



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

PROGETTO PSO-AMORE

*Consensus conference sulla gestione dei pazienti con psoriasi e artrite psoriasica in ambito dermatologico e reumatologico in Italia:
il Progetto ADONI PSO-Amore*



SEDE

C.da Ponte delle Tavole
Parco della Luna - 82100 Benevento
tel./fax 08241524502
segreteria@adoni.it

CF: 80101420109
P. IVA: 06379991216

Una consensus conference sulla gestione dei pazienti sia con psoriasi che con artrite psoriasica in ambito dermatologico e reumatologico in Italia: il Progetto ADOI PSO-Amore

Nome, cognome e affiliazione degli autori del documento

- 1) Francesco Cusano, Dermatology Unit, Ospedale "G. Rummo", Benevento; Presidente ADOI.
- 2) Francesca Sampogna, Clinical Epidemiology Unit, Istituto Dermatologico dell'Immacolata-IRCCS, Rome.
- 3) Alexandra Maria Giovanna Brunasso Vernetti, Dermatology Unit, Villa Scassi Hospital, ASL-3, Genoa.
- 4) Stefano Stisi, Rheumatologist, Benevento.
- 5) Gilda Sandri, Rheumatology Unit, University of Modena and Reggio Emilia.
- 6) Giovanna Malara, Dermatology Unit, "Bianchi Melacrino Morelli" Hospital, Reggio Calabria; ADOI psoriasis study group coordinator.
- 7) Luigi Naldi, Dermatology Unit, "San Bortolo" Hospital, Vicenza.
- 8) Michele Pellegrino, Dermatology Unit, Ospedale della Misericordia, Grosseto.
- 9) Giovanni Luigi Tripepi, Clinical Physiology Unit, CNR-IFC, Reggio Calabria.
- 10) Umberto di Luzio Papparatti, Independent Researcher, Rome.
- 11) Concetto Paolo Agnusdei, Dermatology Unit, "A. Cardarelli" Hospital, Campobasso.
- 12) Claudio Bonifati, Dermatology Unit, San Gallicano Dermatologic Institute-IRCCS, Rome.
- 13) Antonella Celano, Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologie e Rare – APMARR President, Lecce.
- 14) Valeria Corazza, APIAFCO President, Bologna.
- 15) Federica D'Agostino, Epidemiology Unit, "G. Rummo" Hospital, Benevento.



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

- 16) Rocco De Pasquale, Dermatology Unit, "San Marco" Hospital, Catania.
- 17) Emilio Filippucci, Rheumatology Unit, Marche Polytechnic University, "C. Urbani" Hospital, Jesi.
- 18) Rosario Foti, Rheumatology Unit, "San Marco" Hospital, Catania.
- 19) Giovanna Galdo, Dermatology Unit, Moscati Hospital Avellino.
- 20) Fabiana Gai, Dermatology Unit, "Santi Giovanni e Paolo" Hospital, Venezia.
- 21) Giulia Ganzetti, Dermatology Unit, "C. Urbani" Hospital, Jesi.
- 22) Dario Graceffa, Rheumatology Unit, San Gallicano Dermatologic Institute-IRCCS, Rome.
- 23) Mara Maccarone, in A.DI.PSO. ODV, Rome.
- 24) Annamaria Mazzotta, Dermatology Unit, "San Camillo Forlanini" Hospital, Rome.
- 25) Gennaro Melchionda, Dermatology Unit, Casa Sollievo della Sofferenza-IRCCS, San Giovanni Rotondo.
- 26) Francesca Molinaro, Internal Medicine Unit, Casa Sollievo della Sofferenza-IRCCS, San Giovanni Rotondo.
- 27) Franco Paoletti, Rheumatology Unit, "San Francesco Caracciolo" Hospital, Agnone.
- 28) Silvia Tonolo, ANMAR President, Venezia.
- 29) Adriano Vercellone, Pharmacy Unit, Local Health Unit Naples 3 South, Castellammare di Stabia.
- 30) Rosetta Vitetta, Rheumatology Unit, "S. Andrea" Hospital, Vercelli.
- 31) Gian Domenico Sebastiani, "San Camillo Forlanini" Hospital, Rome

Parole chiave:

Psoriasi; Artrite Psoriasica; Gestione del paziente; Consensus Conference; Dermatologia; Reumatologia.



SEDE

C.da Ponte delle Tavole
Parco della Luna - 82100 Benevento
tel./fax 08241524502
segreteria@adoi.it

CF: 80101420109
P. IVA: 06379991216



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

Informativa su potenziale conflitto di interessi

Finanziamenti: la Consensus Conference è stata organizzata grazie alle sponsorizzazioni non condizionanti di Amgen, Janssen, Lilly, Novartis.

Composizione dei Comitati della Conferenza di Consenso:

Comitato Promotore

Francesco Cusano, Dermatology Unit, "G. Rummo" Hospital, Benevento; ADDOI President.

Giovanna Malara, Dermatology Unit, "Bianchi Melacrino Morelli" Hospital, Reggio Calabria; ADDOI psoriasis study group coordinator.

Antonio Arigliani, Italian Medical Research Srl.

Comitato Tecnico Scientifico

Alexandra Maria Giovanna Brunasso Vernetti, Dermatology Unit, "Galliera" Hospital, Genoa. (*)

Stefano Stisi, Rheumatologist, Benevento. (*)

Gilda Sandri, Rheumatology Unit, University of Modena and Reggio Emilia. (*)

Luigi Naldi, Dermatology Unit, "San Bortolo" Hospital, Vicenza.

Michele Pellegrino, Dermatology Unit, Ospedale della Misericordia, Grosseto.

Giovanni Luigi Tripepi, Clinical Physiology Unit, CNR-IFC, Reggio Calabria

Umberto Di Luzio Paparatti, Independent Researcher, Rome.

(*) Expert selected within the Technical Scientific Committee



SEDE

C.da Ponte delle Tavole
Parco della Luna - 82100 Benevento
tel./fax 08241524502
segreteria@adoi.it

CF: 80101420109
P. IVA: 06379991216



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

Panel della giuria

Concetto Paolo Agnusdei, Dermatology Unit, "A. Cardarelli" Hospital, Campobasso.

Livio Bernardi, Rheumatology Unit, "Clinica Diaz" Hospital, Padua.

Claudio Bonifati, Dermatology Unit, San Gallicano Dermatologic Institute-IRCCS, Rome.

Antonella Celano, APMARR President, Lecce.

Valeria Corazza, APIAFCO President, Bologna.

Federica D'Agostino, Epidemiology Unit, "G. Rummo" Hospital, Benevento.

Rocco De Pasquale, Dermatology Unit, "San Marco" Hospital, Catania.

Emilio Filippucci, Rheumatology Unit, "C. Urbani" Hospital, Jesi.

Rosario Foti, Rheumatology Unit, "San Marco" Hospital, Catania.

Fabiana Gai, Dermatology Unit, "Santi Giovanni e Paolo" Hospital, Venezia.

Giovanna Galdo, Dermatology Unit, Moscati Hospital Avellino

Giulia Ganzetti, Dermatology Unit, "C. Urbani" Hospital, Jesi.

Dario Graceffa, Rheumatology Unit, San Gallicano Dermatologic Institute-IRCCS, Rome.

Mara Maccarone, ADIPSO President, Rome.

Walter Marrocco, General Practitioner, Palestrina.

Annamaria Mazzotta, Dermatology Unit, "San Camillo" Hospital, Rome.

Gennaro Melchionda, Dermatology Unit, Casa Sollievo della Sofferenza-IRCCS, San Giovanni Rotondo.

Francesca Molinaro, Internal Medicine Unit, Casa Sollievo della Sofferenza-IRCCS, San Giovanni Rotondo.

Franco Paoletti, Rheumatology Unit, "San Francesco Caracciolo" Hospital, Agnone.

Ginevra Pertusi, Dermatology Unit, Vercelli.

Gian Domenico Sebastiani, "San Camillo Forlanini" Hospital, Rome



SEDE

C.da Ponte delle Tavole
Parco della Luna - 82100 Benevento
tel./fax 08241524502
segreteria@adoi.it

CF: 80101420109
P. IVA: 06379991216



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

Felice Sensi, Rheumatology Unit, "San Camillo Forlanini" Hospital, Rome.

Silvia Tonolo, ANMAR President, Venezia.

Adriano Vercellone, Pharmacy Unit, Local Health Unit Naples 3 South, Castellammare di Stabia.

Rosetta Vitetta, Rheumatology Unit, "S. Andrea" Hospital, Vercelli

Comitato di redazione del rapporto preliminare della Consensus Conference

Alexandra Maria Giovanna Brunasso Vernetti, Dermatology Unit, "Galliera" Hospital, Genoa

Gilda Sandri, Rheumatology Unit, University of Modena and Reggio Emilia.

Francesca Sampogna, Clinical Epidemiology Unit, Istituto Dermopatico dell'Immacolata-IRCCS, Rome.

Umberto Di Luzio Papparatti, Independent Researcher, Rome.

Stefano Stisi, Rheumatologist, Benevento.

Abstract

La psoriasi è una malattia complessa che spesso necessita di un approccio multidisciplinare. In particolare, la collaborazione tra dermatologo e reumatologo è fondamentale per la gestione dei pazienti affetti sia da psoriasi (PSO) che da artrite psoriasica (PsA). Riportiamo qui una serie di raccomandazioni di un gruppo di esperti, a seguito di una Consensus Conference, che definisce le circostanze in cui è preferibile o addirittura obbligatorio, a seconda delle impostazioni disponibili, affidarsi al parere dei due specialisti, congiuntamente o in modo differito. Vengono fornite indicazioni su come organizzare un'unità di cura articolare di dermatologia-reumatologia di 3° livello, in collegamento con medici di 1° e 2° livello di entrambe le specialità, MMG e altri specialisti coinvolti nella gestione del paziente con Psoriasi. Viene suggerito un potenziale percorso del paziente, che può essere utilizzato come base per la futura progettazione e validazione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali nazionali e/o locali.



SEDE

C.da Ponte delle Tavole
Parco della Luna - 82100 Benevento
tel./fax 08241524502
segreteria@adoi.it

CF: 80101420109
P. IVA: 06379991216

Introduzione

La psoriasi è una condizione infiammatoria della pelle che si presenta più frequentemente sotto forma di placca cronica caratterizzata da chiazze di pelle arrossate, secche e con croste, a volte ricoperte da squame argentee che possono interessare tutte le aree del corpo, comprese le pieghe cutanee e le unghie^{1,2}. Colpisce circa il 2,8% della popolazione italiana, in circa il 25-30% dei casi di intensità da moderata a grave³; i pazienti affetti da psoriasi sviluppano spesso comorbidità^{4,5}, come sindrome metabolica (in circa il 47% dei casi nella popolazione italiana); aumento del rischio di malattie cardiovascolari; PSA; malattie infiammatorie intestinali (IBDs - 1,3-1,6 volte più frequenti rispetto alla popolazione generale); coinvolgimento oculare, ad es. uveite (circa il 10% dei casi); e disturbi psicologici.

La PsA è una spondiloartrite infiammatoria cronica abbastanza eterogenea, generalmente sieronegativa, associata a psoriasi⁶⁻⁸, solitamente caratterizzato da artrite periferica asimmetrica e coinvolgimento assiale o spinale. Le manifestazioni muscoloscheletriche della PsA includono anche l'infiammazione nel sito di attacco di tendini e legamenti (entesite) e la dattilite. La diagnosi di PsA richiede l'esclusione di altre possibili cause di sintomi articolari⁶ e si basa sulla presentazione clinica di disturbi articolari, alterazioni radiografiche, una storia personale o una possibile storia familiare di psoriasi.

Sebbene la PsA abbia una bassa prevalenza nella popolazione generale (0,05-0,25%), è comune tra i pazienti con psoriasi. Le stime di prevalenza nei pazienti con psoriasi variano considerevolmente (range 6%-41%)¹⁰⁻¹³ a seconda delle definizioni utilizzate (es. codici diagnostici, diagnosi reumatologica, criteri di classificazione, codici diagnostici e popolazioni misurate). L'incidenza annuale è stata stimata in 2,7 casi ogni 100 pazienti con psoriasi. Uno studio sull'incidenza cumulativa di PsA nel tempo nei pazienti con psoriasi ha riportato che l'1,7%, 3,1% e 5,1% rispettivamente aveva sviluppato PsA a 5, 10 e 20 anni dopo la diagnosi di psoriasi¹⁵.

I reumatologi possono avere difficoltà nell'identificazione e/o trattamento di lesioni psoriasiche in pazienti con malattie muscoloscheletriche. D'altro canto, nell'80% dei pazienti, la psoriasi precede lo sviluppo di artrite. Dunque, il dermatologo spesso ha come primo obiettivo la diagnosi del PsA. È stato osservato che la PsA è sottodiagnosticata nei pazienti con psoriasi¹⁶, e nella maggior parte dei pazienti è diagnosticata con un ritardo di più di due di 2 anni¹⁷. Inoltre, il 58% dei pazienti con PsA ha riferito di non aver ricevuto nessun trattamento o terapia topica, lasciando la malattia delle articolazioni non trattata¹⁸. Questi dati suggeriscono un'urgenza di miglioramento di screening, diagnosi, e trattamento di PsA. In un sondaggio ad ampia popolazione basato su pazienti, dermatologi e reumatologi¹⁹, il 37.6% dei dermatologi ha affermato che la loro più grande sfida nella gestione dei pazienti con PsA sia il differenziare la PsA da altre malattie artritiche. Differenti strumenti di screening per PsA sono disponibili, inoltre manca ancora un algoritmo per identificare con precisione i pazienti in fase precoce²⁰. Pertanto, un intervento multidisciplinare, basato principalmente sull'interazione tra reumatologia e dermatologia, è necessario per individuare in fase precoce i pazienti con una possibile PsA e trattarli nella prima fase della malattia.

Tra l'altro, quest'opzione spesso collide con i limiti pratici, economici e organizzativi, aggiunti all'eterogeneità dell'assistenza fornita dai vari centri, con il rischio finale che un grande numero di richieste potrebbe non essere soddisfatto. Sarebbe utile per i dermatologi ospedalieri mandare tutti i pazienti che soffrono di psoriasi dolorose o di infiammazioni alle articolazioni dai reumatologi, così come sarebbe utile per i reumatologi ospedalieri beneficiare di una valutazione dermatologica per tutti i pazienti artroici con interessamento cutaneo, ma tale approccio risulta infattibile nella pratica quotidiana. Un'altra opzione è che ogni specialista dovrebbe essere in grado di gestire in maniera indipendente la psoriasi e l'artrite psoriasica nelle prime fasi, anche su aspetti relativi a specialistiche diverse dalla sua. Tuttavia, è difficile definire in quale punto uno specialista dovrebbe chiedere aiuto all'altro specialista. Sono disponibili alcune pubblicazioni su linee guida e raccomandazioni per il trattamento della PsA indirizzate sia a dermatologi^{21,22} sia a reumatologi²³. In particolare un gruppo italiano²⁴ ha pubblicato raccomandazioni per la gestione dei pazienti con PsA in ambito dermatologico.

Tuttavia, studi che affrontano approfonditamente il ruolo del dermatologo e del reumatologo nella gestione del PsA, in particolar modo sulle loro interazioni, sono carenti. Utilizzando il metodo Delphi, un gruppo spagnolo ha stabilito delle linee guida e dei criteri per la gestione coordinata della PsA da parte di reumatologi e dermatologi. Gli autori hanno creato algoritmi per lo screening del PsA in maniera separata per gli ambulatori dermatologici e reumatologici.

È ancora più evidente che la miglior opzione per il trattamento della PsA dovrebbe prevedere un'unità multidisciplinare, coinvolgendo contemporaneamente sia dermatologi sia reumatologi. Anche se ci sono evidenze limitate, la gestione multidisciplinare del paziente con PsA sembra molto più soddisfacente rispetto a quelli con consulenze separate. Le Unità di Dermatologia-Reumatologia congiunte sono state sperimentate negli USA, in Spagna e in Canada, mostrando un miglioramento dei risultati, della soddisfazione del paziente e del medico, e dell'efficienza.

Ad oggi, non ci sono linee guida italiane per la gestione del paziente con PsA in unità di cura congiunte, e non è stato ancora definito come selezionare quelle situazioni cliniche che, a seconda della situazione clinica del paziente e dell'impostazione disponibile, può o deve avvalersi di entrambi gli specialisti, in modo congiunto o separato.

Pertanto, abbiamo deciso di organizzare una Consensus Conference finalizzata a: a) definire la gestione diagnostico-terapeutica della psoriasi multisistemica sia in ambito dermatologico sia in quello reumatologico; b) definire le circostanze in cui è preferibile o addirittura obbligatoria, a seconda delle impostazioni disponibili, fare affidamento sul parere dei due specialisti, congiuntamente o in modo separato; c) definire le possibili impostazioni di collaborazione tra i due specialisti e le relative modalità di interazione, suggerendo un potenziale percorso del paziente che possa essere utilizzato come base per la progettazione e la convalida future di percorsi terapeutici e di assistenza diagnostici nazionali e/o locali (PDTA).

Materiali e Metodi

Il metodo scelto è il Programma di Consensus³³, come descritto nel manuale metodologico del National System for Guidelines³⁴. Questo approccio, a differenza di altre metodologie, consente di raggiungere, in un periodo di tempo relativamente breve e attraverso un processo formale, un accordo su temi controversi tra un gruppo di esperti riconosciuti e attendibili e gli utenti.

Secondo la sopracitata metodologia, il Comitato Promotore ha messo a punto un Comitato Tecnico-Scientifico responsabile dell'organizzazione scientifica della Conferenza. Sono stati selezionati sulla base di specifiche competenze tre Esperti per preparare e presentare un'analisi critica delle evidenze disponibili a una Giuria Multidisciplinare durante la Conferenza (vedi anche composizione del Comitato nella sezione ulteriori informazioni) e una serie di domande fondamentali a cui rispondere per raggiungere il Consenso finale (Fig.1).

Per la valutazione e la selezione della letteratura si è tenuto conto dei seguenti criteri generali di inclusione:

- a) revisioni sistematiche con o senza meta-analisi;
- b) principali linee-guida aggiornate;
- c) precedente progetto di Consensus italiano sulla psoriasi e PsA;
- d) studi trasversali, casi di controllo e longitudinali (sono esclusi relazioni su casi, casi studio, revisioni non sistematiche, pareri di esperti). Questi studi sono stati selezionati in base alla presenza di criteri di validità interni (adeguatezza del disegno dello studio, analisi statistica, presentazione dei risultati), adeguatezza del campione. Se erano disponibili più revisioni sistematiche, sono state prese in considerazione solo le più recenti;
- e) se diverse revisioni hanno preso in considerazione studi sostanzialmente diversi, è stato incluso il riesame con la massima validità metodologica;
- f) nella possibile selezione tra diverse revisioni sistematiche, è stata valutata anche la coerenza dei risultati tra loro

Prima della conferenza il comitato di promozione provvede per ciascun subcomitato un set di specifiche istruzioni di lavoro per garantire un'esecuzione dell'evento scorrevole.

La conferenza di consenso è stata organizzata via webinar il 10 Dicembre 2021. La scelta di un incontro remoto, invece, è stata dettata dalle incertezze dovute dalla pandemia covid 19.

Durante la Consensus Conference gli esperti riconosciuti hanno discusso con la il "Panel della Giuria" la loro relazione per identificare i problemi principali della gestione della psoriasi anche multiorgano.

Nel mese seguente il Comitato di scrittura designato dalla giuria ha elaborato il documento consensuale finale integrando le dichiarazioni contenenti nel documento di accordo con le relative motivazioni.

Nel presente accordo ci riferiamo a 3 possibili livelli di cura per PsA.

1° livello: ambulatori Clinici di Dermatologia e Reumatologia.

2° livello: Cliniche dedicate alla Dermatologia alla Reumatologia Psoriasica e Artitrica.

3° livello: Unità di cura di Dermatologia e Reumatologia congiunta.

Risultati

Il Panel di Giuria ha esaminato le risposte alle domande somministrate dagli esperti nell'ambito principale della conferenza (es: come e quando creare un'effettiva cooperazione di dermatologi e reumatologi per migliorare la gestione della psoriasi multiorgano) e espresso le seguenti dichiarazioni.

Statements

1. Quale dovrebbe essere il ruolo/i dello specialista ambulatoriale (1° livello)?

I dermatologi e i reumatologi ambulatoriali dovrebbero fare la diagnosi, fornire informazioni al paziente sulla malattia e valutare/indagare se è presente un coinvolgimento multiorgano. Dovrebbero impostare la terapia secondo un insieme di Linee Guida attuali e aggiornate (selezionate sulla base del Consenso vigente)⁴³⁻⁵¹ e in base alle indicazioni delle autorità sanitarie nazionali e locali.

2. Quando lo specialista ambulatoriale deve indirizzare il paziente ai centri di 2° livello?

In caso di fallimento delle terapie biologiche sistemiche convenzionali, lo specialista deve indirizzare il paziente a centri di 2° livello. Nel caso in cui i pazienti siano dimessi da questi centri, lo specialista dovrebbe continuare a monitorare il paziente. In caso di elevato livello di gravità e/o coinvolgimento multiorgano, si consiglia di indirizzare il paziente direttamente a un centro di 2° livello.

3. Quando il dermatologo dovrebbe richiedere una visita con il reumatologo?

Il dermatologo dovrebbe chiedere la collaborazione del reumatologo in particolari casi di dubbio, cioè, dubbi relativi al coinvolgimento articolare, in particolare una componente articolare invalidante, l'insorgenza di artralgia o artrite durante il trattamento in corso, o l'inefficacia del trattamento sulla componente articolare.

4. Quando il reumatologo dovrebbe richiedere una visita con il dermatologo?

Il reumatologo dovrebbe chiedere la collaborazione del dermatologo, in particolari casi di dubbio, cioè quando c'è una componente cutanea grave o in zone difficili da trattare, all'inizio di nuove manifestazioni cutanee, o di inefficacia del trattamento sulla componente cutanea.

5. Quali sono i modi di interazione consigliabili tra dermatologi e reumatologi?

Il modo migliore di interagire sarebbe un'unità di cura dermatologia-reumatologia congiunta, cioè, un centro di 3° livello che permette al paziente di ridurre i tempi di attesa e di decisione sia per la componente diagnostica che per quella terapeutica. La valutazione clinica dovrebbe essere effettuata da entrambi gli specialisti per i casi selezionati, seguita da una discussione collegiale. Se la creazione di un'unità di cura dermatologica-reumatologica congiunta non è possibile, i due specialisti dovrebbero essere situati nello stesso sito, per facilitare l'accesso per i pazienti. Inoltre, ci dovrebbero essere percorsi indiretti tramite APP o sito web per i suddetti pazienti inizialmente valutati dal dermatologo e dal reumatologo. La telemedicina potrebbe essere utile per la discussione diretta dei casi.

6. Come dovrebbe essere organizzata un ambulatorio congiunto dermatologia-reumatologia? I centri di terzo livello dovrebbero garantire la possibilità di prenotazione diretta delle visite con doppio rinvio, ottimizzando risorse e tempo. Essi dovrebbero dotarsi di strumenti di monitoraggio epidemiologico e di banche dati per valutare la sicurezza e l'impatto clinico e socioeconomico degli interventi. Dovrebbero creare una rete con medici di primo livello di entrambe le specialità, medici generici e altri specialisti coinvolti nella gestione della psoriasi. Dovrebbero garantire l'omogeneità nell'accesso al trattamento secondo le linee guida nazionali e internazionali, per superare le differenze tra regioni e centri nell'accesso a terapie innovative.

7. Come garantire la fornitura di servizi multi-specialistici (dermatologia e reumatologia) ai pazienti?

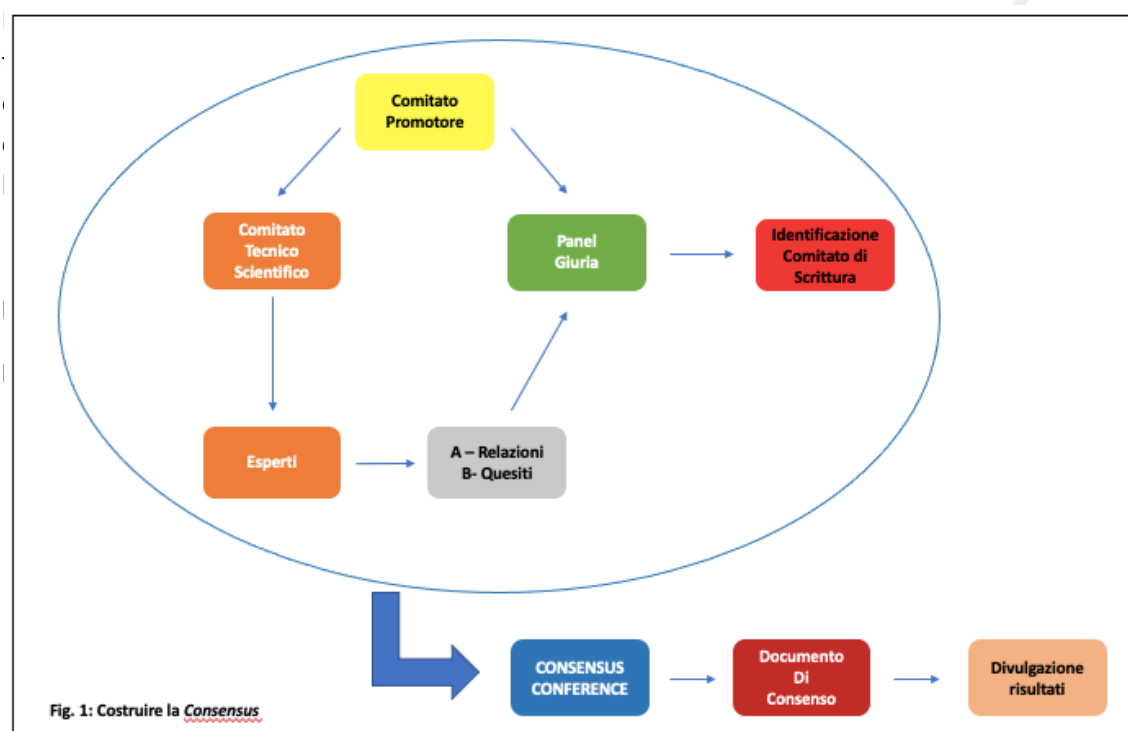
L'interazione tra dermatologi e reumatologi dovrebbe essere aumentata a livello locale, regionale e nazionale con eventi condivisi e la creazione di linee guida comuni. Le liste di prenotazione con canali preferenziali dovrebbero essere fornite non solo per le prime visite e quelle successive, ma anche per gli esami strumentali necessari per la valutazione della gravità della malattia articolare nei pazienti in attesa di terapia. La telemedicina dovrebbe essere implementata per consentire il triage di casi, la valutazione congiunta durante il follow-up e la discussione attiva per raggiungere terapie condivise.

8. È possibile proporre un percorso terapeutico per guidare dermatologi e reumatologi nella gestione della psoriasi multisistemica e che possa essere utilizzato per implementare specifici percorsi di cura integrati locali e/o regionali per la malattia psoriasica?

In Italia, ci sono almeno due esempi di percorso di cura integrato sviluppato in modo indipendente da dermatologi e reumatologi e utilizzato nelle pratiche cliniche⁵²⁻⁵⁴ che sono stati esaminati dai partecipanti e utilizzati come riferimento per sviluppare un percorso terapeutico specifico per la gestione congiunta della psoriasi nella pratica clinica. (Figura 2)

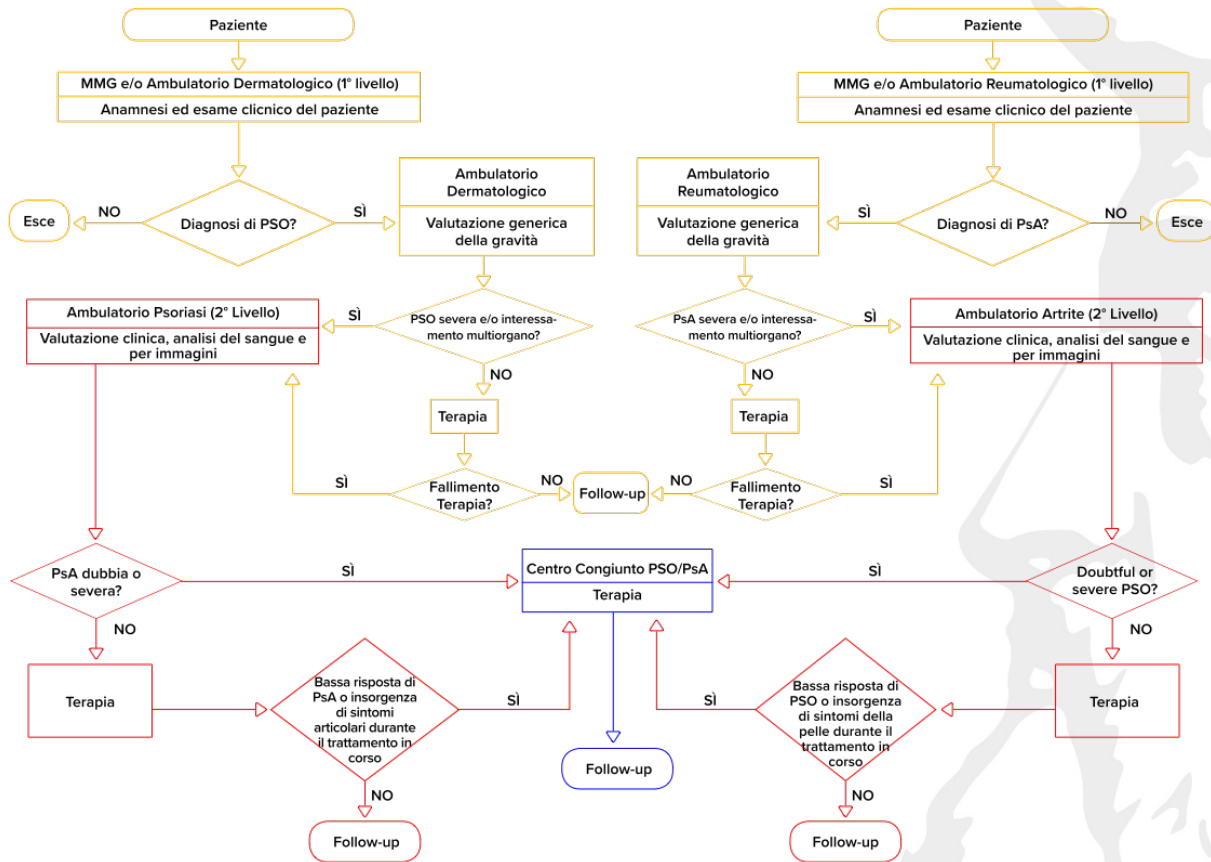
Conclusioni

Per quanto ne sappiamo, il progetto PSO-Amore è la prima conferenza di consenso sviluppata in Italia da un ampio team multidisciplinare, che coinvolge anche i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, volta a migliorare la gestione dei pazienti sia con psoriasi che con PsA. Tuttavia, nella pratica la comunicazione tra le due specialità è spesso carente o ritardata. La conclusione principale della conferenza di consenso è stata la necessità di creare ambienti multidisciplinari con dermatologi e reumatologi che lavorano insieme, al fine di organizzare il più alto livello di gestione dei pazienti con psoriasi e PsA. Sono state definite le situazioni in cui ogni specialista dovrebbe chiedere la collaborazione dell'altro. È stata discussa l'organizzazione delle ambulatori congiunti tra Dermatologi Reumatologi. Inoltre, sono stati proposti modi alternativi di comunicazione tra specialisti, nel caso in cui la creazione di una clinica congiunta non fosse possibile.



valutazione
ne possono
risultati del
io basati su

Figure 2: Percorso per la gestione congiunta del paziente con Psoriasi o PsA



References

1. Conrad C, Gilliet M. Psoriasis: from Pathogenesis to Targeted Therapies. *Clin Rev Allergy Immunol* 2018;**54**:102–13doi:10.1007/S12016-018-8668-1.
2. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Can Fam Physician* 2017;**63**https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28404701/. Accessed 19 Jan 2022.
3. ADIPSO, ADOI, AIDA, SIDeMaST, SIMG. Report PACTA. La Psoriasi. Una patologia cutanea multiorgano. Nuovi paradigmi e strategie di tutela assistenziale. 2016.
4. de Oliveira M de FSP, Rocha B de O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol* 2015;**90**:9doi:10.1590/ABD1806-4841.20153038.
5. Daniel BS. The multiple comorbidities of psoriasis: The importance of a holistic approach. *Aust J Gen Pract* 2020;**49**:433–7doi:10.31128/AJGP-08-19-5035.
6. Ruderman EM, Tambar S. Psoriatic arthritis: prevalence, diagnosis, and review of therapy for the dermatologist. *Dermatol Clin* 2004;**22**:477–86.
7. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Moderate-to-Severe Psoriasis, Third Ed* 2008;**8**:239–58doi:10.12688/F1000RESEARCH.19144.1/DOI.
8. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973;**3**:55–78doi:10.1016/0049-0172(73)90035-8.
9. Ogdie A, Weiss P. The Epidemiology of Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2015;**41**:545–68doi:10.1016/J.RDC.2015.07.001.
10. Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol* 2009;**160**:1040–7doi:10.1111/J.1365-2133.2008.09023.X.
11. Radtke MA, Reich K, Blome C, Rustenbach S, Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;**23**:683–91doi:10.1111/J.1468-3083.2009.03159.X.
12. Khraishi M, Chouela E, Bejar M, et al. High prevalence of psoriatic arthritis in a cohort of patients with psoriasis seen in a dermatology practice. *J Cutan Med Surg* 2012;**16**:122–7doi:10.2310/7750.2011.10101.
13. Zhang F, Yang Q, Qu L, et al. Prevalence and characteristics of psoriatic arthritis in Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;**25**:1409–14doi:10.1111/J.1468-3083.2011.03985.X.
14. Eder L, Haddad A, Rosen CF, et al. The Incidence and Risk Factors for Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis: A Prospective Cohort Study. *Arthritis Rheumatol (Hoboken, NJ)* 2016;**68**:915–

23doi:10.1002/ART.39494.

15. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2009;**61**:233–9doi:10.1002/ART.24172.

16. Villani AP, Rouzard M, Sevrain M, *et al.* Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2015;**73**:242–8doi:10.1016/J.JAAD.2015.05.001.

17. Karmacharya P, Wright K, Achenbach SJ, *et al.* Diagnostic Delay in Psoriatic Arthritis: A Population-based Study. *J Rheumatol* 2021;**48**:1410–6doi:10.3899/JRHEUM.201199.

18. Kavanaugh A, Helliwell P, Ritchlin CT. Psoriatic Arthritis and Burden of Disease: Patient Perspectives from the Population-Based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP) Survey. *Rheumatol Ther* 2016;**3**:91–102doi:10.1007/S40744-016-0029-Z.

19. Lebwohl MG, Kavanaugh A, Armstrong AW, Van Voorhees AS. US Perspectives in the Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Patient and Physician Results from the Population-Based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP) Survey. *Am J Clin Dermatol* 2016;**17**:87–97doi:10.1007/S40257-015-0169-X.

20. Ocampo V, Gladman D. Psoriatic arthritis. In: Moderate-to-Severe Psoriasis, Third Edition. CRC Press; 2008. p. 239–58doi:10.12688/f1000research.19144.1.

21. Daudé E, Castañeda S, Suárez C, *et al.* Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2013;**27**:1387–404doi:10.1111/JDV.12024.

22. Gottlieb A, Merola JF. Psoriatic arthritis for dermatologists. *J Dermatolog Treat* 2020;**31**:662–79doi:10.1080/09546634.2019.1605142.

23. Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, *et al.* Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;**68**:1387–94doi:10.1136/ARD.2008.094946.

24. Gisondi P, Altomare G, Ayala F, *et al.* Consensus on the management of patients with psoriatic arthritis in a dermatology setting. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;**32**:515–28doi:10.1111/JDV.14741.

25. Cañete JD, Daudén E, Queiro R, *et al.* Recommendations for the coordinated management of psoriatic arthritis by rheumatologists and dermatologists: a Delphi study. *Actas Dermosifiliogr* 2014;**105**:216–32doi:10.1016/J.ADENGL.2013.07.003.

26. Queiro R, Coto P. Multidisciplinary care for psoriatic disease: Where we are and where we need to go. *Rheumatology (Oxford)* 2017;**56**:1829–31doi:10.1093/RHEUMATOLOGY/KEW485.

27. Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, *et al.* Multidisciplinary dermatology-rheumatology

- management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int* 2016;**36**:221–9doi:10.1007/S00296-015-3377-Z.
28. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, *et al.* Multidisciplinary Care Models for Patients With Psoriatic Arthritis. *Reumatol Clin* 2017;**13**:85–90doi:10.1016/J.REUMA.2016.03.005.
29. Velez NF, Wei-Passanese EX, Husni ME, Mody EA, Qureshi AA. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic. *Arch Dermatol Res* 2012;**304**:7–13doi:10.1007/S00403-011-1172-6.
30. Soleymani T, Reddy SM, Cohen JM, Neimann AL. Early Recognition and Treatment Heralds Optimal Outcomes: the Benefits of Combined Rheumatology-Dermatology Clinics and Integrative Care of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Patients. *Curr Rheumatol Rep* 2017;**20**doi:10.1007/S11926-017-0706-0.
31. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, *et al.* Multidisciplinary psoriasis and psoriatic arthritis unit: report of 4 years' experience. *Actas Dermosifiliogr* 2014;**105**:371–7doi:10.1016/J.AD.2013.10.009.
32. Samyia M, McCourt C, Shojania K, Au S. Experiences From a Combined Dermatology and Rheumatology Clinic: A Retrospective Review. *J Cutan Med Surg* 2016;**20**:486–9doi:10.1177/1203475416649138.
33. Black N, Murphy M, Lamping D, *et al.* Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *J Health Serv Res Policy* 1999;**4**:236–48doi:10.1177/135581969900400410.
34. Candiani G, Colombo C, Daghini R, *et al.* Manuale Metodologico SNLG-ISS. Come organizzare una conferenza di consenso. 2013<https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/02/Manuale-Metodologico-Consensus.pdf>.
35. Amatore F, Villani AP, Tauber M, Viguier M, Guillot B. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;**33**:464–83doi:10.1111/JDV.15340.
36. Gisondi P, Altomare G, Ayala F, *et al.* Italian guidelines on the systemic treatments of moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;**31**:774–90doi:10.1111/JDV.14114.
37. Lambert JLW, Segaeert S, Ghislain PD, *et al.* Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis in case of coexisting inflammatory, neurologic, infectious or malignant disorders (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 2). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;**34**:1914–23doi:10.1111/JDV.16683.
38. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, *et al.* EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020;**79**:S700–12doi:10.1136/ANNRHEUMDIS-2020-217159.
39. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, *et al.* Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and

treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2019;**80**:1029–72doi:10.1016/J.JAAD.2018.11.057.

40. Menter A, Gelfand JM, Connor C, *et al.* Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol* 2020;**82**:1445–86doi:10.1016/J.JAAD.2020.02.044.

41. Elmetts CA, Lim HW, Stoff B, *et al.* Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy. *J Am Acad Dermatol* 2019;**81**:775–804doi:10.1016/J.JAAD.2019.04.042.

42. Elmetts CA, Korman NJ, Prater EF, *et al.* Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol* 2021;**84**:432–70doi:10.1016/J.JAAD.2020.07.087.

43. Elmetts CA, Leonardi CL, Davis DMR, *et al.* Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol* 2019;**80**:1073–113doi:10.1016/J.JAAD.2018.11.058.

44. Malara G. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente con Psoriasi [Diagnostic Therapeutic Assistance Path of patients with Psoriasis]. 2020https://ospedaleri.it/files/simonecarullo/PDTA/pdta_psoriasi.pdf. Accessed 8 Feb 2022.

45. Visalli E, Crispino N, Foti R. Multidisciplinary Management of Psoriatic Arthritis: The Benefits of a Comprehensive Approach. *Adv Ther* 2019;**36**:806–16doi:10.1007/S12325-019-00901-0.



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA



SEDE

C.da Ponte delle Tavole
Parco della Luna - 82100 Benevento
tel./fax 08241524502
segreteria@adoi.it

CF: 80101420109
P. IVA: 06379991216