuove strategie terapeutiche e modelli di medicina personalizzata, favorendo l'innovazione e la produzione di evidenze scientifiche.

10. RICONOSCERE LA REUMATOLOGIA COME DISCIPLINA STRATEGICA PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Integrare pienamente la Reumatologia nella programmazione sanitaria nazionale e regionale, riconoscendone il ruolo strategico nella gestione delle malattie croniche ad elevata complessità, nella prevenzione della disabilità, nella riduzione dei costi indiretti e previdenziali e nel coordinamento dei percorsi assistenziali multidisciplinari. Tale riconoscimento dovrebbe tradursi in un adeguato investimento in termini di risorse professionali, organizzative, formative e tecnologiche.

MESSAGGIO CONCLUSIVO

Le priorità individuate delineano una visione di sviluppo della Reumatologia italiana fondata su innovazione, equità, qualità dell'assistenza e sostenibilità. La loro progressiva attuazione potrà contribuire a rafforzare il ruolo della disciplina all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e a garantire ai cittadini percorsi di cura sempre più tempestivi, appropriati e orientati ai bisogni della persona.

CONCLUSIONI

Le malattie reumatologiche rappresentano oggi una delle principali sfide di salute pubblica per il nostro Paese. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della prevalenza delle malattie croniche, la crescente complessità clinica dei pazienti e la necessità di garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale rendono la Reumatologia una disciplina sempre più centrale nel sistema delle cure.

Negli ultimi decenni la ricerca scientifica, l'innovazione terapeutica e l'evoluzione dei modelli assistenziali hanno profondamente modificato la storia naturale di molte malattie reumatologiche. Oggi è possibile prevenire il danno articolare e d'organo, ridurre la disabilità, migliorare la qualità della vita e consentire a un numero crescente di persone di mantenere una piena partecipazione alla vita familiare, sociale e lavorativa. Si tratta di risultati che fino a pochi anni fa erano difficilmente raggiungibili e che testimoniano il profondo cambiamento vissuto dalla disciplina.

Affinché tali opportunità possano tradursi in benefici concreti per tutti i cittadini, è tuttavia necessario che l'evoluzione scientifica sia accompagnata da un corrispondente sviluppo organizzativo, formativo e istituzionale. La disponibilità di terapie innovative, da sola, non è sufficiente: occorre un sistema capace di garantire diagnosi tempestive, presa in carico multidisciplinare, continuità assistenziale, equità di accesso alle cure e un'adeguata valorizzazione della Reumatologia nella programmazione sanitaria nazionale e regionale.

La Reumatologia rappresenta oggi una disciplina strategica non solo per la gestione delle malattie dell'apparato muscoloscheletrico, ma anche per la presa in carico di pazienti affetti da malattie infiammatorie e autoimmuni sistemiche ad elevata complessità, frequentemente caratterizzate da interessamento multiorgano. In questo contesto, il reumatologo svolge un ruolo centrale nel coordinamento dei percorsi assistenziali e nell'integrazione delle diverse competenze specialistiche, contribuendo a garantire una gestione globale della persona.

Il presente Libro Bianco intende offrire alle Istituzioni un contributo tecnico-scientifico per orientare le future politiche sanitarie dedicate alla Reumatologia. Le analisi sviluppate, gli *unmet needs* individuati, le indicazioni strategiche formulate e le priorità proposte delineano un percorso di sviluppo fondato su innovazione, appropriatezza, equità e sostenibilità.

In questa direzione si colloca anche il Disegno di legge n. 946 [26], che propone risposte concrete ad alcune delle criticità evidenziate, con particolare attenzione allo sviluppo di una prevenzione predittiva e proattiva, alla promozione della diagnosi precoce e alle prospettive offerte dalla medicina genomica e personalizzata. L'integrazione di questi strumenti nei percorsi assistenziali, in una prospettiva di riconoscimento nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, può contribuire a costruire un modello di cura più efficace, appropriato e sostenibile. Innovazione, cultura della prevenzione ed educazione alle buone pratiche rappresentano, in tale prospettiva, elementi fondamentali per anticipare l'insorgenza e l'evoluzione della malattia, ridurre l'impatto sulla persona e sulla società e favorire un utilizzo più efficiente delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale.

Investire nella Reumatologia significa investire nella salute dei cittadini, nella prevenzione della disabilità, nella tutela della capacità lavorativa, nella qualità della vita delle persone e nella sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Rafforzare la reumatologia significa rafforzare la capacità del sistema sanitario di rispondere in maniera efficace alle grandi sfide poste dalla cronicità, dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente complessità assistenziale.

In questa prospettiva, la Società Italiana di Reumatologia rinnova la propria disponibilità a collaborare con le istituzioni, il mondo accademico, le professioni sanitarie e le associazioni dei pazienti per contribuire alla costruzione di una Reumatologia sempre più forte, innovativa e vicina ai bisogni delle persone.

BIBLIOGRAFIA

1. Società Italiana di Reumatologia (SIR). Classificazione delle malattie reumatologiche. Reumatismo. 2019;71(Suppl 2):4-7.
2. Società Italiana di Reumatologia (SIR). Organizzazione della rete reumatologica territoriale: documento di indirizzo. 2023.
3. Cricelli C, Brignoli O, Medea G, Parretti D, Lombardo FP, Lora Aprile PL, et al. Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2023: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2024. p. 158.
4. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana - anno 2023. Roma: ISTAT; 2024.
5. Società Italiana di Reumatologia (SIR). Fibromialgia. In Italia il primo Registro nazionale: accelerare la ricerca e sviluppare percorsi individuali.
6. IQVIA Italia, Osservatorio Salute. Fibromialgia in Italia: stime di prevalenza e percorso diagnostico-assistenziale. 2026.
7. Rossini M, Rossi E, Bernardi D, Viapiana O, Gatti D, Idolazzi L, et al. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in Italy. Rheumatol Int. 2014;34(5):659-664. doi:10.1007/s00296-014-2974-6.
8. Osele AG, Zen M, Salmaso L, Barbiellini Amidei C, Fedeli U, Giollo A, et al. Prevalence, incidence, mortality and causes of death in a large cohort of patients with rheumatoid arthritis: an Italian population-based study. RMD Open. 2026;12(1):e006394. doi:10.1136/rmdopen-2025-006394.
9. De Angelis R, Salaffi F, Grassi W; MAPPING Study Group. Prevalence of spondyloarthropathies in an Italian population sample: a regional community-based study. Scand J Rheumatol. 2007;36(1):14-21. doi:10.1080/03009740600904243.
10. Zen M, Salmaso L, Barbiellini Amidei C, Fedeli U, Bellio S, Iaccarino L, et al. Systemic lupus erythematosus incidence and prevalence in a large population-based study in northeastern Italy. Rheumatology (Oxford). 2023;62(8):2773-2779. doi:10.1093/rheumatology/keac685.
11. Ciaffi J, Morabito MF, Ruscitti P, D'Angelo S, Mancarella L, Brusi V, et al. Incidence, prevalence and mortality of systemic sclerosis in Italy: a nationwide population-based study using administrative health data. Rheumatol Int. 2021;41(1):129-137. doi:10.1007/s00296-020-04720-3.
12. Muratore F, Boiardi L, Mancuso P, Restuccia G, Galli E, Marvisi C, et al. Incidence and prevalence of large vessel vasculitis (giant cell arteritis and Takayasu arteritis) in northern Italy: a population-based study. Semin Arthritis Rheum. 2021;51(4):786-792. doi:10.1016/j.semarthrit.2021.06.001.
13. Catanoso M, Macchioni P, Boiardi L, Manenti L, Tumiatì B, Cavazza A, et al. Epidemiology of granulomatosis with polyangiitis (Wegener's granulomatosis) in Northern Italy: a 15-year population-based study. Semin Arthritis Rheum. 2014;44(2):202-207. doi:10.1016/j.semarthrit.2014.05.005.
14. Salvarani C, Pipitone N, Catanoso MG, Cimino L, Tumiatì B, Macchioni P, et al. Epidemiology and clinical course of Behçet's disease in the Reggio Emilia area of Northern Italy: a seventeen-year population-based study. Arthritis Rheum. 2007;57(1):171-178.
15. Olivieri I, Leccese P, Padula A, Nigro A, Palazzi C, D'Angelo S. High prevalence of Behçet's disease in southern Italy. Clin Exp Rheumatol. 2013;31(3 Suppl 77):S28-S31.
16. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Le dimensioni della salute in Italia. Anno 2013. Roma: ISTAT; 2015. p. 59, tavola 3.2.
17. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. Lancet. 2007;369(9563):767-778. doi:10.1016/S0140-6736(07)60363-8.
18. Associazione Malati Reumatici Emilia-Romagna (AMRER). Primo censimento ufficiale delle malattie reumatiche basato sulle esenzioni-ticket. Bologna; 2015 Jan 29.
19. Orphanet. Orphanet Nomenclature Pack Description (Files for Coding). Version 5. Paris: Orphanet; July 2025.
20. Ministero della Sanità. Decreto 18 maggio 2001, n. 279. Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124. Gazz Uff Repub Ital. 2001 Jul 12;(160 Suppl Ord 180/L).
21. European Organization for Rare Diseases (EURORDIS). Juggling care and daily life: the impact of rare diseases on patients and families. Rare Barometer Survey. Paris: EURORDIS; 2024.

22. Marcellusi A, Viti R, Capone A, Mennini FS. Economic burden of rheumatoid arthritis in Italy: possible consequences on anti-citrullinated protein antibody-positive patients. Clin Drug Investig. 2017;37(4):375-386. doi:10.1007/s40261-016-0491-y.
23. Osservatorio Sanità e Salute. Ricerca sull'impatto economico e sociale delle malattie reumatiche. Ridolfi A, curatore. Roma; 2008 Dec 4.
24. Associazione Nazionale Malati Reumatici (ANMAR). Fit for Work Italia. Malattie reumatiche e lavoro: l'impatto socioeconomico delle malattie reumatiche in età lavorativa. Roma: ANMAR; 2012.
25. Manara M, Bianchi G, Bruschi E, Cattelan F, Frassi M, D'Onofrio F, et al. Impact of one-year treatment with biotechnological drugs on work ability in patients with rheumatoid arthritis in Italy: a prospective real-life study. Clin Exp Rheumatol. 2021;39(5):1083-1089].
26. Senato della Repubblica. Disegno di legge n. 946, XIX Legislatura: riorganizzazione e potenziamento dei servizi sanitari in ambito reumatologico [Internet]. Roma: Senato della Repubblica; 2023 [cited 2026 Sep 13].
27. Konzett V, Laskou F, Smolen JS, Edwards CJ, Aletaha D, van der Heijde D, et al. Efficacy of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2025 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2026;85(6):1039-1054. doi:10.1016/j.ard.2026.03.020.
28. Smolen JS, Edwards CJ, Konzett V, Laskou F, Aletaha D, Caporali R, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: 2025 update. Ann Rheum Dis. 2026;85(6):991-1009. doi:10.1016/j.ard.2026.01.023.
29. Webers C, Ortolan A, Sepriano A, Falzon L, Baraliakos X, Landewé RBM, et al. Efficacy and safety of biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2022 update of the ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):130-141. doi:10.1136/ard-2022-223298.
30. van der Togt CJT, van den Bernt BJF, Aletaha D, Alten R, Chatzidionysiou K, Galloway J, et al. Points to consider for cost-effective use of biological and targeted synthetic DMARDs in inflammatory rheumatic diseases: results from an umbrella review and international Delphi study. RMD Open. 2023;9(1):e002898. doi:10.1136/rmdopen-2022-002898.
31. Hsieh PH, Wu O, Geue C, McIntosh E, McInnes IB, Siebert S. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. Ann Rheum Dis. 2020;79(6):771-777. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216243.
32. Iannazzo S, Furneri G, Demma F, Distanti C, Parisi S, Berti V, et al. The burden of rheumatic diseases: an analysis of an Italian administrative database. Rheumatol Ther. 2016;3(1):167-177. doi:10.1007/s40744-016-0034-2.
33. Hysa E, Gotelli E, Pizzorni C, Paolino S, Sulli A, Smith V, et al. A matter arising: when should inflammatory and autoimmune rheumatic diseases be considered 'early'? Eur J Clin Invest. 2026;56(1):e70136. doi:10.1111/eci.70136.
34. van Mulligen E, Rutten-van Mölken M, van der Helm-van Mil AHM. Early identification of rheumatoid arthritis: does it induce treatment-related cost savings? Ann Rheum Dis. 2024;83(12):1647-1656. doi:10.1136/ard-2024-225746.
35. Bandinelli F, Martinelli-Consumi B, Manetti M, Vallecoccia MS. Sex bias in diagnostic delay: are axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis still phantom diseases in women? A systematic review and meta-analysis. J Pers Med. 2024;14(1):91. doi:10.3390/jpm14010091.
36. Ramírez-Flores MF, Hernandez-Garduno A, Quintana R, Fuentes-Silva Y, Nieto R, Cano-Gámez T, et al. Factors associated with delay in the diagnosis and treatment of systemic lupus erythematosus in adult patients: a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2025;64(11):5597-5610. doi:10.1093/rheumatology/keaf384.
37. Burgers LE, Raza K, van der Helm-van Mil AHM. Window of opportunity in rheumatoid arthritis - definitions and supporting evidence: from old to new perspectives. RMD Open. 2019;5(1):e000870. doi:10.1136/rmdopen-2018-000870.
38. Gremese E, Salaffi F, Bosello SL, Ciapetti A, Bobbio-Pallavicini F, Caporali R, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. Ann Rheum Dis. 2013;72(6):858-862. doi:10.1136/annrheumdis-2011-201456.
39. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2015;74(6):1045-1050. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204858.
40. Smolen JS, Caporali R, Doerner T, Fautrel B, Benedetti F, Pieper B, et al. Treatment journey in rheumatoid arthritis with biosimilars: from better access to good disease control through cost savings and prevention of placebo effects. RMD Open. 2021;7(2):e001637. doi:10.1136/rmdopen-2021-001637.
41. Hao Y, Oon S, Nikpour M. Efficacy and safety of treat-to-target strategy studies in rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum. 2024;67:152465. doi:10.1016/j.semarthrit.2024.152465.

42. Gunkl-Tóth L, McInnes IB, Nagy G. Bridging the gap: combining treat-to-target and difficult-to-treat strategies in the management of rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2026;22(5):319-327. doi:10.1038/s41584-026-01354-w.
43. Rosina S, Rebollo-Giménez AI, Consolaro A, Ravelli A. Treat-to-target in pediatric rheumatic diseases. *Curr Rheumatol Rep*. 2023;25(11):226-235. doi:10.1007/s11926-023-01112-x.
44. Turchetti G, Bellelli S, Mosca M. Costs associated with rheumatoid arthritis in Italy: past, present, and future. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2016;8:461-472. doi:10.2147/CEOR.S91006.
45. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), Società Italiana di Reumatologia (SIR), Società Italiana di Telemedicina (SIT). La telemedicina in Reumatologia: modelli e standard di riferimento. Roma: AGENAS; 2025.
46. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), Società Italiana di Reumatologia (SIR), Società Italiana di Telemedicina (SIT). L'erogazione dei servizi di telemedicina in ambito reumatologico. Roma: AGENAS; 2025.
47. Iannone F, Sinigaglia L, Favalli EG, Sarzi Puttini P, Atzeni F, Caporali R, et al. Drug survival of adalimumab in patients with rheumatoid arthritis over 10 years in the real-world settings: high rate remission together with normal function ability. *Clin Rheumatol*. 2016;35:2649-2656. doi:10.1007/s10067-016-3349-z.
48. Colombo D, Frassi M, Pagano Mariano G, Fusaro E, Lomater C, Del Medico P, et al. Real-world evidence of biologic treatments in psoriatic arthritis in Italy: results of the CHRONOS (EffeCtiveness of biologic treatments for psoriatic arthRitis in Italy: an ObservatioNal lOngitudinal Study of real-life clinical practice) observational longitudinal study. *BMC Rheumatol*. 2022;6(1):57. doi:10.1186/s41927-022-00284-w.
49. Tani C, Cardelli C, Moroni L, Zen M, Bottazzi F, Fredi M, et al. Patient profiles and early response in patients with systemic lupus erythematosus initiating anifrolumab: interim analysis from the ongoing multicentre observational REVEAL study. *Lancet Rheumatol*. 2026;8(3):e181-e191. doi:10.1016/S2665-9913(25)00316-9.
50. Gatto M, Saccon F, Zen M, Regola F, Fredi M, Andreoli L, et al. Early disease and low baseline damage as predictors of response to belimumab in patients with systemic lupus erythematosus in a real-life setting. *Arthritis Rheumatol*. 2020;72(8):1314-1324. doi:10.1002/art.41253.
51. Bracalenti M, Zen M, Bianchi B, Bortoluzzi A, Brussino L, Castrignanò P, et al. Efficacy of belimumab on different joint and skin manifestations of systemic lupus erythematosus: real-life data from a new multicentric, nationwide Italian cohort (BeRLiSS-JS 2.0). *Biologics*. 2025;19:651-663. doi:10.2147/BTT.S536660.
52. Zen M, Gatto M, Depascale R, Regola F, Fredi M, Andreoli L, et al. Early and late response and glucocorticoid-sparing effect of belimumab in patients with systemic lupus erythematosus with joint and skin manifestations: results from the Belimumab in Real Life Setting Study-Joint and Skin (BeRLiSS-JS). *J Pers Med*. 2023;13(4):691. doi:10.3390/jpm13040691.
53. Iaccarino L, Bartoloni E, Carli L, Ceccarelli F, Conti F, De Vita S, et al. Efficacy and safety of off-label use of rituximab in refractory lupus: data from the Italian Multicentre Registry. *Clin Exp Rheumatol*. 2015;33(4):449-456.
54. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2025. Roma: AIFA; 2026.
55. Vitturi G, Piccoli L, Spini A, Pellegrini G, L'Abbate L, Bellitto C, et al. Impact of regional healthcare policy interventions on biosimilar use: a 10-year evaluation of TNF α inhibitors utilization in Italy. *Pharmaceut Med*. 2026 Aug 18. doi:10.1007/s40290-026-00629-7.
56. Salaffi F, Farah S, Di Donato E, Sonnati M, Filippucci E, De Angelis R, et al. Remote-customized telecontrol for patients with rheumatoid arthritis: the iARPlus (Innovative Approach in Rheumatology) initiative. *J Pers Med*. 2025;15(1):30. doi:10.3390/jpm15010030.
57. Elaborazione su PubMed: ricerca per principali patologie reumatologiche mediante termini MeSH e Title/Abstract, combinata con Italy[Affiliation]; periodo 1 gennaio 2016-31 dicembre 2025.
58. Società Italiana di Reumatologia (SIR). Le raccomandazioni della Società Italiana di Reumatologia sulle vaccinazioni nei pazienti affetti da malattie reumatologiche. Roma: Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità; 2024.
59. Società Italiana di Reumatologia (SIR). Le raccomandazioni della Società Italiana di Reumatologia sul trattamento del paziente con artrite reumatoide e interstiziopatia polmonare. Roma: Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità; 2024.
60. Società Italiana di Reumatologia (SIR). La salute riproduttiva nei pazienti con malattie reumatologiche: linea guida per la pratica clinica. Roma: Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità; 2023.
61. Società Italiana di Reumatologia (SIR). Linee guida per la pratica clinica della Società Italiana di Reumatologia sulla diagnosi e sul trattamento delle vasculiti dei grossi vasi. Roma: Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità; 2021.
62. Salaffi F, Ciapetti A, Gasparini S, Carotti M. Patient-reported outcomes in reumatologia: scale e questionari. Fidenza (PR): Mattioli 1885; 2012.
63. Salaffi F, Carotti M. Clinimetria delle malattie muscoloscheletriche. Scale e punteggi. 2ª ed. Fidenza (PR): Mattioli 1885; 2007. 469 p. ISBN 978-88-6261-008-7.
64. Iacovantuono M, Ferrigno S, Conigliaro P, Triggianese P, D'Antonio A, Spinelli FR, et al. Evaluation of diagnostic and therapeutic delay in patients with rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Reumatismo*. 2024;76(1):35-42. doi:10.4081/reumatismo.2024.1607.
65. Società Italiana di Reumatologia (SIR). Memoria sul Disegno di legge 'Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria' (A.S. 227, 726, 811). Roma: Senato della Repubblica, Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale; 2025 Mar 6.
66. Ministero della Salute, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Co.Ge.A.P.S. Medici specialisti attivi per genere, età, area di specializzazione e specializzazione prevalente esercitata. Anno 2024. Roma: Ministero della Salute; 2026. Tavole 1-2.
67. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 23 ottobre 2025. Roma: Ministero della Salute; 2025.
68. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Sabaté E, editor. Geneva: World Health Organization; 2003.
69. Società Italiana di Reumatologia (SIR). La prevenzione in reumatologia. Documento promosso e redatto dalla Società Italiana di Reumatologia. 2025 Jul.
70. Scagnellato L, Salvato M, Iorio L, Moccaldi B, Giollo A, Zanatta E, et al. Primordial and primary prevention in rheumatological diseases: the time has come. *Autoimmun Rev*. 2025;24(9):103891. doi:10.1016/j.autrev.2025.103891.
71. Colina M, Campana G. Precision medicine in rheumatology: the role of biomarkers in diagnosis and treatment optimization. *J Clin Med*. 2025;14(5):1735. doi:10.3390/jcm14051735.
72. Nascimento RRN, Piotto DGP, Freire EAM, Neves FS, Sztajn bok FR, Bica BERG, et al. Rare diseases: what rheumatologists need to know? *Adv Rheumatol*. 2024;64(1):74. doi:10.1186/s42358-024-00407-6.
73. Bender TTA, Leyens J, Sellin J, Kravchenko D, Conrad R, Mücke M, et al. Therapeutic options for patients with rare rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;15:308. doi:10.1186/s13023-020-01576-5.
74. Baillet A, Gossec L, Carmona L, de Wit M, van Eijk-Hustings Y, Bertheussen H, et al. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(6):965-973. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209233.
75. Gilcrease W, Manfredi L, Sciascia S, Ricceri F. From multimorbidity to network medicine in patients with rheumatic diseases. *Rheumatol Ther*. 2025;12(1):1-24. doi:10.1007/s40744-024-00724-8.



Società Italiana di Reumatologia

Via Andrea Appiani, 19, 20121 Milano

www.reumatologia.it

segreteria.sir@reumatologia.it

Prima edizione: ottobre 2026