

III RAPPORTO 2008

TRATTAMENTO DELLA PSORIASI CON FARMACI SISTEMICI IN ITALIA

Resoconto sull'andamento del programma Psocare,
agosto 2005 - settembre 2008

3

AIFA 

PSOCARE

Gruppo di Lavoro Psocare

Luigi Naldi

Centro Studi GISED, Bergamo;

Antonio Addis, Carlo Tomino,

Mauro Venegoni

Agenzia Italiana del Farmaco, Roma;

Mara Maccarone

Associazione per la Difesa degli
Psoriasici (ADIPSO);

Mauro Picardo

Istituto S. Gallicano-IFO, Roma;

Alberto Giannetti

Clinica Dermatologica,
Università di Modena e Reggio Emilia,
presidente SIDeMAST;

Sergio Chimenti

Clinica Dermatologica,
Università di Roma Tor Vergata.

Testo a cura di

Luigi Naldi

Liliana Chatenoud

Eugenia Caggese

Rosanna Cuscito

Antonio Addis

Paola Bertuccio

e Centri Psocare (*vedi elenco in allegato*)

Impaginazione e Grafica di

Marco d'Agostino

**Si ringraziano tutti i dermatologi
partecipanti ed i presidenti delle
due società scientifiche
dermatologiche, SIDeMAST e ADOI,
per la collaborazione prestata.**

www.psocare.it

Introduzione

■ È questo il terzo rapporto relativo all'attività del programma Psocare. Si tratta di un programma di organizzazione dell'assistenza e di ricerca avviato nell'agosto 2005 a seguito di una determinazione AIFA del 13 giugno 2005 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale 146 del 25 giugno 2005.

Gli obiettivi del programma si possono così riassumere (Psocare 2004):

- 1. definire criteri condivisi per l'assistenza ai pazienti con psoriasi e valutare i fattori che determinano la decisione circa il trattamento sistemico nella psoriasi in Italia;*
- 2. descrivere gli esiti a lungo termine del trattamento sistemico ed il profilo di sicurezza dei farmaci impiegati confrontando la resa di strategie assistenziali differenti. Stimare in modo realistico i benefici e i rischi delle diverse opzioni terapeutiche disponibili;*
- 3. studiare i fattori prognostici per la risposta al trattamento nella psoriasi e valutare l'impatto di decisioni nelle popolazioni escluse dagli studi clinici (pazienti con patologie multiple, bambini, soggetti anziani, donne in gravidanza). Identificare gruppi specifici di pazienti a rischio più elevato di cura inappropriata o di esiti sfavorevoli.*

■ Il Programma Psocare in breve

Il programma Psocare riguarda i pazienti con psoriasi trattati con farmaci sistemici che comprendono tanto i farmaci “convenzionali” che i nuovi farmaci originati dalla biologia molecolare e definiti, anche se in maniera impropria, come “biologici” (Katz KA 2006).

Il programma prevede lo sviluppo integrato di differenti attività di valutazione-ricerca: 1. Censimento delle attività assistenziali per la psoriasi in Italia. Sono stati condotti due censimenti.

Il primo nel 2005 si proponeva di descrivere i centri dermatologici che si occupano di psoriasi in Italia attraverso indicatori come il numero di visite e ricoveri ospedalieri per psoriasi eseguiti in un intervallo di tempo definito e presenza di servizi dedicati.

Tale censimento ha fornito indicazioni importanti per istituire la rete dei centri di riferimento per la psoriasi aderenti al programma Psocare. Un secondo censimento è stato condotto più recentemente sulla dotazione di competenze reumatologiche presso i centri Psocare ed ha permesso di definire la rete dei centri presso cui può essere gestita l'artropatia psoriasica. 2. Istituzione, sulla base delle informazioni ottenute nel censimento del 2005 e di concerto con le Regioni, di una rete di centri dermatologici di riferimento per la psoriasi. A tali centri è stata affidata la sorveglianza epidemiologica e di sicurezza dei trattamenti sistemici per la psoriasi. Inoltre, la prescrizione dei nuovi farmaci biologici viene ristretta a tali centri.

3. Avvio, nell'ambito della rete di centri sopra menzionati, del programma di valutazione degli esiti a lungo termine dei trattamenti. Le informazioni vengono raccolte attraverso una scheda computerizzata online. Il programma Psocare ha previsto una durata del follow-up per i pazienti inclusi di almeno tre anni.

A tutt'oggi, tale follow-up è stato completato solo per una piccola quota di pazienti inseriti nel programma. Inoltre, nuovi farmaci sono stati registrati per il trattamento della psoriasi successivamente all'avvio del progetto (infliximab, adalimumab) mentre

numerosi nuovi farmaci, biologici e “piccole molecole” sono in fase di sviluppo (Tabella 1). La fase III di tale sviluppo prevede per tutti questi nuovi farmaci il solo confronto con placebo. In questa situazione, sembra ragionevole proporre di mantenere nel tempo il sistema di sorveglianza Psocare pur con gli aggiustamenti del caso.

D'altra parte, la necessità di migliorare i programmi di sorveglianza attraverso il ricorso a sistemi di sorveglianza definiti come “pro-attivi”, analoghi al programma Psocare, in grado di anticipare il più possibile l'identificazione dei problemi di efficacia e sicurezza, è condivisa a livello europeo (Nijsten et al 2005). Tale approccio è esplicitamente ricordato nella Road Map per il 2010 dell'EMEA e costituisce la premessa concettuale di una iniziativa avviata recentemente dall'agenzia europea e definita dall'acronimo ENCePP: European Network of Centres of Pharmacovigilance & Pharmacoepidemiology. L'iniziativa prevede di individuare e mettere in rete centri di ricerca europei nell'area della farmacovigilanza e farmaco-epidemiologia. In svariati altri Stati europei sono attivi od in corso di attivazione sistemi di sorveglianza della sicurezza dei farmaci biologici nella psoriasi analoghi al programma Psocare (Tabella 2). Allo stato attuale, nessuno di tali programmi è confrontabile, in termini di sistematicità ed estensione della rete di sorveglianza al programma Psocare. Attraverso fondi della ricerca finalizzata dell'Agenzia Italiana del Farmaco (contratto FARM5SC2J5) è stata avviata un'iniziativa italiana che mette in collegamento i registri di varie nazioni europee sulla psoriasi e che prende il nome di rete Psonet (➔ www.psonet.eu). Tale rete partecipa come partner ufficiale alla iniziativa ENCePP più sopra richiamata.

■ La rete dei Centri Psocare 2005-2008

Uno degli obiettivi iniziali del programma Psocare è stato quello di uniformare per quanto possibile i criteri di gestione clinica della psoriasi nel nostro Paese, definendo i requisiti necessari per il riconoscimento dei centri di riferimento nell'ambito del

programma Psocare. I criteri proposti alle Regioni considerati come essenziali sono stati i seguenti:

1. presenza di un ambulatorio dedicato che assicuri continuità assistenziale con un medico responsabile;
2. presenza di un servizio di fototerapia con cabine e lampade UVB ed UVA;
3. disponibilità a condividere raccomandazioni per la gestione clinica della psoriasi e ad adottare modalità di studio con periodica trasmissione di dati al centro di coordinamento Psocare. Alla data del 30 settembre 2008, sono stati 154 i centri riconosciuti dalle regioni come centri di riferimento per la psoriasi. Nonostante le indicazioni fornite riguardo ai requisiti minimi, la dotazione di questi centri è variabile.

In particolare, 43 (27,9%) centri non sono dotati di fototerapia. Tale percentuale varia da 21,4% nel nord, a 31,8% nel centro, a 27% nel sud e a 41,2% nelle isole. Anche la presenza di competenze reumatologiche varia. I risultati del censimento relativi alla possibilità di gestione delle complicanze reumatologiche sono presentati nella **Figura 1**.

■ **Modalità dello studio di outcome**

In ultima analisi, il progetto Psocare si delinea come uno studio di coorte che prevede un follow-up attivo di tutti i soggetti inclusi nel programma per un periodo minimo di tre anni.

Sono eligibili tutti i pazienti consecutivi che ricevano, per la prima volta nel corso della propria malattia, la prescrizione di uno dei seguenti trattamenti sistemici per la psoriasi: fotochemioterapia (PUVA), ciclosporina, acitretina, metotrexate, efalizumab, etanercept, infliximab, più recentemente, adalimumab, e qualsiasi altro nuovo trattamento sistemico registrato per l'indicazione "psoriasi". I pazienti vengono seguiti periodicamente nel tempo, anche nel caso sospendano il trattamento sistemico prescritto, per tutta la durata dello studio. La rimborsabilità dei farmaci di nuova immissione sul mercato, efalizumab, etanercept, infliximab,

adalimumab, è vincolata alla loro prescrizione nel contesto del programma testè menzionato.

Le informazioni vengono raccolte dai medici partecipanti al progetto, utilizzando un database disponibile on-line (remote data capture), che prevede svariati controlli di qualità interni e protezioni per la confidenzialità dei dati. Il sito che ospita la scheda di raccolta dati fornisce vari aggiornamenti relativi al progetto, oltre a svariate news e risposte a quesiti ricorrenti (☞ www.psocare.it).

Le informazioni raccolte riguardano, in particolare, accanto a dati demografici e relativi alla storia clinica ed ai trattamenti, una registrazione sistematica di tutti gli eventi associati alle prescrizioni. Ai pazienti viene attribuito un codice univoco e fornita una tessera (**psocard**) che viene impiegata per le prescrizioni dei farmaci. Il **follow-up prevede controlli dopo 8, 16, 32 e 52, 78, 104, 208 settimane dall'avvio della terapia**. Nell'ambito del progetto, alle associazioni dei pazienti viene assegnato un utile ruolo di monitoraggio, attraverso la segnalazione di aspetti dell'assistenza che possono essere ottimizzati e migliorati.

■ **Pazienti inclusi: aspetti demografici ed abitudini di vita**

Nel periodo 1 agosto 2005 - 30 settembre 2008, sono stati inclusi nel programma Psocare 14.074 soggetti. Per 12.367 (87,9%) soggetti erano disponibili informazioni basali demografiche e relative al farmaco somministrato. A tali soggetti analizzabili viene fatto riferimento di seguito. L'andamento del reclutamento per i soggetti analizzabili è presentato nella **Figura 2**.

Il profilo demografico e relativo a caratteristiche personali dei soggetti reclutati è sensibilmente differente rispetto a quello della popolazione generale italiana. Vi è una netta predominanza del sesso maschile con 8238 (66,2%) soggetti maschi e 4129 (33,4%) femmine. L'età media è pari a 48,8 anni nei maschi e 49,7 nelle femmine. In confronto con la popolazione

generale italiana, vi è un eccesso di persone sovrappeso ed obese (body mass index, BMI, superiore a 29,9) tra i soggetti con psoriasi. Gli obesi rappresentano, infatti, il 23,7% del campione rispetto ad una proporzione attesa sulla base della distribuzione del BMI nella popolazione italiana pari al 7% (ISTAT 2005). Anche la proporzione di fumatori è superiore nei soggetti con psoriasi rispetto alla popolazione generale, con 39,4% fumatori rispetto ad una proporzione nella popolazione generale italiana pari al 22% (DOXA 2008). La proporzione di ex-fumatori è pari a 20% nei soggetti inseriti nel programma Psocare e 18,4% nella popolazione generale italiana. Ancora, la proporzione di forti bevitori (consumo giornaliero superiore a 3 bicchieri per bevande alcoliche) tra i soggetti con psoriasi è pari all'8% in confronto ad un 6% nella popolazione generale. Obesità e fumo sono importanti fattori di rischio per patologie cardiovascolari e tumori. Tali variabili giustificano, almeno in parte, il profilo di co-morbidità ripetutamente osservato nella psoriasi e debbono essere attentamente considerate nella gestione clinica della malattia psoriasica.

■ **Pazienti inclusi: storia di malattia**

Alcuni aspetti della storia di malattia nei soggetti inclusi nel programma Psocare sono riassunti nella **Tabella 3**.

La frequenza di artropatia psoriasica in tali soggetti, pari al 23%, è assai superiore al 3-5% osservato in survey della psoriasi condotti su campioni della popolazione generale. Tale dato sembra ragionevolmente riflettere una maggiore gravità della malattia nei soggetti inclusi nel programma. Tuttavia, a fronte di tale dato, la proporzione di pazienti che riferisce un precedente ricovero ospedaliero per psoriasi è di poco superiore al 30% mentre in oltre il 40% dei pazienti non viene riferito alcun trattamento sistemico precedente quello prescritto nell'ambito del programma Psocare. Infine, se consideriamo l'indice PASI come indicatore di gravità, si può constatare che meno del

30% dei soggetti presenta un valore dell'indice superiore alla soglia di 20 considerata, nell'ambito delle linee-guida EMEA, come indicatore di psoriasi grave.

■ **Pattern di prescrizione dei farmaci sistemici per la psoriasi e variazioni geografiche**

La **Figura 3** mostra la distribuzione delle prescrizioni dei farmaci sistemici al 30 settembre 2008. L'inclusione di pazienti nello studio nel tempo ed in funzione del farmaco prescritto, è riassunto nella **Figura 4**. Si conferma, in accordo con quanto già osservato nel primo e secondo rapporto Psocare, come i più consistenti incrementi nell'inclusione di pazienti si osservino per l'etanercept e la ciclosporina. L'indicazione del farmaco adalimumab (Humira) è stata estesa al trattamento della psoriasi cronica a placche con delibera AIFA pubblicata nella G.U. 16.4.2008, suppl. n.96. La successiva determinazione del 19 maggio 2008, pubblicata nella G.U. 18.6.2008 n. 141, inserisce il farmaco nel progetto Psocare. A tale data si fa riferimento per la prescrizione del farmaco nel contesto di questo rapporto.

La **Figura 5** mostra la distribuzione percentuale delle prescrizioni nelle differenti regioni italiane. Si può osservare una notevole variabilità nella proporzione di farmaci prescritti tra una regione e l'altra. Particolarmente ridotte rispetto all'atteso, sono le prescrizioni di metotrexate, uniformemente basse in tutte le regioni italiane, con la sola eccezione della regione Veneto, ove risulta il farmaco più prescritto, e quelle di PUVA terapia. Come indicato nella **Tabella 4**, si osservano alcune differenze per variabili come età, sesso, BMI e valore di PASI all'ingresso, tra i vari gruppi di trattamento.

In particolare, con metotrexate e acitretina vengono trattati pazienti mediamente più anziani (età media circa 55 anni) mentre con ciclosporina pazienti mediamente più giovani (età media 45 anni).

L'età media all'avvio del trattamento per

tutti gli altri farmaci si aggira attorno a 48 anni. Ancora, il rapporto maschi/femmine è massimo (rapporto 2,8) per l'acitretina e minimo per l'adalimumab (rapporto 1,0). Per quanto riguarda il BMI, la maggior percentuale di obesi ($BMI > 29$) si osserva tra i pazienti trattati con metotrexate e infliximab ove supera il 25% e la minor percentuale tra i pazienti trattati con ciclosporina ove è di poco superiore al 15%.

Infine, i valori più elevati di PASI si osservano tra i pazienti trattati con i farmaci "biologici", etanercept, infliximab, efalizumab. Le variabili sopra richiamate sono importanti confondenti quando si conducano confronti relativi ai tassi di incidenza di eventi di interesse tra gruppi differentemente trattati.

I motivi per la prescrizione dei singoli farmaci sistemici sono riassunti nella **Tabella 5**. In oltre il 13% dei pazienti, il dato relativo al motivo della prescrizione è mancante. La **Tabella 6** riassume la storia di precedenti trattamenti prima della prescrizione del farmaco di ingresso nel programma Psocare. Come atteso, una maggior proporzione di pazienti cui è stato prescritto un farmaco "biologico" ha una storia di precedenti trattamenti con altri farmaci, rispetto ai pazienti trattati con farmaci convenzionali. Vi è da notare, tuttavia, che una proporzione superiore al 10% dei pazienti trattati con farmaci "biologici" non presenta alcuna storia di precedenti trattamenti sistemici prima della prescrizione del farmaco che ha giustificato l'ingresso nel programma Psocare. Per tale gruppo di pazienti potrebbero essere condotti utili esercizi di "auditing". Le **Figure 6-9** mostrano la prescrizione di farmaci biologici (etanercept, infliximab, efalizumab, e adlimumab) per 100.000 persone/anno e per regione. Il consumo nelle varie regioni è espresso attraverso una scala di grigi che corrisponde ai quartili delle frequenze di prescrizione. Si conferma la notevole variabilità di prescrizione tra differenti regioni osservata in occasione del primo e del secondo rapporto Psocare.

■ Andamenti dei follow-up

Sul totale di 12.367 pazienti inizialmente inseriti e analizzabili sono stati registrati 38.094 aggiornamenti di follow-up di cui 33.615 (88,2%) utilizzabili per le analisi. I motivi di mancato utilizzo delle informazioni al follow up riguardavano la data del follow up mancante ($n=3507$) o precedente l'ingresso in studio del paziente ($n=929$). In sostanza, degli iniziali 12.367 pazienti, quelli analizzabili in quanto seguiti per un qualche periodo di tempo e con disponibilità di informazioni al follow up sono un totale di 9066 (73,3%). Il numero dei pazienti analizzabili per i quali sono disponibili informazioni a 12, 18 e 24 mesi, rispettivamente, è indicato nella **Tabella 7**.

■ Risposta ai trattamenti e fattori prognostici

La risposta clinica espressa come riduzione del 75% nel valore del PASI basale (PASI 75) al termine delle prime 8 e 16 settimane di trattamento nei pazienti in cui tale trattamento sia stato mantenuto nel tempo è riportata nella **Tabella 8**.

Pur con i limiti di un'analisi osservazionale, la risposta sembra minore nei pazienti trattati con acitretina e maggiore in quelli trattati con infliximab. Non si osservano variazioni di rilievo nella risposta considerando svariati fattori prognostici come età, sesso, o valore di PASI all'ingresso.

Al contrario, il BMI sembra influenzare la risposta. Nel corso del 2008 è stata pubblicata una prima analisi dei dati Psocare relativa all'effetto del BMI come fattore prognostico nel predire la risposta clinica (Naldi 2008). L'analisi ha dimostrato, per la prima volta in letteratura, come all'aumentare del BMI sopra i valori di normalità (soggetti sovrappeso ed obesi) diminuisca la risposta clinica precoce ai trattamenti sistemici per la psoriasi espressa come PASI 75. Tale diminuzione è indipendente dal farmaco impiegato e si mantiene almeno fino a 16 settimane. L'importanza clinica di questo risultato non può essere sottovalutata e giustifica interventi volti

a ridurre il peso nel paziente psoriasico. Inoltre, tale risultato dovrebbe essere considerato nel disegno di studi clinici controllati e randomizzati.

■ **Diagnosi precedenti l'avvio del trattamento ed eventi intervenuti durante il follow-up**

Nell'ambito dello studio Psocare, vengono raccolte, in maniera sistematica, informazioni su alcune diagnosi rilevanti che precedono l'avvio del trattamento. Inoltre, vengono raccolte informazioni su nuove diagnosi ed eventi rilevanti intervenuti nel corso del follow-up. Al basale, prima dell'avvio del trattamento, come indicato nella **Tabella 9**, sembra esistere una significativa differenza tra pazienti trattati con farmaci convenzionali e "biologici" per quanto riguarda una storia di precedente neoplasia, con una maggiore frequenza nei soggetti attribuiti ad un trattamento convenzionale rispetto al "biologico". Inoltre, i pazienti in trattamento con farmaci convenzionali tendono ad avere più frequentemente, anche se in maniera non significativa, una diagnosi pregressa di tubercolosi al basale.

Durante il follow-up sono state riportate 24 nuove diagnosi di neoplasia in 3690 soggetti trattati con farmaci convenzionali e 17 in 3865 soggetti trattati con farmaci biologici. In pratica, non si sono osservate differenze di rilievo tra i due gruppi. Per quanto riguarda i processi infettivi, durante il follow-up è stato registrato un totale di 85 eventi infettivi maggiori (polmoniti, artriti settiche ecc): 31 eventi in soggetti trattati con farmaci convenzionali e 54 in soggetti trattati con farmaci biologici.

Si tratta di una differenza statisticamente significativa (Chi quadrato corretto = 4,6, $p=0,001$) e di un rischio relativo pari a 1,6 (IC 95%, 1,0-2,5) per i soggetti trattati con farmaci "biologici" rispetto a quelli trattati con farmaci convenzionali. Limitando l'attenzione alle sole nuove diagnosi di tubercolosi, si sono osservate 24 (0,6%) nuove diagnosi tra i soggetti trattati con farmaci biologici e 16 (0,4%)

tra quelli trattati con farmaci convenzionali. Nell'ambito del programma Psocare, per un totale di 98 sospette reazioni avverse è stata compilata una scheda di segnalazione inviata al sistema di segnalazione spontanea nazionale e per conoscenza al centro di coordinamento Psocare. Gli eventi segnalati sono riportati nella **Tabella 10**.

■ **Attività di documentazione scientifica ed accesso ai dati**

Il programma Psocare si accompagna ad attività di formazione ed educazione attraverso il sito www.psocare.it, l'invio di una newsletter e l'aggiornamento periodico sui dati raccolti.

Sul sito, sono attive alcune sezioni con finalità educative e di supporto nell'attività clinica:

- **Eventi avversi:** è un archivio elettronico di facile consultazione che ha come oggetto l'insieme delle segnalazioni in letteratura di eventi avversi infrequenti o rari associati all'uso di farmaci "biologici" nel trattamento di varie condizioni cliniche compresa la psoriasi.

L'archivio è aggiornato in maniera costante e rappresenta uno strumento facilmente accessibile ed utilizzabile sia dai medici che dai pazienti.

- **Farmaci e gravidanza:** si tratta di una guida, di facile consultazione, basata su documenti di consenso, relativa all'impiego dei farmaci per la psoriasi in gravidanza. Per ogni tipo di farmaco sono riportati: il possibile effetto sulla gravidanza, i potenziali effetti mutageni e teratogeni, gli effetti sul feto e il neonato, sulla fertilità e l'eventuale passaggio del farmaco nel latte materno. Viene inoltre indicata la classe di rischio per la gravidanza secondo le indicazioni della FDA ed il livello delle prove indicato nelle raccomandazioni.

Per un costante monitoraggio delle prescrizioni, è stato predisposto un accesso riservato al sito Psocare per i funzionari regionali.

Bilancio generale dello studio e proposte per il futuro

È questo il terzo rapporto Psocare che conclude una prima fase del programma durata un triennio. Anche se la durata del follow-up è ancora troppo breve per la maggior parte dei pazienti (solo una piccola frazione ha infatti completato il follow-up di tre anni inizialmente previsto), i dati forniti sembrano essere di estremo interesse per il monitoraggio delle prescrizioni e la valutazione dei profili di efficacia e sicurezza dei farmaci impiegati.

Tre dati sembrano di particolare interesse: 1. la variabilità nei tassi di prescrizione osservati tra differenti Regioni che suggeriscono l'importanza di poter contare su linee-guida e raccomandazioni condivise;

2. la relazione tra sovrappeso/obesità e risposta ai farmaci, dimostrata, per la prima volta in letteratura, dal programma Psocare. Tale documentazione pone il dermatologo di fronte ad un ruolo nuovo di educazione sanitaria e di intervento per la riduzione del peso ed un migliore controllo metabolico nei propri pazienti;

3. la documentazione di una aumentata incidenza di infezioni gravi nei pazienti trattati con "biologici" rispetto ai pazienti trattati con farmaci convenzionali. Il trattamento con "biologici" aumenta di circa il 50% il rischio di infezione e questo impone un attento monitoraggio ed un alto indice di sospetto per un riconoscimento tempestivo ed un adeguato trattamento. Esiste un'evidente necessità di verificare i problemi di sicurezza su un più lungo periodo, rivolgendo particolare attenzione ai rischi di tumore, e di mantenere una sorveglianza attiva per molecole come l'adalimumab di nuova introduzione sul mercato.

L'occasione fornita alla dermatologia italiana dal programma Psocare non deve essere sottovalutata. Il progetto ha portato al riconoscimento di strutture di riferimento a livello regionale e permesso una raccolta sistematica di informazioni su una delle principali patologie croniche

che interessano il dermatologo. Il programma ha indicato un nuovo ruolo per il dermatologo che deve privilegiare la continuità assistenziale ed un approccio olistico al paziente con psoriasi. Inoltre, il programma Psocare ha costituito l'ossatura su cui è stata promossa ed articolata una collaborazione con il versante reumatologico che può portare a diagnosi precoci e una migliore gestione della componente articolare della psoriasi. L'andamento del programma Psocare è variabile tra centri e richiede, per la nuova fase che si apre attività di miglioramento. Per il futuro mantenimento del programma Psocare, vorremmo ribadire l'importanza, di concerto con le associazioni di pazienti, di considerare i seguenti aggettamenti organizzativi:

1. produrre una semplificazione della scheda di raccolta dati, concentrata su pochi dati essenziali ed irrinunciabili, prevedendo ulteriori moduli in funzione degli interessi dei singoli centri;
2. selezionare un numero limitato di centri "sentinella" in cui promuovere l'attività di ricerca, limitando il contributo degli altri centri alla tenuta di un registro.
3. promuovere una maggiore integrazione europea con la partecipazione attiva al programma Psonet. Tali proposte non possono che essere oggetto di discussione nell'ambito della rete Psocare.

Riferimenti bibliografici

- DOXA-Istituto Superiore di Sanità. *Il fumo in Italia*. 2008.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*. Anno 2005.
- Katz KA. 'Biologics': a clinically meaningless term. *Br J Dermatol*. 2006; 154:809-12.
- Nijsten T, Wakkee M. *Psocare: Italy Shows the Way in Postmarketing Studies*. *Dermatology*. 2008; 217:362-364.
- Naldi L, Addis A, Chimenti S, Giannetti A, Picardo M, Tomino C, Maccarone M, Chatenoud L, Bertuccio P, Caggese E, Cuscito R and Psocare study centres. *Impact of Body Mass Index and Obesity on Clinical Response to Systemic Treatment for Psoriasis. Evidence from the Psocare Project*. *Dermatology*. 2008; 217:365-373.
- Psocare: *valutazione degli esiti dei trattamenti per la psoriasi in Italia. Un programma di ricerca promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco in collaborazione con società scientifiche e associazioni dei pazienti*. *Bollettino di Informazione sui Farmaci* 2004; anno XI, n.5-6:189-193.

Tabella 1 – Alcuni farmaci in sviluppo per la psoriasi

Antagonisti TNF alfa	Certolizumab pegol (Cimzia)	Sottocute
	CNTO 148 (Golimumab)	Sottocute
	ART621	Sottocute
Inibitori IL-12/23	CNTO 1275 (Ustekinumab)	Infusione ev/ Sottocute
	ABT 874	Sottocute
Inibitore IL-15	AMG 714	Sottocute
Inibitore IL-17	AIN457	Infusione ev
Dimetilfumarato	BG 12 (Panaclar)	Orale
Inibitore calcineurina	ISA 247 (Voclosporin)	Orale
Inibitore della 4-idrossilasi dell'acido retinoico	R115866 (Rambazole)	Orale
Analogo sintetico vitamina D	Doxercalciferol (Hectorol)	Orale
Agonista del recettore di A3 adenosine	CF101	Orale
Analogo della talidomide, inibitore PDE4	CC 10004 (Apremilast)	Orale
Analogo di seconda generazione dell'inibitore della Purina nucleotide fosforilasi (PNPase)	R3421/BCX-4208	Orale
Inibitore della p38 kinase	BMS-582949	Orale
Inibitore della FMS-like tyrosine kinase 3 e TRKA	CEP-701 (Lestaurtinib)	Orale
Inibitore di JAK3	R348	Orale
Inibitore di JAK3	CP-690.550	Orale
Inibitore delle isoforme alfa, beta e teta della proteinchinasi C	AEB071	Orale
Chaperonin 10 ricombinante	Chaperonin 10 (Xtoll/Cpn10)	Infusione ev

Tabella 2 – Registri attivati a livello europeo e partecipanti al programma Psonet

PAESE	REGISTRO	FARMACI SORVEGLIATI	INDICAZIONE
<i>Israele</i>	Clalit Health service	Tutti i farmaci sistemici	Psoriasi
<i>Italia</i>		Tutti i farmaci sistemici	Psoriasi
<i>Svezia</i>		Tutti i farmaci sistemici	Psoriasi
<i>Regno Unito</i>	BID-BAD	Tutti i farmaci sistemici	Psoriasi
<i>Spagna</i>	Biobadader	Anti - TNF Alfa	Psoriasi
<i>Germania</i>		Tutti i farmaci sistemici	Psoriasi
<i>Olanda</i>	PRESTON	Tutti i farmaci sistemici	Psoriasi
<i>Francia</i>	Rapsobio	Tutti i farmaci sistemici	Psoriasi e Artrite reumatoide

Tabella 3 – *Aspetti della storia clinica di psoriasi nei soggetti inclusi nel programma Psocare (dati al 30 settembre 2008)*

QUADRI CLINICI E COMPLICANZE	N. (%)
Storia di psoriasi guttata	541 (4,4)
Storia di artropatia psoriasica	2851 (23,3)
Storia di eritrodermia psoriasica	3995 (32,6)
Storia di lesioni pustolose localizzate	238 (1,9)
Storia di lesioni pustolose diffuse	43 (0,3)
PASI ALL'INGRESSO	
<10	1808 (19,4)
10-20	4874 (52,2)
>20	2651 (28,4)
STORIA DI RICOVERI OSPEDALIERI DELLA DURATA SUPERIORE AD UN GIORNO	3995 (32,6)
PRECEDENTI TRATTAMENTI CON FARMACI SISTEMICI PER LA PSORIASI	
Nessun precedente trattamento	4911 (40,1)
Un precedente farmaco	3424 (27,9)
Due precedenti farmaci	2699 (22)
Tre o più precedenti farmaci	1224 (10)

Tabella 4 – Distribuzione di variabili di interesse al basale nei vari gruppi di trattamento
(dati al 30 settembre 2008)

FARMACO	ETÀ MEDIA ALL'AVVIO DEL TRATTAMENTO (DEV.STANDARD)	RAPPORTO MASCHI/ FEMMINE	BMI>29 N.(%)	PASI>20(%) N.(%)
Acitretina (n=1582)	55 (15,3)	2,8	373 (23,5)	305 (19,8)
Ciclosporina (n=2960)	45 (14)	1,6	522 (17,6)	549 (18,5)
Metotraxate (n=1225)	54,5 (14)	1,6	373 (27,2)	157 (12,8)
PUVA terapia (n=465)	48,7 (15)	2,0	85 (18,2)	94 (20,2)
Etanercept (n=3105)	48,9 (13)	2,0	739 (23,8)	787 (25,3)
Infliximab (n=972)	48,3 (12,6)	1,9	254 (26,1)	294 (30,3)
Efalizumab (n=1556)	47,5 (14)	2,4	348 (22,3)	378 (24,3)
Adalimumab* (n=98)	48,6	1,0	16 (16,3)	15 (15,3)
Altro (n=404)	49,7 (14)	1,7	91 (22,5)	72 (17,8)

* dati riportati a partire dal maggio 2008

Tabella 5- Motivo principale della prescrizione per farmaco (dati al 30 settembre 2008)

	ACITRETINA	CLOSPORINA	METOTREXATE	PUVA	ETANERCEPT	EFALIZUMAB	INFLIXIMAB	ADALIMUMAB*
<i>Estensione lesioni</i> N=1664 (13,5%)	865 (54,6)	1795 (60,6)	486 (39,6)	272 (58,4)	670 (21,6)	460 (29,6)	262 (26,9)	23 (23,4)
<i>Localizzazioni in aree critiche</i> N=824 (6,7%)	294 (18,6)	226 (7,6)	52 (4,2)	20 (4,3)	109 (3,5)	87 (5,5)	25 (2,5)	1 (1)
<i>Presenza di lesioni pustolose</i> N=91 (0,7%)	54 (3,4)	20 (0,6)	6 (0,4)	2 (0,4)	6 (0,1)	0	3 (0,3)	0
<i>Artropatia</i> N=1481 (12%)	7 (0,4)	48 (1,6)	356 (29)	1 (0,2)	635 (20,4)	15 (0,9)	177 (18,2)	55 (56,1)
<i>Assenza di risposta ad altri trattamenti</i> N=1710 (13,8%)	80 (5)	116 (3,9)	103 (8,4)	20 (4,3)	653 (21)	469 (30,1)	217 (22,3)	10 (10,2)
<i>Intolleranza ad altri trattamenti</i> N=617 (5,0%)	47 (2,9)	72 (2,4)	35 (2,8)	22 (4,7)	215 (6,9)	160 (10,2)	49 (5)	4 (4)
<i>Altro</i> N=528 (4,3%)	72 (4,5)	118 (3,9)	51 (4,1)	51 (10,9)	100 (3,2)	81 (5,2)	19 (1,9)	2 (2)
<i>Sperimentazione clinica</i> N=567 (4,6%)	0	3 (0,1)	2 (0,1)	1 (0,2)	315 (10,1)	117 (7,5)	119 (12,2)	1 (1)
<i>Dato mancante</i> N=1664 (13,5%)	163 (10,3)	562 (18,9)	134 (10,9)	76 (16,3)	402 (12,9)	167 (10,7)	101 (10,3)	2 (2)
TOTALE	1582	2960	1225	465	3105	1556	972	98

* dati riportati a partire dal maggio 2008

Tabella 6 – Numero di differenti trattamenti sistemici per la psoriasi assunti in un qualsiasi momento della vita dai pazienti prima della prescrizione del farmaco di ingresso nel programma Psocare (dati al 30 settembre 2008)

	NON NOTO	NESSUN FARMACO	UN FARMACO	DUE FARMACI DIFFERENTI	TRE O PIÙ FARMACI DIFFERENTI
Acitretina (n=1582)	5 (0,3%)	1007 (63,6%)	400 (25,3%)	124 (7,8%)	46 (2,9%)
Ciclosporina (n=2960)	37 (1,2%)	2070 (69,9%)	586 (19,8%)	204 (6,9%)	63 (2,1%)
Metotrexate (n=1225)	10 (0,8%)	630 (51,4%)	333 (27,2%)	181 (14,8%)	71 (5,8%)
PUVA terapia (n=465)	2 (0,4%)	265 (57%)	136 (29,2%)	50 (10,7%)	12 (2,5%)
Etanercept (n=3105)	39 (1,2%)	486 (15,6%)	969 (31,2%)	1076 (36,5%)	535 (17,2%)
Infliximab (n=972)	4 (0,4%)	126 (12,7%)	281 (28,9%)	365 (37,5%)	196 (20,2%)
Efalizumab (n=1556)	9 (0,5%)	177 (11,3%)	534 (34,3%)	588 (37,8%)	248 (15,9%)
Adalimumab* (n=98)	2 (2%)	29 (29,5%)	36 (36,7%)	23 (23,5%)	8 (8,1%)
Altro (n=404)	1 (0,2%)	121 (29,9%)	149 (36,8%)	88 (21,8%)	45 (11,3%)

* dati riportati a partire dal maggio 2008

15

Tabella 7 – Disponibilità di dati e mantenimento del follow-up per i pazienti inseriti nel programma Psocare (dati al 30 settembre 2008)

	PAZIENTI ATTESI (%)	PAZIENTI PERSI (%)	PAZIENTI NELLO STUDIO (%)
Pazienti registrati	-	-	14074
Dati analizzabili all'ingresso	-	1707 (12%)	12367 (88%)
Dati analizzabili per almeno una scadenza di follow-up	-	3301 (23,4%)	9066 (64,4%)
Pazienti in follow-up			9066
Follow-up di durata uguale o superiore a 12 mesi	7334 (80,9%)	2627 (35,8%)*	4707 (64,2%)*
Follow-up di durata uguale o superiore a 18 mesi	5063 (55,8%)	1953 (38,6%)*	3110 (61,4%)*
Follow-up di durata uguale o superiore a 24 mesi	4138 (45,6%)	1212 (29,3%)*	2926 (70,7%)*

* Calcolato sul valore atteso

Tabella 8 – Raggiungimento di PASI 75 a 8 e 16 settimane in differenti gruppi di trattamento ed in base ai svariati fattori demografici e relativi alla storia medica (dati al marzo 2007)

	8 ^a Settimana (N=2368)		16 ^a Settimana (N=2042)	
	TOTALE	PASI-75+ N. (%)	TOTALE	PASI-75+ N. (%)
Trattamento all'ingresso[^]				
Acitretina	281	56 (19.9)	219	83 (37.9)
Ciclosporina	414	174 (42.0)	334	177 (52.7)
Efalizumab	295	91 (31.2)	295	142 (48.1)
Etanercept	810	282 (34.8)	742	385 (51.9)
Infliximab	256	117 (45.7)	223	141 (63.2)
Metotrexate	181	47 (26.0)	134	60 (44.8)
PUVA	95	38 (40.0)	53	28 (52.8)
Altro	31	11 (35.5)	31	16 (51.6)
Sesso				
Maschi	1576	555 (35,2)	1372	686 (50,0)
Femmine	792	264 (33,3)	670	348 (52,0)
Età				
≤20	27	7 (25,9)	21	11 (52,4)
21-40	645	242 (37,5)	554	285 (51,4)
41-60	1117	392 (35,1)	1008	517 (51,3)
>60	556	173 (31,1)	449	215 (47,9)
Fumo				
Non fumatore	780	256 (32,8)	743	391 (52,6)
Ex fumatore	542	198 (36,5)	460	245 (53,3)
Fumatore (sigarette/di):				
<10	374	116 (31,0)	319	150 (47,0)
10-20	490	177 (36,1)	379	182 (48,0)
>20	107	38 (35,5)	93	44 (47,3)
Consumo di alcool (bicchieri/di)				
Astemio/occasionale	1325	428 (32,3)	1180	591 (50,1)
1	397	163 (41,1)	349	193 (55,3)
2	322	115 (35,7)	270	132 (48,9)
≥3	225	73 (32,4)	175	82 (46,9)
Età alla diagnosi				
≤40	1727	608 (35,2)	1494	759 (50,8)
>40	612	197 (32,2)	520	263 (50,6)

Tabella 8 – Raggiungimento di PASI 75 a 8 e 16 settimane in differenti gruppi di trattamento ed in base ai svariati fattori demografici e relativi alla storia medica (dati al marzo 2007)

	8 ^a Settimana (N=2368)		16 ^a Settimana (N=2042)	
	TOTALE	PASI-75+ N. (%)	TOTALE	PASI-75+ N. (%)
PASI all'ingresso				
<10	587	242 (41,2)	482	251 (52,1)
10-20	964	320 (33,2)	831	402 (48,4)
>20	816	257 (31,5)	728	381 (52,3)
Body Mass Index (BMI)*				
<20	156	65 (41,7)	132	78 (59)
20-24	1012	281 (35,5)	676	363 (53,7)
25-29	765	267 (34,9)	659	338 (51,3)
>30	570	166 (29,1)	514	218 (42,4)

^ Non viene considerato adalimumab per la limitata durata del follow-up disponibile

* Chi² trend per la distribuzione di PASI 75 in base ai valori di BMI, 10,4 p=0,001 e 18,7 p=0,000

Tabella 9 – Diagnosi di neoplasie e tubercolosi al basale secondo la categoria di trattamento prescritto (dati al 30 settembre 2008)^

DIAGNOSI	FARMACI CONVENZIONALI	FARMACI BIOLOGICI	CHI QUADRATO CORRETTO (valore P)
NEOPLASIA	115/3698 (3,1%)	32/3872 (0,8%)	6,09 (p=0,01)
TBC	32/3651 (0,9%)	22/3803	1,8 (p=0,18)

^ sono esclusi i trattamenti combinati

Tabella 10 – Eventi avversi riconosciuti e segnalati al sistema di farmacovigilanza nazionale nell'ambito del programma Psocare (dati al 30 settembre 2008)

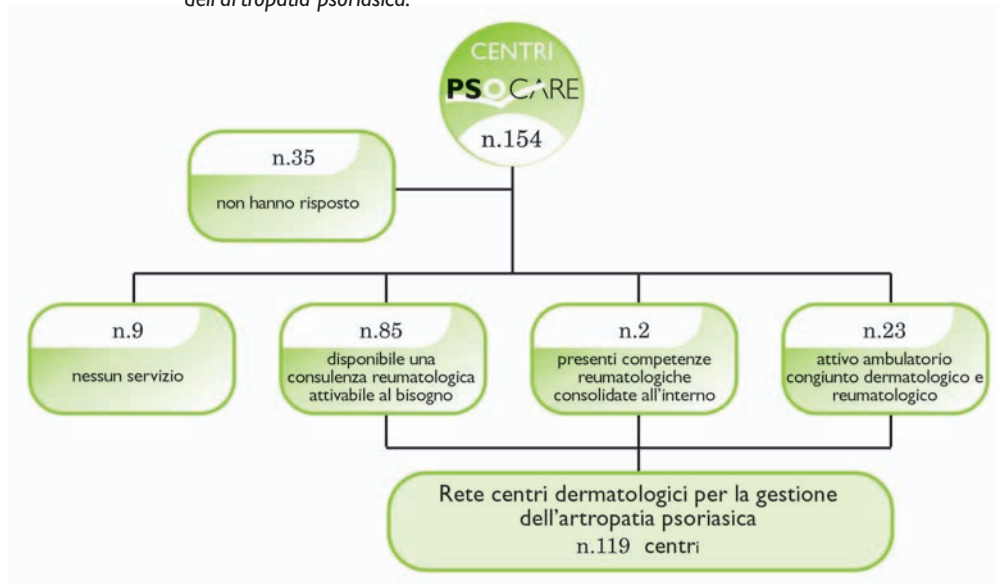
No.	Centro	Compilazione	Farmaco	Tipo di reazione
1	PsoCc-073	19-dic-05	Etanercept	Eritemato pomfoidi sul sito di inoculazione
2	PsoCc-028	16-gen-06	Acitretina	Embolia polmonare
3	PsoCc-014	10-mar-06	Etanercept	Comparsa di eritema ed eczematizzazione arti inferiori
4	PsoCc-045	10-mar-06	Plaquenil	AGEP
5	PsoCc-045	16-mar-06	Efalizumab	Riacutizzazione psoriasi
6	PsoCc-028	17-mar-06	Etanercept	Impotenzia coeundi
7	PsoCc-066	10-mag-06	Efalizumab	Cefalea - Nausea
8	PsoCc-011	08-giu-06	Efalizumab	Ascesso perianale
9	PsoCc-020	03-lug-06	Efalizumab	Idrarto ginocchio dx
10	PsoCc-028	12-lug-06	Etanercept	Accentuazione reazione ad inalazione di acido muriatico
11	PsoCc-066	12-lug-06	Acitretina	Epigastralgia
12	PsoCc-028	12-set-06	Efalizumab	Importante vasodilatazione con iperipressia
13	PsoCc-028	04-ott-06	Infliximab	Aneurisma aorta addominale sottorenale; trombosi parietale; occlusione IVA ostiale e coronaria dx tratto medio
14	PsoCc-115	12-ott-06	Infliximab	Comparsa di iperipressia. Inviato al ricovero in ambiente internistico, viene posta diagnosi di Polmonite destra da Legionella.
15	PsoCc-028	30-ott-06	Efalizumab	Nausea e vertigini post-terapia persistente per 3 gg. circa
16	PsoCc-028	24-gen-07	Etanercept	Emparesi per emorragia rolandica destra
17	PsoCc-028	24-gen-07	Efalizumab	Emianopsia in soggetto con ischemia cerebrale
18	PsoCc-028	22-feb-07	Infliximab	Linfoadenopatia laterocervicale dx e sx
19	PsoCc-028	13-apr-07	Acitretina	Impotenzia coeundi
20	PsoCc-71	16-apr-07	Infliximab	Prurito generalizzato con edema regione orbitaria destra
21	PsoCc-028	15-mag-07	Efalizumab	Psoriasi in fase suberitrodermica + eczema costituzionale + fotosensibilizzazione verificatasi nel corso di terapia con biologici e contemporanea assunzione di Levofloxocina dopo importante esposizione a raggi UV.
22	PsoCC-128	22-mag-07	Etanercept	Gammopatia monoclonale di incerto significato
23	PsoCC-128	05-giu-07	Etanercept	Ascesso tonsillare

24	PsoCc-028	30-apr-07	Etanercept	ricovero dopo 3 gg di febbre, astenia e pneumopatia. Sospetta interstiziopatia polmonare vs. polmonite non meglio definita
25	PsoCc-015	20-giu-07	Etanercept	Mononucleosi infettiva
26	PsoCc-015	21-mag-07	Metotrexato	Epatopatia acuta
27	PsoCc-028	05-lug-07	Efalizumab Metotrexato	Dopo la terza iniezione riferisce dispnea e mialgia diffuse, cefalea insorgente
28	PsoCc-015	11-lug-07	Infliximab	Insufficienza respiratoria secondaria a polmonite sn da legionella pn
29	PsoCc-029	03-set-07	Efalizumab	Sindrome di Sweet con localizzazione avambraccio dx e regione dorsale
30	PsoCc-128	17-nov-07	Efalizumab	Piastrinopenia
31	PsoCc-015	21-nov-07	Efalizumab	Lesioni orticarioidi agli arti superiori comparsi 2 gg dopo la somministrazione del farmaco
32	PsoCc-066	21-dic-07	Metotrexato	Incremento delle transaminasi, leucopenia
33	PsoCc-015	09-gen-08	Metotrexato	Ipertensione dopo somministrazione del farmaco
34	PsoCc-028	10-gen-08	Efalizumab	Orticaria non meglio definita + angioedema
35	PsoCc-055	16-gen-08	Infliximab	Sviluppo di una eruzione pustolosa palmare
36	PsoCc-015	28-gen-08	Metotrexato	Bronchite acuta
52	PsoCc-006	26-set-07	Efalizumab	Artrite psoriasica acuta
53	PsoCc006	26-set-07	Efalizumab	Artrite psoriasica acuta
54	PsoCc-015	24-ott-07	Etanercept	Focolaio flogistico e campo polmonare mesio dx
55	PsoCc-015	29-ott-07	Efalizumab	Artralgie diffuse, resistenti alle TP con fans, febbricola, peggioramento quadro cutaneo (PASI=14,5)
56	PsoCc-015	07-nov-07	Metotrexate Infliximab	IMA anteriore subacuto complicato da trombosi endoventricolare sx
57	PsoCc-066	07-nov-07	Ciclosporina	Crisi ipertensiva 170/110 MM HG con disorientamento
58	PsoCc-015	16-nov-07	Infliximab	Reazione infusionale con flushing del volto e malessere
59	PsoCc-066	28-nov-07	Acitretina	Crisi ipertensiva 170/110 MM HG con disorientamento, dolori diffusi, cefalea, astenia e fotofobia
60	PsoCc-015	06-dic-07	Infliximab	Reazione infusionale ad infliximab con dispnea e sudorazione
37	PsoCc-015	09-gen-08	Metotrexato	Epatopatia acuta
38	PsoCc-015	15-gen-08	Acitretina	Erisipela del volto
39	PsoCc-015	24-gen-08	Infliximab	orticaria acuta durante infusione

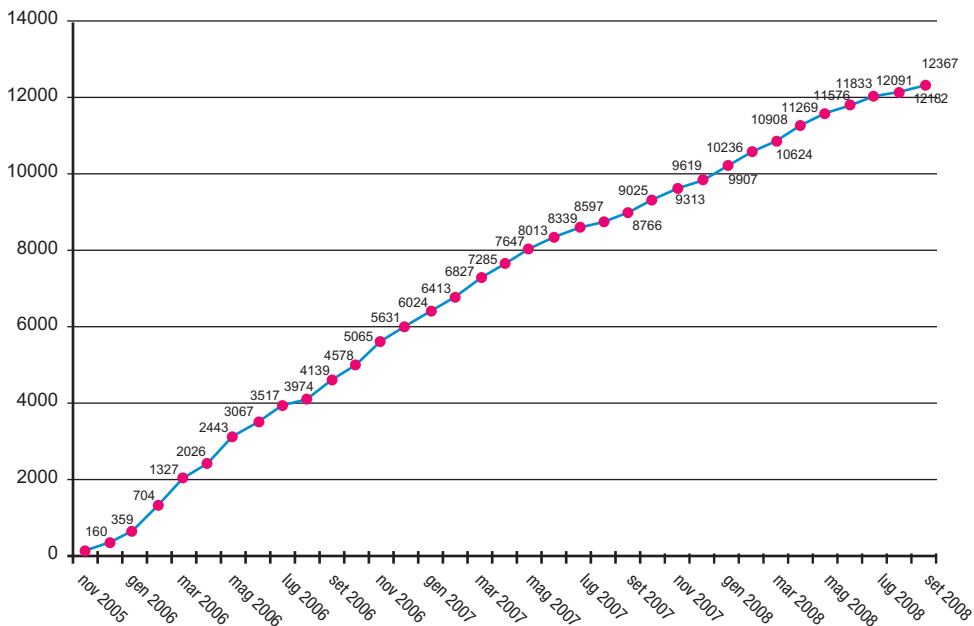
40	PsoCc-015	25-gen-08	Adalimumab	Epitelioma basocellulare del fianco destro e avambraccio destro
41	PsoCc-015	30-gen-09	Etanercept	Appendicite acuta
42	PsoCc-015	30-gen-09	Infliximab	Tachicardia, innalzamento pressorio, eritema del volto (reazione durante l'infusione)
43	PsoCc-097	31-gen-08	Metotrexato	Epigastralgia e nausea severa
44	PsoCc-015	05-feb-08	Infliximab	Reazione infusionale con flushing del volto, sudorazione profusa, sensazione di svenimento
45	PsoCc-015	19-feb-08	Infliximab	Reazione infusionale ad Infliximab con flushing, lieve ipotensione e dispnea
46	PsoCc-015	22-feb-08	Etanercept	Febbre elevata associata a tosse produttiva per 10 giorni
47	PsoCc-015	22-feb-08	Acitretina	Ulcere del cavo orale e con microemorragie
48	PsoCc-015	22-feb-08	Acitretina	Ipertrigliceridemia: 329 mg/dl
49	PsoCc-015	04-mar-08	Ciclosporina	Ipercreatinemia, ipertensione
50	PsoCc-015	12-mar-08	Etanercept Metotrexato	Epatite da farmaci; gammopatia monoclonale gamma globulina 32%; proteinuria bence-jones: presenza catene leggere K e Lambda
51	PsoCc-015	20-mar-08	Etanercept	Comparsa di lesione crostosa essudativa scapola sinistra. Asportata chirurgicamente. Esame istologico: linfoma anaplastico a grandi cellule CD 30+alk negativo
61	PsoCc-015	06/02/2008	Acitretina	Infarto miocardico acuto
62	PsoCc-015	31/03/2008	Metotrexato	Bronchite acuta
63	PsoCc-066	02/04/2008	Acitretina	Ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia
64	PsoCc-051	08/04/2008	Ciclosporina	Incremento valori di creatinemia
65	PsoCc-128	10/04/2008	Infliximab	Incremento transaminasi
66	PsoCc-015	11/04/2008	Infliximab	Tremori diffusi e rialzo pressorio (TA 140/90)+ flushing al volto
67	PsoCc-128	17/04/2008	Efalizumab	Artrite psoriasica
68	PsoCc-128	17/04/2008	Efalizumab	Aggravamento clinico psoriasi
69	PsoCc-015	28/04/2008	Infliximab	Reazione infusionale ad infliximab con flushing del volto, cefalea e malessere
70	PsoCc-028	01/05/2008	Ciclosporina	Rialzo pressorio, nausea, vomito, rachialgia
71	PsoCc-028	01/05/2008	Ciclosporina	Ipertrofia gengivale , pirosi gastrica, astenia, eruzione rasaceiforme del volto
72	PsoCc-066	07/05/2008	Metotrexato	Nausea ed astenia intense dopo l'iniezione intramuscolare

73	PsoCc-015	12/05/2008	Adalimumab	Herpes simplex intergluteo
74	PsoCc-119	21/05/2008	Infliximab	Carcinoma duttale in situ della mammella
75	PsoCc-015	22/05/2008	Efalizumab	Erisipela della gamba sinistra su paziente con psoriasi severa in terapia con efalizumab
76	PsoCc-119	04/06/2008	Infliximab	Laringospasmo, broncospasmo, tachicardia
77	PsoCc-015	06/06/2008	Infliximab	Reazione infusionale con infliximab: flushing, ipertensione arteriosa, sudorazione
78	PsoCc-015	06/06/2008	Infliximab	Reazione infusionale ad infliximab: flushing, ipertensione, sudorazione
79	PsoCc-115	08/06/2008	Metotrexato	Paziente in trattamento con metotrexate per artrite psoriasica e psoriasi. Comparsa di iperipressia e dolori ingravescenti in sede perianale: accesso perianale a ferro di cavallo da fistola perianale posteriore
80	PsoCc-015	09/06/2008	Efalizumab	Erisipela arto inferiore destro
81	PsoCc-015	09/06/2008	Etanercept	Epitelioma basocellulare nodulare del dorso
82	PsoCc-015	11/06/2008	Efalizumab	Dermatite granulomatosa interstiziale
83	PsoCc-066	04/07/2008	Acitretina	Aumento delle transaminasi GOT=57 GPT=120
84	PsoCc-015	23/06/2008	Infliximab	Reazione infusionale ad infliximab (Remicade) con flushing del volto, sudorazione, nausea
85	PsoCc-066	11/07/2008	Metotrexato	Piastrinopenia
86	PsoCc-028	17/07/2008	Infliximab Metotrexato	Iperipressia, tosse, mialgia diffusa
87	PsoCc-015	06/08/2008	Efalizumab	Oriticaria acuta
88	PsoCc-015	11/08/2008	Adalimumab	Polmonite (dx)
89	PsoCc-022	13/08/2008	Etanercept	Chiazze eritematose pustolose pruriginose
90	PsoCc-028	22/08/2008	Etanercept	Ildrosadenite ascellare bilaterale e areola mammaria
91	PsoCc-022	23/08/2008	Infliximab	Shock anafilattico
92	PsoCc-034	26/08/2008	Etanercept	Suicidio
93	PsoCc-15	05/09/2008	Infliximab	Lichen planus
94	PsoCc-66	10/09/2008	Etanercept	Herpes zoster fianco sinistro
95	PsoCc-15	15/09/2008	Etanercept	Gastroenterite acuta
96	PsoCc-15	11/09/2008	Etanercept	Reazione orticaroide
97	PsoCc-85	01/10/2008	Acitretina	Comparsa di lombalgie e coliche addominali risolte alla sospensione del farmaco
98	PsoCc-15	15/10/2008	Ciclosporina	Iperplasia gengivale in corso di terapia con ciclosporina

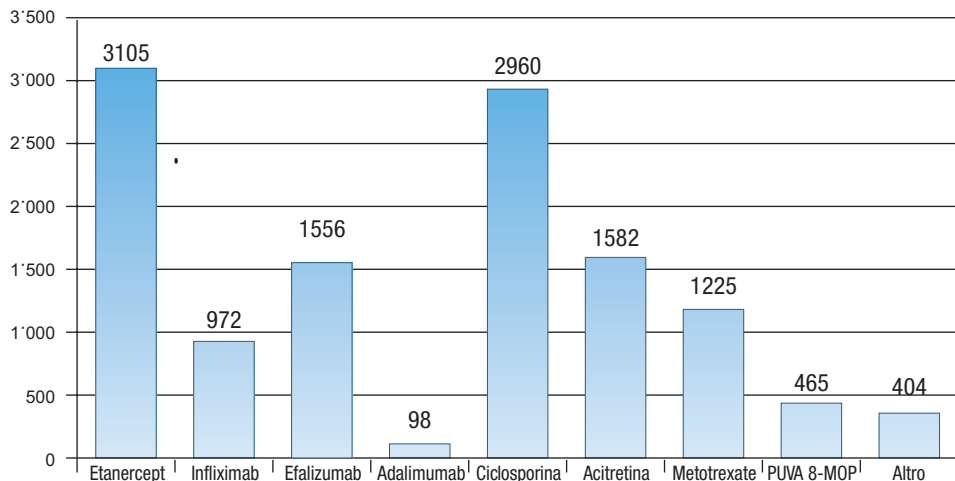
■ **Figura 1** - Risultati del censimento relativo alla dotazione dei centri Psocare per la gestione dell'artropatia psoriasica.



■ **Figura 2** - Andamento nel tempo del reclutamento dei 12367 pazienti analizzabili nell'ambito dello studio Psocare

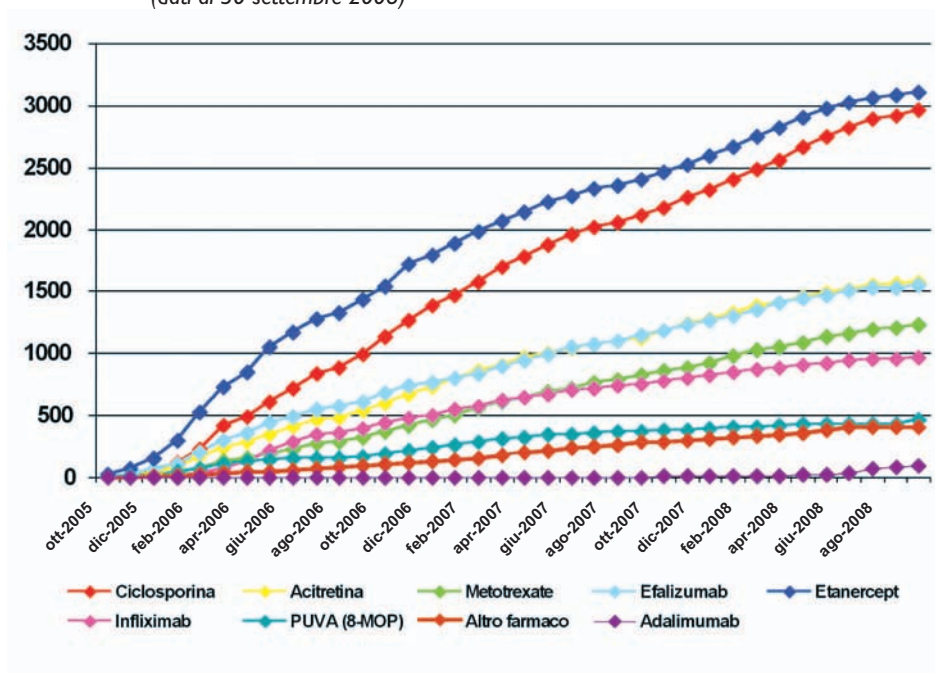


■ **Figura 3** - Distribuzione dei 12367 pazienti analizzabili al basale per farmaco prescritto all'ingresso (dati al 30 settembre 2008)*



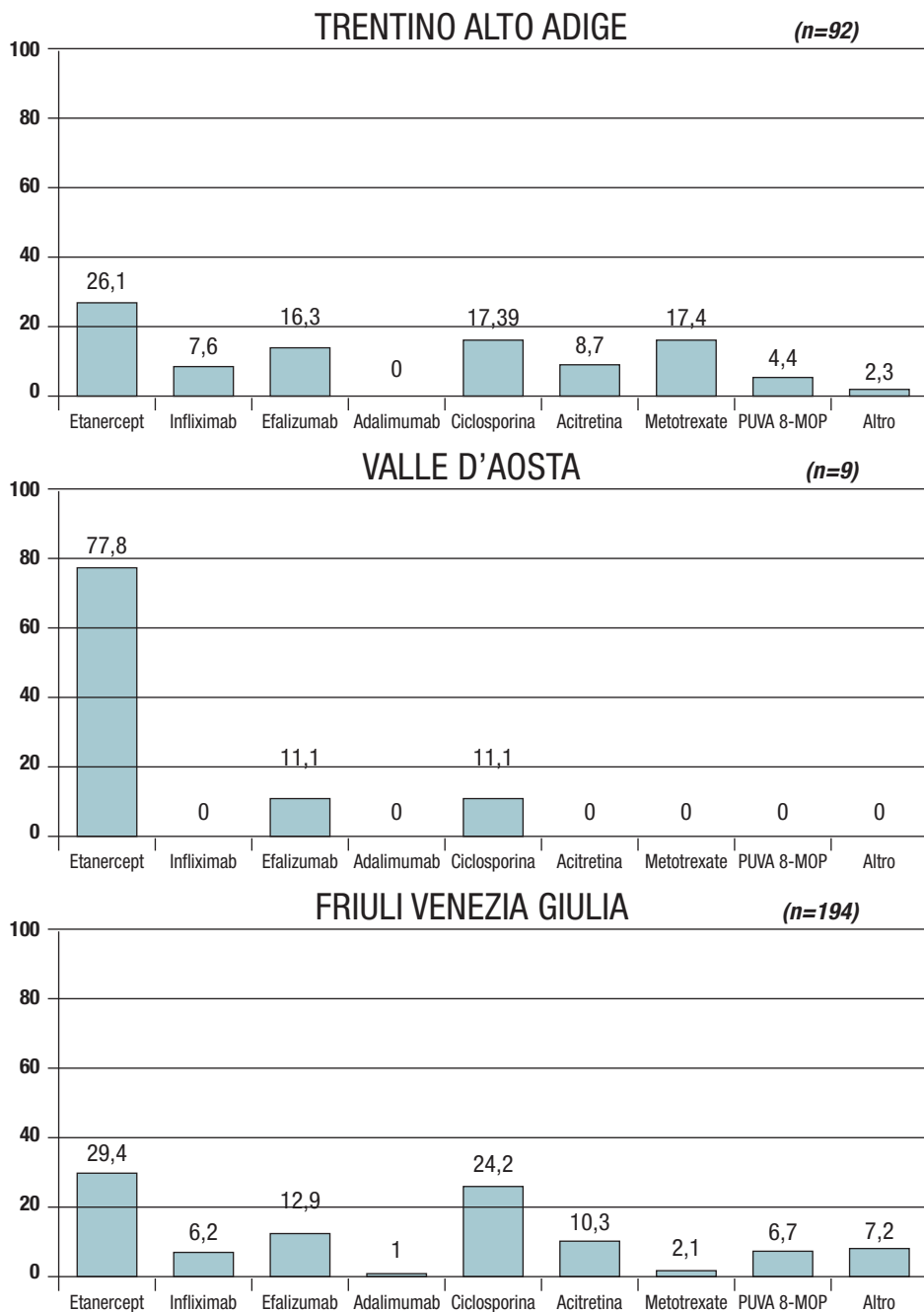
* = Dati per adalimumab riportati a partire dal maggio 2008.

■ **Figura 4** - Reclutamento di 12367 pazienti analizzabili al basale in funzione del farmaco prescritto (dati al 30 settembre 2008)*



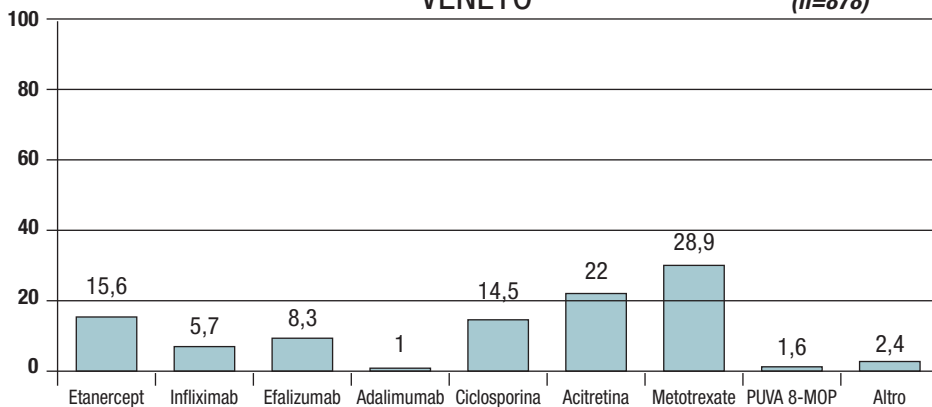
* = Dati per adalimumab riportati a partire dal maggio 2008.

■ **Figura 5** - Distribuzione percentuale delle prescrizioni di farmaci sistemici per regione italiana, (Dati al 30 settembre 2008). I dati per adalimumab sono registrati a partire dal 2008.



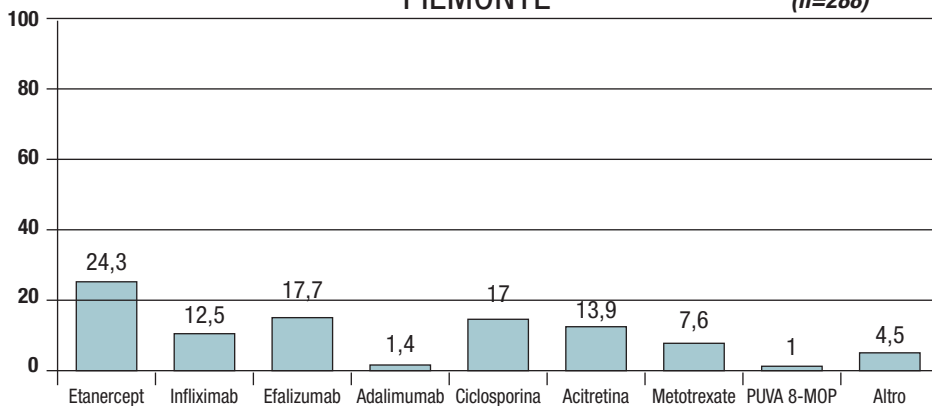
VENETO

(n=878)



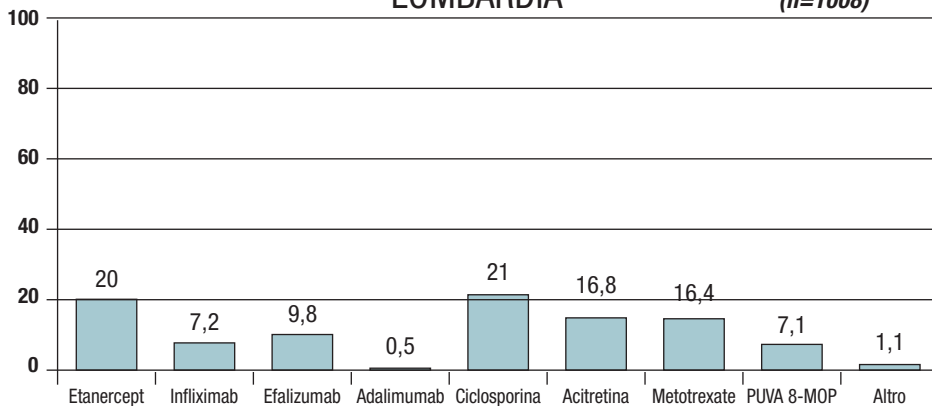
PIEMONTE

(n=288)



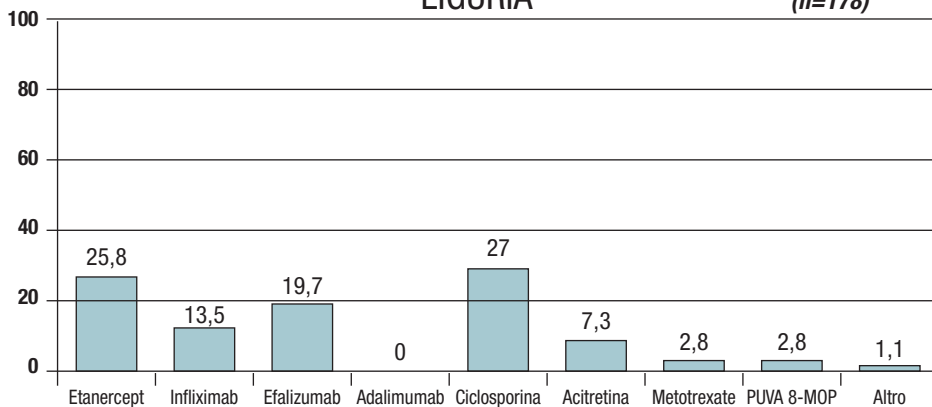
LOMBARDIA

(n=1008)



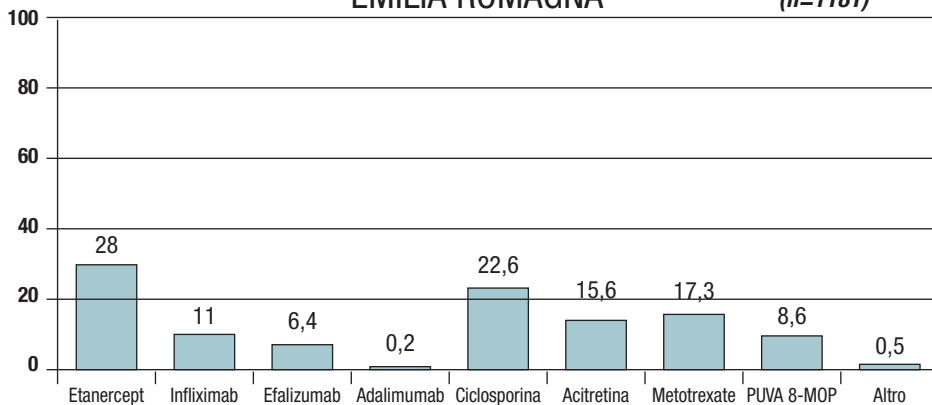
LIGURIA

(n=178)



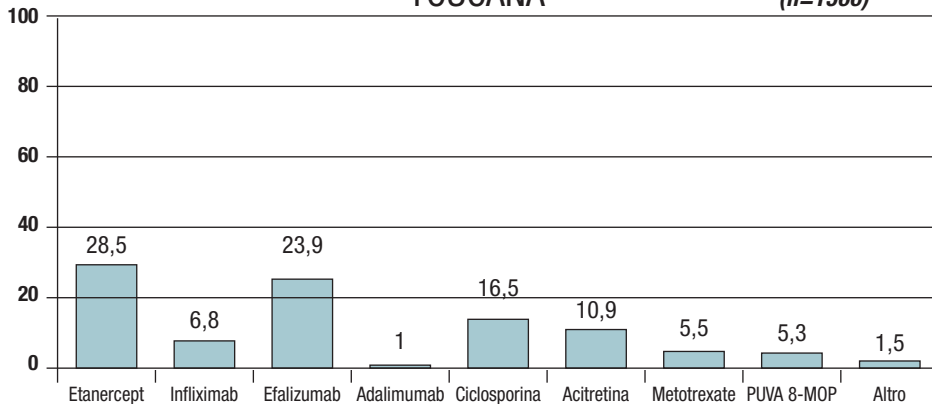
EMILIA ROMAGNA

(n=1181)



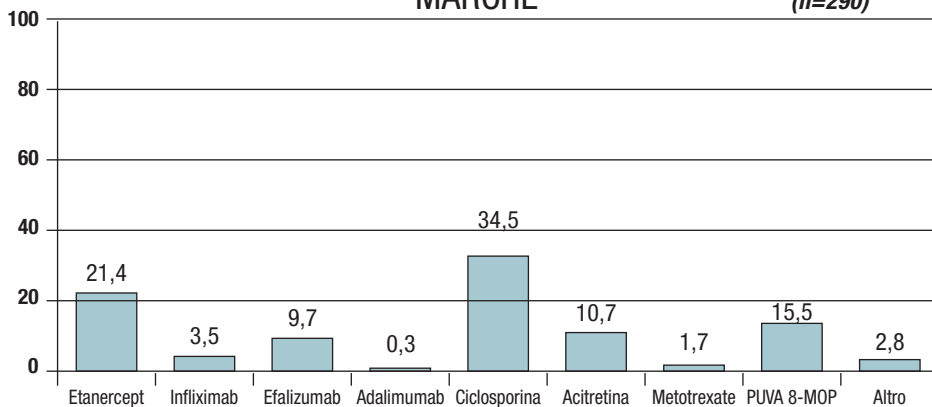
TOSCANA

(n=1566)



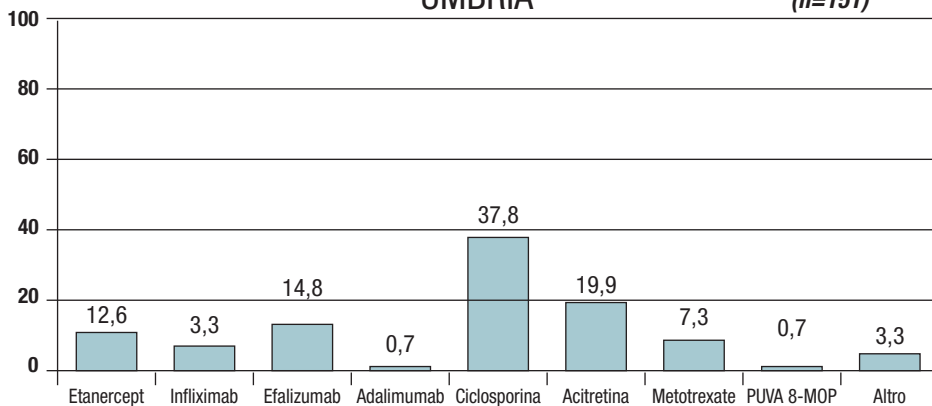
MARCHE

(n=290)



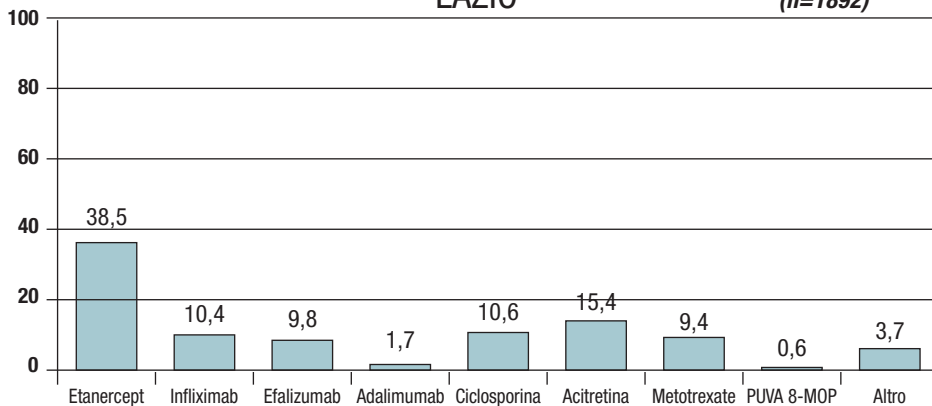
UMBRIA

(n=151)



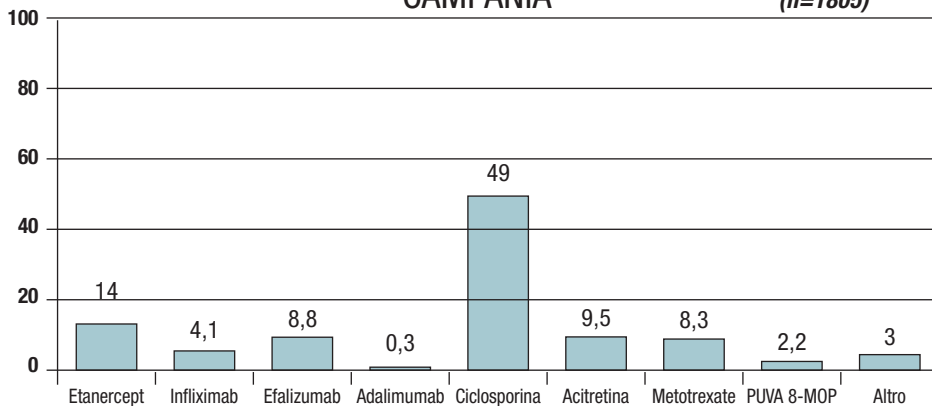
LAZIO

(n=1892)



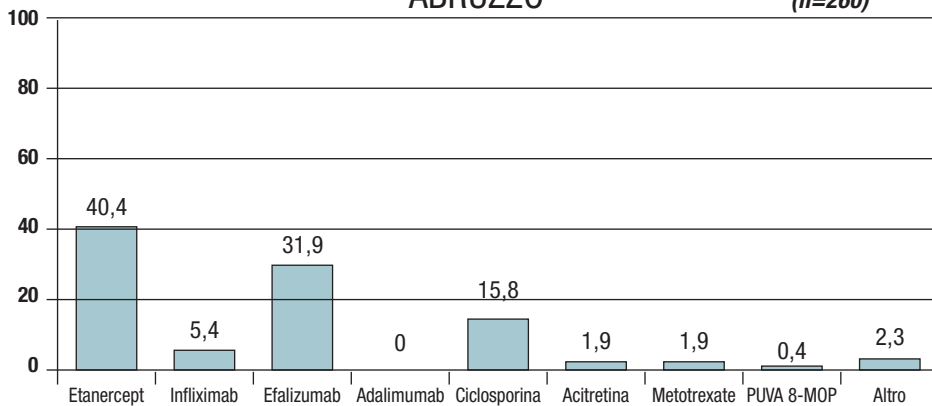
CAMPANIA

(n=1805)



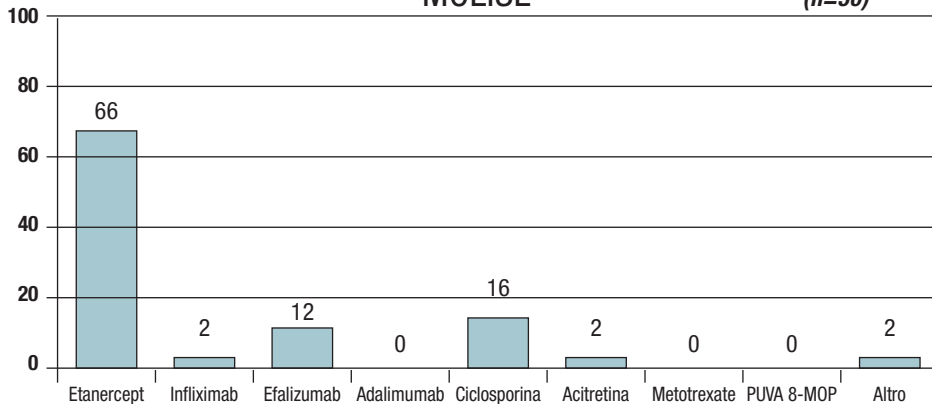
ABRUZZO

(n=260)



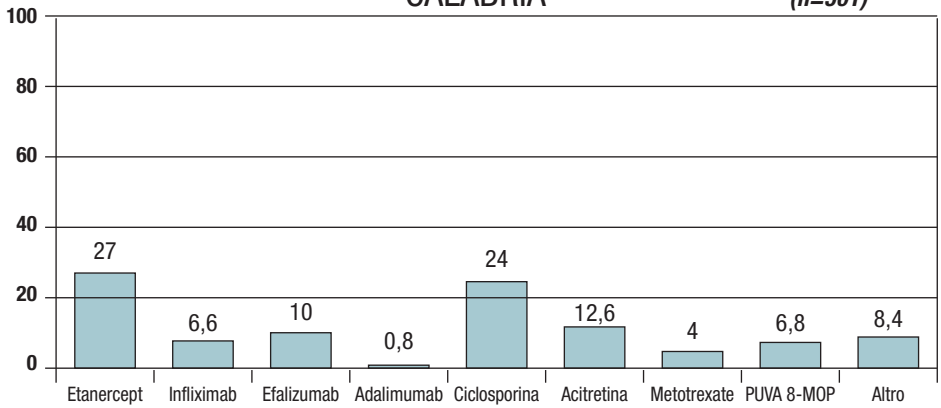
MOLISE

(n=50)



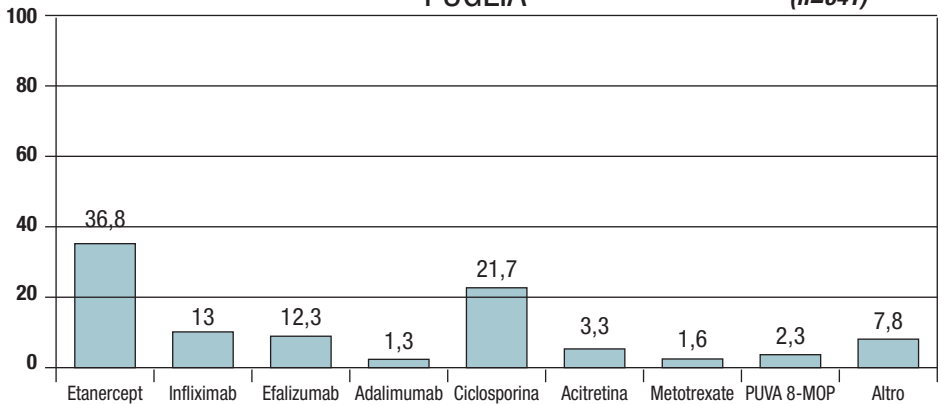
CALABRIA

(n=501)



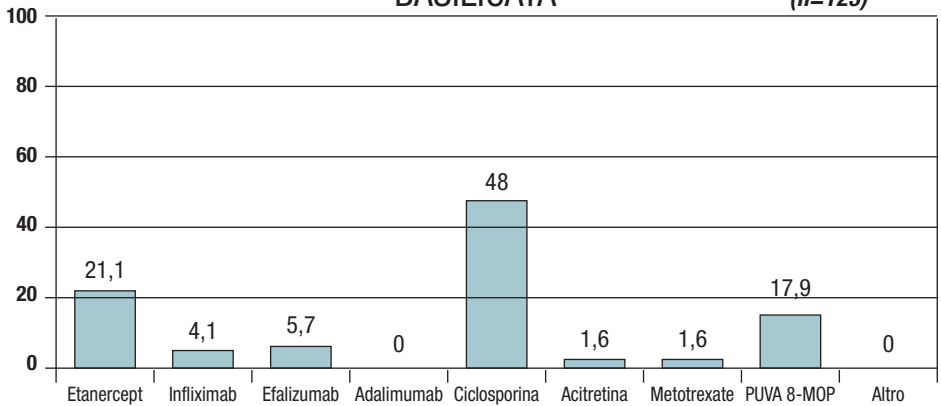
PUGLIA

(n=641)



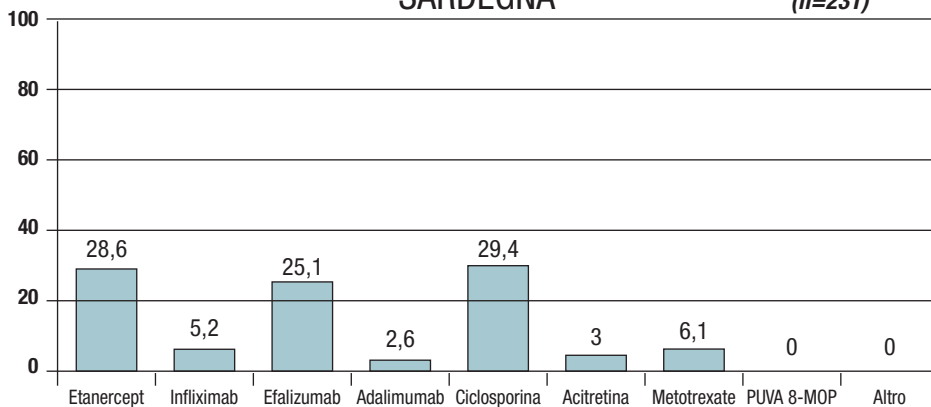
BASILICATA

(n=123)



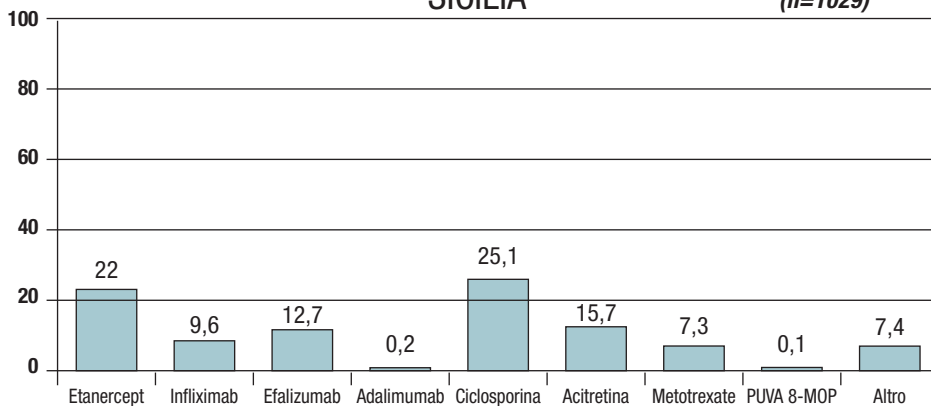
SARDEGNA

(n=231)

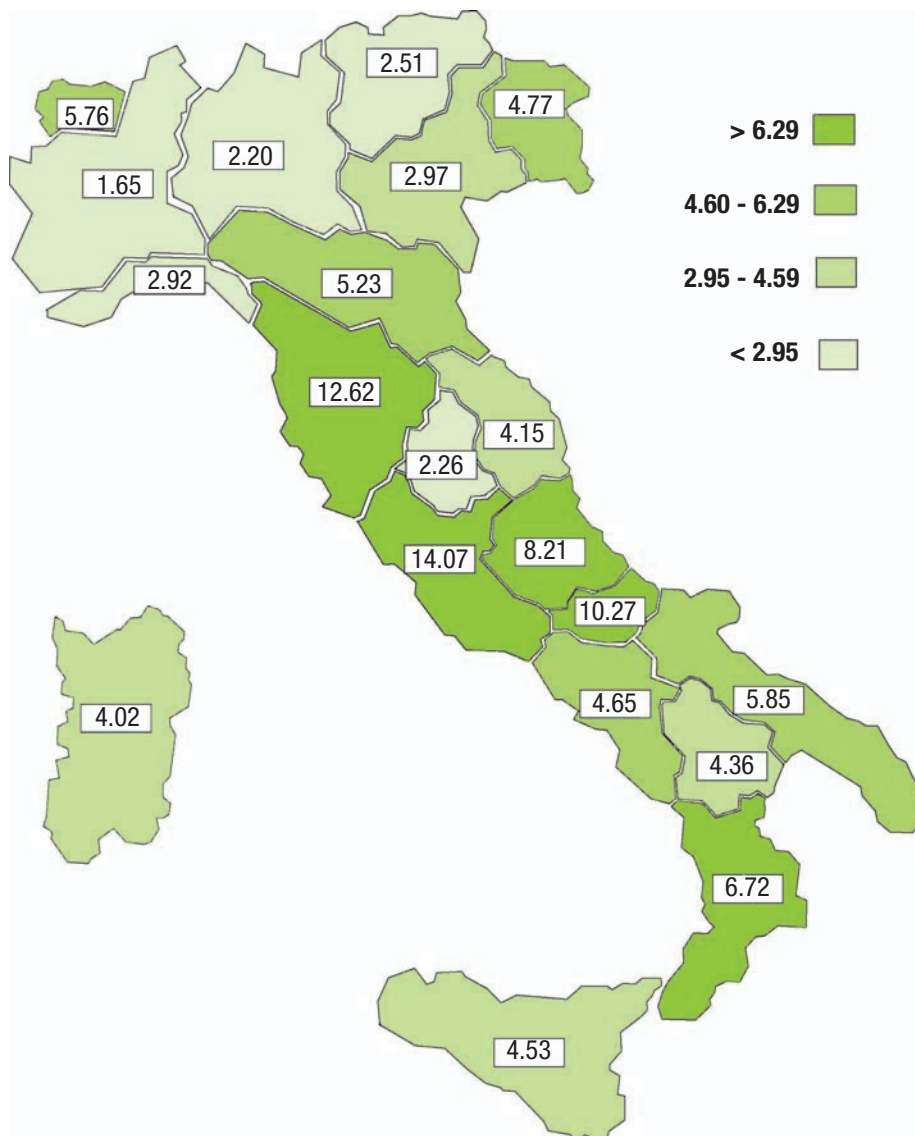


SICILIA

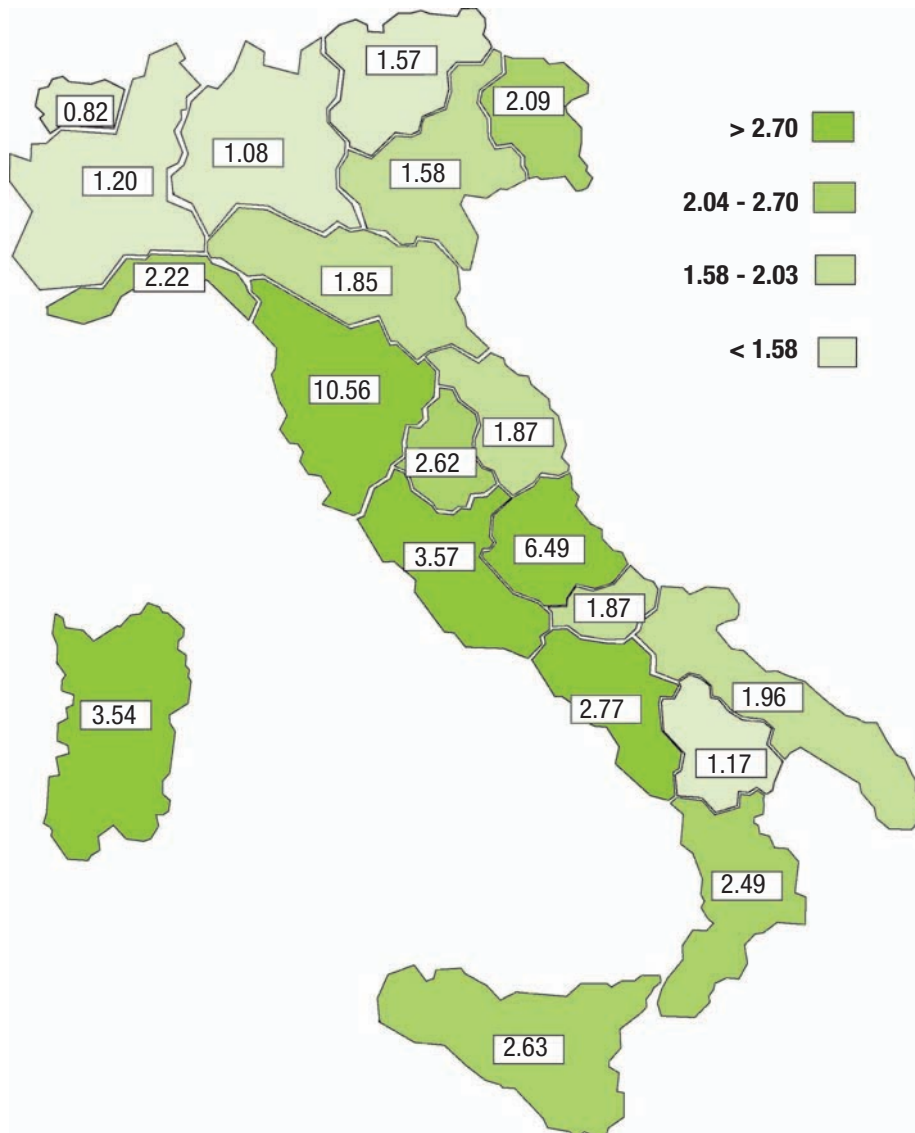
(n=1029)



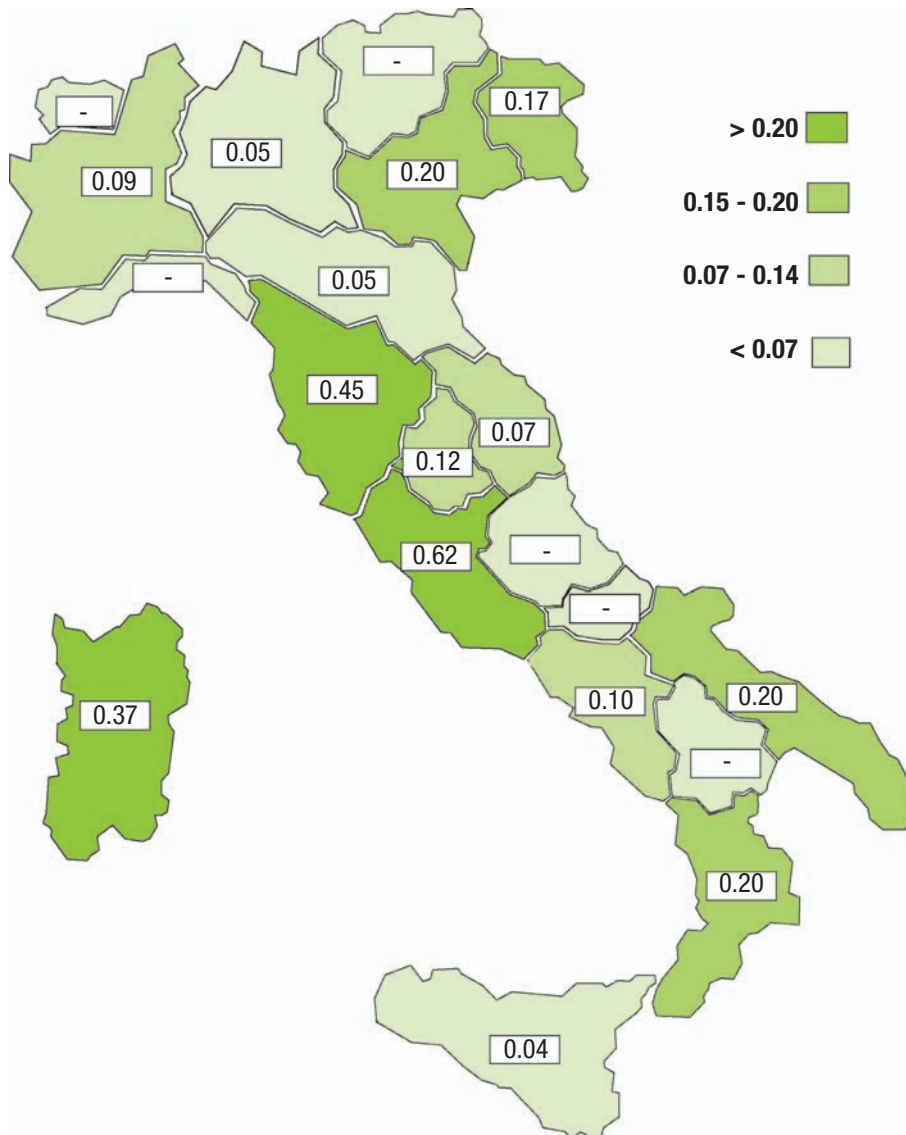
■ **Figura 6** - Tassi di prescrizione (per 100'000 abitanti) di etanercept nelle differenti regioni italiane, (dati al 30 settembre 2008).



■ **Figura 8** - Tassi di prescrizione (per 100'000 abitanti) di efalizumab nelle differenti regioni italiane, (dati al 30 settembre 2008).



■ **Figura 9** - Tassi di prescrizione (per 100'000 abitanti) di adalimumab nelle differenti regioni italiane (dati al 30 settembre 2008). I dati per adalimumab sono registrati a partire dal maggio 2008



ALLEGATO

CENTRI PSOCARE - Il progetto Psocare è reso possibile grazie alla collaborazione di tutti i centri partecipanti:

LOCALITÀ	CENTRO	RESPONSABILE	ALTRI PARTECIPANTIAL PROGETTO
Acquava delle Fonti	U.O.C. Dermatologia e Venerologia Ospedale Generale Regionale "F. Miulli"	Dr. Vito Griseta	Dr. Antonio Miracapillo
Alessandria	SOC Dermatologia SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo	Dr. Mauro Azzini	Dr. Luigi Mocchi, Dr. Marco Michelini
Ancona	U.O. Clinica Dermatologica	Prof. Annamaria Offidani	Dr.ssa Luisa Bernardini , Dr.ssa Anna Campanati
Ancona	U.O. Dermatologia INRC/IRCCS	Dr. Giuseppe Ricotti	Dr. Alfredo Giacchetti
Aosta	U.O. Dermatologia - Ospedale Beauregard	Dr. Maurizio Norat	Dr. Francesco Gualco
Arezzo	U.O. Dermatologia - Ospedale S. Donato	Dr. Antonio Castelli	Dr. Aldo Cuccia, Dr.ssa Agnese Diana
Asti	Soc. Dermatologia Ospedale di Asti	Dr. Giovanni Roncarolo	
Avellino	U.O. Dermatologia - Ospedale S. Giovanni Moscati	Dr.ssa Maria Antonietta Belli	Dr.ssa Maria Assunta Baldassare
Barcellona (ME)	U.O.C. Dermatologia P.O. "Cutroni Zoidda"	Dr. Giuseppe Santoro	
Bari	Unità operativa Dermatologia II Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziale Bari	Prof. Gino Antonio Vena	Dr. Francesco Loconsole, Dr.ssa Vincenza Guarneri
Battipaglia	Unità Operativa Dermatologica Ospedale di Battipaglia	Dr. Bruno Brunetti, Dr. Francesco Musumeci	
Belluno	Unità Operativa di dermosifilopatia Ospedale S. Martino	Dr. Enrico Carrabba	Dr.ssa Pieranan Dal Mas, Dr.ssa Flora Annicchiarico, Dr.ssa Barbara Benvegnù, Dr. Giuseppe Spaziani
Benevento	U.O. Dermatologia - Azienda Ospedaliera Rummo	Dr. Francesco Cusano	Dr.ssa Silvia S. Iannazzone
Benevento	U.O. Dermatologia Ospedale "S. Cuore di Gesù" Fatebenefratelli	Dr.ssa Antonia Galluccio	Dr. Michele Pezza
Bergamo	USC Dermatologia - A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	Dr. Lorenzo Marchesi	Dr. Gianlorenzo Imberti, Dr. Alberto Peseghetti
Biella	U.O. Dermatologia - Ospedale degli Infermi Biella	Dr. Cesare Barbera	
Bologna	Unità Operativa di Dermatologia Presidio Ospedaliero Bellaria Maggiore	Dr. Maurizio Reggiani	Dr.ssa Anna Lanzoni
Bologna	U.O. Dermatologia - Policlinico S. Orsola Malpighi	Prof.ssa Annalisa Patrizi	Dr. Federico Bardazzi, Dr.ssa Angela Antonucci, Dr. Sebastiano DeTommaso, Dr. Riccardo Balestri
Bolzano	Divisione dermatologica	Prof. Werner Wallnofer	Dr.ssa Francesca Inganmamorte
Brescia	Divisione Dermatologica. Azienda Speciali Civili di Brescia	Dr. Piergiacomo Catzavara-Pinton	Dr. Stefano Iannuzzi, Dr.ssa Cristina Zane, Dr.ssa Rossana Capezzerà, Dr.ssa Stefania Bassisi, Dr.ssa Maria Teresa Fossit
Brindisi	Unità Operativa complessa di Dermatologia P.O. Perrino	Dr. Raffaele Filotico	
Brunico	U.O. Dermatologia - Ospedale di Brunico	Dr. Wolfgang Vigil	Dr.ssa Carla Nobile
Busto Arsizio	U.O. Dermatologia - A.O. di Circolo di Busto Arsizio	Dr. Dario Tomassini	
Cagliari	U.O. Dermatologia - Ospedale A. Businco	Dr. Patrizio Mulas	
Cagliari	Clinica Dermatologica Università di Cagliari	Prof. Nicola Aste	Dr. Severino Murgia, Dr.ssa Cristina Mugheddu
Cagliari	Div. Dermatologia, Rep. Hanseniemi - Ospedale. SS. Trinità	Dr.ssa Carolina Pastorelli	
Caltanissetta	U.O. Dermatologia – A.O. Ospedale "S. Elia	Dr. Giovanni Scuderi	Dr. Francesco Baglieri, Dr.ssa Cinzia Di Dio

LOCALITÀ	CENTRO	RESPONSABILE	ALTRI PARTECIPANTIAL PROGETTO
Camerino	U.O Dermatologia - Ospedale "B.Eustachio"	Dr. Elio Cilioni Grilli	
Campobasso	U.O Dermatologia - P.O. Cardarelli	Dr.ssa Cristina Mastronardi	Dr.Concetto Paolo Agnusdei, Dr.ssa Antonietta Antrilli, Inf. Domenica Scacciavillani
Casale Monferrato	SOC Dermatologia Ospedale Casale Monferrato	Dr. Luigi Aulisa	
Caserta	Dermatologia - AO San Sebastiano	Prof. Umberto Raimondo	Dr.ssa Genoveffa Scotto di Luzio, Dr. Vincenzo Claudio Battarra, Dr. Pietro Farro, Dr. Remigio Pliattano
Catania	Clinica Dermatologica, Università di Catania A.O. Vittorio Emanuele	Prof. Giuseppe Micali	Dr.ssa M.Letizia Musumeci, Dr.ssa Orazia D'Agata, Dr. Francesco Lacarnubba, Dr.ssa Barbara Mirona, Dr.ssa M. Rita Vinci, Dr.ssa D'Amico
Catania	U.O. Dermatologia - AO "Garibaldi - S.L. Currò - A. Tomaselli"	Dr. Stefano La Greca	Dr. Francesco Savoia
Catania	U.O.C. di Dermatologia - A.O. Università V. Emanuele	Dr. Maurizio Pettinato	Dr. De Giacomo Pierfrancesco, Dr. d'Amico Domenico
Catanzaro	U.O. Dermatologia - Azienda Osp. Pugliese Ciaccio	Dr. Giancarlo Valenti	
Catanzaro	U.O. Dermatologia - Università "Magna Grecia"	Prof. Ugo Bottoni	Dr. Fabrizio Amoruso
Cesena	U.O. Dermatologia - Ospedale di Cesena	Prof. Fabio Arcangeli	Dr. Davide Brunelli, Dr.ssa Emanuela Ghetti
Chieti	Clinica Dermatologica, Università di Chieti	Prof. Antonello Tulli	Dr.ssa Gabriella Andreassi, Dr. Paolo Amerio
Como	U.O. Dermatologia - Ospedale S. Anna	Dr. Giuseppe Laria	Dr.ssa Francesca Prestinari
Cosenza	U.O. Dermatologia - P.O. Mariano Santo	Dr. Santo Spadafora	Dr.ssa Maurizia Coppola
Cremona	Istituti Ospitalieri di Cremona Servizio Ospedaliero di Dermatologia	Dr. Gioachino Caresana	Dr. Enrico Pezzarossa, Dr.ssa Elisabetta Domaneschi, Dr.ssa Angela Notarangelo
Crotone	U.O. Dermatologia - P.O. Crotone	Dr. Lorenzo Donato	
Cuneo	SOC Dermatologia Ospedale Santa Croce e Carle	Dr. Michele Bertero	Dr. Luca Musso, Inf. Prof. Adriana Bianchi, Inf. Prof. Martina Duffo
Empoli	U.O. Dermatologia - Ospedale S.Verdiana	Dr. Paolo Bruscolo	
Enna	U.O. di Dermatologia e M.S.T. - A.O. "Umberto I"	Dr. Ugo Claudio Agazzino	
Fabriano	U.O. Dermatologia - Ospedale Civile di Fabriano	Dr. Marco Ottaviani	Dr.ssa Claudia Simoncini, Inf.Prof. Orietta Lupi
Ferrara	Azienda Ospedale Università Arcispedale S. Anna	Prof.ssa Anna Virgili	
Firenze	Dip.Scienze Dermatologiche Univ.Firenze	Prof. Paolo Fabbri	Dr.ssa Federica Osti
Firenze	U.O. Complessa Dermatologica di Fizio Terapia Dermatologica	Prof. Torello Lotti	Dr. Walter Voipli, Dr.ssa Marzia Caproni
Foggia	U.O. Dermatologia Azienda Ospedaliero-Università	Dr. Gianfranco Fenizi	Dr.ssa Francesca Prignano, Dr. Gionata Buggiani, Dr.ssa Michela Troiano
Forlì	U.O. Dermatologia Ospedale G.B.Morgagni-L.Pieranto Ospedale di Frascati	Dr.ssa Maria Giovanna Righini	Dr. Andrea Altobella, Dr.ssa Antonella Amonuso, Dr. Maurizio Condello, Dr. Attilio Goffredo
Frascati	Azienda USL Roma H - U.O.C. Dermatologia Aziendale - Ospedale di Frascati	Dr.ssa Maurizio Zampetti	Dr. Franco Alessandrini, Dr.ssa Francesca Satoli
Gallarate (Va)	U.O. Dermatologia - A.O. S. Antonio Abate	Dr. Egidio Bertani	Dr.ssa Silvia Fossati
Genova	DI.S.E.M. - Sezione di Dermatologia	Prof.ssa Aurora Parodi	Dr.ssa Martina Burlando, Dr.ssa Cristina Fiorucci
Genova	U.O. Dermatologia - Osp.San Martino	Dr.ssa Anna Nigro	Dr. Giovanni Ghigliotti

LOCALITÀ	CENTRO	RESPONSABILE	ALTRI PARTECIPANTIAL PROGETTO
Genova	U.O. complessa di Dermatologia dell'Ente Osped. Galliera	Dr.ssa Alexandra Verneti Brunasso	
Gorizia	S.O.C. Dermatologia Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina	Dr. Giannichele Moise	
Grosseto	U.O. Dermatologia - Presidio Ospedaliero Misericordia	Dr. Riccardo Sirna	
Imperia	U.O. complessa di Dermatologia - Ospedale Civile	Dr. Giuseppe Cannata	Dr.ssa Angela Maria Campagnoli, Caposala Luciano Zinghini
Ivrea	U.O. Dermatologia - Ospedali Riuniti di Ivrea	Dr. Massimo Daly	Dr.ssa Claudia Leporati, Dr.ssa Rossana Peila
Jesi	U.O. Dermatologia - Ospedale A. Murri	Dr. Giorgio Firosa	Dr. Leonardo Bugatti, Dr. Massimiliano Nicolini, Inf. Prof. Rita Mancinelli, Inf. Prof. Anna Latini, Inf. Prof. Giulio Quaresima
La Spezia	U.O. di Dermatologia - Ospedale civile Sant'Andrea	Dr. Guido Nazzari	Dr.ssa Rossella Cestari, Inf. Prof. Maria Grazia Ferrari
Lamezia Terme	U.O. Dermatologia - Ospedale Civile	Dr. Francesco Anastasio	Dr. Filippo M. Larussa
Lanciano (Ch)	Reparto di Dermatologia - Ospedale di Lanciano	Dr. Nunzio Pollice	Dr. Fabio De Francesco, Dr. Giampiero Mazzocchetti
L'Aquila	Dermatologia Oncologica e Molecolare	Prof.ssa Kathy Peris	Prof.ssa Maria Concetta Fargnoli, Dr.ssa Antonella Di Cesare, Dr.ssa Linda De Angelis
L'Aquila	U.O.C. Dermatologia - Ospedale Regionale S.Salvatore	Dr. Giovanni Fiati	Dr. Giovanni Fiati, Dr.ssa Anna Silvia Biamonte
Lecce	U.O. Dermatologia Ospedale "V. Fazzi"	Dr. Giuseppe Quarta	Dr. Maurizio Congedo, Inf. Prof. Maria Teresa De Lorenzis
Lecco	Dermatologia Presidio A. Manzoni	Dr. Antonio Carcaterra	Dr. Davide Strippoli, Dr. Domenico Fidei, Sig.ra Giusi Pozzoli
Lido di Camaiore	U.O.C. Dermatologia - Ospedale Versilia	Dr. Franco Marsili	Dr. Marco Celli, Inf. Prof. Cristina Gatta, Inf. Prof. Caroline Kruthof, Inf. Prof. Daniela Petrucci
Livorno	U.O. Dermatologia - Ospedali Riuniti di Livorno	Dr. Massimo Ceccarini	Dr.ssa Laura Bachini e Dr.ssa Mariangela D'Orta
Locri	P.O. Siderno - ASL9 Locri	Dr. Vincenzo Schirripa	
Lodi	U.O. Dermatologia - A.O. della provincia di Lodi	Dr.ssa Claudia De Filippi	
Lucca	U.O. Dermatologia Ospedale Campo di Marte	Dr.ssa Patrizia Martini	Dr. Alberto Ghilardi, Dr.ssa Ezia Lapucci, Dr. Carlo Mazzatenta, Dr.ssa Monica Pierini
Macerata	Unità Operativa di Dermatologia - Ospedale di Macerata	Dr. Marco Simonacci	Dr.ssa Alberta Bettacchi, Dr. Roberto Gasco, Dr.ssa Shohreh Zavareh
Mantova	U.O. Dermatologia - Osp. S. Carlo Poma	Dr. Andrea Zanca	Ardestani, Inf. Prof. Lorena Bianconi, Inf. Prof. Antonietta Di Renzo
Massa	U.O. Dermatologia - P.O. Massa	Dr. Silvio Battistini	
Melito (RC)	Servizio Dermatologia - P.O. Melito Porto Salvo	Dr. Santo Dattola	Dr.ssa Rita Vernaci, Dr.ssa Felicia Postorino, Sig. Salvatore Toscano, Caposala, Sig. Salvatore Idd, Collab. Amm.
Merano	Divisione dermatologia e venerologia Ospedale Franz Tappeiner	Dr. Pierfrancesco Zampieri	Dr.ssa Cristina Padovan, Dr.ssa Maria Angeles González – Intchaurraga, Dr. Judith Ladurner
Messina	U.O.C. di Dermatologia - A.O.U. "G. Martino"	Prof. Biagio Guarneri	Prof.ssa Serafina Cannavò, Dr.ssa Carolina Manfrè, Dr. Francesco Borgia
Messina	U.O. Dermatologia AO Papardo	Dr. Antonio Puglisi Guerra	
Mestre	U.O. Dermatologia - Ospedale Umberto I	Prof. Patrizio Sedona	
Milano	Centro per lo studio e la cura della psoriasi IRCCS Ospedale Maggiore di Milano - Unità Operativa di dermatologia	Dr. Angelo Cattaneo	Dr. Carlo Carrera, Dr. Claudio Fracchiolla, Dr. Nino Mozzanica, Dr.ssa Livia Prezemolo

LOCALITÀ	CENTRO	RESPONSABILE	ALTRI PARTECIPANTI AL PROGETTO
Milano	Clinica Dermatologica - Univ. Milano - AO San Paolo	Dr. Silvano Menni	Dr. Andrea Lodi, Dr. Luca Speroni
Milano	U.O. Dermatologia – Istituto Clinico Humanitas	Prof. Marcello Monti	
Milano	Servizio di Dermatologia – Istituto Ortopedico Galeazzi	Prof. Gianfranco Altomare	Dr.ssa Michela Tagliani, Dr.ssa Chiara Lovati
Milano	Dermatologia - IRCSS Fond. Centro S.Raffaele del Monte Tabor	Dr. Santo Raffaele Mercuri	
Mirano	U.O. Dermatologia – Ospedale di Mirano	Dr.ssa Marina Manente	
Modena	Clinica Dermatologica di Modena	Prof. Alberto Giannetti	Dr. Andrea Conti, Dr.ssa Claudia Lasagni, Dr. Maurizio Greco, Dr.ssa Giulia Ronsini, Dr.ssa Simona Schianchi, Dr.ssa Chiara Fiorentini, Dr.ssa Sterana Niglietta, Dr.ssa Roberta Maglietta, Dr.ssa Claudia Padalino
Monza	U.S.Complexsa di Dermosifilopatia - A.O. San Gerardo	Dr. Dario Crippa	Dr. Marco Pini, Dr. Eugenio Rossi, Dr. Diego Tosi, Dr.ssa Maria Armas
Napoli	Unità Operativa di Clinica Dermatologica	Prof. Vincenzo Ruocco	Dr. Nicola Balato, Dr.ssa Francesca Gaudiello, Dr. Gianfranco Cimmino, Dr. Giuseppe Monifrecola, Dr.ssa Lucia Gallo
Napoli	Sezione di Dermatologia, dipartimento di patologia sistemica	Prof. Fabio Ayala	
Napoli	D.A.S. Dermatologia e Venereologia, U.O. Malattie Veneree e Dermatologica Parasitaria, Seconda Università di Napoli	Prof. Gabriele Argenziano	Dr.ssa Elisabetta Fulgione, Sig.ra Maria Grazia Gagliardo, Sig. Paolo Corsi
Napoli	U.O.C. di Dermatologia P.O. San Gennaro	Prof. Giuseppe Berruti	Dr. Raffaele Mozzillo
Napoli	DH dermatologico P.O. Ascalesi	Dr. Salvatore Ceparano	Dr.ssa Ileana De Michele
Nocera Pagani	U.O. Dermatologia – P.O. “Tortora” Pagani	Dr. Domenico Giorgiano	
Novara	Clinica dermatologica Università del Piemonte Orientale c/o Ospedale maggiore della carità	Prof. Giorgio Leigheb	Dr.ssa Rossana Tiberio, Dr. Massimo Gattoni, Dr. Riccardo Zuccoli, Dr.ssa Elisa Zavattaro
Nuoro	U.O. Dermatologia - Ospedale S. Francesco - Nuoro	Dr. Salvatore Deledda	
Padova	Clinica Dermatologica - Università di Padova	Prof. Andrea Peserico	Prof. Mauro Alaibac, Dr. Stefano Plaseric, Dr. Lorenzo Schiesari, Dr.ssa Giovanna Dan, Dr.ssa Ilaria Mattei, Dr.ssa Elisabetta Oro
Palermo	Cattedra di dermatologia-UOC di dermatologia e malattie sessualmente trasmesse Policlinico P. Giaccone	Prof. Mario Aricò	Prof. Maria Rita Bongiorno, Dott. Rosa Angileri
Palermo	U.O. di Dermatologia - ARNAS “Civico-Di Gristina-M. Ascoli”	Dr. Salvatore Amato	Dr.ssa Francesca Todaro, Dr.ssa Mirella Milioito, Dr.ssa Roberta Bellastro
Parma	Centro di fotodermatologia	Dr. Sergio Di Nuzzo	Prof. Giuseppe De Panfilis, Dr.ssa Martina Zanni
Pavia	Clinica Dermatologica Università di Pavia IRCSCS Policlinico S. Matteo	Prof. Giovanni Borroni	Dr. Raffaele Cananzi, Dr.ssa Valeria Brazzelli
Perugia	Sezione di Dermatologia clinica, Allergologia e Venereologia Università degli Studi di Perugia, Dipartimento specialità medico-chirurgiche e Sanità Pubblica - Policlinico Monteluce	Prof. Paolo Lisi	Dr. Luca Stingeni, Dr.ssa Katharina Hansel
Pescara	U.O. Dermatologia - Ospedale Civile Pescara	Dr. Vittorio Pierfelice	
Piacenza	U.O. Semplice Dipartimentale di Dermatologia - Os. Piacenza	Dr. Stefano Domelli	Dr.ssa Dorianna Rastelli, Dr. Massimo Gasperini
Pisa	U.O. Dermatologia - Azienda Ospedaliera Pisana	Dr. Paolo Baracchini	
Pistoia	U.O. Dermatologia- Ospedale di Pistoia	Dr. Roberto Cecchi	Dr.ssa Laura Bartoli, Dr. Mario Pavesi
Polla (Sa)	U.O. Semplice Dermatologia Ospedale di Polla e S. Arsenio	Dr. Sergio De Paola	

LOCALITÀ	CENTRO	RESPONSABILE	ALTRI PARTECIPANTIAL PROGETTO
Pordenone	U.O.Dermatologia - Az.Ospedaliera Santa Maria degli Angeli	Dr.ssa Maria Teresa Corradin	
Potenza	U.O.Dermatologia - Centro MTS	Prof. Federico Ricciuti	Dr. Angelo Piccirillo, Dr. Luciano Viola, Dr.ssa Marisa Tataranni, Dr.ssa Maria Grazia Mautone
Prato	U.O.Dermatologia - Ospedale Misericordia e Dolce	Dr. Giovanni Lo Scocco	Dr.ssa Maria Chiara Niccoli
Ravenna	U.O. Aziendale di Dermatologia di Ravenna	Dr. Giuseppe Gaddoni	Dr.ssa Francesca Resta, Dr.ssa Maria Chiara Casadio
Reggio Calabria	U.O. Dermatologia Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli	Dr.ssa Maria Carmela Arcidiaco	Dr.ssa Maria Cristina Luvarà
Reggio Emilia	Struttura Complessa di Dermatologia Azienda Ospedaliera Arcispedale "S.Maria Nuova"	Dr. Giuseppe Albertini	Dr. Vito Di Lernia, Dr.ssa Elisa Guareschi
Rimini	U.O. Dermatologia Ospedale Infermi	Dr. Stefano Catrani	Dr. Massimo Morri, Inf. Prof. Elisa Ruggiero
Roma	Clinica Dermatologica Policlinico Gemelli	Prof. Pierluigi Amerio	Dr.ssa Clara De Simone, Dr.ssa Magda D'Agostino, Dr. I. Agostino
Roma	Dip.Malattie cutanee-Venerree e Chirurgia Plastica- ricostruttiva Università studi di Roma	Dr. Stefano Calvieri	Dr.ssa Franca Cantoresi, Dr. Antonio Richetta, Dr.ssa Paola Sorgi, Dr.ssa Claudia Carnevale
Roma	Istituto Dermatologico S. Galliciano	Prof. Enzo Berardesca	Dr. C. Bonifati, Dr.ssa F.Francesconi, Dr.ssa C.De Felice, Dr.ssa A.Giuliani
Roma	IDI - IRCSS	Dr.ssa Emanuela Gubinelli	Dr.ssa Valentina Pacifico
Roma	Clinica Dermatologica, Università Studi di Roma	Prof. Sergio Chimenti	Dr.ssa Marina Talamonti
Roma	U.O. Dermatologia - Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	Dr.ssa Germana Campione	Prof. Severino Persechino, Dr.ssa Annalisa Arcese
Roma	U.O. Dermatologia Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini	Dr. Giovanni Cruciani	Dr.ssa Fabiana Riccardi
Roma	U.O. Dermatologia - Ospedale S.Eugenio	Dr.ssa Rosanna Barbatì	
Roma	U.O. Dermatologia - P.T.P. Nuovo Regina Margherita	Dr.ssa Maria Rosa Aliberti	
Rovereto	U.O. Dermatologia - Ospedale S. Maria del Carmine	Dr. Giuseppe Zumiani	
Rovigo	S.O.C. Dermatologia - Ospedale Civico	Dr. Willy Pagani	
S.Donato Milanese	Ambulatorio di Dermatologia - Policlinico San Donato	Dr. Piergiorgio Malagoli	
S.Giovanni Rotondo	U.O. Dermatologia - IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza	Dr. Roberto Pellicano	
Salerno	U.O.C. Dermatologia - Ospedale S.Giovanni Di Dio	Dr. Dario Donadio	Dr. Carlo Di Vito
Sassari	Clinica Dermatologica - Università di Sassari	Dr.ssa Francesca Cottoni	Dr.ssa Maria Antonietta Montesu, Dr.ssa Caterina Pirodda, Dr. Gianmario Addis, Dr.ssa Paola Marongiu
Savona	U.O. di Dermatologia - Ospedale San Paolo di Savona	Dr. Alessandro Farris	Dr. Marco Cacciapuoti
Sestri Levante	U.O. di Dermatologia - Ospedale Civile di Sestri Levante	Dr. Giovanni Desirello	Dr. Matteo Gnone
Siena	Azienda Ospedaliera Senese - D.A.I. Medicina Clinica e Scienze Immunologiche applicate - S.C. di dermatologia	Dr. Michele Firmiani	Dr. Michele Pellegrino, Dr.ssa Silvia Capaccioli, Dr.ssa Paola Caposciutti
Siracusa	U.O.C. di Dermatologia - A.O. "Umberto I"	Dr. Giampiero Castelli	Dr. Luciano Zappalà
Sondrio	Dermatologia - A.O. della Valtellina e della Valchiavenna	Dr. Gianluigi Sesena	
Taranto	Ospedale Marina Militare Taranto Rep.Dermatologia	Dr. Vito Ingordo	

LOCALITÀ	CENTRO	RESPONSABILE	ALTRI PARTECIPANTIAL PROGETTO
Taranto	U.O. C. di Dermatologia e Venereologia P.O. SS. Annunziata	Dr. Emanuele Vozza	Dr.ssa Donatella Digiuseppe
Taranto	U.O. Dermatologia - P.O. G. Mazzini	Dr.ssa Donatella Fasciocco	Dr.ssa Patrizia Nespoli
Terni	Clinica Dermatologica di Terni	Prof.ssa Manuela Papini	Dr. Pier Luigi Bruni, Dr.ssa Michela Cicoletti
Terracina	U.O.C. di Dermatologia Univ. La Sapienza - Polo Pontino	Prof. Daniele Imocenzi	Dr.ssa Nicoletta Bernardini
Torino	SCDU Dermosifilopatia 3 Ospedale S. Lazzaro	Prof. Mario Pippone	
Torino	SCDU Dermosifilopatia 2 Ospedale S. Lazzaro	Prof. Maria Grazia Bernengo	Dr.ssa Michela Ortoncelli, Dr.ssa Ambra Bonvicino, Dr.ssa Giuliana Capella, Dr. Gian Carlo Dovell, Dr.ssa Maria Forte, Dr.ssa Anna Peroni, Dr.ssa Barbara Salomone, Dr.ssa Paola Savola
Trapani	Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate U.O. Dermatologia	Dr. Leonardo Zichichi	Dr.ssa Laura Tasin
Trento	U.O. Dermatologia - Ospedale S. Chiara di Trento	Dr. Giuseppe Zumiani	Dr.ssa Silena Ros
Treviso	Unità Operativa di Dermatologia ospedale Cà Foncello	Dr.ssa Diva Simonetto	
Trieste	Istituto di Clinica Dermatologica	Prof. Giusto Trevisan	Dr. Mario Patamia, Dr.ssa Siana Miertusova
Udine	Clinica Dermatologica	Prof. Pasquale Patrone	Dr.ssa Alfonsina Frattasio, Dr. Fabio Piccirillo, Dr. Sebastian La Spina
Udine	SOC Dermatologia Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Udine	Dr.ssa Yanda Marzocchi	
Varese	U.O. Dermatologia - Ospedale Il Circolo	Dr. Albertico Motolese	Dr.ssa Caterina Venturi, Dr. Mario Lega
Venezia	U.O. Dermatologia Venezia Mestre Ospedale SS. Giovanni e Paolo	Prof. Patrizio Sedona	Dr.ssa Fabiana Gai, Dr. Sandro Pasquimucci
Vercelli	SOC Dermatologia Ospedale di Vercelli	Dr.ssa Rosa Maria Bellazzi	Dr. Tullio Silvestri
Verona	Clinica dermatologica presso Ospedale Civile Maggiore	Prof. Giampiero Girolomoni	Dr. Paolo Gisondi, Dr.ssa Francesca Adami, Dr.ssa Claudia Cotena
Vicenza	U.O. Dermatologia - Vicenza	Dr. Cieto Veller Fornasa	Dr. Gianpaolo Trevisan
Viterbo	Ambulatorio Dermatologia - Ospedale Belcolle	Dr.ssa Paola Tribulzi	

www.psocare.it

©2008, Marco d'Agostino.com

PSOCARE