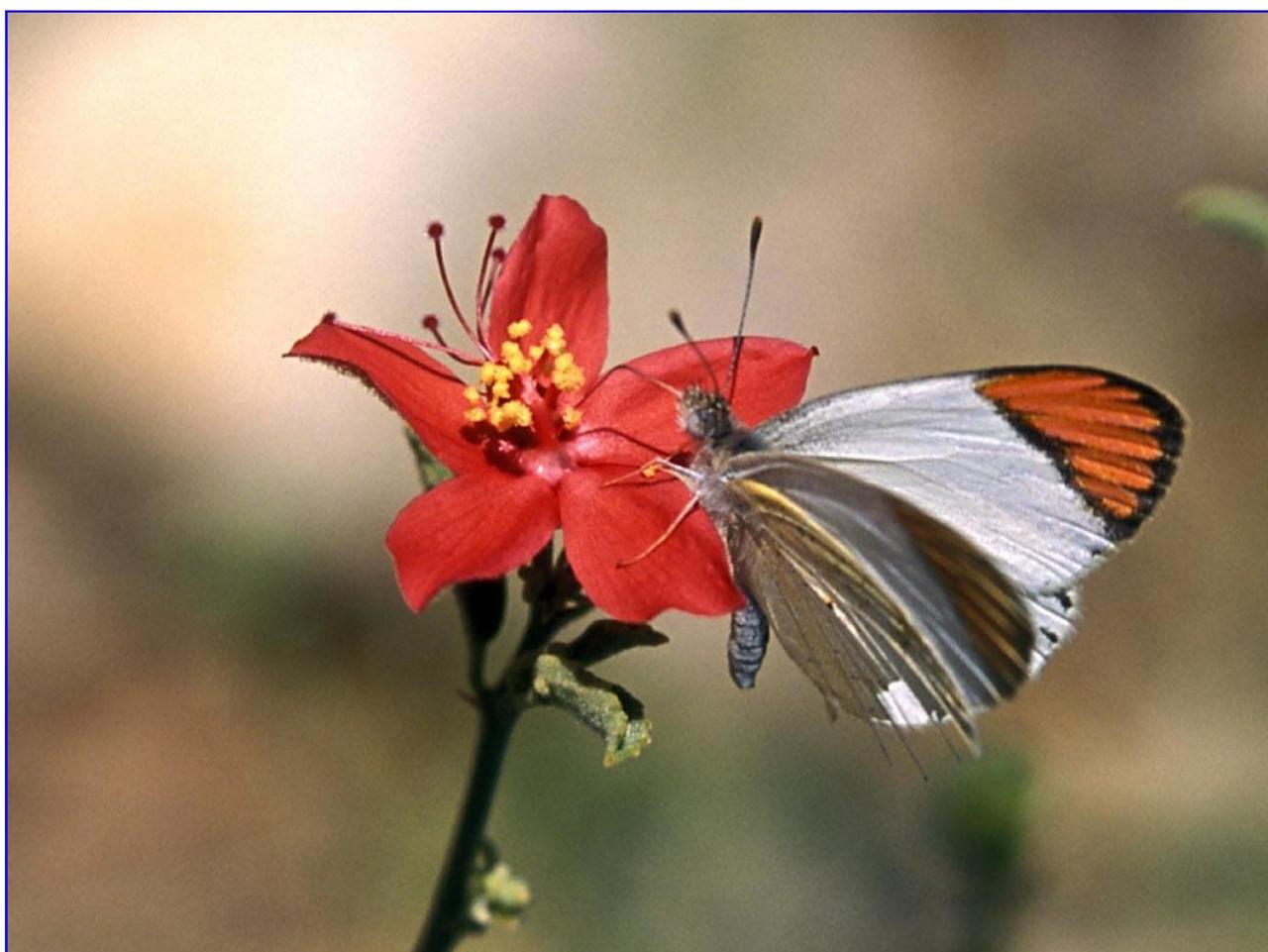


FedI **Pso**
onlus



Newsletter



05/2008

Numero 03/2008

In Questo Numero:

Editoriale p. 3
 Volontariato? (Istruzioni per l'uso) .. p. 4
 Scelti per voi da Pubmed p. 6
 Agenda p.11
 Sostieni FEDIPSO p.12

FedIPso è

Consiglio Direttivo:

Presidente

Pierluigi Pennati - ASNPV onlus

Vice Presidente:

Alberto Oliva - ANAP onlus

Segretario:

Paolo Marinello - LAPIC-UVZ onlus

Consiglieri:

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

Associati:

PIEMONTE

ANAP onlus

via Sestriere 129
 RIVOLI, Cascine Vica (To)
 tel. 011 9574987
 fax 011 9574987
alberto.oliva@anapweb.it
www.anapweb.it

LOMBARDIA

ASNPV onlus

via Bergognone, 43
 20144 Milano
 tel. 333 8202044
 fax. 02 700406203
info@asnpv.it
www.asnpv.it

TRENTINO ALTO ADIGE

LAPIC-UVZ onlus - Gruppo PSO

referente: Hilda Platzgummer - Vicepresidente
 Via Duca d'Aosta 70/1
 39100 Bolzano
 Tel. 0471 287336
 Fax 0471 287350
info@lapicuvz.it
www.lapicuvz.it

VENETO

ASSOMADE onlus

Piazzetta dei Giuseppini,
 31027 Spresiano - Treviso
 tel. 335 1410608
 fax. 0422 888923

PUGLIA

APSO onlus

referente: Maria Petruzzelli - Presidente
 Via Indipendenza, 71
 70020 - Cassano delle Murge (BA)
 tel. 380 7064269
apsoonlus@libero.it



Iscriviti alla Newsletter nel sito www.fedipso.it

Per sostenerci:

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

Il 5 per mille a FEDIPSO:

Firma per il volontariato e scrivi il
 C.F. 974 218 201 56.

**Lasciti testamentari ed
 erogazioni liberali⁽¹⁾:**

Sono libere e detraibili dalle tasse fino ad un massimo
 del 10% del reddito ed un totale di 70.000 euro.

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

¹⁾ A tutela della privacy, salvo differente indicazione scritta, i vostri dati non saranno comunque comunicati a nessun ente terzo.

EDITORIALE



Eccoci giunti al terzo numero del nostro notiziario, le iscrizioni alla mailing list per riceverlo hanno subito un'impennata importante, segno che siete in molti ad essere interessati alle informazioni che forniamo.

Anche le richieste che ci giungono attraverso il sito sono aumentate, e tutte in una sola direzione: pubblicare informazioni utili alla cura della psoriasi.

La lettura che do del significato di questa richiesta è il chiaro disagio che soffre il portatore di psoriasi, che è spesso sentita prima e più intensamente come disagio estetico che come vero disturbo clinico.

Personalmente non posso che condividere questa visione: da malato cronico so bene che controllare la malattia e ridurne i disagi, sia fisici che psicologici, è alla base sia della nostra sopravvivenza che della riuscita del trattamento clinico a cui ci sottoponiamo.

La qualità della vita assume così un'importanza fondamentale e può diventare elemento fondante della terapia per la nostra psoriasi che può essere in questo modo affrontata con più serenità.

Una competente collaborazione del paziente come utente consapevole e preparato del servizio sanitario aiuta il medico a trovare la soluzione migliore per la nostra personale e particolare forma di psoriasi, per aiutare l'informazione ho così deciso di dedicare molto più spazio alle pubblicazioni scientifiche che, come sempre, traduciamo in proprio lasciando il testo originale per la migliore comprensione di coloro che conoscono la lingua inglese.

A questo proposito chiunque avesse competenza di linguistica e volesse aiutarci con la newsletter traducendo gratuitamente gli articoli da pubblicare ci contatti al nostro indirizzo info@fedipso.it.

Il 24 maggio 2008 sarò presente a Milano al Congresso ASNPV onlus con una relazione sull'associazionismo che nelle mie intenzioni vuole aiutare il pubblico, tra i quali sono attesi molti dermatologi, a districarsi nella giungla dell'associazionismo e scegliere consapevolmente tra associazioni che potenzialmente "fingono" di occuparsi di diritti e tutela del malato e magari si occupano solo dell'interesse di chi le gestisce.

Sebbene non escluda di pubblicare una versione ridotta del discorso in futuri numero della newsletter invito tutti i nostri lettori ad intervenire di persona per meglio comprendere anche questa parte della medaglia appuntata sul petto dei nostri malati.

Vi invito, come al solito, a non smettere di inviarci tutte le segnalazioni che vorrete per condividere queste informazioni con gli altri malati, la vostra identità, se non diversamente richiesto, sarà tenuta riservata, oltre, ovviamente, a suggerimenti, impressioni e critiche per il miglioramento continuo della nostra azione.

A presto!

Pierluigi F. Pennati
Presidente FEDIPSO onlus



Volontariato? (istruzioni per l'uso)

Quante volte avete avuto notizia che dietro un'iniziativa di "volontariato" si celavano interessi privati?

Mai? Non ci credo, almeno una volta la TV od i giornali hanno parlato di iniziative eclatanti quali partite o concerti del cuore che erano invece del portafoglio. Il business dietro le associazioni può essere grande e non sempre facile da controllare, così alle volte associazioni apparentemente no-profit possono invece essere profit per qualcuno, il problema è capirlo per tempo.

Il volontario che io chiamo "puro", cioè colui/lei che vive di altre entrate e presta la propria opera in modo completamente gratuito, è difficile da reperire, deve essere fortemente motivato e coinvolto (malato, parente di malato, ...) e da formare, così molte organizzazioni reperiscono fondi non solo da ridistribuire ma anche per pagare i più o meno volontari, almeno delle spese che sostengono.

È questa la spirale dell'auto-sostentamento, cioè della necessità di reperire fondi non solo da devolvere completamente nell'attività svolta ma anche (ed alcune volte soprattutto) per pagare chi se ne occupa. Il rapporto tra i ricavi, i costi e la ricchezza ridistribuita, anche sotto forma di servizi, genera il successo dell'azione.

Un esempio concreto ci è venuto dall'UNICEF quando, anni fa, in una coraggiosissima autocritica dichiarò di fallire in gran parte i suoi obiettivi in quanto i costi per gli aiuti distribuiti pesavano nel suo bilancio in modo risibile rispetto ai suoi costi di gestione. Da allora l'UNICEF ha cambiato la sua gestione ridimensionandosi, purtroppo fare del bene costa anche e soprattutto a chi è in prima linea.

Questo è però un esempio di buona fede, altra storia è quando un'organizzazione viene costituita con la determinazione di celarne il lucro dei suoi fondatori.

In questo la legge ci aiuta solo un poco, perché come tutti bene sanno, "fatta la legge trovato l'inganno" ed utilizzando mille cavilli è comunque possibile tentare di sfuggire ai controlli, come fare, allora, a districarsi tra le centinaia di migliaia di associazioni "no-profit" che esistono in Italia?

La risposta non è così semplice, a mio avviso lo strumento migliore è sempre e comunque quello di fare il San Tommaso e di toccare con mano la sostanza delle cose. Per fare ciò bisogna spendere un po' del proprio tempo e verificare almeno se trasparenza e partecipazione sono garantite dall'organizzazione che vogliamo conoscere meglio.

Gli elementi giuridici: Lo statuto

Lo statuto è uno strumento indispensabile per conoscere una associazione, in esso è descritta la sua natura, i suoi scopi e la sua forma giuridica.

Possiamo sostanzialmente distinguere tre forme che regolano il rapporto tra persone, patrimonio e scopo:

- 1. La Fondazione:**
 - si tratta di un patrimonio finalizzato ad uno scopo, le persone sono eventuali.
- 2. La Società commerciale:**
 - sono persone che hanno come scopo il patrimonio.
- 3. L'Associazione:**
 - sono persone che hanno uno scopo sociale, il patrimonio è solo eventuale.

Avere lo statuto in versione integrale è quindi fondamentale per cercare di distinguere le associazioni dalle società, anche se non sempre la differenza è evidente perché lo scopo può essere dichiarato con modalità che ne occultano usi fraudolenti, quindi una buona ed approfondita lettura dei contenuti si rende necessaria:

La distinzione è facile:

- nello statuto sono chiaramente descritte le finalità, gli scopi, gli assetti sociali, il patrimonio e la sua destinazione, inoltre ci si associa senza troppe formalità e si può entrare liberamente a far parte del direttivo con norme elettive chiare.

La distinzione è difficile:

- scopi e finalità non sono chiari;
- per diventare soci ci sono norme rigide ed limitanti come, ad esempio, l'approvazione di tutti gli altri soci preesistenti (norma tipicamente inserita negli statuti delle società);
- non esistono norme elettive e/o democratiche (il rinnovo del direttivo non è periodico);
- il patrimonio è solo delineato e non vi è indicazione della sua destinazione presente e futura;
- non vi sono norme di controllo o per i reclami;
- le cariche non sono gratuite;
- ...

Tutti gli elementi precedenti, e molti altri, sono contenuti nello statuto in assenza del quale, quindi, è impossibile giudicare l'associazione rendendo vana ogni valutazione, nel dubbio, la cosa migliore è stare alla larga.

Gli elementi sociali: la sua attività pubblica

Stabilito che ci fidiamo di questa associazione possiamo cercare di valutarne l'efficacia e/o la qualità della sua azione con criteri oggettivi cercando di capire come agisce.

Tra gli elementi che possiamo valutare troviamo:

- fa attività di sportello (ascolto e consulenza telefonica diretta)
- fornisce consulenza ed assistenza sociale
- indica le iniziative future
- svolge attività educative, formative, informative, di advocacy (tutela e difesa dei diritti)
- promuove frequenti eventi
- si coordina con altre associazioni trasparenti e libere
- i rapporti con le industrie del settore sono buoni ma non viene da esse sponsorizzata in modo significativo
- è coinvolta dalle istituzioni ma non è sostenuta da partiti
- conduce indagini medico sanitarie
- fa azione di lobby a livello politico
- raccoglie fondi indipendenti

Conclusioni

Partecipare è l'unico modo per conoscere, essere curiosi e critici, se non abbiamo nulla da nascondere saremo felici delle vostre domande ed agevoleremo le risposte, in caso contrario reticenza e complicazioni la diranno lunga sulle nostre intenzioni.

Detto questo però sono anche convinto che l'associazionismo è importante e determinante, la partecipazione nelle scelte che ci coinvolgono è un nostro diritto che dobbiamo far valere attraverso l'aggregazione tra le persone e la rappresentatività delegata in modo democratico.

Partecipate alle nostre associazioni, esse garantiscono coerenza e trasparenza, fare il volontario è utile per tutto ma soprattutto per se stessi, l'esperienza di volontariato non è solo gratificante ma ci apre gli occhi sul sistema che ci circonda e ci da gli strumenti per reagire meglio e per trovare le migliori soluzioni.

Nel caso della psoriasi, poi, fare il volontario migliora la qualità della propria vita, riduce la sensazione della malattia e ci da piena soddisfazione nelle nostre terapie.

Aiutare gli altri aiuta te stesso, unisciti a noi.

Pierluigi Pennati - Presidente FEDIPSO 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 seleziona 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 Mar 29

Psoriasis treatment with etanercept and efalizumab: clinical strategies influencing treatment outcome.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**) Trattamento della psoriasi con etanercept ed efalizumab: le strategie cliniche influenzano il risultato del trattamento.

Driessen RJ, Berends MA, Boezeman JB, van de Kerkhof PC, de Jong EM.

Department of Dermatology, Radboud University Medical Centre, PO Box 9101, 6525 GL Nijmegen, The Netherlands.

Background:

Multiple trials have been conducted in which the safety and efficacy of different biological therapies for psoriasis have been studied. However, the treatment course in clinical practice is different from the setting in which trials are conducted.

Background: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Sono stati condotti molteplici studi nei quali la sicurezza e l'efficacia delle differenti terapie biologiche sono state studiate. Tuttavia l'andamento del trattamento nella pratica clinica è differente a seconda delle condizioni nei quali lo studio è condotto.

Objectives:

The evaluation of the efficacy, safety and adverse events of etanercept and efalizumab treatment in daily practice and the investigation of interfering clinical strategies that could be of influence on treatment outcome.

Obiettivi: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

La valutazione di efficacia, sicurezza ed effetti collaterali del trattamento con etanercept ed efalizumab nella pratica quotidiana e nell'indagine dell'interferenza che le strategie cliniche possono avere influenza sul risultato del trattamento.

Methods:

A prospective cohort consisting of 101 patients with high-need psoriasis was followed for 2 years and analysed. Patients were treated with etanercept or efalizumab between February 2005 and May 2007. Efficacy, safety and adverse events were investigated. Furthermore, all accompanying factors of which an influence on treatment efficacy outcome was suspected were registered, including treatment interruptions, dosage adjustments and combinations of therapies.

Metodi: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Uno studio di coorte consistente in 101 pazienti con psoriasi elevata fu seguito per 2 anni ed analizzato. I pazienti furono trattati con etanercept ed efalizumab tra il febbraio 2005 ed il maggio 2007. Efficacia, sicurezza ed effetti collaterali furono investigati. Inoltre, tutti i fattori concomitanti sospettati di avere influenza sull'efficacia del trattamento furono registrati, incluso interruzioni del trattamento, modifica del dosaggio e combinazioni di terapie.

Results:

Etanercept and efalizumab treatment was effective and safe in most patients. However, in many cases the treatment course was characterized by unsatisfactory efficacy (83%), necessitating combination therapies or dosage adjustments. Treatment interruptions occurred in 56% (etanercept 2 x 50 mg group), 84% (etanercept 2 x 25 mg group) and 10% (efalizumab-treated patients).

Risultati: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Il trattamento con etanercept ed efalizumab fu efficace e sicuro nella maggior parte dei pazienti. Comunque, in molti casi l'andamento del trattamento fu caratterizzato da efficacia insoddisfacente (83%), con la necessità di terapie combinate e modifiche del dosaggio. Interruzioni del trattamento capitarono nel 56% (etanercept 2 x 50 mg a gruppo), 84% /etanercept 2x 25 mg a gruppo) e 10% (pazienti trattati con efalizumab).

Conclusions:

Treatment of high-need psoriasis patients in daily practice is highly different from treatment courses in clinical trials. Frequently applied clinical strategies such as treatment interruptions, dosage adjustments and combinations of treatments influence treatment outcome in routine treatment in comparison with randomized controlled trials. Information about treatment with these new drugs in daily clinical practice is important for adjusting treatment schedules and guidelines.

Conclusioni: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Il trattamento dei pazienti con psoriasi elevata nella pratica quotidiana è molto differente dall'andamento del trattamento degli studi clinici. Applicazioni frequenti di strategie cliniche come interruzioni del trattamento, modifiche del dosaggio e combinazioni di trattamento influenzano il risultato del trattamento rispetto agli studi controllati randomizzati. L'informazione circa il trattamento con questi nuovi farmaci nella pratica clinica quotidiana è importante per regolare il programma di trattamento e le linee guida.

Ann Rheum Dis. 2008 Apr 2

Rates of new-onset psoriasis in patients with rheumatoid arthritis receiving anti-TNF{alpha} therapy. Results from the British Society for Rheumatology Biologics Register.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**) assi di nuova insorgenza di psoriasi in pazienti con artrite reumatoide in terapia con anti-TNF{alpha}. Risultati dalla Società Britannica per il Registro dei Biologici Reumatologici.

Harrison MJ, Dixon WG, Watson KD, King Y, Groves R, Hyrich KL, Symmons DP.

The University of Manchester, United Kingdom.

BACKGROUND:

Anti-TNFalpha treatments improve outcome in severe RA and are efficacious in psoriasis and psoriatic arthritis. However recent case reports describe psoriasis occurring as an adverse event in RA patients receiving anti-TNFalpha therapy.

BACKGROUND: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Il trattamento con anti-TNFalfa aumenta gli esiti nell'artrite reumatoide severa ed è efficace nella psoriasi e nella psoriasi artropatica. Comunque recenti casi riportati descrivono l'insorgenza di psoriasi come effetto avverso in pazienti con AR in terapia anti-TNFalfa.

OBJECTIVES:

We aimed to determine whether the incidence rate of psoriasis was higher in patients with RA treated with anti-TNFalpha therapy compared to those treated with traditional disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs). We also compared the incidence rates of psoriasis between the 3 anti-TNFalpha drugs licensed for RA.

OBIETTIVI: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Abbiamo avuto l'obiettivo di determinare quando il tasso di incidenza della psoriasi era più elevato in pazienti con artrite reumatoide trattati con terapia anti-TNFalfa comparato a quelli trattati con farmaci anti-reumatici tradizionali (DMARDs). Abbiamo anche paragonato i tassi di incidenza di psoriasi tra i 3 farmaci anti-TNFalfa registrati per l'artrite reumatoide.

METHODS:

We studied 9826 anti-TNF-treated and 2880 DMARD-treated patients with severe RA from The British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). All patients reported with new onset psoriasis as an adverse event were included in the analysis. Incidence rates of psoriasis were calculated as events/1000 person years and compared using incidence rate ratios (IRR).

METODI: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Abbiamo studiato 9826 pazienti trattati con anti-TNF e 2880 con DMARD che avevano AR severa dalla Società Britannica per il Registro dei Biologici Reumatologici (BSRBR). Furono inclusi nell'analisi tutti i pazienti che avevano registrato con nuova insorgenza di psoriasi come evento avverso. Il tasso di incidenza di psoriasi fu calcolato come eventi su 1000 persone all'anno e comparati usando la valutazione del tasso di incidenza (IRR).

RESULTS:

25 incident cases of psoriasis in patients receiving anti-TNFalpha therapy and none in the comparison cohort were reported between January 2001 and July 2007. The absence of any cases in the comparison cohort precluded a direct comparison; however the crude incidence rate of psoriasis in those treated with anti-TNFalpha therapy was elevated at 1.04 (95% CI 0.67, 1.54) per 1,000 person years compared to the rate of 0 (upper 97.5% CI 0.71) per 1,000 person years in the DMARD treated patients. Adalimumab-treated patients had a significantly higher rate of incident psoriasis compared to etanercept-treated (IRR 4.6 [95% CI 1.7, 12.1]) and infliximab-treated (IRR 3.5 [95% CI 1.3-9.3]) patients.

RISULTATI: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

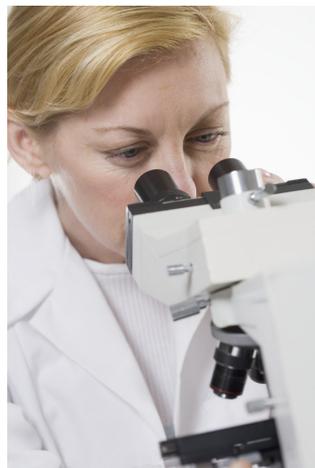
vennero riportati 25 casi di incidenza di psoriasi in pazienti in terapia con anti-TNFalfa e nessuno nella comparazione di coorte tra gennaio 2001 e luglio 2007. L'assenza di casi nella comparazione di coorte precluse una comparazione diretta; in ogni caso il tasso di incidenza grezzo di psoriasi in quelli trattati con terapia anti-TNFalfa fu elevato a 1.04 (95% CI 0.67, 1.54) per 1,000 persone/anno confrontato con il tasso di 0 (superiore 97.5% CI 0.71) per 1,000 persone/anno nei pazienti trattati con farmaci anti-reumatici tradizionali (DMARD). I pazienti trattati con Adalimumab ebbero un significativamente elevato tasso di incidenza di psoriasi comparato con quelli trattati con etanercept (IRR 4.6 [95% CI 1.7, 12.1]) e quelli trattati con infliximab (IRR 3.5 [95% CI 1.3-9.3]).

CONCLUSIONS:

Results from this study suggest that the incidence of psoriasis is increased in patients treated with anti-TNFalpha therapy. Our findings also suggest that the incidence may be higher in adalimumab-treated patients.

CONCLUSIONI: (TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

I risultati di questo studio suggeriscono che l'incidenza di psoriasi sia incrementata nei pazienti trattati con terapia anti-TNFalfa. I nostri risultati suggeriscono inoltre che l'incidenza può essere più alta nei pazienti trattati con adalimumab.



Drug News Perspect. 2008 Mar;21(2):97-105.

Angiogenesis: The new potential target for the therapy of psoriasis?

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**) Angiogenesi: Il nuovo potenziale obiettivo per la terapia della psoriasi?

Heidenreich R, Rocken M, Ghoreschi K.

Department of Dermatology, University of Tübingen, University Medical Center, Tübingen, Germany.
regina.heidenreich@med.uni-tuebingen.de.

Angiogenesis is a hallmark of chronic inflammation such as psoriasis. Unraveling the pathogenesis of psoriasis shows that several proangiogenic mediators are activated and highly expressed during psoriasis. Vascular endothelial growth factor, hypoxia-inducible factor, tumor necrosis factor, interleukin-8 and angiopoietins are considered to be the main players responsible for the strong vessel formation in psoriasis. The proangiogenic milieu in the skin seems to result from a proinflammatory immune response initiated by T helper cells. Interestingly, several small molecules as well as modern biologics used for systemic therapy of psoriasis have been shown to provide not only immune regulatory effects but also influence endothelial cell biology. Thus, direct targeting of angiogenesis may not only help to understand psoriasis pathogenesis but also to develop new strategies to treat psoriasis with therapeutics that halt the angiogenesis required for the inflammatory disease. Copyright 2008 Prous Science, S.A.U. or its licensors. All rights reserved.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

L'angiogenesi è un marchio di garanzia per le infiammazioni croniche come la psoriasi. La patogenesi della psoriasi mostra senza entusiasmo che diversi mediatori proangiogenici sono attivati ed espressi energicamente nel corso della psoriasi. Il fattore di crescita vascolare endoteliale, il fattore eposs-inducibile, il tumor necrosis factor (TNF), l'interleukina-8 e l'angiopoietina sono considerati come i principali giocatori responsabili della grande formazione di vene nella psoriasi. L'ambiente angiogenetico nella pelle sembra provenire da una risposta immune proinfiammatoria avviata dalle cellule T helper. In modo interessante, diverse piccole molecole come i moderni biologici usati per la terapia sistemica della psoriasi hanno mostrato di fornire non solo un effetto immuno regolatore ma anche di influenzare la biologia delle cellule endoteliali. Quindi, puntare direttamente all'angiogenesi non solo può aiutare a capire la patogenesi della psoriasi ma anche a sviluppare nuove strategie per trattare la psoriasi con terapeutici che fermano il processo di angiogenesi del disturbo infiammatorio. Copyright 2008 Prous Science, S.A.U. od i suoi licenziatari. Tutti i diritti riservati.

Dermatology. 2008;216(2):171-2. Epub 2008 Jan 23.

Infliximab then efalizumab, the 'hit and run' approach does not work.

Barde C, Thielen AM, Saurat JH.

Clinique et Polyclinique de Dermatologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Geneva, Switzerland. caroline.barde@hcuge.ch

BACKGROUND: In a previous paper we described 2 patients treated with a sequential biologic therapy for chronic plaque psoriasis. We used infliximab as an induction treatment followed by efalizumab. We extended this approach to 3 other patients.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

BACKGROUND: In un precedente documento abbiamo descritto 2 pazienti trattati con una terapia biologica sequenziale per delle placche croniche di psoriasi. Abbiamo usato infliximab come trattamento introduttivo seguito da efalizumab. Abbiamo esteso questo approccio ad altri 3 pazienti.

OBJECTIVE: The purpose was to show the feasibility of a sequential approach with biologicals.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

OBBIETTIVO: Il proposito fu di dimostrare la fattibilità di un approccio sequenziale con i biologici.

METHODS: Five patients received three infusions of infliximab followed by weekly injections of efalizumab from week 10 on.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

METODI: Cinque pazienti ricevettero tre infusioni di infliximab seguite da iniezione settimanale di efalizumab dalla settimana 10.

RESULTS: The most important findings, summarized in a table, show that none of the patients continued the treatment for more than a year either because of non-responsiveness or because of spontaneous stopping. Moreover, 4 out of 5 patients did not respond or had serious adverse events on reintroduction of infliximab.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

RISULTATI: I risultati più importanti, riassunti in una tabella, mostrano che nessuno dei pazienti ha continuato il trattamento per più di un anno sia perché non avevano risposta che per interruzione spontanea.

CONCLUSION: Overall, we cannot recommend sequential therapy using infliximab and efalizumab. (c) 2008 S. Karger AG, Basel.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

CONCLUSIONI: Complessivamente, non possiamo raccomandare la terapia sequenziale usando infliximab ed efalizumab. © 2008 S. Karger AG, Basilea.

Dermatology. 2008;216(2):125-30; discussion 130-2. Epub 2008 Jan 23.

Medical history, drug exposure and the risk of psoriasis. Evidence from an Italian case-control study.

Naldi L, Chatenoud L, Belloni A, Peserico A, Balato N, Virgili AR, Bruni PL, Ingordo V, Lo Scocco G, Solaroli C, Schena D, Di Landro A, Pezzarossa E, Arcangeli F, Gianni C, Betti R, Carli P, Farris A, Barabino GF, La Vecchia C, Parazzini F.

Centro Studi GISED, Ospedali Riuniti di Bergamo, Bergamo, Italy. luigi.naldi@gised.it

BACKGROUND/AIMS: To evaluate the association of psoriasis with selected medical conditions and a number of drugs used before diagnosis.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

BACKGROUND/SCOPI: Valutare l'associazione della psoriasi con condizioni mediche selezionate ed un numero di medicinali usati prima della diagnosi.

METHODS: Multicenter case-control study involving outpatient services of 20 general and teaching hospitals. Entry criteria for cases were a first diagnosis of psoriasis made by a dermatologist and a history of skin manifestations of no more than 2 years after the reported onset of the disease. Controls were the first eligible dermatological patients observed on randomly selected days in the same centers as cases. A total of 560 cases and 690 controls were recruited.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

METODI: Studio caso-controllo multicentrico coinvolgente servizi ambulatoriali di 20 ospedali generali ed universitari. Il criterio di ingresso dei casi fu una prima diagnosi di psoriasi fatta da dermatologo e una storia di manifestazioni cutanee non più vecchia di due anni dopo la descrizione dell'insorgenza del disturbo. Il controllo fu il primo paziente eleggibile osservato in giorni selezionati a caso negli stessi centri dei casi. Un totale di 560 casi e 690 controlli furono reclutati.

RESULTS: The odds ratio (OR) of psoriasis was 0.8 (95% confidence interval, CI, 0.5-1.3) in hypertensive subjects, 1.1 (95% CI 0.6-2.0) in diabetics and 1.1 (95% CI 0.7-1.7) in hyperlipidemic subjects. Histamine 2 receptor antagonist exposure was negatively associated with psoriasis: OR 0.3 (95% CI 0.1-0.8).

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

RISULTATI: Il tasso di parità (OR) di psoriasi fu 0.8 (95% di intervallo confidenziale, CI, 0.5-1.3) in soggetti con ipertensione, 1.1 (95% CI 0.6-2.0) in diabetici e 1.1 (95% CI 0.7-1.7 in soggetti iperlipidemici. L'esposizione al recettore antagonista Istamina 2 fu negativamente associata alla psoriasi: OR 0.3 (95% CI 0.1-0.8).

CONCLUSION: Our study rules out a strong association of psoriasis at its first ever diagnosis with common chronic conditions. The reported associations of psoriasis with relatively common conditions such as diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidemia may represent a late effect of well-known risk factors for psoriasis such as smoking and overweight or reflect factors related to the long course of psoriasis itself. (c) 2008 S. Karger AG, Basel.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

CONCLUSIONI: Il nostro studio esclude una forte associazione di psoriasi alla sua prima diagnosi assoluta con condizioni croniche comuni. Le associazioni riferite di psoriasi con condizioni relativamente comuni come il diabete mellito, l'ipertensione e l'iperlipidemia. Possono rappresentare un effetto ritardato di fattori di rischi ben conosciuti per la psoriasi come il fumo od il soprappeso o fattori di riflesso correlati al lungo corso della stessa psoriasi. © 2008 S. Karger AG, Basilea.

Clin Dermatol. 2007 Nov-Dec;25(6):510-8.

The clinical spectrum of psoriasis.

Naldi L, Gambini D.

Centro Studi Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia, Department of Dermatology, Ospedali Riuniti, 24100 Bergamo, Italy. luigi.naldi@gised.it

The clinical picture of psoriasis is not uniform. Being one of the most common chronic inflammatory skin disorders, psoriasis may present in many different forms and may include extracutaneous manifestations. Classifications have been proposed based on disease onset or the clinical course of psoriasis. Chronic plaque psoriasis occurs in a variety of clinical forms primarily distinguished by size, distribution, and dynamics of psoriatic plaques. In addition, psoriasis inversa, localized and generalized pustular forms, erythrodermic psoriasis, as well as a number of more uncommon forms have been recognized, a distinction on clinical grounds that is relevant for the overall prognosis and impact on the patients' quality of life as well as for the choice of therapy. The broad and rather colorful clinical spectrum of psoriasis as well as implications for clinical practice will be comprehensively reviewed in this article.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

Il quadro clinico della psoriasi non è uniforme. Diventando uno dei più comuni disturbi infiammatori cronici della pelle, la psoriasi può presentarsi in molte forme differenti e può includere manifestazioni extracutanee. Una classificazione è stata proposta sulla base dell'insorgenza del disturbo o sul decorso clinico della psoriasi. Placche croniche di psoriasi si verificano in una varietà di forme cliniche primariamente distinte dalla dimensione, distribuzione, e dinamicità delle placche di psoriasi. In aggiunta, psoriasi inversa, forme pustolose localizzate e generalizzate, psoriasi eritrodermica, come un numero di forme meno comuni che sono state riconosciute, una distinzione su terreno clinico che è rilevante per le prognosi complessive e l'impatto sulla qualità della vita dei pazienti come per la scelta della terapia. L'ampio ed abbastanza colorato spettro clinico della psoriasi come le implicazioni per la pratica clinica saranno comprensivamente rivisitate in questo articolo.

IN EVIDENZA:

PLoS ONE. 2007 Sep 19;2(9):e906.

[ADAM33, a new candidate for psoriasis susceptibility.](#)

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**) ADAM33, un nuovo candidato per la suscettibilità alla psoriasi.

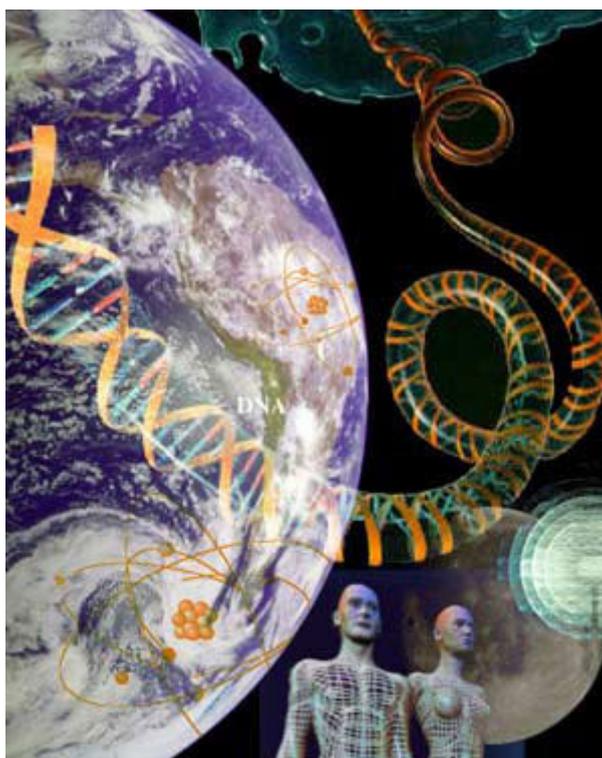
Lesueur F, Oudot T, Heath S, Foglio M, Lathrop M, Prud'homme JF, Fischer J.

Centre National de Génotypage, Evry, France. lesueurf@iarc.fr

Psoriasis is a chronic skin disorder with multifactorial etiology. In a recent study, we reported results of a genome-wide scan on 46 French extended families presenting with plaque psoriasis. In addition to unambiguous linkage to the major susceptibility locus PSORS1 on Chromosome 6p21, we provided evidence for a susceptibility locus on Chromosome 20p13. To follow up this novel psoriasis susceptibility locus we used a family-based association test (FBAT) for an association scan over the 17 Mb candidate region. A total of 85 uncorrelated SNP markers located in 65 genes of the region were initially investigated in the same set of large families used for the genome wide search, which consisted of 295 nuclear families. When positive association was obtained for a SNP, candidate genes nearby were explored more in detail using a denser set of SNPs. Thus, the gene ADAM33 was found to be significantly associated with psoriasis in this family set (The best association was on a 3-SNP haplotype $P = 0.00004$, based on 1,000,000 permutations). This association was independent of PSORS1. ADAM33 has been previously associated with asthma, which demonstrates that immune system diseases may be controlled by common susceptibility genes with general effects on dermal inflammation and immunity. The identification of ADAM33 as a psoriasis susceptibility gene identified by positional cloning in an outbred population should provide insights into the pathogenesis and natural history of this common disease.

(TRADUZIONE NON UFFICIALE**)

La psoriasi è una malattia cronica della pelle con un'eziologia multifattoriale. In uno studio recente abbiamo riportato i risultati di una larga scansione genetica su 46 grandi famiglie francesi che presentano placche di psoriasi. **In aggiunta ad un linkaggio non ambiguo per il maggior locus di suscettibilità PSORS1 sul Cromosoma 6p21, abbiamo fornito evidenza di un locus di suscettibilità sul cromosoma 20p13.** per ottenere questo nuovo locus di suscettibilità per la psoriasi abbiamo usato un test di associazione basato sulla familiarità (Family-Based Association Test - FBAT) per una scansione associata sui 17 Mb di regione candidata. Un totale di 85 markers SNP non correlati situati in 65 geni della regione furono inizialmente investigati nello stesso gruppo di grandi famiglie usate per la ricerca genetica allargata, che consistevano in 295 nuclei famigliari. Quando fu ottenuta una associazione positiva per il SNP, i geni candidati limitrofi furono esplorati più dettagliatamente utilizzando un gruppo più denso di SNP. **Quindi, il gene ADAM33 fu scoperto come significativamente associato con la psoriasi in questo gruppo di famiglie (la migliore associazione fu sul 3-SNP allotipo $P = 0.00004$, basata su 1,000,000 permutazioni). Questa associazione fu indipendente da PSORS1. ADAM33 è stato precedentemente associato con l'asma, il che dimostra che i disturbi del sistema immunitario possono essere controllati da un gene comune di suscettibilità con effetti generali sull'infiammazione cutanea e l'immunità. L'identificazione di ADAM33 come gene di suscettibilità per la psoriasi identificato dalla clonazione posizionale in una popolazione eterogenea dovrebbe fornire intuizione nella patogenesi e la storia naturale di questo comune disturbo.**



AGENDA

24 maggio 2008 - Congresso ASNPV onlus "20 anni con i malati di Psoriasi e Vitiligine"

Il giorno 24 maggio 2008 si terrà a Milano presso la Sala Commercio - Unione del Commercio, Corso Venezia, 47/49 - il congresso per il ventennale della fondazione dell'associazione.

Il congresso avrà il punteggio ECM del Ministero della Salute.

Alla manifestazione, che si estende per l'intera giornata, parteciperanno (in ordine alfabetico):

- Valeria Brazzelli (La vitiligine: nuove ipotesi patogenetiche)
- Mario Cristofolini (Psoriasi e Termalismo)
- Salvatore D'Angelo (Artrite Psoriasica: un universo complesso)
- Giorgio Del Rosso (La fototerapia nel trattamento delle malattie dermatologiche)
- Aldo Finzi (Responsabile Scientifico)
- Andrea Francesconi (Un ipotesi di collaborazione con le società scientifiche)
- Carlo Girardelli (Il mosaico dermatologico della psoriasi; cornice e particolari)
- Lorenzo Gualandri (Manifestazione della psoriasi in età pediatrica)
- Denis Linder (Psoriasi e stili di vita)
- Sandra Lorenzi (Psoriasi e annessi cutanei)
- Paola Mosconi (La ricerca Clinica risponde ai bisogni del paziente)
- Pierluigi Pennati (Le associazioni dentro e fuori)
- Giovanni Tagliavini (Pazienti competenti e medici competenti, un incontro possibile)
- Elena Vegni (La comunicazione e la relazione con il paziente: lo strumento professionale)

Informazioni nel sito www.asnpv.it

31 maggio 2008 - "Porte aperte: i Dermatologi incontrano i Pazienti e le loro Associazioni"

Sabato 31 maggio 2008, nel corso del 4 ° Congresso Nazionale Unificato di Dermatologia e Venereologia che si terrà a Napoli dal 28 al 31 maggio 2008 è previsto, dalle ore 8.30 alle 10.30, l'incontro "Porte aperte: i Dermatologi incontrano i Pazienti e le loro Associazioni" al quale parteciperemo con nostri rappresentanti.

Per informazioni sul congresso www.dermatologia2008.com



Iscriviti alla Newsletter nel sito www.fedipso.it

Per sostenerci:

ISCRIVETEVI ED AIUTATE LE ASSOCIAZIONI ADERENTI
Sono la nostra forza!

Il 5 per mille a FEDIPSO:

Firma per il volontariato e scrivi il
C.F. 974 218 201 56.

Lasciti testamentari ed erogazioni liberali⁽¹⁾:

Sono libere e detraibili dalle tasse fino ad un massimo del 10% del reddito ed un totale di 70.000 euro.

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

⁽¹⁾ A tutela della privacy, salvo differente indicazione scritta, i vostri dati non saranno comunque comunicati a nessun ente terzo.