

## 6° CONVEGNO A.S.N.

### psoriasi e vitiligine APPROCCI TERAPEUTICI ED ASPETTI MEDICO LEGALI.

#### Indice

**Psoriasi: La terapia della psoriasi artropatica: problemi e controversie**

**A. F. FINZI** - Direttore del Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano

**Psoriasi: Strategie terapeutiche e nuove terapie della psoriasi**

**A. CATTANEO** - Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano

**Psoriasi: Aspetti psicosomatici della psoriasi**

**M. M. POLENGHI** - Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano

**Vitiligine: Il dermatologo di fronte al paziente con la vitigine**

**G. ORECCHIA** - Ricercatore Università di Pavia.

**Psoriasi: La eziopatogenesi della psoriasi**

**N. MOZZANICA** - Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano

**Psoriasi: Il ruolo del medico del lavoro nella tutela del soggetto psoriasico**

**C. MENDICINO** - Medico del Lavoro Azienda US.S.L. 40 - Milano

**Psoriasi: Aspetti medico legali: riconoscimento invalidità civile**

**A. RIVA** - istituto Medicina Legale - Pavia

## PSORIASI

### LA TERAPIA DELLA PSORIASI ARTROPATICA: PROBLEMI E CONTROVERSIE

**A. F. FINZI** - Direttore del Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano

La artropatia psoriasica è una artrite infiammatoria con caratteri di specificità, che colpisce in maniera clinicamente evidente circa il 6% dei pazienti affetti da psoriasi e rappresenta quindi un problema assai diffuso ed importante.

Come spesso accade nelle patologie di confine, in assenza di una visione globale del paziente, gli aspetti patogenetici e terapeutici dell'artrite psoriasica sono considerati spesso con ottiche diverse dai reumatologi e dai dermatologi (i reumatologi parlano infatti di artrite psoriasica, mentre i dermatologi considerando il paziente nel suo insieme preferiscono parlare di psoriasi artropatica).

Molti farmaci usati prevalentemente in ambito reumatologico possono influire negativamente sull'andamento

della dermatopatia (come ad esempio gli antiinfiammatori non steroidei, i cortisonici, i derivati clorochinici) mentre altri tipi di cura, efficaci sulla cute, possono peggiorare la sintomatologia articolare (come ad esempio i raggi ultravioletti e la foto chemioterapia).

Alcune altre terapie, attive sulle articolazioni o sulla cute, sono neutre sull'altro versante, mentre la soluzione ideale consiste nell'usare medicinali capaci di effetto terapeutico favorevole sia sulla dermatopatia che sull'artropatia.

Viene fatta una disamina dei farmaci maggiormente usati sia dai dermatologi che dai reumatologi, valutati in base agli aspetti sopra riferiti.

Il methotrexate e la ciclosporina A, nonché, in misura minore, la azatioprina sembrano essere i medicinali più attivi sia sulla sintomatologia cutanea che su quella articolare.

## **PSORIASI**

### **STRATEGIE TERAPEUTICHE E NUOVE TERAPIE DELLA PSORIASI**

#### **A. CATTANEO - Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano**

La terapia della psoriasi si basa sia sulla terapia topica che sulla terapia sistemica riservata quest'ultima ai casi di psoriasi grave.

Negli ultimi anni la scoperta di nuove molecole ha notevolmente migliorato la prognosi della psoriasi che pur restando una malattia cronico recidivante può più facilmente essere controllata dalle terapie.

#### **TERAPIA LOCALE**

La terapia locale è in grado di controllare circa l'80% dei casi di psoriasi.

Si basa oltre che su farmaci ormai ampiamente sperimentati nei decenni precedenti (cheratolitici, catrami, cortisonici, ditanolo) anche sull'uso di nuove molecole. In particolare il calcipotriolo e le nuove molecole cortisoniche permettono oltre ad un buon effetto terapeutico anche una riduzione dei ben noti effetti collaterali (in particolare atrofia cutanea).

Il calcipotriolo con il suo effetto sulla differenziazione e proliferazione cellulare, sulla componente infiammatoria della psoriasi, ha determinato un notevole passo avanti nella terapia e nella comprensione dei meccanismi patofisiologici della malattia.

#### **TERAPIA SISTEMICA**

La terapia sistemica si basa sulla somministrazione di numerosi farmaci che devono essere utilizzati prendendo in considerazione i seguenti punti.

- Tipo e gravità della psoriasi
- Effetti collaterali legati al farmaco in esame

I principali farmaci utilizzati nella terapia sistemica sono:

#### **ETRETINATO**

Agisce regolando la differenziazione dei cheratinociti, inibendo l'attività chemiotattica dei granulociti neutrofili e riducendo la adesione tra cellula e cellula.

E' utilizzato nelle forme di psoriasi pustolosa localizzata e generalizzata e nella psoriasi in chiazze diffusa.

*Principali effetti collaterali:* teratogenicità (donne), aumento trigliceridi e colesterolo e indici di funzionalità epatica.

## **CICLOSPORINA**

Blocca la produzione di IL-2 e di altri fattori di crescita cellulare.

Le cellule bersaglio della ciclosporina sono i linfociti T, i monociti e le cellule di Langherans.

E' utilizzata nella psoriasi volgare in chiazze grave e nella psoriasi eritrodermica.

*Principali effetti collaterali:* insufficienza renale, ipertensione, possibile insorgenza di neoplasie.

## **METHOTREXATE**

Agisce come antimetabolita, antagonista dell'acido folico, inibisce quindi la sintesi del DNA cellulare.

E' utilizzato particolarmente nella psoriasi artropatica.

*Principali effetti collaterali:* epatotossicità, leucopenia.

## **PuvA TERAPIA**

Agisce inibendo la attività dei cheratinociti, delle cellule di Langherans, dei T linfociti e dei granulociti neutrofili.

E' utilizzata particolarmente nella psoriasi eritrodermica e nella volgare in chiazze diffusa.

*Principali effetti collaterali:* epatotossicità, cataratta, neoplasie cutanee.

Oltre alla monoterapia, sistemica e/o topica, negli ultimi anni si è cercato di associare i vari trattamenti farmacologici nel tentativo di ottenere un duplice scopo:

1. Aumentare l'efficacia terapeutica.
2. Ridurre gli effetti collaterali del singolo farmaco.

La somministrazione di diversi farmaci può permettere una riduzione del periodo di trattamento senza aumento degli eventi avversi.

Il sinergismo porta invece ad un aumento dell'efficacia terapeutica con contemporanea riduzione degli eventi avversi, cioè ad un migliore rapporto terapeutico.

## **NUOVE TERAPIE**

Durante il congresso sulla psoriasi svoltosi a Chicago nel mese di luglio 1994 sono stati presentati alcuni lavori scientifici su nuove possibilità terapeutiche nella psoriasi. Questi nuovi farmaci, da considerarsi ancora in una fase sperimentale hanno aperto nuove porte nella terapia di questa malattia.

Tra i farmaci sperimentati ricordiamo:

FK 5906 (tacrolimus), tossina linfocitica specifica (DAB 389 IL-2), un nuovo macrolide (SDZ9, retinoidi per uso topico).

## PSORIASI

### ASPETTI PSICOSOMATICI DELLA PSORIASI

M. M. POLENGHI - Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano

La pelle per le sue funzioni di difesa meccanica ed immunitaria, per la sua importanza nella termoregolazione e nell'eliminazione dei rifiuti del metabolismo e per la sua attività sensoriale può essere considerata un organo complesso con importanti funzioni adattive e difensive. Come tale la pelle viene considerata un organo di confine tra mondo interno e mondo esterno.

Varie patologie dermatologiche possono assumere in tal modo una funzione simbolica, divenendo la pelle una valvola di scarico di conflitti interni.

Inoltre, dal punto di vista embriologico, la pelle presenta la stessa derivazione ectodermica del SNC e, con un salto interpretativo, si potrebbe giustificare la ricchezza di capacità comunicazionali e psichiche della cute a tale "derivazione".

La pelle, inoltre, è ricchissima di innervazioni del SNV ed è attraverso quest'ultimo che numerose emozioni si traducono in modificazioni della cute (rossore, orripilazione, sudorazione, pallore).

La psoriasi attualmente viene vista come una malattia ad eziopatogenesi multifattoriale, in cui anche fattori di carattere psicologico, emotivo, hanno sicuramente rilevanza. Stress psicosociali possono, infatti, in talune circostanze creare le condizioni slatentizzanti la patologia.

Spesso, poi, non è solo il peso dell'evento esistenziale in se stesso a favorire la malattia somatica, ma il modo di viverlo o di reagire ad esso.

Si può quindi pensare che l'evento stressante, attivando il sistema neuroendocrino e neurovegetativo, sia almeno in parte responsabile della comparsa della malattia.

In nostre precedenti ricerche condotte su 196 pazienti alla scheda degli eventi stressanti di Paykel, abbiamo rilevato un evento stressante recente (di un mese precedente l'insorgenza della patologia) nel 72% dei pazienti psoriasici studiati, una elevata quota di ansietà al test di Zung nel 58% di essi.

La valutazione psiconeurofisiologica eseguita mediante la rilevazione del profilo psiconeurofisiologico cutaneo a mezzo biofeedback ci ha portato, invece, a rilevare un aumento statisticamente significativo di tensione muscolare e resistenza galvanica cutanea in condizioni di stress mentale, emozionale e fisico.

Il biofeedback può essere utilizzato, tuttavia, sia per la rilevazione del profilo psiconeurofisiologico che per la terapia di rilassamento comportamentale.

L'approccio psicosomatico non offre, infatti, soltanto prospettive patogenetiche, ma allarga gli orizzonti terapeutici.

In particolare abbiamo individuato a seconda della tipologia del paziente, diverse modalità di intervento: sola terapia dermatologica, psicoterapia, biofeedback training, terapie combinate farmacologiche e dermatologiche.

La nostra esperienza terapeutica al biofeedback ci ha permesso di ottenere un risultato significativo nel 64% di 193 pazienti studiati con particolare riferimento a riduzione dell'eritema, dell'infiltrazione e della desquamazione delle chiazze e riduzione del numero e della gravità delle manifestazioni cliniche con un follow-up a due anni di distanza.

Tale risultato ci pare degno di particolare attenzione tenendo conto della possibilità offerta dal biofeedback di ottenere un beneficio specifico inerente l'entità della psoriasi ed un beneficio globale di rilassamento, riconosciuto dal paziente, con riduzione almeno temporanea dell'uso di farmaci cui i pazienti psoriasici sono tanto dediti.

## VITILIGINE

## **IL DERMATOLOGO DI FRONTE AL PAZIENTE CON LA VITILIGINE**

**G. ORECCHIA - Ricercatore Università di Pavia.**

In Italia è tuttora vivo e tenace il preconcetto che per la vitiligine non ci siano cure. Questa idea è in gran parte favorita dai medici e anche da molti dermatologi; non stupisce quindi che i pazienti che ne soffrono si presentino alla nostra osservazione scarsamente motivati se non diffidenti.

Se è vero che non esiste ancora la cura definitiva e che non ci sono nuove cure (a parte le numerose che quasi ogni mese vengono proposte da personaggi che tante volte con la medicina non hanno nulla a che fare e che quindi non possono avere una reale efficacia), è pur vero che in tutto il mondo civile la vitiligine si cura, talvolta con risultati apprezzabili.

A nostro avviso vale sempre la pena di prendere in carico il paziente con la vitiligine, per tre buoni motivi. Il primo, più importante, è quello di fornire un indispensabile appoggio psicologico a quelle persone che per questo "semplice inestetismo" soffrono molto, sono depresse e avvertono particolari difficoltà nell'inserimento nella società civile.

Un altro punto importante è che la vitiligine spesso si associa ad altre malattie immunologiche, talora ancora non manifeste clinicamente. Il paziente va quindi studiato con attenzione.

Infine, l'ultimo motivo, è bene tentare la cura, almeno per un breve periodo per vedere se il paziente è uno di quelli che rispondono. Non è eticamente corretto rifiutare di curare in blocco tutti i pazienti, solo perchè un certo numero non risponde o risponde poco.

Anche piccole risposte possono recare un notevole vantaggio psicologico al paziente, che il più delle volte richiede semplicemente di non peggiorare.

Comunque viene spontaneo pensare che l'armamentario che abbiamo oggi a disposizione sia destinato in futuro a migliorare e ad arricchirsi.

Speriamo che ciò avvenga non grazie al caso, come tante volte succede, ma in seguito a studi scientifici seri e ben pianificati, come è anche giusto, in una società civile.

## **PSORIASI**

### **LA EZIOPATOGENESI DELLA PSORIASI**

**N. MOZZANICA - Centro per lo studio e la cura della psoriasi - Milano**

La psoriasi è una comune dermatosi cronico-ricidivante, che fino agli anni ottanta veniva universalmente considerata un disordine primitivo della proliferazione e della differenziazione dei cheratinociti. Recenti ricerche hanno invece dimostrato che alla base della comparsa e/o dell'automantenimento della malattia stanno alcuni meccanismi immunologici prevalentemente di tipo cellulo-mediato.

In particolare si ritiene che la iperproliferazione del cheratinocito derivi da una reciproca stimolazione fra almeno tre citotipi: cheratinocito, T linfocito e cellule presentanti l'antigene (APC - cellule di Langerhans) che interagiscono tra di loro, sia direttamente sia tramite diverse citochine.

Secondo tale ipotesi patogenetica, ignoti immunogeni (antigeni streptococcici, virali ecc.) verrebbero processati dalle cellule di Langerhans con produzione di IL-1, IL-8, TNF e richiamo e attivazione dei T linfociti.

Questi ultimi rilascerebbero IL-2, IL-6 (che stimolano la proliferazione dei cheratinociti e degli stessi linfociti T) e IFN-gamma, capace di indurre la comparsa di molecole di adesione (come la ICAM-1), su cheratinociti e cellule endoteliali.

I cheratinociti sono a loro volta stimolati a secernere citochine e fattori di crescita (IL-1, IL-7, IL-8, EGF, TGF-alfa), e ad esprimere in quantità recettori specifici per i fattori di crescita stessi (EGF, TGF-alfa).

La presenza di molecole di adesione (ICAM-1, VCAM-1, ELAM-1) sulle cellule endoteliali determina il richiamo dal torrente circolatorio di nuovi T linfociti, di polimorfonucleati e di monociti.

La presenza di molecole di adesione sui cheratinociti perpetua il richiamo di T linfociti attivati e la loro adesione ai cheratinociti stessi, con continua e reciproca attivazione dei due citotipi.

Delle varie citochine rilasciate, alcune (IL-6, IL-8, TGF-alfa) indurrebbero la proliferazione dei cheratinociti stessi; altre causerebbero il continuo richiamo ed attivazione dei T linfociti (IL-1, IL-2, IL-6, IL-7) e di polimorfonucleati (IL-8); altre ancora sarebbero responsabili di una aumentata capacità di presentazione antigenica da parte delle cellule di Langerhans e dei dendrociti dermici (GM-CSF); altre infine causerebbero la espressione di molecole di adesione su cheratinociti e cellule endoteliali (IL-i, IFN-gamma, TNF-alfa).

## **PSORIASI**

### **IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO NELLA TUTELA DEL SOGGETTO PSORIASICO**

**C. MENDICINO - Medico del Lavoro Azienda US.S.L. 40 - Milano**

L'approccio classico della Medicina del Lavoro si addice assai poco alla malattia psoriasica.

Si basa, infatti, il più delle volte, sul rapporto etiologico esistente tra patologia e rischio professionale che, nel caso della psoriasi, com'è risaputo, non esiste.

Le affezioni cutanee costituiscono uno dei capitoli più indagati e conosciuti della Medicina del Lavoro, tant'è che allo specialista sono ben note patologie quali la "dermatite da contatto irritante" e la "dermatite allergica da contatto", per non parlare delle forme neoplastiche di origine professionale; quando, però, l'argomento è rappresentato da affezioni quali la psoriasi, risulta più che evidente l'estraneità della causa professionale.

Ma allora quale può essere l'interesse del Medico del Lavoro per la patologia di cui trattiamo oggi?

E' il quesito che mi si è parato davanti allorché mi è stato proposto di tentare l'aggancio con la disciplina che mi è familiare. La risposta è venuta, spontanea, dal ricordo dei tanti lavoratori portatori di psoriasi che ho avuto modo di conoscere durante la mia attività di Medico di Azienda e, successivamente, di Medico del

Lavoro appartenente alla struttura pubblica, con funzioni di vigilanza e di prevenzione dei rischi professionali.

Il lavoratore affetto da psoriasi tende, generalmente, a mantenere distinto quest'ultimo dalla malattia dermatologica di cui è portatore e, nell'esperienza personale, difficilmente indulge a confondere le due cose.

Si presenta alla visita medica e affronta le incombenze spettantegli, ai fini preventivi, con l'occhio rivolto ai rischi specifici dell'attività lavorativa svolta.

Diversi fattori di rischio, però, pur non rappresentando la causa della patologia in esame, possono contribuire al determinismo delle fasi cliniche, piuttosto che all'aggravamento dell'affezione.

Il sapere interpretare tali fenomeni e il saperli controllare, costituisce pertanto, il compito del Medico del Lavoro.

Non è questa la sede né il momento opportuno per trattare esaustivamente tali tematiche, essendo gli elementi in campo davvero svariati: tuttavia appare opportuno tracciare sinteticamente una succinta mappatura dei fattori cui prima si accennava, lasciando all'eventuale proposizione di questi specifici la possibilità di una dissertazione più approfondita.

Qualsiasi **sostanza irritante**, che venga a contatto con la superficie cutanea (più solitamente quella delle mani) può favorire l'insorgere, nel soggetto già portatore di psoriasi di lesione omologhe, nonché l'esacerbazione di eventuali manifestazioni in corso:

tra queste meritano particolare attenzione i solventi di varia natura (idrocarburi alifatici, aromatici, alogenati, ecc.) e **gli acidi e le basi forti** tali sostanze, responsabili di lesioni cutanee di tutto rispetto (nonché, spesso, di tossicità sistemica), sono in grado di costituire seri problemi per i lavoratori ipersuscettibili, nel cui novero possono collocarsi, a ragione, gli psoriasici.

Per motivi analoghi, anche se attraverso meccanismi d'azione differenti, possono risultare fastidiose quelle attività che esponano a **traumatismi cutanei**, di entità variabile, quali piccole ferite, abrasioni, escoriazioni, ecc. Il fenomeno dell' "isomorfismo reattivo", ben noto a tutti i presenti, fornisce il proprio contributo, in questi casi, all'estendersi delle lesioni e al loro diffondersi in distretti cutanei prima indenni.

Gli oli minerali, presenti in diversi prodotti dalle funzioni lubrorefrigeranti nel comparto metalmeccanico, sono responsabili della comparsa di dermatiti acneiformi che, pur diffusissime tra i lavoratori cosiddetti "sani", assumono forme e dimensioni particolari nei soggetti ipersuscettibili dal punto di vista dermatologico.

Quello appena prospettato, seppure ampiamente incompleto e superficiale, rappresenta il nesso di unione tra psoriasi nella sua versione "dermatologica" e Medicina del Lavoro.

Solo un accenno, ma doveroso, alle **forme artropatiche** della psoriasi, passibili di seri peggioramenti anatomo-funzionali in caso di **microtraumatismi ripetuti**, quali quelli **dipendenti dall'uso di strumenti vibranti, oscillanti e/o rotanti**.

Non vorrei trascurare un accenno, infine, ai fattori di rischio cosiddetti (nel gergo della Medicina del Lavoro) "**del quarto gruppo**": tensione psicofisica, stress da turni e/o ritmi di lavoro, da rapporti interpersonali con i compagni di lavoro e con i dirigenti, ecc.

Tali fattori, le cui manifestazioni possono considerarsi ubiquitarie, sono i meno indagati (anche perché mal si prestano ad indagini di tipo quali-quantitative), sebbene rivestano, ormai, una indiscutibile, quanto ponderosa responsabilità nel determinismo di diverse malattie cutanee, non esclusa quella oggi in argomento.

Se quindi, pur in assenza di un nesso di causa diretto, diverse noxe di origine professionale sono in grado di condizionare l'evoluzione e, comunque, il quadro clinico della psoriasi, quale può essere il ruolo del Medico

del Lavoro al cospetto di un operatore affetto da tale dermatopatia?

La risposta è variabile a seconda della posizione istituzionale occupata dal citato specialista: Medico di Azienda o Medico del Servizio pubblico di prevenzione.

Il primo, al quale, successivamente ai decreti Legislativi 277/91 e 626 del dicembre 1994, si attribuisce meglio la denominazione di "Medico competente", svolge un ruolo fondamentale nella limitazione del danno nei casi di esposizione a fattori di rischio del tipo di quelli prima citati. Attraverso il meccanismo del rilascio dell' "idoneità lavorativa specifica" e il diritto/dovere di allontanamento dell'operatore per il quale si dimostri un legame tra esposizione lavorativa e patologia specifica, il Medico competente esercita un'importante funzione di filtro, in grado, se ben condotta, di evitare l'insorgenza e/o l'aggravamento di situazioni sgradevoli.

Il Medico del lavoro operante presso l'Unità operativa Tutela della Salute nei Luoghi di lavoro di una U.S.S.L. svolgerà, a sua volta, compiti (legalmente sanciti) di vigilanza e coordinamento sull'attività del primo, nonché di esperto all'interno di Commissioni collegiali istituite per l'accertamento dell'idoneità specifica alla mansione e di Commissioni per l'accertamento dello stato di invalidità civile.

E' dall'azione congiunta delle diverse figure, e tra queste e le restanti parti coinvolte nel rapporto di lavoro, che può scaturire il contenimento del danno lavorativo in un soggetto portatore di psoriasi.

## **PSORIASI**

### **ASPETTI MEDICO LEGALI: RICONOSCIMENTO INVALIDITA' CIVILE**

#### **A. RIVA - istituto Medicina Legale - Pavia**

La Medicina Legale è il punto di incontro tra le scienze mediche e quelle giuridiche: è essa stessa scienza autonoma, prettamente applicativa, derivata dalla fusione del sapere medico con il pensiero giuridico, dotata di caratteristiche proprie, di un sistema e di un metodo del tutto peculiari, con finalità orientate verso il campo del diritto.

Può dunque definirsi la Medicina Legale come una disciplina che, avvalendosi delle conoscenze mediche, offre il suo contributo alla soluzione di casi concreti e, soprattutto, alla elaborazione, alla retta interpretazione ed alla esatta applicazione di precetti giuridici inerenti eventi biologici: la tutela della vita, della integrità fisica, della validità della persona, intesa come efficienza psico-fisica allo svolgimento di attività, sia lavorative che più ampiamente riconducibili alla realizzazione di una soddisfacente vita di relazione.

Così pur brevemente chiariti e delineati i compiti della medicina legale, pare doveroso entrare subito nel merito degli aspetti di interesse, attinenti alla patologia - la psoriasi - tema dell'odierno convegno. Sebbene, forse, di minore pregnanza per la "pochezza", certamente solo quantitativa, della casistica, le tematiche a quella connesse e di maggior rilevanza medico-legale ineriscono essenzialmente il tema del risarcimento del danno per responsabilità civile.

Due sono, in questo senso, le ipotesi prospettabili: una responsabilità professionale del medico curante in ognuna delle fasi in cui tradizionalmente si articola l'esercizio della professione: la diagnosi, la proposta terapeutica e la sua attuazione.

Accenniamo soltanto, a titolo esemplificativo, ad alcune eventualità: errore diagnostico e correlato ritardo nell'intervento terapeutico; inadeguatezza della scelta o della prescrizione di quest'ultimo, con peggioramento del quadro clinico e della prognosi; insorgenza di patologie correlate alla somministrazione di terapia sistemica, in conseguenza di un errore di posologia, oppure quali complicanze od effetti collaterali, attesi e non, magari per un intempestivo controllo medico.

A tutto ciò si aggiunga, come per ogni trattamento sanitario, la necessità di un consenso debitamente informato del paziente, specie qualora necessiti una terapia sistemica; consenso che dovrà essere necessariamente scritto ove al paziente affetto da psoriasi fosse proposta la partecipazione ad un gruppo di sperimentazione clinica di nuove molecole.

La seconda ipotesi potrebbe prospettarsi nell'ambito di un risarcimento del danno conseguente ad un evento traumatico patito dal soggetto, se è vero che i traumi sono tra i fattori favorenti l'insorgenza od il peggioramento della psoriasi. Così che, nella quantificazione del danno biologico, si dovrebbe tener conto, oltre che dei postumi, anche di questa patologia, ove si manifestasse o si aggravasse - se già presente - nella sede cimentata dal trauma.

Senza dubbio alcune più interessanti - perché connessi al quotidiano disagio sociale ed economico che la malattia può indurre nella persona affetta da psoriasi, specie nelle forme più gravi - sono le problematiche, non tutte propriamente medico-legali, inerenti il riconoscimento dell'esenzione dal ticket per esami di laboratorio e/o terapie specifiche, ovvero di una condizione di invalidità.

In relazione all'esenzione dal ticket, questa è prevista per la psoriasi pustolosa grave.

Sul perché solo questa forma goda di tale beneficio, è opportuno chiarire - ma ciò vale anche per quanto si dirà in ordine dall'invalidità civile che la tutela della salute è sì un diritto costituzionale ed imprescindibile, ma ben si distingue dal diritto all'assistenza sanitaria, necessariamente - anche sotto il profilo etico - limitato, in funzione delle risorse dello Stato, il cui ulteriore compito al proposito è garantire l'equità, vale a dire che tutti abbiano gli stessi mezzi e le stesse possibilità di tutelare la propria salute.

Specificamente medico-legali sono il concetto e l'apprezzamento della condizione di invalidità, sia come riconoscimento al lavoratore assicurato da parte dell'I.N.P.S., che come attestazione di uno stato meritevole di agevolazioni di vario tipo, nell'altro settore, quello assistenziale, che con il precedente realizza l'ambizioso progetto della Sicurezza Sociale.

In ambito previdenziale, dal 1984 è invalido l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, sia ridotta in modo permanente a meno di un terzo, a causa di infermità o di difetti fisici e/o mentali.

Nella normativa in tema di invalidità civile è invalido il cittadino affetto da minorazioni congenite od acquisite (nelle quali rientrano anche le oligofrenie e le insufficienze mentali di ogni tipo) che abbia subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo. Il D.L. 509/88 ha modificato il concetto di capacità lavorativa, da generica quale era ad eventualmente specifica o, comunque, riferita alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, con ciò in pratica sovrapponendolo a quello enunciato dalla Legislazione previdenziale.

Circa le provvidenze connesse al riconoscimento dell'invalidità, esse rimangono ovviamente del tutto differenti; per l'invalido I.N.P.S. (la cui capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo) è previsto un assegno, rinnovato ogni tre anni per tre volte e, quindi, sostituito dalla pensione.

Per l'invalido civile, quelle si rapportano all'entità della perdita della capacità lavorativa e consistono: nella fornitura di protesi ed ausili (se > 33%), nel collocamento obbligatorio al lavoro (se > 45%), nell'esenzione del ticket (se > 66%), nell'assegno mensile in attesa del collocamento al lavoro (se > 74%), nell'eventuale pensione e nell'esenzione totale (se pari al 100%), nell'indennità di accompagnamento, se incapace a svolgere autonomamente gli atti quotidiani della vita, ovvero a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

Ritornando alla valutazione dello stato di invalidità, se del tutto simili possono considerarsi i parametri (previdenziale ed assistenziale), non v'è dubbio che praticamente identico debba essere il giudizio espresso dalle due Commissioni al proposito competenti. Tale giudizio non può che essere negativo per tutte le forme di psoriasi, fatte salve quelle più gravi e generalizzate, oppure quelle complicate dalla artropatia psoriasica, qualora quest'ultima incida sulla motilità articolare e, dunque, sulla funzione di quel segmento corporeo.

Ciò appare del tutto chiaro ed inequivocabile nell'invalidità civile, in cui dal marzo 1992 la valutazione è strettamente codificata ed "ingabbiata" da tabelle assai rigide nella assegnazione delle relative percentuali, indicate in misura fissa ovvero con individuazione di fascia, che possono essere ridotte od aumentate fino a soli cinque punti percentuali.

Se la patologia riscontrata non è fra quelle in elenco, la commissione U.S.S.L. deve individuare quella che, per analogia, meglio rappresenta l'incidenza della malattia sulla capacità lavorativa.

La psoriasi, neppure nelle sue forme più gravi, è considerata quale voce autonoma tabellata ed è, nel contempo, ben difficile collegarla analogicamente ad altre patologie, specie con l'intenzione di riconoscere ad essa correlata una condizione di invalidità.

Infatti a patologie sistemiche come la dermatomiosite o la polimiosite è riconosciuta una percentuale pari al 35% (il che offre ben poche agevolazioni), mentre a patologie o malformazioni dell'apparato stomatognatico - alle quali è pure comune un evidente risvolto psicologico ed estetico - sono assegnate percentuali inferiori al 34% (soggetto non invalido).

Pare, dunque, che soltanto la artropatia psoriasica possa dar diritto al riconoscimento dell'invalidità civile, qualora sia funzionalmente produttiva di gravissime limitazioni articolari, di vere e proprie anchilosi, ovvero di perdite anatomiche o funzionali, eventualità questa, peraltro fortunatamente, indicata nella Letteratura come abbastanza rara.