

*FedI* **Pso**  
*onlus*



*Newsletter*



*09/2008*

Numero 09/2008

## In Questo Numero:

Editoriale .....	p. 2
Gli Amici per la Pelle al "Progetto Minder" .....	p. 3
IV Congresso Nazionale Unificato SIDeMaSt ADOI .....	p. 5
Scelti per voi da Pubmed .....	p. 8
Agenda .....	p.11
Sostieni FEDIPSO .....	p.12

## FedIPso è

### Consiglio Direttivo:

#### Presidente

Pierluigi Pennati - ASNVP onlus

#### Vice Presidente:

Alberto Oliva - ANAP onlus

#### Segretario:

Paolo Marinello - LAPIC-UVZ onlus

#### Consiglieri:

Grazia Soldan - ASNVP onlus  
Hilda Platzgummer - LAPIC-UVZ onlus  
Giuseppe D'Amato - ANAP onlus  
Egidio Spinato - ANAP onlus

### Associati:

#### PIEMONTE

##### ANAP onlus

referente: Alberto Oliva - Presidente  
via Sestriere 129  
RIVOLI, Cascine Vica (To)  
tel. e fax 011.95.74.987  
[alberto.oliva@anapweb.it](mailto:alberto.oliva@anapweb.it)  
[www.anapweb.it](http://www.anapweb.it)

#### LOMBARDIA

##### ASNVP onlus

referente: Grazia Soldan - Presidente  
via Bergognone, 43  
20144 Milano  
tel. 333.8.20.20.44  
fax. 02.700.406.203  
[info@asnvp.it](mailto:info@asnvp.it)  
[www.asnvp.it](http://www.asnvp.it)

#### TRENTINO ALTO ADIGE

##### LAPIC-UVZ onlus - Gruppo PSO

referente: Hilda Platzgummer - Vicepresidente  
Via Duca d'Aosta 70/1  
39100 Bolzano  
Tel. 0471.28.73.36  
Fax 0471.28.73.50  
[info@lapicuvz.it](mailto:info@lapicuvz.it)  
[www.lapicuvz.it](http://www.lapicuvz.it)

#### VENETO

##### ASSOMADE onlus

referente: Giuseppe Fava - Presidente  
Piazzetta dei Giuseppini,  
31027 Spresiano - Treviso  
tel. 335.14.10.608  
fax. 0422.88.89.23

#### PUGLIA

##### APSO onlus

referente: Maria Petruzzelli - Presidente  
Via Indipendenza, 71  
70020 - Cassano delle Murge (BA)  
tel. 380.70.64.269  
[apsoonlus@libero.it](mailto:apsoonlus@libero.it)

## EDITORIALE



Eccoci ad un altro appuntamento con la newsletter.

In un primo momento avevamo creduto di non riuscire ad uscire così frequentemente, al contrario, il continuo susseguirsi di eventi e l'interesse attirato dalla Federazione vede il moltiplicarsi di notizie da pubblicare.

Per ragioni di spazio, opportunità (una newsletter "pesante" non sarebbe facile da leggere e ne farebbe scendere l'interesse) e, non ultimo, tempo materiale (siamo tutti volontari che svolgono altre attività nella vita) anche questo numero esce dopo quasi due mesi dal precedente e contiene solo le notizie salienti.

Come tradizione l'estratto delle pubblicazioni tratte da PUBMED riguarda solo le ultime novità in fatto di trattamenti ed emergenze sulla psoriasi ed artrite psoriasica.

Questo mese la novità saliente è la nascita di una community europea che si prefigge lo scopo di fare ordine nella giungla delle associazioni e selezionare (finalmente) i propri aderenti non solo sulla base di quanto da loro dichiarato ma più specificatamente dalle prove che sono in grado di fornire in termini di onestà e coerenza dell'organizzazione.

Il progetto prende il nome di **EPPAN - European Psoriasis Patients Associations' Network** - e seleziona gli aderenti con un metodo denominato **EBH - Evidence Based Honesty** (Onestà Basata sulle Prove).

Il progetto è stato fortemente voluto dalla Federazione e promosso in collaborazione con un gruppo di malati di psoriasi tedesco che ha fornito il supporto tecnico, oltre che morale, per la realizzazione del sito ma che, al momento, non può comparire nella community perché non ancora legalmente registrato sebbene molto attivo (ed onesto).

Maggiori informazioni nel sito ufficiale del progetto: <http://www.psoriasispatients.eu> (in inglese).

Torneremo presto sull'argomento per aggiornarvi sugli sviluppi, per ora mi fa piacere far notare che l'EBH si basa su di un metodo ormai più che consolidato in medicina, e cioè l'EBM - Evidence Based Medicine (Medicina Basata sulle Prove) - che a sua volta struttura i propri risultati secondo un metodo preciso e condiviso che si chiama Evidence Based Guideline.

Queste ultime riguardano la metodica con cui si dice che una cosa fa bene o fa male (di solito si dice solo quando fa bene) ed allo stesso modo l'EBH si basa su di una metodica precisa che valuta parametri quali la legittimità, la missione e gli obiettivi, le attività, la rappresentatività, la struttura e la democrazia interna, la consultazione dei propri aderenti e, per ultima ma non ultima, la trasparenza, con particolare attenzione ai fondi ed alla loro provenienza.

FEDIPSO onlus è orgogliosa di essere tra i promotori e sponsor del progetto che è completamente gratuito.

Buona fortuna EPPAN, l'onestà non è così comune e quando è presente merita di essere mostrata.

Ogni arte persegue un certo fine, ma appare evidente che vi è differenza tra i fini: alcuni sono attività; altri sono opere, che stanno al di là di quelle. (Aristotele)

Il non profit autentico non svolge attività ma realizza opere, che stanno al di là di quelle!

Pierluigi F. Pennati  
Presidente FEDIPSO onlus




## **Gli Amici per la Pelle al "Progetto Minder"**

Venerdì 12 Settembre 2008 si è tenuto a Torino l'incontro Piemonte - Liguria - Valle d'Aosta nell'ambito del "Progetto Minder" patrocinato da SIDeMaST e ADOI con il contributo di Wyeth S.p.A. Altri momenti di tale progetto si erano già svolti in Veneto, alla fine del 2007 e nel 2008 in Emilia Romagna; nella giornata successiva, si sarebbe tenuto l'analogo incontro a Roma.

L'evento si è protratto nell'arco dell'intera giornata ed ha visto la partecipazione dei principali clinici Liguri e Piemontesi (professori Bernengo, Leigheb, Parodi, Pippione, ecc.) che hanno discusso degli aspetti di comorbilità e influenza della Psoriasi sulla qualità di vita dei malati.

Ampio spazio - l'intero pomeriggio - è stato dato alle implicazioni psicologiche della patologia psoriasica, con particolare rilievo sulla depressione indotta e sugli aspetti negativi che determina sui malati. A tal proposito, la relazione dello psicoterapeuta dott. Colonna è stata particolarmente dettagliata ed apprezzata.

Le varie relazioni sono state intercalate dalla discussione di casi clinici di pazienti trattati con terapie "biologiche" con l'esposizione dei miglioramenti, anche psicologici e della depressione, da esse indotti.

Ogni incontro in cui si articola il corso è strutturato in maniera tale da poter conferire ai medici partecipanti un discreto numero di crediti ECM.

Nel programma dell'incontro era prevista anche la relazione "Alleanza terapeutica: il ruolo del paziente", affidata ad Alberto Oliva, Presidente ANAP Onlus e Vice Presidente FEDIPSO.

Questo il testo integrale della relazione:



## **RELAZIONE DEL PRESIDENTE ALBERTO OLIVA**

### ***Alleanza terapeutica: Il ruolo del paziente***

**Torino 12 settembre '08 Aula Magna Clinica Dermatologica Università' degli Studi**

Signori buongiorno,

lasciatemi innanzitutto ringraziare gli organizzatori del corso per avermi chiamato a rappresentare ancora una volta i pazienti psoriasici, associati e non alle varie sigle di rappresentanza, in un consesso così qualificato e formativo per gli specialisti che ci hanno in cura.

L'ANAP Onlus di cui sono Presidente fin dalla sua nascita nel lontano 1982 e la neonata FEDIPSO Onlus (federazione delle Associazioni di Piemonte, Lombardia, Veneto, Trento e Bolzano, Puglia) di cui mi onoro di essere Vice Presidente, sono associazioni di volontariato che hanno tra i propri scopi istituzionali quello di aiutare il paziente nel proprio rapporto con il dermatologo e di consentire un dialogo serio e costruttivo tra i due principali attori del dramma "Psoriasi".

Ho usato volutamente un termine così impegnativo perché per noi malati la convivenza con la malattia è molto spesso un dramma, specie se la patologia è di una certa gravità. Poche, piccolissime chiazze ma localizzate in punti strategici (cuoio capelluto, genitali, mani, viso) possono essere vissute in maniera catastrofica specie da soggetti psicolabili come i giovani in età scolare e gli adolescenti in età pre-pubere o dello sviluppo delle relazioni affettive extra famigliari.

Abbiamo sentito oggi dall'esposizione dei relatori che mi hanno preceduto che siamo tutti consci e consapevoli che la Psoriasi è una malattia cronica, recidivante, sostanzialmente inguaribile ma con cui è possibile una convivenza più che soddisfacente, ma perché ciò si verifichi è necessaria una stretta collaborazione tra i vari protagonisti (dermatologi, pazienti, associazioni, psicologi) che devono collaborare strettamente per potere esser d'aiuto l'uno all'altro e consentire l'individuazione non solo della terapia ma anche dell'approccio più idoneo ad ogni singola esigenza

Poiché la migliore terapia può non essere di giovamento alcuno se il paziente la vive con disagio o non la condivide, è necessaria una vera e propria alleanza terapeutica tra medico, paziente e - se necessario - psicologo, perché si individui la via per raggiungere la miglior qualità di vita possibile.

Ovviamente all'interno di questa alleanza devono essere ben definiti i ruoli dei vari protagonisti e devono essere da essi supportati alcuni sacrifici sia dal punto di vista personale che di relazione.

*Sede legale:*  
viale Cà Grandà, 27  
20162 Milano

*Indirizzo postale:*  
Via Garibaldi, 65  
20099 Sesto S. G. (MI)

*Indirizzo web:*  
[www.fedipso.it](http://www.fedipso.it)  
[info@fedipso.it](mailto:info@fedipso.it)

*Sede della presidenza:*  
via Castropignano, 35  
00131 Roma

*Uffici operativi*  
in tutte le sedi delle  
associazioni aderenti

*C.F. 97421820156*  
*Tel. 333.8.20.20.04*  
*Fax 02.700.406.203*

Il ruolo del paziente è, permettetemelo, senza alcun dubbio il più difficile. Infatti deve:

- combattere con la malattia (e questo non è già poco)
- vincere la propria ritrosia e parlare apertamente dei propri problemi, anche di relazioni intime, con un interlocutore che nei centri ospedalieri non sarà mai lo stesso (salvo casi fortuiti)
- dare la massima fiducia al proprio dermatologo curante
- essere consapevole del fatto che ogni consiglio terapeutico - con specialità medicinali o no - è volto unicamente al raggiungimento della propria miglior qualità di vita possibile, specie se si tratta di far ricorso o meno ai farmaci "biologici" i cui costi possono sembrare eccessivi in momenti in cui non si parla altro che di tagli alla spesa sanitaria
- comprendere che se non gli vengono proposte le terapie più innovative di cui ha letto su Internet o ne ha sentito parlare è solo perché non sono adatte al suo caso
- dimenticare i messaggi e le allettanti proposte di medicine alternative che promettono successi immediati e mirabolanti
- accettare e vivere serenamente il periodo di cura, anche quando i risultati delle terapie proposte non sono immediati
- garantire al medico che quanto prescritto sarà comunque seguito con assiduità e diligenza per tutto il tempo previsto
- far fronte a costi elevati per le visite di controllo presso gli studi privati e per quelle terapie (galenici, shampoo, creme emollienti ed idratanti, ecc.) escluse dal prontuario del SSN
- vivere gravi disagi nell'accedere ai centri regionali di riferimento (pochi e con lunghe liste d'attesa)
- affrontare ripetute e frequenti astensioni dal lavoro, subendone tutte le conseguenze, fino al licenziamento o alla perdita dell'attività

Tutte queste difficoltà, specie se dall'altra parte non c'è un minimo di comprensione e di volontà di ascoltare, conducono il paziente all'isolamento e ad interrompere qualsiasi rapporto interpersonale, con le Associazioni stesse e ancor peggio con il dermatologo.

Alla luce di quanto sopra, il dermatologo ideale per chi soffre di Psoriasi sarebbe quello capace di:

- saper ascoltare i problemi, anche personali del paziente
- evitare di definire la Psoriasi come "malattia di chi sta troppo bene" o "malattia dei sani", pur essendo perfettamente a conoscenza del fatto che la psoriasi può avere conseguenze gravi sul sistema cardiovascolare e ridurre anche di 20 anni l'aspettativa di vita, come recenti studi epidemiologici hanno dimostrato e la stessa Professoressa Aurora Parodi ci ha appena confermato
- capire le reali difficoltà e le esigenze del paziente
- avere pazienza con il paziente: spesso quando arriviamo dal medico siamo esasperati e ce l'abbiamo con il mondo intero
- spiegare al paziente le sue decisioni e perché nel suo caso una cosa è meglio dell'altra
- dargli aspettative chiare e realizzabili, con tempistiche adeguate e non miracolistiche
- soprattutto non terrorizzarlo con espressioni tipo "la Psoriasi non se la toglierà mai di dosso"
- saper modulare le parcelle dei successivi incontri

Concluderei il mio intervento, se me lo consentite, parlandovi direttamente del mio caso personale e del comportamento che ancora oggi ho nei confronti del mio dermatologo:

Affetto da psoriasi artropatica grave da ormai oltre 35 anni, ho tentato, su proposta del mio dermatologo, tutte le terapie topiche e sistemiche, che man mano si sono affacciate alla ribalta.

Ho gioito quando ho appreso dell'esistenza delle nuove terapie con i farmaci biologici. Tale gioia, purtroppo, è durata ben poco in quanto, alla vigilia dell'inizio della nuova cura, ho scoperto di essere affetto da un carcinoma prostatico, incompatibile con l'uso dei nuovi farmaci. Ed è quindi venuta meno la speranza di potermi giovare dell'efficacia dei farmaci biologici.

Non so quanto questo carcinoma possa essere in qualche modo correlato alle terapie effettuate in tutti questi anni. Dalle relazioni degli specialisti che sono intervenuti prima di me, sembrerebbe di no. Ultimamente, purtroppo, alla psoriasi si sono aggiunte anche patologie dovute all'incremento ponderale imputabile alle terapie ormonali per la cura del tumore, che hanno rivoluzionato il mio metabolismo.

Ciononostante non ho smesso di mantenermi in stretto contatto con il dermatologo e di seguirne le indicazioni, nella speranza che prima o poi giunga notizia di nuove cure che siano accessibili anche da me.

Sono certo che sia da parte dei pazienti che da quella dei medici c'è la volontà di realizzare questa alleanza terapeutica ottimale e perché ciò possa diventare realtà da parte nostra c'è l'impegno ad educare i nostri iscritti (e per nostri intendo gli appartenenti alle associazioni federate alla FEDIPSO), a relazionarsi con il proprio dermatologo in base al "codice comportamentale" sopra esposto. Cosa che peraltro facciamo ormai da tanti anni e di cui molti medici presenti in sala, appartenenti alla nostra Commissione Scientifica, sono a conoscenza, avendo in tutti questi anni collaborato con "Gli Amici per la Pelle" nella realizzazione di ben 26 convegni annuali.

Ma l'auspicio vero è che si possa addivenire alla formulazione di un "Nuovo Codice Comportamentale" appositamente studiato e condiviso con la Classe Medica, da distribuire ai malati a cura delle Associazioni.

Chi fosse interessato a collaborare alla redazione di questo "codice" si metta in contatto con noi all'indirizzo e-mail: [alberto.oliva@anapweb.it](mailto:alberto.oliva@anapweb.it).

Grazie dell'attenzione.

Alberto Oliva - Presidente ANAP onlus - VicePresidente FEDIPDO onlus

## IV CONGRESSO NAZIONALE UNIFICATO SIDeMaST ADOI NAPOLI, 28-31 Maggio 2008

Vista la complessità degli argomenti trattati e l'importanza del congresso, abbiamo pensato di scindere la relazione su quanto avvenuto in due parti, una riguardante gli aspetti scientifici, redatta dal Dott. Michele Bertero - Primario Dermatologo AO S.Croce e Carle di Cuneo, membro della Commissione Scientifica ANAP Onlus - l'altra sul "**momento di incontro tra medici e pazienti**", curata da **Alberto Oliva - Presidente ANAP Onlus e Vice Presidente FEDIPSO** - che ci ha rappresentati al congresso, moderando la sessione riservata a medici e pazienti.

In questa seconda parte è riportato il testo integrale della relazione tenuta da Alberto Oliva.

### **PARTE SCIENTIFICA – a cura del dott. Michele Bertero**

Dal 28 al 31 Maggio 2008 si è svolto a Napoli il 4° Congresso Nazionale Unificato delle due più importanti società scientifiche dermatologiche, l' ADOI (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani) e la SIDeMaST (Società Italiana di Dermatologia Medica, Estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse).

Per quattro giorni nei padiglioni della Mostra d'Oltremare a Napoli si è discusso a tutto campo sulle malattie della pelle. Hanno partecipato oltre 1500 persone; circa 80 Aziende Farmaceutiche e numerose Associazioni di Pazienti (tra cui anche gli Amici per la Pelle) hanno esibito i loro stand.

Sono intervenuti i rappresentanti di autorevoli istituzioni, come l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università Federico II di Napoli.

**Per quanto riguarda la psoriasi**, gli studi di biologia molecolare stanno consolidando nuove scoperte, come una nuova classe di linfociti (Th17) ed il ruolo delle citochine IL-12 ed IL-23 nel causare la lesione psoriasica. Queste conoscenze, molto tecniche, hanno creato le premesse per l'azione di un nuovo farmaco biotecnologico prossimo all'introduzione in commercio.

Il Prof. Girolomoni di Verona ha presentato gli studi che da anni sottolineano l'associazione tra psoriasi e disturbi metabolici, dislipidemia, obesità, ipertensione arteriosa, resistenza insulinica. Sembra che l'infiammazione associata alla psoriasi attiva possa causare un peggioramento dell'aterosclerosi, e questo significa che non basta più curare la pelle ma bisogna affrontare il malato in tutti i suoi aspetti, e sottoporlo, ad una dieta rigorosa e ad attività fisica adeguata per prevenire danni peggiori.

I farmaci biotecnologici possono fare la loro parte, ma bisogna tenere presente i rischi, soprattutto riacutizzazione di malattia tubercolare, sindromi demielinizzanti, rare intolleranze epatiche, insufficienza cardiaca.

Altri relatori hanno sottolineato come l'introduzione dei farmaci biotecnologici abbia posto il dermatologo al centro delle nuove linee di studio che si basano sulla biologia molecolare, rimettendolo nel ruolo di protagonista, ed abbiano condotto al centro dell'attenzione l'importanza della qualità di vita del paziente psoriasico ma anche aspetti di economia sanitaria, oggi imprescindibili.

Si è trattato anche della terapia della psoriasi in gravidanza, sottolineando come alcuni dei farmaci principali (methotexate, retinoide aromatico) sono sicuramente teratogeni (possono indurre malformazioni del feto) e ciò crea non pochi problemi di gestione in queste pazienti.

**Per il resto**, è inopportuno, credo, presentare un resoconto di troppe cose diverse che sono state trattate in una riunione scientifica così importante. Posso solo citare "a braccio" alcuni eventi che mi hanno dato spunti di riflessione.

Il Prof. Borroni (Direttore Dermatologia Universitaria di Pavia) ha presentato una splendida lezione sui rari tumori della cute che partono dagli annessi (strutture del pelo, unghie): si tratta di un argomento complicatissimo, che ha saputo sintetizzare con semplicità e chiarezza senza confronti. Gli allievi della sua Scuola, che si distinguono per l'alto profilo scientifico, hanno presentato approfondite relazioni su settori complessi e controversi di malattie infiammatorie.

Il Prof. Leigheb (Direttore Dermatologia Universitaria di Novara) accompagnato da numerosi suoi allievi (compreso il sottoscritto) e dai suoi qualificati collaboratori novaresi, ha portato contributi scientifici rilevanti soprattutto nel campo dermochirurgico. Posso citare per tutte la relazione del dott. Gattoni, che ha presentato una sintesi delle tecniche chirurgiche della Scuola di Novara nel Dermatofibrosarcoma di Darier-Ferrand, un tumore raro ma molto insidioso, ove la buona competenza chirurgica specialistica può risparmiare al paziente rischi e sofferenze per continue recidive.

Ho visto il Professore intervenire con intransigenza in diversi dibattiti, per esigere l'applicazione delle tecniche chirurgiche che, anche se complesse ed impegnative, danno al paziente le migliori possibilità di guarigione, contro chi si accontenta di un approccio più facile e superficiale.

Il Prof. Ruocco (Professore di Dermatologia Universitaria di Napoli) ha presentato una bella e completa relazione sul Pemfigo (una delle peggiori malattie di tutta la Dermatologia, non rarissima, che porta a scollamenti bollosi della pelle, quasi come un'ustione, ed è gravato da una significativa mortalità) spiegando le consolidate prassi terapeutiche che vengono seguite a Napoli e le novità terapeutiche in uno stile chiaro e conciso.

La Prof.ssa Parodi (Direttore Dermatologia Universitaria di Genova) ha trattato le novità più interessanti sulle malattie autoimmuni e specialmente sul Lupus sistemico, con la sua profonda conoscenza dell'argomento che sa tuttavia rendere accessibile anche ai non ricercatori.

Al congresso sono state discusse anche numerose relazioni di tipo organizzativo.

Dai dibattiti e dalle discussioni con colleghi autorevoli di diverse Regioni emerge un diffuso e grave malcontento per come negli ultimi anni è stata gestita la Dermatologia all'interno del Sistema Sanitario da parte dei politici e dei funzionari legati ai politici che popolano le Direzioni degli Ospedali. Si sta giocando al risparmio senza capire bene quello che si vuole ottenere e senza un reale interesse per i problemi di salute, spesso con scarsa competenza tecnica. Le malattie vengono ridotte a numeri e su questi si prendono delle decisioni poco razionali, non condivise dai medici o che sono al servizio di una certa parte.

Nelle Direzioni pullulano gruppi di funzionari che generano burocrazia ed impongono ai sanitari nuovi oneri che li allontanano dai pazienti. I Primari non vengono nemmeno ascoltati, perché non c'è un reale interesse per i problemi dei loro malati, di cui sono interlocutori.

Nelle Aziende Sanitarie chi ha più potere accaparra le risorse e la Dermatologia, che non conta mai come una chirurgia urgentistica od un sistema oncologico, riceve solo le briciole quando non trattamenti vergognosamente scorretti. Tutto questo deve cambiare con urgenza assoluta, altrimenti un segmento di popolazione (malati di diversi e gravi problemi cutanei) non troverà più nel Servizio pubblico degli interlocutori qualificati.

Penso che questo "grido di dolore" della Dermatologia ospedaliera debba essere raccolto proprio da voi, che avete un interesse diretto e legittimo a che vi sia dato un servizio adeguato e qualificato.

#### **PARTE RELATIVA ALL'INCONTRO MEDICI-PAZIENTI**

Nel corso del IV CONGRESSO NAZIONALE UNIFICATO DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA, tenutosi a Napoli dal 28 al 31 Maggio 2008, l'intera mattinata dell'ultimo giorno di lavori è stata dedicata alle associazioni dei pazienti: "Porte aperte: dermatologi e pazienti" - coordinatori P. Donofrio e G. Zambruno - è stato infatti il titolo di una seduta di lavoro articolata in tre sessioni.

Nell'introduzione, i professori Aricò e Mulas, presidenti rispettivamente di SIDEMAST e ADOI, hanno anticipato i vari temi delle sessioni successive, evidenziando che malattie rare e meno rare, così come le malattie dermatologiche più diffuse, costituiscono un panel di patologie che tendono ad isolare i singoli malati e pertanto devono riservare un ruolo di primo piano anche alle Associazioni di volontariato che, aggregando le realtà del singolo, consentono una nuova integrazione sociale.

**Nella prima sessione** di lavori - dedicata alle malattie rare e meno rare - i relatori hanno illustrato i progressi di terapia e studio sulle Displasie Ectodermiche, sulla Sindrome di Sjögren (qui da rimarcare la passione con cui la signora Marotta, presidente dell'omonima Associazione di Pazienti ha esposto il punto di vista di chi ne soffre) e sul Pemfigo di cui ha parlato il prof. Cianchini.

**La seconda sessione** è stata quella più dichiaratamente dedicata alle Associazioni.

Dalle relazioni che si sono tenute è emerso che, purtroppo, spesso la stampa non aiuta i pazienti, sottoponendo alla loro attenzione articoli sensazionalistici che non fanno altro che disorientare ed alimentare speranze che talora sono assolutamente utopiche.

Importante è stato il fatto che un clinico, il prof. Donofrio, abbia accettato di affrontare l'argomento del giusto approccio paziente-medico in cui quest'ultimo non si deve limitare alla prescrizione di farmaci o rimedi galenici ma deve anche avere la disponibilità ad ascoltare e la capacità di risolvere almeno in parte le problematiche relazionali e comportamentali del suo assistito.

**La terza ed ultima sessione**, dedicata alle risposte dei clinici ai quesiti dell'uditorio, non si è svolta per la mancanza di domande: che sia l'ennesimo sintomo di disagio personale per cui nessuno si vuole aprire più di tanto in pubblico? I clinici se ne saranno resi conto?

Tra i moderatori della giornata c'era anche **Alberto Oliva, Presidente ANAP Onlus e Vice-Presidente FEDIPSO.**

#### **Questa la sua relazione:**

Signore e Signori buon giorno e benvenuti.

Sono Alberto Oliva, Presidente dell'Associazione Nazionale "Gli Amici per la Pelle" sin dal lontano 1982, anno in cui è nata l'Associazione e Vice Presidente della FEDIPSO.

Desidero ringraziare i Presidenti della SIDEMAST prof. Mario ARICO' e dell'ADOI prof. Patrizio MULAS ed i Presidenti del Congresso: prof. AYALA e prof. RICCIUTI, non solo per aver invitato e concesso gratuitamente uno spazio espositivo alle Associazioni di Pazienti ma, soprattutto, per il ruolo di moderatore che mi hanno voluto assegnare, dando così un riconoscimento all'attività dell'Associazione che presiedo.

Un grande ringraziamento va anche, naturalmente, agli illustri relatori, ai presenti a questo tavolo, alle associazioni dei pazienti ed a tutti voi che siete qui convenuti così numerosi.

Questo momento di incontro tra malati dermatologici, associazioni che li rappresentano e insigni clinici, nato quasi per scommessa a Torino nell'ambito dell' 81° Congresso Nazionale Sidemast del 2006, sta diventando per noi una piacevole abitudine e mi auguro che anche per i clinici, impegnati in un congresso di altissimo interesse scientifico tuttora in corso, sia lo stesso.

Il mio compito è quello di moderare, unitamente ai prof. Aricò e Mulas, le sessioni di questa mattina ma, a titolo di semplice presentazione, lasciatemi mettere in risalto che uno degli obiettivi principali delle Associazioni di pazienti deve essere quello di EDUCARE IL MALATO A RELAZIONARSI IN MODO COSTRUTTIVO CON IL PROPRIO DERMATOLOGO.

Approfitando di questo importante evento e della presenza di numerosi e qualificati dermatologi, mi corre l'obbligo di riferire ciò che i nostri associati ci sollecitano ripetutamente nei vari incontri, vale a dire chiedere a tutti voi specialisti che il rapporto con i rispettivi pazienti, a prescindere dal fatto che avvenga in ospedale, in ambulatorio o nello studio privato, sia sempre improntato al reciproco rispetto, avendo cura di porre la massima attenzione al malato prima ancora che alla malattia ed in particolare agli aspetti psicologici che lo caratterizzano, indipendentemente dall'entità delle manifestazioni cutanee.

Infatti, come recenti studi hanno confermato, anche solo poche chiazze e di lieve entità se situate in parti del corpo visibili agli sguardi delle persone con le quali ci relazioniamo giornalmente comportano, comunque, un forte disagio psicologico.

Occorre quindi che il medico entri in sintonia col proprio paziente, lo rassicuri, lo convinca che, attenendosi alle sue prescrizioni, qualunque esse siano, il quadro clinico troverà giovamento.

Ma occorre anche che lo informi che la terapia suggerita potrebbe essere modificata, sia alla luce dell'evoluzione della malattia, sia in base alle nuove acquisizioni cliniche e terapeutiche e che non si deve scoraggiare se la cura appena iniziata non produce immediatamente gli effetti sperati: in sostanza: "più parole e meno medicine", proprio come sosterrà il prof. Donofrio nel suo intervento.

E sarebbe altrettanto bello che, anche all'interno dell'ospedale, il medico fosse sempre lo stesso dalla prima visita ai controlli successivi, fino al completamento della cura: questa è, come da me detto pochi giorni fa anche in Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, la "continuità terapeutica", di cui tanto si parla e si scrive, ma che non viene quasi mai messa in essere.

Il paziente deve aver ben chiaro, dal canto suo, che l'individuazione della terapia più efficace, a volte richiede tempo e deve essere disposto comunque a concederle questo tempo! Deve altresì assolutamente rinunciare ad intraprendere terapie "fai da te" o per sentito dire o perché "sta scritto su Internet o sui settimanali ed i rotocalchi": il rischio è quello di continuare a fare pasticci, peggiorando quasi sempre la sua psoriasi e di finire poi nelle mani di personaggi senza scrupolo che dietro il miraggio della guarigione, rimpinguano le loro casse lasciando il malcapitato nel più mero sconforto.

Proprio a ciò mirano i convegni e le riunioni organizzate dalle nostre associazioni.

Da un sondaggio fatto nel 2004 e ripetuto nel 2006 fra gli associati all'ANAP Onlus, alla domanda se erano seguiti da un dermatologo il 73% circa ha risposto di no, prevalentemente per i costi elevati delle visite di controllo.

Questo risultato però è anche frutto di certi provvedimenti burocratici, della cattiva stampa, di messaggi televisivi e commerciali fuorvianti che vogliono che la nostra pelle sia sempre più vellutata e senza macchia e, quando ciò non è possibile - specie se si tratta di malattie croniche e ad esserne colpiti sono gli adolescenti - i drammi familiari diventano quotidiani.

Sono certo che queste considerazioni non lasceranno insensibili voi clinici, che peraltro dimostrate da sempre di essere attenti alle nostre esigenze ma, nello stesso tempo, raccomando vivamente a tutti i pazienti di usare un maggior senso critico nell'interpretare certi articoli sensazionalistici che danno per debellata la malattia, e di avere molta pazienza e costanza nel seguire la terapia suggerita dal proprio dermatologo.

Internet ci porta a conoscenza delle cure più innovative e dello stato dell'arte della ricerca clinica e farmacologica, ma è il dermatologo che abbiamo davanti che, in scienza e coscienza, decide se le terapie più innovative sono adatte o meno alla nostra personale condizione di malattia e se noi siamo in grado, fisicamente, di affrontarle: noi malati non possiamo far altro che aver fiducia in lui, essendo certi che le sue scelte non sono legate alla necessità di risparmiare per far quadrare i conti del proprio Reparto, Ente, Assessorato Regionale alla Sanità, ma solo ed unicamente mirate alla nostra qualità di vita, che deve essere la migliore possibile.

Grazie per l'attenzione.

Alberto Oliva  
Presidente ANAP onlus  
VicePresidente FEDIPDO onlus



## SCELTI PER VOI DA PUBMED\*

\* PubMed è il servizio della U.S. National Library of Medicine che include più di 17 milioni di citazioni da MEDLINE ed altri giornali scientifici per articoli biomedici in attività sin dagli anni '50. PubMed include links agli articoli completi ed alle altre risorse correlate. Il servizio è in inglese, a pagamento ed è vietata qualsiasi riproduzione dei suoi contenuti, quindi in questa sezione proponiamo solo la parte pubblica degli articoli, cioè gli abstract (riassunti). Chi fosse interessato ad approfondire od al testo completo può reperirne copia presso le biblioteche scientifiche, le fondazioni benefiche (es. l'Istituto Mario Negri di Milano) o qualsiasi dermatologo che volesse collaborare con voi.

\*\* Le traduzioni sono realizzate senza alcuna autorizzazione dei titolari della pubblicazione e sono da intendersi solo indicative del contenuto con possibili imperfezioni italiane per cercare di aderire il più possibile alla differente sintassi del testo originale. Il testo in inglese è l'unico valido.

In queste pagine proviamo a selezionare per voi alcuni articoli presi dal più ampio ed utilizzato database per la medicina e la ricerca scientifica.

Il semplice fatto che un articolo compaia in PUBMED non è indice di qualità per se stesso ma significa solamente che è stato pubblicato da una delle tantissime riviste scientifiche del mondo, sarà la metodica e l'accuratezza con cui la rivista selezione gli articoli che garantiranno la qualità e l'affidabilità dei contenuti. Il metodo più diffuso di selezione delle riviste scientifiche è il calcolo del loro "Impact Factor" (IF), cioè quanto credito abbiano presso la comunità scientifica.

Il compito delicatissimo di calcolare l'IF e curare il serbatoio delle citazioni (lo Science Citation Index, SCI) è però opera di una società privata a scopo di lucro l'[Institute for Scientific Information](#) che al di là del nome altisonante è una branca della multinazionale [Thomson](#). Un'azienda che oggi ha sede a Stamford (in Connecticut) e fattura quasi 8 miliardi di dollari l'anno in settori che spaziano dalla farmaceutica all'editoria, dall'informatica alle risorse energetiche.

**Br J Dermatol. 2008 Sep 19. [Epub ahead of print]**

**[Terapie biologiche per la psoriasi: esperienza pratica in un centro di riferimento terziario inglese.](#)**

TESTO ORIGINALE\*\*:

**[Biologic therapies for psoriasis: practical experience in a U.K. tertiary referral centre.](#)**

**Warren RB, Brown BC, Lavery D, Ashcroft DM, Griffiths CE.**

Dermatological Sciences, Salford Royal Hospital, University of Manchester, Manchester M6 8HD, U.K.

**Background:** I trial clinici su larga scala forniscono chiare prove dell'efficacia e della tossicità a breve termine delle terapie biologiche per la psoriasi. In ogni caso, ad oggi, ci sono pochi rapporti sull'uso pratico di queste terapie al di fuori dell'ambiente sperimentale e, per nostra conoscenza, nessuno da una coorte di pazienti inglesi con la psoriasi.

**Obiettivi:** (i) Verificare l'efficacia e la sicurezza di efalizumab, etanercept ed infliximab in una coorte di pazienti inglesi con la psoriasi, con PASI significativo (Psoriasis Area and Severity Index) ed indice dermatologico della qualità della vita (Dermatology Life Quality Index) rispettivamente di 21.8 e 21.7, all'esterno dell'ambiente sperimentale. (ii) Esaminare il nostro approccio ai processi coinvolti nell'introduzione alle terapie biologiche nell'era della guida del National Institute for Health and Clinical Excellence.

**Metodi:** Una revisione retrospettiva di un caso noto per identificare tutti i pazienti iniziati alla terapia biologica per la psoriasi in un centro terziario inglese di riferimento.

**Risultati:** A tre mesi l'efficacia del trattamento con (n = 28), etanercept (n = 70) ed infliximab (n = 20), come verificato dal PASI 75 (75% di riduzione dal punteggio di base), era rispettivamente 24%, 35% ed 85%. Tutti e tre i biologici usati erano ben tollerati. La combinazione della terapia con agenti sistemici tradizionali era richiesta sia alla transizione con, o per contrastare la ricaduta una volta ristabiliti, la terapia biologica nel 30% dei casi. Approcci razionalizzati per lo screening ed il consolidamento (P <= 0.05) acceleravano significativamente l'approccio delle terapie biologiche.

**Conclusioni:** In una coorte di pazienti inglesi con psoriasi severa, è stato provato che le terapie biologiche sono un significativo passo avanti nell'espansione dell'armamentario terapeutico per la psoriasi. La farmacovigilanza, sotto forma di registrazioni, è essenziale per valutare la sicurezza a lungo termine di questi medicinali.

TESTO ORIGINALE\*\*:

**Background:** Large-scale clinical trials provide clear evidence of the efficacy and short-term toxicity of biologic therapies for psoriasis. However, to date, there are few reports of the practical use of these therapies outside of the trial setting and, to our knowledge, none from a U.K. cohort of patients with psoriasis.

**Objectives:** (i) To assess efficacy and safety of efalizumab, etanercept and infliximab in a U.K. cohort of patients with psoriasis, with mean Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and Dermatology Life Quality Index 21.8 and 21.7, respectively, outside of the clinical trial setting. (ii) To examine our approach to the processes involved in the initiation of biologic therapies in the era of National Institute for Health and Clinical Excellence guidance.

**Methods:** A retrospective case-note review to identify all patients initiated on biologic therapies for psoriasis in a U.K. tertiary referral centre.

**Results:** At 3 months of treatment the efficacy of efalizumab (n = 28), etanercept (n = 70) and infliximab (n = 20), as assessed by PASI 75 (75% decrease from baseline score), was 24%, 35% and 85%, respectively. All three biologics used were well tolerated. Combination therapy with traditional systemic agents was required either at transition to, or to counter relapse while established on, a biologic therapy in 30% of cases. Streamlined approaches to screening and funding significantly (P <= 0.05) hastened the initiation of biologic therapies.

**Conclusions:** In a cohort of U.K. patients with severe psoriasis, biologic therapies have proved to be a significant step forward in expanding the therapeutic armamentarium for psoriasis. Pharmacovigilance, in the form of registries, is essential to assess the long-term safety of such drugs.

**Dermatology.** 2008 Sep 23;217(4):365-373. [Epub ahead of print]

**L'impatto dell'indice di massa corporea e dell'obesità nella risposta clinica ai trattamenti sistemici per la psoriasi. Prove dal Progetto Psocare.**

TESTO ORIGINALE\*\*:

**Impact of Body Mass Index and Obesity on Clinical Response to Systemic Treatment for Psoriasis. Evidence from the Psocare Project.**

**Naldi L, Addis A, Chimenti S, Giannetti A, Picardo M, Tomino C, Maccarone M, Chatenoud L, Bertuccio P, Caggese E, Cuscito R.**

GISED Study Centre, Ospedali Riuniti, Bergamo, Italy.

**Obiettivo:** Il nostro scopo era quello di verificare il ruolo dell'indice della massa corporea (Body Mass Index - BMI) nella risposta clinica ai trattamenti sistemici per la psoriasi.

**Metodi:** È stato condotto uno studio di coorte su scala nazionale di pazienti che ricevono un nuovo trattamento per la psoriasi in placche in centri di riferimento italiani. Le informazioni furono raccolte per mezzo di un modulo elettronico sul web. Erano ammissibili i pazienti in mantenimento con lo stesso trattamento e con dati disponibili tra le 8 e le 16 settimane alla data del 31 marzo 2007. Il risultato era una riduzione del PASI (Psoriasis Area Severity Index) di almeno il 75% al controllo comparato con la linea di base (PASI-75).

**Risultati:** Su 8,072 pazienti arruolati, 2,368 erano ammissibili ed analizzabili sulle 8 settimane e 2,042 sulle 16. Il PASI-75 fu raggiunto da 819 pazienti (34.5%) in 8 settimane e 1,034 (50.6%) in 16. La proporzione si riduceva stabilmente con l'aumento dei valori di BMI. Comparato con il peso normale (BMI = 20-24) il tasso corretto di probabilità per il raggiungimento del PASI-75 in pazienti obesi era lo 0.73 (95% CI = 0.58-0.93) in 8 settimane e 0.62 (95% CI = 0.49-0.79) in 16. L'impatto del BMI non mostrava variazioni importanti rispetto al medicinale prescritto all'inizio.

**Conclusione:** Il BMI interessa la risposta clinica precoce al trattamento per la psoriasi.

Copyright © 2008 S. Karger AG, Basel.

TESTO ORIGINALE\*\*:

**Objective:** Our aim was to assess the role of the body mass index (BMI) in the clinical response to systemic treatment for psoriasis.

**Methods:** A nationwide cohort study of patients receiving a new systemic treatment for plaque psoriasis at reference centres in Italy was conducted. Information was gathered through a web-based electronic form. Patients being maintained on the same medication and with data available at 8 and 16 weeks by March 31, 2007, were eligible. The outcome was a reduction in the Psoriasis Area Severity Index (PASI) of at least 75% at follow-up compared to baseline (PASI-75).

**Results:** Out of 8,072 patients enrolled, 2,368 were eligible and analysable at 8 weeks and 2,042 at 16 weeks. PASI-75 was achieved by 819 patients (34.5%) at 8 weeks and 1,034 (50.6%) at 16 weeks. The proportion steadily decreased with increased values of BMI. Compared to normal weight (BMI = 20-24) the adjusted odds ratio for achieving PASI-75 in obese patients was 0.73 (95% CI = 0.58-0.93) at 8 weeks and 0.62 (95% CI = 0.49-0.79) at 16 weeks. The impact of the BMI did not show remarkable variations according to the drug prescribed at entry.

**Conclusion:** The BMI affects the early clinical response to systemic treatment for psoriasis.

Copyright © 2008 S. Karger AG, Basel.

**Drugs Today (Barc).** 2008 Jul;44(7):547-57

**Il clobetasol propionato - dove, quando, perchè?**

TITOLO ORIGINALE\*\*:

**Clobetasol propionate-where, when, why?**

**Pels R, Sterry W, Lademann J.**

Department of Dermatology, Polikum Friedenau, Berlin, Germany. ragna.pels@friedenau.polikum.de.

Il clobetasol propionato è il più potente di tutti gli steroidi per uso topico. Esso è applicato con successo nei trattamenti di vari disturbi della pelle come le dermatiti atopiche, la psoriasi e il vulvar lichen sclerosus. La terapia è, comunque, principalmente sintomatica. Un effetto preventivo è riportato solo nel trattamento di quest'ultimo. Il clobetasol propionato esercita un effetto antiinfiammatorio, immunosoppressivo ed antimicotico influenzando la crescita, la differenziazione e la funzione delle varie cellule ed inibendo la produzione di citochine. Sette forme differenti di dosaggio sono disponibili per consegnare il medicinale alle cellule viventi della pelle. La scelta può additionally influenzare la compiacenza dei pazienti. La potenza del clobetasol propionato, comunque, è accompagnata da effetti collaterali locali e sistemici, come l'atrofia della cute e la soppressione dell'asse ipotalamico-pituitario-adrenale. I pazienti che applicano il clobetasol propionato devono essere ben istruiti su come usarlo. I medici che prescrivono il clobetasol propionato dovrebbero considerare una diversità di fattori ed essere in grado di rispondere alle domande dove, quando e perchè.

Copyright 2008 Prous Science, S.A.U. or its licensors. All rights reserved.

TESTO ORIGINALE\*\*:

Clobetasol propionate is the most potent of all topical steroids. It is successfully applied in the treatment of various skin diseases such as atopic dermatitis, psoriasis and vulvar lichen sclerosus. The therapy is, however, mainly symptomatic. A preventive effect is only reported in the treatment of the latter. Clobetasol propionate exerts antiinflammatory, immunosuppressive and antimicrobial effects influencing the growth, differentiation and function of various cells and inhibiting cytokine production. Seven different dosage forms are available to deliver the drug to the living cells of the skin. Their choice might additionally affect patient compliance. The potency of clobetasol propionate, however, is accompanied by local and systemic side effects, such as skin atrophy and hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression. Patients applying clobetasol propionate must be well instructed in how to use it. Physicians prescribing clobetasol propionate should consider a diversity of factors and be able to answer the questions where, when and why. Copyright 2008 Prous Science, S.A.U. or its licensors. All rights reserved.

Br J Dermatol. 2008 Sep 19. [Epub ahead of print]

[Valutazione economica dell'etanercept nella gestione della psoriasi cronica in placche.](#)

TITOLO ORIGINALE\*\*:

[Economic evaluation of etanercept in the management of chronic plaque psoriasis.](#)

Lloyd A, Reeves P, Conway P, Reynolds A, Baxter G

Fourth Hurdle Consulting, 137-144 High Holborn, London WC1V 6PL, U.K.

**Background:** Il National Institute for Health and Clinical Excellence ha raccomandato l'uso dell'etanercept da 25 mg due volte a settimana (biw) negli adulti con psoriasi in placche severa. Tuttavia, il suo modello economico non ha considerato l'utilizzo del regime licenziato alternativo con etanercept 50 mg biw.

**Obiettivi:** Valutare il rapporto costo-efficacia dell'etanercept 50 mg biw per il trattamento della psoriasi cronica in placche ed esplorare le caratteristiche dei pazienti che beneficiano principalmente del dosaggio a 50 mg.

**Metodi:** È stato costruito un modello economico per stimare il costo incrementato per anno ottenuto di miglioramento della qualità della vita (QALY). Il modello considerava pazienti con psoriasi cronica in placche che avevano sia il PASI (Psoriasis Area and Severity Index) che il DLQI (Dermatology Life Quality Index) di 10 o superiore e che erano incapaci di prendere terapie sistemiche standard. Il miglioramento ottenuto della qualità della vita fu stimato dalla risposta DLQI dei pazienti arruolati in tre studi clinici. Il modello considerava la spesa in medicinali, le visite di controllo, gli eventi avversi ed i ricoveri. I costi furono stimati dalla prospettiva dei costi del Servizio Sanitario Nazionale Inglese (U.K. National Health Service) su un periodo di tempo di 10 anni.

**Risultati:** Il costo ottenuto di QALY per l'etanercept 50 mg biw comparato con le terapie non sistemiche si rilevò essere di 6217 sterline (95% di intervallo di confidenza 5396-7486 sterline). Il costo-efficacia del dosaggio di 50 mg fu più attraente in pazienti con PASI di base  $\geq 20$  (5163 sterline) o DLQI di base  $\geq 20$  (4599 sterline).

**Conclusioni:** Questo modello ha rivelato che la dose del regime licenziato dell'etanercept a 50 mg biw ha costi efficaci in Inghilterra. Questo regime fu particolarmente appropriato per pazienti con disturbi severi o bassa qualità della vita iniziale.

TESTO ORIGINALE\*\*:

**Background:** The National Institute for Health and Clinical Excellence has recommended that etanercept 25 mg twice weekly (biw) be used in adults with severe plaque psoriasis. However, its economic model did not consider the alternative licensed regimen of etanercept 50 mg biw.

**Objectives:** To assess the cost-effectiveness of etanercept 50 mg biw for the treatment of chronic plaque psoriasis, and to explore characteristics of patients who benefited most from 50 mg dosing.

**Methods:** An economic model was constructed to estimate the incremental cost per quality-adjusted life year (QALY) gained. The model considered patients with chronic plaque psoriasis who had both Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and Dermatology Life Quality Index (DLQI) of 10 or higher who were unable to take standard systemic therapies. Quality of life gain was estimated from the DLQI responses of patients enrolled in three clinical studies. The model considered expenditure on drugs, monitoring visits, adverse events and inpatient stays. Costs were estimated from the perspective of the U.K. National Health Service over a time period of 10 years.

**Results:** The incremental cost per QALY for etanercept 50 mg biw compared with no systemic therapy was found to be pound6217 (95% confidence interval pound5396-7486). The cost-effectiveness of 50 mg dosing was more attractive in patients with baseline PASI  $\geq 20$  ( pound5163) or baseline DLQI  $\geq 20$  ( pound4599).

**Conclusions:** This model found the licensed dose regimen of etanercept 50 mg biw to be cost effective in the U.K. This regimen was particularly appropriate for patients with severe disease or poor quality of life at baseline.

Clin Exp Dermatol. 2008 Aug;33(5):551-4

[Il Methotrexate per la psoriasi nell'era della terapia biologica.](#)

TITOLO ORIGINALE\*\*:

[Methotrexate for psoriasis in the era of biological therapy.](#)

Warren RB, Chalmers RJ, Griffiths CE, Menter A.

Department of Dermatological Sciences, Salford Royal Hospital, University of Manchester, Manchester, UK.  
richard.warren@manchester.ac.uk

Il ruolo tradizionale del Methotrexate come agente di prima scelta per la psoriasi da moderata a severa è sfidato dal rapido e crescente utilizzo delle terapie biologiche. Uno studio recente che compara l'adalimumab con il methotrexate ha mostrato una significativa superiore efficacia dell'adalimumab sul methotrexate oltre le 16 settimane. Sebbene sia poco costoso, l'uso futuro del methotrexate può essere compromesso dalla sua imprevedibile risposta e tossicità e dall'introduzione di nuovi e più efficaci terapie biologiche. In ogni caso, recenti scoperte nello screening della fibrosi del fegato mediante il monitoraggio del livello dei frammenti di peptidi del procollagene di tipo III nel siero hanno ridotto la necessità di biopsie del fegato. Inoltre, il potenziale dell'uso personalizzato del methotrexate per l'applicazione nella moderna farmacogenetica e farmacocinetica possono assicurare il suo posto come agente di prima scelta per la psoriasi nel futuro immediato.

TESTO ORIGINALE\*\*:

Methotrexate's traditional role as a first line agent for moderate to severe psoriasis is being challenged by the rapid and growing use of biological therapies. A recent study comparing adalimumab with methotrexate showed significantly superior efficacy of adalimumab over methotrexate over 16 weeks. Although it is inexpensive, the future use of methotrexate may be compromised by its unpredictable response and toxicity, and by the introduction of newer, more effective biological therapies. However, recent advances in the screening of liver fibrosis by monitoring serum levels of the aminoterminal peptide fragment of type III procollagen have reduced the need for liver biopsy. Furthermore, the potential for personalized methotrexate use by application of modern pharmacogenetics and pharmacokinetics may ensure its place as a first-line agent for the treatment of psoriasis for the foreseeable future.

## AGENDA

Associazione Nazionale  
"Gli Amici per la Pelle"  
-ANAP Onlus-



### **Corso ECM "Psoriasi - la malattia sistemica e la gestione del paziente" Torino 14 novembre 2008**

Nei lavori del Corso ECM "Psoriasi - la malattia sistemica e la gestione del paziente" che si terrà a Torino il 14 novembre prossimo, il nostro Vicepresidente Alberto Oliva nel corso della III° sessione dei lavori "La gestione del paziente psoriasico" alle ore 15.30 terrà un intervento dal titolo "Alleanza terapeutica: il ruolo del paziente".

Il corso prevede l'assegnazione di punti ECM e vedrà tra i partecipanti come relatori importanti esponenti della dermatologia.



**27 settembre 2008**

### **LAPIC-UVZ GRUPPO PSORIASI di Bolzano presenta il Convegno "VIVERE LA PSORIASI OGGI"**

Il convegno si terrà dalle ore 09.00 alle 12.30 a BRESSANONE presso l'ACCADEMIA CUSANO in PIAZZA SEMINARIO, 2 con il seguente programma:

- 9.00 Saluto delle autorità
- 9.30 Ruolo e importanza delle compliance nel trattamento della Psoriasi  
Dr. Francesca Ingannamorte Ospedale di Brunico e Bressanone
- 10.00 Psoriasi e stress  
Dr. Franco Perino Ospedale di Bolzano
- 10.30 La Terapia Terme di Cornano  
Dermatologo Specialista delle Terme di Cornano
- 11.00 Acido Fumarico una terapia antica riscoperta per il futuro?  
Prim. Dr. Franz Wenter Ospedale di Brunico e Bressanone
- 11.30 Vivere con la Psoriasi: cosa c'è di nuovo?  
Prim. Dr. Werner Wallnòffer Ospedale di Bolzano
- 12.00 Domande del pubblico
  
- 12.30 Chiusura dei lavori Rinfresco

**17 ottobre 2008**

### **Percorso di formazione "Orientarsi in salute e sanità per fare scelte consapevoli"**

Nell'ambito della 3° edizione del percorso di formazione "Orientarsi in salute e sanità per fare scelte consapevoli", organizzato dal progetto PartecipaSalute e rivolto a rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti, il nostro presidente, Pierluigi Pennati, sarà il tutor del gruppo di lavoro "L'associazione di pazienti: quali rapporti con i finanziatori e con i pazienti, quali meccanismi e strumenti per gestire i conflitti di interesse" che si terrà a Milano venerdì 17 ottobre 2008.

Il progetto Partecipasalute è coordinato dall'[Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano](http://www.istitutodiricerche.farmacologiche.milano.it) e si svolge in collaborazione con il [Centro Cochrane Italiano](http://www.centrocochrane.it) e l'agenzia di giornalismo scientifico [Zadig](http://www.zadig.it) ed è realizzato con il sostegno della Compagnia di San Paolo di Torino.

Per informazioni [http://www.partecipasalute.it/cms\\_2/node/880](http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/880)



**La newsletter è distribuita SOLO in formato elettronico  
per riceverla iscriviti nel sito [www.fedipso.it](http://www.fedipso.it)**

## **Per sostenerci:**

**ISCRIVETEVI ED AIUTATE LE ASSOCIAZIONI ADERENTI  
Sono la nostra forza!**

**Donazioni, lasciti testamentari ed erogazioni liberali<sup>(1)</sup>:**

Sono liberi e detraibili dalle tasse  
fino ad un massimo del 10% del reddito ed un totale di 70.000 euro all'anno.

Di ogni contributo viene rilasciata regolare ricevuta fiscale da allegare alla dichiarazione dei redditi.

Non inviate denaro contante, il modo migliore per versare contributi è il bonifico bancario:

FEDIPSO onlus  
Banca Sella  
Agenzia di Sesto S. Giovanni (MI)

CIN: S  
ABI: 03268  
CAB: 20700  
CC: 052869945190  
IBAN: IT 92 S 03268 20700 052869945190  
SWIFT: SELBIT21SL2

<sup>(1)</sup> A tutela della privacy, salvo diversa indicazione degli interessati, i vostri dati non saranno resi pubblici.