

la Repubblica.it

Fumo, stretta del governo sulle sigarette Scatta il divieto nei cortili delle scuole.

Bionde proibite non solo per gli studenti, ma anche per i professori. Salta invece lo stop in auto con minori e donne incinta



ROMA - Via le sigarette elettroniche e tradizionali nelle scuole, compresi i cortili, mentre salta in extremis il divieto di fumo in auto in presenza di donne incinte e minori. "La normativa - ha spiegato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - estende la legge Sirchia ai luoghi pertinenti ai plessi scolastici. Divieto di fumo per tutti, non solo gli studenti, per dare un segnale molto forte che la scuola è un luogo di formazione ed educazione".

"La scuola - ha sottolineato - è un luogo di formazione e educazione e deve educare i ragazzi anche ad un migliore modo di vivere. Il fumo è prima causa di morte nel nostro paese, si comincia a fumare prestissimo, a 12 anni, e purtroppo anche il fatto che i bambini vedono le persone fumare normalizza questo uso". Invece, ha aggiunto - "abbiamo dibattuto in Cdm sulla possibilità di introdurre una norma, che peraltro c'è in altri paesi, di tipo educativo, e cioè il divieto di fumare in auto quando ci sono minori, ma preferiamo lasciare questo tema al dibattito parlamentare, per sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni alla prevenzione primaria e secondaria".

Il premier Enrico Letta ha definito la decisione un "segnale molto forte" e un "importante provvedimento che farà discutere ma che conferma e inasprisce il divieto di fumo. Noi lo riteniamo necessario soprattutto nelle pertinenze degli edifici scolastici, dove spesso viene aggirato" dice Letta.

Il Cdm ha votato anche un nuovo codice della strada. Il provvedimento presentato dal ministro Lorenzin contiene anche norme sulle sperimentazioni cliniche e sulla riforma degli Ordini professionali, e prevede "disposizioni in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di riordino delle professioni sanitarie e formazione medico specialistica, di sicurezza alimentare, di benessere animale, nonché norme per corretti stili di vita".

NEGLI ANZIANI LE IPOGLICEMIE SONO GRAVI

Invecchiamento, cronicità e diabete sono sfide urgenti della nostra sanità

■ Anziani e diabete. Una realtà in crescita. Oggi in Italia i pazienti diabetici sono oltre 3 milioni. Più di 1,5 milioni hanno un'età superiore a 65 anni. Aumenteranno entro dieci anni, a 2,5 milioni. Lo rivela lo studio Hysberg. Il più importante a livello mondiale per dimensione del campione, sugli aspetti clinico-sociali dei pazienti diabetici anziani, condotto in diverse regioni italiane, dall'Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) e da Federanziani, in collaborazione con il Consorzio Mario Negri Sud (1323 i pazienti coinvolti). Intorno ai dati della ricerca, si è sviluppato il dibattito del workshop «Invecchiamento, cronicità e diabete: nuove sfide per il sistema sanitario», tenutosi di recente in Senato. Preoccupa l'impatto sul piano sociale, sanitario ed economico, delle ipoglicemie: un paziente diabetico over 65 su 10, ha nel corso dell'anno, una crisi ipoglicemica grave (si

BILANCI

La spesa per il diabete assorbe il 10-11% delle risorse finanziarie

tratta di episodio associato a perdita dei sensi, convulsioni o gravi alterazioni sensoriali fino al coma), che nel 63,5 per cento dei casi comporta un'ospedalizzazione, con un costo medio per ricovero di 3.500 euro. Tra i 10 e 11 miliardi di euro all'anno, la spesa complessiva per la patologia diabetica, pari al 10-11% dell'intera spesa sanitaria. Sempre secondo i dati emersi dallo studio Hysberg, l'ipoglicemia sintomatica (si manifesta con palpitazioni, tremori, difficoltà di concentrazione, sudorazione, vertigini e confusione), colpisce ogni anno due terzi dei pazienti intervistati. Tra tutti i soggetti, sia con crisi ipoglicemica grave che con ipoglicemia sintomatica, il 56% era in trattamento con insulina, il rimanente 44% con ipoglicemizanti orali. Le ipoglicemie nell'anziano rappresentano un forte elemento di pericolo, fragilità e disagio.

Virginia Radice



quotidiano**sanità**.it

Lunedì 27 LUGLIO 2013

La riforma degli Ordini di Lorenzin va nella direzione giusta

Il riordino proposto coglie le peculiarità presenti nelle 800mila figure professionali della sanità. Non più tanti ordini, più o meno piccoli, ma una nuova istituzione professionale plurale, con le garanzie interne per ogni professione

Ottima la notizia dell'approvazione nel Consiglio dei Ministri di ieri [nel ddl proposto dal ministro Lorenzin](#) delle norma che riordina, ma è meglio dire riforma, l'impianto ordinistico in sanità: un assetto nato oltre 100 anni inizialmente per la pressione di medici spinti da ideali progressisti di tutela della parte meno garantita della categoria e dei diritti dei pazienti, ricostituito subito dopo la Liberazione con uno degli ultimi atti della Monarchia e prima del varo della nostra Costituzione Repubblicana, allora le professioni sanitarie erano poco più di cinque ora sono poco meno di trenta, prima si parlava di sanità, di cura dalla malattia o dall'infortunio ora si parla di diritto alla salute, di primato della prevenzione rispetto alla cura ed alla riabilitazione, prima un sistema di protezione sanitaria categoriale ora un sistema universale e solidaristico: motivazioni più che sufficienti per varare un provvedimento di tale portata.

E' altrettanto positivo che tra i primi a commentare il provvedimento siano state le segreterie nazionali di CGIL - CISL - UIL del comparto sanità che lo hanno giustamente collocato nello scenario giusto di valorizzazione delle professioni e di tutela dei cittadini, garantendo un sostegno convinto al suo proseguimento nel Parlamento.

Del quale sostegno ce ne sarà quanto mai bisogno, come insegna la storia recente e quella passata di provvedimenti analoghi; mi piace ricordare sempre che gli ultimi due ordini, istituiti negli anni 80/90, quello dei psicologi e quello degli assistenti sociali, hanno avuto come convinti e determinanti sostenitori proprio le organizzazioni sindacali ed in particolare quelle confederali.

Infatti quella ordinistica in sanità si è sempre rivelata l'eterna riforma che tutti volevano e poi, misteriosamente non si mai riusciti a completare, vera e proprio tela di Penelope: forse, ora i tempi e gli attori sono profondamente cambiati e i presupposti per essere maggiormente ottimisti sull'auspicabile esito positivo del provvedimento ci sono, ma senza abbassare la guardia, come insegnano le precedenti esperienze negative che hanno ancora lasciato il sale sulle ferite.

E' positivo che un Governo dalla maggioranza vasta, speciale ed a prima vista, anomala quale quello presieduto dall'on. Letta abbia varato questo disegno di legge, proposto dal Ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, che nella precedente legislatura, in più provvedimenti, aveva già tenacemente e con convinzione proposto emendamenti analoghi all'attuale testo e ne va dato atto della sua coerenza e competenza, come è altrettanto positivo che le forze politiche che sostengono questa maggioranza abbiano presentato disegni di legge, nei contenuti simili o analoghi a quello governativo: si parte, quindi, da un sostegno politico alla proposta ampio e convinto.

E' evidente, perciò, che l'impianto ordinistico in sanità abbia bisogno di un profondo adeguamento normativo nei contenuti, nelle modalità di partecipazione al voto degli iscritti, nelle modalità di funzionamento interno, nelle sue articolazioni che tenga conto della dimensione regionale e dell'eventuale superamento o ridimensionamento di quella provinciale e, soprattutto, di un diverso

rapporto con i cittadini in particolare nella gestione attraverso la mediazione del contenzioso.

La proposta di legge coglie la centralità e la peculiarità della questione dell'assetto professionale in sanità caratterizzata dal fatto che la stragrande maggioranza degli addetti (oltre 800.000 operatrici ed operatori) appartengano a 11 professioni della salute regolamentate con albi, ordini e collegi (medici, odontoiatri, farmacisti, veterinari, infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica e le new entry degli psicologi e dei biologi), mentre una minoranza di circa 140.000 addetti appartenente a ben 17 professioni sanitarie pur regolamentate e disciplinate nell'esercizio professionale, siano prive di albo ed ordine professionale (fisioterapisti, tecnici di laboratorio, tecnici della prevenzione, dietiste, podologi, tecnici ortopedici, educatori professionali...).

Questa peculiarità è ben colta dal provvedimento legislativo in quanto:

- affronta in un testo complessivo ed unitario tutte le professioni sanitarie previste dal Testo Unico, dal medico al tecnico della prevenzione, archiviando il ricorso a leggi speciali e di settore per le professioni infermieristiche, di ostetrica, tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione, così come per le professioni di biologo e di psicologo.
- eleva i collegi in ordini a completamento della riforma formativa ed ordinamentale di tali professioni: nell'immaginario collettivo il collegio è per i diplomati, l'ordine è per i laureati;
- non istituisce altri ordini, bensì istituisce gli albi per le 17 professioni attualmente sprovviste di tutela ordinistica, che saranno tenuti dal nuovo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (comprendendo in quest'ordine anche l'albo degli assistenti sanitari).

Quindi non più tanti ordini, più o meno piccoli, ma si darebbe vita ad una nuova istituzione professionale plurale, con le garanzie interne per ogni professione, in grado non solo di semplificare il quadro ordinistico ma di arricchirlo con un nuovo soggetto che possa realmente essere autorevole e rappresentativo: della potenziale realizzazione di ciò va dato atto alla disponibilità generosa manifestata dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale dei Collegi dei tecnici di radiologia medica che ha votato l'assenso convinto a questa trasformazione e dall'altrettanto positivo assenso del Coordinamento Nazionale delle Associazioni delle Professioni Sanitarie...alla faccia del presunto corporativismo!

Perciò è necessario e giusto raggiungere tale obiettivo attraverso una norma semplificata che non preveda l'istituzione di ulteriori ordini professionali bensì l'attivazione di albi per le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che ne siano sprovviste e la loro confluenza nell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, che assumerebbe una nuova denominazione di "Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione".

La proposta, infine, coglie l'evoluzione in corso nell'organizzazione del lavoro e dell'ordinamento professionale in sanità comprendendo nel testo anche le professioni di psicologo e biologo, sarebbe auspicabile che l'iter parlamentare faccia inserire anche i chimici ed i fisici, non solo per unificare sotto la vigilanza del Ministero della Salute tutte le professioni laureate del ruolo sanitario, ma soprattutto per offrire una risposta organica, unitaria, e complessiva e di sistema.

Considerato che questo provvedimento è atteso dagli operatori ma anche dai cittadini da decenni, è quanto mai auspicabile che l'iter di discussione e di approvazione sia il più celere possibile per permettere di mettere a frutto i benefici le nuove positività che la legge potrà mettere in essere per la collettività e per i professionisti.

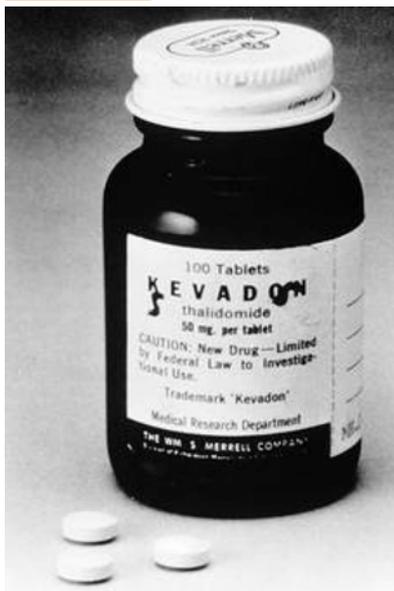
Saverio Proia

la Repubblica.it

Cento bimbi con malformazioni. In Brasile torna incubo Talidomide

Il farmaco, usato durante la gravidanza negli anni '50, potrebbe essere ancora oggi causa di gravissimi difetti alla nascita. Utilizzato per trattare sintomi di lebbra, avrebbe portato a un centinaio di casi in 6 anni

Lo leggo dopo



Una confezione di Talidomide (Ansa)

ROMA - Il farmaco talidomide potrebbe essere ancora oggi causa di gravissimi difetti alla nascita in Brasile. Lo dimostrano i risultati di un sensazionale studio della Universidade Federal do Rio Grande do Sul di Porto Alegre: il medicinale viene somministrato a persone affette da lebbra per alleviare i sintomi della malattia ed è possibile che alcune donne malate abbiano assunto il prodotto senza essere a conoscenza dei rischi che si corrono durante la gravidanza. Risultato: potrebbero essere almeno 100 i casi di malformazioni riconducibili al medicinale, messi in luce dall'indagine. La notizia è stata diffusa questa mattina dal sito della Bbc.

Usato in gravidanza negli anni '50. Il talidomide è stato commercializzato alla fine del 1950 come sedativo e poi come anti-nausee mattutine durante la gravidanza, prima che si venisse a scoprire che questo farmaco danneggia il feto, limitando la crescita delle braccia e delle gambe. Sono nati circa 10.000 bambini malformati in tutto il mondo finché il medicinale è stato ritirato nel 1960. Nella maggior parte dei Paesi, questi bambini sono ormai adulti e si credeva che non ci fossero più stati casi del genere. Ma in Brasile il farmaco è stato autorizzato nel 1965 come trattamento per le lesioni cutanee, una delle complicazioni della lebbra.

Usato in Brasile per curare la lebbra. La lebbra è più diffusa in Brasile che in qualsiasi altro Paese al mondo esclusa l'India. Più di 30.000 nuovi casi vengono diagnosticati ogni anno e vengono distribuiti milioni di pillole di talidomide per trattarne i sintomi. Senza però che i malati, appartenenti alle classi più povere e disagiate, si attengano in tutti i casi e strettamente alle avvertenze presenti sulle confezioni, che limitano l'uso alle donne che utilizzano due tipi di contraccettivi e che abbiano fatto un test di gravidanza risultato negativo.

I dati. I ricercatori, che hanno esaminato gli atti di nascita di 17,5 milioni di bambini venuti al mondo tra il 2005 e il 2010 (nello stesso periodo 5,8 milioni di pillole di talidomide sono stati distribuiti in tutto il Brasile), ora affermano che sarebbero nati almeno 100 bambini brasiliani con malformazioni causate dal talidomide.

La denuncia. "In Brasile è in corso una tragedia - assicura Lavinia Schuler-Faccini, professore presso l'ateneo carioca - e si tratta di sindromi del tutto evitabili". Dalla ricerca è emerso che maggiore è stata la quantità di pillole distribuite, maggiore è risultato il numero di difetti alla nascita. "Abbiamo rilevato circa 100 casi in questi 6 anni simili alla sindrome da talidomide", dice un altro autore, Fernanda Vianna. "Non siamo riusciti a valutare caso per caso, non possiamo dire che tutti siano casi di sindrome di talidomide, ma questo tipo di difetto è molto raro".

Usato per curare la lebbra. Eppure attivisti, medici e malati di lebbra sono convinti che il medicinale sia di vitale importanza e che i benefici che esso apporta superino i rischi. "E' il miglior farmaco - afferma Francisco Reis, dal lebbrosario a Curupaiti Hospital vicino a Rio de Janeiro - esiste il 'fantasma' del talidomide, ma risale agli anni '50, si dovrebbe dimenticare". Artur Custodio di Morhan, la campagna nazionale contro la lebbra, riconosce che il farmaco e' pericoloso, ma dice che sono le automobili a causare la maggior parte delle disabilità in Brasile. E fa notare che "non si parla di vietare le auto, ma si dice che dovremmo insegnare alla gente come guidare in modo responsabile. Ed è la stessa cosa per il talidomide".

Le scuse dell'azienda. Dopo 50 di silenzio

(http://www.repubblica.it/salute/2012/09/01/news/scuse_da_produuttori_di_talidomide_provoc_malformazioni_a_10_000_bambini-41811938/) solo un anno fa l'azienda che ha prodotto il farmaco, la Grunenthal, ha chiesto scusa per la le vittime del Talidomide. Negli anni Settanta la compagnia aveva pagato risarcimenti finanziari ai bambini nati tra il 1957 e l'inizio degli anni Sessanta con gravissime malformazioni dopo che le loro madri avevano assunto il medicinale.

(24 luglio 2013)

quotidianosanita.it

Lunedì 28 LUGLIO 2013

Ancora sulle donne in medicina. Alla ricerca di un nuovo “genere”

Quando le donne propongono di partire dalla persona malata non fanno altro che ri-genera-re ontologicamente il malato che per ragioni scientifiche è stato de-genera-to cioè ridotto a genere neutro. Questo è un cambiamento riformatore vero e non ha nulla a che fare con le chiacchiere sull'umanizzazione

L'articolo sull'iniziativa di Cagliari [“Il filosofo e il cancro della mammella”](#) ha dato corpo ad una pregnante riflessione ([Orrù](#), [Sarobba](#), [Calvisi](#), [Nonnis](#), [Mazzei](#)). Essa ha posto in una luce nuova la questione del rapporto peculiare tra donne medico medicina e sanità. Con Teresita Mazzei questo intreccio con molta lucidità viene ancora più evidenziato riconfermando due valori tra loro interdipendenti:

- la donna quale nuovo modo di conoscere;
- la donna quale idea nuova di organizzazione del sistema di cura.

La donna medico viene così a trovarsi quale “termine medio” tra conoscenza e prassi. Cambiare la prima implica necessariamente cambiare la seconda. Il postulato di fondo che il genere femminile costituisca “in qualche modo” un valore aggiunto nei confronti del cambiamento viene così debanalizzato. Da un modo ingenuamente deterministico “basta essere donna per cambiare la medicina” si passa ad una idea nuova nella quale il cambiamento coemerge da una visione nuova da parte della donna medico tanto della medicina che dell'organizzazione sanitaria.

Ma in che modo ciò avviene? Per rispondere vorrei proporre una riflessione che ho portato avanti in questi anni, e che ha a che fare con “l'ontologia” una parola che ricorre ostinatamente in tutti i miei libri, usata dalla filosofia ma non dalla medicina, ma che certe donne medico, a quanto pare, mostrano di conoscere molto bene. Vorrei dimostrare tre cose:

- che chiunque voglia introdurre un qualche cambiamento nelle prassi mediche non può non passare per l'ontologia;
- che qualsiasi cambiamento che avviene con ontologie invariante rischia di essere un falso cambiamento;
- che le novità che certe donne medico introducono sono prima di tutto ontologiche quindi cambiamenti veri.

L'ontologia come è noto si occupa dell'essere, di ciò che è, di quello che esiste. Non esiste scienza che non abbia una ontologia implicita. Tutti i ragionamenti della medicina partono da una ontologia naturale, oggettiva, biologica, organicistica, fisica, molecolare, ecc. Per cui l'ontologia è la premessa che decide la prassi. Se il malato è considerato in un certo modo allora sarà conosciuto e curato in un certo modo.

Quando a Cagliari ho posto la domanda “di cosa parliamo..di cancro della mammella o di donna malata di cancro” ho semplicemente posto un quesito ontologico “chi è e cosa è” quell'entità che dobbiamo curare perché a seconda del suo significato ontologico avremo un tipo o un altro di medicina e di sanità. Per proseguire il mio discorso devo però rimettere le cose a posto a come erano al tempo delle nostre lingue madri cioè quando i generi erano tre: *maschile, femminile e neutro*.

Il *genere neutro* designava tutti quei nomi, né maschili né femminili, e in particolare il mondo delle cose e degli oggetti. Il mio quesito "*chi è e cosa è quella entità che dobbiamo curare*" significa molto semplicemente decidere "*a quale genere appartiene la donna malata di cancro*"? Se la malattia coincide con l'organo, il genere più adatto a significarla è quello "*neutro*". Se al contrario la malattia coincide con la persona, il genere più adatto è quello "*umano*". Per un medico non è la stessa cosa rapportarsi con un "*genere neutro*" o con un "*genere umano*":

- nel primo caso prevarrà una ontologia dell'oggetto, nel secondo caso una ontologia del soggetto;
- e ancora, nel primo caso avremo una "*disparità di genere*" tra malato e medico e la conoscenza sarà solo biologica, nel secondo caso avremo una "*parità di genere*" e la conoscenza sarà biologica e sovra biologica quindi tanto oggettiva che soggettiva;
- e infine, nel primo caso avremo una organizzazione sanitaria tayloristica cioè spezzettata, nel secondo caso una organizzazione sanitaria interconnessa.

Le donne di Cagliari, in fin dei conti, hanno proposto di ridiscutere una conoscenza clinica e una organizzazione sanitaria fondata sulla "*disparità di genere*". Non credo che questo sia una coincidenza fortuita. Mi colpisce che le donne medico che nella loro professione conoscono molto bene sulla propria pelle il significato di "*differenza di genere*", propongano un "*genere*" di medicina che per prima cosa ridiscute le disparità ontologiche tra malato e medico (aspetto che andrebbe approfondito). Ma in cosa consiste l'operazione di ripensare la medicina non su una disparità ma su una parità ontologica?

Si tratta, in una società radicalmente trasformata in ogni suo aspetto, di fare il percorso contrario a quello che fu fatto quando nacque la medicina scientifica di stampo positivistico ma senza rinunciare a nessuna delle garanzie che offre la conoscenza scientifica:

- se fino ad oggi per conoscere la malattia si è trattato di trasformare ontologicamente la persona in sostanza vivente ora si tratta di contro ridurre la sostanza vivente in persona;
- se sino ad oggi la riduzione della persona a sostanza vivente aveva la *pretesa* di rendere equipollente la sostanza vivente alla persona - cioè di considerare il malato come genere neutro, equipollente al malato come genere umano - oggi tale *pretesa* va revocata.

In questi anni, libro dopo libro, non ho fatto altro che tentare di ridiscutere questa *pretesa* e come me a quel che pare, molte donne medico.

Quando esse a Cagliari propongono di partire dalla persona malata non fanno altro che ri-genera-re ontologicamente il malato che per ragioni scientifiche è stato *de-genera-to* cioè ridotto a genere neutro. Questo è un cambiamento riformatore vero e non ha nulla a che fare con le chiacchiere sull'umanizzazione perché ridiscute il *metodo della conoscenza*. Infatti in medicina la riduzione del malato ad organo è un *metodo di conoscenza*. Ridiscutere il genere neutro dell'organo significa ripensare la clinica quale forma di conoscenza. Questo sarebbe un atto di riforma vero.

La forza di questa riforma non è solo culturale ma è molto di più. Ripensare i postulati del binomio medicina/sanità è straordinariamente più conveniente per tutti da ogni punto di vista. Da quello clinico perché se conosci meglio curi meglio, da quello sociale perché un malato ha più possibilità di guarire o quanto meno di essere curato, da quello economico perché tutto questo per tante ragioni costa meno e da maggiori risultati.

(Riprenderemo il discorso in un prossimo articolo a partire dal significato profondo che le donne medico attribuiscono alla "relazione").

Ivan Cavicchi

SI AGGRAVANO D'ESTATE

Sei milioni gli italiani con disturbi endocrini

■ In estate, con il caldo e l'afa, aumentano i disagi e le sofferenze di chi è afflitto da disturbi endocrini come le disfunzioni della tiroide. Sono oltre sei milioni gli italiani colpiti da queste malattie. Chi soffre d'ipotiroidismo (disfunzione in cui la tiroide lavora male e produce pochi ormoni) può, durante la stagione calda, trovare sollievo presso una località balneare. Al contrario, per chi è afflitto da ipertiroidismo, e quindi ha una ghiandola che genera troppi ormoni tiroidei, è preferibile una vacanza in montagna. «Per un malato di ipotiroidismo il mare può essere un ottimo e prezioso alleato della salute», afferma la dottoressa Silvia Misiti, direttore della Fondazione IBSA per la ricerca scientifica. Sulle coste l'aria è solitamente meno inquinata e, anche grazie al così detto aerosol marino, contiene maggiori quantità di iodio. I raggi solari, il vento, la temperatura e l'umidità delle località balneari sono tutti elementi climatici che portano ottimi benefici a chi ha una tiroide che funziona troppo poco. Chi invece è affetto da ipertiroidismo è preferibile che trascorra una vacanza dove il clima è più mite e con meno iodio. L'Italia è tra i Paesi più colpiti al mondo da disfunzioni tiroidee, soprattutto nelle località distanti dal mare.

» Malati & Malattie

di Gloria Sacconi Totti



Gli italiani colpiti dalla psoriasi hanno una qualità di vita compromessa

E tradizionalmente definita come una malattia infiammatoria della pelle ad andamento cronico-recidivante che, nella sua forma più comune, si manifesta con placche eritemato-quamose localizzate sulle superfici del corpo. La prevalenza nella popolazione generale italiana è stimata pari al 2,8% con una maggiore frequenza di casi nel sesso maschile; si può dunque stimare che circa 1,5 milioni di italiani siano affetti da questa malattia. Si osservano alterazioni distrofiche delle unghie in oltre un terzo dei pazienti ed una tipica artropatia in una proporzione variabile di soggetti. La psoriasi guttata, l'eritrodermi psoriasica e la psoriasi pustolosa (nella sua forma localizzata o generalizzata) costituiscono varianti distinte per morfologia ed andamento. Recenti evidenze suggeriscono come la psoriasi, da patologia ad esclusivo interessamento cutaneo si possa considerare invece una malattia sistemica. Infatti un ampio ventaglio di comorbidità può associarsi alla psoriasi, fra le quali, l'artropatia, le malattie infiammatorie croniche intestinali, le patologie oculari, le malattie metaboliche e cardiovascolari, i disturbi psicologici. La psoriasi solo eccezionalmente è causa diretta di morte. I pazienti affetti da psoriasi, come quelli affetti da altre malattie croniche invalidanti, accusano una riduzione della qualità di vita per i sintomi cutanei (prurito cronico, sanguinamento, coinvolgimento delle unghie), dei problemi legati ai trattamenti (cattivo odore, disagio fisico, perdita di tempo, effetti collaterali sistemici, costi elevati), dei risvolti psicosociali secondari al dover convivere con una malattia della pelle molto visibile e deturpante. I derivati della vitamina D ed i corticosteroidi sono i trattamenti topici più efficaci per la psoriasi a placche. Efficaci e sicuri anche i farmaci biotecnologici. È stata aggiornata la Linea guida (Lg) sul trattamento della psoriasi nell'adulto, illustrata recentemente all'Istituto Superiore di Sanità. «Sono stati aggiornati solo i quesiti relativi al trattamento della psoriasi cronica a placche nell'adulto, escludendo quelli relativi alla diagnosi ed all'artrite psoriasica», afferma Alfonso Mele, epidemiologo.

gloriasj@unipr.it

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

