



Il valore del raggiungimento della remissione nelle patologie reumatiche infiammatorie

Un glossario delle evidenze

Aggiornamento 2025



**Global
Remission
Coalition**



Informazioni

Questo glossario delle evidenze riassume le ricerche recenti sulle patologie reumatiche infiammatorie e il valore della remissione.

Questo documento funge da accompagnamento al rapporto della Global Alliance for Patient Access intitolato [The Value of Achieving Remission in Inflammatory Rheumatic Conditions](#) (aprile 2024) ed è un aggiornamento della versione del giugno del documento del 2024.

Remissione	4
Prevalenza	8
Impatto	10
Azione precoce	13
Vantaggi della remissione	15
Soluzioni collaudate	25

La Global Alliance for Patient Access ha collaborato con Patvocates per compilare la ricerca evidenziata in questo glossario.

L'edizione 2025 del Glossario delle evidenze introduce nuovi dati per:



Approfondire la comprensione della remissione:

cosa significa veramente per i pazienti, quanto può essere trasformativo il suo impatto e in che modo le linee guida di trattamento in evoluzione dovrebbero riflettere sempre più la prospettiva del paziente e supportare l'accesso al trattamento a più tipi di farmaci quando necessario.



Evidenziare l'impatto in tutte le fasce di età,

osservando che l'artrite reumatoide e la gotta stanno diventando più comuni tra gli adolescenti e i giovani adulti, con potenziali conseguenze permanenti se non vengono trattate tempestivamente.



Sottolineare il legame tra patologie reumatiche e muscoloscheletriche (MSK)* e dolore cronico,

evidenziando gli effetti ad ampio raggio e a lungo termine del dolore cronico sugli individui e sulla società.



Sottolineare l'importanza di un intervento precoce

sul posto di lavoro, comprese strategie strutturate di ritorno al lavoro al fine di prevenire il passaggio alla disoccupazione di lunga durata e alla dipendenza da sussidi di malattia o invalidità.

*Nel contesto del presente glossario delle evidenze, con il termine "malattie MSK" si intendono anche le patologie reumatiche infiammatorie.



The background image is a photograph of a medical or caregiving scene. A man in a white lab coat is seated and holding the hand of a woman lying down. Another woman in a white lab coat stands behind the woman lying down, looking down at her. The entire image is overlaid with a semi-transparent orange filter. On the left side, there are several overlapping geometric shapes in shades of orange and white, creating a modern, abstract design element.

Remissione

Che cos'è la remissione?

Remissione significa che l'attività, i segni e i sintomi di una malattia scompaiono: **"L'attività della malattia è praticamente scomparsa"**.¹ Per i reumatologi, la remissione o la bassa attività della malattia (LDA) potrebbero essere troppo spesso considerate solo come i risultati di esami del sangue, risonanze magnetiche e punteggi di infiammazione basati sui criteri di remissione ACR/EULAR.² Per i pazienti, la remissione significa molto di più. Le persone che raggiungono la remissione spesso sperimentano una **trasformazione nella loro vita quotidiana**: meno dolore, meno affaticamento e un ritorno alla normale routine. La remissione può innescare una catena di cambiamenti positivi:

- **Meno dolore** significa più libertà di movimento, con conseguente miglioramento delle capacità fisiche
- **Una migliore capacità fisica** consente di svolgere più attività quotidiane e di ottenere risultati giornalieri
- Questi **risultati** creano un senso di successo e fiducia in se stessi
- **La fiducia** supporta l'interazione sociale, la ricerca di un lavoro e il rendimento professionale
- La **vita sociale** e il lavoro favoriscono l'autonomia, l'indipendenza, la stabilità finanziaria e la salute mentale
- Tutto questo porta a una **vita più appagante e di qualità superiore**³

OMERACT si è impegnata per definire e misurare la remissione dal punto di vista del paziente. Ha identificato le tre aree chiave che contano di più: **dolore, affaticamento e indipendenza**. L'indipendenza è difficile da misurare. La maggior parte degli strumenti si concentra solo sulla funzione fisica, che è solo una parte dell'indipendenza. I pazienti descrivono l'indipendenza attraverso quattro temi principali:

- Il ritorno a uno stato precedente alla malattia reumatica
- Essere abili dal punto di vista fisico e funzionale
- Una sensazione di libertà senza bisogno di dipendere dagli altri
- Avere il controllo sull'organizzazione della propria vita

Questo può essere riassunto come segue: "Essere in grado di fare ciò che si vuole, quando si vuole, nel modo in cui vsi vuole" e "Quasi dimenticare di avere una malattia."^{4,5,6} Poiché l'impatto del dolore, dell'affaticamento e della perdita di indipendenza è così negativo, tutti i pazienti dovrebbero avere il diritto di aspirare alla remissione.



Tutti i pazienti dovrebbero avere il diritto di aspirare alla remissione.

1 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

2 Felson et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Ann Rheum Dis. 2011. PMID: 21292833

3 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 aprile 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

4 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

5 Khoo et al. Defining independence: A scoping review by the OMERACT patient perspective of remission in rheumatoid arthritis group. Semin Arthritis Rheum. Feb 2023;58:152152.

6 Flurey et al. "It means almost forgetting that you've got a disease": An OMERACT study to define independence in the context of rheumatoid arthritis remission from the patient perspective. Seminars in Arthritis and Rheumatism 68 (2024) 152526.

Accesso equo all'intera gamma di opzioni terapeutiche

Le raccomandazioni terapeutiche EULAR per l'**artrite reumatoide (AR)**¹ e l'**artrite psoriasica (AP)**² si sono evolute per includere sia la **prospettiva dei pazienti che quella della società**.

Ad esempio:

Principio generale D per l'AP:

L'obiettivo primario del trattamento dei pazienti con AP è quello di massimizzare la qualità della vita correlata alla salute, attraverso il controllo dei sintomi, la prevenzione dei danni strutturali, la normalizzazione della funzione e la partecipazione sociale; l'abrogazione (arresto) dell'infiammazione è una componente importante per raggiungere questi obiettivi (invariato).²

Principio generale E per l'AR:

L'AR comporta elevati costi individuali, medici e sociali, che dovrebbero essere considerati nella sua gestione dal reumatologo curante.¹



¹ Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: Aggiornamento 2022. doi:10.1136/ard-2022-223356.

² Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: Aggiornamento 2023. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

In linea con questi principi, le raccomandazioni sottolineano l'importanza di puntare alla remissione: Il trattamento deve mirare al raggiungimento della remissione o, laddove ciò non sia possibile per il paziente, a una bassa attività di malattia, mediante una regolare valutazione dell'attività della malattia e un adeguato aggiustamento della terapia.¹ Poiché AR e AP possono variare notevolmente tra gli individui, i pazienti possono aver bisogno di **accedere a più tipi di farmaci** con diversi meccanismi d'azione. Nel corso del tempo, potrebbe anche essere necessario cambiare trattamento (Principio D per l'AR²).

Entrambe le serie di raccomandazioni richiedono ulteriori ricerche sul passaggio a un altro trattamento. Per l'AP, in caso di risposta inadeguata o intolleranza, si raccomanda il passaggio a un altro farmaco biologico (bDMARD – Farmaco biologico antireumatico modificante la malattia) o a un DMARD sintetico mirato (tsDMARD). Ciò include un passaggio all'interno della stessa classe di farmaci.¹

Le evidenze emergenti dimostrano che il **passaggio tra classi di farmaci** (ad esempio, da un inibitore del TNF a un inibitore JAK) spesso porta ad esiti migliori rispetto al passaggio all'interno della stessa classe. Le evidenze dimostrano che i pazienti che passano a un'altra classe di farmaci hanno:

- 1,7 volte più probabilità di raggiungere la remissione
- 2,2 volte più probabilità di non provare dolore
- 1,8 volte più probabilità di dimostrare una maggiore aderenza³

Per i pazienti in remissione sostenuta, è possibile prendere in considerazione la riduzione della dose (chiamata tapering) di DMARD. Ciò significa ridurre la dose, non interrompere completamente il farmaco, poiché l'interruzione spesso porta a riacutizzazioni.¹ Per l'AR, l'idea che i DMARD debbano essere sempre continuati è stata messa in discussione. Questa convinzione si basa principalmente sui dati di pazienti che utilizzano farmaci biologici (bDMARD), un gruppo generalmente più difficile da trattare e con meno probabilità di ottenere una remissione senza farmaci. Tuttavia, per i pazienti che non necessitano di farmaci biologici, è possibile la remissione senza DMARD. Gli studi dimostrano che il 20-38% di questi pazienti può interrompere il trattamento senza che la malattia si ripresenti.^{4,5,6}

**È possibile
la remissione
senza DMARD.**



1 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: Aggiornamento 2023. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.
2 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: Aggiornamento 2022. doi:10.1136/ard-2022-223356.
3 Caporali et al. A Real-World Comparison of Clinical Effectiveness in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Upadacitinib, Tumor Necrosis Factor Inhibitors, and Other Advanced Therapies After Switching from an Initial Tumor Necrosis Factor Inhibitor. Adv Ther (2024) 41:3706–3721.

4 Heutz et al. Sustained DMARD-free remission in subgroups of patients with rheumatoid arthritis: an analysis of two prospective cohorts with early arthritis. DOI: 10.1016/S2665-9913(24)00234-0.

5 Mulligen. Tapering conventional synthetic DMARDs towards sustained drug-free remission in rheumatoid arthritis. Lancet Rheumatol. Maggio 2024;6(5):e254–e255.

6 Kjørholt et al. Effects of tapering conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs to drug-free remission versus stable treatment in rheumatoid arthritis (ARCTIC REWIND): 3-year results from an open-label, randomised controlled, non-inferiority trial. Lancet Rheumatol. Maggio 2024;6(5):e268–e278.



Prevalenza

La prevalenza aumenterà sostanzialmente

Non disponiamo di dati precisi a livello mondiale sul numero di persone affette da **patologie reumatiche infiammatorie**. Tuttavia, se usiamo la stima più bassa della Germania e la applichiamo alla popolazione adulta mondiale, si stima che circa **135 milioni di persone** potrebbero esserne affette.¹

Artrite reumatoide (AR)

L'AR è una malattia infiammatoria cronica che colpisce principalmente le articolazioni. Provoca dolore, gonfiore e rigidità alle articolazioni e, nel tempo, può causare danni e deformità alle articolazioni. L'AR può colpire anche altre parti del corpo, tra cui pelle, occhi, polmoni, muscoli, nervi e cuore.

- Oltre **18 milioni di persone** attualmente convivono con l'AR in tutto il mondo^{2,3}
- L'AR è **2-3 volte più comune nelle donne** che negli uomini^{4,5}
- **Entro il 2050**, il numero di persone con AR dovrebbe salire a **quasi 32 milioni**, un aumento dell'80%, secondo il Global Burden of Disease Study³
In alcune regioni si prevede un aumento di oltre il 200%:
 - Africa subsahariana orientale, centrale e occidentale
 - Asia meridionale
 - Oceania
 - Africa subsahariana meridionale³

*La SpA comprende la SpA assiale (axSpA), sia radiografica che non radiografica, la SpA enteropatica, la SpA periferica, l'artrite psoriasica e l'artrite reattiva. La SpA assiale radiografica era precedentemente denominata spondilite anchilosante (AS).

Spondiloartrite (SpA)

La spondiloartrite (SpA)* è un gruppo di malattie infiammatorie croniche che colpiscono principalmente la colonna vertebrale e talvolta altre articolazioni. Provoca dolore, affaticamento, rigidità e mobilità ridotta. Può colpire anche altre parti del corpo, come gli occhi, la pelle e l'intestino.

- La prevalenza mondiale della SpA non è ben nota. È stato stimato che varia dallo 0,20% nel Sud-est asiatico all'1,61% nelle regioni artiche.
- Numero stimato di persone che convivono con la SpA:
 - **13,1 milioni in Asia orientale**
 - **4,5 milioni negli Stati Uniti**
 - **4,0 milioni in Europa**⁶

Sebbene queste stime suggeriscano che circa **65 milioni di persone a livello globale** soffrono di SpA, i dati sulla spondiloartrite assiale (axSpA), una forma comune di SpA, indicano che il numero potrebbe essere ancora più elevato. Circa 1 persona su 150 in tutto il mondo soffre di axSpA, ovvero circa 50 milioni di individui. Poiché l'axSpA rappresenta circa la metà di tutti i casi SpA, il numero totale di persone colpite potrebbe essere **più vicino ai 100 milioni**.⁷ Anche nei paesi sviluppati come il Regno Unito, l'axSpA potrebbe essere sottodiagnosticata di oltre tre volte, secondo alcuni studi.⁸

1 Albrecht et al. Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. *Z Rheumatol* 2024;83(Suppl1):S20-S30.

2 Organizzazione mondiale della sanità. Rheumatoid arthritis: key facts. 28 giugno 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

3 GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(10):e594-e610.

4 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316-22.

5 Gravallese e Firestein. Rheumatoid Arthritis - Common Origins, Divergent Mechanisms. *N Engl J Med*. 9 feb 2023;388(6):529-542.

6 Stolwijk C, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: a systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res*. 2016;68(9):1320-31

7 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Hamilton et al. The prevalence of axial spondyloarthritis in the UK: a cross-sectional cohort study. *Bmc Musculoskeletal Disorders* (2015) 16:392.

A woman with curly hair tied in a bun is sitting on a bed with a patterned duvet. She is holding her neck with both hands, looking down with a pained expression. The entire image is overlaid with a semi-transparent purple filter. On the left side, there are several overlapping, semi-transparent white geometric shapes, including triangles and polygons. The word "Impatto" is written in a large, white, sans-serif font on the right side of the image.

Impatto

Le patologie reumatiche e muscoloscheletriche sono debilitanti

Una grande sfida sanitaria globale

- Le patologie reumatiche infiammatorie fanno parte della più ampia famiglia di malattie muscoloscheletriche (MSK). **Le malattie MSK colpiscono oltre 1,5 miliardi di persone** in tutto il mondo e causano **150 milioni di anni vissuti con disabilità**.¹
- Tra il **2000 e il 2015**, il carico globale delle malattie MSK è aumentato drasticamente, passando da **80 milioni a 108 milioni di DALY** (anni di vita corretti per la disabilità), secondo un'analisi sistematica del database sul carico delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che copre 183 Paesi.
- **Entro il 2019, le malattie MSK sono diventate la principale causa di disabilità in tutto il mondo**, responsabili del 17% di tutti gli anni vissuti con disabilità (YLD).^{2,3}
- L'aumento del carico è particolarmente forte nei Paesi ad alto reddito a causa dell'invecchiamento della popolazione. Si prevedono tendenze

simili nei Paesi a basso reddito, con il miglioramento dell'assistenza sanitaria e l'aumento dei rischi legati allo stile di vita, come il fumo, l'obesità e la riduzione dell'attività fisica.⁴

Malattie MSK e dolore cronico

- **L'85% dei casi di dolore cronico** è legato alle malattie MSK. Quindi, affrontare le malattie MSK significa affrontare il dolore cronico e il suo impatto sulle persone, sulle popolazioni, sul sistema sanitario e sull'economia.⁵
- L'impatto del dolore è di vasta portata, essendo il principale fattore predittivo della **salute psicosociale**,⁶ prevedendo in modo indipendente la **disabilità lavorativa**⁷ ed essendo associato a una peggiore **qualità della vita, del funzionamento, della salute mentale, dell'affaticamento e del benessere**.^{8,9,10,11,12}
- In Inghilterra, oltre 15 milioni di persone (34%) convivono con il dolore cronico.¹³

1 Serie di webinar dell'OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 1: Global burden of MSK conditions.

2 Serie di webinar dell'OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 2: Life-course approach to addressing MSK conditions.

3 Vos, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1135–59

4 Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):844–48.

5 Serie di webinar dell'OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 3: Health promotion and prevention.

6 Courvoisier et al. Pain as an important predictor of psychosocial health in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Feb 2012;64(2):190–6.

7 Wolfe e Hawley. The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823. *J Rheumatol*. 1998 Nov;25(11):2108–17.

8 Conaghan et al. Relationship of pain and fatigue with health-related quality of life and work in patients with psoriatic arthritis on TNFi: results of a multi-national real-world study. *Rheumatology (Oxford)*. 5 gen 2021;60(1):316–321.

9 Hirano et al. Determinants of the patient global assessment of well-being in early axial spondyloarthritis: 5-year longitudinal data from the DESIR cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 5 gen 2021;60(1):316–321.

10 Euesden et al. The Relationship Between Mental Health, Disease Severity, and Genetic Risk for Depression in Early Rheumatoid Arthritis. *Psychosom Med. Lug/Ago 2017;79(6):638–645*.

11 Pollard et al. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology (Oxford)*. Lug 2006;45(7):885–9.

12 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. *Rheumatology Advances in Practice*, Volume 8, Issue 4, 2024.

13 Ellis et al. Chronic Pain in England: Unseen, Unequal and Unfair. *Versus Arthritis*. <https://versusarthritis.org/media/23739/chronic-pain-report-june2021.pdf>

Tutte le fasce di età sono interessate

- Sebbene le malattie MSK possano verificarsi a qualsiasi età, anche nell'infanzia, l'incidenza inizia ad aumentare più marcatamente intorno ai 10 anni e continua ad aumentare costantemente nel corso della vita. Non è "solo" una malattia degli anziani.¹
- In Inghilterra e Scozia, il 2% dei bambini sotto i 16 anni ha una malattia MSK a lungo termine^{2,3,4}
- Tra gli adolescenti e i giovani adulti (15-39 anni), è emerso che le malattie MSK sono la terza causa principale dei DALY globali, **con un aumento del 39% della prevalenza negli ultimi 30 anni**⁵
- Le patologie come l'AR e la gotta sono sempre più comuni in questa fascia di età⁵ e influenzano importanti eventi della vita come l'istruzione, l'avanzamento di carriera, la formazione delle relazioni e la genitorialità, potenzialmente **limitando gli obiettivi di vita dei giovani**



In Europa, entro il 2030, **fino al 50% delle persone in età lavorativa** potrebbe ricevere una diagnosi di malattia MSK cronica

Impatto nell'Unione europea e nel Regno Unito

- In Europa, entro il 2030, **fino al 50% delle persone in età lavorativa** potrebbe ricevere una diagnosi di **malattia MSK cronica**⁶
- Le malattie MSK sono responsabili della **metà di tutte le assenze dal lavoro e del 60% delle invalidità lavorative permanenti**⁷
- Nel Regno Unito, le malattie MSK sono una delle principali cause di disabilità.⁸
- Nel Regno Unito, un esempio di Paese ad alto reddito, le malattie MSK rientrano nella Major Conditions Strategy (Strategia per le patologie gravi), che sottolinea l'importanza della diagnosi precoce, dell'intervento precoce e del trattamento di qualità.⁸
- Nel dibattito politico del Regno Unito, si riconosce che, oltre all'impatto umano delle malattie MSK, questa può portare alla **disoccupazione e all'impoverimento**, nonché a costi sostanziali per lo Stato sotto forma di sicurezza sociale e spesa del SSN. **"È una questione di vitalità economica."**⁹

1 Serie di webinar dell'OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 1: Global burden of MSK conditions.

2 Scottish Government. Scottish Health Survey 2021. <https://www.gov.scot/collections/scottish-health-survey/>

3 Moody, et al. Health Survey for England 2018: Longstanding conditions. 2019 Health and Social Care Information Centre. National Health System, Regno Unito.

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffkix/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Guan, et al. Global burden and risk factors of musculoskeletal disorders among adolescents and young adults in 204 countries and territories, 1990-2019, Autoimmunity Reviews, Volume 22, Issue 8, 2023, 103361, ISSN 1568-9972.

6 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316-22

7 Why early management of chronic disease in the EU workforce should be a priority: a call for action for the Latvian presidency of the EU & member states.

8 Department of Health & Social Care. Major conditions strategy: case for change and our strategic workforce. 21 agosto 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2>

9 Parlamento del Regno Unito. Musculoskeletal conditions and employment. 10 gen 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>



Azione Precoce

Agire precocemente previene la disabilità a lungo termine

- Agire precocemente nelle malattie infiammatorie MSK può evitare danni irreversibili. Nel 2010, l'AR da sola ha causato **4,8 milioni di DALY** a livello globale.¹
- Nel Regno Unito, l'AR rappresenta oltre **50.000 YLD**.²
- Le malattie reumatiche infiammatorie influiscono sulla salute fisica e mentale. **Una persona su 3** con AR nel Regno Unito sperimenta **problemi di salute mentale** come ansia o depressione, e la depressione è 2-3 volte più comune rispetto alla popolazione generale.^{2,3,4}
- L'AR aumenta il rischio di morte: uno studio statunitense ha dimostrato un **aumento della mortalità del 27%**, anche tenendo conto di altre condizioni di salute.^{5,6}
- Grazie a trattamenti migliori, le persone con AR oggi vivono più a lungo che mai, ma spesso trascorrono molti anni con disabilità. In effetti, la maggior parte dei 4,8 milioni di DALY sono dovuti ad anni vissuti con disabilità, non alla morte prematura. Ciò equivale a **4.800.000 anni di vita in buona salute persi**.¹
- Sebbene l'intervento precoce sia fondamentale, troppo pochi pazienti riconoscono questo fatto. Nel Regno Unito, **il 50%-75% delle persone con AR aspetta oltre 3 mesi** prima di cercare aiuto. Dopodiché, i pazienti visitano il proprio medico di base in media 4 volte prima di essere indirizzati a uno specialista. In media, ci vogliono **9 mesi dall'insorgenza dei sintomi al trattamento**.⁷
- Poiché l'**axSpA** è una malattia profondamente fraintesa e sottovalutata, ci vogliono in media **7,4 anni per ricevere la diagnosi**, con un range che va da 4,2 anni in Asia a 10,8 anni in Sudafrica. **Le donne aspettano 2 anni in più rispetto agli uomini**. Durante questo periodo, il danno si accumula e la prognosi della persona peggiora considerevolmente. Poiché l'axSpA spesso inizia quando la persona ha circa 20 anni, una diagnosi ritardata può significare una vita di disabilità in gran parte prevenibile.^{8,9}



Nel 2010, l'AR da sola ha causato **4,8 milioni di DALY** a livello globale.

1 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316-22.

2 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

3 Marrie et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Lug 2018;70(7):970-978.

4 Hoek et al. Long-term physical functioning and its association with somatic comorbidity and comorbid depression in patients with established rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Lug 2013;65(7):1157-65.

5 Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum*. 2003;48(1):54-58.

6 Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. *Arthritis Rheum*. 2003;48(9):2425-33.

7 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 luglio 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

8 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

9 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 aprile 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>



Benefici Della Remissione

Il raggiungimento della remissione è un punto di svolta per i pazienti e i sistemi sanitari

L'approccio alle malattie reumatiche infiammatorie solo dal punto di vista della MSK non è corretto nei confronti delle persone affette da patologie infiammatorie. Tali strategie si concentrano su problemi come il dolore lombare o l'osteoartrite, dando particolare importanza alla terapia fisica, alla chirurgia o agli adeguamenti del posto di lavoro.

Le persone con AR attualmente non ricevono cure adeguate:

- Il trattamento spesso non viene iniziato entro la finestra terapeutica critica di 12 settimane¹
- Anche tra coloro che ricevono il trattamento, il 70% non raggiunge la remissione²

Le prospettive sono peggiori per la SpA:

- Anche con una diagnosi, che può comunemente richiedere fino a 7 anni, il 75% dei pazienti con axSpA riferisce che la malattia è **controllata in modo subottimale** (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI ≥ 4), portando a livelli significativamente maggiori di dolore, affaticamento, rigidità e difficoltà nello svolgimento delle attività di routine.³
- Le persone con malattia non controllata in modo ottimale riferiscono un numero medio di 2,4 comorbidità, rispetto alle 1,4 riferite da quelle con malattia controllata.³

Per le malattie infiammatorie, **l'obiettivo dovrebbe essere la prevenzione attraverso la diagnosi precoce e un approccio "dal trattamento alla remissione"**. Il raggiungimento della remissione rappresenta un punto di svolta sia per gli individui che per i sistemi sanitari e dovrebbe essere un obiettivo per i responsabili della sanità pubblica.



L'obiettivo dovrebbe essere **la prevenzione attraverso la diagnosi precoce** e un approccio "dal trattamento alla remissione".

- 1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 luglio 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>
- 2 Yu C, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2019;38(3):727-38.
- 3 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



Vantaggi della remissione



Aumento della produttività lavorativa

del 37%-75%^{1,2,3}



Risparmio di spese mediche

del - 19%-52%³



Esiti migliorati

migliore salute fisica, cioè meno dolore e affaticamento e miglioramento dello stato mentale^{1,4,5,6,7}

- 1 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.
- 2 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port*. 2012;37(2):134-42.
- 3 Ostor AJ, et al. value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.
- 4 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 013;65(10):1707-12.
- 5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789-99.
- 6 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401-409.
- 7 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384-90.



La remissione consente alle persone di lavorare

Uno dei benefici più interessanti della remissione è che consente alle persone di essere **più produttive nella vita quotidiana**.

Quando le persone non devono più sopportare gli effetti debilitanti della malattia reumatica infiammatoria, possono partecipare più pienamente alla forza lavoro. Al contrario, le persone che non raggiungono la remissione possono ritrovarsi in un ciclo di sussidi di invalidità e disoccupazione. Ciò non solo influisce sulla loro indipendenza finanziaria, ma mette anche a dura prova i programmi di assistenza pubblica.

L'aumento dei tassi di remissione consente alle persone di condurre una vita soddisfacente ed economicamente produttiva, a beneficio sia degli individui che della società. Il National Audit Office del Regno Unito ha dichiarato: "Il ritardo nel trattamento (dell'AR) è dannoso per la salute dei pazienti, per la loro qualità di vita e, con tre quarti delle persone in età lavorativa al momento della diagnosi, per l'economia."¹

Esistono diversi modi per valutare la produttività: compromissione della produttività, giornate lavorative perse e disabilità lavorativa. La disabilità lavorativa, o il pensionamento anticipato per motivi di salute, è il principale motore della perdita di produttività. Evitare o ritardare il pensionamento anticipato può quindi comportare sostanziali risparmi sui costi. Diversi studi hanno quantificato le perdite di produttività dovute alle malattie reumatiche infiammatorie:

- Un'ampia revisione dell'onere economico dell'AR ha rilevato che quando veniva misurata l'invalidità lavorativa anziché solo l'assenza per malattia, i costi indiretti (non medici) costituivano una quota molto maggiore dei costi totali rispetto ai costi diretti (medici). Il saldo dei costi diretti/indiretti variava dal 15%/85% in Australia al 95%/5% in Italia e le differenze erano in gran parte determinate dalla metodologia piuttosto che dalla variazione nel mondo reale.²
- Nel Regno Unito, il costo dei giorni lavorativi persi a causa di osteoartrite e AR è stato stimato in 2,6 miliardi di sterline nel 2017 con una previsione di aumento a 3,4 miliardi di sterline entro il 2030.³ Le persone con artrite hanno il 20% in meno di probabilità di essere impiegate rispetto a quelle non affette dalla malattia.^{4,5}



Circa **1 persona su 3 con AR** smette di lavorare entro 5 anni dalla diagnosi.^{4,6}

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 luglio 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Hsieh et al. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. Ann Rheum Dis. Giu 2020;79(6):771-777.

3 Parlamento del Regno Unito. Musculoskeletal conditions and employment. 10 gen2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Rajah et al. How does arthritis affect employment? Longitudinal evidence on 18,000 British adults with arthritis compared to matched controls. Soc Sci Med. Mar 2023;321:115606.

6 Young et al. Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). Ann Rheum Dis. Apr 2002;61(4):335-40.

- Anche nel Regno Unito, i costi totali dell'axSpA legati al lavoro, tra cui il pensionamento anticipato, l'assenteismo e il presentismo, sono stimati in 11.943 sterline a persona all'anno.¹ La National Axial Spondyloarthritis Society ha stimato che un paziente di 26 anni che aspetta 8,5 anni per una diagnosi potrebbe **perdere circa 187.000 sterline** nel corso della sua vita, principalmente a causa della riduzione dell'occupazione.² In uno studio, il 24% degli uomini con axSpA radiografica è andato in pensione anticipatamente e il 45% è passato a lavori meno impegnativi dal punto di vista fisico.^{1,3,4}
- Le persone con axSpA hanno fino a tre volte più probabilità di lasciare la forza lavoro rispetto alla popolazione generale.⁵ Quasi la metà (46%) ha affermato che l'axSpA ha influenzato la propria scelta lavorativa e il 71% ha riferito difficoltà a trovare un impiego a causa della propria patologia.⁶
- Uno studio in Argentina ha rilevato che le persone con AR attiva avevano **costi indiretti 2,3 volte superiori** dovuti ai giorni lavorativi persi rispetto a quelli in remissione, utilizzando il gruppo con il miglior punteggio sul Questionario di valutazione della salute come proxy per la remissione.⁷
- Studi dall'Austria e dal Giappone hanno rilevato che i pazienti con AR in remissione avevano una compromissione della produttività significativamente inferiore rispetto a quelli con bassa (LDA) o moderata/alta attività della malattia (M/HDA).^{8,9}

Rispetto a una persona senza AR:

- Una persona in remissione è meno produttiva solo dell'8%-12%
- Le persone con LDA sono meno produttive del 21%-27%
- Le persone con M/HDA sono meno produttive dal 30% al 46%^{8,9,10}

La remissione può ridurre significativamente i costi indiretti, comprese le perdite di produttività lavorativa:

- In Portogallo, la perdita di produttività lavorativa annuale – in termini di giornate lavorative perse, comprese quelle dei membri della famiglia – è stata **ridotta del 75%** (vale a dire, da 540 € a 135 €).¹¹
- In Austria, la remissione è stata associata alla riduzione dei costi indiretti annuali da 14.273 € a 9.023 €. Ciò includeva il pensionamento anticipato, con il 34% dei partecipanti in pensione che indicava l'AR come motivo.¹⁰

Tornando al punto del National Audit Office del Regno Unito: investire nella salute, nella prevenzione e nella capacità produce un ritorno positivo riducendo la spesa sociale. Il caso è chiaro: 11 milioni di sterline investiti nella salute potrebbero far risparmiare 31 milioni di sterline in costi sociali. Tuttavia, le difficoltà del coordinamento interministeriale hanno ostacolato l'azione.¹²

1 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

2 NASS. Driving down diagnostic delay in axial SpA. First impact report of the Act on Axial SpA campaign. Ottobre 2022. <https://nass.co.uk/wp-content/uploads/2022/10/NASS-Impact-Report-DIGITAL-WEB-FRIENDLY-FINAL.pdf>

3 Strand e Singh. Patient Burden of Axial Spondyloarthritis. J Clin Rheumatol. Ott 2017;23(7):383-391.

4 Cakar et al. Work disability in ankylosing spondylitis: differences between working and work-disabled patients. Clin Rheumatol. 2009 Nov;28(11):1309-14.

5 Martindale et al. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. Best Pract Res Clin Rheumatol. Giu 2015;29(3):512-23.

6 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

7 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

8 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

9 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2017;44(8):1112-17.

10 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

11 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Rheumatol Port. 2012;37(2):134-42.

12 Bevan S. Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU. Fit for Work. The Work Foundation (part of Lancaster University)

Impatto annuale per persona sulla produttività

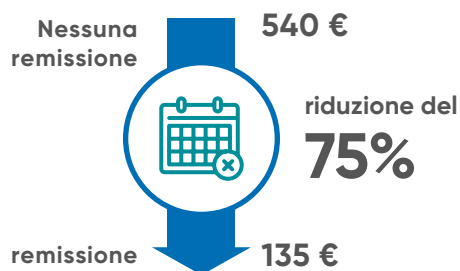
Presentismo e compromissione della produttività^{1,2,3}

"lavorare quando si è malati con una produttività inferiore"



Assenteismo e giorni lavorativi persi⁴

"abituale assente dal lavoro"



Costi per disabilità lavorativa e prepensionamento¹

14.273 €
Nessuna remissione



- 1 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.
- 2 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2017;44(8):1112-17.
- 3 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.
- 4 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Reumatol Port. 2012;37(2):134-42.

Il valore del raggiungimento della remissione nelle patologie reumatiche infiammatorie



La remissione riduce le spese mediche

- Vi è un netto contrasto nei costi medici e nell'utilizzo delle risorse sanitarie tra i pazienti che hanno ottenuto la remissione e quelli che non l'hanno fatto. Raggiungere la remissione può quindi alleviare il carico sui sistemi sanitari già sovraccarichi. Ciò evidenzia che un'assistenza non ottimale dovrebbe essere considerata uno spreco.¹
- Nell'era successiva all'introduzione di trattamenti biologici per l'AR, è stato osservato un calo significativo dei costi ospedalieri e chirurgici, sulla base di 72 studi in 28 Paesi, in Europa, Nord America, Asia, America Latina e Australasia. Mentre prima del 2002 l'assistenza ospedaliera contribuiva per il 75% ai costi diretti (cioè i costi all'interno del sistema sanitario), nei dati più recenti questa quota è scesa tra il 5% e il 45%.
- Una recente analisi dell'AR di 16 studi in 12 Paesi e 3 continenti ha rilevato che i pazienti in remissione avevano costantemente costi medici diretti inferiori e utilizzavano meno risorse sanitarie rispetto a quelli non in remissione.²
- La remissione è stata associata a un **risparmio del 19%-52% nelle spese mediche dirette**.²
- La media delle spese mediche annuali per i pazienti in remissione era di 2.464 € (intervallo da 821 € a 11.272 €), rispetto a 4.717 € (intervallo da 1.042 € a 16.879 €) per quelli non in remissione.²
- I risparmi riportati sui costi associati alla remissione erano di 285 € (20%) rispetto a un'attività della malattia bassa e di 3.804 € (51%) rispetto a un'attività della malattia medio-alta.²
- Rispetto agli individui con attività della malattia medio-alta, quelli in remissione hanno sperimentato **il 64% in meno di ricoveri, il 53% in meno di interventi chirurgici alle articolazioni e il 24% in meno di radiografie**.³



Raggiungere la remissione
può quindi alleviare il carico sui
sistemi sanitari già sovraccarichi.



Ricoveri
Riduzione del
64% ↓



**Intervento chirurgico
articolare**
Riduzione del
53% ↓



Radiografie
Riduzione del
24% ↓

1 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 aprile 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

2 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

3 Boytsov N, et al. Increased healthcare resource utilization in higher disease activity levels in initiators of TNF inhibitors among US rheumatoid arthritis patients. Curr Med Res Opin. 2016;32(12):1959-67.

- Uno studio condotto in **Argentina** ha rilevato che i costi ospedalieri per i pazienti affetti da AR erano 20 volte più alti tra i pazienti con un punteggio del Questionario di valutazione dello stato di salute di 2,6-3,0, rispetto a quelli con un punteggio di 0,0-0,5, quest' ultimo utilizzato come proxy per la remissione.¹
- In **Austria**, i costi medici annuali per i pazienti con AR erano superiori del 20% per i pazienti con bassa attività della malattia e del 71% per quelli con attività della malattia medio-alta, rispetto ai pazienti in remissione.²
- Uno studio **colombiano** ha rilevato che i costi medici diretti sono 2,1 volte maggiori nei pazienti con attività dell'AR grave rispetto ai pazienti in remissione.³
- Una revisione globale sull'axSpA ha rilevato che gli individui con malattia non controllata in modo ottimale (BASDAI ≥ 4) si sono sottoposti al 92% in più di visite di assistenza primaria, al 71% in più di visite fisioterapiche e al 58% in più di visite da uno psicologo o psichiatra, rispetto a quelli con malattia controllata (BASDAI < 4).⁴
- Un'analisi del registro **statunitense** sull'artrite psoriasica (AP) e l'axSpA radiografica ha rilevato che i pazienti senza controllo della malattia avevano una probabilità da 3,0 (AP) a 7,7 (axSpA radiografica) volte maggiore di necessitare di cure ospedaliere, rispetto a quelli con malattia controllata.⁵
- I costi ospedalieri per paziente all'anno sono stati 3,5 volte più elevati per i pazienti con AP non controllata rispetto a quelli con malattia controllata.⁵

- In **Europa centrale e orientale**, i pazienti con axSpA radiografica che hanno raggiunto una bassa attività della malattia dopo 12 mesi hanno visto una riduzione fino all'83% del numero e della durata dei ricoveri, insieme a un minor numero di visite con operatori sanitari.⁶

Inoltre, vale la pena notare che le spese vive sono sostanziali per le persone con malattia infiammatoria incontrollata⁷ e possono incidere per quasi il 20% del reddito familiare (Stati Uniti, 2009).⁸ **Il raggiungimento della remissione, quindi, non solo riduce i costi medici diretti, ma allevia anche in modo sostanziale l'onere finanziario per le famiglie.**

Remissione **allevia anche**
in modo sostanziale
l'onere finanziario per
le famiglie.



1 Secco A, et al. Epidemiologia, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

3 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. Clinicoecon Outcomes Res. 2021;13:583-91.

4 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

5 Bergman MJ, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OMI Registry. Rheumatol Ther. 2023;10:187-99.

6 Opris-Belinski D, et al. Impact of adalimumab on clinical outcomes, healthcare resource utilization, and sick leave in patients with ankylosing spondylitis: an observational study from five Central and Eastern European countries. Drugs Context. 2018;7:212556.

7 Parlamento del Regno Unito. Musculoskeletal conditions and employment. 10 gen2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

8 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

Miglioramento degli esiti

Il miglioramento degli esiti e del funzionamento fisico nei pazienti in remissione si traduce in benefici dal punto di vista umano, anche rispetto ai pazienti con bassa attività di malattia.^{1,2,3}

- I pazienti con AR in remissione hanno punteggi più alti nella qualità della vita (QoL) sia nell'EQ-5D sia nel 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), che valutano entrambi la QoL in base a diversi domini.⁴
- Nello specifico, la remissione è associata a una migliore salute fisica (ad esempio, riduzione **del dolore e dell'affaticamento**^{2,5,6}), **miglioramento del benessere mentale** (ad esempio, migliore qualità del sonno, meno depressione e ansia^{5,6,7,8}) e **maggiore produttività lavorativa**.^{2,5,9}

- La remissione precoce nei pazienti con AR precoce trattati con DMARD sintetici convenzionali (csDMARD) è legata ai benefici clinici e funzionali.¹⁰ Anche tra i pazienti che richiedono terapie mirate aggiuntive (bDMARD o tsDMARD), quelli che hanno raggiunto la remissione entro 12 settimane (28% dei pazienti) hanno sperimentato meno dolore e affaticamento e un migliore funzionamento fisico e QoL per almeno un anno rispetto a quelli che non l'hanno raggiunta.¹¹
- È stato dimostrato che la capacità di dedicarsi a un lavoro retribuito di per sé ha un impatto positivo sulla QoL, come misurato con l'SF-36 in uno studio **norvegese** sull'AR che ha considerato i dati demografici e la gravità della malattia.⁹



Il miglioramento degli esiti e del funzionamento fisico nei pazienti in remissione si traduce in **benefici dal punto di vista umano**

1 Klarenbeek NB, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(10):1815-21.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.

3 Van Tuyl LH, et al. Evidence for predictive validity of remission on long-term outcome in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(1):108-17.

4 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.

5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789-99.

6 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(10):1707-12.

7 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401-409.

8 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384-90.

9 Grønning K, et al. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2010;29(11):1317-22.

10 Klooster et al. Long-term clinical, functional, and cost outcomes for early rheumatoid arthritis patients who did or did not achieve early remission in a real-world treat-to-target strategy. *Clin Rheumatol*. Ott 2019;38(10):2727-2736.

11 Gossec et al. POS0643 Association of Early Remission on Clinical and Patient-Reported Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis: Post-hoc Analysis of Data from the Select-Compare Study. Poster. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.1469>.

- Uno studio **turco** che ha coinvolto 962 individui con axSpA radiografica ha rilevato una QoL significativamente inferiore tra quelli con scarso controllo della malattia. I pazienti con BASDAI < 4 hanno riportato un punteggio ASQoL di 4,6, mentre quelli con BASDAI ≥ 4 hanno riportato un punteggio di 11,2 (su una scala da 0 a 18, in cui i punteggi più alti indicano una QoL peggiore).^{1,2,3,4}
- In uno studio clinico multinazionale sull'AP, i pazienti che hanno raggiunto un'attività minima della malattia hanno mostrato miglioramenti significativamente maggiori in tutti i domini SF-36, nel punteggio di riepilogo SF-36, nell'EQ-5D-5L e nell'EQ-5D VAS rispetto ai non responder.⁵
 - Uno studio di follow-up di 20 anni⁶ ha rilevato che i risultati riferiti dai pazienti, come quelli riportati sul questionario di valutazione della salute (HAQ), erano i fattori predittivi più affidabili di mortalità nell'AR rispetto ai dati di laboratorio, radiografici o dell'esame obiettivo, evidenziando l'importanza di raccogliere e agire sui dati riferiti dai pazienti.
- Da uno studio globale sull'axSpA è emerso un chiaro legame tra ritardo diagnostico ed esiti fisici. Il tempo medio alla diagnosi nei pazienti senza rigidità spinale era di 3,7 anni, mentre nei pazienti con rigidità grave il ritardo era di 9,1 anni. Poiché la rigidità spinale è spesso irreversibile, la diagnosi precoce è fondamentale.⁷

L'AR e le sue comorbidità portano rapidamente alla disabilità.

- Uno studio **polacco** su 1.000 partecipanti ha rilevato che il 53% dei pazienti affetti da AR aveva una disabilità riconosciuta dalla legge.⁸
- Le comorbidità della salute mentale sono comuni: la depressione colpisce il 17%-42% dei pazienti con AR e il 53%-71% soffre di depressione, ansia o entrambe le cose.⁹

I pazienti in remissione hanno una migliore qualità della vita



Meno dolore e spossatezza



Miglioramento dello stato mentale



Maggiore produttività lavorativa

1 Garrett S, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol. 1994;21(12):2286-91.

2 Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2003;62:20-26.

3 van der Heijde DM, et al. Physical function, disease activity, and health-related quality-of-life outcomes after 3 years of adalimumab treatment in patients with ankylosing spondylitis. Arthritis Res Ther. 2009;11:R124.

4 Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. Qual Life Res. 2011;20(4):543-49.

5 Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. BMC Rheumatol. 2018;2:24.

6 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

7 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. Rheumatology. 2013;51(5):348-354.

9 Isik A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007;26(6):872-78.



Soluzioni Collaudate



Diverse soluzioni economicamente vantaggiose sono state proposte e dimostrate nella pratica. Alcune strategie importanti identificate dalla Fit for Work Coalition (2009–2018) includono:

1. La diagnosi e l'intervento precoci, idealmente entro 12 settimane dall'insorgenza dei sintomi, sono fondamentali per il successo del trattamento dell'artrite infiammatoria.^{1,2,3} Queste 12 settimane costituiscono la cosiddetta "finestra terapeutica".^{4,5,6} L'unico fattore predittivo per ottenere la remissione nell'AR è la diagnosi precoce e l'inizio di un trattamento efficace,⁷ con possibilità di raddoppio della remissione se ciò accade.^{8,9} La diagnosi precoce inizia con la consapevolezza e **la consapevolezza pubblica** deve migliorare.

- La consapevolezza dei benefici della remissione dovrebbe essere rafforzata attraverso una migliore educazione medica **per i medici generici**. Troppo spesso la disabilità è vista come inevitabile.¹⁰
- Nei casi di axSpA, fisioterapisti, medici ortopedici, oftalmologi, dermatologi e gastroenterologi possono visitare pazienti non diagnosticati. La loro consapevolezza e il riconoscimento di segni e sintomi devono migliorare.¹¹
- Devono essere sviluppate **strategie nazionali** per quanto riguarda le migliori pratiche e l'attuazione di diagnosi e interventi precoci, compresi gli standard di cura concordati e gli indicatori di qualità.¹⁰

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 luglio 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non-specialist needs to know. J R Soc Med. 2004;97(9):421–24.

3 Grätzel P. Rheuma-Verdacht: Welche Patienten müssen zum Spezialisten? Das entscheidet der Hausarzt [Suspected rheumatoid arthritis: which patient must be referred to a specialist? The family physician decides]. MMW Fortschr Med. 2014;156(6):20.

4 Raza K, et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. Ann Rheum Dis. 2012;71(12):1921–23

5 Cush JJ. Early rheumatoid arthritis—is there a window of opportunity? J Rheumatol Suppl. 2007;80:1–7.

6 Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? Ann Rheum Dis. 2015;74(5):793–94.

7 Gremese E, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. Ann Rheum Dis. 2013;72(6):858–62.

8 Akdemir G, et al. Predictive factors of radiological progression after 2 years of remission-steered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. RMD Open. 2016;2(1):e000172.

9 Heimans L, et al. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-steered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). Arthritis Res Ther. 2016;18:23.

10 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. Aprile 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

11 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



AMERICA LATINA

In **America Latina**, è stato sviluppato un modello di cura per le prime cliniche che si occupano di SpA. Il modello si compone di tre tipi di centri, in base al livello di complessità dell'istituzione specifica. Il modello definisce indicatori di struttura, processi e risultati e si concentra su un'assistenza completa, multidisciplinare e incentrata sul paziente.¹



POLONIA

In **Polonia**, è stato istituito un programma nazionale specifico per la prevenzione e la diagnosi precoce dell'AR (2016-2020).² La Polonia ha i ritardi diagnostici più lunghi in Europa; il tempo che intercorre tra i primi sintomi e l'inizio del trattamento può arrivare fino a 35 settimane.³ Il programma ha implementato la formazione del personale medico e dei pazienti, gli strumenti di screening e la convalida della diagnosi da parte di un reumatologo in cura ambulatoriale.

- Per risparmiare 1 giorno di invalidità lavorativa temporanea, è stato necessario investire 12 \$ nell'assistenza sanitaria
- Ogni dollaro investito ha generato un beneficio di 2 dollari



SPAGNA

Il programma più pionieristico fino ad oggi è la Clinica di intervento precoce presso l'Hospital Clinico San Carlos di **Madrid, in Spagna**,⁴ che si è concentrata sull'intervento precoce nella disabilità lavorativa correlata a MSK, coinvolgendo 13.000 pazienti (1998-1999).

Il programma accettava pazienti inviati dopo 5 giorni di assenza dal lavoro e includeva programmi di educazione del paziente.

- L'invalidità lavorativa temporanea era inferiore del 39% e l'invalidità lavorativa permanente inferiore del 50% rispetto all'assistenza standard
- Per risparmiare 1 giorno di invalidità lavorativa temporanea, è stato necessario investire 6 \$. La soddisfazione dei pazienti era elevata
- Per ogni dollaro di spesa, sono stati risparmiati 11 \$ sulla perdita di produttività e sui costi sanitari
- Il beneficio netto del programma è stato superiore a 5 milioni di dollari (2003 USD)

Se questo approccio fosse implementato in tutta la Spagna, 81.000 persone in più sarebbero idonee al lavoro piuttosto che prendere un congedo per malattia.

- **46 milioni** di giorni lavorativi persi a causa delle malattie MSK ogni anno in Spagna
- **39 %** riduzione dell'inabilità temporanea al lavoro
- **50 %** riduzione dell'assenza permanente dal lavoro nello studio
- **81 000** lavoratori spagnoli in più sarebbero disponibili per il lavoro ogni giorno in Spagna
- **11-euro** risparmio in costi sociali per ogni dollaro di spesa

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 Program polityki zdrowotnej. Nazwa programu: ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Okres realizacji: 2016–2020

3 Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. Ann Rheumatic Dis. 2011;70(10):1822–25.

4 Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [published correction appears in Ann Intern Med. 6 dicembre 2005;143(11):W165]. Ann Intern Med. 5;143(6):404–14.

2. Sono necessari un riferimento appropriato e la

standardizzazione del percorso del paziente¹, compresa l'offerta di appuntamenti di risposta rapida in caso di riacutizzazione. Inoltre, l'accesso ai servizi psicologici deve essere migliorato, poiché la depressione è comune tra le persone con artrite infiammatoria.

- Circa il 20% dei pazienti con axSpA non viene gestito da un reumatologo, il che suggerisce che questi pazienti potrebbero non ricevere cure da équipe con conoscenze e formazione adeguate in materia di axSpA.²
- Ottenere la prescrizione del farmaco appropriato è fondamentale. Gli accordi di condivisione del rischio basati sulle prestazioni, come ad esempio quelli implementati per l'AR in Argentina, possono abbattere le barriere dei payer.³



- Mentre il ciclo del TNF può sembrare una buona soluzione per contenere i costi dei farmaci, probabilmente non riduce la spesa complessiva per i costi medici. Il passaggio a un trattamento con un diverso meccanismo d'azione può essere più efficace e meno costoso.^{4,5}
- Vi è anche una pressante necessità di una guida basata sull'evidenza per la gestione del dolore nell'artrite infiammatoria. L'uso a lungo termine di oppioidi rimane comune tra i pazienti, nonostante l'assenza di prove a sostegno della loro efficacia. In risposta, la British Society for Rheumatology (BSR) ha avviato lo sviluppo di una nuova linea guida sulla gestione del dolore per le persone con artrite infiammatoria, che copre anche la cura del dolore non farmacologico, come la fisioterapia, che è attualmente sottoutilizzata.⁶ La linea guida dovrebbe essere pubblicata nel 2026. Per garantire il successo dell'implementazione sarà necessario affrontare il calo della capacità del team multidisciplinare (MDT) all'interno dei servizi di reumatologia, poiché molti reparti non includono più tutti i professionisti sanitari associati necessari.⁷



Guida basata **sull'evidenza**
per la gestione del dolore
nell'artrite infiammatoria.

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

3 di Giuseppe LA, et al. Experience of the performance-based risk-sharing arrangement for the treatment of rheumatoid arthritis with certolizumab pegol. Value Health. 2020;21:P201-P204.

4 Taylor PC, et al. Cost-effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; European Congress of Rheumatology 2024 (in corso di stampa).

5 Bergman et al. HSD47 Treatment Response, Healthcare Resource Use, and Economic Outcomes Associated With Tumor Necrosis Factor Inhibitor Cycling Versus Switching to an Advanced Therapy With Different Mechanism of Action in Rheumatoid Arthritis. ISPOR Europe 2024. DOI: 10.1016/j.jval.2024.03.1270.

6 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. Rheumatology Advances in Practice, Volume 8, Issue 4, 2024.

7 Ndosi et al. National variation in the composition of rheumatology multidisciplinary teams: a cross-sectional study. Rheumatol Int. 2017 May 27;37(9):1453–1459.



REGNO UNITO

Nel **Regno Unito**, solo il 20% delle persone con AR viene visitato da un reumatologo nei primi 3 mesi,¹ mentre in Austria la percentuale è del 38%.²

Nel Regno Unito è prevista un'ulteriore selezione delle liste d'attesa per garantire che la lista d'attesa per la visita con un reumatologo includa le persone giuste.³



COLOMBIA

In **Colombia**, un innovativo programma di gestione della malattia per l'AR ha adottato un approccio multidisciplinare, coinvolgendo reumatologia, nutrizione, psicologia, terapia fisica e occupazionale, medicina fisica e riabilitazione in base allo stato di attività dell'AR del paziente.

In un confronto reale con lo standard di cura, hanno aumentato la percentuale che raggiunge la remissione dal 21% al 59% e ridotto la percentuale con HDA dal 18% al 5%.⁴ Inoltre, gli autori hanno stimato l'efficienza dell'utilizzo dei centri di eccellenza e hanno previsto un risparmio sui costi fino a 223.874 \$ per paziente all'anno (USD 2017).⁵



- 1 Stack RJ, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9:e024361
- 2 Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an office based pilot cohort study. *J Rheumatol*. 2016;43(6):1130-35.
- 3 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. Aprile 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

- 4 Santos-Moreno P, et al. Clinical outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in a disease management program: real-world results. *Open Access Rheumatol*. 2020;12:249-56.
- 5 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583-91.

3. Vita lavorativa più sana

- Dovrebbero essere attuate iniziative per sottolineare i vantaggi che i datori di lavoro possono trarre dall'investimento in una forza lavoro sana. Non è solo nell'interesse dei datori di lavoro promuovere un ambiente di lavoro sano, è anche loro responsabilità.¹
- Nel Regno Unito, il 29% dei datori di lavoro offre un supporto sanitario scarso o nullo e solo il 45% dei lavoratori ha accesso ai servizi di salute o riabilitazione sul lavoro. Inoltre, l'indennità di malattia è spesso troppo bassa per fornire sicurezza finanziaria, costringendo molti a lavorare mentre non stanno bene o a lasciare completamente il lavoro.²
- L'impatto personale della perdita del lavoro può essere profondo, e può portare alla povertà, al deterioramento della salute, alla perdita di identità e di connessioni sociali. È quindi essenziale evitare che il congedo per malattia a lungo termine si trasformi, ove possibile, in dipendenza da prestazioni a lungo termine.² Una volta che le persone entrano nel sistema di sussidi di disoccupazione, può essere difficile uscirne. Molti percepiscono il ritorno al lavoro (anche se modificato) come un rischio significativo, che potrebbe compromettere sia la loro salute che la stabilità finanziaria se comportasse la perdita dei diritti alle prestazioni.²

- Paesi come i Paesi Bassi, la Danimarca, la Norvegia e la Svezia hanno implementato strategie di intervento precoce che supportano sforzi strutturati di ritorno al lavoro prima che gli individui passino ai sussidi di disoccupazione a lungo termine.
- Nei **Paesi Bassi**, i datori di lavoro sono tenuti per legge ad adottare misure proattive durante le assenze per malattia. Ciò include lo sviluppo di piani di rientro al lavoro su misura in collaborazione con professionisti della salute sul lavoro.
- In **Norvegia** l'Accordo per una vita lavorativa più inclusiva è un quadro tripartito che coinvolge il governo, i datori di lavoro e i sindacati. I datori di lavoro si impegnano a mantenere uno stretto contatto con i dipendenti assenti e ad adattare i compiti o gli orari per prevenire assenze prolungate. In cambio, ricevono supporto e guida dall'amministrazione norvegese del benessere e del lavoro. Le valutazioni indicano che questo approccio ha ridotto la durata dell'assenza per malattia e aumentato la probabilità di ritorno al lavoro.³
- In **Svezia**, a ogni lavoratore in congedo per malattia a lungo termine viene assegnato un responsabile del caso individuale. Questi funzionari coordinano gli sforzi tra il dipendente, il datore di lavoro e i servizi sanitari e di supporto pertinenti per garantire un processo di ritorno al lavoro strutturato e supportato.²



L'impatto personale della perdita del lavoro può essere profondo, e può portare alla povertà, al deterioramento della salute, alla perdita di identità e di connessioni sociali.

¹ Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy,' Parliament Magazine, 22 settembre 2014.

² The Health Foundation. Action for healthier working lives. Final report of the Commission for Healthier Working Lives. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

³ Hoff et al. An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study. BMJ Open 2022;12:e062558.

4. Autogestione

- In alcuni Paesi o comunità, l'artrite infiammatoria è purtroppo stigmatizzata. Per consentire ai pazienti di autogestire correttamente la loro patologia, lo stigma dovrebbe essere affrontato attraverso un'ampia educazione dei cittadini.¹
- Le organizzazioni di pazienti dovrebbero essere accolte come parte del team di assistenza. Nel Regno Unito esiste un progetto pilota in cui i reumatologi indirizzano i pazienti a un'organizzazione di pazienti, ad esempio fissando un appuntamento. L'organizzazione può informare e responsabilizzare i pazienti in modo proattivo e far capire loro il proprio ruolo nella gestione della malattia.¹ Più i pazienti comprendono la loro patologia, più sono in grado di prendere decisioni informate, non solo sulla loro assistenza sanitaria, ma anche su come convivere bene con una malattia cronica.²
- I piani di assistenza dovrebbero essere personalizzati per massimizzare la qualità della vita a lungo termine, riconoscendo gli obiettivi di trattamento di un individuo e le sue esigenze fisiche, psicologiche e socioeconomiche. Ciò richiede un processo decisionale condiviso, in cui il paziente svolge un ruolo attivo nel plasmare la propria cura. È importante sottolineare che il successo può variare da paziente a paziente e può evolversi nel tempo.³
- In Svizzera esiste un programma che copre l'esercizio fisico svolto con un fisioterapista per affrontare la componente dell'attività fisica.¹
- Gli strumenti digitali possono essere un ottimo supporto nell'autogestione, ma in alcuni Paesi i pazienti possono essere sopraffatti dal numero di app senza guida o accreditamento; in altri Paesi, nessuna app è disponibile nella lingua locale.

Soluzioni collaudate



Diagnosi e intervento precoci



Invio appropriato



Vita lavorativa più sana



Autogestione

1 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. Aprile 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

2 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 aprile 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

3 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Gennaio 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

Conclusioni

Ciò che le società non spendono per la salute, per la prevenzione, per la capacità, lo spenderanno per la disabilità.

Spendere in capacità consente alle persone di vivere una vita proficua e di godere di una buona qualità della vita. Il costo dell'inazione è elevato e probabilmente aumenterà.¹

Le persone con artrite infiammatoria che ottengono la remissione possono vivere una profonda trasformazione in termini di qualità della vita, con una diminuzione del dolore e della fatica e la capacità svolgere attività piacevoli. In sostanza, la remissione può permettere alle persone di vivere la vita che scelgono.

L'onere finanziario dell'artrite infiammatoria non controllata si estende oltre i costi di ricovero, includendo frequenti visite mediche, perdita di produttività e pensionamento anticipato. Il raggiungimento della remissione può alleviare questi costi sia per gli individui che per la società. Tuttavia, i sistemi di welfare rigidi e lenti spesso "intrappolano" le persone con sussidi di disoccupazione a lungo termine.² L'aumento delle malattie riduce le entrate fiscali, aumenta la spesa per i benefit e mette a dura prova i sistemi sanitari. Sono necessarie riforme del welfare per supportare le persone nella gestione della propria salute e nel ritorno al lavoro. Questo sostegno deve includere anche i lavoratori autonomi, che sono spesso trascurati.³

L'azione urgente è ottenere la remissione per un maggior numero di pazienti. Il danno articolare non può essere invertito. È fondamentale arrestare precocemente il processo patologico.

Gli investimenti sanitari non sono una perdita di risorse pubbliche; sono un investimento.⁵ È chiaro che investire nella remissione dell'artrite infiammatoria non è solo una questione di salute personale, ma anche un passo verso una società più forte e più sostenibile.

La Global Alliance for Patient Access ringrazia AbbVie per il supporto sponsorizzato di questo glossario delle evidenze.



L'azione urgente è ottenere la remissione per un maggior numero di pazienti. Il danno articolare non può essere invertito. È fondamentale arrestare precocemente il processo patologico.

¹ The Health Foundation. Action for healthier working lives. Final report of the Commission for Healthier Working Lives. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

² NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 luglio 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Abbreviazioni

ACR: American College of Rheumatology

SA: spondilite anchilosante, attualmente denominata axSpA radiografica

ASQoL: AS Quality of Life Questionnaire (Questionario sulla qualità della vita con SA)

axSpA: spondiloartrite assiale

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (Indice di attività della malattia di Bath)

bDMARD: farmaci biologici antireumatici modificanti la malattia

BSR: British Society for Rheumatology

csDMARD: farmaci antireumatici sintetici convenzionali modificanti la malattia

DALY: anno di vita corretto per la disabilità

DMARD: farmaci antireumatici modificanti la malattia

UE: Unione europea

EULAR: Alleanza europea delle associazioni di reumatologia

EQ-5D: questionario EuroQoL a 5 dimensioni

HCRU: utilizzo delle risorse sanitarie

HAQ: questionario di valutazione della salute

HDA: attività della malattia alta

JAK: Janus chinasi

LDA: attività della malattia bassa

MDA: attività della malattia minima

MDT: Team multidisciplinare

RMI: Risonanza magnetica per immagini

MSK: malattie muscoloscheletriche

OMERACT: Outcome Measures in Rheumatology

AP: artrite psoriasica

QoL: Qualità della vita

AR: artrite reumatoide

SF-36: 36-Item Short Form Health Survey (Sondaggio breve sulla salute a 36 item)

SpA: spondiloartrite

TNF: fattore di necrosi tumorale

tsDMARD: farmaci antireumatici mirati sintetici modificanti la malattia

UK: Regno Unito

US: Stati Uniti d'America

VAS: scala visiva analogica

YLD: anni vissuti con disabilità

YLL: anni di vita persi a causa di morte prematura



**Global
Remission
Coalition**

globalremission.org