

rivista della società italiana di psico - neuro - endocrino - immunologia diretta da Francesco Bottaccioli

PNEI NEWS

I NUOVI SAPERI DELLA SCIENZA E DELLA SALUTE

STRESS E VITA STRESS AND LIFE

CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PNEI
ORVIETO 27-30 OTTOBRE 2011

Una rete per
la crescita professionale
e scientifica

SOMMARIO

PNEINEWS - n° 4 Anno 2011

www.sipnei.it

EDITORIALE

3 A ORVIETO, PER UN FORTE ARRICCHIMENTO DELLE NOSTRE PROFESSIONALITÀ

David Lazzari

DOSSIER Dermatologia

4 LA VITA SUL CONFINE PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA DELLA PELLE

Luciano D'Auria

La cute è esposta sia a stressor esterni che interni ed è plasticamente un network pnei: non può essere studiata separando cellule e sistemi. Attraverso la pelle comunichiamo, abbiamo contatti, possiamo mostrarci, nascondersi, arrossire, rabbrivire: è il confine di ciascuno di noi

STRESS E VITA Stress and life

9 IL PROGRAMMA DEL CONGRESSO INTERNAZIONALE DI ORVIETO

Oltre settanta i relatori: medici, biologi, psicologi, sociologi, fisiologi, filosofi, ricercatori e terapeuti, classici e non convenzionali, insieme in un evento scientifico unico nel panorama nazionale

INTERVISTA A colloquio con Richard Davidson

17 LA CHIAVE DELLA FELICITÀ È NELLA NOSTRA MENTE

Paola Emilia Cicerone

Lo studioso, autorità internazionale nel campo della ricerca sulle emozioni e del brain imaging applicato alla meditazione, racconta i grandi progressi fatti nel decifrare i meccanismi cerebrali alla base delle funzioni mentali, unendo scienza avanzata e tradizione contemplativa.

TEORETICA Filosofia e storia delle scienze

19 ATTUALITÀ DEL PROGRAMMA DI RICERCA DI THOMAS KUHN

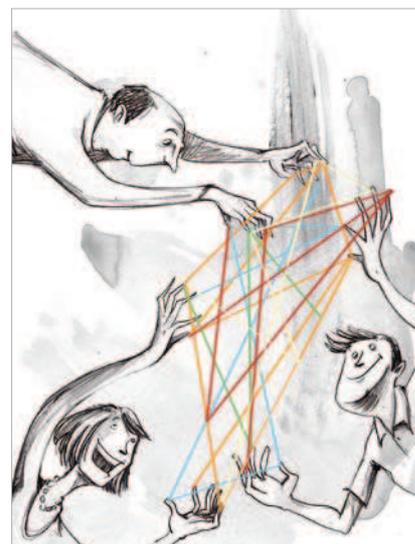
Francesco Bottaccioli

Il ruolo del linguaggio nella formazione delle teorie scientifiche, i determinati socio-economici delle conoscenze scientifiche, il ruolo della critica filosofica della scienza nei cambiamenti di paradigma: la riflessione del filosofo americano è di stretta attualità, in particolare il suo richiamo alla necessità di scienziati che parlino più linguaggi scientifici e siano versati nell'analisi filosofica

RECENSIONI

23 MUTAMENTI NELLE BASI DELLE SCIENZE LE ALI DI ICARO

Anna Grazia Giulianelli



PNEINEWS. Rivista bimestrale della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia.

Direttore Responsabile
Francesco Bottaccioli - bottac@iol.it

Hanno collaborato a questo numero
Paola Emilia Cicerone, Luciano D'Auria, Anna Grazia Giulianelli, David Lazzari

Illustrazione di copertina
Margherita Allegri - www.margheallegri.com

Impaginazione e grafica
Argento e China - www.argentoechina.it

Stampa
Fina stampa - www.finaestampa.it

Registrazione
Autorizzazione del Tribunale Bologna n° 8038 del 11/02/2010

Redazione
Via Lancisi, 31 - 00185 Roma

ABBONAMENTO E INFORMAZIONI
Il costo dell'abbonamento per ricevere 6 numeri di PNEINEWS è di 25 euro. Per i soci SIPNEI l'abbonamento è compreso nella quota annuale.
Il versamento va eseguito a favore di SIPNEI Intesa San Paolo Ag. 16 viale Parioli 16/E
IBAN IT 90 B 03069 05077 100000000203 specificando la causale.
Per informazioni: segreteria.sipnei@gmail.com

Abbonamento elettronico per rivista in pdf 18 euro.
Per le modalità di abbonamento visita www.sipnei.it

PNEINEWS. ABBONARSI PER LEGGERCI

Se non sei socio Sipnei e non sei abbonato, puoi ricevere a casa 6 numeri della rivista cartacea o scaricarli online in Pdf, al costo di € 25 e € 18 rispettivamente. Per info: www.sipnei.it; segreteria.sipnei@gmail.com

A Orvieto, per un forte arricchimento delle nostre professionalità

David Lazzari - Presidente SIPNEI

Il congresso internazionale Stress e Vita è un'occasione unica non solo per accrescere le nostre conoscenze sulla fisiopatologia dello stress, ma anche per migliorare la nostra capacità di cura

Da diversi decenni la medicina e la società nei paesi ricchi si confrontano con un panorama epidemiologico che è andato mutando. Il classico concetto di malattia, legato alla situazione acuta, con i suoi tempi ed esiti, sui quali si è formato lo standard medico tra la fine del XIX ed il XX secolo è divenuto sempre meno valido ed efficace di fronte alla crescente diffusione di situazioni che sono state definite "croniche" o che presentano quadri non ben definiti dal punto di vista della nosografia classica¹. Di fronte a questa situazione la ricerca biomedica ha cominciato a prendere in considerazione quei fattori che potevano stare "a monte" del problema, portando in auge il tema dello "stile di vita". Sono progressivamente entrati in questo campo il fumo, l'alimentazione, la sedentarietà, così come fattori più prossimi come il colesterolo o la stessa depressione. Le raccomandazioni e le prescrizioni farmacologiche o comportamentali si sono moltiplicate, ma nonostante ciò assistiamo all'aumento esponenziale di obesità, ipertensione, depressione, ansia, o dei cosiddetti "medically unexplained symptoms" (MUS). E' evidente che nessun fattore genetico può dar conto di questa tempistica, così come oggi sappiamo che la vulnerabilità genetica delle volte è una componente accanto il più all'esperienza. Prima che le società non abbiano più le risorse per una assistenza sanitaria pubblica è auspicabile che il tema possa essere affrontato in una logica nuova, che possiamo definire sistemica, integrata e rispettosa della complessità dei fenomeni, potendo tenere insieme gli aspetti biologici,

psicologici e sociali della salute e quindi della malattia.

La ricerca nel campo dello stress e della PNEI sta offrendo gli strumenti per fare questo passaggio, che è al contempo culturale, scientifico ed operativo.

Tutti sanno qualcosa sullo stress e tanto se ne parla, così come la PNEI sta diventando un riferimento sempre più diffuso, ma ciò che questi approcci possono mostrare ed offrire è in realtà ancora largamente misconosciuto. Nessun settore, forse, oggi è così ricco di potenzialità innovative come questo e al contempo così sottovalutato.

Il congresso di Orvieto - forse unico nel suo genere, non solo per la ricchezza dei temi ma anche per la loro varietà - ha l'obiettivo non solo di fare il punto delle conoscenze in materia nelle diverse discipline e aree di ricerca, ma di confrontare questi dati per giungere a delle sintesi più vaste, in grado di fornire cornici teoriche e modelli operativi per una operatività nuova ed efficace a tutte le professioni coinvolte ed alle persone interessate al tema della salute.

Sempre di più l'obiettivo della SIPNEI è quello non solo di diffondere le conoscenze (aggiornate e non approssimative, che già non è poca cosa!), ma di integrarle in modo da poterle tradurre in nuove e concrete competenze. L'auspicio è che, a partire da Orvieto, la nostra professionalità esca arricchita dalla vita in SIPNEI, perché il Paese ed i cittadini hanno bisogno di professionisti in grado di dare risposte efficienti, di agire in modo nuovo ed efficace, di essere riconosciuti come portatori di nuove opportunità e possibilità per i loro utenti.

Facciamo in modo che questo congresso sia un successo partecipato e visibile, che possa dare il massimo a ciascuno di noi, come persone e come professionisti.

1) Basti pensare che in Italia circa il 40% della popolazione ha una diagnosi relativa ad un problema di salute classificato come cronico e che la spesa del SSN tra acuzie e cronicità è del 30% contro il 70% (Fonte: Ministero della salute, Libro verde sul futuro del modello sociale, 2008).

La vita sul confine

Psiconeuroendocrinoimmunologia della pelle

Luciano D'Auria - Medico dermatologo, omeopata, socio SIPNEI Lazio

La cute è esposta sia a stressor esterni che interni ed è plasticamente un network pnei: non può essere studiata separando cellule e sistemi. Attraverso la pelle comunichiamo, abbiamo contatti, possiamo mostrarci, nasconderci, arrossire, rabbrivire: è il confine di ciascuno di noi

La cute è un importante e complesso sistema dalle molteplici funzioni: protezione meccanica, immunologica, secretoria, sensoriale, termoregolatrice, funzione di scambio.

È un apparato in stretta relazione con gli organi interni, come è dimostrato dall'interessamento cutaneo in concomitanza di patologie digestive, ginecologiche ed endocrinologiche (acne volgare, tiroidite), metaboliche (diabete), nefrologiche (prurito nell'insufficienza renale), immunologiche (manifestazioni dermatologiche in corso di AIDS), oncologiche (dermatosi paraneoplastiche), ematologiche e altre ancora.

L'origine ectodermica dell'epidermide, inoltre, sottolinea il forte rapporto esistente tra dermatologia, psiche e stress; molte dermatosi si manifestano in stretta relazione con fattori psicoemotivi. Attraverso la pelle comunichiamo, abbiamo contatti, possiamo mostrarci, nasconderci, arrossire, rabbrivire: è il confine di ciascuno di noi.

La via biochimica dello stress permette una visione scientifica della connessione tra emozione e corpo, confermando il principio dell'unità psicosomatica.

La cute come sistema immunitario, neuroendocrino ed il modello PNEI (1) sono argomenti ben conosciuti dai dermatologi e l'importanza del sistema dello stress in questa branca è oggi ampiamente riconosciuto. Inoltre, grazie alla peculiarità di poter studiare la pelle più facilmente rispetto ad altri organi (osservazione, biopsia, prelievo di materiale biologico), sono stati effettuati numerosi studi in campo psiconeuroendocrinoimmunologico che hanno permesso di far luce su diversi meccanismi patogenetici.

Psiconeuroendocrinoimmunologia della cute: storia ed evidenze

Iniziamo un breve volo panoramico su cute e PNEI partendo dal lontano 1982, quando viene ipotizzato il ruolo della sostanza P nella patogenesi della psoriasi, trattata allora sperimentalmente con somatostatina (2); durante gli anni successivi, numerosi studi confermano l'interesse verso il mondo dei neurotrasmettitori (3); nel 1992 Giannetti e Pincelli riportano aumento del VIP e diminuzione della sostanza P nelle lesioni cutanee di pazienti affetti da psoriasi e da dermatite atopica (4, 5) fino ad arrivare ad oggi, dove ben conosciamo l'importanza di mediatori quali acetilcolina, CGRP, catecolamine, CRH, chinine, NGF, endorfine, MSH, ACTH, istamina, VIP, somatostatina, sostanza P, neuropeptide gamma nell'attivazione e nella patogenesi dell'infiammazione cutanea (6).

Verso la metà degli anni '80 poi, anche l'immunologia permette una nuova

conoscenza dei meccanismi che regolano la fisiopatologia umana: la scoperta del modello Th1-Th2 si impone anche in ambito dermatologico e fioriscono le pubblicazioni scientifiche a tale riguardo; tuttavia, dopo un breve periodo in cui sembrava possibile classificare facilmente le malattie cutanee in "dermatosi a pattern Th1" e "dermatosi a pattern Th2", studi successivi dimostravano l'esistenza di ulteriori possibilità di espressione come il modello Th17.

La psoriasi, dermatosi infiammatoria eritemato-desquamativa, molto diffusa nella popolazione, è la malattia cutanea forse più studiata in quanto estremamente paradigmatica: considerata oggi una malattia a pattern Th1-Th17, si manifesta grazie alla relazione tra terreno genetico e fattori scatenanti ambientali (infezioni, traumi, stress) in cui neurotrasmettitori e citochine (soprattutto IL-1, IL-2, IL-6, TNF-alpha, IL-12, IL-17, IL-23) giocano il ruolo di mediatori biochimici (7). Un ruolo piuttosto importante, tanto da essere diventati il target dei nuovi farmaci biologici per i pazienti affetti da psoriasi medio-grave od artropatica: anti-TNF-alpha e, prossimamente, anti-IL-12/anti-IL-23.

La dermatite atopica è una dermatosi eczematosa a genesi multifattoriale che colpisce prevalentemente l'infanzia e l'adolescenza. Come avviene nella psoriasi, anche la dermatite atopica riconosce una relazione tra fattori genetici predisponenti ed ambiente: il cheratinocita è particolarmente sensibile al rilascio di citochine che in questa malattia manifestano una risposta bifasica (8); la barriera cutanea presenta delle alterazioni della permeabilità con marcata xerosi, aumentata suscettibilità alle infezioni cutanee (HSV1, HPV, mollusco contagioso) ed alla penetrazione di allergeni: l'ambiente abitativo, le abitudini igieniche, l'allattamento, la dieta, lo stress, il "modello di vita occidentale" (9) possono agire come fattori scatenanti la dermatosi stessa.

L'orticaria è una dermatosi clinicamente caratterizzata dalla comparsa di pomfi; a seconda della durata di malattia, si suddivide in acuta e cronica (se superiore alle 6 settimane). La difficile ed ampia ricerca delle cause scatenanti questa dermatosi, specialmente nella sua forma cronica, sottolinea le profonde relazioni tra manifestazioni cutanee, malattie di organi interni e stress: l'orticaria può infatti manifestarsi come reazione da farmaci, da alimenti, in corso di infezioni, in corso di malattie endocrine, collagenopatie, malattie dell'apparato digerente, fattori fisici (da freddo, da caldo, orticaria colinergica, pressoria, acquagenica) e, dulcis in fundo, da stress (10, 11).

In tema di acne volgare, recenti studi enfatizzano il ruolo degli ormoni,



dell'alimentazione e dello stress nella patogenesi di questa dermatosi, per esempio attraverso l'attivazione dell'IGF-1 in seguito ad assunzione di latte e zuccheri (12).

Infine, un cenno sulle dermatosi bollose autoimmuni, caratterizzate dalla presenza di autoanticorpi anti-skin diretti contro antigeni localizzati tra epidermide e giunzione dermo-epidermica (gruppo pemfigoide) oppure contro antigeni intraepidermici (gruppo pemfigo). Lo scollamento epidermico che ne consegue, si manifesterà clinicamente con la comparsa di lesioni bollose a tetto teso (clivaggio dermo-epidermico, gruppo pemfigoide) oppure di lesioni bollose a tetto "fragile" che facilmente si rompe ed esita in lesioni erosive (clivaggio intraepidermico, gruppo pemfigo). Malattie abbastanza rare e di gestione terapeutica impegnativa, rappresentano tuttavia un'opportunità di ricerca molto particolare: il fluido biologico che si raccoglie nelle lesioni bollose contiene infatti una quantità di mediatori biologici che possono essere raccolti e studiati come paradigma dell'infiammazione "in vivo" (13) ed essere comparati, per esempio, con i rispettivi livelli sierici. Nelle malattie bollose autoimmuni le citochine sieriche mostrano un pattern complesso (14-16), ma è proprio nel liquido di bolla che si manifesta una vera e propria "tempesta" di questi mediatori biologici (16, 17): il microcosmo-bolla ci mette dunque davanti alla complessità dell'infiammazione ed alla complessità della cute e dell'essere umano... La Vita sul confine.

Il ruolo delle emozioni

In un classico manuale di dermatologia è possibile leggere: *"La classica nozione, introdotta da Selye, degli effetti dannosi esercitati dagli stress acuti e cronici è riattualizzata; gli effetti a lungo termine della risposta fisiologica allo stress... chiamano in causa il sistema nervoso autonomo, l'asse ipotalamo-ipofiso-surrenale, i*

sistemi cardiovascolari metabolici e immunitari. Numerose condizioni coinvolgenti la cute e la psiche possono essere inquadrare in questi schemi concettuali, che già adesso offrono la possibilità di ulteriori sviluppi terapeutici" (9).

Si dice che la pelle è lo specchio dell'anima; i detti popolari trasmettono una saggezza antica che sarebbe sciocco mettere in dubbio; la scienza moderna inoltre, lavorando con sofisticati strumenti, trova moltissime conferme di queste antiche conoscenze.

Per esempio, stupisce il dato che, nei pazienti affetti da depressione i livelli sierici di IL-6 e di TNF-alpha siano aumentati (18) così come avviene in corso di psoriasi –e viceversa (19), pemfigo volgare ed altre malattie infiammatorie. Questione di ectoderma?

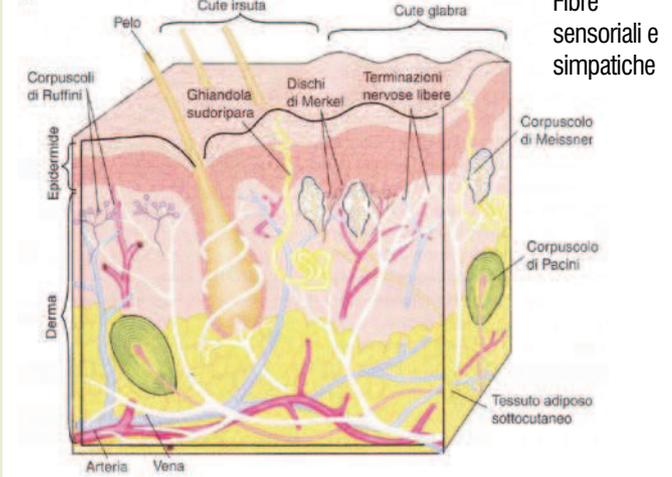
I rapporti tra cute e psiche, ben noti agli psicologi, sono oggetto di studio anche da parte dei dermatologi (20) e degli psichiatri da lungo tempo: l'alessitimia, per esempio, è un aspetto frequente nei pazienti dermatologici (21) e la relazione temporale tra evento stressante e comparsa della dermatosi è ben conosciuta (22); l'intervallo di tempo (anche alcuni mesi) che intercorre tra i due fenomeni rende spesso difficile per il paziente vederne la connessione. Non esistono profili psicologici univoci riferibili a dermatosi specifiche (11, 20): vale a dire che ogni persona esprime se stessa in maniera unica.

Alcune manifestazioni dermatologiche sono essenzialmente riconducibili a disturbi psichiatrici (patomimia, illusioni di ectoparassitosi, venereofobia, etc) ma, al di là delle varie classificazioni proposte negli anni, esistono alcune dermatosi scatenate ed influenzate nel loro decorso da fattori emotivi (9): psoriasi, dermatite seborroica, acne rosacea, prurito, prurito anogenitale, herpes simplex recidivante, lichen planus, alopecia, vitiligine, iperidrosi, acne volgare, orticaria, dermatite atopica.

LA CUTE

La cute, a partire dal suo strato più esterno, l'epidermide, è innervata da una rete di fibre nervose, sensoriali e simpatiche, che garantiscono il collegamento con il midollo spinale e il cervello. Le simpatiche scaricano stress ed emozioni sulla pelle: sono loro per esempio che, con il rilascio di adrenalina e/o acetilcolina, ci fanno "venire la pelle d'oca", drizzare i peli, che ci gelano o ci fanno arrossire. Le sensoriali trasmettono informazioni cruciali al cervello come caldo freddo, tatto, pressione. Ma le fibre sensoriali fanno di più, liberano neuropeptidi (NGF, SP, CGRP Somatostatina e altri) che hanno come bersaglio le cellule immunitarie presenti nella cute: innanzitutto le cellule mastocitarie che sono delle vere e proprie bombe infiammatorie, piene di sacchetti di sostanze vasoattive e infiammatorie, tra cui istamina, che, una volta liberate nel sangue e nel tessuto, alterano la struttura della pelle. È possibile quindi produrre infiammazione cutanea direttamente per via nervosa e quindi emozionale. Questa è la solida base scientifica della psiconeuroendocrinoimmunologia dermatologica.

IL NETWORK NERVOSO



Se ad esempio consideriamo i fattori di rischio della psoriasi (infezioni, fumo, alcool, dieta, obesità, traumi fisici ripetuti, eventi stressanti maggiori) (23), possiamo constatare come la maggior parte di essi sia riconducibile a comportamenti essenzialmente legati a fattori di stress, come d'altronde confermano i dati della letteratura scientifica.

Queste osservazioni ci fanno riflettere su quanto sia complesso e difficile l'approccio al paziente dermatologico e quanta attenzione sia richiesta per una appropriata gestione relazionale, umana e terapeutica. La cute influenza la psiche o viceversa? È nato prima l'uovo o la gallina?

La "psicosomatica" è un dualismo solo apparente (24).

Tra i fattori psicologici, bisogna tuttavia considerare anche alcuni elementi socio-culturali quali il sentimento di vergogna, il sentirsi evitati magari per ancestrali paure di contagio (paradossalmente, la maggior parte delle dermatosi non è di natura contagiosa); nell'epoca in cui l'immagine ha un ruolo così importante, qualunque lesione sulla pelle può essere vissuta con particolare disagio e difficoltà.

Integrare le terapie usando il paradigma Pnei

La cura delle dermatosi infiammatorie, autoimmuni ed allergiche normalmente si avvale di farmaci per uso locale e per uso sistemico: in entrambi i casi, l'azione di queste sostanze è diretta verso cellule e/o mediatori chimici comuni a tutti i processi infiammatori; l'intervento terapeutico avviene dunque a valle (sintomo) nel contesto di un processo patologico che inizia molto più a monte. Questo limite è particolarmente evidente nel trattamento di pazienti affetti da dermatosi a carattere cronico-ricidivante (psoriasi, dermatosi di natura allergica, acne rosacea, dermatite seborroica, herpes simplex recidivante, etc), soprattutto in quelle patologie dove i fattori di stress e la componente emozionale esercitano un'influenza importante e, per l'appunto, contribuiscono a causarne le recidive; ne consegue la necessità di cercare di arricchire il ventaglio degli strumenti terapeutici per poter integrare la terapia farmacologica tradizionale nei suoi aspetti parziali. Infatti, sarebbe

auspicabile oltrepassare il confine di un approccio esclusivamente sintomatico e farmacologico, in modo particolare nella gestione dei fattori di rischio e durante le fasi di remissione clinica delle dermatosi, momenti eccellenti di lavoro sulla prevenzione.

Il paradigma PNEI porta con sé una visione del malato e della malattia necessariamente più ampi nel tentativo di intervenire, per quanto possibile, anche su quei fattori che daranno origine al sintomo, considerato come manifestazione di una complessa catena di eventi psicobiologici.

La terapia farmacologica, utilissima in molti frangenti, da sola può non essere sufficiente: per esempio l'alimentazione, strettamente correlata alla funzione immunologica intestinale, è un aspetto estremamente importante nel contesto della cura e del mantenimento di uno stato di equilibrio; anche l'utilizzo della fitogemmoterapia (con la dovuta attenzione alle controindicazioni ed alle interazioni con la terapia farmacologica) può contribuire al risparmio di farmaci di sintesi, ed un lavoro di tipo psicologico può essere utile nel fornire

al paziente gli strumenti adatti alla gestione delle reazioni allo stress e magari riuscire a modificare abitudini di vita controproducenti. Non ultime, le tecniche di meditazione e di "lavoro sul corpo"; a tale proposito, è sufficiente e sorprendente consultare i dati della letteratura medica scientifica (Pubmed) sui benefici legati alla pratica del Taijichuan, arte taoista la cui origine si perde nei secoli, legata ai principi della medicina tradizionale cinese (MTC).

Il dermatologo tende a curare farmacologicamente le lesioni mentre l'omeopata è solitamente contrario alla "soppressione di una eliminazione cutanea", secondo i principi della medicina di Hahnemann, ma con l'esperienza ed il buon senso anche questa divergenza può essere conciliata.

L'omeopatia e la MTC presentano molti punti di contatto e di integrazione con la dermatologia. L'omeopatia, in particolare (25), ha in comune la visione "internistica" della pelle in relazione fisiopatologica con gli altri apparati e l'idea di corpo (cute) e psiche come aspetti imprescindibili ed indivisibili (24). Ancora, l'alternanza delle manifestazioni patologiche tra cute ed organi interni descritta dall'omeopatia è ben conosciuta dai dermatologi, per esempio nella storia dei pazienti affetti da malattie allergiche. Riguardo invece al trattamento delle manifestazioni cutanee, i punti di vista sono apparentemente divergenti:

il dermatologo tende a curare farmacologicamente le lesioni mentre l'omeopata è solitamente contrario alla "soppressione di una eliminazione cutanea", secondo i principi della medicina di Hahnemann, ma con l'esperienza ed il buon senso anche questa divergenza può essere conciliata.

Dalla letteratura scientifica riguardo ad "omeopatia e dermatologia", la parola chiave che emerge dai (pochi) studi pubblicati (alcuni contrari, altri favorevoli all'omeopatia) è proprio "integrazione": l'utilizzo di più strumenti terapeutici permette maggiori e più adeguate possibilità di cura. Requisiti essenziali sono, per il medico, la conoscenza approfondita della dermatosi da trattare e, in questo caso, della medicina omeopatica, l'esperienza che permette di riconoscere la fase della malattia in questo malato in questo momento e la capacità di intuire le esigenze, le aspettative ed il reale bisogno del paziente in questa determinata situazione.

La scelta terapeutica sarà sempre conseguenziale alla diagnosi dermatologica; trattare una lesione vescicolare di un herpes simplex è ben diverso dal trattare una lesione vescicolare di una dermatite erpetiforme... sottolineando la centralità del malato nell'espressione della propria malattia.

Un punto eccellente dell'integrazione tra omeopatia e dermatologia è dunque nella possibilità di gestione del paziente cronico: la terapia omeopatica di terreno, infatti, è un ottimo strumento per ridurre entità e frequenza delle recidive nel tempo (intervento praticamente impossibile per la farmacologia ordinaria). Ad esempio, se consideriamo la comorbilità nella psoriasi (26) (sovrappeso e obesità, sindrome metabolica, dismetabolismo, steatosi epatica non alcolica, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, diabete tipo II, dipendenze, depressione, malattie infiammatorie immunomediate) confrontandola con i principali medicinali omeopatici di terreno di comune impiego nella dermatosi stessa (Natrum muriaticum, Sulphur, Arsenicum album e iodatum, Lycopodium clavatum, Nux vomica, Sepia officinalis, Staphysagria, Calcarea fluorica, etc), possiamo vedere chiaramente i numerosissimi punti in comune e quante coincidenze sono presenti tra la Materia Medica omeopatica e la dermatologia.

La fase non-acuta di una dermatosi recidivante può dunque rappresentare una preziosa occasione per riequilibrare l'assetto psicofisico attraverso l'impiego di metodiche e cure integrative; inoltre, integrare la cura può permettere anche il risparmio di farmaci.

La Medicina Integrata non è un contenitore di strumenti messi lì a casaccio; è una modalità di lavoro che richiede impegno nel conoscere gli strumenti stessi a disposizione, conoscere le proprie capacità e tentare di conoscere il paziente: con la sua situazione, la sua difficoltà, le sue credenze, le sue aspettative; dove i tempi e le situazioni devono essere valutate ad arte, caso per caso.

In questo tipo di approccio, il paziente è invitato ad assumere un ruolo più attivo verso la propria malattia in quanto può (e lui solo può farlo) contribuire alla gestione della propria salute; allo stesso tempo, il ruolo del medico rimane di riferimento e di guida, in stretta collaborazione.

Medicina integrata anche come integrazione tra medico e paziente.

Bibliografia

1. Bottaccioli F. *Il sistema immunitario: la bilancia della vita*. Tecniche Nuove, Milano 2008
2. Weber G. et al. *Treatment of psoriasis with somatostatin*. Arch Dermatol Res 1982, 272:31
3. Farber EM, Lanigan SW, Rein G. *The role of psychoneuroimmunology in the*



pathogenesis of psoriasis. Cutis, 1990 Oct;46(4):314-6

4. Giannetti A. et al. *Vasoactive intestinal polypeptide and substance P in the*

pathogenesis of atopic dermatitis. 1992 Acta Derm Venereol, suppl. 176, 90-2

5. Pincelli C. et al. *Substance p is diminished and vasoactive intestinal polypeptide is augmented in psoriatic lesion and these peptides exert disparate effects on the proliferation of cultured human keratinocytes*. 1992 J Invest Dermatol, 98: 421-7

6. Roosterman D. et al. *Neuronal control of skin function: the skin as a neuroimmunendocrine organ*. Physiol Rev 2006 Oct;86(4):1309-79

7. Schoen MP, Bohlencke WH. *Psoriasis*. N Eng J Med 2005 May 5;352(18):1899-912

8. Oyoshi MK et al. *Cellular and molecular mechanisms in atopic dermatitis*. Adv. Immunol. 2009; 102:135-226

9. Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. *Dermatologia e malattie sessualmente trasmesse*, Masson, Milano, 2000

10. Bagnasco M. et al. *Urticaria and thyroid autoimmunity*. Thyroid 2011 Apr;21(4):401-10

11. AA.VV. Conference de consensus - texte des experts. *Urticaires e Prise en charge de l'urticaire chronique*. Ann Dermatol Venereol, 2003; 130: 1S1-1S192. Societè Francaise de Dermatologie

12. Melnik BC, Schmitz G. *Role of insulin, insulin-like growth factor-1, hyperglycaemic food and milk consumption in the pathogenesis of acne vulgaris*. Exp Dermatol 2009 Oct;18(10):833-41

13. Ameglio F, D'Auria L. *Cytokines in blister fluids*. Section IV (Assaying Interleukins in Particular Biological Fluids), in "Interleukin Protocols", First Edition, Ed. Luke AJ 'O Neil, Blackwell Science, 2001

14. D'Auria L. et al. *Cytokines in the sera of patients with pemphigus vulgaris: IL-6 and TNF-alpha levels are significantly increased as compared to healthy subjects and correlated with disease activity*. Eur Cytokine Netw 1997; 8: 383-387