Pelle al centro

By DERMA-Point

Mini guida integrata alla psoriasi e alla dermatite atopica

Ritrovare l'equilibrio tra *pelle, mente e stile di vita*

Progetto realizzato da:

almirall
feel the science

Con il contributo scientifico degli Specialisti della U.O.C. di Dermatologia dell'Ospedale di San Donà di Piave (VE)

La psoriasi e la dermatite atopica sono condizioni croniche immunomediate. Ciò significa che il sistema immunitario, nel tentativo di proteggerti, diventa iperattivo, scatenando un'infiammazione che non si ferma alla superficie, ma può coinvolgere l'intero organismo. Comprendere le patologie infiammatorie croniche della pelle è il primo passo per riprendere il controllo del benessere fisico ed emotivo.

Dr.ssa Mariateresa Scaini,
Direttore U.O.C. Dermatologia San Donà di Piave

Sebbene queste condizioni possano sembrare schiaccianti, una gestione integrata può restituire serenità e fiducia. Oggi l'obiettivo delle terapie non è più solo contenere le fasi acute. Grazie a percorsi terapeutici mirati, possiamo puntare a liberare il paziente dal carico costante della malattia, permettendogli di riprendere in mano la propria vita senza che sia la pelle a dettarne i ritmi. Buona lettura!

Dr. Marco Zarattini,
U.O.C. Dermatologia San Donà di Piave

L'**U.O.C. di Dermatologia del Presidio Ospedaliero San Donà di Piave** (Via Nazario Sauro 25, primo piano, percorso verde) è un centro autorizzato dalla Regione Veneto alla prescrizione di terapie avanzate per il trattamento di patologie dermatologiche come la psoriasi e la dermatite atopica.

Il CUP telefonico è raggiungibile al n. **0421-1547154**, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

ATTENZIONE

Le informazioni e i consigli che ti proponiamo sono generali, e come tali vanno considerati, non possono essere utilizzati a fini diagnostici o terapeutici. Il medico deve rimanere sempre la tua figura di riferimento.

SOMMARIO

Comprendere le patologie infiammatorie della pelle 4

Due malattie, due vie infiammatorie 5

La trappola dell'autodiagnosi e dell'autocura digitale 6

Quando la pelle lancia un SOS: i segnali da non ignorare 7

Guida alle differenze tra psoriasi e dermatite atopica 8

5 ragioni per affidarsi al dermatologo 9

Il viaggio emotivo: trasformare l'accettazione in forza 10

Un percorso su misura: l'alleanza tra medico e paziente 11

Guida pratica alla skincare terapeutica 13

Nutrire dall'interno la salute della pelle 17

Gestione dello stress e riequilibrio emotivo 20

Checklist per preparare la prossima visita dermatologica 21

Un nuovo inizio 22

Bibliografia 23

Comprendere le patologie infiammatorie della *pelle*

La pelle non è un involucro, ma il **riflesso di equilibri interni** profondi e dinamici. Quando parliamo di **psoriasi** o **dermatite atopica**, dobbiamo abbandonare l'idea che si tratti di problemi puramente estetici o che non possano essere trattati.

La **psoriasi** è una malattia infiammatoria immunomediata, con un decorso cronico recidivante, che colpisce il 2–3% della popolazione mondiale[1].

La **dermatite atopica** è la malattia infiammatoria cutanea cronica più frequente al mondo[2], con una prevalenza che varia in relazione all'età dei pazienti (20% tra i bambini e 8-10% tra gli adulti) e alla regione geografica di appartenenza (più alta nei Paesi industrializzati[3]).

Le malattie infiammatore cutanee croniche sono espressione di una **anomala attività del nostro sistema immunitario** che normalmente ha una **funzione di sentinella**: riconosce, blocca e annulla le potenziali minacce esterne, preservando il nostro equilibrio. Tuttavia, talvolta, in soggetti geneticamente predisposti, **stimoli innocui** possono indurre una **iperattivazione del sistema immunitario**, innescando quadri patologici.

Due *malattie*, due vie *infiammatorie*

- **Nella psoriasi**, l'infiammazione accelera il **ritmo di rinnovamento delle cellule cutanee**, che si accumulano in superficie prima di essere mature, creando quelle **placche ispessite con squame argentee** che caratterizzano la condizione.

  Tuttavia, le attuali evidenze scientifiche dimostrano che l'**infiammazione** coinvolge l'organismo a un livello molto più profondo rispetto alla sola pelle, portando a **condizioni associate** come artrite psoriasica, malattie cardiovascolari, diabete mellito, obesità, ecc.[1].

- **Nella dermatite atopica**, il problema risiede invece in una **barriera cutanea fragile e alterata**. Immaginiamo un muro di mattoni dove la malta è carente: l'**acqua evapora** molto facilmente (causando estrema secchezza), mentre **allergeni, agenti irritanti e patogeni esterni** penetrano facilmente. La sentinella immunitaria risponde a questa **intrusione** con un'infiammazione che aggrava i sintomi associati alla malattia[4].

Entrambe le condizioni sono caratterizzate da **recidive** (fasi acute) e **remissioni** ricorrenti che influiscono significativamente sulla qualità della vita dei pazienti[5].

Comprendere questi meccanismi è il primo passo fondamentale. **La patologia non è dovuta a una nostra mancanza**, e oggi, grazie alla medicina moderna, è possibile tenerla efficacemente sotto controllo.

La trappola dell'autodiagnosi e dell'autocura *digitale*

In un'epoca di informazioni istantanee, la **tentazione di cercare risposte online** o attraverso l'**intelligenza artificiale** ai problemi di salute è forte. Tuttavia, l'informazione digitale può essere un'arma a doppio taglio:

- **Le variabili del contesto:** non tutto ciò che leggiamo online è universalmente applicabile. Strategie terapeutiche o approcci gestionali validi in altri Paesi potrebbero non riflettere gli **standard di cura** o le **specificità del nostro territorio**, rendendo difficile o poco opportuna la loro adozione nel percorso personale.

- **L'illusione del confronto:** leggere le esperienze di altri pazienti sui **forum** o sui **social** può portare a conclusioni errate. La psoriasi e la dermatite atopica sono **patologie estremamente soggettive:** ciò che è stato d'aiuto a una persona potrebbe rivelarsi inefficace o addirittura per un'altra. Affidarsi al passaparola digitale ignora la complessità che rende **ogni paziente unico,** con necessità terapeutiche specifiche e non sovrapponibili.

- **L'ansia da disinformazione:** algoritmi e siti commerciali spesso **amplificano la paura** anziché offrire soluzioni. Il **dermatologo**, invece, è un alleato prezioso capace di contestualizzare i sintomi all'interno della storia clinica e offrire una diagnosi precisa e un **percorso terapeutico personalizzato e sicuro.**

Quando la pelle lancia un SOS: i *segnali* da non ignorare

Imparare a leggere i messaggi della propria pelle è un importantissimo tassello di una **gestione consapevole**. Ecco alcuni dei campanelli d'allarme che indicano la **necessità di un consulto** dermatologico:

Per la *psoriasi* [5]:

- Presenza di **placche** eritematose ben demarcate, ricoperte da **squame argentee**, talvolta associate a prurito o dolore cutaneo.
- Le lesioni si manifestano spesso sulle **superfici estensorie** degli arti, come gomiti e ginocchia, e cuoio capelluto, sebbene possano comparire in qualsiasi area del corpo.

Per la *dermatite atopica* [5]:

- Presenza di **chiazze** eczematose eritematose intensamente pruriginose, spesso accompagnate da **xerosi** (secchezza estrema), escoriazioni e **lichenificazione** a causa dei cicli cronici di prurito e grattamento.

- Le lesioni colpiscono comunemente le **aree flessorie**, come le fosse antecubitali (interno gomito) e poplitee (dietro il ginocchio), e negli adulti coinvolgono frequentemente il viso, il collo e le mani. In realtà, tutta la superficie cutanea può essere interessata, con quadri clinici eterogenei.

Guida alle *differenze* tra psoriasi e dermatite atopica

Anche se solo lo **specialista può formulare la diagnosi,** ecco una tabella riassuntiva per aiutare a capire come si presentano solitamente le due patologie.

CARATTERISTICA	PSORIASI[6]	DERMATITE ATOPICA[4]
ASPETTO DELLE LESIONI	**Placche** rosse dai bordi nettamente delineati, coperte da **squame argentee,** di forma ovoidale, rotonda o irregolare.	**Eritema**, zone arrossate, con possibili vescicole. La **pelle** appare molto **secca** e, laddove ci sia un frequente grattamento, **ispessita**
SENSAZIONE PREVALENTE	Prurito e/o **dolore**	**Prurito intenso**, che ne aggrava altri, come la sensazione di dolore, i **disturbi del sonno** e l'affaticamento

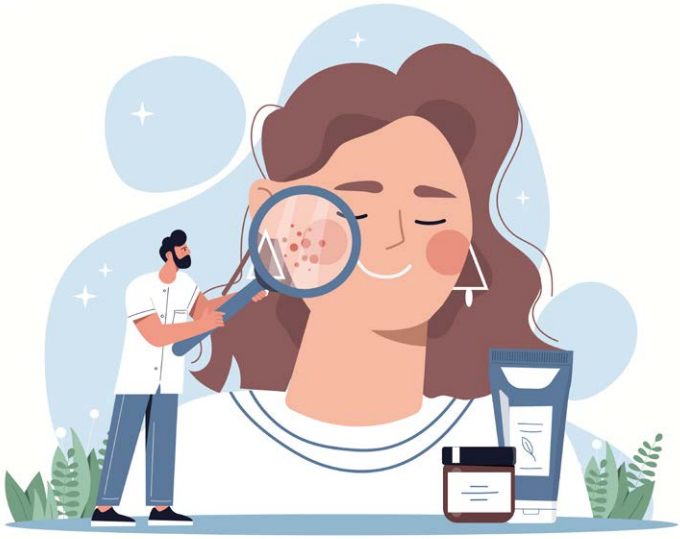
Chiazze eritematose di dermatite atopica

Placche di psoriasi ricoperte da squame

Dermatite atopica: chiazze arrossate con piccole vescicole

5 ragioni per affidarsi al dermatologo

Dopo aver osservato i **segnali** che la pelle ci invia, il passo successivo non è cercare una soluzione generica, ma affidarsi a uno **specialista**. Questo per una serie di ragioni:



1 **L'occhio dell'esperto:** patologie diverse possono apparire **simili** a un occhio non clinico. Il dermatologo è l'unico in grado di **decodificare le sfumature** tra una psoriasi e una dermatite atopica, evitando **errori** che potrebbero peggiorare la situazione.

2 **Una terapia "su misura":** non esiste una cura universale. Lo specialista cuce la terapia addosso al paziente, valutando non solo la **gravità** della malattia, ma anche lo **stile di vita**, lo stato di **salute** generale e le **aspettative** personali.

3 **La continuità nel tempo:** le patologie croniche cambiano volto. Il dermatologo monitora l'**andamento dei trattamenti**, adattandoli ed evolvendoli per garantire che l'**efficacia** resti **costante** nel lungo periodo.

4 **La chiave per l'innovazione:** la ricerca medica corre veloce. Rivolgersi allo specialista significa poter accedere, se opportuno, alle più **recenti scoperte biotecnologiche** e ai **farmaci di ultima generazione**, che hanno dimostrato di poter modificare la storia naturale della malattia[1].

5 **Una skincare scientifica e sicura:** spesso, nel tentativo di darsi sollievo, si utilizzano cosmetici che possono contenere **allergeni o irritanti.** Il medico, invece, prescrive una routine di **skincare specificamente formulata** per non aggredire una barriera cutanea già fragile.

Il *viaggio emotivo:* trasformare l'accettazione in forza

Ricevere una **diagnosi di patologia cronica** è, per molti aspetti, un incontro con l'imprevisto paragonabile a un **piccolo lutto:** si piange la perdita dell'immagine di sé come persona sana e ci si ritrova a fare i conti con un **corpo** che sembra aver **tradito le aspettative**.

Tuttavia, è proprio in questo momento che avviene il passaggio più delicato e, al tempo stesso, potente: la **distinzione tra rassegnazione e accettazione**.

RASSEGNARSI	ACCETTARE
Significa subire la malattia come un **peso passivo**, lasciando che definisca chi siamo	Significa smettere di combattere una guerra logorante ***contro*** la diagnosi e iniziare a camminare ***con*** la cura

Accettare non vuol dire che deve piacerci ciò che sta accadendo, ma significa **riconoscere la realtà per poterla governare.** La **pelle** non è un nemico da nascondere sotto strati di vestiti: è una parte di noi che in questo momento sta gridando il **bisogno di essere accudita.**

Un esercizio utile per riprendere il controllo è stabilire una **data di scadenza per il dolore:** concediamoci il tempo necessario per la rabbia, per il pianto o per chiederci ***"perché proprio a me?".*** Ma una volta superata quella data, decidiamo di traslocare le nostre energie: **spostiamo l'attenzione** dal problema alle **risorse disponibili.**

Ogni gesto della nostra **nuova routine** — dall'applicazione di una crema alla scelta di un tessuto naturale — non va vissuto come un **obbligo punitivo** che ci ricorda la malattia, né un compito da assolvere con fretta e risentimento, ma come un **rituale di riconnessione** con il nostro corpo. Trasformiamo quei minuti in un **atto d'amore** in cui stiamo dicendo alla nostra "casa" che ce ne stiamo prendendo cura.

Un percorso su misura: l'alleanza tra medico e paziente

Se l'accettazione è la spinta psicologica a reagire, la strategia terapeutica ne è l'applicazione pratica. Non esiste una soluzione universale perché non esiste un paziente identico all'altro: ecco perché è importante che, chi soffre di patologie infiammatorie croniche, sia messo nelle condizioni di **comprendere** le proprie **esigenze terapeutiche** e le **opzioni esistenti,** così da acquisire la sicurezza necessaria per assumersi la **responsabilità** della gestione della propria condizione[7].

Oggi la dermatologia offre **soluzioni** capaci di agire su diversi livelli e che vengono proposte al paziente tenendo conto della **variabilità clinica individuale della malattia**[8]: dai trattamenti topici (applicati localmente sulle lesioni cutanee) alla fototerapia (uso clinico dei raggi UV), dalle terapie sistemiche tradizionali alle più recenti terapie biologiche che mirano specificamente alle cellule infiammatorie e/o ai mediatori dell'infiammazione[8].

Nella tabella qui sotto, ecco una **panoramica** delle opzioni terapeutiche per la psoriasi e la dermatite atopica[9].

CATEGORIA DI TRATTAMENTO	PSORIASI[6]	DERMATITE ATOPICA[4]
TOPICI	Corticosteroidi; Analoghi della Vitamina D; Retinoidi; Inibitori della calcineurina*	Corticosteroidi; Inibitori della calcineurina
TERAPIE SISTEMICHE CONVENZIONALI	Metotrexato; Acitretina; Ciclosporina; Dimetilfumarato	Ciclosporina; Metotrexato*; Azatioprina*
FOTOTERAPIA	NB-UVB	NB-UVB
BIOLOGICI	Inibitori IL-12/23; Inibitori IL-17; Inibitori IL-23; Inibitori TNF-a	Inibitori IL-4/13; Inibitori IL-13
INIBITORI DELLE PICCOLE MOLECOLE	Inibitore della Fosfodiesterasi-4; Inibitori TYK2	Inibitori JAK

*Utilizzo *off-label*. Questo termine (letteralmente "fuori etichetta") si riferisce all'uso di un farmaco in modo diverso da quanto autorizzato ufficialmente dalle autorità competenti (come l'AIFA in Italia o l'EMA in Europa). Significa che viene impiegato con modalità che non sono scritte nel foglietto illustrativo.

Quello che dobbiamo sempre ricordare, è che ogni terapia perde efficacia senza una corretta **aderenza**. Nelle **patologie croniche**, la vera vittoria è resistere alla tentazione di sospendere le cure ai primi miglioramenti; al contrario, è proprio quando la pelle appare pulita che la **costanza** può fare la differenza. È il concetto di trattamento "proattivo", che si contrappone a quello "reattivo".

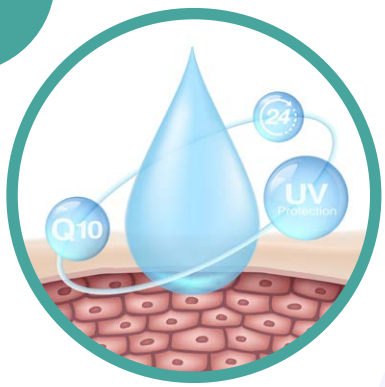
Trattamento proattivo vs. reattivo

Oggi la terapia non viene impostata solo per rispondere a una recidiva, ma in funzione preventiva. L'infiammazione subclinica può infatti persistere anche quando le lesioni cutanee sono completamente risolte, portando a nuove riacutizzazioni della malattia (*flare*)[10]. Tradizionalmente, la gestione della psoriasi e della dermatite atopica si basava su un approccio reattivo, avviato non appena si verificava una ricaduta e poi interrotto o ridotto gradualmente una volta risolte le lesioni visibili[7]. I più attuali studi scientifici hanno invece dimostrato l'importanza di impostare trattamenti antinfiammatori di lungo periodo[10], combinandoli all'uso generoso di emollienti su tutto il corpo, compresa la pelle precedentemente non affetta, e a un calendario di controlli programmati[7].

Insomma, la gestione della cronicità richiede un **cambio di passo:** non si cura solo il sintomo visibile, ma **si mantiene l'equilibrio della pelle con disciplina.** Seguire le indicazioni del dermatologo anche nelle **fasi di benessere** è l'unico modo per garantire che la terapia continui a funzionare nel lungo periodo.

Guida pratica alla *skincare terapeutica*

Per chi soffre di malattie infiammatorie cutanee croniche, la **skincare** non è un contorno opzionale alla cura ma è a tutti gli effetti la **terapia di base** perché focalizzata sul **trattamento** della funzione di **barriera** alterata. Questo vale soprattutto per la dermatite atopica: gli **emollienti**, sotto forma di creme applicate almeno due volte al giorno, costituiscono il pilastro della gestione della patologia[7].



Cos'è la barriera cutanea e perché la sua integrità è importante?

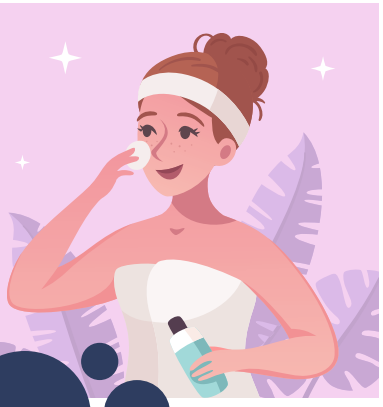
Il termine barriera cutanea si riferisce alla capacità dell'epidermide di garantire una permeabilità selettiva a sostanze esogene ed endogene, e di regolare e mantenere costantemente l'equilibrio e il contenuto idrico omeostatico, al fine di sostenere una sana elasticità cutanea e una desquamazione fisiologica[11]. Tradotto in termini semplici, la barriera cutanea è lo scudo invisibile che protegge il nostro corpo: seleziona cosa può entrare dall'esterno e cosa no (i cosiddetti *trigger* che scatenano le riacutizzazioni) e mantiene una corretta idratazione. Quando funziona bene, mantiene la pelle elastica, sana e capace di rigenerarsi correttamente. Mantenerla integra è il segreto per evitare che diventi fragile e si infiammi di nuovo.

Saper scegliere i **prodotti giusti** e adottare i **gesti corretti** durante la detersione e l'idratazione, significa poter mantenere più facilmente una **pelle sana** e gestire in modo ottimale le patologie cutanee[11].

Ecco come trasformare la **skin-routine** quotidiana in un **alleato della tua cura**.

Psoriasi e dermatite atopica: la routine che protegge la pelle

AZIONE	IL CONSIGLIO DEGLI ESPERTI[7,12]	PERCHÉ È IMPORTANTE
DETERSIONE	Usare **acqua tiepida** a 27-30°C e **detergenti non irritanti** e a basso contenuto di allergeni (*syndet*, soluzioni acquose) o oli da bagno. Lavare dolcemente, con attenzione, e poi risciacquare bene. **Non stare troppo a lungo** nella vasca o sotto la doccia	L'acqua calda e i saponi aggressivi sciolgono i grassi naturali della pelle, peggiorando **secchezza e prurito**. La breve durata del bagno ha lo scopo di **evitare la disidratazione** epidermica
ASCIUGATURA	Non sfregare mai. **Tamponare** la pelle con delicatezza usando un **asciugamano morbido** in fibra naturale	Lo sfregamento meccanico può **irritare le lesioni** esistenti o, nella psoriasi, **scatenarne di nuove** (fenomeno di Koebner[6])
IDRATAZIONE	Applicare l'emolliente entro **pochi minuti** dal lavaggio, quando la **pelle** è ancora leggermente **umida**	Questo gesto **sigilla l'umidità** all'interno, rendendo la **barriera cutanea** più elastica e resistente alle aggressioni



Focus sui prodotti idratanti

Quali sono i tre componenti fondamentali di un prodotto idratante per mantenere sana la pelle?

1. **Agenti occlusivi (**es. vaselina, paraffina, siliconi): rallentano l'evaporazione dell'acqua creando uno strato idrofobico.
2. **Umettanti** (es. glicerina, acido ialuronico, urea): attirano l'acqua dal derma verso l'epidermide.
3. **Emollienti** (es. olio di Jojoba, burri): levigano la texture della pelle riempiendo le fessure tipiche della pelle secca[11].

Naturalmente, la scelta dei prodotti cosmetici va concordata con il dermatologo, perché deve essere personalizzata in base alle esigenze del singolo paziente.

Ho la *psoriasi*, posso farmi un *tatuaggio*?

In caso di psoriasi in fase attiva, meglio non tatuarsi finché la condizione della pelle non sia stata trattata e stabilizzata. Il trauma potrebbe aumentare il rischio di comparsa di una placca psoriasica proprio all'interno del tatuaggio appena eseguito. Si può valutare di tatuarsi se l'area è priva di lesioni attive. Tuttavia, in futuro potrebbero svilupparsi lesioni psoriasiche su quella stessa zona tatuata, anche a distanza di anni. Secondo alcuni studi, la riacutizzazione potrebbe verificarsi anche in altre parti del corpo, lontane dal tatuaggio[13]. Il consiglio è di parlarne sempre con il dermatologo.

Ho la *dermatite atopica*, posso farmi un *tatuaggio*?

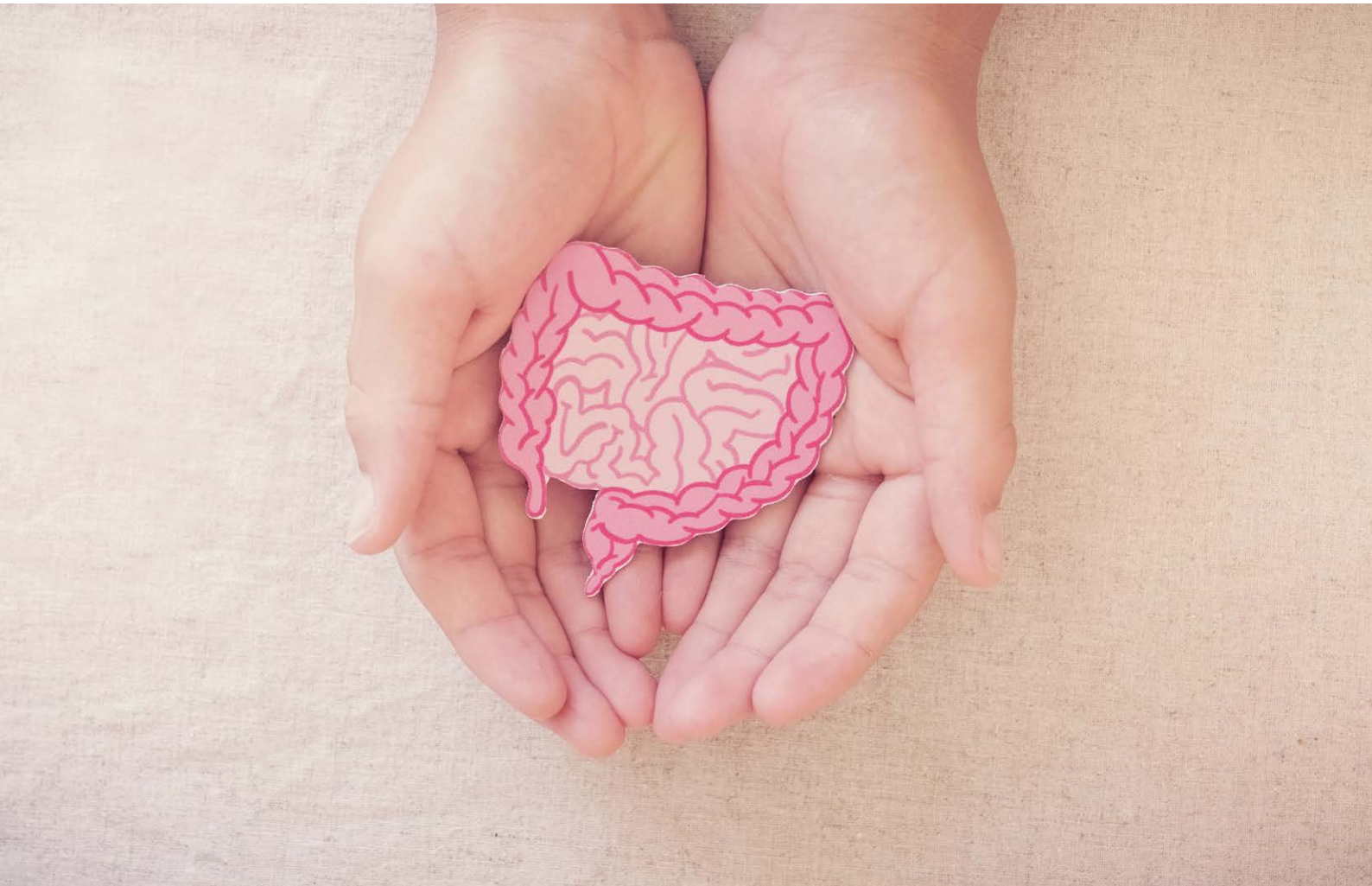
In caso di dermatite atopica in fase attiva non bisognerebbe tatuarsi finché la condizione della pelle non sia stata trattata e stabilizzata. Le riacutizzazioni della malattia a causa di un tatuaggio sono estremamente rare ma, nel corso della vita, potrebbero comparire casualmente delle chiazze sopra i tatuaggi[14]. In ogni caso, il consiglio è di parlarne con il dermatologo.

Nutrire dall'interno la salute della *pelle*

Proprio come la **skincare** rappresenta il pilastro esterno del benessere della pelle, ciò che portiamo in tavola ne costituisce il fondamento interno. È bene chiarire un punto essenziale: **non esistono diete specifiche** per la psoriasi o la dermatite atopica. L'alimentazione agisce però come un potente **modulatore dell'infiammazione** e influenza il **benessere intestinale**, a sua volta interconnesso con la salute della pelle.

Le ricerche scientifiche indicano una correlazione significativa tra la composizione e la funzionalità del **microbiota intestinale**, cioè della popolazione di milioni di microrganismi che alberga nel nostro intestino, e varie patologie, tra cui la psoriasi e la dermatite atopica. Questa intrigante teoria dell'**asse intestino-pelle** descrive una complessa rete di comunicazione per cui l'**intestino influenza la salute della cute** attraverso la regolazione immunitaria, la produzione di acidi grassi a catena corta (SCFA) e il controllo dell'infiammazione[15].

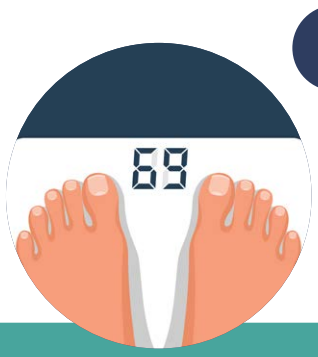
Quando il microbiota non è in equilibrio, la **barriera intestinale** può diventare eccessivamente **permeabile** (***leaky gut***). In questa condizione, frammenti di cibo non digeriti o tossine attraversano la mucosa e finiscono nel **sangue**; il sistema immunitario li riconosce come minacce e risponde attivando un'**infiammazione** che finisce per alimentare anche le lesioni sulla pelle.



Per spezzare questo **circolo vizioso**, possiamo agire su più fronti:

- **La Dieta Mediterranea:** è una valida alleata grazie ai suoi **effetti antinfiammatori e ai benefici cardiovascolari.** Nella scelta di quello che portiamo in tavola, privilegiamo il consumo di frutta, verdura, cereali e grassi sani (olio extravergine e omega-3)[16] che favoriscono proprio la produzione di quegli **acidi grassi a catena corta** che influenzano la salute della pelle.

- **Il peso conta:** il grasso viscerale non è inerte, ma produce **molecole pro-infiammatorie** che alimentano le patologie come la psoriasi e la dermatite atopica. Mantenere un **BMI nella norma** (tra 18,5 e 24,9) o eventualmente riportarlo nel range grazie a una dieta ipocalorica[16], è una scelta strategica.



Il BMI (Body Mass Index) o Indice di Massa Corporea (IMC), è un parametro numerico che mette in relazione il peso corporeo con l'altezza, utilizzato per valutare se una persona è sottopeso, normopeso, sovrappeso o obesa. Si calcola dividendo il peso in kg per il quadrato della propria altezza espressa in metri (kg/m²).

- **Grani antichi:** i grani molto raffinati possono risultare aggressivi per un intestino già fragile. Per chi non è celiaco, varietà come il **Senatore Cappelli o il Kamut** sono un'ottima alternativa perché offrono un **glutine più semplice e digeribile,** riducendo lo stress a carico della mucosa intestinale.

- **Probiotici:** grazie ai recenti progressi scientifici si è rilevata un'associazione significativa sia della dermatite atopica sia della psoriasi con la **disbiosi intestinale**, cioè con un disequilibrio della popolazione microbica del nostro intestino[5]. L'**integrazione** di ceppi probiotici e prebiotici specifici può contribuire a **riequilibrare l'ecosistema** e dunque migliorare i sintomi delle patologie cutanee[15].

Il *legame* tra psoriasi e celiachia

Esiste una correlazione scientifica tra psoriasi e celiachia: chi soffre della prima ha una probabilità maggiore di presentare anche la seconda. Se la pelle non risponde alle cure come previsto, è opportuno valutare con il medico uno screening specifico. In caso di celiachia accertata, l'eliminazione del glutine non è solo una scelta alimentare, ma una strategia utile per spegnere l'infiammazione che alimenta le lesioni cutanee e dunque per ridurre la gravità della psoriasi[16].

Dermatite atopica: *il colpevole nel piatto?*

Esiste una complessa interazione tra allergia alimentare e dermatite atopica, con prove crescenti che dimostrano come sia la dermatite atopica a giocare un ruolo nel possibile sviluppo di un'allergia alimentare, e non viceversa. Oggi, dunque, si ritiene che le diete di eliminazione, attuate nel tentativo di controllare la malattia cutanea, offrano benefici limitati e, anzi, potenziali danni nella gestione della stessa perché l'evitamento di un alimento precedentemente tollerato potrebbe trasformarlo in un allergene potenzialmente pericoloso per la vita quando lo si mangi di nuovo[17]. Pertanto, le diete fai-da-te sono assolutamente sconsigliabili.

Gestione dello *stress* e riequilibrio emotivo

Lo **stress** agisce come un interruttore biologico per l'infiammazione[18]. In situazioni di tensione, l'organismo rilascia **ormoni** che rendono il **sistema immunitario più reattivo.** Questo meccanismo spiega perché i picchi di pressione psicologica coincidano spesso con un **peggioramento del prurito e delle lesioni.**

Per spezzare questo legame, è fondamentale integrare nella routine quotidiana **strategie** mirate a **ristabilire l'equilibrio** emotivo e psicologico.

STRATEGIA	AZIONE PRATICA	BENEFICIO SULLA PELLE
REGOLAZIONE FISIOLOGICA	**Respirazione diaframmatica,** rilassamento muscolare progressivo, meditazione, **mindfulness**, yoga[19]	Abbassano i livelli di **cortisolo** nel sangue, riducendo lo stimolo infiammatorio
ATTIVITÀ FISICA	Attività sportiva **aerobica** o camminata veloce (almeno 30 minuti)	Favorisce la **perdita di peso** e può migliorare la gravità della malattia, specialmente nei pazienti in sovrappeso. Offre benefici per la **salute mentale** e contribuisce alla diminuzione dello stress ossidativo[20]
SUPPORTO PROFESSIONALE	Consulenza psicoterapeutica mirata alla **gestione della cronicità**	Migliora l'aderenza alle cure e la **qualità della vita**, dunque la severità della malattia[21]

Checklist per preparare la prossima visita dermatologica

Affrontare un appuntamento con il dermatologo per valutare lo stato della propria patologia può generare **ansia.** Prepararsi in anticipo seguendo questo schema[22,23], permetterà di **ottimizzare i tempi della visita** e trasformare il colloquio in una **conversazione produttiva** per la salute.

FASE	COSA FARE	DETTAGLI CHIAVE
1 PREPARAZIONE (A CASA)	Sintesi della storia clinica	Preparare un **breve riassunto** su diagnosi, sintomi attuali, severità e cosa scatena i tuoi **flare**
	Elenco farmaci e integratori	Scrivere nomi, dosaggi e durata di ogni terapia, annotando **cosa ha funzionato e cosa no**
	Archivio fotografico e referti	Organizzare le **foto delle lesioni** sul telefono e portare i risultati di esami passati
	Definizione degli obiettivi	Identificare i 2 o 3 problemi o **traguardi principali da discutere** (es. gestione del prurito o scelta di un nuovo trattamento)
2 DIALOGO (IN STUDIO)	Sincerità e trasparenza	Raccontare onestamente lo **stile di vita** e le **preoccupazioni emotive** (questo aiuta il medico a personalizzare la cura)
	Chiedere chiarimenti	Se il **linguaggio medico** è complesso, chiedere di spiegare in **termini semplici**. Ripetere le info per confermare di aver capito
	Collaborazione attiva	Valutare insieme al medico **rischi e benefici** delle opzioni terapeutiche. Condividere dubbi su eventuali effetti collaterali
3 AZIONE (DOPO LA VISITA)	Aderenza terapeutica	Seguire il **piano concordato** con **costanza**, senza sospendere le cure anche quando la pelle appare pulita
	Monitoraggio dei **trigger**	Continuare a tracciare sintomi e **fattori ambientali** per identificare cosa peggiora la condizione

Un *nuovo inizio*

Questa mini guida non è solo un manuale, ma il manifesto di un nuovo approccio: un **percorso di cura integrato** dove **ogni scelta è un tassello fondamentale**. La terapia specifica che il dermatologo cuce su di noi, la **costanza** che manteniamo anche quando la pelle sembra averci dato tregua e la qualità del **dialogo** che sapremo costruire durante ogni visita sono le fondamenta del nostro successo.

A queste si affiancano i gesti quotidiani: la **routine** che protegge la pelle, l'**alimentazione** che calma l'infiammazione dall'interno e la capacità di disinnescare lo **stress** prima che diventi un **trigger**.

Ora abbiamo tutti gli strumenti necessari.
È il momento di smettere di subire la patologia
e iniziare a governare *il nostro benessere*

BIBLIOGRAFIA

1 Campanati A, Marani A, Martina E, Diotallevi F, Radi G, Offidani A. Psoriasis as an Immune-Mediated and Inflammatory Systemic Disease: From Pathophysiology to Novel Therapeutic Approaches. Biomedicines. 2021 Oct 21;9(11):1511. doi: 10.3390/biomedicines9111511. PMID: 34829740; PMCID: PMC8615182.

2 Kowalska-Olędzka E, Czarnecka M, Baran A. Epidemiology of atopic dermatitis in Europe. J Drug Assess. 2019 Jun 12;8(1):126-128. doi: 10.1080/21556660.2019.1619570. PMID: 31232396; PMCID: PMC6566979.

3 Jacobzone-Lévêque, Caroline & Tsubouchi, Rieko & Salazar, Francisco & Zhang, Haiping & Dimitrov, Dimitre. (2026). Understanding worldwide skin atopy across regions. Environmental, cultural, genetic, and lifestyle factors. Frontiers in Medicine. 13. 10.3389/fmed.2026.1796337.

4 Ramos YÁL, Pietrobon AJ, Teixeira FME, Aoki V, Sato MN, Orfali RL. Inflammasome pathways in atopic dermatitis: insights into inflammatory mechanisms and therapeutic targets. An Bras Dermatol. 2025 Jul-Aug;100(4):501136. doi: 10.1016/j.abd.2025.501136. Epub 2025 Jun 23. PMID: 40555102; PMCID: PMC12226124.

5 Li M, Wang J, Liu Q, Liu Y, Mi W, Li W, Li J. Beyond the dichotomy: understanding the overlap between atopic dermatitis and psoriasis. Front Immunol. 2025 Feb 10;16:1541776. doi: 10.3389/fimmu.2025.1541776. PMID: 39995673; PMCID: PMC11847814.

6 Kimmel GW, Lebwohl M. Psoriasis: Overview and Diagnosis. Evidence-Based Psoriasis. 2018 Jul 1:1–16. doi: 10.1007/978-3-319-90107-7_1. PMCID: PMC7122924.

7 Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gieler U, Girolomoni G, Lau S, Muraro A, Czarnecka-Operacz M, Schäfer T, Schmid-Grendelmeier P, Simon D, Szalai Z, Szepietowski JC, Taïeb A, Torrelo A, Werfel T, Ring J; European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA), the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) and the European Union of Medical Specialists (UEMS). Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 May;32(5):657-682. doi: 10.1111/jdv.14891. Erratum in: J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 Jul;33(7):1436. doi: 10.1111/jdv.15719. PMID: 29676534.

8 Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gieler U, Girolomoni G, Lau S, Muraro A, Czarnecka-Operacz M, Schäfer T, Schmid-Grendelmeier P, Simon D, Szalai Z, Szepietowski JC, Taïeb A, Torrelo A, Werfel T, Ring J; European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA), the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) and the European Union of Medical Specialists (UEMS). Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Jun;32(6):850-878. doi: 10.1111/jdv.14888. PMID: 29878606.

9 Tous-Romero F, Calvo-Asín C. Overlap Between Psoriasis and Atopic Dermatitis: Therapeutic Approach. Actas Dermosifiliogr. 2026 Mar;117(3):104541. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2025.104541. Epub 2025 Dec 8. PMID: 41371398.

10 Cacciapuoti S, Ruggiero A, Gallo L, Fabbrocini G. Proactive vs. reactive psoriasis therapy: a long-term evaluation with dermoscopic and confocal microscopy assessment. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022 Mar;26(6):2018-2024. doi: 10.26355/eurrev_202203_28350. PMID: 35363352.

11 Del Rosso JQ, Kircik L. Skin 101: Understanding the Fundamentals of Skin Barrier Physiology-Why is This Important for Clinicians? J Clin Aesthet Dermatol. 2025 Feb;18(2):7-15. PMID: 40078856; PMCID: PMC11896616.

12 8 ways to stop baths and showers from worsening your psoriasis, American Academy of Dermatology Association, https://www.aad.org/public/diseases/psoriasis/skin-care/baths-showers

13 Tattoos and psoriasis, European Academy of Dermatology and Venereology EADV, https://eadv.org/wp-content/uploads/2025/07/EADV-Leaflet-TF-Tattoo-Psoriasis.pdf

14 Tattoos and atopic dermatitis, European Academy of Dermatology and Venereology EADV, https://eadv.org/wp-content/uploads/2025/03/EADV-Patient-Leaflet-TF-Tattoo-Atopic-dermatitis.pdf

15 Zhao Y, Yu C, Zhang J, Yao Q, Zhu X, Zhou X. The gutskin axis: Emerging insights in understanding and treating skin diseases through gut microbiome modulation (Review). Int J Mol Med. 2025 Dec;56(6):210. doi: 10.3892/ijmm.2025.5651. Epub 2025 Oct 3. PMID: 41041846; PMCID: PMC12494302.

16 Leung A, Kranyak A, Marquez-Grap G, Bhutani T. Nutrition and Psoriasis: The Latest Evidence and How to Approach Nutrition in Clinical Practice. Am J Clin Dermatol. 2026 Jan;27(1):9-16. doi: 10.1007/s40257-025-00992-2. Epub 2025 Dec 10. PMID: 41369865; PMCID: PMC12860837.

17 Papapostolou N, Xepapadaki P, Gregoriou S, Makris M. Atopic Dermatitis and Food Allergy: A Complex Interplay What We Know and What We Would Like to Learn. J Clin Med. 2022 Jul 21;11(14):4232. doi: 10.3390/jcm11144232. PMID: 35887996; PMCID: PMC9317394.

18 Liu YZ, Wang YX, Jiang CL. Inflammation: The Common Pathway of Stress-Related Diseases. Front Hum Neurosci. 2017 Jun 20;11:316. doi: 10.3389/fnhum.2017.00316. PMID: 28676747; PMCID: PMC5476783.

19 https://www.nccih.nih.gov/health/stress

20 Yeroushalmi S, Hakimi M, Chung M, Bartholomew E, Bhutani T, Liao W. Psoriasis and Exercise: A Review. Psoriasis (Auckl). 2022 Jul 2;12:189-197. doi: 10.2147/PTT.S349791. PMID: 35813078; PMCID: PMC9258800.

21 Teixeira A, Teixeira M, Gaio R, Torres T, Magina S, Dinis MAP, Sousa-Lobo J, Almeida I, Peixoto M, Almeida V. Influence of Clinical and Psychosocial Factors on the Adherence to Topical Treatment in Psoriasis. Healthcare (Basel). 2024 Apr 12;12(8):822. doi: 10.3390/healthcare12080822. PMID: 38667584; PMCID: PMC11050139.

22 How to Prepare for Your Doctor Appointment, National Eczema Association NEA, https://nationaleczema.org/prepare-for-dermatology-appointment/

23 Don't Be Shy: 4 Tips for Talking to Your Doctor, Johns Hopkins Medicine, https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/dont-be-shy-4-tips-for-talking-to-your-doctor