

Col patrocinio:



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Torino



In collaborazione con:

Clinica Dermatologica dell'Università
degli Studi di Torino

AOU S. Giovanni Battista di Torino

Federfarma Piemonte

associata FedIPSO

Associazione Nazionale
"Gli Amici per la Pelle"
ANAP Onlus

A sostegno dei malati di Psoriasi, Vitiligine ed altre patologie cutanee croniche

XXX CONVEGNO ANNUALE

**"STUDIO ED AGGIORNAMENTO SU PSORIASI
E ALTRE MALATTIE DERMATOLOGICHE CRONICHE"**

Presidente: *prof.ssa Maria Grazia BERNENGO*

Sabato 5 maggio 2012

CENTRO CONGRESSI "MOLINETTE INCONTRA" - aula "A. Dogliotti"
C.so Bramante 88 - Torino

ATTI

Sede: A.N.A.P. - via Sestriere, 129 - 10098 Rivoli (TO)

Tel. 011 9593406 Tel/Fax 011 9574987

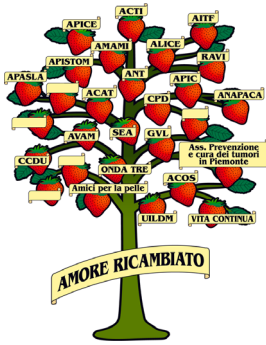
e-mail: alberto.oliva@anapweb.it web: www.anapweb.it

Reg. Regionale del Volontariato n° 2743/93 - C.F. 95507410017

PSORIASI

TUTTINSIEME

**FEDERAZIONE EUROPEA DELLE ASSOCIAZIONI
DI VOLONTARIATO OSPEDALIERO E SOCIO-SANITARIO**
Telefono 011.6334387



A.O.U. SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO
C.so Bramante, 88/90 10100 Torino
COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Telefono 011.6334031

Ringraziamento per l'invito al Convegno

Carissimo Alberto volevo esprimere il mio ringraziamento per l'invito al XXX Convegno annuale dell'ANAP Onlus cui ho assistito. Ho potuto constatare la grande partecipazione di associati e non; complimenti per la tua brillante introduzione e la grande levatura professionale di tutte le figure mediche e infermieristiche che sono intervenute.

I miei complimenti a tutti i medici per le brillanti relazioni sulla **psoriasi, artropatia psoriasica, sul lupus** e sulle **implicazioni psicologiche** che le malattie dermatologiche comportano.

Un plauso all'infermiera per come ha esposto il problema di affrontare il trattamento della malattia anche a domicilio; bellissimo il lavoro della fisiatria di Pinerolo sulla riabilitazione e di grande utilità i suggerimenti alimentari della dietista

Mi congratulo con Te per il significativo afflusso di pubblico, a dimostrazione che l'argomento dell'incontro è molto sentito. Complimenti per come hai ideato, gestito e condotto tutto il Convegno e per la scelta del suo Presidente: nessuno meglio della prof.ssa Bernengo poteva rappresentare la dermatologia regionale. Ti auguro un successo ancora maggiore per le prossime edizioni e spero che mi farai ancora l'onore di esservi invitato.

Ringraziandoti ancora, mi unisco al benvenuto alla sezione Lombardia della Tua associazione, dimostrazione pratica della sua vitalità, Ti rinnovo i complimenti e Ti saluto caramente.

Il Presidente della federazione

Franco Napoletano

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
"GLI AMICI PER LA PELLE"

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
ASSISTENZA PSICOLOGICA
AMMALATI DI CANCRO

ASSOCIAZIONE PIEMONTESE PER
L'ASSISTENZA ALLA SCLEROSI
LATERALE AMIOTROFICA

ASSOCIAZIONE
CARDIOTRAPIANTATI

ASSOCIAZIONE CLUB ALCOLISTI IN
TRATTAMENTO

ASSOCIAZIONE PIEMONTESE
INCONTINENTI STOMIZZATI

ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA
ALL'ICTUS

ASSOCIAZIONE MALATI ANEMIA
MEDITERRANEA

ASSOCIAZIONE CATTOLICA
OPERATORI SANITARI

ASSOCIAZIONE PORTATORI
IMPIANTO COCLEARE

ASSOCIAZIONE PREVENZIONE E
CURA DEI TUMORI IN PIEMONTE

ASSOCIAZIONE ITALIANA
TRAAPIANTATI DI FEGATO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
TUMORI

ASSOCIAZIONE VOLONTARI AMICI
DEL MALATO

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI
VOLONTARIATO NO PROFIT PER
INVALIDI CIVILI E CITTADINI
ANZIANI

COMITATO DEI CITTADINI PER I
DIRITTI DELL'UOMO
Sezione Italiana

CONSULTA PER LE PERSONE IN
DIFFICOLTA'

GRUPO VOLONTARI
LARINGECTOMIZZATI

ONDA TRE

R.a Vi.

SERVIZIO EMERGENZA ANZIANI

VITA CONTINUA

UNIONE ITALIANA LOTTA ALLA
DISTROFIA MUSCOLARE

Alberto Oliva
Presidente ANAP Onlus

RELAZIONE INTRODUTTIVA

Amici carissimi benvenuti e grazie per essere intervenuti così numerosi.

Quello di quest'anno è il XXX appuntamento che l'ANAP dà ai suoi associati ed a tutti coloro che sono interessati alle problematiche che le malattie della pelle comportano.

Prima di introdurre i lavori del convegno che, come potete vedere dal programma ha la consueta caratura scientifica ed un'ampia parte dedicata a noi malati, lasciatemi fare alcune riflessioni sui trent'anni di vita dell'Associazione e su se e quanto sia cambiata la nostra condizione di pazienti.

Quando nel lontano 1982 fondai l'associazione con alcuni amici, fra cui il qui presente Vincenzo Dalessandro, si passavano ancora lunghe giornate di ricovero in reparto, avvolti in pigiami maleodoranti per via del catrame, dell'olio di Cade, e delle altre sostanze che venivano allora impiegate per la cura della psoriasi.

Il San Lazzaro era un'entità a sé stante interamente dedicata alla dermatologia ed i responsabili di allora ci diedero il loro appoggio confortante e determinante per l'affermazione e lo sviluppo della nostra associazione.

A tutti voglio rivolgere un caloroso applauso di ringraziamento.

Le nostre patologie, allora, erano così conosciute e considerate che, alla prima presentazione degli "Amici per la Pelle" in quella che ora è l'aula del Consiglio Regionale di Palazzo Lascaris, pensate mi fu chiesto se l'associazione trattasse il problema delle pelli e delle pellicce di animale in genere..... Immaginate lo stupore quando hanno compreso che si trattava di problemi dermatologici.

Nel corso degli anni, sostituiti i pigiami con indumenti usa e getta, molto più igienici e meno "profumati", abbiamo visto l'affermazione delle terapie sistemiche (ciclosporina, methotrexate), della fototerapia con raggi UVA ed UVB a banda stretta e siamo riusciti a dare un minimo di visibilità alle nostre patologie. Ci siamo impegnati in prima persona in momenti di sperimentazione e di studio sulla psoriasi che hanno prodotto pubblicazioni a livello nazionale ed internazionale (come quella con il prof. Leigheb di Novara e la sua équipe).

Con l'avvento delle terapie "biologiche" – negli ultimi 10/12 anni – siamo improvvisamente diventati oggetto di attenzione: purtroppo però questo non è dovuto alla consapevolezza da parte di tutti – politici, medici, concittadini – delle nostre difficoltà di vita e della grave invalidità che le nostre patologie comportano, ma solo ed esclusivamente perché "costiamo troppo"!

Pertanto il nostro impegno come Associazione è diventato non solo quello di conferire ulteriore visibilità alla nostra condizione di malati, ma anche di analizzare lo scenario in cui viviamo e proporre quelle soluzioni ai nostri problemi che siano compatibili anche con le esigenze economico/finanziarie del sistema con cui, ci piaccia o no, dobbiamo fare i conti.

Lo so, amici, condensare trent'anni in pochi minuti è riduttivo e toglie spazio ai ricordi più caratterizzanti e struggenti ed agli aneddoti che renderebbero più brillante questa relazione, ma il tempo a mia disposizione è limitato e devo dare per primo l'esempio, come dicevo poc'anzi, affinché anche gli altri relatori possano rispettare gli orari previsti.

Il 2012 è incominciato per noi nel migliore dei modi, con la conferenza stampa di presentazione ufficiale della Sezione Lombardia dell'ANAP Onlus, di cui è responsabile la battagliera signora Maria Grazia Salvi, che prego di alzarsi per ricevere il caloroso benvenuto da tutti noi.

Prima di cedere la parola al **Presidente del Convegno, professoressa Maria Grazia Bernengo**, mi preme darvi alcune informazioni organizzative sullo svolgimento della giornata.

All'ingresso vi è stato dato un foglietto su cui scrivere una o più domande da porre agli esperti: è indispensabile che lo compilate, non solo perché i vostri quesiti saranno l'argomento della discussione a fine sessione, ma anche perché verranno trascritte con le rispettive risposte ed inserite negli Atti di questo Convegno, che poi saranno distribuiti gratuitamente.

Al termine dei lavori, l'Assemblea Generale sarà impegnata non solo all'approvazione dei bilanci consuntivo e preventivo, ma anche all'elezione del nuovo Comitato Esecutivo che guiderà l'ANAP nel prossimo triennio 2012-2014: ovviamente chi di voi volesse entrare a far parte del comitato esecutivo è ancora in tempo ad avanzare la propria candidatura.

Successivamente provvederemo al sorteggio dei cinque fortunati associati che voleranno gratis a Madrid, sempre che, come da regolamento, si raggiunga il numero minimo di partecipanti paganti, previsto per il viaggio.

A lavori assembleari conclusi, ci trasferiremo tutti al Ristorante Mediterraneo, qui di fronte per il pranzo sociale: c'è ancora qualche posto, per cui chi è interessato passi in segreteria in una pausa dei lavori: entro le 10,30 comunicheremo al ristorante il numero definitivo dei commensali.

Prima di passare, con grande piacere, la parola alla Prof.ssa Maria Grazia Bernengo che ancora una volta ha accettato con la consueta e totale disponibilità di presiedere a questo Convegno, desidero presentarvi e ringraziare i nostri illustri Relatori, che, come ogni anno, sono con noi per aggiornare le nostre conoscenze ed istruirci sulle patologie da cui siamo affetti. Vado in ordine cronologico delle sessioni. Tutti avete il programma e quindi potete leggere gli argomenti trattati da ciascuno.

Nella 1^ Sessione : Il dott. Cicchelli, il dott. Broganelli, il dott. Fusaro e il dott. Carignola; nella 2^ Sessione il dott. Colonna, il dott. Odoni e la Sig.ra Borraccino, la dott.ssa Allasia, la sig.ra Nieddu.

Passo quindi la parola alla prof.ssa Bernengo che introdurrà i lavori con l'autorevolezza e competenza che l'hanno contraddistinta in tutti questi anni.

PSORIASI: STATO DELL'ARTE IN TEMA DI ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E TERAPIA

La Psoriasi è una dermatosi cronica, infiammatoria, non-infettiva, caratterizzata da chiazze eritemato-desquamative ben delimitate, che colpisce circa il 3% della popolazione Italiana (più o meno 1.5 milioni di persone) nonché il 2% della popolazione Nord Europea.

La patogenesi della malattia è multifattoriale: a fattori ambientali si intersecano strettamente elementi di carattere genetico (principalmente risposte autoimmuni).

Fattori scatenanti sono sicuramente

- **Infezioni acute:** la psoriasi guttata è indotta da faringite streptococcica o dermatite perianale streptococcica
- **Farmaci:** sali di litio, interferoni, beta-bloccanti, antimalarici, FANS
- **Eventi di vita stressanti**
- **Traumi locali** (fenomeno di Koebner)
- **Radiazioni ultraviolette** (psoriasi fotosensibile)

quando ci si trovi in presenza di precisi fattori di rischio quali

- Familiarità
- Indice di massa corporea
- Consumo di alcool
- Fumo di sigaretta (legato particolarmente alla psoriasi pustolosa palmo-plantare)
- Eventi di vita stressanti.

Sicuramente la Psoriasi è da considerare malattia ereditaria, alla luce anche degli studi più recenti che determinano come il rischio di avere la psoriasi aumenti dal 2% delle persone non imparentate con uno psoriasico, al 15-20% di fratelli o sorelle, al 25% dei figli ed al 65-70% dei gemelli monozigote.

Psoriasi di tipo 1 (60% dei casi)

La malattia ha esordio precoce (<40 anni), la storia familiare per psoriasi è molto elevata (50%), c'è presenza di HLA-Cw6, la malattia tende fortemente a recidivare e diventare generalizzata ed è molto comune il coinvolgimento delle unghie.

Psoriasi di tipo 2 (30 % dei casi)

Con esordio tardivo(>40 anni), la patologia è caratterizzata dall'assenza di HLA-Cw6 e si manifesta in pazienti che non hanno storia familiare positiva per psoriasi

Fattori protettivi sono:

- Dieta ricca di acidi grassi poliinsaturi (PUFA)
- Dieta ricca di frutta fresca, pomodori e carote
- Esposizione alle radiazioni ultraviolette

Fino al 30% dei pazienti psoriasici può manifestare Psoriasi Artropatica.

Scopo principale della terapia della Psoriasi è quello di garantire al paziente la migliore qualità di vita possibile e ciò si raggiunge idratando la cute, rimuovendo le squame, inibendo l'anomala proliferazione cheratinocitaria, gestendo il prurito e prevenendo le complicanze cutanee, sollevando il paziente dallo stress che la malattia gli procura.

Il dermatologo ha al proprio arco diverse frecce da utilizzare per una corretta cura della malattia psoriasica, potendo disporre di diversi approcci a seconda della gravità del caso.

Terapie Topiche: il ricorso ad emollienti, cheratolitici, cortisonici, analoghi della vitamina D, catrami, si sceglie principalmente nelle forme più lievi di malattia. Primi ad essere utilizzati sono gli emollienti che, peraltro, dovranno essere usati sempre come terapia di supporto.

Eliobalneoterapia, Fototerapia e Fotochemioterapia vengono somministrate ai pazienti che non ottengono benefici dalle terapie topiche ma non sono candidabili a quelle sistemiche, più impegnative. Utilizzate da più di cento anni, anche queste terapie si sono aggiornate ed oggi vengono praticate utilizzando principalmente raggi UVB a banda stretta (313 nm).

Agenti sistemici tradizionali: Methotrexate, Ciclosporina-A ed Acitretina sono impiegate nelle fasi moderate di malattia, quando il paziente presenti malattia cutanea non controllata dalla terapia topica o dalla fototerapia, malattia cutanea estesa (BSA>5-10%), PASI>10, Rapido peggioramento di malattia, coinvolgimento di aree visibili, disabilità funzionale (coinvolgimento palmo-plantare o genitale), percezione soggettiva di gravità di malattia (DLQI>10), eritrodermia o psoriasi pustolosa estesa, compresenza di artropatia psoriasica.

Si tratta di farmaci che devono essere utilizzati sotto stretto controllo medico, in dosaggi precisi e variabili da farmaco a farmaco e per periodi di tempo ben determinati, vuoi per le caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche, vuoi per gli effetti collaterali che possono generare.

Farmaci "biologici" sono riservati alle fasi moderate/gravi e gravi, sia per gli elevati costi di trattamento, sia per i loro meccanismi d'azione che, modificando la risposta immunitaria, comportano attenta gestione della terapia e del paziente.

L'utilizzo di questi farmaci, attualmente i più efficaci, è codificato da precise regole che, adottate inizialmente dalla comunità scientifica internazionale, si sono trasformate in normative nazionali, che ne determinano le condizioni di rimborsabilità.

Attualmente questi sono i criteri di eleggibilità al farmaco biologico:

- Malattia cutanea severa (almeno uno dei seguenti + DLQI > 10):
- PASI>10
- BSA >10% (se il PASI non è valutabile)
- PASI<10 o BSA<10% (se il PASI non è valutabile) in caso di malattia in sedi critiche (palmo-plantare, capillizio, viso, genitali)

più almeno uno dei seguenti criteri:

- Fototerapia o terapie tradizionali controindicate o rischiose
- Paziente intollerante a terapie sistemiche tradizionali
- Paziente non responsivo a terapie sistemiche tradizionali
- Presenza di comorbilità significative tali da impedire l'utilizzo di agenti tradizionali
- Malattia severa, instabile, che mette a repentaglio la vita del soggetto.

L'inizio della terapia biologica deve essere preceduto da una batteria di esami (funzionalità epato-renale e midollare, Rx torace in 2 posizioni, test antitubercolari: PPD o Quantiferon o altro IGR, HCV-Ab, HIV-Ab, HBS Ag) e comporta un attento monitoraggio con visite periodiche in cui si valutino eventuali episodi di infezioni o sintomi neurologici, l'esame obiettivo escluda alterazioni pressorie o della funzionalità cardiaca, presenza di linfonodi, venga controllata la funzionalità epatica, renale e midollare, vengano controllati i titoli di ANA, ENA, Anticorpi anti-ISTONE se il paziente ha avuto reazioni lupus-like o di transaminite.

QFT, Rx torace, HCV, HBV e HIV vanno ripetuti con cadenza annuale.

L'uso dei biologici è controindicato in caso di TBC attiva, immunodeficienza, storia di neoplasie, scompenso cardiaco (NYHA 3-4), malattie demielinizzanti (SM, SLA), vaccini vivi.

La relazione si concluderà con la descrizione e l'attenta analisi dei farmaci sistemici e biologici disponibili ed una breve carrellata sugli studi in essere.

ATTUALITA' E FUTURO DELLA TERAPIA DELLA PSORIASI

Negli ultimi dieci anni, la terapia della psoriasi ha potuto contare su farmaci in grado di antagonizzare molecole di adesione e citochine pro-infiammatorie che possiedono un ruolo più o meno importantissimo sul controllo dell'infiammazione psoriasica. La definizione "biologico" è stata più volte messa in discussione perché, pur etimologicamente corretta, lascia intendere trattarsi di un prodotto assolutamente benefico ed innocuo sotto il profilo degli effetti indesiderati. In altre specialità mediche dove tali farmaci sono in uso, si preferisce definirli "anticorpi monoclonali". Questi farmaci includono gli antagonisti del TNF-alfa (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab) e antagonisti della sub-unità 40, comune a IL-12 e IL-23 (Ustekinumab e Briakinumab). La ricerca ovviamente non si ferma e vengono continuamente sottoposte a valutazione nuove molecole in grado di far sperare in nuove strade terapeutiche, non tutte però in grado di convincere i clinici ed i biologi. Una delle ultime proposte è stata quella inerente all'uso dell'Interleuchina 4. Veicolata in crema ed applicata localmente in modelli di infiammazione cutanea murina molto simile alla psoriasi, ha offerto, secondo gli autori, risultati incoraggianti. Razionalmente non ci si aspetta molto da questa sperimentazione poiché l'IL-4 è addirittura caratterizzata da potenzialità pro-infiammatorie tali da possedere addirittura un certo ruolo in oncologia sperimentale: sarebbe potenzialmente dotata infatti di un certo effetto antitumorale.

Inoltre, l'infiammazione psoriasica è sostenuta principalmente dai linfociti Th17 e Th22. L'IL-4 sarebbe invece in grado di inibire maggiormente il linfociti Th1 che nella psoriasi possiedono un ruolo minore.

Il possibile impiego di questa molecola è pertanto difficile da ipotizzare. In ogni caso, sia il presente che il futuro della terapia della psoriasi prevedono principalmente la via dell'immunomodulazione o immunosoppressione poiché la patologia è causata da un potenziamento della risposta infiammatoria immunitaria.

L'obiettivo è quello di raggiungere la completa e precisa conoscenza degli antigeni coinvolti.

Oggi la speranza di clinici e ricercatori è quella di produrre farmaci immunosoppressivi

1) con emivita breve (per poter gestire meglio infezioni intercorrenti e altri eventi avversi)

2) che rappresentino un'alternativa in pazienti non responsivi ai trattamenti in commercio.

Un elemento importantissimo da considerare è che, pur avendo un ruolo essenziale nella patogenesi della psoriasi, la principale funzione delle citochine è di proteggere l'organismo e pertanto qualunque loro antagonista è potenzialmente in grado di ridurre l'efficacia del sistema immunitario.

Il ruolo del clinico rimane fondamentale nel valutare con il giusto livello critico, il rapporto rischio/beneficio di tutto ciò che viene proposto per il presente ed il futuro della terapia della psoriasi.

Enrico Fusaro

Direttore FF SC Reumatologia AOU San Giovanni Battista – Torino

ARTRITE PSORIASICA: ATTUALITA' E FUTURO IN TEMA DI ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E TERAPIA

L'artrite psoriasica (AP; PsA) è un reumatismo infiammatorio cronico classificato nel gruppo delle spondiloartriti sieronegative, con manifestazioni cliniche tipiche, che si associa alla psoriasi cutanea e la cui patogenesi - alla quale partecipano fattori genetici, ambientali ed immunologici - è conosciuta solo parzialmente.

Dal punto di vista epidemiologico, l'APS ha un'incidenza di 6.6 per 100.000 ed una prevalenza di 60 per 100.000 ed insorge prevalentemente nelle fasce tra i 20-30 anni ed i 50-60 anni. E' interessante sottolineare che:

- il 15-30% dei pazienti con psoriasi è affetta da AP
- Nel 70% dei casi l'impegno articolare è successivo alla manifestazione cutanea
- Nel 15% dei casi AP e psoriasi si manifestano nello stesso momento
- Nel 15% dei casi la psoriasi segue l'AP

La patologia non va assolutamente considerata meno grave della "sorella" Artrite Reumatoide, tanto è vero che il 67% dei pazienti con Artrite Psoriasica mostra segni di malattia erosiva e circa il 20% di essi sviluppa una forma di artrite distruttiva altamente invalidante.

In uno studio della durata di 5 anni la frequenza dei pazienti con danno radiologico in 5 o più articolazioni passava dal 19% al 41%, nonostante la riduzione della VES e del numero delle articolazioni dolenti/tumefatte

L'Artrite Psoriasica si manifesta in numerose forme cliniche differenti:

- Asimmetrica oligoarticolare
- Poliarticolare simmetrica
- A predominante impegno delle interfalangee distali.
- Mutilante
- Pelvispondilitica

L'EULAR, organismo che riunisce tutti i reumatologi d'Europa, considera la malattia "eterogenea e potenzialmente grave, che può richiedere trattamenti multidisciplinari" e prosegue specificando che la cura dell'APS deve essere la migliore possibile e deve essere concordata tra paziente, reumatologo - protagonista nel trattamento del disordine muscoloscheletrico - e dermatologo, che devono collaborare qualora l'interessamento cutaneo sia importante. Sempre secondo l'Eular, scopo primario della cura del paziente psoriasico è ottenere la migliore qualità di vita a medio-lungo termine: il controllo dell'infiammazione, orientato alla remissione, è un importante componente per raggiungere questo obiettivo.

Dal punto di vista della terapia, l'EULAR ha emanato – e conferma/corregge periodicamente – delle raccomandazioni che si possono sintetizzare in 10 punti:

1. Per alleviare segni e sintomi muscolo-scheletrici nei pazienti con AP, si possono usare i FANS, farmaci anti-infiammatori non steroidei.
2. Il trattamento con DMARDS (farmaci modificanti la malattia) come Methotrexate, Leflunomide, Sulfosalazina, deve essere preso in considerazione anche in fase precoce in pazienti con malattia attiva e particolarmente in quelli con molte articolazioni tumefatte, danno strutturale in presenza di infiammazione, VES o PCR elevate e/o rilevanti manifestazioni extra-articolari.

3. In pazienti con AP attiva e manifestazioni cutanee rilevanti deve essere preferito un farmaco come il Methotrexate che agisca anche sulla componente cutanea.
4. I corticosteroidi per via sistemica devono essere usati con precauzione alla minima dose efficace, mentre infiltrazioni locali di tali farmaci devono essere considerate come terapia aggiuntiva.
5. In pazienti con Artrite attiva e risposta inadeguata ad almeno un DMARDS come il Methotrexate, deve iniziare una terapia con farmaco "biologico" anti-TNF α
6. Una terapia "biologica" con farmaco anti-TNF α deve essere considerata in pazienti con enterite attiva e/o dattilite e risposta insufficiente ai FANS o alle infiltrazioni locali.
7. Una terapia "biologica" con farmaco anti-TNF α deve essere considerata in pazienti con malattia prevalentemente assiale in fase attiva e risposta insufficiente ai FANS
8. Eccezionalmente, la terapia "biologica" con farmaco anti-TNF α può essere valutata prima di iniziare un trattamento con DMARDS per pazienti con malattia veramente molto attiva (in particolare per pazienti con molte articolazioni tumefatte, danno strutturale in presenza di infiammazione, rilevanti manifestazioni extra articolari e con estesa malattia cutanea).
9. In pazienti che non rispondono adeguatamente ad un farmaco "biologico" anti-TNF α deve essere preso in considerazione il passaggio (switch) ad altro farmaco "biologico" anti-TNF α
10. Nell'impostazione della terapia occorre tenere conto anche di fattori non legati alla malattia, come patologie concomitanti ed eventi legati alla sicurezza della terapia.

Per quanto riguarda il futuro della conoscenza e delle terapie per l'AP, sono moltissimi gli studi tesi a confermare le attuali concezioni ed a verificare l'esattezza delle ipotesi sin qui avanzate sull'eziologia della malattia e su eventuali fattori scatenanti.

Si sta tentando di individuare indicatori certi che aiutino a fare diagnosi corretta e precoce, così come in grado di indicare l'efficacia per ogni singolo paziente di un determinato tipo di approccio terapeutico.

Da essi dipenderanno le future strategie di cura, che prevederanno oltretutto l'utilizzo di moltissimi nuovi farmaci sintetici, biotecnologici, molecolari, attualmente in fase avanzata di sviluppo.

Ed anche l'imaging, cioè le metodiche atte a visualizzare "da dentro" lo stato di attività della malattia (RMN, Ecografia, RX, ecc.) è oggetto di studio, sperimentazione ed evoluzione.

Purtroppo nessuno è in grado di dare indicazioni precise circa i tempi necessari a compiere ciascuno dei tanti passi iniziati e pertanto occorre sempre continuare a "gestire" la malattia con l'obiettivo di dare al paziente la migliore qualità di vita possibile.

MALATTIE RARE CON ASPETTI DERMATOLOGICI: IL LUPUS

Il Lupus Eritematoso Sistemico (LES) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune plurisistemica che può coinvolgere qualsiasi organo, ma interessa in maniera caratteristica reni, articolazioni, membrane sierose e cute.

Il nome della patologia risale all'inizio del XX secolo ed è composto da parole di diversa origine:

Lupus (termine latino che significa "lupo") perché l'eruzione cutanea a forma di farfalla che si riscontra sul viso di molti pazienti ricorda i contrassegni bianchi presenti sul muso del lupo

Eritematoso (dal greco ἐρυθρός - eritros = rosso) per il rossore della pelle tipico della malattia

Sistemico che indica come la patologia possa colpire diversi organi.

Si tratta di una malattia autoimmune in quanto si formano anticorpi contro una batteria di "antigeni self" come proteine plasmatiche, antigeni della superficie cellulare, componenti citoplasmatici, DNA nucleare, ribonucleoproteine ed istoni.

La vicenda storica della malattia può essere divisa in tre periodi: classico, neoclassico e moderno.

il periodo classico si riferisce alla prima descrizione delle manifestazioni dermatologiche avvenuta durante il medioevo. L'attribuzione del termine *lupus* è riferita al medico del XII secolo Rogerio Frugardi, che lo usò per descrivere la classica manifestazione cutanea.

il periodo neoclassico si riferisce alla identificazione, da parte di Moritz Kaposi nel 1872, delle manifestazioni sistemiche della malattia.

il periodo moderno comincia invece nel 1948 con la scoperta delle *cellule LE*, dei granulociti neutrofili caratteristici della malattia, ed è caratterizzato dalla descrizione dei meccanismi fisiopatogenetici, dalla creazione di nuovi test clinici e di laboratorio e dall'impostazione di un trattamento terapeutico.

Dal punto di vista epidemiologico, il LES può essere così brevemente inquadrato:

- colpisce prevalentemente tra i 15 ed i 40 anni, in particolare le donne (90%)
- nell'infanzia e sopra i 65 anni il rapporto femmine/maschi è di 2:1
- ha una incidenza 2-8 ogni 100.000 abitanti
- ha una prevalenza di 15-50 per 100.000 abitanti

L'eziologia del LES è sconosciuta: quello che è ben noto è però il ruolo degli anticorpi nella patologia; essi infatti si legano

- ai globuli rossi, originando anemia emolitica
- alle piastrine, dando trombocitopenia autoimmune
- ai neutrofili e linfociti, causando leucopenia
- formano immunocomplessi causando DNA - anti DNA nefrite lúdica, vasculite ed artrite

Gli anticorpi più importanti ai fini diagnostici sono gli ANA (anticorpi anti-nucleo), che agiscono contro il DNA a doppio filamento e contro un complesso antigenico nucleare solubile, detto "antigene SM"; la presenza di un titolo elevato di questi anticorpi è quasi patognomonica del LES, ma non specifica per tale malattia, dato che gli ANA sono presenti in numerose altre patologie.

La diagnosi si basa sulla presenza di almeno 4 criteri (cumulativi) degli 11 proposti dall'ACR (American College of Rheumatology)

Anche se l'interessamento cutaneo può essere esteso e devastante da un punto di vista estetico, la malattia non mette in pericolo di vita.

Il tipo e l'aspetto delle reazioni immunitarie a livello della cute sono un ausilio eccellente per comprendere il comportamento della malattia a livello sistemico.

Il Lupus Eritematoso cutaneo comporta delle lesioni non specifiche e non diagnostiche quali lesioni vascolari, alopecia, alterazioni del pigmento, sclerodattilia ed in base a lesioni specifiche (e diagnostiche) può essere differenziato in cronico, subacuto o acuto.

Il Lupus Eritematoso Cutaneo Cronico (L.E.C.C.) si manifesta in più forme, delle quali la più diffusa è il Lupus Eritematoso Discoide (LED), che si manifesta con eritema da rallentamento con modesta componente infiltrativa, ipercheratosi follicolare bianco-grigiastra ed atrofia cicatriziale. Colpisce nel 70% dei casi in forma circoscritta o localizzata e nel 30 % in forma generalizzata (che può associarsi ad alterazioni siero-immunologiche e può presentare un impegno sistemico più frequente rispetto alla forma circoscritta) al volto (75% dei casi), al cuoio capelluto (20%), come alopecia cicatriziale lupica (10%) o sulle superfici palmari e plantari (1-2%).

Forme più rare sono il L.E.C.C. Ipertrofico/verrucoso (2%), il L.E.C.C. Tumido, il L.E.C.C. Profundus (detto anche Lupus Panniculitis) ed il L.E.C.C. Gelone (chilblain lupus).

Il Lupus Eritematoso cutaneo subacuto (L.E.C.S.) rappresenta il 15-20% dei casi di Lupus Cutaneo e colpisce quasi esclusivamente le donne tra i 20 ed i 40 anni di età. Si estende, prevalentemente in forma papulo-squamosa o anulare policiclica, sulle superfici estensorie delle braccia, sulle regioni deltoidee e sul terzo superiore del tronco.

Assai fotosensibile, si associa spesso al LED ed a manifestazioni cutanee non specifiche.

Il Lupus Eritematoso cutaneo acuto si riscontra nelle fasi di attività del LES come eritema malare a farfalla (più comune), Lupus bolloso (raro, principalmente in soggetti giovani di sesso maschile) o dermatite eritemato-maculo-papulosa diffusa (5-12% dei pazienti).

Interessa le regioni zigomatiche ma risparmia i solchi naso-genieni, ha rapida insorgenza, è spesso fotodipendente ed è di breve durata (ore o qualche giorno).

Conferisce alla cute tonalità variabili (rosso-bluastro → roseo-lilla) con lieve infiltrato ed edema di entità variabile e consente una completa *restitutio ad integrum*.

Al suo esordio coincide con l'esacerbazione della malattia sistemica,

Sono assai numerosi i farmaci che possono provocare il LES: idralazina, procainamide, isoniazide, metildopa, clorpromazina e chinidina hanno un ruolo noto e ben documentato.

La vita quotidiana e quella lavorativa sono condizionate da dolore, facile stancabilità, depressione, insonnia, difficoltà di concentrazione oscillazioni del tono dell'umore.

È quindi consigliabile:

- riposare un numero sufficiente di ore per recuperare le energie fisiche;
- prendere piccole pause di riposo nell'arco della giornata;
- stabilire delle priorità e pianificare l'attività lavorativa;
- valutare la possibilità di un lavoro autonomo o part-time.

È difficile per i pazienti con LES praticare sport a causa dei dolori articolari, muscolari e di una grande necessità di riposo. Comunque, l'esercizio fisico - pianificato secondo le possibilità del singolo paziente - è consigliabile. Gli sport più idonei: nuoto e camminare.

La cute dei pazienti in tutte le variabili di lupus è estremamente sensibile agli ultravioletti.

È quindi necessario:

- ridurre l'esposizione al sole e ad alcune sorgenti di luce artificiale (specie le lampade a fluorescenza ed alogene)
- limitare l'attività all'aperto fra le ore 10 e le 16. Ciò può significare un notevole cambio di tenore di vita in coloro che lavorano all'esterno ed in chi pratica sport all'aperto

- utilizzare sempre filtri solari che proteggono contemporaneamente dagli UVB e UVA. Impiegarli sulle zone fotoesposte sempre, anche nelle giornate invernali con sole oppure nuvolose in estate;
- non scendere mai sotto un fattore di protezione 15 in inverno (PF 15) e 30 in estate (PF 30), impiegare quotidianamente i filtri solari anche all'interno se si passano molte ore in stanze con parecchie finestre (i vetri non trattengono gli UV);
- indossare abiti (meglio se confezionati con tessuti antiUV) che proteggono le zone fotoesposte (camicie a maniche lunghe e pantaloni lunghi, cappelli a tesa larga)
- evitare farmaci fotosensibilizzanti (tetracicline e diuretici).

DISAGIO EMOZIONALE E PSORIASI

La psoriasi, come molte altre malattie della pelle, risente significativamente dell'influenza dello stress, tanto è vero che la maggior parte dei pazienti psoriasici riconosce la concomitanza delle fasi di peggioramento con periodi di maggiore tensione nervosa o di umore più abbattuto.

In effetti la letteratura scientifica è ricca di studi che dimostrano la stretta relazione tra disturbi di tipo emozionale come depressione ed ansia e patologie organiche : oltre alla malattie cutanee, tumori, malattie cardiovascolari, malattie reumatiche, o comunque malattie croniche riconoscono meccanismi patogenetici comuni.

Nella psoriasi sono importanti i meccanismi di natura infiammatoria-immunitaria nonché ormonale e negli ultimi anni sono stati identificati altrettanti meccanismi immunitari ed ormonali correlati alla depressione: una grossa quota di pazienti psoriasici presenta una sintomatologia depressivo-ansiosa che, in una circolarità patologica, peggiora ed alimenta lo stato infiammatorio della pelle.

In un'ottica più allargata e moderna, la psoriasi va considerata all'interno di un modello bio-psico-sociale in cui non solo vanno valutati gli elementi biologici ma anche quelli psicologici, legati alla personalità del paziente e quelli socio-ambientali, legati al mondo delle relazioni, della storia familiare, del tipo di occupazione lavorativa, del luogo abitativo. Spesso pertanto si rende necessario un intervento diagnostico-terapeutico di tipo psicologico clinico, parallelo a quello dermatologico. Assicurare ai pazienti la possibilità di avere un tono dell'umore più stabile con diminuzione della componente ansiosa, nonché un sonno più regolare, diventa importante per una gestione completa della psoriasi. L'uso di farmaci antidepressivi ed ansiolitici, visto molte volte con sospetto soprattutto per pregiudizi culturali, entra così a far parte delle strategie terapeutiche da considerare nella psoriasi.

Ma se i farmaci possono andare ad agire direttamente sui meccanismi biochimici più complessi, agendo sui sintomi ed, in parte, sulla predisposizione genetica, non possono "lavorare" – per fortuna – sulla personalità e sull'approccio alla vita dei pazienti.

Su queste dimensioni si rinuncia troppe volte ad agire, dimenticando quanto siano determinanti nell'evoluzione della malattia.

Sempre per pregiudizi culturali ancora oggi si tende a non considerare strategici percorsi terapeutici come la psicoterapia o le tecniche di rilassamento, che invece, tra gli altri, hanno proprio come bersaglio uno dei punti deboli più caratteristici dei pazienti psoriasici: l'alessitimia. Come altri malati cronici, lo psoriasico si distingue per una sorta di incapacità a verbalizzare le emozioni che così rimangono prigioniere nella psiche e nel corpo, causando una graduale erosione delle capacità di reazione e di gestione della malattia, che trova quindi meno resistenze alla propria progressione.

Lo spazio psicoterapeutico può permettere ai pazienti di prendere contatto con le proprie difficoltà emotive ed esistenziali, nonché di guardare alla propria qualità di vita con meno rassegnazione e più incentivazione.

La complessità della psoriasi merita un approccio globale ed integrato, ricordandoci che la priorità va sempre data alla persona e non alla malattia.

A PINEROLO REUMATOLOGIA E RIABILITAZIONE UNITE
PER LA MIGLIOR CURA DEI PAZIENTI REUMATICI

Introduzione

Le malattie reumatiche in generale e l'Artrite Reumatoide in particolare hanno spesso la caratteristica di compromettere la funzionalità dell'articolazione, impedendo lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Proprio in un momento in cui l'artrite reumatoide vive, dal punto di vista farmacologico, una fase di grande svolta, il corretto uso delle articolazioni può ulteriormente contenere la progressione del danno articolare.

L'ambulatorio di Reumatologia ed il servizio di Riabilitazione dell'Ospedale Agnelli di Pinerolo hanno sentito la necessità di coinvolgere e sensibilizzare i propri pazienti in un progetto che ha come obiettivo la gestione quotidiana della malattia, conservando il più possibile nel tempo la qualità di vita.

I pazienti a cui è rivolto tale progetto provengono dall'ambulatorio di reumatologia. Il progetto riguarda, al momento, pazienti con diagnosi di artrite reumatoide in trattamento farmacologico con Dmards e farmaci biologici in periodico follow up ambulatoriale.

Metodo

Si prevedono 3 sedute di gruppo (10 pazienti ciascuno) condotto da 2 fisioterapiste.

Ogni incontro, della durata di 1 ora e 30 minuti è articolata in 3 parti:

Parte teorica:

Comprende una serie di argomenti distribuiti nell'arco dei tre incontri: la presentazione del progetto, esposizione della strutturazione degli incontri e obiettivi, compilazione del questionario HAQ per la valutazione dell'autonomia, sensibilizzazione dei pazienti sull'importanza dell'esercizio fisico e dello stretching (consegna di una breve dispensa con esercizi e consigli per le ADL), ergonomia articolare, ausili e ortesi. In ogni incontro si mantengono degli spazi per il confronto sull'esperienza del gruppo precedente e ricaduta nel quotidiano: si riesce tutti i giorni a ricavarsi un momento per la cura delle proprie articolazioni? Quali sono le difficoltà? Commenti su costi e benefici. Rinforzo dei concetti di base.

Parte pratica:

Strutturalmente uguale nei tre incontri, ma gli esercizi possono variare a seconda dell'età e delle condizioni cliniche dei pazienti.

Esercizi di mobilizzazione e auto-mobilizzazione. Stretching.

Rilassamento:

15 minuti di rilassamento guidato (con supporto audio).

Si prevede inoltre un incontro per il follow up, possibilmente a sei mesi, con nuova valutazione HAQ, revisione della corretta esecuzione degli esercizi, scambi e rimandi sulla esperienza individuale.

ATTIVITA' ANNUALE DEI GRUPPI

Anno 2009

Totale pazienti contattati	161
Rifiutano	105
Accettano	56
Tornano al follow up	24

Anno 2010

Totale pazienti contattati	58
Rifiutano	31
Accettano	27
Tornano al follow up	14

Anno 2011

Totale pazienti contattati	45
Rifiutano	24
Accettano	21
Tornano al follow up	11

Conclusioni

Nel 2009 la percentuale di adesione ai gruppi è calcolabile nella misura del 34% . Rispetto al follow up, invece, dei 56 pazienti che avevano preso parte ai gruppi, sono tornati in 24 (43%). Nel 2010 e nel 2011 invece è aumentata la percentuale di pazienti che hanno aderito alla proposta: circa il 47% dei pazienti contattati ha accettato di partecipare ai gruppi. In entrambi gli anni le presenze al follow up si confermano al 50% circa diminuendo sensibilmente anche il calo previsto.

Tutti coloro che hanno preso parte ai gruppi hanno manifestato un alto indice di gradimento. La maggior parte ha dichiarato di eseguire gli esercizi a casa con regolarità e di trarne un soggettivo beneficio. In tutti i gruppi abbiamo riscontrato tra i pazienti un forte bisogno di condivisione che ha contribuito a creare un clima di collaborazione e scambio.

I pazienti che hanno partecipato al follow up eseguivano gli esercizi accuratamente e da questo si evinceva che, nel periodo intercorso tra l'addestramento ed il follow up, avevano interiorizzato gli obiettivi ed eseguito con costanza gli esercizi, mantenendo l'escursione articolare ed un buon livello di autonomia residua (come da valutazione HAQ).

Riportavano inoltre il dato "assolutamente soggettivo" di sentirsi meglio.

Per la realizzazione di questo progetto è stato necessario trovare il linguaggio e le strategie che consentissero all'ambulatorio di Reumatologia e a quello di Riabilitazione di operare insieme e superare le numerose difficoltà legate alla fase organizzativa del lavoro. Attualmente pensiamo che la migliore strutturazione del progetto si sia tradotta nel 2010 e nel 2011 nell'aumento delle adesioni ai gruppi nella riduzione della percentuale di abbandono al follow up.

Questo progetto vuole essere un tentativo di risposta ed un'occasione di confronto e scambio di esperienze con altri Servizi dislocati sul territorio che abbiano, eventualmente, messo a regime altri modelli di gestione.

SCELTE ALIMENTARI IN PRESENZA DI PSORIASI

Premessa:

Il controllo del peso e' fondamentale ai fini del corretto approccio alla patologia psoriasica.

La **normalità del peso** ed il **corretto apporto calorico giornaliero** sono requisiti fondamentali e prioritari rispetto a ciascuna delle indicazioni alimentari che andremo ora ad approfondire.

§ 1 - CONTROLLA IL PESO E MANTIENITI ATTIVO

Studi epidemiologici hanno evidenziato che i soggetti affetti da psoriasi presentano un più elevato rischio di sviluppare la sindrome metabolica rispetto ai soggetti sani.

Per "sindrome metabolica" si intende una condizione caratterizzata dalla contemporanea presenza di diversi disordini metabolici, ciascuno dei quali è di per sé un noto fattore di rischio cardiovascolare. Il rischio cardiovascolare complessivo risulta, dunque, elevatissimo. Una persona può considerarsi a rischio per lo sviluppo della sindrome metabolica se e' obeso, con una concentrazione dell'adipe soprattutto a livello addominale, e presenta almeno due dei seguenti fattori :

- un'alterata regolazione glicemica (intolleranza glucidica o diabete di tipo II conclamato)
- elevati livelli di trigliceridi
- bassi livelli di colesterolo HDL nel sangue
- elevati valori di pressione arteriosa

SINDROME METABOLICA - CRITERI di DIAGNOSI	
Definizione secondo i nuovi criteri dell' International Diabetes Federation	
Obesità addominale definita dalla circonferenza vita	> 94 cm nell'uomo > 80 cm nella donna
Più almeno due dei seguenti fattori:	
Elevata glicemia a digiuno	> 100mg/dL o diagnosi di diabete tipo 2
Elevati valori di trigliceridi	>150mg/dL o trattamento farmacologico
Ridotti valori di colesterolo HDL	<40mg/dL nell'uomo <50 mg/dL nella donna o trattamento farmacologico
Pressione arteriosa elevata	>130/85 o trattamento farmacologico

L'associazione tra obesità ed alcune malattie cutanee, tra cui la psoriasi, è stata ampiamente studiata e dimostrata nella letteratura scientifica. Psoriasi ed obesità sono entrambe patologie infiammatorie, caratterizzate da alterazioni fisiopatologiche simili (es. aumentati livelli plasmatici di citochine proinfiammatorie e ridotti livelli di quelle antiinfiammatorie).

La letteratura scientifica evidenzia inoltre il netto beneficio determinato da un calo ponderale, anche di grado moderato, sul miglioramento della sintomatologia psoriasica e sulla responsività alle terapie farmacologiche specifiche per la psoriasi. L'obesità, infatti, sembra causare di per sé un peggioramento della sintomatologia psoriasica ed è inoltre un fattore predisponente all'insorgenza di psoriasi inversa.

Quanto alle terapie farmacologiche, diversi farmaci - tra cui il Methotrexate ed alcuni farmaci biologici - sono risultati diventare più facilmente inefficaci nel tempo in soggetti obesi affetti da psoriasi; viceversa pazienti obesi affetti da psoriasi di grado moderato o severo, seguendo un regime dietetico ipocalorico associato ad un calo ponderale hanno mostrato una migliore risposta ad alcuni trattamenti farmacologici per la psoriasi, come quello con ciclosporina a basso dosaggio,

E' stato dimostrato che i sintomi di alcune malattie infiammatorie possono migliorare attraverso due fasi distinte:

1^ FASE: Dieta ipocalorica (o periodi di digiuno, nei casi più gravi).

Per dieta ipocalorica si intende una riduzione quotidiana dell'apporto calorico totale di 500-1000 kcal a seconda del dispendio energetico individuale;

2^ FASE: Dieta di mantenimento al fine di mantenere i risultati raggiunti a seguito di cambiamenti dello stile alimentare avvenuti nella 1^ FASE.

In questa fase si potrebbe prendere in considerazione l'uso di una dieta vegetariana, associata però ad opportune integrazioni dei nutrienti in essa carenti. Alcuni studi hanno infatti evidenziato risultati positivi sulla sintomatologia psoriasica a seguito di un periodo di dieta vegetariana. Tali effetti potrebbero essere legati al suo ridotto apporto di acido arachidonico (contenuto prevalentemente negli alimenti di origine animale).

In conclusione tutti i pazienti affetti da psoriasi ed in particolar modo quelli in sovrappeso od obesi (aventi cioè un BMI superiore a 25) dovrebbero essere adeguatamente informati sull'importanza di modificare le proprie abitudini alimentari e di acquisire uno stile di vita più attivo.

Un modo per capire se il proprio peso rientri in un range di normalità è quello di calcolare il proprio BMI, acronimo inglese che sta per Body Mass Index (Indice di Massa Corporea). Il BMI è un indice che può essere utilizzato per valutare l'adeguatezza del peso di un individuo adulto. Si misura dividendo il peso corporeo (espresso in kg) per il quadrato della statura (espressa in metri).

Esempio: Se il tuo peso è 80 kg e l'altezza è 1,60 m il tuo BMI sarà:

$80 : 2.56 = 31,2$ (e rientrerà quindi nella categoria : 1° grado di obesità)

I valori soglia di BMI, di seguito riportati, sono validi sia per l'uomo che per la donna:

BMI inferiore a 18,5 = sottopeso
BMI compreso tra 18,5 e 24,9 = normopeso
BMI compreso tra 25 e 29,9 = soprappeso
BMI compreso tra 30 e 34,9 = 1° grado di obesità
BMI compreso tra 35 e 39,9 = 2° grado di obesità
BMI maggiore di 40 = 3° grado di obesità

E' molto importante tenere presente che questo indice viene utilizzato per fare una valutazione iniziale e generica dello stato di nutrizione di un individuo. Qualora il valore del proprio BMI si collocasse al di fuori dell'intervallo del normopeso, sarebbe opportuno rivolgersi ad un medico specialista della nutrizione in modo da essere sottoposti ad esami diagnostici più adeguati ed approfonditi.

In associazione al controllo del peso, attuabile con l'applicazione di un regime alimentare adeguato e controllato, l'acquisizione di uno stile di vita attivo è la seconda indicazione consigliata per il trattamento dell'obesità e, più ampiamente, della sindrome metabolica.

L'attività fisica dovrebbe essere consigliata sulla base dell'età, della tolleranza e delle preferenze individuali.

A livello teorico sarebbe consigliabile iniziare con 30 minuti di attività fisica 3 volte a settimana, incrementandone poi gradualmente la durata sino a raggiungere le 2 ore e mezza a settimana di attività fisica di media intensità, durata associata ai maggiori benefici sul piano metabolico.

§ 2 - LE TUE SCELTE ALIMENTARI

Raccomandazioni relative a cambiamenti delle abitudini alimentari e dello stile di vita non sono da intendersi come un'alternativa alle terapie convenzionali, quanto piuttosto come una loro integrazione, utile a migliorare la risposta al trattamento farmacologico. Modificazioni dello stile alimentare e di vita possono contribuire a ridurre l'effetto dei fattori eziologici e predisponenti alla psoriasi e parallelamente avere un ruolo primario nel trattamento delle comorbilità (malattie associate) a questa patologia cutanea.

Eliminare, o ridurre al minimo, il consumo di alcol

Diversi studi hanno mostrato una connessione tra assunzione di alcol e peggioramento della prognosi nel soggetto psoriasico. Sembra inoltre che il consumo di sostanze alcoliche possa predisporre i soggetti, soprattutto di sesso maschile con storia familiare di psoriasi, all'insorgenza di questa malattia; inoltre uomini e donne affetti da questa patologia, consumano mediamente quantitativi di alcol più elevati rispetto ai soggetti sani.

Tra gli effetti di un elevato consumo di alcol di particolare importanza è l'aumento dello stress ossidativo, associato al peggioramento dell'infiammazione cutanea nella psoriasi e la riduzione dei livelli di antiossidanti, sostanze chimiche - quali alcune vitamine e sali minerali - coinvolti nella lotta allo stress ossidativo.

In presenza di psoriasi sarebbe consigliabile che il consumo di alcol fosse circoscritto ad occasioni particolari, riducendone il consumo a quantitativi minimi.

Nei casi di esacerbazioni della malattia e di elevato rischio di danno epatico associato a specifiche terapie farmacologiche per la psoriasi, l'uso di alcol è invece da evitare.

Regolarizzare frequenza ed orario dei pasti giornalieri

Consumare tre pasti principali - colazione, pranzo e cena - di apporto calorico correttamente limitato, intervallandoli con due o tre piccoli spuntini (es. uno a metà mattina, uno o due, se si consuma tardi la cena, a metà pomeriggio). Spesso conciliare l'orario dei pasti con i ritmi lavorativi richiede un po' di tempo per essere acquisito e di perseveranza per essere mantenuto, ma è fondamentale che l'organismo riceva sempre la giusta dose di energia, senza mai rimanere senza "scorta" per lungo tempo.

Questo principio vale anche in presenza di sovrappeso od obesità.

Il consumare i pasti ad intervalli regolari contribuisce a mantenere attivo il metabolismo e favorisce una migliore assimilazione dei nutrienti introdotti con il pasto. Saltare i pasti, o digiunare per buona parte della giornata non è cosa consigliabile: il digiuno dà la falsa illusione di assumere un quantitativo ridotto di calorie ma, quando finalmente si consumerà un pasto, si avrà più difficoltà a regolare quantità e tipologia degli alimenti, a causa dell'elevato senso di fame. Inoltre l'organismo viene predisposto ad un maggior accumulo di grassi rispetto a quanto avverrebbe seguendo una normale ripartizione in più pasti quotidiani. Il nostro metabolismo infatti è regolato da istinti di sopravvivenza vecchi di millenni: se lo si fa digiunare, reagisce facendo scorta di grassi.

Preferire gli alimenti ad elevato contenuto di fibre limitare l'assunzione di zuccheri, controllare l'assunzione di carboidrati

Fibra: una maggiore assunzione di fibre aiuta a migliorare il compenso glicemico e la funzionalità intestinale.

Per aumentare il contenuto di fibra nella propria alimentazione è bene orientarsi verso carboidrati (pane, pasta, riso, crackers, grissini ed altri prodotti da forno) di tipo integrale, più ricchi di fibre rispetto al prodotto raffinato. E' utile inoltre introdurre nella propria alimentazione il consumo di legumi come alternativa al secondo piatto, da due a tre volte alla settimana, e consumare quantità abbondanti di verdura e frutta.

Tra le comorbilità cui il soggetto psoriasico è maggiormente predisposto ci sono le alterazioni glicemiche ed il diabete, rispetto ai quali un incremento dell'assunzione di fibre associato ad una riduzione degli zuccheri e ad un controllo dei quantitativi di carboidrati assunti durante il singolo pasto, può essere di notevole aiuto.

Zuccheri: per ridurre il consumo di zuccheri è bene:

- contenere il consumo di dolci evitandone le abbuffate in singole occasioni,
- evitare il consumo abituale di bevande del commercio già zuccherate (es. cola, aranciata, gassosa etc., succhi di frutta che non riportino la scritta senza zuccheri aggiunti)
- l'uso di zucchero e miele per dolcificare bevande come the, caffè e tisane (qualora non si riuscisse a consumare tali bevande poco zuccherate, limitarne il consumo ad 1-2 tazze/giorno).

In caso di dubbi fare riferimento alla lista degli ingredienti sull'etichetta del prodotto.

Carboidrati: per quanto riguarda il controllo dell'assunzione di carboidrati, una regola molto semplice da cui partire è quella di distribuirne la quota in modo che siano presenti in ciascuno dei pasti giornalieri: una quota a colazione (es. fette biscottate, o pane, o cornflakes), una a pranzo ed una a cena (es. pasta, riso o altri cereali, oppure pane in quantità moderate). Inoltre i carboidrati vanno sempre abbinati ad alimenti proteici (es. latte o yogurt per la colazione, secondi piatti per pranzo e cena), grassi e fibre. Per quanto riguarda i grassi, l'olio di oliva è da preferire agli altri oli di semi. Quanto alle fibre è bene consumare verdure di stagione, più spesso fresche che cotte, in occasione del pranzo e della cena.

Evitare i pasti a base di soli carboidrati o zuccheri (es. pasto costituito da piatto abbondante di pasta, riso o altri cereali abbinato a pane o un pasto a base di frutta o dolci) o carenti in carboidrati (es. pasto costituito da secondo piatto abbondante associato a verdure, ma senza pane o crackers o grissini). Tali distribuzioni non sono equilibrate e non arrecano beneficio né alla glicemia, né al metabolismo né all'organismo in generale. L'ingestione di molti carboidrati stimola infatti una più abbondante secrezione di insulina,

l'ormone che dopo un pasto riporta la glicemia a livelli normali e facilita l'ingresso dei nutrienti nelle cellule. Una produzione eccessiva di insulina predispone all'aumento del tessuto adiposo corporeo.

Questa relazione tra eccessiva assunzione di carboidrati ed iperproduzione insulinica è di fondamentale importanza: è stato infatti riscontrato che proprio la psoriasi è più comune in soggetti che presentano più elevati livelli di insulina ed insulino resistenza.

Aumentare il consumo di verdure e frutta, ricche di vitamine e sali minerali ad azione antiossidante: la verdura è un alimento ricco di vitamine, sali minerali, fibra ed acqua, caratterizzato da un contenuto calorico inferiore rispetto a quello della frutta, anch'essa ricca di vitamine, sali minerali, fibra ed acqua, ma con più elevati di zuccheri. Vitamine come la vitamina C e la provitamina A (o beta carotene) e sali minerali quali il selenio, presenti in verdura e frutta, sono potenti antiossidanti direttamente coinvolti nel contrastare l'azione dei radicali liberi, responsabili dello stress ossidativo all'interno dell'organismo, a loro volta associati all'infiammazione cutanea nella psoriasi. Nei pazienti affetti da questa patologia sono stati infatti riscontrati sia aumentati livelli di marker di stress ossidativo (es. aumentati livelli di malondialdeide, o MDA, un marker di perossidazione lipidica) che un sistema antiossidante danneggiato (ridotti livelli plasmatici di beta carotene, alfa tocoferolo e ridotte concentrazioni sieriche di selenio).

E' quindi consigliabile aumentare i consumi di verdura e frutta in prima battuta e di consultare eventualmente il proprio medico rispetto ad un'integrazione con supplementi artificiali (integratori).

Il consumo giornaliero ideale di frutta e verdura in presenza di psoriasi potrebbe essere di 4-5 porzioni di verdura e di 2-3 frutti di media grandezza.

La vitamina C si trova nella maggior parte dei frutti e degli ortaggi (es. agrumi, kiwi, fragole, meloni, peperoni, pomodori e vegetali a foglia verde).

La provitamina A si trova in frutta e verdura (es. carota, zucca, mango, albicocca, melone, prezzemolo, spinaci, patate dolci, pomodoro, lattuga, maggiorana, barbabietola, bieta), ma anche in uova e latte.

Il contenuto vitaminico di verdura e frutta può essere ridotto a seguito di abbondanti lavaggi, trattamenti chimici, conservazioni di lunga durata e cotture prolungate, si consiglia quindi di scegliere prodotti di stagione, prodotti localmente e di consumarli più frequentemente crudi che cotti.

Il selenio è presente negli alimenti di origine vegetale in genere, ma anche nelle carni, nel pesce e nei cereali.

Limitare l'assunzione di grassi saturi ed aumentare l'assunzione di omega 3: il nostro organismo ha bisogno di ricevere quotidianamente un determinato quantitativo di grassi attraverso gli alimenti; ciò che è fondamentale per il suo buon funzionamento è che la tipologia dei grassi ingeriti non sia sbilanciata a favore dei grassi saturi, dannosi per il sistema cardiovascolare se consumati in eccesso, e che il quantitativo di grassi consumati con la dieta non sia eccessivo nel complesso, pena un aumento del grasso corporeo, del rischio cardiovascolare ed un peggioramento della psoriasi e delle comorbilità ad essa associate. Grassi di qualità migliore rispetto ai saturi ed associati ad effetti benefici per l'organismo sono quelli monoinsaturi (es. acido oleico, di cui è ricco l'olio d'oliva) e polinsaturi della serie omega 3 (dei quali sono particolarmente ricche alcune varietà di pesce come sardine, salmone, aringa, sgombro, acciughe e tonno) aventi azione protettiva su cuore e circolazione ed effetti positivi sugli stati infiammatori.

Per moderare l'assunzione di grassi saturi bisognerebbe consumare più spesso le carni bianche magre (es. pollo, tacchino, coniglio) rispetto a quelle rosse (es. vitello, maiale, cavallo ecc.), più ricche di questo tipo di grassi. Sarebbe inoltre utile togliere alla carne il grasso visibile e la pelle ove presente, preferire latte e latticini a tenore di grassi medio-basso (es. latte parzialmente scremato o totalmente scremato, yogurt magro, formaggio con contenuto di grassi inferiore al 10-15%), limitare il consumo di salumi, di prodotti da forno del commercio (es. biscotti, merendine, dolci, focacce, pani farciti etc.) e di condimenti quali maionese ed affini, burro, panna e strutto.

Parallelamente alla riduzione dei grassi saturi sarebbe molto importante aumentare l'assunzione di acidi omega 3. Gli acidi grassi omega 3 appartengono alla categoria dei grassi polinsaturi. Essi si trovano soprattutto nei pesci grassi (es. salmone, sgombro, sardina, sarda, aringa, acciuga) e negli oli di pesce (es. olio di fegato di merluzzo), ma anche nei semi di lino e nelle noci.

Sono stati condotti diversi studi scientifici riguardo all'efficacia della somministrazione sotto varie forme (orale, topica ed endovenosa) di acidi grassi omega 3 nel soggetto affetto da psoriasi; in diversi casi è stato riscontrato un loro effetto benefico sulla riduzione della sintomatologia, ma i risultati sono ad oggi ancora contraddittori. Quest'ipotesi si basa sul fatto che gli omega 3 vengono convertiti all'interno dell'organismo in mediatori dell'infiammazione che tendono a competere positivamente con quelli molto più proinfiammatori derivanti dall'acido arachidonico, acido grasso di cui l'alimentazione odierna è molto ricca e che è stato riscontrato in elevati livelli all'interno delle lesioni cutanee nel soggetto psoriasico.

Tra gli alimenti più ricchi di acido arachidonico ci sono i salumi, le carni grasse, il tuorlo d'uovo ed alcuni pesci (es. strutto, tuorlo d'uovo, pelle del pollo e del tacchino, wurstel, fegato di suino, salame, speck, prosciutto cotto, bovino adulto, cioccolato fondente, lingua di bovino, spigola, cefalo, anguilla).

Aumentare quindi l'assunzione di acidi grassi omega 3 potrebbe non solo avere effetti benefici sulla sintomatologia psoriasica, ma contribuirebbe anche a migliorare l'iperlipidemia, frequentemente presente nel soggetto psoriasico come quadro patologico associato alla sindrome metabolica o come diretta conseguenza dell'uso di alcune terapie farmacologiche specifiche per la psoriasi (es. retinoidi e ciclosporina).

A tal fine sarebbe consigliabile aumentare il consumo di pesce ad almeno 3-4 volte alla settimana, preferendo le specie ricche di omega 3. Questi pesci dovrebbero essere cotti al vapore, oppure in forno a 150 gradi, ma sigillando la teglia con della carta stagnola. I grassi omega 3 sono molto delicati, una loro ossidazione (favorita dalle alte temperature) ne vanificherebbe l'effetto positivo.

Per garantire un apporto pressoché ottimale di omega 3 bisognerebbe assumere 150 - 170 g di pesce al giorno. In alternativa si può valutare insieme ad un medico nutrizionista l'aggiunta di una supplementazione artificiale con omega 3.

Mantenere un buono stato di idratazione: abituarsi, qualora non lo si faccia, a bere quotidianamente almeno 8-10 bicchieri di acqua (equivalenti a circa 1 litro e mezzo), anche di più se fa caldo o se si ha una sudorazione abbondante, senza aspettare di avere sete. L'acqua infatti agisce come "lubrificante" mantenendo elastiche e compatte pelle e mucose oltre ad essere un elemento indispensabile per lo svolgimento di tutti i processi fisiologici che avvengono nel nostro corpo e ad aiutare la regolarizzazione della funzionalità intestinale, fondamentale per evitare lo stazionamento delle feci nell'intestino e la conseguente proliferazione microbica. L'acqua, naturale o gassata, non è sostituibile

con altre bevande (che spesso contengono zuccheri, dolcificanti, e sostanze come la caffeina) e si può bere in qualsiasi momento della giornata, durante o al di fuori dei pasti.

Dieta senza glutine? Alcuni studi hanno esaminato una possibile associazione tra psoriasi e intolleranza al glutine, una proteina presente in alcuni cereali: avena, frumento, farro, kamut, orzo, segale, spelta e triticale. L'intolleranza al glutine, che si manifesta con la presenza di anticorpi anticorpi antigliadina (AGA) di classe IgA e IgG, e di anticorpi antiendomisio (EMA) di classe IgA dà luogo ad una condizione patologica nota come celiachia.

La possibile relazione tra psoriasi, anticorpi antigliadina ed intolleranza al glutine è stata inizialmente presa in considerazione a seguito di alcuni miglioramenti riscontrati sulla sintomatologia psoriasica in pazienti con elevati livelli di AGA a seguito del passaggio ad una dieta senza glutine. Tale relazione è tuttavia ancora poco chiara poiché il numero di casi esaminati non permette di arrivare a conclusioni certe ed i risultati ottenuti sono talvolta discordanti.

Il consiglio potrebbe essere quello di controllare i livelli sierici di anticorpi AGA o delle transglutaminasi tissutali, e, in presenza di elevati livelli, seguire una dieta senza glutine per almeno tre mesi per verificare eventuali effetti benefici sulla sintomatologia psoriasica. Per avere informazioni più approfondite riguardo agli alimenti contenenti glutine, si può far riferimento al sito internet dell'Associazione Italiana Celiachia.

Concludendo il consiglio è:

- rivolgersi innanzitutto ad un centro ospedaliero di dietologia per la diminuzione del peso corporeo in caso di sovrappeso e obesità;
- controllare la coerenza delle proprie abitudini alimentari con le indicazioni alimentari sopra esposte, in tema di grassi saturi, omega 3, contenuto di fibra, zuccheri e carboidrati etc., in presenza di normopeso.

LE MEDICAZIONI TOPICHE

Le medicazioni topiche rappresentano una parte fondamentale nella cura delle malattie della pelle: una corretta tecnica e una regolare applicazione del medicamento migliorano l'andamento nel tempo della malattia. I trattamenti dermatologici si distinguono in : Adsorbenti, Disinfettanti, Astringenti, Emollienti e Cheratolitici e si trovano in forma liquida o cremosa. Distinguiamo ancora le lesioni in: Umide e Secche.

Le lesioni Umide sono caratteristiche delle pieghe sottomammarie, inguinali, delle pliche addominali e vengono medicate con applicazione di prodotti adsorbenti, disinfettanti e astringenti, coloranti in forma liquida su base acquosa (Eosina, Blu di metilene) o alcolica (Tintura rubra di Castellani), Pasta all'acqua (che assorbe e idrata), Allume acetato e Argento nitrato.

Le Lesioni Secche possono essere: Arrossate, Infiltrate, Desquamanti.

Le Lesioni Secche Arrossate possono presentarsi in forma più o meno estesa sull'intera superficie cutanea. Vengono trattate con l'utilizzo di coloranti in forma liquida (Eosina, Blu di metilene, Tintura rubra di Castellani), di creme cortisoniche associate a creme emollienti (Vaselina e crema cortisonica) o in associazione coloranti e creme emollienti (Eosina e Vaselina).

Le Lesioni Secche Desquamanti possono presentarsi in forma più o meno estesa sull'intera superficie cutanea. Vengono trattate con l'utilizzo di creme emollienti quali vasellina filante, glicerolato d'amido, o in associazione con coloranti (eosina) e creme emollienti (vasellina filante)

Le lesioni Secche Infiltrate possono presentarsi in forma più o meno estesa sull'intera superficie cutanea.

SE NON TROPPO INFILTRATE: vengono trattate con l'utilizzo di creme emollienti quali Vaselina filante, Glicerolato d'amido, o in associazione Coloranti (Eosina) e creme Emollienti (Vaselina filante).

SE PIU' IPERCHERATOSICHE: vengono trattate con l'utilizzo di cheratolitici, che agiscono rimuovendo le squame (Urea, Vaselina salicilica).

Sia l'Urea che la Vaselina salicilica vengono applicate sulla lesione massaggiando per favorirne l'assorbimento oppure coperte con la tecnica del "Bendaggio Occlusivo", da lasciare in situ tutta la notte così da favorire l'assorbimento e l'efficacia del medicamento. Talvolta vengono utilizzati in associazione disinfettanti coloranti in forma liquida (Eosina) che favoriscono l'eliminazione delle squame.

La tecnica del Bendaggio Occlusivo consiste nell'applicare sulla lesione una modica quantità del prodotto e avvolgere la zona con della normale pellicola per alimenti o qualora si tratti della mano, con guanti in polietilene. Il bendaggio così ottenuto, va poi tenuto in situ tutta la notte così da favorire l'assorbimento del medicamento e da creare un ambiente umido tale da permettere il distacco delle squame. Si consiglia di non utilizzare il bendaggio occlusivo per periodi prolungati, onde non incorrere in fastidiose macerazioni dovute ad eccessiva umidità prodotta dalla pellicola.

PICCOLI CONSIGLI PRATICI

- Tutti i medicamenti in crema vengono preparati su base di Vaseline per favorirne l'applicazione, l'effetto emolliente e la tollerabilità cutanea.
- Non è necessario applicare grandi quantità di prodotto sulle lesioni, ma favorirne l'assorbimento massaggiando leggermente.
- I coloranti macchiano gli indumenti: sarebbe quindi da preferire l'uso di biancheria intima bianca così da poter essere più facilmente smacchiata e l'uso dei guanti durante l'applicazione per evitare di macchiarsi le mani
- In ambito ospedaliero all'applicazione del preparato topico segue una fasciatura con garza di cotone e rete tubolare. Questo procedimento permette al medicamento di stare il più possibile a contatto con la lesione ed allo stesso tempo evita che il medicamento stesso venga a contatto con arredi, biancheria ecc.
- A domicilio è in effetti difficile reperire i rotoli di garza, che possono invece essere sostituite da garze piegate non sterili di grandi dimensioni o da indumenti sempre di cotone; i medicamenti possono essere applicati nelle ore serali in modo che abbiano il tempo di essere assorbiti e non ostacolino il normale procedere delle attività di vita quotidiana.
- La continua ricerca in tutti i campi ha fatto in modo che si riuscisse a creare un tessuto, utilizzato sia come abbigliamento intimo che come lenzuola, che lo rende unico e rivoluzionario perché consente bassissimi livelli di frizione ed abrasione, riducendo drasticamente l'irritazione della pelle. Garantisce inoltre un'altissima traspirazione. Per le sue proprietà oleorepellenti non assorbe pomate ed unguenti, garantendo così la maggior efficacia della medicazione e la possibilità di non macchiare l'indumento o le lenzuola.

LE DOMANDE DEL PUBBLICO

Tutti i relatori, e tutti i presenti in sala hanno potuto prendere parte attiva alla fase finale del convegno, in cui sono emersi spunti davvero interessanti, quali la determinazione mediante RMN funzionale, del fatto che il cervello di un paziente affetto da psoriasi presenta delle diversità rispetto a quello di un soggetto affetto da artrite reumatoide oppure il consenso pressoché totale sulla necessità di creare strutture interdisciplinari di cura della patologia psoriasica, sulla falsariga dell'ambulatorio per la fibromialgia, operante presso l'AOU S. Giovanni Battista di Torino.

Quella che riportiamo è solo una piccola parte della lunga e nutrita discussione che ha concluso i lavori: rendiamo conto, infatti, solo dei quesiti che ci sono stati posti per iscritto sulle apposite schede e le relative risposte. Per ovvi motivi di riservatezza, non riportiamo dati che possano consentire di individuare l'estensore del quesito.

- **La terapia topica della psoriasi serve solo a diminuire lo spessore ed il rossore delle lesioni o è in grado di diminuirne l'estensione o, meglio ancora, a farle scomparire?**

R. le terapie topiche servono essenzialmente ad idratare la cute, desquamare la placca e ridurre l'infiammazione.

Non c'è differenza di efficacia tra i prodotti "pronti" ed i prodotti "Galenici" ed è sempre meglio fare ricorso a steroidi topici per l'applicazione nelle zone genitali.

Se il paziente è giovane, non ha comorbilità e l'estensione delle placche è ridotta, la terapia topica è in grado di risolvere la malattia.

Alcune avvertenze in tema di terapia topica:

- usare il meno possibile prodotti a base di acido salicilico in vaselina
- nei bambini si verifica un assorbimento molto superiore a quello degli adulti degli steroidi topici

- **Fibromialgia corrisponde al problema della pelle?**

R. la fibromialgia ha indubbiamente delle manifestazioni cutanee ed è possibile che si associ a patologie a carico della cute.

- **E' sempre raccomandato un consulto cardiologico in caso di psoriasi? Perché e' più probabile un coinvolgimento cardiaco nei pazienti giovani?**

R. Prima di richiedere una visita specialistica cardiologica è necessaria una attenta valutazione del paziente: la consulenza del cardiologo è indispensabile in presenza di fattori di rischio ed in base alle eventuali terapie in atto.

Per quanto riguarda il secondo quesito, non sembrano esserci sostanziali differenze in base all'età.

- **Sono affetta da psoriasi da quasi 35 anni – quasi da neonata – ed ho fatto tutte le cure indicate, tranne i biologici. Il sole ha sempre dato beneficio alla mia pelle, ma negli ultimi anni non solo non è più una cosa piacevole, ma addirittura peggiora la situazione. Sono stata anche ricoverata per psoriasi pustolosa!. Vorrei sapere come mai.**

R. il fatto che l'esposizione al sole peggiori la situazione può dipendere da molteplici fattori quali il fototipo, l'età, l'eventuale evoluzione/trasformazione della psoriasi stessa, che possono indurre fotosensibilità: si consiglia di sottoporsi a visita specialistica presso il dermatologo di fiducia, per una eventuale correzione/sostituzione della terapia in corso.

- **C'è un nuovo farmaco, l'Alitretinoina (Toctino) impiegato negli eczemi cronici e nella psoriasi palmo-plantare: vorrei conoscere le vostre esperienze con tale farmaco. Vorrei inoltre sapere se avete esperienze con la luce polarizzata (Bioptron) nel trattamento della psoriasi**

R. l'alitretinoina è un retinoide sistemico ancora in corso di valutazione ed i primi dati sulla sua efficacia saranno disponibili non prima dell'anno prossimo. Viste le sue caratteristiche farmacologiche è comunque un medicinale che comporta un attento monitoraggio per gli effetti collaterali che può causare.

Per quanto riguarda la luce polarizzata, la Clinica Dermatologica dell'Università non ha esperienze nel suo utilizzo nella psoriasi.

- **Gli antistaminici possono alterare (cioè aumentarli) i valori delle transaminasi o causare danni renali?**

R. Assolutamente no. E' più probabile che il valore sia alterato in conseguenza di una errata alimentazione nei 20 giorni precedenti il prelievo ematico, specie nel caso di soggetti con pregressa epatite C. Anche per quanto riguarda il danno renale, è da escludere che possa essere indotto solo dagli antistaminici.

- **Vorrei sapere perché mi viene la psoriasi in primavera ed in autunno, invece, scompare.**

R. Si tratta probabilmente di un condizionamento psicologico, dovuto all'idea di doversi esporre maggiormente alla vista degli altri.

E' importante aumentare la quota di benessere anche aprendosi al giudizio ed al rapporto con gli altri. Nella psoriasi, come in tantissime altre patologie, stress, depressione ed interessamento psicologico/relazionale sono trasversali e possono condizionare anche l'aderenza alla terapia prescritta e persino la sua efficacia.

In tali casi un' intervento psicoterapeutico può addirittura avere un ruolo farmacologico.

- **Vorrei conoscere i risultati delle grotte di sale e della terapia senza UV**

R. Non avendo la Clinica Dermatologica esperienza né dell'una né dell'altra terapia, non è possibile dare una risposta ai quesiti proposti.

- **Una delle componenti più frequenti e fastidiose – talora difficilmente sopportabile - della psoriasi è il prurito, che di notte limita anche il sonno: come combatterlo?**

R. c'è un solo sistema efficace: fare ricorso agli antistaminici. Ma occorre anche ridurre l'estensione delle lesioni.

Poiché la terapia è comunque orientata verso il singolo paziente, quest'ultimo deve segnalare il disturbo (e la sua intensità) al proprio medico curante.

Si tenga però presente che, essendo il prurito (o meglio il suo grado di intensità) e la capacità di sopportazione molto individuali, i rimedi e le terapie consigliate dovranno essere "cucite" addosso al singolo soggetto.

- **Ho letto che la psoriasi favorisce l'insorgenza del melanoma: è vero?**

R. Assolutamente no: non solo nei soggetti psoriasici non si verifica aumento di melanomi, ma addirittura la cute di questi pazienti è istologicamente protetta nei confronti di tale patologia.

ASSOCIATI

Per avere un sicuro punto di riferimento ed essere costantemente informato sugli sviluppi della ricerca ed aggiornamento sulle nuove terapie

SOLO COSÌ SARAI AMICO DELLA TUA PELLE

NUOVE ISCRIZIONI E RINNOVI ANNO 2012

Quote associative

Simpatizzante € 25.00 - Ordinario € 40.00

Sostenitore € 50.00 - Benemerito € 100.00

Il pagamento può avvenire:

- a) in contanti
- b) con Bollettino di Conto Corrente Postale 1938108
- c) con Bonifico Bancoposta IBAN IT62P0760101000000019383108
- d) con Bonifico Unicredit Banca IBAN IT24L0200830871000001956450

N.B. Per Socio Simpatizzante si intende persona non affetta da patologie cutanee: il Socio Simpatizzante, quindi, non potrà usufruire di agevolazioni per eventuali visite dermatologiche, ma avrà accesso a riduzioni e sconti sui soggiorni presso Alberghi e Centri Termali convenzionati solo se accompagnato da un Socio Ordinario, Sostenitore e Benemerito.

**Sede: A.N.A.P. - via Sestriere, 129 - 10098 Rivoli (TO)
Tel. 011 9593406 Tel/Fax 011 9574987
e-mail: alberto.oliva@anapweb.it web: www.anapweb.it
Reg. Regionale del Volontariato n° 2743/93 - C.F. 95507410017**