

# dermatology reports

EDIZIONE ITALIANA

## 59° Congresso Nazionale ADOI

“La dermatologia oltre la pelle, un approccio clinico integrato”

Riccione, 26-29 ottobre 2022

## BOOK OF ABSTRACT

2022; volume 3, n. 2

Editor-in-Chief

*Luigi Naldi*



# Dermatopia: il mondo della Dermatite Atopica a portata di mano.

Informazioni aggiornate, tutorial e strumenti interattivi, in un unico grande portale.

[www.dermatopia.it/hcp/dermatopia-login](http://www.dermatopia.it/hcp/dermatopia-login)

“Dermatopia” è un portale di che ti aiuta nella cura e nella gestione del paziente con dermatite atopica. Potrai trovare contenuti esclusivi, aggiornamenti scientifici e strumenti utili da condividere anche con i tuoi pazienti.



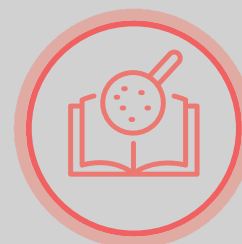
**DERMATITE ATOPICA:  
TUTTO SULLA  
PATOLOGIA**



**AGGIORNAMENTI  
SCIENTIFICI, EVENTI  
E SERVIZI UTILI**



**GLI STRUMENTI  
A SUPPORTO DEL  
PERCORSO TERAPEUTICO**



**INFORMAZIONE SERVIZI  
UTILI A CHI CONVIVE  
OGNI GIORNO CON LA DA**

AREA OPERATORE SANITARIO

AREA PAZIENTE

Iscriviti con 3 semplici click.

**01** CLICCA SU REGISTRATI E COMPILA I CAMPI CON L'ASTERISCO

**02** VERIFICA IL TUO INDIRIZZO DI POSTA TRAMITE IL LINK CHE RICEVERAI VIA MAIL

**03** RICEVERAI EMAIL DI CONFERMA APPENA IL TUO ACCOUNT SARÀ ATTIVO

# Dermatology Reports

Edizione Italiana

ISSN 2036-7392

*Dermatology Reports è una rivista scientifica in lingua inglese, on-line open-access, indicizzata sui principali motori di ricerca, dal 2019 di proprietà di ADOI e organo ufficiale di ADOI, IMI e SIDCO.*

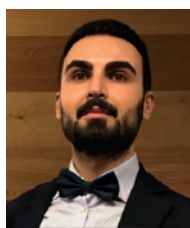
*L'edizione italiana pubblica aggiornamenti scientifici, rubriche e informazioni relative a quanto di rilevante accade all'interno di ADOI e della dermatologia italiana, nonché pagine dedicate a quegli aspetti umanistici, spesso trascurati, che sono alla base delle sue origini.*

## COORDINATORE EDITORIALE



Francesca Sampogna  
*Roma*

## COMITATO EDITORIALE



Enzo Errichetti  
*Udine*



Luca Fania  
*Roma*



Marta Fusano  
*Milano*



Giovanna Galdo  
*Avellino*



Fabio Massimo Gavazzoni  
*Brunico (BZ)*



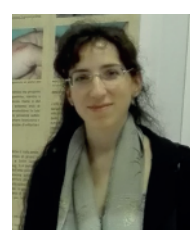
Elena Pezzolo  
*Vicenza*



Francesco Ricci  
*Roma*



Francesca Romano  
*Napoli*

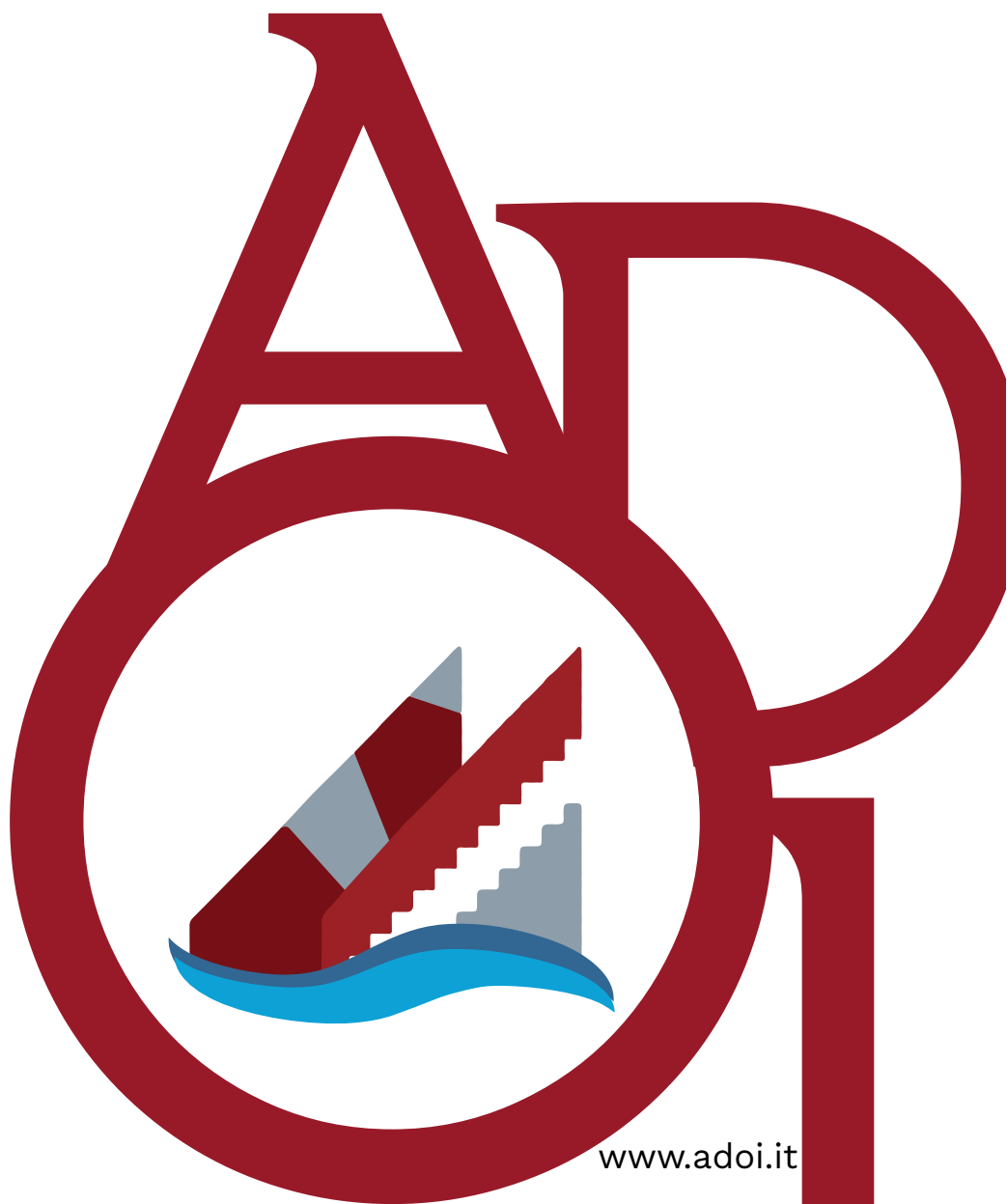


Michela Venturi  
*Cesena*

**59°** CONGRESSO  
NAZIONALE  
ADOI 2022

**RICCIONE**  
26-29 ottobre  
Palazzo dei congressi

La dermatologia oltre  
la pelle, un approccio  
clinico integrato



ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENERELOGI  
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

[www.adoi.it](http://www.adoi.it)

---

**GLI ABSTRACT SONO PRESENTATI IN ORDINE ALFABETICO PER COGNOME DEL PRIMO AUTORE**

---

**QUANDO LA CLINICA DEVE FAR PENSARE AD UN LINFOMA CUTANEO A CELLULE B**

M. Alaibac

*Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Padova*

I linfomi a cellule B primitivi della cute sono un gruppo eterogeneo di disordini linfoproliferativi, che rappresentano il 25-30% di tutti i linfomi primitivi cutanei e si suddividono in tre principali istotipi: 1) linfoma B della zona marginale primitivo cutaneo; 2) linfoma B follicolare primitivo cutaneo; 3) linfoma B diffuso a grandi cellule primitivo cutaneo, "leg type". Mentre le prime due entità sono linfomi indolenti, caratterizzati da una prognosi eccellente nonostante le frequenti recidive, il linfoma B diffuso a grandi cellule "leg type" è clinicamente più aggressivo e richiede solitamente un approccio terapeutico comprendente poli-chemioterapia ed immunoterapia anti-CD20. Nella presente relazione saranno discussi i più recenti sviluppi nell'ambito di tale gruppo di disordini linfoproliferativi cutanei.

**TECNICHE BIOPTICHE**

A. Ascari Raccagni

*Maria Cecilia Hospital - Cotignola (RA)*

Vengono illustrate le diverse metodiche che possono essere impiegate per effettuare una biopsia cutanea.

In particolare in base al tipo di lesione della pelle viene indicata la tecnica di biopsia più adatta e in grado di fornire la massima quantità di informazioni una volta che il pezzo bioptico verrà esaminato dall'anatomo patologo.

Per ogni metodica viene data una serie di indicazioni didattiche su come effettuare la biopsia, quali strumenti è meglio impiegare e i vari passaggi da fare per ottimizzare i risultati. Vengono spiegati nel dettaglio anche i passaggi utili ad ottimizzare il risultato estetico finale.

**LE TERAPIE CELLULARI AVANZATE E LA LORO APPLICAZIONE IN DERMATOLOGIA**

G. Astori

*Laboratorio di Terapie Cellulari Avanzate, UOC di Ematologia, Ospedale di Vicenza*

Un settore della biomedicina che negli ultimi anni sta offrendo importanti opportunità per la terapia di patologie umane un tempo incurabili è quello dei prodotti di terapia cellulare avanzata (ATMP), definiti e classificati dal Regolamento (CE) n. 1394/2007 in "prodotti di terapia genica"; "prodotti di terapia cellulare somatica", "prodotti dell'ingegneria tissutale" e "prodotti di terapia avanzata combinata" quando è presente come parte integrante del prodotto un dispositivo medico.

Gli ATMP sono farmaci e in Italia devono essere prodotti in Officine Farmaceutiche autorizzate dall'Agenzia Italia del Farmaco secondo gli standard definiti dalle Buone Pratiche di Fabbricazione (GMP). Il loro utilizzo sperimentale deve sottostare alle norme specifiche sulla sperimentazione clinica secondo quanto previsto dal Regolamento (CE) n. 536/2014. Di nota, agli ATMP è stato riservato un modello alternativo di autorizzazione d'uso rappresentato dall'"Hospital Exemption" ovvero l'uso non ripetitivo limitato a singoli pazienti in mancanza di valida alternativa terapeutica, nei casi di urgenza ed emergenza che pongono il paziente in pericolo di vita o di grave danno alla salute. In questa direzione, le "cell factory" ospedaliere stanno acquisendo un ruolo sempre più rilevante nella produzione e nella sperimentazione clinica degli ATMP.

Fra gli ATMP più utilizzati, vi sono le cellule stromali mesenchimali (MSC): sono una popolazione di cellule progenitrici multipotenti non ematopoietiche in grado di rinnovarsi e differenziarsi in linee cellulari mesodermiche. Oltre a favorire la riparazione tissutale, si sono dimostrate in grado di modulare la risposta infiammatoria in modelli sperimentali e nei pazienti. Questo avviene a seguito di "priming infiammatorio" principalmente ma non esclusivamente attraverso l'espressione di indoleamine 2,3-dioxygenase che agisce inibendo la proliferazione dei linfociti T. Le principali fonti da cui possono essere isolate sono il midollo osseo, il tessuto adiposo ed il cordone ombelicale.

In dermatologia, lesioni o malattie cutanee come ferite, ustioni, psoriasi, e sclerodermia, sono patologie comuni e in alcuni casi i trattamenti convenzionali sono inefficaci. Grazie alle loro proprietà, le MSC possono rappresentare delle candidate ideali per la terapia delle malattie cutanee ed è disponibile ad oggi una discreta quantità di dati preclinici e clinici. Da una analisi dei dati, è possibile concludere che

l'utilizzo delle MSC per il trattamento delle malattie cutanee è sicuro; i dati di efficacia sono promettenti, tuttavia i diversi endpoint e disegni sperimentali utilizzati rendono difficile una chiara lettura del dato rendendo necessari ulteriori studi controllati.

## IL LICHEN CON PUSTOLE: CLINICA E MICROSCOPIA CONFOCALE

L. Barbieri, C. Franceschini

*IFO-Istituto San Gallicano, Roma*

Il lichen planopilaris è una forma di alopecia permanente primitiva linfocitaria, più frequente nel sesso femminile e l'età di esordio si colloca tra i 40 e i 60 anni.

È una malattia autoimmune organo-specifica, mediata soprattutto da linfociti autoreattivi che aggrediscono il follicolo pilifero con la comparsa, nelle fasi iniziali, di eritema perifollicolare, ipercheratosi, prurito e, nelle fasi avanzate, di alopecia permanente. Per questi motivi, considerato il prevalere di un infiltrato linfocitario, il lichen è stato classificato fra le forme di alopecie cicatriziali primitive linfocitarie.

La follicolite decalvante è invece classificata come una forma di alopecia primitiva neutrofilica, si caratterizza per la comparsa di lesioni infiammatorie, spesso pustolose, che si possono associare a prurito o dolore. Il cuoio capelluto può apparire ispessito, oppure ricoperto di lesioni squamocrostose. Frequente il riscontro di *Stafilococco aureo*, ma il suo ruolo patogenetico ancora non è chiaro. Dal 2003, anno in cui è stata pubblicata l'ultima classificazione delle alopecie cicatriziali primitive, queste due entità sono state considerate sempre separate e distinte da un punto di vista clinico, istologico e terapeutico. In questi ultimi anni, tuttavia, sono stati descritti dei casi in cui alcuni aspetti delle due patologie si sono presentati negli stessi pazienti, sia in modo sequenziale che concomitante. Verrà discussa la gestione di questi casi, sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico, avvalendosi anche di metodiche diagnostiche non invasive, come la tricoscopia e la microscopia confocale, che permettono un monitoraggio continuo nel tempo al fine di seguire la possibile evoluzione e modulare la terapia.

## TRATTAMENTO DELLA PSORIASI NELLE SEDI DIFFICILI

F. Bardazzi

*U.O.C. Dermatologia - IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Bologna*

Le sedi più difficili da trattare nella psoriasi sono sicuramente rappresentate dal cuoio capelluto, unghie e regione

palmoplantare. Studi recenti, tuttavia, annoverano in questo elenco anche gli arti inferiori.

La prevalenza del coinvolgimento ungueale varia dal 15 al 79% dei pazienti psoriasici, approssimativamente il 90% di essi sviluppa durante il corso della vita tale interessamento, e non sembra essere correlato al sesso o all'età del paziente. La psoriasi ungueale è spesso misconosciuta, sottotrattata e difficile da valutare.

La prevalenza del coinvolgimento palmoplantare interessa, invece, circa il 10-14% dei pazienti psoriasici, con età media generalmente più avanzata e più di frequente nel sesso femminile. Questi pazienti hanno più difficoltà a trattare le varianti di PSO, inclusa la forma eritrodermica, ungueale e del cuoio capelluto rispetto ai pazienti senza PPP. Riportano inoltre una maggior sintomatologia dolorosa con valori di DLQI solitamente più elevati rispetto ad altre forme di psoriasi.

Nei pazienti con psoriasi cutanea il cuoio capelluto è in genere coinvolto nell'80% dei casi, e spesso rappresenta la prima manifestazione della patologia.

Tali sedi possono talvolta manifestarsi in modo isolato, cioè senza coinvolgere altre aree cutanee: in particolare, l'interessamento isolato dello scalpo si ha solitamente nel 25% dei casi, quello isolato delle unghie raggiunge una prevalenza del 5-10%, quello palmoplantare del 5%. La localizzazione degli arti inferiori rappresenta, invece, la sede della persistenza delle manifestazioni psoriasiche anche in quei pazienti in cui il trattamento ha comportato una risoluzione quasi completa della malattia. Questo dato, pertanto, ci permette di ipotizzare in futuro l'aggiunta di questa sede nell'elenco delle aree difficili da trattare. È indubbio, comunque, che siano necessari ulteriori studi con ampie casistiche per confermare tale evidenza clinica.

È certamente noto che le terapie biologiche siano utili ed efficaci anche nella trattazione di tali sedi più difficili, e che anche i pazienti ne traggano un notevole beneficio non solo dal punto di vista clinico ma anche di miglioramento della qualità della vita.

## SCABBIA: COSA STA CAMBIANDO NELLA GESTIONE TERAPEUTICA?

A. Bassi

*Azienda Asl Nordovest, Toscana, Lucca*

Negli ultimi tempi stiamo assistendo ad un incremento, soprattutto nei pazienti pediatrici, di casi di Scabbia non responder a quelle che da sempre sono state considerate le terapie di elezione, in primis la Permetrina topica. L'importanza della corretta attuale gestione terapeutica è alla base della prevenzione della diffusione della patologia in primis negli ambienti scolastici. Verrà fatta una panoramica su quelli che attualmente sono da considerare le terapie di scelta per la scabbia.

## RADIOTERAPIA DEI CARCINOMI CUTANEI: STATO DELL'ARTE E NUOVE PROSPETTIVE CON LE PARTICELLE ALFA

S.R. Bellia

*Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori" – IRCCS, Meldola (FC)*

Nel trattamento dei carcinomi cutanei la radioterapia può essere impiegata, in alternativa alla chirurgia, come terapia con intento curativo, nei pazienti non candidati o che rifiutino tale approccio. Può essere inoltre utilizzata con intento adiuvante dopo resezione chirurgica, nei pazienti ad alto rischio di recidiva, ed infine a scopo palliativo, nel caso di tumori localmente avanzati e/o metastatici, al fine di ridurre la sintomatologia algica o il sanguinamento.

È un trattamento ben tollerato che può offrire, soprattutto in determinate sedi anatomiche, come nel caso di tumori che insorgono nella cute del distretto testa-collo, migliori risultati cosmetici e funzionali se confrontata con la chirurgia.

Dal punto di vista tecnico è possibile utilizzare le basse energie (il cosiddetto ortovoltaggio), gli elettroni ed infine le alte energie, qualora il target sia costituito da tumori voluminosi che si estendono maggiormente in profondità e/o fissi sui piani profondi. Un'ulteriore possibilità di trattamento è data dalla brachiterapia di superficie o interstiziale. Proprio in questo scenario, da alcuni anni, si è affacciata una nuova e promettente tecnica di brachiterapia interstiziale: la DaRT (Diffusing alpha emitters Radiation Therapy). Consiste nell'impiego di semi radioattivi "caricati" con atomi di Radium-224 che vengono impiantati all'interno della massa tumorale. Dal decadimento del Radium originano degli atomi "figli" che si disperdono nel tumore ed emettono particelle alfa ad elevata energia in grado di distruggere le cellule tumorali. Poiché gli atomi alfa emittenti si diffondono solo entro pochi millimetri di tessuto, tale tecnica è in grado di eradicare le cellule tumorali limitando al minimo l'esposizione dei tessuti sani circostanti. L'elevata capacità di tumor-killing della DaRT deriva principalmente dall'abilità delle radiazioni alfa di rompere irreparabilmente la doppia elica del DNA delle cellule tumorali. Dopo esserne stata dimostrata l'efficacia in studi preclinici ed in differenti tipi tumorali nelle cavie, nel 2020 è stato pubblicato i primi risultati relativi all'impiego di tale tecnica utilizzata per la prima volta nell'uomo nel trattamento di tumori SCC della cute con risultati molto promettenti: 100% di risposte con 78% di risposte complete, in assenza di eventi avversi di rilevanza clinica.

## LINFOMI CUTANEI RARI T

E. Berti, S. Alberti-Violetti

*Fondazione Cà Granda I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

La diagnosi dei linfomi-T cutanei rari non è sempre agevole ed è necessario considerare gli aspetti istologici, immunofenotipici e molecolari. Le forme aggressive sono caratterizzate da una rapida progressione extra-cutanea. Si tratta di alcune entità cliniche come il linfoma-T citotossico aggressivo epidermotropo CD8+ (descritto da Berti et al. nel 1999, entità "provisional"); il linfoma-T cutaneo gamma-delta (descritto da G. Burg, et al. nel 1991 e ripreso da Toro et al. nel 2000) e il linfoma cutaneo NK/T EBV+ extra-nodale nasal-type (Willemze et al 2005). Tra le forme rare a decorso indolente o meno aggressivo dobbiamo ricordare il linfoma-T sottocutaneo simil-panniculitico CD8+ (Willemze et al 2008); i linfomi T-CD8+ indolenti acrali (in precedenza denominati "indolent CD8+ proliferation of the ear" e descritto da Petrella et al. nel 2007) e i disordini linfoproliferativi clonali CD4+ (Beljaards et al. nel 1994 e Willemze et al. 2005) originanti dai linfociti di tipo T-follicular helper.

## PROCEDURE E TEST DIAGNOSTICI IN CASO DI SOSPETTE REAZIONI ALLERGICHE AI VACCINI ANTI-COVID19

F. Biondi

*Clinica Dermatologica di Perugia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Ravenna*

Vengono discusse le modalità di esecuzione dei test cutanei allergodiagnostici in caso di sospette reazioni allergiche ai vaccini anti-COVID19, facendo riferimento agli eccipienti chiamati in causa e ai principali protocolli attualmente proposti, evidenziandone le criticità. Si descrive inoltre il protocollo adottato dalla Clinica Dermatologica di Perugia durante e dopo la pandemia.

## L'INTERFACCIA TRA PERCORSI DI CURA DIVERSI MA COMPLEMENTARI

C. Bissoni, P. Longobardi

*Centro Cura Ferite Difficili, Ravenna*

In una struttura territoriale di secondo livello afferiscono pazienti affetti da lesioni croniche cutanee (LCC). La presa in carico viene effettuata da medico e infermiere specialista attraverso i seguenti passaggi: valutazione del paziente in toto, inquadramento della lesione cutanea con successivi

accertamenti del caso, valutazione e gestione della lesione secondo i principi del TIMERS e del Wound Hygiene. Se all'interno della valutazione sono presenti specifici criteri richieste dall'accordo contrattuale il caso viene inviato all'attenzione del responsabile della Rete Vulnologica della Romagna per l'autorizzazione alla presa in carico con sistema sanitario nazionale (SSN) presso il Centro Cura ferite Difficili (CCFD). Se invece le caratteristiche del paziente affetto da ulcera sono gestibili in un setting di primo livello, viene consegnato al paziente un elenco dei tali centri fruibili sul territorio dell'Area Vasta.

Una volta ricevuta l'autorizzazione il paziente viene affidato alle cure del team di specialisti. A cadenza mensile viene eseguito un controllo medico-infermieristico per verificare lo stato del paziente e l'evoluzione della ferita. Una riduzione del 40% della superficie della lesione in quattro settimane è un indicatore di una corretta traiettoria di guarigione. In caso contrario vengono valutate opzioni terapeutiche supplementari.

Il report delle visite mensili viene inviato per opportuna conoscenza al responsabile della rete vulnologica che può suggerire indicazioni diagnostico-terapeutiche aggiuntive qualora lo ritenga necessario.

Questo tipo di integrazione permette una più agevole gestione del paziente secondo le sue necessità collocandolo nel setting di cura più idoneo e rendendo quindi più fluido il lavoro dei centri dei vari livelli.

### **BANCA REGIONALE DELLA CUTE EMILIA-ROMAGNA AUSL ROMAGNA**

E. Bondioli, P. Minghetti, V. Purpura, S. Palo,  
B. Tavaniello, A. Morellini, C. Orlandi, A. Anecchini,  
I. Brognara, S. Cavani, D. Ciccarelli, E. Emiliani,  
L. Liverani, A. Pepe, L. Rosetti, S. di Fede, D. Melandri

*U.O. Centro Grandi Ustionati Romagna/Dermatologia Cesena (Forlì), Banca Regionale della Cute Emilia-Romagna e Cell Factory; AUSL Romagna, Cesena-Forlì*

La Banca regionale della Cute Emilia-Romagna afferisce al Centro Grandi Ustionati dell'Ospedale M. Bufalini dell'Azienda USL della Romagna, sede di Cesena ed è una delle cinque banche del tessuto cutaneo italiane riconosciute a livello europeo e accreditate dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Istituita dal Ministero della Salute con decreto del 16 dicembre 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 15/01/1999, ha come il Centro Ustioni, un bacino di utenza sovraregionale. Dai primi mesi del 2006 la Banca ha incrementato la propria attività nell'ambito della Medicina Rigenerativa e ha avviato una linea produttiva di Bioingegneria dei tessuti unitamente ad una sezione dedicata all'Attività di Ricerca Clinica con progetti di ricerca traslazionali in collaborazione con Università degli Studi,

IRST-IRCCS e Centri di Ricerca nazionali e internazionali. Proprio su questi ambiti specifici dal 2009 la Banca Regionale della Cute lavora in stretta sinergia con la Cell Factory istituita presso l'Azienda della regione Emilia-Romagna con specifica delibera (Prot. 32/09 delibera 26 gennaio 2009). Verranno presentati nella relazione i tessuti prodotti e distribuiti dalla Banca su scala regionale e nazionale con esempi di applicazione clinica e le prospettive future legate ai progetti di ricerca in corso.

### **FATTORI CHE CONDIZIONANO L'EFFICACIA DI UN PREPARATO CORTICOSTEROIDEO TOPICO**

A. Borghi

*Dipartimento di Scienze Mediche, Sezione di Dermatologia e Malattie Infettive, Università degli Studi di Ferrara*

La recente e costante evoluzione delle opzioni terapeutiche mirate al trattamento della psoriasi, determinata dalla disponibilità di molecole sempre più attive nell'inibire mediatori chiave della malattia, è esitata nel raggiungimento di elevati livelli di efficacia e sicurezza. Questo crescente progresso terapeutico è tuttavia appannaggio dei trattamenti sistemici, segnatamente dei farmaci biotecnologici, riservati ai pazienti affetti da forme moderate-severe di psoriasi. Non hanno beneficiato pertanto dello sviluppo di questi farmaci, estremamente efficienti, i pazienti affetti da forme lievi-moderate, non candidabili ai suddetti approcci terapeutici. Per questa, peraltro cospicua, porzione di pazienti, il trattamento topico rimane la prima linea terapeutica. Studi volti a valutare l'aderenza al trattamento prescritto per la psoriasi, in senso generale, hanno evidenziato come la costanza terapeutica sia piuttosto modesta proprio per i trattamenti a uso topico. Esistono svariate ed eterogenee motivazioni alla base della ridotta aderenza al trattamento topico. Tra queste, si segnalano l'efficacia giudicata sovente non adeguata dei suddetti trattamenti e la loro scomodità, in termini di posologia, gradevolezza cosmetologica, impegno e tempo richiesti per la loro applicazione. Questi limiti intrinseci al trattamento topico vanno analizzati nella prospettiva di una terapia che deve essere protratta cronicamente, coerentemente con la cronicità stessa della malattia. La conoscenza dei principi di scelta dei topici corticosteroidi nel trattamento della psoriasi è un cofattore cruciale nell'ottimizzare efficacia e aderenza terapeutica. Si valutano i principali criteri da considerare nella terapia topica, in particolare corticosteroidi, della psoriasi, sulla base delle evidenze disponibili.



## ORTICARIA CRONICA POST-VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2: LA NOSTRA ESPERIENZA E IL CONFRONTO CON LA LETTERATURA

R. Brancaccio<sup>1</sup>, A. Codemo<sup>2</sup>, A. Pinelli<sup>2</sup>, A. Motolese<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Dermatologia, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia <sup>2</sup>Scuola di Specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica School of Allergy, Università di Modena e Reggio Emilia

**Background:** Dall'inizio della campagna vaccinale anti SARS-CoV-2, è stato riscontrato un elevato numero di reazioni avverse. Le reazioni dermatologiche sono le reazioni più frequenti e, tra esse, l'orticaria-angioedema cronica rappresenta una comune richiesta di visita. Il nostro studio valuta i pazienti visitati da dicembre 2021 ad aprile 2022 a cui è stata posta diagnosi di orticaria cronica indotta da vaccinazione anti SARS-CoV-2 (UIVac-Cov2).

**Metodi:** 78 pazienti (26 M, 52 F), afferenti al nostro ambulatorio da dicembre 2021 ad aprile 2022, con diagnosi di UIVac-Cov2, sono stati inclusi nello studio. Sono stati valutati i seguenti parametri: sesso, età, vaccino e dose praticati, latenza della reazione, durata della sintomatologia angioedema, risposta a terapia antistaminica, recidiva dopo successiva vaccinazione.

**Risultati:** Su 1167 visite, 78 (6,7%) visite hanno riguardato pazienti affetti da orticaria cronica indotta da vaccinazione anti SARS-CoV-2 del totale) UIVac-Cov2. 29 pz avevano praticato BNT162b2 (37,18%), 46 mRNA-1273 (60%), 2 ChAdOx1 nCov-19 e 1 Ad26.COV2.S. 15 pazienti hanno manifestato orticaria dopo la prima dose (19,23%), 25 dopo dose di richiamo (32,05%), 38 dopo dose booster (48, 72%). La latenza media è stata di 10,1 giorni ( $\pm 7,8$ ) mentre la durata media è stata di 33,54 giorni ( $\pm 71,2$ ), escludendo dal conteggio in pazienti in cui la sintomatologia era ancora in corso. 44 pazienti hanno manifestato risposta completa a terapia antistaminica (56,41%), 18 risposta parziale (23,07%), 8 non responders (10,26%). Dei 28 pazienti che hanno praticato successiva vaccinazione, 18 non hanno presentato recidiva (64,2%), mentre i restanti 10 (35,8%) hanno manifestato una riacutizzazione o un peggioramento della sintomatologia.

**Conclusioni:** L'UIVac-Cov2 costituisce una causa frequente di consulto dello specialista. Questa condizione è benigna, dal momento che la maggior parte dei pazienti risponde a terapia. Per il rapporto rischio/beneficio, tale condizione non costituisce una controindicazione a successiva dose di vaccinazione anti SARS-CoV-2.

## REAZIONI CUTANEE DA VACCINAZIONE COVID: SPETTRO CLINICO E GESTIONE

P.L. Bruni

*Clinica Dermatologica – Terni*

La vaccinazione anti SARS CoV2 può determinare un ampio spettro di reazioni cutanee, le più comuni delle quali sono quelle locali, immediate o ritardate, a livello del sito di inoculo. In alcuni casi il vaccino può determinare la comparsa di malattie autoimmuni con coinvolgimento cutaneo o l'esacerbazione di malattie cutanee preesistenti. Alcune reazioni cutanee mimano quelle associate all'infezione da SARS Cov2, come l'eritema pernio. Le reazioni cutanee, tuttavia, solo raramente assumono carattere di gravità e non rappresentano una controindicazione assoluta al vaccino. La maggior parte dei pazienti con reazioni alla prima dose non sviluppa una reazione alle dosi successive. L'autore passa in rassegna in maniera sintetica nella sua relazione tutti gli aspetti citati, discutendone anche le eventuali indicazioni di terapia.

## MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

F. Bruzziches

*U.O. Centro Grandi Ustioni Ospedale M. Bufalini, AUSL Romagna U.O. Dermatologia Ospedale S. Maria alle Scotte, Siena*

In Italia circa il 90% di tutte le ustioni che accedono al PS, sono costituite da ustioni minori la cui presa in carico può essere Ambulatoriale. Questo implica che i Dermatologi sono tenuti a gestire un numero molto elevato di pazienti che necessitano di cure ambulatoriali adeguate.

Un'ustione di qualsiasi estensione può diventare una condizione molto grave.

È pertanto necessario che il personale sanitario sia in grado di valutare rapidamente queste lesioni e di mettere in pratica interventi assistenziali basati sulle priorità presentate dal paziente.

Il piano assistenziale è basato sulla determinazione del tipo, dell'estensione e del grado di profondità dell'ustione, così come sulla entità delle risorse disponibili. Tutti i sanitari dovrebbero essere in grado di sapere quando e come contattare il più vicino Centro Ustioni. La consulenza con lo specialista del Centro Ustioni è utile per programmare il migliore percorso terapeutico.

## RECENTI SVILUPPI DELL'INCIDENZA E DELLA PROGNOSI DEL MELANOMA IN ITALIA

L. Bucchi, S. Mancini, F. Baldacchini, O. Giuliani, A. Ravaioli, R. Vattiato, F. Zamagni, A. Biggeri, E. Crocetti, L. Dal Maso, C. Masini, L. Ridolfi, S. Villani, A. Brustolin, A. Caldarella, G. Candela, S. Carone, G. Carrozzi, R. Cavallo, Y.M. Dinaro, M. Ferrante, S. Ferretti, R.A. Filiberti, M. Fusco, L. Gatti, A. Gili, S. Iacovacci, M. Magoni, L. Mangone, G. Mazzoleni, M. Michiara, A. Musolino, C. Panato, S. Piffer, D. Piras, R.V. Rizzello, S. Rosso, M. Rugge, U. Scala, D. Serraino, F. Stracci, G. Tagliabue, R. Tumino, G. Palmieri, I. Stanganelli, F. Falcini

*Emilia-Romagna Cancer Registry, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) Dino Amadori, Meldola, Forlì; Unit of Biostatistics, Epidemiology and Public Health, Department of Cardiac, Thoracic, Vascular Sciences and Public Health, University of Padua; Associazione Italiana Registri Tumori; Department of Public Health, Experimental and Forensic Medicine, Unit of Biostatistics and Clinical Epidemiology, University of Pavia; Institute of Research on Genetics and Biomedicine, National Research Council, Sassari; Skin Cancer Unit, IRCCS IRST Dino Amadori, Meldola, Forlì; Department of Dermatology, University of Parma*

Recenti studi basati sulla banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori e finanziati dall'Intergruppo Melanoma Italiano e dal Ministero della Salute hanno ridisegnato il profilo epidemiologico del melanoma cutaneo in Italia. Un'analisi delle tendenze dell'incidenza tra il 1994 e il 2013 ha mostrato un aumento medio annuo dei tassi totali del 3.6% tra gli uomini e del 2.5% tra le donne. Tuttavia, studiando i tassi con modelli età-periodo-coorte, è stata osservata una flessione del rischio per le coorti nate dopo la metà degli anni '70, per le quali l'incidenza è tornata ai livelli della coorte di nascita del 1949. Si tratta della manifestazione iniziale di una riduzione coorte-di-nascita-dipendente del rischio di melanoma che, nei prossimi decenni, eroderà l'attuale aumento dei tassi d'incidenza totali. Uno studio sulla prognosi della malattia negli ultimi due decenni ha documentato una riduzione dello spessore di Breslow (uomini: 0.90 mm nel 2003-2007, 0.75 mm nel 2013-2017; donne: 0.78 mm, 0.68 mm) accompagnato da un aumento della sopravvivenza netta a 5 anni (uomini: 86.8% nel 2003-2007, 93.2% nel 2013-2017; donne: 91.4%, 93.4%). Quindi, grazie ad un miglioramento prognostico più forte, gli uomini hanno raggiunto dal 2013 la stessa sopravvivenza delle donne pur avendo ancora melanomi più spessi. Per gli uomini, infatti, l'aumento di sopravvivenza è stato più forte per i melanomi più spessi. Inoltre, il miglioramento dello spessore è stato responsabile solo di una parte del miglioramento della sopravvivenza. Probabilmente, l'introduzione delle targeted therapies e degli immune checkpoint inhibitors dal

2013 in poi è stato il fattore più importante. Uno studio sulla correlazione ecologica tra le tendenze dei tassi di visita dermatologica, di biopsia cutanea, di incidenza dei melanomi precoci, e di mortalità specifica ha suggerito che l'eventuale sovra-diagnosi di melanoma non è dovuta a una crescente propensione dei dermatologi alla biopsia ma a un aumento dei tassi di visita.

## STRESS E ALOPECIA AREATA

A.G. Burrioni

*Policlinico San Martino, Genova*

Pochi disturbi dermatologici nascondono tante sfumature emotive quanto la caduta dei capelli. Tutti i protagonisti dell'incontro sono complicati: Il paziente, molto sofferente per il suo problema e spesso deluso dalle visite precedenti, il Medico, talvolta annoiato da racconti tutti simili e spaventato dalle difficoltà delle terapie, la malattia spesso troppo facile da diagnosticare ma difficile da curare o di diagnosi più complicata e terapia quasi impossibile, la terapia a risultato non certo garantito, costosa, gravata da critiche generate dai media.

Il Dermatologo che si occupa di tricologia deve pertanto possedere requisiti tecnici e requisiti psicologici ed avere la consapevolezza di essere esso stesso parte integrante della terapia, come più volte ha ricordato Boris Luan-Plozza, nel suo didattico testo "Il medico come terapia: l'alleanza con il paziente".

In tutti gli ambiti in cui lavoriamo dobbiamo apparire molto preparati, in tricologia in modo particolare saper spiegare con chiarezza la patologia della quale il paziente è affetto e renderlo partecipe della procedura diagnostica della tricoscopia diventa parte integrante della terapia e elemento fondamentale per raggiungere l'aderenza terapeutica. Condividere con il paziente il significato dei termini specialistici che utilizziamo durante lo svolgimento dell'esame (anagen, telogen, vellus ecc.) trasferisce una competenza al paziente stesso, che si sentirà più "attore" e meno "spettatore" della sua patologia.

Il paziente tricologico è spesso un paziente "difficile". Chi è il paziente difficile? È quello che incontriamo ogni circa sei visite e sembra sia nato per ostacolare il nostro lavoro. Numerosi articoli della letteratura sono dedicati al paziente difficile, ipotizzando che il comparire di questa figura sia dovuto al venir meno del rapporto di fiducia medico-paziente, altresì i media e l'avvento della Medicina Difensiva hanno collaborato al consolidarsi di questa figura. È pertanto fondamentale, per l'approccio al paziente tricologico, una buona competenza psicologica e psichiatrica.

## STORIA DEL MELANOMA DAL PALEOLITICO AI GIORNI NOSTRI

D. Calista

*Unità Operativa di Dermatologia e Centro Grandi Ustionati, R, Cesena*

Le prime segnalazioni incontestabili sul melanoma le dobbiamo a autori anglosassoni ed in minor misura a quelli francesi, sia per la maggiore prevalenza della neoplasia in tali popolazioni sia per la loro capacità di osservare la realtà alla luce dal razionalismo cartesiano e dell'empirismo hobbesiano.

A partire dalla seconda metà dell'ottocento il melanoma ha perduto la sua connotazione di protoplasma infettivo per diventare una neoplasia e dal IX secolo le conoscenze su tale neoplasia hanno avuto un forte impulso grazie all'avvento di studi randomizzati, della tecnologia, della statistica applicata, della biologia molecolare, della genetica e della farmacologia.

Oggi i test di profilazione genomica ci hanno portato alle soglie di un cambiamento epocale. In breve tempo tali test affiancheranno la diagnosi istologica con l'obiettivo di migliorare gli aspetti diagnostici oggi più controversi.

La storia del melanoma, a partire dagli anni 90, ha iniziato a correre così velocemente che è diventato difficile raccontarla.

## MORFEA CONGENITA

S. Cambiagli

*UOC di Dermatologia Pediatrica - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

La sclerodermia localizzata o morfea è una patologia fibrosante che colpisce cute e sottocute, con tendenza ad evolvere verso la sclerosi, in assenza di un coinvolgimento sistemico primitivo. La metà circa dei casi di morfea ha esordio in età pediatrica con un andamento delle chiazze generalmente estensivo e "attivo" per un periodo di 3-5 anni, anche se nel tempo si osservano spesso periodi di quiescenza oppure fasi di riattivazione dell'infiammazione e della sclerosi.

Recentemente è stato descritto un raro sottogruppo di pazienti in cui la dermatosi era presente fin dalla nascita. La morfea congenita di questi pazienti è stata associata a ritardo diagnostico, stabilità delle chiazze e possibile coinvolgimento extra cutaneo.

Viene presentato il caso di 2 pazienti affetti da una forma clinicamente tipica, e istologicamente confermata, di morfea presente dalla nascita. La dermatosi in entrambi ha mostrato una riattivazione infiammatoria dopo alcuni anni vita, in assenza di coinvolgimento di altri organi.

## I TRAUMI UNGUEALI

G. Cannata, P. Cornaggia

*AAD - International Fellow American Academy of Dermatology, Rome*

Le lesioni ungueali sono causate da traumi acuti o/e contusivi.

I traumi acuti possono essere da taglio, con amputazioni, con coltelli o macchine da taglio e in genere si riscontra nei Pronto Soccorsi.

Più spesso, noi Dermatologi, vediamo traumi contusivi (es. lesioni da schiacciamento con porte, macchinari pesanti o durante attività sportive). C'è la compressione dei tessuti molli, principalmente il letto ungueale, tra l'unghia e l'osso sottostante, oltre alle forze esterne.

L'estensione del danno ai tessuti molli può essere facilmente sottovalutata e spesso il letto ungueale è danneggiato.

Le lesioni del letto ungueale possono variare da ematomi subungueali, lacerazioni e avulsione ungueale, ma anche lacerazione della matrice ungueale.

## LA GESTIONE DEL LUPUS CUTANEO E LE NUOVE TERAPIE

M. Caproni, E.B. Mariotti, C. Aimo, V. Ruffo di Calabria, A. Corrà, L. Quintarelli, A. Verdelli

*Dipartimento di Scienze della Salute, Azienda USL Toscana Centro, Università di Firenze*

Il Lupus Eritematoso Sistemico è una malattia infiammatoria cronica del connettivo, a patogenesi auto-immune, multi-sistemica, (occasionalmente limitata ad uno o pochi organi) diagnosticata sulla base di manifestazioni cliniche e di alterazioni sierologiche caratteristiche. La forma cutanea è 2-3 volte più frequente della forma sistemica. Il trattamento si avvale delle linee guida terapeutiche europee associate ai nuovi farmaci biologici per le forme refrattarie (Belimumab, Rituximab). Altri farmaci come Anifrolumab, Dapirolizumab sono in corso di approvazione in Europa.

## DERMATOLOGIA DALLA PREISTORIA. LA PELLE DELLA DEA: SEGNI E SIGNIFICATI

G.A. Caresana

*ASST Cremona*

*Introduzione:* Nella pratica clinica quotidiana ogni Dermatologo vede sempre più frequentemente, mentre esamina la pelle dei pazienti, la presenza di tatuaggi. Ben di rado però riusciamo a coglierne il significato, anche perché

la nostra attenzione è principalmente rivolta alla diagnosi della patologia cutanea per cui il paziente si è sottoposto a visita. Talvolta invece è il tatuaggio stesso il problema che il paziente ci sottopone chiedendocene la rimozione, evidentemente perché le ragioni che lo avevano spinto a farselo tatuare sono venute meno.

**Materiali e metodi:** Nel passato e soprattutto nel remoto passato dell'umanità il ricorso alla tatuazione della pelle aveva significati meno effimeri di quelli attuali e rifletteva convinzioni profonde, simboliche o teurgiche come testimoniano i 61 tatuaggi rinvenuti sulla pelle dell'uomo di Similaun, risalente all'età del rame, che rappresenta la più antica prova documentale del ricorso a tatuaggi.

**Risultati:** Vi sono tuttavia indizi documentali convincenti che anche in epoche ben più remote l'umanità ricorresse a tracciare sulla pelle segni che riflettevano le convinzioni teologiche e cosmologiche. Un contributo fondamentale e fondante in questa materia è stato quello dell'archeologa e antropologa lituana Marija Gimbutas, che nella seconda metà del XX secolo ha analizzato, studiato e decodificato una enorme mole di reperti archeologici dell'Europa e del Vicino Oriente su di un arco temporale che va dalle comunità di cacciatori raccoglitori, alle comunità stanziali dei primi allevatori e agricoltori, fino all'avvento delle popolazioni indoeuropee portatrici di una civiltà guerriera fondata sulla metallurgia e la domesticazione del cavallo.

**Conclusioni:** Dallo studio e dal raffronto dei segni presenti sulla superficie del materiale archeologico esaminato è emerso che i segni ricorrenti, interpretati in passato come semplici motivi decorativi, in realtà esprimevano una simbologia riconducibile da una divinità femminile primigenia prevalente nei culti e nelle culture preistoriche.

## SARCOMI CUTANEI: QUELLO CHE IL DERMATOLOGO DEVE SAPERE

A. Cassisa

*SOC Anatomia Patologica Firenze USL centro Toscana*

I sarcomi cutanei sono neoplasie maligne rare che comprendono una ampia varietà di entità patologiche. La clinica di queste neoplasie è spesso aspecifica e quindi non viene riconosciuta precocemente o viene diagnosticata erroneamente. Le cellule di origine dei sarcomi cutanei derivano principalmente dal connettivo dermico, dai vasi, dai muscoli erettori dei peli, dai nervi. Ognuna di queste strutture ha una composizione cellulare complessa e genera una gamma eterogenea di neoplasie. A questo si aggiunge il fenomeno della EMT (epithelial mesenchymal transition) che rappresenta un meccanismo cellulare legato alla progressione neoplastica che nella forma più estrema determina la trasformazione di un carcinoma o un melanoma in neoplasia indistinguibile da un sarcoma indifferenziato e la diagnosi può fare solo su base citogenetica. Il dermatofibrosarcoma protuberans uno

dei più comuni sarcomi cutanei, è una neoplasia a lenta crescita, localmente aggressivo, a malignità intermedia, tipico della mezza età. Esistono casi in cui la presentazione clinica può essere molto confondente e ne viene descritto uno particolarmente eccezionale ma emblematico che sottolinea l'importanza della correlazione clinico-istologica.

L'angiosarcoma cutaneo è una neoplasia proteiforme molto aggressiva a rapida progressione. La presentazione allo scalpo è quella più frequente ed insidiosa dal punto di vista clinico iniziando spesso con una piccola placca eritematosa che in poco tempo evolve ad interessare l'intero scalpo. Altra categoria è rappresentata dall'angiosarcoma della mammella post radioterapia che pone in diagnosi differenziale lesioni cutanee banali, spesso ignorate, ed uno spettro continuo di lesioni vascolari considerate come precursori. Il fibroxantoma atipico è un'entità ancora, per certi versi, enigmatica e presenta spesso aspetti borderline con il carcinoma sarcomatoide da un lato ed il sarcoma pleomorfo dall'altro.

## PSORIATIC ARTHRITIS: CLINICAL SCENARIOS

G. Citriniti, F. Crescentini, N. Girolimetto, N. Possemato

*UOC Reumatologia, Azienda USL-IRCCS Di Reggio Emilia, Reggio Emilia*

L'artrite psoriasica (AP) è una malattia cronica infiammatoria che colpisce circa un terzo dei pazienti affetti da psoriasi. L'AP presenta caratteristiche cliniche eterogenee e talvolta può avere un esordio insidioso. Pertanto, in assenza di criteri diagnostici validati e biomarcatori specifici, la diagnosi può essere difficoltosa. Il ritardo diagnostico e terapeutico che ne deriva ha importanti conseguenze sulla progressione del danno articolare, sullo sviluppo di comorbidità e quindi sull'insorgenza di disabilità. Nella pratica clinica, la diagnosi si basa sul riconoscimento di segni di flogosi delle articolazioni, delle entesi e dello scheletro assiale in pazienti con psoriasi e/o onicopatia psoriasica. Le manifestazioni muscolo-scheletriche dell'AP sono identificate in 4 domini fondamentali. L'artrite periferica ha tipicamente una distribuzione inizialmente oligoarticolare, che può diventare più spesso poliarticolare nelle fasi avanzate di malattia, con un pattern simil-reumatoide. Può essere talvolta difficile differenziare le forme con prevalente interessamento delle interfalangee distali dall'osteoartrite, in particolare nella sua forma erosiva. L'entesite, ovvero l'infiammazione dei siti in cui tendini e legamenti si inseriscono sulla superficie dell'osso, è l'elemento caratteristico dell'AP, e spesso si ritrova nelle forme precoci. La diagnosi clinica di entesite, tuttavia, è gravata da una ridotta sensibilità dell'esame obiettivo nell'identificare l'infiammazione delle entesi, d'altro canto la presenza di entesopatia in pazienti con sindrome metabolica risulta poco specifica. L'impiego di metodiche di imaging quali l'ecografia e la risonanza magnetica si è dimostrato fondamentale nel migliorare l'accuratezza diagnostica, in particolare

nella diagnosi differenziale con la fibromialgia.

La dattilite si definisce come la tumefazione di un dito che risulta dall'infiammazione di articolazioni, tendini e tessuti molli, e si presenta nella storia di malattia in circa la metà dei pazienti. Il coinvolgimento assiale isolato, infine, è quello meno frequente e la cui definizione è dibattuta, in particolare nella differenziazione tra le forme assiali di AP e la spondilite in paziente con psoriasi.

## CHEMSEX UN FENOMENO DA CONOSCERE

C. Colli

*Clinica Dermatologica e Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana Isontina*

Il Chemsex è una nuova tipologia di assunzione di sostanze psicotrope al fine di performance sessuale diffusa soprattutto nel mondo omo-bisessuale, ma non esclusivamente.

L'uso di sostanze psicoattive aumenta la percezione della sessualità in senso psico fisico diminuendo il senso di rischio che la persona vive e pertanto tra coloro che praticano il chemsex è dimostrato esservi un netto aumento di infezione venerea.

Gli utilizzatori di chemsex sono di certo in aumento negli ultimi anni e vanno riconosciuti tra gli utenti dei centri malattie sessualmente trasmesse (CMST), nei reparti di malattie infettive o in epatologia. Tra le infezioni più diffuse correlate alla pratica del chemsex vi è l'epatite C che può essere contratta sia per via sessuale sia parenterale in occasione dell'utilizzo di sostanza.

E' pertanto importante e parte del lavoro dei CMST riuscire a cogliere una domanda spesso inespressa da parte dell'utente, in quanto carica di ulteriore stigma, che va compresa mediante un'attenta anamnesi, focalizzata all'attenzione del non detto, del paraverbale o di piccoli segni.

Fondamentale è per gli operatori sanitari preposti alla gestione dei casi di infezioni, o di sospette infezioni, essere pertanto attenti conoscitori dell'argomento, non solo dal punto di vista infettivo ma anche psicologico al fine da poter fornire una rete di supporto in senso anche preventivo. Accade infatti che gli utilizzatori non considerandosi tossicodipendenti, non si riferiscano ai servizi per le tossicodipendenze e quindi sono difficili da intercettare. I CMST sono osservatorio d'elezione per tali problematiche.

Nella relazione verranno pertanto affrontate la tipologia di sostanze d'abuso utilizzate, le patologie correlate al chemsex, la tipologia d'utente e ipotizzate strategie d'intervento possibile, nel rispetto della complessità del fenomeno.

## GENETICA DEL MELANOMA: DALLA SCOPERTA DI BRAF ALL'IMPATTO SULLA TERAPIA DI PRECISIONE

M. Colombino<sup>1</sup>, M. Casula<sup>1</sup>, A. Manca<sup>1</sup>, G. Palomba<sup>1</sup>, M. Pisano<sup>1</sup>, C. Rozzo<sup>1</sup>, MC. Sini<sup>1</sup>, P. Paliogiannis<sup>2</sup>, A. Cossu<sup>2</sup>, G. Palmieri<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Unità di Genetica dei tumori, Istituto di Ricerca Genetica e Biomolecolare (IRGB), Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR); <sup>2</sup>Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari U.O. Anatomia Patologica; <sup>3</sup>Immuno-Oncologia e Bioterapie Oncologiche Mirate/I-O & Targeted Cancer Biotherapies, AOU

Il melanoma è un tumore della pelle che si origina nei melanociti e pur rappresentando solo il 5% di tutti i tumori della pelle, è di sicuro il tumore più aggressivo e pericoloso; è responsabile di circa l'80% delle morti provocate dai tumori alla pelle, è il secondo tumore più frequente negli under 50 e la sua incidenza è in continuo aumento. Il melanoma è caratterizzato dall'aver una elevata prevalenza di mutazioni somatiche sia nelle lesioni primarie che, in misura maggiore, in quelle metastatiche. Queste mutazioni colpiscono principalmente i geni che codificano per protein-chinasi coinvolte nella cascata di trasduzione del segnale delle MAP-Kinasi. Questa via è responsabile della regolazione dei processi di proliferazione, invasione e sopravvivenza cellulare. Tra queste proteine quella maggiormente mutata risulta essere BRAF, una serina treonin-chinasi, che in condizioni fisiologiche viene attivata solo in presenza di un segnale di crescita extracellulare. L'attivazione costitutiva di BRAF in seguito a mutazione determina una continua fosforilazione a valle con il risultato che si ha un aumento della proliferazione cellulare e un'evasione dall'apoptosi che determina crescita tumorale. La scoperta che BRAF risulta essere mutato a livello somatico in più del 50% di tutti i melanomi, ha di fatto aperto le porte all'utilizzo di una terapia a bersaglio molecolare nel melanoma. Oggi sappiamo che il trattamento del melanoma metastatico con gli inibitori di BRAF determina un aumento della sopravvivenza globale e della sopravvivenza libera da progressione; la valutazione dello stato mutazionale di BRAF è fondamentale per la scelta del trattamento terapeutico, in quanto apre la possibilità ad un'opzione di trattamento personalizzata con target therapy per i pazienti affetti melanoma. Il principale limite delle target therapy è rappresentato dall'insorgenza di fenomeni di resistenza alla terapia, con conseguente progressione della malattia. La grande sfida della medicina personalizzata è quella di riuscire ad identificare in una sola volta tutte le alterazioni genetiche presenti in quel determinato paziente per valutare l'eterogeneità del tumore, la resistenza, l'attivazione di pathway alternativi, così da classificare i pazienti in sottotipi molecolari. Questa classificazione ci serve per capire come queste differenze cliniche e biologiche da una parte possano essere utilizzate per individuare nuovi target terapeutici e nuovi biomarker predittivi, e dall'altra fornire potenzialmente una guida da utiliz-

zare per la scelta della terapia più adeguata per quel determinato paziente.

## CAMPO DI CANCERIZZAZIONE E APPROCCIO TERAPEUTICO DELLE CHERATOSI ATTINICHE

C. Conforti

*Ospedale Maggiore di Trieste, Clinica Dermatologica, Piazza Ospitale 1*

Il trattamento della cheratosi attinica ha subito negli ultimi anni molteplici modifiche; di fatti trattamenti che fino a pochi anni fa erano utilizzati routinariamente ad oggi non sono più approvati. Di contro, molteplici nuove molecole e modalità di trattamento sono state sviluppate.

Obiettivo della presente relazione è riassumere le correnti evidenze del trattamento delle cheratosi attiniche, confrontando l'efficacia dei trattamenti e la loro sicurezza.

## CHIRURGIA DEI CARCINOMI CUTANEI: DALLA DERMOCIRURGIA ALLA INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE

L. Conocchiaro, F. Savoia

*AUSL Romagna, UO Dermatologia Cesena*

La terapia chirurgica è attualmente la prima opzione terapeutica per il trattamento dei carcinomi cutanei non melanoma (NMSC) ed il dermatologo rappresenta lo specialista di riferimento per la loro gestione nella maggior parte dei casi; tuttavia, la sede, le caratteristiche delle neoplasie e le differenti condizioni dei pazienti richiedono talvolta il coinvolgimento di più specialità all'interno di gruppi multidisciplinari per offrire il percorso diagnostico terapeutico più adeguato.

## DERMOCIRURGIA PEDIATRICA

L. Conocchiaro

*AUSL Romagna, UO Dermatologia Cesena*

Presso l'UO di Dermatologia dell'Ospedale di Cesena è attivo da diversi anni il percorso dedicato alla dermochirurgia pediatrica, volto principalmente al trattamento chirurgico dei nevi melanocitici congeniti attraverso escissioni seriate; negli ultimi 2 anni, causa pandemia da coronavirus, l'attività chirurgica si è rivolta anche al trattamento di lesioni melanocitarie atipiche o spitzoidi.

## LE LINEE GUIDA NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA

A. Conti

*SC Dermatologia, Ospedale Infermi di Rimini, AUSL Romagna*

Le linee guida rappresentano un cardine fondamentale nella gestione diagnostico terapeutica di ogni patologia. In particolare, permettono un approccio omogeneo al paziente, indirizzandolo ad un percorso terapeutico appropriato e condiviso dalla comunità scientifica. Anche nella malattia psoriasica sono disponibili linee guida che permettono al clinico di districarsi tra le innumerevoli proposte terapeutiche disponibili. Dopo le prime linee guida pubblicate da ADOI, nel 2017 sono state pubblicate sul JEADV le linee guida italiane sul trattamento della psoriasi, ultimamente aggiornate facendo riferimento a quelle europee e che recentemente sono state pubblicate sull'Italian Journal of Dermatology. Pur nella loro completezza, le linee guida disponibili trovano alcuni limiti nella pratica clinica quotidiana, in quanto esistono significative differenze tra le singole regioni nella disponibilità dei farmaci, soprattutto quelli ad alto costo. Inoltre, sempre a livello locale, l'introduzione nel prontuario terapeutico dei nuovi farmaci avviene in modo disomogeneo e talvolta con notevoli ritardi tra una regione e l'altra. C'è poi da aggiungere che per motivi strutturali o legati alla geografia del territorio, non tutte i centri ospedalieri hanno la possibilità di fornire un ottimale approccio diagnostico al paziente. Per far fronte a tali problematiche, su tutto il territorio nazionale sono presenti numerose linee guida regionali o PDTA che hanno la funzione di ottimizzare nelle realtà locali l'approccio terapeutico alla malattia psoriasica. IN conclusione, le linee guida rappresentano per il clinico un punto di riferimento per poter gestire nel modo ottimale l'assistenza ai pazienti, adattando il proprio operato alle realtà locali.

## TERAPIA BIOFOTONICA. LUCE FLUORESCENTE: INDICAZIONI CLINICHE

A. Corsi

*U.O. Vulnologia Ospedale San Raffaele Milano*

Tra le tecnologie applicate al Wound Care, l'utilizzo della luce con gel cromofori, ben consolidato nell'uso clinico quotidiano, ha rappresentato una svolta, incrementando le indicazioni cliniche a questo tipo di trattamento, e mostrando risultati talora sorprendenti in termini di ripresa del processo di guarigione. La relazione vuole fare chiarezza sul corretto campo applicativo, la versatilità di questa tecnologia e le modalità di applicazione, dimostrandone l'efficacia attraverso la presentazione di alcuni casi clinici trattati presso l'Ospedale San Raffaele.

## LE NUOVE VARIETÀ DI MALATTIE BOLLOSE AUTOIMMUNI

E. Cozzani

*Clinica Dermatologica, DiSSAL, Università di Genova, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino*

Le malattie bollose autoimmuni sono patologie complesse sia da un punto di vista clinico che immunopatologico. Possono infatti manifestarsi in modo estremamente variegato, traendo in inganno anche i dermatologi più esperti. Infatti, il tipo e/o la distribuzione delle lesioni possono essere insoliti. Inoltre, i pazienti possono presentare un profilo demografico atipico, un decorso clinico diverso e una diversa reattività alla terapia. Recentemente assistiamo a forme cliniche particolari che spesso si associano a particolari reattività anticorpali che possono essere paraneoplastiche. Gli autori presenteranno le novità cliniche, immunopatologiche e terapeutiche inerenti alle malattie bollose autoimmuni.

## BASIC PRINCIPLES OF MUSCULOSKELETAL ULTRASOUND

F. Crescentini

*Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*

L'artrite psoriasica è una patologia infiammatoria cronica articolare di frequente riscontro nei pazienti con psoriasi. Oggi sappiamo che circa un terzo dei pazienti con psoriasi svilupperà l'artrite e che nella grande maggioranza dei casi i sintomi articolari compariranno dopo mesi o anni dalle manifestazioni cutanee

Tale evidenza clinica rappresenta una grande opportunità: ci troviamo infatti nella condizione teorica di poter individuare un gruppo di pazienti ad alto rischio di sviluppare una patologia severa e potenzialmente invalidante, ottimizzando il nostro percorso diagnostico e garantendo un rapido accesso ai trattamenti.

Nonostante queste premesse, l'artrite psoriasica risente ancora di un significativo ritardo diagnostico che impatta negativamente sulla nostra capacità di gestire la malattia.

Le spiegazioni sono molte ma certamente l'estrema variabilità fenotipica di queste patologie gioca un ruolo determinante. A differenza dell'Artrite Reumatoide, infatti, l'artrite psoriasica è una patologia proteiforme e di difficile diagnosi. Il coinvolgimento articolare può interessare le articolazioni periferiche, il rachide o le entesi, con manifestazioni cliniche spesso subdole e di difficile caratterizzazione.

I pazienti riferiscono inoltre spesso sintomi prodromici (in particolare astenia ed artralgie a carattere infiammatorio) che possono precedere l'insorgenza di una artrite clinicamente manifesta anche di mesi.

La coesistenza di patologie "confondenti" come la fibro-

mialgia o l'osteoartrite, comuni in questi pazienti, rendono infine estremamente complesso affidarsi alla sola valutazione clinica. In tale scenario, l'ecografia articolare si è mostrata in grado di fornire un valido supporto nel ridurre il ritardo diagnostico, nell'identificare il subset di malattia prevalente, nel guidare la scelta terapeutica, nel valutare la risposta ai farmaci di fondo ed infine nel migliorare il rapporto rischio/beneficio delle procedure infiltrative.

Il corso si propone pertanto lo scopo di approfondire l'uso dell'imaging ed in particolare dell'ecografia articolare in artrite psoriasica con lo scopo di migliorare la diagnosi, ottimizzare il referral reumatologico e favorire la collaborazione interdisciplinare.

## LE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI NELL'AMBULATORIO DEL MMG

A. Cucchi

*Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale AUSL Romagna*

Le MST, nonostante le tecniche e campagne di prevenzione oggi a disposizione, sono ancora diffuse nella popolazione, e spesso misconosciute. Il MMG, conoscendo da vicino i pazienti non solo in ambito strettamente clinico, svolge un ruolo fondamentale nella loro prevenzione, diagnosi e trattamento.

## IL DERMATOLOGO E L'USTIONE

C. D'Acunto

*U.O.C. Centro Grandi Ustionati Romagna-Dermatologia Cesena (Forlì); Dip. Chirurgico e Grandi Traumi Osp. "M. Bufalini", Cesena AUSL della Romagna*

L'ustione è una patologia traumatica acuta, di competenza specialistica con uno spettro molto ampio di gravità in relazione alla superficie coinvolta ed alla profondità. Il dermatologo, come specialista di organo, è chiamato a fare una prima valutazione. Questa prima valutazione è fondamentale per stabilire la gravità. L'estensione può essere rapidamente calcolata con la regola del 9% di Wallace. Una volta stabilita la percentuale di superficie coinvolta si può calcolare la quantità di liquidi da infondere, una delle formule più utilizzate è la formula Parkland (2-4 ml x Kg di peso corporeo x % di superficie corporea ustionata). Generalmente in pazienti adulti con ustioni inferiori al 15% della s.c., se coscienti e collaboranti, non è necessaria terapia idratante per via e.v. Quando è coinvolto il volto, specie se l'ustione è da fiamma, va esaminata la pervietà delle vie aeree ed attivata la consulenza anestesologica per il rischio di insorgenza di insufficienza respiratoria acuta. Nelle fasi iniziali può

essere difficile valutare l'esatta profondità delle ustioni, cosa che è meglio definibile a distanza di qualche giorno dall'evento traumatico (demarcazione dell'ustione). Quando le ustioni sono profonde ed interessano gli arti a tutto giro, sussistono le indicazioni ad eseguire, in urgenza, le escarotomie che sono delle incisioni delle escare, secondo linee definite. Le escarotomie hanno finalità decompressiva e favoriscono la perfusione periferica nel caso degli arti o la dinamica respiratoria se eseguite sul tronco. La medicazione nelle fasi iniziali, quando le ustioni sono essudanti, si avvale dell'uso di impacchi, mentre nelle fasi successive alle prime 48 ore si utilizzano prodotti topici o medicazioni avanzate. Le ustioni minori seguono il percorso ambulatoriale mentre le ustioni maggiori vanno indirizzate al ricovero che sarà nei centri specialistici per le forme più gravi.

## IL SAN GALLICANO, DA "XENODOCHIUM" A IRCCS DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

A. Di Carlo

*Direttore scientifico f.r San Gallicano*

Con la direzione del Manassei, primo direttore laico (1860-1867), l'Ospedale San Gallicano si apre alla comunità scientifica nazionale e internazionale, diventando un esempio di organizzazione di un vero ospedale dermatologico, dotato di reparti, ambulatori e servizi. A dimostrazione del livello gestionale e scientifico raggiunto in questa epoca dal San Gallicano, a ricoprire la prima Cattedra di Dermatologia dell'Università La Sapienza di Roma venne chiamato proprio il prof. Manassei acclamato poi anche Presidente della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, e al primo congresso internazionale di Dermatologia di Parigi (1898) erano presenti tra gli altri Manassei e Ciarrocchi per il San Gallicano. Inoltre, sotto la direzione dello Schilling (fine '800) venne fondato, assoluta novità per la classe dermatologica dell'epoca, il Bollettino San Gallicano, edito fino ai nostri giorni, di rassegna dei casi clinici osservati presso l'istituto.

Sotto la direzione del Ciarrocchi vennero introdotti Ambulatori specialistici come, ad esempio, quello di terapia Roentgen nella cura delle Tigne, svolgendo nel contempo intensa attività clinico-epidemiologica e sociosanitaria nella lotta contro la sifilide.

La ricerca applicata alla clinica così brillantemente perseguita dall'Ospedale portò nel 1932 al riconoscimento, primo ospedale pubblico dermatologico in Italia, del San Gallicano quale Istituto di Ricovero a carattere scientifico, dotato di una ricca Biblioteca, fornita di riviste periodiche e monografie, tra cui il famoso trattato di Fournier del 1924 sulla sifilide, e di annessa Farmacia aperta al pubblico con attività di proprie preparazioni galeniche.

La Dermatologia dalla metà del '900 è divenuta nel frattempo una dermoscienza e il San Gallicano ne è partecipe all'a-

vanguardia dotandosi dei più aggiornati Laboratori di ricerca applicata alla clinica (Fisiopatologia cutanea, Dermatopatologia, Biochimica, Porfirie e Microbiologia) diretti da insigni ricercatori (legge IRCCS 288/2003).

## GESTIONE DELLA PSORIASI IN ETÀ PEDIATRICA: COSA È CAMBIATO?

V. Di Lernia

*Struttura Complessa di Dermatologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia*

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica la cui insorgenza in età pediatrica è relativamente comune. In un terzo dei pazienti la psoriasi ha infatti una insorgenza precoce. La prevalenza media al di sotto dei 18 anni è intorno alla 0.7% con incremento lineare man mano che si raggiunge la maggiore età.

Anche in età pediatrica sono possibili forme moderate e gravi per estensione e/o impatto sulla qualità della vita.

Storicamente la psoriasi pediatrica è stata sotto-trattata per i timori associati alle terapie convenzionali ed in particolare al rischio di immunosoppressione nel soggetto in accrescimento. Peraltro, tali farmaci non hanno mai avuto un riconoscimento basato su evidenze cliniche nel paziente pediatrico. Negli ultimi anni sono stati approvati per l'utilizzo in età pediatrica farmaci biotecnologici appartenenti al gruppo degli inibitori del TNF-alfa, della IL12/23 e della IL-17. La disponibilità di farmaci "target" efficaci e con limitati effetti collaterali permette il trattamento delle forme di psoriasi moderate e gravi del bambino, aprendo ulteriori scenari riguardo la possibile prevenzione di condizioni associate alla cosiddetta marcia psoriasica.

## TARGET THERAPY DEL CARCINOMA BASOCELLULARE AVANZATO

A. Di Stefani

*U.O.C. di Dermatologia - Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma*

Il Carcinoma Basocellulare (BCC) è la forma più comune tra i tumori cutanei (80%). La terapia del BCC si basa principalmente sul trattamento chirurgico o su trattamenti medici nelle forme superficiali. Tuttavia, in una piccola percentuale di pazienti (meno dell'1%) il BCC può presentarsi con forme localmente avanzate (labcc) o difficili da trattare (solo eccezionalmente anche metastatiche), che non sono facilmente aggredibili chirurgicamente e/o suscettibili di radioterapia. In questi casi le linee guida nazionali ed internazionali prevedono l'utilizzo della terapia sistemica target mediante inibitori del pathway di hedgehog. Questo



pathway patogenetico, che comprende diverse molecole, tra cui le principali sono Patched e Smoothened, è implicato nello sviluppo dei BCC e risulta attivato costituzionalmente nel 95% dei casi sporadici. L'identificazione di queste molecole ha consentito lo sviluppo di terapie target in grado di bloccare selettivamente la via di Hedgehog, nello specifico Vismodegib e Sonidegib, che legano la proteina Smoothened, bloccando la trasduzione del segnale a valle. Tali farmaci mostrano un profilo di efficacia e sicurezza simile ma non identico grazie anche al distintivo profilo farmacocinetico e alle differenze di maneggevolezza posologica. Il team multidisciplinare è fondamentale per il management di questi pazienti e per assicurare loro il miglior outcome clinico per una gestione ottimale e personalizzata.

## LE NUOVE TERAPIE DELLE MALATTIE BOLLOSE AUTOIMMUNI

B. Didona

*IDI-IRCCS-Roma*

Le Malattie Bollose Autoimmuni (MBA) costituiscono un folto gruppo di dermatosi che sono dei prototipi di malattie autoimmuni da autoanticorpi: la diretta implicazione di quest'ultimi è stata ampiamente dimostrata con vari tipi di esperimenti. Queste malattie, se non curate adeguatamente, possono portare all'exitus per sovrainfezioni, perdita di liquidi, alterazioni elettrolitiche e anche impossibilità ad alimentarsi. Ancora oggi la terapia di base delle MBA sono i corticosteroidi: prima del loro utilizzo la mortalità era estremamente elevata. Successivamente, con l'introduzione in terapia degli immunosoppressori (azatioprina, ciclofosfamide, micofenolato mofetile), la mortalità si è ulteriormente ridotta. Tuttavia, questi farmaci sono gravati da una serie di importanti effetti collaterali. Fortunatamente le nuove conoscenze di fisiopatologia e l'avanzamento della biotecnologia ha portato, nel concetto della medicina di precisione, alla formulazione di nuovi approcci terapeutici. Con la formulazione dei farmaci anti CD20 (rituximab) c'è stata una importantissima svolta terapeutica soprattutto per il pemfigo. Nell'intervento verranno presentate le nuove terapie per le MBA. Partendo dal rituximab, che attualmente rimane la terapia più efficace, si parlerà: a) dei farmaci che bloccano la Bruton-tirosinochinasi; b) di quelli che bloccano il recettore Fc neonatale; 3) delle CAART T cells, cellule T ingegnerizzate che colpiscono ed eliminano solo i linfociti B che producono anticorpi anti desmogleina 3; 4) dell'ingegnoso approccio con nanoparticelle per rendere il nostro sistema immunitario tollerante verso la desmogleina 3; 5) di altri farmaci per le altre MBA.

## EMANGIOMA INFANTILE SORPRENDENTE

M. El Hachem

*Responsabile UOC di Dermatologia e Unità di Ricerca Genodermatosi; Ospedale Pediatrico Bambino Gesù*

Neonata trasferita alla nostra Terapia Intensiva neonatale per anemia grave, melena e lesione vascolare estesa sull'emisoma. RM addome eseguita in sede di nascita risultata negativa. Il dermatologo, alla luce dell'anamnesi (fattori di rischio) e del quadro clinico ha posto diagnosi di emangioma infantile e ha ritenuto opportuno indagare per S. PHACE e PELVIS. Inoltre, sono stati effettuati diversi consulti multidisciplinari anche con i colleghi radiologi e fu deciso di eseguire una TAC addome che ha confermato un coinvolgimento intestinale dell'emangioma. È stato quindi avviato un trattamento a base di propranololo *per os* con molto beneficio e ottima tollerabilità.

La localizzazione intestinale è molto rara, pochissimi sono i dati specifici nella letteratura. È rara o è sottostimata in quanto non si indaga in assenza di sintomi?

## APPROCCIO ONE HEALTH ALLA LEISHMANIOSI UMANA ED ANIMALE IN AUSL ROMAGNA

D. Fabbri, C. Romboli, S. Trincone

*AUSL Romagna*

Utilizzando la Leishmaniosi come modello, si è utilizzato un approccio One health per l'analisi del relativo PDTA nella realtà dell'Azienda USL Romagna. A partire dalle criticità evidenziate si è elaborata una proposta multi disciplinare di revisione del PDTA applicabile anche ad altre zoonosi da vettori.

## MELANONICHIA STRIATA E ALTRE PIGMENTAZIONI UNGUEALI

P.A. Fanti, C. Misciali

*Clinica Dermatologica di Bologna*

La melanonichia striata è una pigmentazione melanica longitudinale che trae origine dai melanociti della matrice ungueale. La melanina viene incorporata nella lamina ungueale I melanociti sono normalmente presenti nella matrice ungueale ma non sono attivi, in seguito a cause varie trauma, farmaci o per motivi idiopatici si attivano con il quadro dell'attivazione melanocitaria basale, se aumento di numero costituiscono il quadro di iperpalsia melanocitaria tipica o atipica

L'evoluzione in senso maligno va verso il melanoma

ungueale che ha sempre origine nella matrice ungueale, Dapprima in situ diviene invasivo e la prognosi si correla con lo spessore della neoplasia, I melanociti atipici invadono progressivamente il letto, iponichio e piega ungueale prossimale, Segno di Hutchinson.

È molto importante distinguere le lesioni melanocitarie dalle pigmentazioni emosideriniche. l'onicoscopia è fondamentale Alte pigmentazioni possono essere associate a infezioni fungine.

## ELETTROCHEMIOTERAPIA DEI CARCINOMI CUTANEI

F. Fantini

*SC Dermatologia, ASST Lecco*

L'elettrochemioterapia (ECT) è una metodica terapeutica che combina la somministrazione di un chemioterapico per via intralesionale o sistemica con l'elettroporazione, ovvero l'induzione di un campo elettrico intracutaneo ad alta intensità, di breve durata, che ha lo scopo di incrementare transitoriamente la permeabilità delle cellule tumorali al farmaco citotossico (di solito bleomicina). L'elettroporazione aumenta considerevolmente l'effetto del chemioterapico sulle cellule tumorali, in maniera indipendente dall'istotipo del tumore. L'ECT è una metodica ormai consolidata in ambito dermato-oncologico per il trattamento di metastasi cutanee loco-regionali e/o in transit di melanoma e metastasi di tumori di altra origine. Viene inoltre utilizzata in forme neoplastiche cutanee non melanomatose, primitive o recidivate, di problematico trattamento chirurgico, o come alternativa meno invasiva della chirurgia. In questi casi il setting di utilizzo può essere sia palliativo, in forme localmente avanzate non aggredibili chirurgicamente e non rispondenti in maniera soddisfacente alla chemioterapia/immunoterapia, sia curativo, con l'obiettivo di raggiungere una risposta terapeutica completa. Presentiamo in questa sede la nostra esperienza nell'utilizzo dell'ECT nei carcinomi cutanei (squamo- e basocellulari) in varie sedi cutaneo-mucose, con intento curativo o palliativo.

## THE CLINICOPATHOLOGICAL APPROACH TO THE MELANOCYTIC NEOPLASMS BELONGING TO THE SPITZ LINEAGE

G. Ferrara

*Anatomic Pathology and Cytopathology Unit, Istituto Nazionale Tumori Fondazione 'G. Pascale', Naples*

Melanocytic tumors belonging to the Spitz lineage distribute along a spectrum of increasing histopathological atypia, with their malignant end being Spitz melanoma. Practical

recommendations regarding the diagnosis and the management have been recently delivered by the ESP, the EORTC, and the EURACAN. However, a 'spitzoid' morphology is not invariably associated with a 'Spitz' genetic signature (*HRAS* mutation or translocations with kinase gene fusions involving *ALK*, *ROS*, *RET*, *MET*, and *NTRK*); in other words, malignant Spitz tumor (Spitz melanoma) is different from 'spitzoid' melanoma, which can be regarded as a melanocytic malignancy with 'Spitz-like' morphology but genetically ascribed to a 'classical' melanoma subtype because of the presence of a specific driver mutation, or numerous DNA copy-number changes, or a high tumor mutation burden. Therefore, Spitz melanoma and Spitzoid melanoma are not synonyms; they must be actually differentiated with great accuracy.

## CRITICAL CLINICOPATHOLOGICAL ISSUES IN WHO CLASSIFICATION OF MELANOMA

G. Ferrara

*Anatomic Pathology and Cytopathology Unit, Istituto Nazionale Tumori Fondazione 'G. Pascale', Naples*

The 'multidimensional' World Health Organization (WHO) classification 2018 of melanocytic tumors encompasses 9 melanoma pathways (7 of which for cutaneous melanoma), according to a progression model in which morphologically intermediate melanocytic tumors are considered as simulators and/or precursors to melanoma. These "intermediates" can be subclassified into: i) a 'classical' subgroup (superficial/thin compound: dysplastic nevus), which is placed within the morphologic and molecular progression spectrum of classical (Clark's and McGovern's) melanoma subtypes (superficial spreading and, possibly, nodular); and ii) a 'non-classical' subgroup (thick compound/dermal: 'melanocytomas') whose genetic pathways diverge from classical melanoma subtypes. Such a progression model is aimed at giving a conceptual framework for a histopathological classification; however, routine clinicopathological practice strongly suggests that most melanomas arise *de novo* and that the vast majority of nevi are clinically stable or even involuting over time.

## VIRAL LYMPHOMAGENESIS

G. Ferrara

*Anatomic Pathology and Cytopathology Unit, Istituto Nazionale Tumori Fondazione 'G. Pascale', Naples*

Cutaneous lymphoproliferative disorders associated with EBV, have been largely revised in the 4th Edition of the WHO classification of tumors of the hematopoietic system,

mostly concerning the cutaneous disorders derived from NK-cells or T-cells. Extranodal NK/T-cell lymphoma usually presents in the upper aerodigestive tract but can involve the skin secondarily. EBV-associated T- and NK-cell lymphoproliferative disorders (LPD) in the pediatric age group include the systemic diseases, chronic active EBV infection (CAEBV) and systemic EBV+ T-cell lymphoma of childhood. Hydroa vacciniforme (HV)-like LPD is a primarily cutaneous form of CAEBV and encompasses the lesions previously referred to as HV and HV-like lymphoma (HVLL). All the T/NK-cell-EBV-associated diseases occur with higher frequency in Asians, and indigenous populations from Central and South America and Mexico. Among the B-cell EBV-associated LPD two major changes have been introduced in the WHO. The previously designated EBV-positive diffuse large B-cell lymphoma (EBVDLCL) of the elderly, has been changed to EBV-DLBCL with 'not otherwise specified' as a modifier (NOS). A new addition to the WHO system is the more recently identified EBV+ mucocutaneous ulcer, which involves skin and mucosal-associated sites.

## BREVE STORIA DELLA DERMOCOSMESI

A.M. Ferraris

*Responsabile Dermatologia Ambulatoriale Territoriale*

È noto che la storia della Dermocosmesi avanza parallela a quella dell'uomo perché, fin dalle sue origini, è stata sempre associata alla lotta, alla caccia, alle superstizioni religiose e, in seguito, anche alla medicina e alla farmacia.

I prodotti dermocosmetici certamente sono stati usati fin dai tempi più remoti soprattutto come espressione di esigenze pratiche della civiltà, del sistema di classe e delle convenzioni di bellezza.

In tale processo il Dermatologo è stato sempre gestore e consulente privilegiato con l'obiettivo di preservare salute, integrità e bellezza della pelle.

Per tali considerazioni si presenta in questa sede, per sommi capi, la storia e l'evoluzione dell'attività dermocosmetica nelle diverse epoche e culture, con qualche accenno all'attualità e alle prospettive future.

## METASTASI CUTANEE DALL'APPARATO GENITO-URINARIO

G. Filosa<sup>1</sup>, A. Filosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jesi; <sup>2</sup>Anatomia Patologica Ancona

L'invasione delle cellule tumorali è un processo complesso che incomincia dal distacco di cellule dalla neoplasia primaria. Successivamente, tali cellule penetrano le barriere cellu-

lari e strutturali prima di raggiungere i vasi sanguigni e i linfatici.

La diffusione metastatica segue tappe obbligate:

via ematica-via linfatica-cavità corporee (pleura, peritoneo)

per contiguità (compresa la "iatrogena")

La cute può essere sede di metastasi con una incidenza variabile dal 3 al 9 % dei casi.

Le metastasi possono essere:

precoci: (0,8%) rene, polmone, tiroide, ovaio

sincrone: mammella e cavità orale

metachronous: rene, mammella

Queste sono le percentuali di metastasi a partenza da strutture dell'ambito genito-urinario (Urology-2004):

Vescica: 0,84%

Rene: 3,4-6%

Ovaio: 4%

Endometrio: 2,2%

Cervice uterina: 2%

Rete-testis: 0,4%

Prostata: 0,36%

Possono essere di forma nodulare, a placca, erisipelatoide, teleangectasica. La correlazione clinic-patologica è la *conditio sine qua non* per il raggiungimento diagnostico. La comparsa della metastasi cutanea è comunque un evento considerato prognosticamente negativo, in quanto documenta una diffusione sistemica della malattia e segnala la necessità di una terapia medica generale.

## LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: ASPETTO STORICO-CULTURALE E PATOLOGIE CORRELATE

P. Forgione

*UOSD Dermatologia - Centro di Riferimento Regionale per la M. di Hansen.e Lyme - P.O.dei Pellegrini- ASL Napoli 1 centro - Napoli*

Le mutilazioni dei genitali femminili: aspetto storico culturale e patologie correlate

Le mutilazioni dei genitali femminili hanno un'origine oscura relegata in un passato remoto.

Lo storico greco Erodoto (V sec. a.C) riporta che la MGF era praticata molto prima della sua epoca da Fenici, Ittiti, Egizi, Etiopi.

Strabone (I sec.a.C.), Sorano d'Efeso (II sec. d.C.), Ezio di Amida (V/VI sec. d.C.), raccontano che anche in Atene e in Roma veniva praticata la "infibulazione" che consisteva nel chiudere l'apertura vaginale con una spilla (fibula) alle mogli dei soldati che partivano per le campagne militari dell'Impero allo scopo di impedirne l'adulterio durante la loro assenza.

Al medesimo trattamento venivano sottoposte le schiave per evitare che restassero incinte rendendo meno sul lavoro

In merito al ruolo dell'Islam nelle mutilazioni genitali femminili, la religione islamica si diffuse a partire dal VII secolo dalla Penisola Arabica ai territori circostanti conquistando in pochi secoli vastissime regioni dalle colonne d'Ercole all'estremo Oriente, portando con sé questa usanza tribale preesistente e imponendola ai popoli sottomessi.

Una pratica diversa ma non meno umiliante e barbara verrà riservata nel periodo delle Crociate alle spose dei crociati in partenza per la Terrasanta con la cintura di castità.

Le complicanze comuni a tutti i tipi di MGF sono: emorragia, choc e morte, infezione locale e sistemica, formazione di ascessi, ulcere, setticemia, anemia, tetano, gangrena.

Le complicanze tardive comprendono: infertilità, stenosi vaginale, ematocolpo, fistola retro-vaginale, infezioni ricorrenti delle vie urinarie, disuria, incontinenza urinaria, dispareunia, parto distocico, trasmissione dell'HCV, epatite B e HIV.

## INNOVAZIONE E TELEMEDICINA

F. Gabbrielli

*Centro Nazionale per la Telemedicina, Istituto Superiore di Sanità*

La telemedicina è l'evoluzione della medicina con le tecnologie digitali. Essa apre inedite possibilità di cura con nuovi modi di produrre, condividere e utilizzare i dati generati dai pazienti. Coerenti prestazioni erogate a distanza in modo organizzato sono solo l'inizio del processo evolutivo.

## LASER E LUCI: TRATTAMENTO ACNE E ROSACEA

G. Galdo

*AORN San Giuseppe Moscati, Avellino*

L'acne e la rosacea sono patologie multifattoriali che si avvalgono di terapia sistemica, topica e fisica. In quest'ultimo campo, la tecnologia e le procedure terapeutiche sono notevolmente progredite e sono diventate numerose le testimonianze in letteratura allo scopo di studiarne effetti e protocolli.

I trattamenti con laser e luci sono raccomandati nell'acne e nella rosacea a seconda della gravità e dello stadio clinico; sappiamo, infatti, che entrambe vengono classificate sia per severità che per progressione e che, a seconda dello stadio evolutivo, ci si avvale di trattamenti ablativi o non ablativi, di laser o di luci.

## DERMATITE ATOPICA: NUOVE PROSPETTIVE TOPICHE E SISTEMICHE

A. Gatti, L. Schiesari

*ULSS2 Marca Trevigiana, PO Treviso Ospedale Ca' Foncello, UOC Dermatologia*

Il miglioramento delle conoscenze del meccanismo patogenetico della DA ha facilitato lo sviluppo di farmaci più mirati che promettono di essere più efficaci e più sicuri dei precedenti. Si tratta di inibitori di IL4/13, IL13, IL31 e delle Janus Kinasi, quest'ultimi sia sistemici che topici.

## L'AMBULATORIO DI CHIRURGIA DERMATOLOGICA

M. Gattoni

*Direttore Dermatologia Ospedale S.Andrea di Vercelli*

Testo: Nell'ambulatorio di chirurgia dermatologica vengono eseguiti normalmente interventi in anestesia locale. Sono interventi sia in regime ambulatoriale che in Day Surgery.

Vengono descritti i requisiti minimi che la legislazione richiede per tale struttura.

## IL TRATTAMENTO DELLA LENTIGO MALIGNA - MELANOMA CON CHIRURGIA DI MOHS

M. Gattoni

*Direttore Dermatologia Ospedale S.Andrea di Vercelli*

La Lentigo Maligna-Melanoma è maggiormente presente nei pazienti anziani ed è localizzata preferenzialmente nelle sedi fotoesposte.

Le exeresi incomplete sono frequenti.

L'exeresi secondo Mohs rappresenta la tecnica più efficace per una asportazione completa della lesione con minime possibilità di recidive.

## ROSACEA NEWS

A. Gimma, C. Cardinali, F. Taviti

*SOC Dermatologia Pistoia-Prato*

La rosacea è una malattia infiammatoria cutanea cronica che interessa principalmente il volto caratterizzata da eritema transitorio o persistente, teleangectasie, lesioni papulopustolose con importante impatto negativo sulla qualità di vita del paziente. Possibile interessamento oculare e lesioni

fimatose che interessano soprattutto il naso (rinofima). Sono descritte associazioni con malattie cardiovascolari, respiratorie autoimmuni ed altro suggerendo che la rosacea possa essere una malattia infiammatoria sistemica. Numerose sono le terapie a disposizione per controllare e trattare la malattia da farmaci topici a farmaci sistemici, terapie fisiche ed altro. Si discutono le recenti novità nell'eziopatogenesi e varie proposte terapeutiche che hanno portato a notevoli benefici nella gestione e nel controllo della patologia.

Nonostante le varie possibilità terapeutiche la rosacea resta comunque ancora oggi una malattia spesso difficile da controllare.

### NOVITÀ TERAPEUTICHE PRESENTI E FUTURE NEL TRATTAMENTO DELLA PSORIASI CON FARMACI BIOLOGICI E SISTEMICI

P. Gisondi

*Dipartimento di Medicina Sezione di Dermatologia, Università di Verona*

La ricerca di trattamenti sistemici innovativi per la psoriasi è fertile, nonostante siano già disponibili diversi farmaci biologici con un ottimo profilo di efficacia e sicurezza.

Tra le prossime novità bimekizumab, deucravacitinib e spesolimab sono i farmaci sicuramente interessanti. L'interleuchina (IL)-17 è fondamentale nella patogenesi della psoriasi e dell'artrite psoriasica (PsA) con la maggior parte dei dati che suggeriscono che l'IL-17A da sola fosse la citochina chiave. Tuttavia, studi in vitro e in vivo hanno suggerito che il doppio blocco di IL-17A e IL-17 F potrebbe essere più efficace del solo blocco di IL-17 A. Bimekizumab è il primo anticorpo monoclonale umano ad esercitare un'inibizione specifica simultanea di IL-17A e IL-17 F.

La tirosina chinasi 2 (TYK2) è una chinasi intracellulare che media la segnalazione di interleuchina (IL)-23, IL-12 e interferone (IFN) $\alpha/\beta$ . Deucravacitinib è un nuovo inibitore orale selettivo di TYK2 che agisce legandosi al dominio regolatorio di TYK2. I risultati della fase 3 hanno mostrato che deucravacitinib è stato efficace e ben tollerato rispetto al placebo ed apremilast nei pazienti con psoriasi a placche da moderata a grave o artrite psoriasica attiva. Non sono state riportate infezioni da herpes zoster, infezioni opportunistiche, eventi tromboembolici o anomalie ematologiche o lipidiche caratteristiche degli inibitori della Janus chinasi (JAK) 1-3.

Spesolimab è un antagonista del recettore dell'IL-36 con buoni dati iniziali di efficacia e sicurezza per i pazienti con psoriasi pustolosa generalizzata, patologia grave per cui non ci sono trattamenti approvati.

### PREVALENZA DI HPV ALFA, BETA E GAMMA NEL LICHEN SCLEROSUS GENITALE

E. Giuliani<sup>1</sup>, M.G. Donà<sup>2</sup>, F. Rollo<sup>3</sup>, C. Cota<sup>4</sup>, T. Gheiti<sup>5</sup>, M. Tommasino<sup>5</sup>, M. Giuliani<sup>2</sup>, M. Salvi<sup>2</sup>, M. Benevolo<sup>3</sup>, A. Latini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Direzione Scientifica, Istituto Dermatologico San Gallicano IRCCS, Roma, Italia; <sup>2</sup>Unità STI/HIV, Istituto Dermatologico San Gallicano IRCCS, Roma, Italia; <sup>3</sup>Dipartimento di Patologia, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena IRCCS, Roma, Italia; <sup>4</sup>Unità di Ricerca Genetica, Biologia Molecolare Dermatologica e Dermatopatologia, Istituto Dermatologico San Gallicano IRCCS, Roma, Italia; <sup>5</sup>Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), Lione, Francia

Il Lichen Sclerosus (LS) è una patologia infiammatoria che colpisce più comunemente le donne, con manifestazioni prevalenti a livello genitale. Diversi fattori possono giocare un ruolo nell'insorgenza del LS, tra i quali le infezioni. Non è chiaro se l'infezione da Papillomavirus Umano (HPV) possa assumere un significato eziologico nel LS. Ad oggi, i dati sulla prevalenza di HPV nei pazienti con LS sono controversi. Abbiamo quindi condotto uno studio retrospettivo per valutare i) la prevalenza degli HPV dei generi alfa, beta e gamma in pazienti con LS genitale, e ii) l'associazione dell'infezione da HPV con fattori demografici e clinici.

In totale, sono stati selezionati, dagli archivi dell'Istituto Dermatologico San Gallicano IRCCS di Roma, 132 campioni FFPE di LS con diagnosi tra il 2016 e il 2020. Il DNA degli HPV alfa è stato rilevato e genotipizzato con il kit INNO-LiPA® HPV Genotyping Extra II (Fujirebio). Il DNA degli HPV beta e gamma è stato ricercato mediante PCR multiplex seguita da rivelazione con tecnologia Luminex.

I pazienti erano per lo più donne (n=73, 55.3%), con un'età mediana di 61 anni (IQR: 50-68) e caratterizzate da uno stadio precoce della malattia alla diagnosi (n=79, 60%). La positività al genere alfa è stata osservata in 12/132 casi (9.1%) e il genotipo predominante era l'HPV16 (3.0%). Il genere beta è risultato il più frequente (26.5%) e l'HPV5 è stato il genotipo beta più osservato (18.9%). I casi con almeno un HPV di tipo gamma erano tre (2.3%) e l'HPV60 è stato il genotipo gamma più frequentemente riscontrato (1.5%). Tra i positivi per almeno un genotipo, le infezioni multiple da genotipi appartenenti a diversi generi sono risultate infrequenti (4.2%). Inoltre, nessuna differenza significativa nella prevalenza dei singoli generi è stata osservata in relazione al sesso del paziente e allo stadio della malattia alla diagnosi.

Tali risultati evidenziano la presenza di tutte e tre i generi di HPV e, tra questi, la maggiore prevalenza dei genotipi appartenenti al genere beta. Non sono tuttavia emerse differenze significative in base al sesso e allo stadio della malattia.

## NUOVE TERAPIE: COSA C'È IN ARRIVO

M. Gola, G. Tronconi

*SAS di Dermatologia Allergologica e Pediatrica; Azienda UTC e Università di Firenze*

L'orticaria cronica spontanea è una dermatosi infiammatoria che si caratterizza per pomfi e/angioedema per più di 6 settimane in assenza di una causa scatenante. Esistono vari livelli di cura, in base alla gravità dei sintomi e alla risposta ai farmaci; il primo livello di cura è basato sugli antistaminici di ultima generazione il cui dosaggio può essere aumentato nelle forme non responsive mentre per le forme resistenti agli antistaminici le linee guida suggeriscono il farmaco biologico Omalizumab. Nel corso della relazione tratteremo delle recenti terapie sperimentali in studio per questa patologia dal complesso management diagnostico e terapeutico.

## ANSIA E DOLORE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A DERMOCHIRURGIA: STUDIO MULTICENTRICO ITALIANO

G. Gualdi<sup>1</sup>, C. Giorgini<sup>2</sup>, P. Rubegni<sup>3</sup>, C. Ciuluvica<sup>1</sup>, P. Amerio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Dermatologia, Università G. d'Annunzio, Chieti Pescara;*

<sup>2</sup>*Clinica Dermatologica, Policlinico San Matteo, Pavia;*

<sup>3</sup>*Dermatologia, Università di Siena*

La chirurgia dermatologica ha un ruolo primario nella pratica quotidiana dei dermatologi e può essere classificata in base al suo scopo come diagnostica, terapeutica, riparativa e correttiva. Questa perciò risulta estremamente eterogenea, poiché comprende biopsie incisionali o escissionali, escisioni radicali di lesioni oncologiche o non oncologiche, chirurgia di Mohs, elettrochirurgia, la chirurgia laser e l'elettrochemioterapia. Allo stesso tempo la dermatochirurgia riparativa permette di ripristinare la funzionalità e l'aspetto estetico di aree con perdita estesa di tessuto cutaneo, attraverso l'uso di lembi, innesti e sostituti dermici. Nella maggior parte dei casi viene eseguita in anestesia locale; ciò consente di ridurre tutti i rischi associati all'anestesia generale e amplia il pool di pazienti curabili comprendendo pazienti pediatrici e soggetti estremamente anziani. D'altra parte, richiede una gestione specializzata del paziente prima, durante e dopo l'intervento chirurgico. Molte persone sperimentano ansia pre-operatoria. Ci sono buone prove che mostrano come alti livelli di ansia pre-operatoria potrebbero influenzare negativamente gli esiti dell'intervento chirurgico. È stato riscontrato che fattori psicologici negativi come l'ansia predicono il dolore postoperatorio. Tuttavia, la maggior parte degli studi è limitata a pazienti sottoposti a intervento chirurgico in anestesia generale, che non prevede la

gestione intraoperatoria di un paziente cosciente. Infatti, il dolore intraoperatorio durante la chirurgia dermatologica deve necessitare di una corretta gestione tanto quanto il dolore postoperatorio. Il vero carico di ansia nei pazienti sottoposti a chirurgia dermatologica non è ad oggi ancora stato quantificato.

Con questo studio ci siamo posti l'obiettivo di quantificare per la prima volta l'ansia pre e post-operatoria e valutarne il legame con i livelli di dolore durante e dopo le procedure di chirurgia dermatologica. Sono stati valutati anche fattori socio-demografici, psicosociali e chirurgici che potrebbero influenzare i livelli di ansia dei pazienti. Abbiamo per questo condotto uno studio multicentrico di coorte presso gli Ospedali di Ortona (Chieti), Brescia, Pavia e Siena. La raccolta dei dati è iniziata il 01 luglio 2021 e ha richiesto l'arruolamento di almeno 125 pazienti per sede, al fine di raggiungere un campione di 500 pazienti complessivi. Sono stati arruolati tutti i pazienti consecutivi indipendentemente dall'età che dovevano sottoporsi a qualsiasi tipo di intervento di dermochirurgia in anestesia locale. I criteri di esclusione includevano l'incapacità di comprendere le domande, la storia nota di disturbi mentali e/o psichiatrici e problematiche visive tali da impedire ai pazienti di completare un questionario. In accordo con la direzione del comitato etico locale, non è stato richiesto alcun consenso scritto per la partecipazione a causa del carattere volontario di questo sondaggio anonimo. I pazienti idonei sono stati informati della metodologia e degli obiettivi del sondaggio, il consenso informato a partecipare è stato preso verbalmente. La compilazione del questionario poteva essere interrotta in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione. Dopo il consenso verbale, ai pazienti è stato somministrato il questionario e gli è stato chiesto di completarlo, il che ha richiesto in media 5-10 minuti. Un membro del team di studio era presente per rispondere a tutte le domande dei pazienti. Le valutazioni pre e post operatorie sono state condotte di persona con un medico del Dipartimento di Dermatologia.

Il protocollo di ricerca includeva questionari per valutare due categorie di variabili: informazioni generali (anamnesi demografica, medica e dermatologica) e informazioni psicologiche.

Il questionario di informazioni generali ha raccolto informazioni demografiche e mediche del paziente, nonché le informazioni relative all'anamnesi dermatologica. A tal fine, la scheda di indagine è stata suddivisa in tre sezioni: informazioni demografiche (A), storia di malattie dermatologiche (B) e informazioni mediche (C). Nella parte A, ai partecipanti è stato chiesto sesso, età, livello di istruzione, luogo di nascita, residenza, occupazione, se erano stati accompagnati o meno per l'intervento chirurgico. La parte B includeva domande relative ai farmaci attuali dei pazienti, alle allergie note e alle misurazioni fisiologiche come la frequenza cardiaca (FC), la pressione sanguigna sistolica (SBP) e la pressione sanguigna diastolica (DBP) che sono state eseguite dal personale medico appena prima del questionario. La parte C includeva informazioni riguardanti la storia della malattia

dermatologica e l'intervento chirurgico: diagnosi presunta, area corporea, tipo di intervento chirurgico, tipo di anestesia, tipo di ricovero, tumori precedenti, precedenti interventi chirurgici, tempo prima dell'intervento. Le variabili psicologiche (ansia e dolore) sono state misurate utilizzando la versione italiana di specifici questionari standardizzati: lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI), una misura comunemente usata dell'ansia che prevede 20 items per valutare come i partecipanti si sentono riguardo all'ansia in quel preciso momento. In questo studio lo STAI-Y è stato applicato sia per misurare l'ansia preoperatoria che quella postoperatoria. Agli item viene data risposta su una scala Likert a 4 punti che va da 1 (per niente) a 4 (molto), con il punteggio totale che va da 20 a 80, con punteggi più alti che indicano livelli più elevati di sintomi di ansia. Un punteggio limite di 40 è comunemente usato per definire i probabili livelli clinici di ansia. Tale strumento validato ha un'elevata affidabilità e validità. Per quanto riguarda il dolore si è utilizzata la scala di valutazione numerica verbale (VNRS-11). La misurazione è stata eseguita in due momenti diversi per indagare il dolore intraoperatorio e postoperatorio. I punteggi vanno da 0 a 10 punti, con punteggi più alti che indicano una maggiore intensità del dolore: 0 indica nessun dolore, 10 peggior dolore immaginabile, dolore lieve nell'intervallo da 1 a 3, moderato da 4 a 7 e grave, da 8 a 10.

Presentiamo i dati di tale studio che complessivamente ha arruolato 511 pazienti che ci ha consentito per la prima volta di quantificare come circa un terzo dei pazienti sottoposto ad intervento dermochirurgico sperimenti livelli di ansia patologica e come questa ansia persista anche dopo l'intervento nella metà degli stessi pazienti. Inoltre, forniamo importanti dati sulla relazione tra ansia e dolore che possono guidare il dermochirurgo in una più completa gestione del paziente sia durante che dopo l'intervento chirurgico.

### **CORSO PRATICO DI DERMATOLOGIA ESTETICA - FILLING VOLTO E MANI**

S. Guida

*Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*

La richiesta di trattamenti di ringiovanimento mediante l'utilizzo di filler è in continuo aumento. In passato, il trattamento del volto era il più richiesto mentre attualmente esiste un trend in crescita per il trattamento di altre sedi corporee. Dal punto di vista del professionista che opera nel settore della Dermatologia estetica esiste sempre più la ricerca di trattamenti che siano non solo efficaci per i pazienti ma che siano anche in grado di garantire un elevato standard di sicurezza. Pertanto, è importante, oltre alla scelta del filler specifico per ciascuna sede, l'impiego di tecniche che riducano il rischio di complicanze. Tra queste, l'utilizzo di micro/cannule, caratterizzate dalla presenza di una punta smussa, consente di approcciare con maggiore sicurezza sedi di "rischio

vascolare" come il naso o di poter garantire un impianto di filler omogeneo e senza accumuli in una sede spesso "dimenticata", come le mani.

L'obiettivo del corso è quello di fornire conoscenze:

- teoriche sull'anatomia del naso e delle mani e
- pratiche relative all'impiego della micro/cannula per l'esecuzione di rinofiller e ringiovanimento delle mani mediante iniezione di filler.

Per la parte pratica è prevista un'esercitazione dei discenti su manichini, sotto la guida del tutor del corso.

### **RUBBER ALLERGY. WHAT IS NEW? WHAT IS IMPORTANT?**

C. Hamann

*Smartpractice Italy*

An update on the rubber allergy. What is new? What is important?

### **FOTOTERAPIA DELLA MICOSI FUNGOIDE: NULLA DI NUOVO?**

P. Iacovelli

*UOS Fotobiologia e fototerapia - ISG IRCCS San Gallicano - Roma*

La fototerapia è una metodica terapeutica che sfrutta i raggi ultravioletti a scopo terapeutico. Nel trattamento della micosi fungoide (MF) può essere somministrata sotto forma di UVB a banda stretta (nbUVB) o UVA associati a psoralene per uso sistemico. Saranno discussi gli ultimi update riguardanti l'utilizzo di tale metodica nel trattamento negli stadi iniziali e avanzati di MF.

### **DATI DEL GBD IN UCRAINA PRIMA E DOPO LO SCOPPIO DELLA GUERRA**

V. Ingordo

*ASL Taranto, Ambulatori di Dermatologia*

Viene esaminato l'impatto delle malattie in Ucraina, facendo riferimento al decennio 2010-2020. Viene altresì valutato come sia modificata l'incidenza delle varie patologie dopo lo scoppio della guerra tra Ucraina e Russia.

## GESTIONE DELLE LESIONI MELANOCITARIE (MELANOMA VS NEVI) CON PATTERN A GLOBULI PERIFERICI IN EPILUMINESCENZA

V. Ingordo

*ASL Taranto, ambulatori di Dermatologia*

La presenza di globuli disposti in periferia nelle lesioni melanocitarie è segno di accrescimento delle lesioni stesse. La presenza di nevi con queste caratteristiche è comune durante l'infanzia e l'adolescenza. Al contrario la presenza di lesioni di questo tipo negli adulti è da valutare con cautela, potendo essere una caratteristica del melanoma. Nella relazione vengono esaminati i parametri cui fare riferimento per distinguere un melanoma da una lesione benigna con queste caratteristiche.

## PATOLOGIE INDICATRICI NELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS: IL RUOLO DEL DERMATOLOGO NEL TEST HIV

A. Latini

*UOSD Dermatologia MST/HIV, Malattie Tropicali e delle Migrazioni Istituto Dermatologico San Gallicano IRCCS*

Le patologie dermatologiche rappresentano comuni problemi nel paziente con infezione da HIV.

Spesso il dermatologo può essere il primo specialista ad individuare una nuova infezione da HIV. Per questo motivo è molto importante per il Dermatologo conoscere le patologie cutanee che possono associarsi all'infezione da HIV.

Tra le patologie dermatologiche che si possono osservare in corso di sindrome da immunodeficienza acquisita riscontriamo dermatiti infettive e non infettive e a seconda dello stato immunologico del paziente le suddette patologie si possono presentare allo stesso modo che nel paziente immunocompetente oppure possono apparire in modo patomorfizzato e bizzarro e pertanto difficile da identificare.

## MANAGEMENT DI UNA GRAVE FORMA DI PEMFIGO REFRATTARIO ALLE TERAPIE TRADIZIONALI

L. Ligrone, S. Lembo, A. Raimondo, C. Marino, S. Spennato, F. Cillo

*Clinica Dermatologica - Università degli Studi di Salerno*

Paziente donna di anni 52, ricoverata presso l'UOC di Dermatologia Clinica del presidio ospedaliero di Cava dei Tirreni, presentava all'esame obiettivo erosioni cutanee diffuse a tutto l'ambito con prevalenza del tronco, degli arti superiori e inferiori, del volto con impegno iniziale della

congiuntiva e risparmio delle mucose. In anamnesi la paziente riferiva diagnosi pregressa di pemfigo volgare dieci anni prima presso altro istituto di cura e ricomparsa delle manifestazioni cutanee in forma grave sette giorni circa dopo la terza dose di vaccinazione Sars-Cov 2.

## LASER E LUCI: MALATTIE RARE

G. Lodi<sup>1,2</sup>, M. Sannino<sup>1</sup>, F. Negosanti<sup>1</sup>, G. Cannarozzo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laser Unit, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"; <sup>2</sup>Clinica Dermatologica, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

Le malattie rare di interesse dermatologico (Sclerosi tuberosa, Neurofibromatosi di tipo 1, ecc.) possono coinvolgere spesso diversi organi ed apparati e vanno pertanto approximate con valutazioni multidisciplinari. I segni e le manifestazioni cutanee di queste patologie possono però essere gestiti egregiamente attraverso l'utilizzo di laser e luci. Il follow up nel tempo rimane fondamentale per valutare possibili recidive.

## OSSIGENO ED ENDOTELIO NELLA RIPARAZIONE TESSUTALE

P. Longobardi

*Direttore sanitario Centro iperbarico Ravenna, Presidente AA Fondazione Mistral*

La disponibilità di ossigeno è una variabile importante nel percorso di riparazione delle lesioni cutanee. Il danno endoteliale determina la produzione di microparticelle contenenti citochine proinfiammatorie e attiva i neutrofili. Ne deriva l'ostruzione del microcircolo con ridotta perfusione e ipossia locale. L'ossigenoterapia iperbarica (OTI) inibisce l'espressione dell'integrina  $\beta 2$  da parte dei neutrofili, la loro adesione e il sequestro nei tessuti perilesionali. L'OTI attiva anche l'espressione degli antiossidanti e ha un effetto antinfiammatorio. Neutrofili, fibroblasti e macrofagi dipendono tutti dall'ossigeno per la loro attività nei processi della infiammazione e della riparazione. Una via alternativa tramite la quale l'OTI controlla l'infiammazione e riduce le citochine proinfiammatorie è attraverso il potenziamento della emossigenasi-1 e delle proteine da shock termico [come HSP 70]. C'è evidenza scientifica sul ruolo dell'OTI nel potenziare gli antibiotici. È stato descritto che il controllo della guarigione avviene tramite "onde" di produzione di radicali liberi dell'ossigeno (RLO), del lattato e del monossido di azoto (NO). È stato dimostrato che, durante OTI, un aumento del NO nel liquido delle lesioni cutanee croniche con ritardo di guarigione sia associato alla produzione del tessuto di granulazione e alla riparazione della lesione. I



RLO sembrano essere tra i segnali più importanti nel controllo del processo di guarigione. Lo stress ossidativo gioca un ruolo positivo durante l'angiogenesi e induce l'espressione del fattore inducibile dall'ipossia (HIF), del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGF), la inibizione della produzione di TGF-beta 1. Infine, l'OTI (venti sedute a 202,65 kPa o 2 ATA/bar) aumenta di otto volte il rilascio dal midollo osseo delle cellule staminali/progenitrici (SPC) attraverso un meccanismo NO dipendente che è associato al processo di riparazione della lesione. Il risultato netto di questi meccanismi è una migliore risposta immunitaria dell'organismo, il controllo dell'infezione, la più rapida granulazione e, in definitiva, l'accelerazione della traiettoria di guarigione.

### **LE MATRICI DERMICHE IN DERMOCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEI TUMORI DELLA PELLE**

C. Magnoni

*AOU Policlinico di Modena, UNIMORE*

Il trattamento di prima linea dei Non Melanoma Skin Cancers è l'asportazione chirurgica completa con controllo istopatologico dei margini chirurgici. Nella pianificazione dell'intervento chirurgico l'età del paziente, la presenza di patologie concomitanti, e la terapia con farmaci anticoagulanti spesso sono fattori limitanti all'esecuzione di procedure chirurgiche tradizionali come lembi regionali o lembi liberi. In questi casi può essere indicato l'impianto di matrici dermiche acellulari (ADM).

Le ADM sono una classe di scaffold biologici, sintetici e compositi utilizzati nella ricostruzione di ustioni, lesioni traumatiche o nella ricostruzione post-oncologica in pazienti che presentano particolari fattori di rischio per le procedure chirurgiche tradizionali. L'uso delle ADM è raccomandato nei pazienti anziani con comorbidità multiple nel caso in cui sia richiesta una asportazione ampia di tessuto, in aree anatomiche complesse o quando sia necessario comprendere il periostio nella asportazione chirurgica. Inoltre, le ADM possono essere utilizzate in pazienti già sottoposti a precedenti procedure chirurgiche o radioterapia adiuvante, in cui gli esiti cicatriziali o i danni da radiazione possono ostacolare l'efficacia delle procedure tradizionali.

### **EFFICACIA E SICUREZZA DELLE SMALL MOLECULES NEL TRATTAMENTO DELLA PSORIASI: DATI DELLA REAL LIFE**

P.G. Malagoli

*IRCCS Policlinico San Donato*

L'avvento delle small molecules ha offerto una via terapeutica

esclusiva, che ben si differenzia dai farmaci biologici e dai DMARDS sistemici, sia in termini di meccanismo d'azione, sia in termini di profilazione del paziente. I dati di real life meglio aiutano a comprendere le potenzialità di utilizzo di queste risorse terapeutiche.

### **DIAGNOSTICA NON INVASIVA DEI LINFOMI CUTANEI**

V. Desmonnd Mandel, C. Franceschini, M. Ardigò

*Istituto Dermatologico San Gallicano IRCCS, Roma*

La gestione clinica dei linfomi cutanei sia della serie T che della serie B presenta difficoltà in termini sia diagnostici che di follow-up. In particolare, e particolarmente nel caso dei linfomi della serie T, si verificano ritardi diagnostici generalmente dovuti alle caratteristiche di simulatore clinico ed istologico della malattia che viene misdiagnosticata per periodi lunghi. Si verificano quindi ritardi di diagnosi anche di anni. L'applicazione della diagnostica non invasiva della cute alla selezione delle sedi da biopsiare sembra supportare una migliore qualità del processo di campionatura della cute con vantaggi per la parte istopatologica che una significativa riduzione del numero di biopsie necessarie alla conclusione del percorso diagnostico.

Similmente, anche la gestione del follow-up può beneficiare delle tecniche diagnostiche cutanee al fine di ottimizzare la definizione dello stato di remissione e per meglio definire il grado di risposta alla terapia.

In questa relazione verranno descritti gli usi di metodiche di diagnostica non invasiva della cute spaziando dalla dermatoscopia fino a metodiche avanzate quali la microscopia Confocale.

### **LA DERMATITE ATOPICA DELL'ADULTO**

M. Mariano

*IFO San Gallicano IRCCS Roma*

La dermatite atopica è una malattia infiammatoria della cute, ad andamento cronico-ricidivante ed intensamente pruriginosa, la cui patogenesi, sebbene ancora non completamente nota, deriva da una complessa interazione tra disfunzione della barriera cutanea, alterazione del sistema immune e fattori ambientali.

Colpisce il 20% della popolazione pediatrica e il 3% di quella adulta con un trend in costante aumento. Classicamente, tende a risolversi durante l'adolescenza, sebbene nel 30% dei casi possa persistere in età adulta. Esiste, inoltre, una forma di dermatite atopica più rara ad esordio tardivo definita adult-onset, in cui la dermatite atopica si manifesta direttamente in età adulta.

La presentazione clinica può variare in base all'età del paziente. Nell'adulto, infatti, la dermatite atopica è principalmente localizzata, con chiazze e placche intensamente lichenificate, e con predominante coinvolgimento di mani, palpebre e volto. In questa relazione verranno presentate e discusse le principali caratteristiche cliniche ed anamnestiche utili per la diagnosi e le opzioni terapeutiche disponibili.

## **RUOLO DELLA FORMAZIONE IN TELEDERMATOLOGIA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

C. Massone

*Direttore S.C. Dermatologia & Coordinamento Scientifico, EO Galliera, Genova*

Le lista d'attesa per le visite dermatologiche rappresentano un problema sia per il SSN che per i pazienti. La teledermatologia store-and-forward (SAF) può rappresentare un valido strumento allo scopo di affrontare tale problema. Abbiamo condotto uno studio nell'area metropolitana Genovese in collaborazione con 14 MMG della durata di due anni. Prima di iniziare lo studio, ciascun MMG aveva seguito un corso specifico di dermatologia (su tumori cutanei, acne, psoriasi) e teledermatologia della durata di 6 ore, organizzato dalla nostra struttura. Una volta arruolato, ciascun MMG poteva acquisire col proprio cellulare ed inviare in forma anonima immagini di lesioni di tumori cutanei, acne o psoriasi dei propri pazienti, correlate dei dati clinici essenziali al sito [galliera.telederm.it](http://galliera.telederm.it), dove un dermatologo (teleconsulente) della SC Dermatologia EO Galliera visionava il caso e rispondeva nell'arco di 48 ore lavorative. Sono stati arruolati 231 pazienti (254 richieste), di cui 133 (57.6%) di età maggiore a 65 anni, 86 pazienti  $\geq 75$  anni (37.2%) e 28 pazienti  $\geq 85$  anni (12.1%). La qualità delle immagini è risultata ottimale nel 96,9% dei casi. Le diagnosi principali riguardavano: 44,9% non-melanoma skin cancers, NMSC (19.3% carcinoma basocellulare, 15,4% carcinoma spinocellulare, 10,2% cheratosi attiniche); 22,8% cheratosi seborroiche; 17,7% nevi melanocitari atipici; 5,5% melanoma (14/254); 3,1% angiomi; 2,8% acne severa; 1,6% psoriasi severa. Il 68,5% dei teleconsulti ha presentato una corretta appropriatezza in quanto richiedevano un intervento terapeutico (chirurgia, terapia topica per cheratosi attiniche, valutazione dermoscopica, etc). In conclusione, la teledermatologia SAF può offrire un accesso rapido, aiutando a ridurre le liste d'attesa, e semplificato ai pazienti dermatologici, in particolare anziani, disabili, donne in gravidanza e fragili. Fondamentale è il training specific dei MMG perché non solo incrementa l'appropriatezza delle richieste ma è efficace anche come strumento di prevenzione dei tumori cutanei.

## **DIAGNOSI DI LINFOMA A FENOTIPO T: DALLA MF CLASSICA ALLE VARIANTI INUSUALI**

C. Massone

*Direttore S.C. Dermatologia & Coordinamento Scientifico, EO Galliera, Genova*

La micosi fungoide è un linfoma primitivo cutaneo a cellule T che si manifesta nelle fasi iniziali con chiazze eritematose, finemente desquamanti ed atrofiche, di dimensioni variabili, localizzate al tronco, sull'addome o agli arti, prevalentemente in aree non fotoesposte. Accanto alle manifestazioni convenzionali, esistono diverse forme di presentazioni atipiche, definite varianti. Tra queste, la micosi fungoide folliculotropica, la reticulosi pagetoide e la granulomatous slack skin sono le più note e riportate anche nella classificazione WHO. Tuttavia, la micosi fungoide può spesso simulare diverse altre malattie dermatologiche di tipo infiammatorio, risultando una delle "grandi imitatrici". La controparte di tale fenomeno clinico si verifica anche sia livello istopatologico che immunoistochimico, per cui il gold standard resta la correlazione clinico-patologica e spesso più biopsie ed uno stretto follow-up sono necessari per confermare o escludere la diagnosi.

## **SINDROME DI BACCAREDDA-SEZARY**

C. Massone

*Direttore S.C. Dermatologia & Coordinamento Scientifico, EO Galliera, Genova*

Il Prof. Aldo Baccaredda Boy nacque a Roma nel 1902 e morì a 96 anni a Genova, dove divenne cattedratico di dermatologia nel 1956. Viene ricordato per avere descritto nel 1936, quindi prima di Sèzary (nel 1938) le caratteristiche cliniche e le cellule tipiche del linfoma cutaneo caratterizzato da eritrodermia, linfoadenopatia e cellule atipiche circolanti, che oggi invece viene erroneamente nominato come Sindrome di Sèzary, ma che più correttamente dovrebbe essere quindi definito sindrome di Baccaredda-Sezary.

## **PROGETTO ADOI "LESIONI MELANOCITARIE COMPLESSE": DALLA FORMAZIONE AL PROGETTO EDITORIALE**

C. Massone<sup>1</sup>, A. Perasole<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Direttore S.C. Dermatologia & Coordinamento Scientifico, EO Galliera, Genova; <sup>2</sup>Consulente Anatomo Patologo, Lifebrain s.r.l. Limena, Padova*

Dal 29 settembre 2021 ADOI ospita suo sito ufficiale il

corso ECM sulle lesioni melanocitarie complesse (<https://www.adoi.it/lesioni-melanocitarie-complesse/>). Fondatore, mentore ed anima ne è Antonio Perasole che già dal 2005 organizzava presso la UOC di Anatomia Patologica dell'Ospedale di Vicenza periodici incontri collegiali in presenza tra patologi per condividere e discutere insieme preparati istologici di lesioni melanocitarie difficili. Dal 2019 gli incontri iniziarono a svolgersi sempre in presenza in Clinica Dermatologica a Milano con l'aiuto di Raffaele Giannotti e vennero accreditati come corso ECM, ma l'avvento della pandemia con conseguenti i lock-down imposero la migrazione sulla piattaforma virtuale previa scannerizzazione digitale di tutti i vetrini dei casi ed uso del microscopio virtuale. Un meraviglioso esempio pratico di applicazione della telepatologia a scopo educativo.

Al fine di dare una struttura organizzativa solida al corso, creare un archivio digitale delle riunioni e promuovere una collaborazione sempre più stretta tra dermatologo ed anatomo-patologo, ADOI si è offerta di farsi carico degli aspetti gestionali del corso ed ha creato una pagina ad hoc sul proprio sito a cui possono accedere tutti i soci ADOI e i colleghi anatomo-patologi regolarmente iscritti. Nel 2022 gli incontri sono con cadenza mensile, e 4 incontri sono accreditati ECM da parte di ADOI. In ciascun incontro vengono discussi casi di lesioni melanocitarie insolite o di difficile interpretazione. I casi discussi e poi raccolti in questo spazio ADOI provengono dalle attività di clinica e di diagnostica istopatologica corrente svolte presso varie istituzioni.

Una mail invita gli iscritti al corso alla lettura dei casi progressivamente inseriti per il corso successivo e le diagnosi sono raccolte utilizzando un modulo Google appositamente predisposto. Tutti i casi sono poi rivisti e discussi collegialmente nel corso della riunione.

Alla fine dell'incontro i casi sono scaricati dal sito ADOI e posti in una repository esterna per poter essere nuovamente consultati, al bisogno, da ciascuno.

I casi più interessanti e completi di foto cliniche e dermoscopiche saranno pubblicati ogni mese su *Dermatology Reports*, rivista ufficiale ADOI.

## **BLASTIC PLASMACYTOID DENDRITIC-CELL NEOPLASM (BPDCN)**

C. Massone

*Direttore S.C. Dermatologia & Coordinamento Scientifico, EO Galliera, Genova*

La Blastic Plasmacytoid Dendritic-Cell Neoplasm (BPDCN) è una neoplasia ematologica aggressiva che si manifesta in genere in uomini adulti le cui manifestazioni sono a livello cutaneo, midollare e linfonodale. La BPDCN origina da cellule plasmocitoidi dendritiche trasformate che esprimono nella forma immunofenotipicamente più frequente CD4, CD56 e CD123.

La BPDCN è una neoplasia aggressiva che porta a decesso entro un anno dalla diagnosi nella maggior parte dei casi trattati con chemioterapia convenzionale. Il trapianto allogenico di cellule staminali presenta sopravvivenza superiore alla chemioterapia convenzionale ma non tutti i pazienti sono eleggibili.

Tra le nuove terapie per la BPDCN, il tagraxosofusp rappresenta un'opzione con risultati incoraggianti in base ai recenti trials pubblicati.

## **LA DERMATITE ATOPICA NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA**

C. Mazzatenta

*Azienda USL Toscana Nord Ovest*

La dermatite atopica è una condizione che interessa tutte le fasce di età. In età infantile e adolescenziale la Dermatite atopica può assumere forme cliniche affatto diverse che richiedono un approccio terapeutico specifico. In particolare, dovrà essere posta attenzione ad una adeguata Diagnosi differenziale con altre patologie soprattutto in sedi speciali come il cuoio capelluto e le estremità e ad una programmazione della terapia a lungo termine con l'obiettivo di minimizzare le recidive.

## **IL WOUND CARE CHIRURGICO**

D. Melandri, C. Orlandi, A. Benini, JR. Lehmann, R. Neri

*S.O.C. Centro Grandi Ustionati Romagna/Dermatologia Cesena (Forlì), Ospedale M. Bufalini, Cesena, ASL Romagna*

Nei paesi occidentali l'aumento dell'età media si accompagna ad un aumento dei cosiddetti pazienti fragili, affetti da malattie croniche e comorbidità che molto spesso si accompagnano a problematiche cutanee. La fragilità si accompagna anche ad una maggior facilità ad incorrere in eventi traumatici. Tutto questo porta ad un aumento di ferite acute e croniche di difficile gestione, anche per i rischi di complicanze, che richiedono figure infermieristiche e mediche opportunamente formate e inserite in gruppi di lavoro multidisciplinari. Il dermatologo come specialista di organo riveste un ruolo fondamentale in questo ambito. Inoltre, una parte di queste situazioni cliniche, laddove le ferite sono più ampie e profonde o complicate richiedono un approccio meno conservativo e più "aggressivo" in termini chirurgici. In questi casi il classico trattamento ambulatoriale non è sufficiente alla risoluzione della problematica che richiede ricoveri in reparti attrezzati per la gestione avanzata del wound care in termini architettonici, di competenze professionali e di tecnologia. L'approccio chirurgico e una assi-

stenza semi intensiva diventano parte integrante del percorso clinico terapeutico del paziente.

## CASI PRATICI DI DERMOCIRURGIA NEL DISTRETTO TESTA-COLLO

L. Miccio, L. Naldi

*Ospedale San Bortolo di Vicenza - Azienda ULSS 8 Berica*

La dermochirurgia è una branca della dermatologia che si occupa, in area oncologica, dell'asportazione radicale di tumori benigni e maligni di cute e sottocute e della ricostruzione chirurgica, volta a preservare la funzione e l'estetica del distretto interessato. L'aspetto ricostruttivo rappresenta pertanto una parte essenziale della dermochirurgia, specialmente se coinvolte aree di particolare significato estetico, quale il distretto testa-collo. La ricostruzione può avvenire in maniera diretta oppure, in caso di neoplasie di maggiori dimensioni, mediante l'allestimento di innesti e lembi cutanei.

## TARGETED THERAPY

N. Milanesi

S.O.C. Dermatologia e Venereologia Azienda USL Toscana Centro Ospedale San Jacopo Pistoia 2 Azienda USL Toscana Centro Ospedale IOT Palagi Firenze

Gli inibitori selettivi e reversibili di Janus chinasi (JAK)1 e JAK2, enzimi intracellulari coinvolti nella trasmissione del segnale di citochine e fattori di crescita, implicati nell'ematopoiesi e nella risposta immunitaria, sono utilizzati in pazienti con infezione da SARS-CoV-2. Il loro utilizzo si basa su una duplice attività di riduzione della risposta infiammatoria e di riduzione dell'endocitosi virale. Nel corso della presentazione verranno analizzati i principali meccanismi di azione e gli effetti collaterali riscontrati nella pratica clinica: neutropenia e infezioni gravi, coinvolgimento epatico, diverticolite e perforazione gastrointestinale, tromboembolismo venoso.

## L'ASSICURAZIONE COME STRUMENTO DI GESTIONE DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

B. Moro

*AON S.p.A.*

La relazione ha l'obiettivo di inquadrare l'assicurazione, la polizza assicurativa, quale strumento della gestione della responsabilità professionale del medico dermatologo,

riprendendo in primis il quadro normativo all'interno del quale viene definita la Responsabilità Civile Professionale dei professionisti sanitari e la sua gestione.

L'analisi è svolta dal punto di vista del broker e consulente assicurativo del professionista, dunque, dalla prospettiva di chi ha il compito di garantire la corretta gestione del rischio professionale, il rispetto della normativa e l'adeguatezza della copertura assicurativa, quale strumento di gestione del rischio. Saranno toccati diversi commi e articoli della legge 24 del 2017 (cd Legge Gelli), in particolare l'art. 10, comma 1 (che disciplina come le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa) e comma 2 (che disciplina come ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave), oltre che l'art. 13 relativamente alle cd. Comunicazione ex. Art. 13.

Si toccheranno, poi temi, quali il regime all'interno del quale operano tutte le polizze di Responsabilità Civile Professionale, ossia il regime del cd. Claims Made e le corrette delimitazioni temporali vigenti.

Infine, si sottolineerà l'importanza dello strumento assicurativo e soprattutto l'importante di uno strumento assicurativo adeguato alla legge vigente.

## LE PATOMIMIE DA IERI AD OGGI

M. Nacca

*Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta*

La medicina sacerdotale Ippocratica (III-IV sec a.C.) già descrive casi di dermatite factitia mettendo in relazione alcune malattie della pelle con l'alterazione dello stato psichico. Nella società romana, Galeno da Pergamo, nel suo "De quomodo morborum simulantes sint deprehendendi", documenta simulazioni di malattie. Nel Medioevo, in seguito a forti influenze della Chiesa cattolica, si diffonde l'idea che il disagio psicologico sia causato da spiriti malvagi e questa mentalità demonologica persiste fino al XV secolo; in questo, periodo, con la pubblicazione del "Malleus maleficarum", venivano inconsapevolmente descritte anche molte patologie psichiatriche. Più recentemente, nel XVI secolo, con René Descartes, si comincia ad avere un approccio scientifico al problema della correlazione tra mente e corpo e quindi si definiscono i primi concetti di psichiatria e di disagio psichico approfonditi da Philippe Pinel che nel 1793 diede inizio al lavoro di descrizione dei sintomi e dei comportamenti. Nello stesso anno il medico empoiese Vincenzo Chiarugi diede un miglior assetto scientifico al trattamento delle persone affette da patologie psichiatriche che, con sua la cattedra fiorentina di "Malattie cutanee e delle perturbazioni intellettuali", segnò la nascita della

scienza psichiatrica. L'infinito campo della correlazione di patologie dermatologiche con l'aspetto psichico è stato studiato da molti illustri medici come Hallopeau (1850), Brocq (1898), Ekbom (1938), Thibierge (1994), Morselli (1891), Asher (1951) solo per citare alcuni studiosi ma è doveroso ricordare Emiliano Panconesi che, come grande luminare e teorizzatore della psicodermatologia, coniuga l'aspetto scientifico ed empirico di una fondamentale branca medica.

### **MALFORMAZIONI VASCOLARI: TRATTAMENTI LASER**

F. Negosanti

*Presidente SILD (Società Italiana Laser Dermatologia)*

Le malformazioni vascolari sono un sottogruppo delle anomalie vascolari. Tra le varie malformazioni vascolari, i trattamenti laser sono riservati solo alle malformazioni vascolari semplici capillari (MC). Le malformazioni capillari sono congenite, hanno una incidenza dello 0,3 % alla nascita e possono essere mediali o laterali. Le più comuni sono la salmon patch e la port wine stain. La diagnosi è fondamentalmente clinica e dopo gli approfondimenti del caso (eco doppler, rm, rx, visita ortopedica) per escludere forme miste o complesse, la terapia gold standard è la terapia laser vascolare (dye laser 595nm, laser Nd:Yag 1064/532 nm). I trattamenti laser richiesti sono solitamente multipli e i migliori risultati si ottengono se il laser viene eseguito in età pediatrica piuttosto che in età adulta, se le malformazioni sono laterali piuttosto che centro-facciali, se la malformazione non è spessa e non è profonda, se il paziente presenta un fototipo chiaro e se la malformazione presenta una emodinamica a basso flusso. In ogni caso, un buon trattamento laser garantisce un miglioramento estetico della lesione senza esiti cicatriziali e anche se non in tutti i pazienti è possibile una risoluzione completa e permanente anche un risultato parziale che consenta un buon camouflage estetico porta di certo ad un considerevole miglioramento della vita psico-sociale del paziente.

### **LA DIMENSIONE PSICOSOMATICA COME CHIAVE DI LETTURA DEI DISTURBI DERMATOLOGICI**

B. Novelli

*UO Centro Grandi Ustionati, Ospedale "M. Bufalini", Cesena*

Diverse manifestazioni dermatologiche si possono oggi definire psicosomatiche: problemi della pelle generati da stress, problemi psicologici generati da disturbi della pelle; disturbi psichiatrici che si manifestano attraverso la pelle. La visione psicosomatica rappresenta una sfida al pensiero comune dualista, nello sforzo di ricomporre ciò che per

natura è unitario e culturalmente diviso.

In questo contesto la spesso faticosa relazione medico-paziente diventa fattore determinante negli esiti stessi del processo terapeutico.

### **LE USTIONI IN AMBITO DOMESTICO**

R. Orioli

*UOC Centro Grandi Ustionati e Dermatologia Cesena (Forlì)*

L'1% di tutte le morti in età pediatrica è dovuto a ustioni. In particolare, i bambini, soprattutto da 0 a 4 anni sono, oltre ai soggetti con età superiore a 65 anni, i più esposti al rischio di incorrere in un incidente domestico, sia perché trascorrono più tempo in casa, sia perché nell'infanzia le capacità motorie precedono l'abilità di riconoscere ed evitare le potenziali situazioni di rischio. In Italia ogni anno si registrano circa 400 decessi per ustioni, di cui oltre il 70% in ambito domestico. In età pediatrica il 16% delle cause di morte sono ascrivibili a ustioni. Oltre il 50% di queste riguardano bambini di età inferiore o uguale a 4 anni. Negli anni 2007 e 2009 in Italia sono stati codificati anche gli oggetti e le sostanze coinvolte in incidenti domestici. Per quanto riguarda i bambini sono stati identificati prevalentemente acqua bollente, nel 25% dei casi (di cui 4% da rubinetto), alimenti o bevande calde (18%), altri liquidi caldi in cucina (13%), contatto con oggetto rovente (forno, fornello, piano di cottura, ferro da stiro nell'11% dei casi), apparecchio per il riscaldamento (5%), olio o grasso bollente da cucina (4%), fiamme libere (4%). Il recente report dell'American Burn Association, riferito al periodo 2009-2018 (National Burn Repository 2019 Update) per tutte le età, riporta che l'ambiente domestico rappresenta il luogo più comune in cui si verifica un'ustione. In particolare, il 72.5% delle ustioni giunte all'attenzione dei centri ustioni americani nel periodo identificato si sono verificate in ambito domiciliare. La maggior parte dei pazienti ustionati (97.6%) ricoverati presso i centri ustioni hanno riportato lesioni dovute a circostanze accidentali. Le ustioni non accidentali, dovute a incendio doloso, aggressione, abuso o lesioni autoinflitte, costituiscono il 2.4% dei casi rilevati.

### **LA CHIRURGIA ENZIMATICA DELLE USTIONI: QUANDO E COME?**

C. Orlandi, D. Melandri

*S.O.C. Centro Grandi Ustionati Romagna/Dermatologia Cesena (Forlì), Ospedale M. Bufalini, Cesena, ASL Romagna*

Le ustioni profonde sono caratterizzate dalla presenza di

un'escara necrotica, non vanno incontro ad una ottimale e rapida guarigione spontanea solo con le medicazioni, pertanto richiedono un approccio chirurgico. È ampiamente riconosciuto che la rimozione precoce dell'escara può migliorare l'esito del trattamento della ferita da ustione riducendone mortalità e complicanze quali infezioni, ricoveri prolungati e cicatrici ipertrofiche nei pazienti con gravi ustioni. Tuttavia, la complessità della valutazione della profondità dell'ustione dovuta alla progressione del danno da ustione, alla demarcazione tardiva, nonché le condizioni cliniche del pz o talora anche motivi logistici a volte pospongono il momento ideale di rimozione dell'escara, con conseguenti ripercussioni locali e sistemiche. In sintesi, la tecnica ottimale di rimozione dell'escara dovrebbe essere quella di rimuovere selettivamente il tessuto ustionato non vitale con una perdita di sangue minima, consentire un'ottimale valutazione clinica del letto della ferita e prendere le adeguate decisioni di trattamento (conservativo o copertura chirurgica con innesti) per una guarigione più rapida, per migliorare il risultato estetico e funzionale e quindi la qualità della vita. La rimozione dell'escara può essere effettuata attraverso due modalità: debridement chirurgico o enzimatico. L'escarotomia è una metodica di trattamento chirurgico invasiva che comporta l'asportazione cruenta in anestesia generale del tessuto necrotico, richiede l'intervento di personale e l'utilizzo di strutture specializzate, non è scevro da rischi e complicanze che sono proporzionali all'entità del danno, alle condizioni del paziente, all'entità del trauma chirurgico, alla durata e tipo di anestesia. Il debridement enzimatico è stato descritto invece come tecnica aggiuntiva per il trattamento del paziente ustionato, consente la rimozione precoce e selettiva dell'escara, riducendo la perdita di sangue, la necessità di innesto cutaneo autologo e quindi il numero di ferite che richiedono una escissione chirurgica. Il debridement enzimatico consente di eseguire una pulizia precoce, alla prima valutazione del paziente, senza la necessità di portare il paziente in sala operatoria, richiedendo solo un adeguato controllo del dolore e un team infermieristico preparato; rappresenta quindi un'alternativa meno invasiva e più selettiva preservando una quantità maggiore di derma sano rispetto al tradizionale debridement chirurgico. Nella presentazione verrà esaminata più in dettaglio tale metodica con le indicazioni e i tempi di utilizzo.

## FOTOBIMODULAZIONE: ESPERIENZE A CONFRONTO

C. Orlandi, D. Melandri

*S.O.C. Centro Grandi Ustionati Romagna/Dermatologia Cesena (Forlì), Ospedale M. Bufalini, Cesena, ASL Romagna*

Esiste ormai un'importante letteratura scientifica a supporto dell'evidenza che la luce stimola la rigenerazione tissutale e

la riparazione cutanea grazie alla capacità di interagire con le cellule dei tessuti, incrementandone o riducendone l'attività laddove questa sia patologicamente alterata: questo fenomeno si chiama Fotobimodulazione (PBM).

La Fotobimodulazione (PMBT) è una terapia biofotonica basata sul trasferimento di energia sotto forma di fotoni da un emettitore di luce (dispositivo) al paziente grazie all'assorbimento della radiazione luminosa da parte di un recettore biologico target (cromoforo) che induce trasformazioni osservabili e misurabili a livello della parte dell'organismo trattata. Determinate lunghezze d'onda della luce visibile, nell'intervallo del blu, hanno suscitato un crescente interesse sia per la loro capacità di attivare in modo naturale il processo di guarigione delle ferite che per l'effetto antimicrobico, essendo molto meno dannose per le cellule rispetto ai raggi ultravioletti che possono invece danneggiare il DNA. Nella relazione verrà presentata in dettaglio l'esperienza di due centri sull'utilizzo di due differenti dispositivi medici portatili che emettono luce blu con una lunghezza d'onda compresa tra 400 e 460 nm.

## L'AGGIORNAMENTO. IL DERMATOLOGO E LE NUOVE MEDICAZIONI

C. Orlandi, D. Melandri

*S.O.C. Centro Grandi Ustionati Romagna/Dermatologia Cesena (Forlì), Ospedale M. Bufalini, Cesena, ASL Romagna*

La conoscenza delle principali tipologie di ferite acute e croniche è necessaria per proporre ed indicare il corretto approccio terapeutico e per utilizzare poi nella pratica assistenziale la giusta medicazione sulla base delle conoscenze delle loro caratteristiche, indicazioni, controindicazioni e interazioni. La medicazione ideale dovrebbe fornire un ambiente ottimale per la guarigione della ferita, consentire lo scambio gassoso di ossigeno, anidride carbonica e vapore acqueo, fornire isolamento termico, dovrebbe essere impermeabile ai microrganismi, non aderente, sicura da utilizzare, sopportabile per il paziente, conveniente, dovrebbe fornire protezione meccanica, essere sterile e facile da utilizzare al fine di ridurre i tempi di medicazione necessari. Scegliere la medicazione più idonea per ogni singolo caso rappresenta un passaggio fondamentale nella procedura di gestione delle ulcere cutanee, farlo in base alle qualità delle medicazioni avanzate e alle loro performance effettive è lo scopo che deve perseguire il professionista sanitario che prende in carico la persona. Se da un lato la ricerca in questo settore è molto attenta e attiva a proporre prodotti sempre più facili da utilizzare e soluzioni ad hoc da sfruttare in specifiche situazioni, dall'altro le innumerevoli medicazioni commercializzate assorbono rilevanti risorse economiche delle Aziende Sanitarie e possono rendere difficile la scelta del dispositivo più appropriato rispetto al setting assistenziale e

alle condizioni cliniche del paziente. Nella presentazione verranno esaminate alcune medicazioni innovative di recente immissione in commercio.

## FOTOCARCINOGENESI

A. Pacifico

*Servizio di Fototerapia-Dermatologia Clinica, IFO-Istituto Dermatologico S. Galliciano, IRCCS, Roma*

Le radiazioni ultraviolette (UV) provocano infiammazione, eritema, immunosoppressione, fotoinvecchiamento, danni del DNA, mutazioni geniche e tumori cutanei. Numerosi studi hanno dimostrato che alterazioni a carico del gene soppressore tumorale p53 svolgono un ruolo importante nell'insorgenza dei tumori cutanei. La proteina p53, coinvolta anche nei processi di morte cellulare programmata (apoptosi), agisce come "guardiano" del genoma aiutando il riparo del DNA o promuovendo l'eliminazione delle cellule con un eccessivo danno del DNA. L'esposizione cronica alle radiazioni UV contribuisce ad inattivare i meccanismi di riparo del DNA portando all'induzione di mutazioni del p53. I cheratinociti che hanno accumulato mutazioni del p53, a causa dell'aumentata resistenza all'apoptosi vanno incontro ad espansione clonale e successivamente alla formazione di cheratosi attiniche ed epitelomi squamocellulari. Le mutazioni fotoindotte del p53 insorgono in una fase molto precoce del processo di cancerogenesi; tuttavia, la sospensione dell'esposizione agli UV non elimina del tutto il rischio di insorgenza di tumori cutanei pur rallentandone la cinetica.

## RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA: DALLA STADIAZIONE AL TRATTAMENTO DEL TERZO STADIO

R. Patuzzo

*Unità Melanoma, IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano*

Testo: La biopsia del linfonodo sentinella è associata ad un aumento della sopravvivenza specifica del melanoma (cioè sopravvivenza fino alla morte per melanoma) tra i pazienti con melanoma con Breslow da 1,2 a 3,5 mm e LS positivo. Per questo motivo le linee guida propongono la ricerca del linfonodo sentinella per tutti i pazienti con un Breslow  $\geq 0.80$  o in presenza di ulcerazione (pT1b).

In caso di LS positivo (micrometastasi) non si esegue più la dissezione linfonodale.

La teoria "Marker" infatti sostiene l'idea che la metastasi linfonodale indichi semplicemente una diffusione microscopica a distanza della malattia e che la sua determinazione renda necessaria una terapia sistemica per influenzare posi-

tivamente i risultati di sopravvivenza nei pazienti.

Pertanto una terapia loco-regionale, compresa la linfoadenectomia, ha un'efficacia limitata e la terapia sistemica è necessaria a migliorare la sopravvivenza

Nello studio MSLT-II, infatti è stato dimostrato che la dissezione linfonodale a completamento precoce non ha aumentato la sopravvivenza: è possibile che ciò sia dovuto alla diluizione di un effetto terapeutico, poiché

la maggior parte dei pazienti con linfonodi sentinella metastatici sono resi NED dalla procedura SNB stessa e quindi appare improbabile che possano trarre beneficio da CLND. La Terapia adiuvante si è imposta anche in questa categoria di pazienti laddove le caratteristiche stadiali lo consigliano: nel III Stadio BCD.

Il follow-up ravvicinato con l'ecografia e una dissezione radicale ritardata in caso di recidiva dovrebbero essere considerati il nuovo standard di cura

In discussione è l'attivazione di una terapia adiuvante non solo per i Terzi Stadi, ma anche per i pazienti che hanno un rischio elevato per il primitivo avanzato (Stadi IIB e IIC)

## FOTOPROTEZIONE

M. Pellegrino

*UOC Dermatologia, Grosseto*

Il melanoma ed i NMSC, pur avendo un diverso livello di morbilità, sono neoplasie cutanee caratterizzate da un'incidenza in continuo e significativo aumento. Nell'insieme sono tra i più frequenti tumori in assoluto che vedono nella loro patogenesi, come principale fattore di rischio, l'esposizione ai raggi UV da luce solare e/o artificiale. Infatti, l'agenzia I.A.R.C dell'O.M.S. ha inserito i raggi UV nel gruppo 1 dei cancerogeni, raccomandando di evitare le esposizioni alle emissioni delle lampade solari e l'eccessiva esposizione al sole. Nonostante ciò, negli ultimi decenni le modificate abitudini di vita, il mito dell'abbronzatura a fini estetici e l'aumento dei viaggi in paesi esotici, hanno portato ad un importante incremento del carico totale di UV. Di recente, in controtendenza, grazie alle aumentate conoscenze scientifiche sul clima, sui rischi di una cattiva fotoesposizione naturale e/o artificiale, alle campagne di sensibilizzazione e d'informazione ha preso il via una nuova cultura volta a proteggere la pelle da un'eccessiva esposizione al sole favorendo un corretto modo di prendere il sole, indossando capi di abbigliamento progettati e fabbricati con tessuti anti UV e soprattutto utilizzando creme solari capaci di filtrare e/o riflettere non solo i raggi UVB e UVA ma anche le radiazioni visibili. Nonostante ciò è necessario mettere in campo adeguate strategie di comunicazione per abbattere o ridurre le barriere ambientali, culturali e socioeconomiche che ostacolano l'adozione consapevole di comportamenti favorevoli alla salute così come è stato fatto ad es. in Australia che, nel tempo, grazie ad una semplice quanto rei-

terata campagna di sensibilizzazione sociale sui danni derivanti da una cattiva e/o eccessiva esposizione solare, ha potuto registrare una importante riduzione di incidenza del Melanoma e dei NMSC.

### NEVO BLU DI TIÈCHE: DA CATEGORIA CLINICO-MORFOLOGICA UNICA A FAMIGLIA MORFO-MOLECOLARE COMPLESSA

A. Perasole

*Consulente Cerba HC s.r.l. - Anatomia Patologica Rete Diagnostica Italiana, Limena (PD)*

Nel 1906 Max Tièche raccolse e pubblicò una serie di 17 pazienti, operati presso la Clinica Dermatologica di Berna, di lesioni pigmentate cutanee caratterizzate da una colorazione bluastra dell'epidermide, e che furono descritti collettivamente come Melanomi benigni / Nevi blu / Cromatoforomi. Ne furono esaminati microscopicamente con grande precisione e dovizia di dettagli solo 9, che Tièche raffrontò per aspetto clinico e similitudine morfologica ad altre lesioni simili già note in ambito umano (chiazza mongolica) e veterinario (melanomi equini), per discutere la loro istogenesi, spiegare il caratteristico aspetto clinico e suggerire i criteri per la diagnosi morfologica.

L'importanza e l'attualità del lavoro risiede nell'aver individuato con straordinaria precisione una categoria di lesioni melanocitarie ancor oggi definibili clinicamente come Nevi/Lesioni Blu e raggruppate secondo la odierna classificazione morfomolecolare WHO 2018, tra le lesioni di gruppo I e gruppo VIII tipicamente insorte su cute a bassa o assente foto esposizione ed originate da melanociti non associati all'epitelio. I due gruppi WHO comprendono, secondo i criteri WHO di approccio multidimensionale alla classificazione del melanoma, entità benigne (nevi), entità a comportamento incerto (Melanocitoma/MELTUMP di basso o alto grado) e lesioni maligne (Melanoma).

Alcune tra esse, in entrambi i gruppi, presentano spesso aspetti morfologici conflittuali che ne precludono la diagnosi ed una conseguente valutazione prognostico-terapeutica, se non ricorrendo a complesse indagini di sequenziamento genico per valutare le alterazioni molecolari presenti. Sempre più di frequente appaiono in letteratura lavori che descrivono profili molecolari inediti e non commisurabili sul piano morfologico o biochimico tra le lesioni clinicamente "Blu", anche appartenenti a pathways diversi e sarà inevitabile che le attuali categorie morfologiche, seppur omogenee sul piano microscopico, saranno profondamente riviste per una loro migliore profilatura prognostica e terapeutica.

### IL PAZIENTE CON COMORBILITÀ CARDIOMETABOLICHE

S. Piaserico

*Clinica Dermatologica Azienda Ospedaliera-Università di Padova*

La psoriasi grave è ritenuta un fattore di rischio cardiovascolare indipendente, ovvero non necessariamente legata all'associazione della stessa con i classici fattori di rischio cardiovascolare.

Tale aumento del rischio cardiovascolare appare legato all'infiammazione sistemica. In effetti, una delle conseguenze più rilevanti dell'azione prolungata nel tempo di una infiammazione sistemica è la disfunzione del microcircolo coronarico, che a sua volta rappresenta un segno precoce di aterosclerosi. L'aterosclerosi condivide alcuni meccanismi patogenetici con la psoriasi: entrambe sono un disordine (Th1)/Th17 e presentano un aumento del TNF $\alpha$ .

La disfunzione del microcircolo coronarico risulta più marcata nei pazienti giovani affetti da psoriasi grave e a livelli più alti di PCR, TNF $\alpha$  e IL-17. Dal momento che l'infiammazione cronica rappresenta il link tra psoriasi e patologia cardiovascolare, in termini teorici una terapia della psoriasi con azione antiinfiammatoria può ridurre questo rischio. Alcuni recenti studi condotti su pazienti psoriasici hanno dimostrato che la disfunzione del microcircolo coronarico migliora dopo trattamento con terapie anti-TNF $\alpha$ , anti-IL-12/23 o anti-IL-17. La disfunzione del microcircolo coronarico, pertanto, nei pazienti psoriasici con esordio recente di malattia, sembra essere un fenomeno ancora reversibile. Tuttavia, gli studi sulle possibilità e modalità con le quali i biologici possano realmente ridurre gli eventi cardiovascolari ("hard events") nei pazienti psoriasici, oltre che la disfunzione del microcircolo o altri surrogati, sono attualmente ancora limitati.

### BIOPSIA DEL (I) LINFONODO (I) NON-SENTINELLA NEL MELANOMA DELLA CUTE: RISULTATI

F. Picciotto

*A.O.U. Città della Salute e della Scienza Torino - Dipartimento di Chirurgia - S.S.D. Dermochirurgia*

Nell'epoca della Immunoterapia e della Terapia a bersaglio molecolare, assistiamo ad un numero crescente di linfoadenectomie terapeutiche.

Nell'ambito della malattia nodale, occorre distinguere: presenza, carica tumorale ed estensione, tutti fattori che contribuiscono, unitamente allo spessore di Breslow ed alla ulcerazione, alla valutazione prognostica.

È noto che nei due/terzi dei soggetti con melanoma della



cute, la progressione di malattia sia inizialmente identificabile solo in corrispondenza dei linfonodi loco-regionali (Garbe 2016); l'interessamento nodale rappresenta un'importante porta di ingresso per il coinvolgimento dei linfonodi Non-Sentinella, quantificabile intorno al 20-25% e, contestualmente o successivamente, alla via sistemica (Ramirez-Ocampo, 2022), in alternativa ad una minoranza di casi con disseminazione ematogena diretta (Rios-Cantu, 2017).

È dimostrato che la presenza di metastasi a carico dei linfonodi Non-Sentinella comporta una prognosi più severa, sia in termini di recidiva Loco-Regionale sia in termini di Sopravvivenza Melanoma-Specifica (Aryian 2009, Leung 2013, Faries 2017, Wei Sun 2020),

Nell'epoca che ha visto contrarsi notevolmente il ricorso alla Dissezione Nodale Selettiva, una possibile soluzione al problema, associata ad una più accurata stadiazione (Thompson 2018), è data dalla Dissezione Nodale preventiva, in presenza di positività dei linfonodi Non-Sentinella.

Il mapping linfoscintigrafico, eseguito secondo lo stato dell'arte e completato con l'impiego della SPECT-CT, consente oggi l'accurata distinzione tra linfonodi Sentinella e linfonodi Non-sentinella (Uren 2011).

L'Autore presenta i risultati preliminari relativi a 104 pazienti (45 melanomi del tronco, 33 degli arti inferiori, 17 della regione del capo-collo e 9 degli superiori).

## LOCALIZZAZIONE ALLA CUTE DI LINFOMI SISTEMICI

A. Pileri, A. Massi, C Zengarini, BM Piraccini

*IRCCS Policlinico di Sant'Orsola, Bologna*

I linfomi possono interessare la cute primitivamente, oppure secondariamente. In questo caso la cute rappresenta il sito di disseminazione di una forma sistemica. Nel corso della relazione verranno esaminate le principali forme di disseminazione alla cute di linfomi sistemici.

## TERAPIE TOPICHE E RETINOIDI NEI LINFOMI CUTANEI

N. Pimpinelli

*Dipartimento di Scienze della Salute, sezione Dermatologia, Università degli Studi di Firenze*

La scelta terapeutica nei linfomi primitivi cutanei a cellule T (CTCL) si basa sull'entità clinico-patologica e sull'estensione cutanea della malattia.

La terapia "diretta alla cute" trova indicazione nelle varie forme clinico-patologiche. La fototerapia è quando possibile la terapia di riferimento nella Micosi Fungoide (MF) in tutti i pazienti in stadio I; la chemioterapia topica con clor-

metina gel costituisce un'alternativa efficace, con indicazione soprattutto nello stadio IA. Entrambi i tipi di terapia diretta alla cute possono essere utilmente impiegati anche nei pazienti con MF in stadio avanzato che ottengono una risposta obiettiva con altre terapie in caso di ricaduta limitata. La radioterapia con elettroni, "limited field" o total skin, rappresenta un ottimo ed efficace strumento terapeutico nella MF sia in seconda linea in stadio I refrattario/ricaduto (in prima linea, ha scopo curativo nella MF stadio IA) che in prima linea nello stadio IIB e III.

I retinoidi orali, acitretina e soprattutto bexarotene, trovano indicazione ed utilità sia nei pazienti in I stadio ricaduti/refrattari in associazione con PUVA che come terapia di mantenimento/consolidamento nei pazienti in stadio avanzato (stadi IIB e III) in risposta con radioterapia e/o terapia sistemica.

## IL LICHEN PLANOPILARIS "DIFFUSO"

B.M. Piraccini<sup>1</sup>, M. Starace<sup>1</sup>, G. Orlando<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine-Division of Dermatology, University of Bologna;*

<sup>2</sup>*Department of Medicine - DIMED, Unit of Dermatology, University of Padova*

Il lichen planopilare può presentarsi con distruzione dei follicoli piliferi e assenza dei capelli in aree specifiche, come nell'alopecia fibrosante frontale o con le tipiche chiazze alopeciche in forma di "orme sulla neve".

La diagnosi è suggerita dalla presenza di prurito persistente e/o tratti fibrotici e piccole aree cicatriziali alla tricoscopia.

La variante diffusa di lichen planopilare si presenta con piccole aree alopeciche diffuse in tutto il cuoio capelluto ed è da sospettare clinicamente in pazienti con diradamento diffuso dei capelli e una lunga storia di eritema del cuoio capelluto, prurito o disestesia. In questi casi è fortemente raccomandato eseguire una biopsia guidata da tricoscopia.

La diagnosi precoce e il trattamento sono decisivi per arrestare la progressione della malattia.

## DIAGNOSTICA INTEGRATA DEL MELANOMA NODULARE

M.A. Pizzichetta

*Clinica Dermatologica, Università di Trieste; Dermatologia Oncologica, Centro di Riferimento Oncologico, CRO, IRCCS Aviano (PN)*

Il melanoma nodulare rappresenta il 15-30% di tutti i melanomi ed è caratterizzato dall'assenza della componente intraepidermica adiacente a quella invasiva verticale. Questo tipo di melanoma insorge più frequentemente nella sede testa-collo di pazienti

di sesso maschile di età >50. Il melanoma nodulare può essere molto aggressivo con una crescita di 0.5 mm. di spessore per mese, costituendo circa il 50% dei melanomi di spessore >2 mm. Demoscopicamente può presentarsi con un pattern globale omogeneo disorganizzato, definito come una pigmentazione omogenea non uniforme nel colore asimmetricamente distribuita. I criteri correlati con la fase di crescita radiale quali rete atipica, pseudopodi e strie, si riscontrano meno frequentemente nel melanoma nodulare che invece presenta criteri associati ai melanomi spessi quali aree irregolari di pigmentazione blu prive di struttura, colore nero bluastrò e pattern vascolare polimorfo associato a globuli/aree rosso lattescente ed aree di colore rosso omogeneo. Il melanoma nodulare di spessore più sottile ( $\leq 2$  mm) sembra essere caratterizzato più frequentemente da punti/globuli irregolari marroni, aree blu irregolari prive di struttura, linee bianche brillanti e vasi puntiformi. Grazie a questi criteri la dermoscopia potrebbe essere utile nella diagnosi del melanoma nodulare in uno stadio più precoce.

### DERMATOLOGIA DI GENERE LGBT

P. Possanzini, M. Converti

*AUSL della Romagna; ASL Napoli 2 Nord*

In dermatologia l'attenzione al mondo LGBT è stata sempre diretta al rapporto tra MST e popolazione MSM. L'applicazione dell'anagrafica inclusiva, con formazione del personale e accoglienza affermativa dei pazienti, oggettivizza le diversità di Stili di Vita senza stigmatizzarle e modifica l'epidemiologia delle malattie.

### CORSO TEORICO-PRATICO: ARTRITE PSORIASICA, IL RUOLO DELL'IMAGING NELLA DIAGNOSI PRECOCE

N. Possemato, F. Crescentini, G. Citriniti

*UOC Reumatologia, ASMN-IRCCS Reggio Emilia*

Il corso si propone lo scopo di approfondire l'uso dell'imaging ed in particolare dell'ecografia articolare in artrite psoriasica con lo scopo di migliorare la diagnosi, ottimizzare il referral reumatologico e favorire la collaborazione interdisciplinare.

### LE ULTIME NOVITÀ DALLA LETTERATURA: IL CONTRIBUTO DEGLI STUDI ITALIANI

F. Prignano

*Department of Health Sciences, Section of Dermatology, University of Florence, Florence, Italy*

L'attività del dermatologo si esplica sia nell'ambito clinico, che in quello di ricerca e di formazione.

Oggi, il paziente affetto da psoriasi dovrebbe essere considerato nella sua interezza, con l'intero carico emotivo e di sofferenza che la patologia comporta. Molto spesso i trial clinici che portano all'approvazione di nuove molecole prendono in considerazione soltanto un selezionato numero di pazienti per un periodo di tempo limitato. Per tale motivo sono necessarie sempre più evidenze di "real life" nel trattamento dei pazienti affetti da psoriasi. L'accesso a terapie per un numero sempre maggiore di pazienti non deve comunque far venir meno l'interesse del clinico verso le popolazioni speciali (come i pazienti geriatrici, la popolazione pediatrica e le donne in gravidanza). Inoltre, l'evoluzione della ricerca medica, attraverso studi molecolari e studi traslazionali (from bench to bedside), ha condotto il dermatologo verso una medicina di precisione e personalizzata.

In tal senso il contributo degli studi italiani presentati, rappresenta un'eccellenza nel mondo scientifico e uno strumento essenziale per poter affrontare le sfide del domani impostando la cura giusta al paziente giusto.

### MELANINOCRAZIE. IL CONTRIBUTO DELL'ANTROPOLOGIA MEDICA

C. Pussetti, F. Manfredi

*Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*

La pelle è un dispositivo tanto organico quanto sociale, tramite cui l'essere umano si presenta e contraddistingue secondo modelli di eccellenza culturalmente (ri)prodotti ed interiorizzati. Il caso etnografico dello schiarimento cutaneo mostra il contributo dell'antropologia medica nella comprensione degli usi sociali della corporeità.

### FAKE NEWS IN DERMATOLOGIA

T. Rambelli

*AUSL Romagna*

Testo: Le fake news sono sempre esistite nella storia dell'umanità... Ma perché, nel 2022, continuiamo a credere alle "bufale"? Dopo la pandemia Covid-19 lo scienziato, il medico, che non era abituato a gestire l'attenzione mediati-

ca, si è trovato improvvisamente proiettato in un mondo che divora... Come deve comportarsi? Quali sono le fake news più comuni in dermatologia? Cosa sta facendo il mondo della comunicazione per combattere il fenomeno della falsa informazione che incide profondamente anche sul mondo della salute e sugli stili di vita?

## IL RUOLO DEL Q-SWITCH FRAZIONATO NELLE STRATEGIE ANTIAGING

F. Ricciuti

*ASP Potenza*

Le applicazioni del laser q-switch frazionato sono varie: rimozione di tatuaggi, cicatrici d'acne, skin rejuvenation, attenuazione delle rughe e della pigmentazione diffusa.

I manipoli frazionati permettono di non avere disagio, perché lasciano intatta la funzione barriera e lo strato corneo agendo a diverse profondità.

La mia esperienza.

## IL VAIOLO, IL RITORNO DAL PASSATO

G. Ronza

*Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta*

Il vaiolo è una malattia infettiva causata dal virus Variola appartenente alla famiglia Orthopoxviridae, ed ufficialmente debellata a livello mondiale nel 1979. È stata una delle malattie più devastanti nella storia dell'uomo, con una letalità di circa il 30% degli infettati, avendo ucciso, in circa 13 secoli, oltre un miliardo di persone lasciando cicatrici deturpanti nei pazienti che avevano superato la malattia.

I reperti più antichi dell'attività del vaiolo risalgono ad oltre 3000 anni. I primi Paesi interessati sono stati l'India, dove è rimasta endemica per oltre due secoli poi, nel secolo d. C., si diffuse, tramite esploratori e commercianti, in tutto l'oriente mentre nelle Americhe vi giunse tramite esploratori e colonizzatori. Una descrizione dettagliata della malattia si legge già nei documenti risalenti al 326 circa d.C.

In occidente, ad Alessandria, si ritrovano le prime documentazioni da parte di Ahrun nel 622 d.C. mentre Al Razi, nel VII sec, oltre a descrivere la malattia si occupò anche della profilassi. Gli studi per identificare l'agente eziologico del vaiolo umano e vaccino proseguirono nel XX secolo ad opera di Roux, Calmette e Guérin, Prowazek, Negri, Calkins. Il corso della storia fu cambiato dalla vaccinazione jenneriana fino a debellare completamente il virus ufficialmente decretato dall'OMS nel 1979.

## IL PROGETTO FORMATIVO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

A. Rossi

*Responsabile PDTA del paziente con ferite difficili*

Questo progetto nasce dall'esigenza di due aziende della Regione Emilia-Romagna di condividere con i professionisti che si occupano di trattamento delle lesioni cutanee, le informazioni riguardanti le medicazioni avanzate aggiudicate a maggio 2019 dalla gara regionale. Tale formazione, che coinvolgeva tutte le ditte aggiudicatarie e gli infermieri specialisti in wound care aziendali, era inizialmente prevista in presenza a maggio 2020. A causa della pandemia è nata la necessità di proporla attraverso la modalità a distanza.

Nel frattempo, la Commissione Dispositivi Medici Regionale (CRDM) ha ritenuto questo progetto formativo di interesse regionale facendosi carico di svilupparlo sulla piattaforma E-laber e coinvolgendo le 9 ditte aggiudicatarie e medici e infermieri specialisti della rete regionale di wound care, per un totale di 38 professionisti. Le medicazioni avanzate, oggetto di approfondimento, sono state 30 suddivise in 12 gruppi omogenei, per un totale di 25 video registrati dalle ditte e 12 dagli specialisti regionali. Inoltre, sono stati previsti anche 9 video sulle tematiche generali del wound care.

A partire dall'autunno 2020 è iniziata la fase preparatoria che ha previsto 12 incontri preliminari con le ditte e gli specialisti regionali via Teams (uno per ciascun gruppo di medicazioni) e la compilazione di un format con 9 domande a cui le ditte dovevano rispondere per ciascun prodotto aggiudicato. Contestualmente gli specialisti regionali dovevano compilare un format con domande che li guidavano nell'approfondimento della destinazione d'uso di ciascun gruppo di prodotti. Prima delle registrazioni, due rappresentanti della CRDM hanno supervisionato tutti i contenuti sia dei format che delle diapositive.

Nel 2021 si sono iscritti 1429 professionisti regionali del settore pubblico e privato di cui 930 hanno completato il corso, di cui vengono resi noti i dati di gradimento e di incremento delle conoscenze.

## APPROPRIATEZZA DELLE TERAPIE DELLA PSORIASI TRA INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ

L. Rossi, O. Ferraro, A. Raggini, B. Gavioli, F. Pieraccini

*Direzione Tecnica Assistenza Farmaceutica AUSL Romagna*

Il panorama terapeutico della psoriasi si è arricchito negli ultimi decenni di numerose opzioni, in grado di rallentare o modificare l'evoluzione della malattia e garantire una migliore qualità di vita. La disponibilità di nuovi farmaci, in

particolare biologici, ha reso necessaria l'introduzione di sistemi di *governance*, a livello nazionale, regionale e locale, per armonizzare gli obiettivi clinico-terapeutici con la sostenibilità economica, e garantire un accesso equo e uniforme alle nuove terapie.

Dal 2016, la prescrizione a carico del SSN dei farmaci biologici utilizzati nel trattamento della psoriasi a placche è limitata a pazienti che non abbiano risposto o siano risultati intolleranti ad un trattamento sistemico convenzionale, indipendentemente dalle indicazioni autorizzate.

Diverse Regioni hanno pubblicato documenti di indirizzo redatti da gruppi di lavoro multidisciplinari, che definiscono ruolo in terapia dei farmaci biologici, criteri di scelta tra le diverse opzioni terapeutiche disponibili e indicatori di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. A livello locale, sono state implementate attività di analisi delle prescrizioni, per misurare la variabilità della pratica clinica, monitorare il livello di adesione alle indicazioni nazionali e regionali e verificare l'aderenza terapeutica.

Sul fronte della sostenibilità, la progressiva disponibilità dei biosimilari ha rappresentato un'importante opportunità per allargare l'accesso ai farmaci biologici, ottimizzando nel contempo l'uso delle risorse. I farmaci biosimilari attualmente disponibili si sono dimostrati sovrapponibili in termini di efficacia e sicurezza rispetto all'originatore; è pertanto ragionevole, nell'uso prevalente e in assenza di specifiche motivazioni cliniche, privilegiare i farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità, condividendo la scelta con il paziente.

In un sistema sanitario con risorse limitate, solo l'uso appropriato dei farmaci biologici ed il ricorso alla prescrizione di farmaci biosimilari può garantire l'accesso a terapie innovative pur in un contesto di razionalizzazione della spesa pubblica.

## IL LASER NELLE CICATRICI

A. Russo

*U.O. Centro Grandi Ustionati Romagna/Dermatologia Cesena e Forlì*

Le cicatrici cutanee possono essere definite come un disturbo macroscopico della normale struttura e funzione dell'architettura cutanea che si manifestano come un'area elevata o depressa, con un'alterazione della consistenza della pelle, del colore, della vascolarizzazione, dell'apporto nervoso e delle proprietà biomeccaniche.

Caratterizzate dall'alterazione nell'espressione dei vari tipi di collagene e nell'arrangiamento delle loro fibre rispetto alla cute integra esse rappresentano il risultato di delicati equilibri tra l'attivazione dei segnali di guarigione e la loro down-regulation; un'alterazione di questo delicato bilanciamento porta ad un esito con caratteristiche cliniche che potremmo definire patologiche in senso atrofico o più spes-

so ipertrofico-cheloideo.

L'armamentario oggi a disposizione del dermatologo per il trattamento di tali situazioni cliniche si è ampliato in modo significativo.

Al tradizionale utilizzo di gel, lamine siliconiche e corticosteroidi si sta affiancando con sempre più forza l'utilizzo dei laser, capaci di rimuovere il tessuto cicatriziale e di modulare i processi di guarigione. Le evidenze supportano ad oggi l'utilizzo sorgenti quali Dye laser, laser frazionati ad anidride carbonica od ad erbio, Nd:YAG a pico o nano secondi o long pulsed.

## MICROONDE E STIMOLAZIONE MAGNETICA MUSCOLARE (FMS), CRIOLIPOLISI PER IL BODY-SHAPING

B. Salsi

*Centro Medico San Michele, Reggio Emilia*

Le microonde sono selettive sul tessuto adiposo. Agiscono su tre dei principali inestetismi del corpo cellulite, lassista cutanea e adiposità localizzate. Le microonde possono lavorare in perfetta sinergia con la stimolazione magnetica muscolare che agisce invece in maniera selettiva sul tessuto muscolare. A completamento dei sistemi per il bodysheping c'è la Criolipolisi che agisce sulle adiposità localizzate più severe. Tramite un processo di congelamento e vacuum è possibile scatenare una reazione mirata sulle cellule adipose, che si sono dimostrate più sensibili alla stimolazione del freddo, per portare ad un'apoptosi e un conseguente dimagrimento.

## QUALITÀ DELLA VITA NEI PAZIENTI CON NON-MELANOMA SKIN CANCER

F. Sampogna

*Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Istituto Dermatologico dell'Immacolata IDI-IRCCS, Roma*

I tumori non melanocitari (NMSC), come il carcinoma basocellulare (BCC) e quello squamocellulare (SCC), sono spesso considerati a basso impatto sulla qualità della vita del paziente. Al contrario, vari studi hanno dimostrato che l'impatto di tali tumori sulla vita del paziente non è trascurabile. Uno studio ha mostrato che il 31% di pazienti con NMSC riportavano un moderato o elevato impatto sulla qualità di vita relativamente a sintomi ed emozioni.

In uno studio italiano, è stato osservato che i maggiori determinanti della qualità della vita in pazienti con NMSC erano il fototipo 1 o 2, la presenza di un precedente NMSC e la gravità valutata dal paziente. La componente sintomatica della qualità della vita era legata alla gravità e all'estensione

della lesione. Nello stesso studio, confrontando la qualità della vita in pazienti con melanoma e NMSC si è osservato che i primi avevano un maggiore impatto dal punto di vista psicologico e i tumori non melanocitari un maggiore impatto dal punto di vista dei sintomi.

È possibile che spesso l'impatto dei NMSC sulla qualità della vita non sia messo in evidenza a causa dello strumento utilizzato. Infatti, gli strumenti utilizzati per misurare la qualità della vita nelle malattie dermatologiche non colgono aspetti specifici dei NMSC e possono sottovalutarne il peso. Una recente revisione degli strumenti di misura della qualità della vita nei tumori cutanei da parte della Quality of Life taskforce della European Academy of Dermatology and Venereology suggerisce l'uso ed eventualmente la creazione di strumenti specifici per la valutazione della qualità della vita nei tumori cutanei.

### EMOZIONI PROVATE NEL MOMENTO DELLA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA BOLLOSA

F. Sampogna<sup>1</sup>, S. Battisti<sup>2</sup>, C. Scarpulla<sup>2</sup>, V. Battisti<sup>2</sup>, F. Cosenza<sup>2</sup>, C. Pulvirenti<sup>2</sup>, G. Formato<sup>2</sup>, D. Abeni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Istituto Dermopatico dell'Immacolata IDI-IRCCS, Roma

<sup>2</sup>Associazione Nazionale Pemfigo Pemfigoide Italy (ANPPI), Roma

Le malattie bollose autoimmuni sono un gruppo di malattie rare che coinvolgono la pelle e/o le mucose. Hanno un forte impatto sullo stato fisico ed emotivo dei pazienti e la morbilità e la mortalità sono elevate. Il momento della diagnosi di una malattia che può mettere a rischio la vita è un momento fortemente emotivo per il paziente. Lo scopo del nostro studio era di indagare la prevalenza di varie emozioni alla diagnosi in pazienti con malattie bollose, in relazione al genere. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario online. Tra le numerose domande relative a problemi psicologici, è stato chiesto quali emozioni il paziente avesse provato al momento della diagnosi tra isolamento, rabbia, confusione, tristezza, disperazione, disprezzo, paura, evitamento o sfida. Inoltre, il paziente ha riferito con chi ha parlato non appena ha avuto la diagnosi.

La popolazione in studio era composta da 105 pazienti, di cui il 63,8% di donne. L'emozione più frequentemente vissuta alla diagnosi è stata la confusione (47,6% dei pazienti). Più del 30% dei pazienti ha riferito di aver provato tristezza e paura, il 12,5% rabbia e il 10,5% disperazione. È stata osservata una prevalenza inferiore per isolamento, disprezzo, evitamento e sfida. Una percentuale significativamente più alta di donne rispetto agli uomini ha sperimentato isolamento (10,4% vs 0,0% p=0,038) e disperazione (14,9% vs 2,6%, p=0,043). La differenza per la tristezza era al limite della significatività (37,3% delle donne contro 21,1% degli uomini, p=0,064).

Al momento della diagnosi i pazienti parlavano spesso con

il partner (57,1%) o con il medico (39,0%) e meno frequentemente con un parente o un amico. Gli uomini parlavano della diagnosi con il proprio partner più spesso (76,3%) rispetto alle donne (46,3%), mentre le donne tendevano a parlare di più con un parente o con il medico.

Le differenze osservate possono essere dovute a diversi fattori. Ad esempio, l'isolamento può essere associato allo stigma e in generale le donne sperimentano un livello di stigma interiorizzato significativamente maggiore rispetto agli uomini. È possibile, inoltre, che ci siano differenze tra uomini e donne nella regolazione delle emozioni. Molto probabilmente, le risposte emotive sono una funzione congiunta della reattività emotiva iniziale e della regolazione emotiva in corso. A nostra conoscenza, questo è il primo studio che indaga le differenze di genere nelle emozioni alla diagnosi in pazienti con malattie bollose.

### CHERATOSI ATTINICA: PDT UPGRADING

M. Sannino

Università di Roma Tor Vergata - Clinica Dermatologica

Efficacia, risultati estetici e avversi della terapia fotodinamica (LED Blu 417 nm e Led Rosso 630 nm) con acido 5-aminolevulinico (ALA-PDT) assistita dal laser CO<sub>2</sub> ablativo e frazione nella cheratosi attinica (AK).

### TUMORI CUTANEI RARI NON MELANOMA: GESTIONE DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA MULTIDISCIPLINARE

F. Savoia

UOC Dermatologia Cesena, AUSL della Romagna; Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori", IRCCS

I tumori cutanei rari non-melanoma rappresentano un gruppo eterogeneo di neoplasie, tra cui le principali sono il carcinoma a cellule di Merkel, il dermatofibrosarcoma protuberans, l'angiosarcoma cutaneo, il fibroxantoma atipico, il sarcoma dermico pleomorfo, il leiomiomasarcoma, i tumori annessioni maligni.

Di fronte a tali neoplasie, che per la loro stessa natura sono spesso di difficile gestione, l'approccio multidisciplinare ed interdisciplinare è fondamentale, al fine di garantire una stadiazione più rapida e accurata, un accesso più tempestivo e appropriato ai trattamenti, una presa in carico delle varie problematiche specifiche di ogni singolo paziente.

La presentazione di casi clinici gestiti in maniera multidisciplinare presso l'Ospedale di Cesena e L'IRST di Meldola fornirà lo spunto per una riflessione sull'approccio multidisciplinare ai tumori cutanei rari non-melanoma.

## RUOLO DELLA RADIOTERAPIA

C. Schiavone

*S.C. Radioterapia - E.O. Ospedali Galliera, Genova*

Personalizzazione e cura, la radioterapia nel tempo non ha perso il suo ruolo e rimane tra i trattamenti efficaci nel trattamento delle lesioni da micosi fungoide. Il trattamento con radioterapia, eseguito a dosi limitate per la spiccata radiosensibilità, permette di effettuare e anche ripetere un trattamento radioterapico nella stessa sede con il rispetto della tolleranza dei tessuti sani. Partendo dall'esperienza trentennale della S.C. Radioterapia degli E.O. Ospedali Galliera di Genova, la relazione illustrerà l'approccio al paziente, le tecniche di trattamento radioterapico e l'integrazione con altre modalità di terapia, un utilizzo consapevole e rispettoso dell'attesa di vita dell'ammalato e dei suoi bisogni.

## APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE, NELLE ULCERE DIABETICHE E NELLE FERITE TRAUMATICHE

R. Sgarzani<sup>1</sup>, A. Morellini<sup>2</sup>, S. Palo<sup>2</sup>, B. Tavaniello<sup>2</sup>, D. Melandri<sup>1,2</sup>

*<sup>1</sup>Dipartimento DIMES, Università di Bologna; <sup>2</sup>Centro Grandi Ustionati, Ospedale di Cesena*

L'integrazione di specialisti in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed estetica nell'equipe del Centro Grandi Ustionati dell'Ospedale Bufalini di Cesena ha apportato nel tempo numerosi vantaggi: una ottimizzazione della gestione delle ustioni di zone specifiche quali volto e mani, la collaborazione con i dermatologi per la cura di tumori cutanei estesi con necessità ricostruttive, lo sviluppo di percorsi multidisciplinari per la gestione di traumi ortopedici con fratture esposte, per il trattamento chirurgico di lesioni da pressione in pazienti mielolesi, per la cura delle lesioni del piede diabetico, oltre che la collaborazione con altri reparti per la gestione dei tumori testa-collo, i tumori ortopedici, i tumori toracici. Riportiamo la nostra esperienza sui percorsi multidisciplinari.

## LA GESTIONE TERAPEUTICA ALLA LUCE DELLE NUOVE LINEE GUIDA

M. Tabanelli

*UOC di Dermatologia, Ravenna, AUSL della Romagna*

Le principali associazioni internazionali che si occupano di orticaria a livello allergologico e dermatologico hanno pubblicato nel corso di questo 2022 le linee guida aggiornate relative alla definizione, classificazione, diagnosi e terapia dell'orticaria. Da un punto di vista metodologico, per la stesura delle raccomandazioni è stato utilizzato il metodo suggerito dal gruppo di lavoro GRADE mentre per la revisione della letteratura sono stati considerati il metodo suggerito dal gruppo Cochrane. Le nuove linee guida non si discostano molto rispetto alle precedenti pubblicate nel 2018 e la flow chart terapeutica evidenzia un ruolo chiave degli antistaminici e di omalizumab ed ruolo più secondario della ciclosporina. Molta attenzione è stata inoltre posta ai possibili fattori causali o scatenanti l'orticaria. La relazione prenderà in considerazione l'approccio terapeutico migliore nelle principali forme di orticaria sulla base delle evidenze contenute in queste ultime linee guida.

## LA CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLE PALPEBRE

B. Tavaniello, R. Acciarri, M. Ziosi, D. Melandri

*Oculistica Bufalini, Cesena*

Le palpebre sono composte da quattro strati: cute-sottocute ed annessi, muscolo striato, tarso (con le ghiandole di Meibomio) e congiuntiva palpebrale. I tumori palpebrali benigni o maligni possono trarre origine da ciascuno strato. La maggior parte dei tumori palpebrali sono di origine cutanea e vengono distinti in tumori epiteliali e melanocitari. Le forme benigne più comuni sono le lesioni cistiche. La ricostruzione palpebrale dopo exeresi oncologica può essere complessa e deve essere attentamente pianificata, data l'importanza che la palpebra ha sia funzionalmente che esteticamente. Il riparo dei difetti post exeresi può avvenire mediante sutura diretta per difetti inferiori al 25%. I difetti superiori al 25% (con eventuale cantolisi) richiedono un approccio ricostruttivo più complesso. L'eccessiva tensione in tale distretto anatomico va sempre evitata perché può causare ptosi postoperatoria, specialmente nei pazienti anziani.

## L'ALOPECIA AREATA E IL TELOGEN EFFLUVIUM AI TEMPI DEL COVID

B. Tonin, M. Donini

*AULSS3 Serenissima, Ospedale dell'Angelo di Mestre e Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo di Venezia*

È stata recentemente documentata l'associazione tra Covid-19 e vari tipi di alopecia, tra cui l'alopecia areata e il telogen effluvium. L'alopecia areata si verifica nella maggior parte dei casi come una recidiva in pazienti con una diagnosi preesistente di alopecia areata; raramente, il COVID-19 può innescare un'alopecia areata di nuova insorgenza. Per quanto riguarda il meccanismo patogenetico, il COVID-19 potrebbe rompere il privilegio immunitario del follicolo pilifero in fase anagen, attivare le cellule citotossiche CD8+ e aumentare la secrezione di interferone gamma e di fattore di necrosi tumorale- $\alpha$  intorno ai follicoli piliferi, causando la perdita dei capelli.

Il telogen effluvium, invece, è stato osservato in quasi il 30% dei pazienti che hanno avuto l'infezione da SARS-COV-2. La caduta dei capelli inizia approssimativamente 2 mesi dopo l'inizio dei sintomi da Covid-19 e può essere molto copiosa, con perdite fino a 100-200 capelli al giorno. Nella maggior parte dei casi dura circa 2 mesi (da 0.5 a 6 mesi) e, dopo questo periodo di tempo, c'è generalmente una ricrescita spontanea. Il meccanismo dell'associazione tra COVID-19 e telogen effluvium non è del tutto chiaro: si ritiene vi sia una sovraregolazione di citochine proinfiammatorie, tra cui l'interleuchina 6, l'interleuchina 1b, il fattore di necrosi tumorale- $\alpha$  e l'interferone gamma, che possono indurre lo sviluppo del catagen e il successivo telogen effluvium.

## GESTIONE DEI CANI MORSICATORI E DELLE LESIONI CUTANEE CORRELATE: APPROCCIO VETERINARIO E DERMATOLOGICO

S. Trincone<sup>1</sup>, D. Fabbri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*U.O. Centro Grandi Ustioni/Dermatologia Cesena (Forlì), Ospedale M. Bufalini, AUSL Romagna;* <sup>2</sup>*U.O. Sanità Animale e Igiene Produzioni Zootecniche Rimini, AUSL Romagna*

La morsicatura rappresenta un punto nodale dell'attività di osservazione sanitaria e valutazione dell'aggressività non controllata degli animali da parte dei Servizi Veterinari. I Dermatologi sono coinvolti nella gestione clinica delle lesioni cutanee da morsicatura. Vengono descritti alcuni casi sia dal punto di vista veterinario che dermatologico

## RUOLO FOTOTERAPIA UVB-NB E UVA1 IN EPOCA BIOLOGICA

E. Trovato

*UOC Dermatologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese*

Per molti anni la gestione della dermatite atopica moderata/severa è stata complessa per i dermatologi che hanno avuto accesso a poche terapie sistemiche. Nuove promettenti terapie stanno rivoluzionando tale approccio, sebbene la fototerapia continui ad avere profili di sicurezza più noti, costi inferiori e maggiore disponibilità.

## LA MALATTIA DA USTIONE. UNA PATOLOGIA RARA E CRONICA NON RICONOSCIUTA NEI LEA

I. Vacca

*Caporedattrice Osservatorio Malattie Rare*

L'intervento è dedicato alla presentazione della pubblicazione "La malattia da ustione, una patologia rara e cronica non riconosciuta nei LEA", un progetto editoriale di Osservatorio Malattie Rare, realizzato in collaborazione con la SIUST (Società Italiana Ustioni), e con le associazioni di pazienti ASSOBUS Onlus e

A.T.C.R.U.P. OdV. La pubblicazione ha ottenuto il patrocinio di ADOI-Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica, Alleanza Malattie Rare, SIDCO-Società Italiana di Dermatologia chirurgica, oncologica, correttiva ed estetica, SIMEN-Società Italiana di Medicina Narrativa e SIP-Società Italiana di Pediatria. Con il riconoscimento di SIAARTI-Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

Obiettivi principali della pubblicazione sono portare a conoscenza del grande pubblico la gravità e la complessità della malattia da ustione, i bisogni insoddisfatti dei pazienti ustionati, l'attuale situazione dei Centri ustioni italiani e l'urgenza dell'elaborazione di piani nazionali per le maxi-emergenze con alto afflusso di pazienti ustionati.

## IL RUOLO DELL'OSPEDALONE NELLA STORIA DELLA DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

L. Valenzano

*IRCCS San Gallicano-IFO, Roma*

Per poter meglio comprendere il ruolo dell'Ospedale, ovvero dell'Istituto Dermopatico di Santa Maria e San Gallicano di Roma, è indispensabile partire anzitutto dalla conoscenza del

contesto in cui è avvenuta la sua realizzazione.

Verranno quindi illustrate, seppur per sommi capi, le principali tappe della sua evoluzione al fine di dimostrarne l'importante contributo nella storia della Dermatologia e Venereologia. Tenendo presente che la fondazione e il percorso di questo di questo importante nosocomio, primo Ospedale Dermatologico al mondo, investe problematiche socioeconomiche, politiche, artistiche, sanitarie, scientifiche e culturali, che saranno oggetto di questa esposizione.

Un passo fondamentale di quella forma evolutiva di assistenza sanitaria che sarà poi l'attuale Dermatologia Ospedaliera

## MECCANOLOGIA

C. Ventura

*Istituto Nazionale di Biostrutture e Biosistemi (INBB), Bologna*

Evidenze crescenti mostrano che le forze meccaniche svolgono un ruolo fondamentale nella regolazione delle dinamiche cellulari, dai domini subcellulari fino alla generazione di forme e funzioni complesse a livello macroscopico. La meccanobiologia apre così nuovi orizzonti di cura e di medicina rigenerativa.

## IL DERMATOLOGO E LA SKIN FAILURE

M. Venturi

*UOC Centro Grandi Ustionati/Dermatologia Cesena (Forlì), AUSL Romagna*

Anche la cute, così come fegato, rene, cuore, può andare incontro ad uno stato di insufficienza d'organo. L'insufficienza cutanea (skin failure) rappresenta uno stato di disfunzione dell'apparato tegumentoso che può essere causato da varie condizioni cliniche non esclusivamente dermatologiche. La skin failure può insorgere acutamente, oppure può essere specchio di una condizione cronica o "terminale" (end-stage ulcer). Una "Acute Skin Failure" (ASF) nella letteratura dermatologica viene descritta come un'insufficienza primitivamente cutanea, coinvolgente una porzione estesa della superficie corporea, come in ustioni maggiori o necrolisi epidermica tossica. L'ASF si caratterizza per il fallimento della funzione di barriera meccanica della cute, la perdita delle funzioni termoregolarie, l'incapacità ad evitare la perdita transcutanea di fluidi, elettroliti e proteine con conseguente squilibri idroelettrolitici. Pertanto, può rappresentare un'emergenza e richiedere un approccio multidisciplinare e intensivo. Nella letteratura più orientata al "wound care" invece il termine "skin failure" viene associato ad aspetti di cronicità, anche per perdite di sostanza

regionali o localizzate come le ulcere da pressione sia nel paziente critico che nel fine vita. Il concetto di insufficienza cutanea è stato ridefinito nella letteratura sulle ulcere da pressione come "un evento in cui la cute e il tessuto sottostante muoiono a causa dell'ipoperfusione che si verifica in concomitanza con una grave disfunzione o fallimento di altri organi". Alcuni autori sostengono che le lesioni da pressione siano una forma di insufficienza cutanea, altri ritengono che le lesioni da pressione e l'insufficienza cutanea siano entità separate dal momento che ascrivono la skin failure a carico dell'intero organo cute; inoltre c'è chi propone che il cedimento cutaneo, inteso come ridotta resistenza dei tessuti, rappresenti il denominatore comune tra le lesioni che si verificano in prossimità della morte, le lesioni da pressione inevitabili e il deterioramento della cute legato all'ischemia dei tessuti.

## LE LESIONI SPITZOIDI IN ETÀ PEDIATRICA: DAI QUADRI STEREOTIPALI ALLE FORME COMPLESSE

G. Viglizzo

*UOC Dermatologia e Centro Angiomi, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova*

Le Lesioni Spitzoidi sono un gruppo di neoformazioni melanocitarie eterogenee che comprende il Nevo di Spitz, il Melanoma Spitzoide e proliferazioni melanocitarie con caratteristiche intermedie tra melanoma e nevo, i cosiddetti Tumori atipici di Spitz (AST). Le Lesioni Spitzoidi sono clinicamente polimorfe e la diagnosi istologica è complessa, rendendo talvolta difficile definirne il rischio biologico e di conseguenza la gestione clinica. Benché le Lesioni Spitzoidi del bambino siano per la maggior parte benigne, definirne i criteri diagnostici è importante in considerazione della maggiore prevalenza in età pediatrica. Presentiamo una serie di 254 neoformazioni spitzoidi (211 nevi, 41 AST e 2 melanomi) escisse consecutivamente dal 2013 a maggio 2022, presso la UOC di Dermatologia dell'IRCCS G. Gaslini. Verranno discussi l'iter diagnostico, la gestione clinica e terapeutica e il programma di follow up delle lesioni escisse.

## IL RUOLO DEL DERMOCOSMETICO NELLE STRATEGIE ANTIAGING

L. Vollono, C. Tartaglia

*Libera professione, Dermatologia e Venereologia, Roma*

L'invecchiamento cutaneo è un processo di degenerazione cellulare (senescenza) conseguente a stimoli di natura intrinseca (cronoaging) o estrinseca (fotoaging, esposizione ad inquinanti). Ruolo chiave in questo processo è svolto da un processo infiammatorio cronico di basso grado, che si



autosostiene in un circolo vizioso definito inflammaging. Le strategie terapeutiche nel trattamento dell'invecchiamento devono necessariamente tener conto di tali processi, richiedendo un approccio combinato su diversi fronti. La cosmetica ha visto negli ultimi anni un'importante spinta nella ricerca di agenti che possano rallentare o revertire le alterazioni cutanee conseguenti all'invecchiamento. Cosmetici correttamente somministrati possono essere utili, inoltre, come preparatori o potenziatori di altri trattamenti, come la laserterapia.

## SCREENING UNIVERSALE E MIRATO IN PAZIENTI AFFERENTI ALLE STRUTTURE SANITARIE

M. Zaccarelli

*HIV/Infectious Diseases Unit, "Villa Maraini" Foundation, Roma*

La rapida identificazione dei pazienti con infezione da HIV e inserimento nella terapia antiretrovirale si è dimostrata efficace sia per migliorare la gestione clinica e la sopravvivenza del paziente per ridurre la trasmissione complessiva del virus nelle strategie sia di test-and-treat sia di trattamento come prevenzione (TasP).

Nei reparti ospedalieri in cui i pazienti con patologie simili per fattore di rischio e/o manifestazioni cliniche all'infezione da HIV (es. malattie infettive, malattie sessualmente trasmissibili, epatite virale), lo screening sistematico per HIV viene attualmente eseguito in tutti i pazienti ospedalizzati. Al contrario, in altri reparti ospedalieri dove i pazienti che fluiscono sono eterogenei e la gestione deve essere rapida (es. unità di pronto soccorso, reparti chirurgici, strutture ambulatoriali), è possibile ricorrere alla creazione di supporto elettronico sotto forma di alert in grado di suggerire l'esecuzione del test HIV agli operatori sanitari.

Il vantaggio, oltre al beneficio clinico sul paziente affetto, è quello di mantenere l'attenzione sull'infezione da HIV, soprattutto in momenti, come quello attuale, in cui l'epidemia sembra essere clinicamente stabilizzata dalla terapia antiretrovirale e gli operatori sanitari possono avere l'impressione fuorviante che la sua diffusione stia diminuendo, anche perché altre emergenze infettive hanno avuto recentemente la priorità sull'infezione da HIV.

Pertanto, sarà importante valutare se l'aumento dei costi relativi all'implementazione di alert nella pratica clinica e l'aumento dei test HIV eseguiti sarebbero correlati a un effettivo aumento del numero di pazienti HIV identificati, pertanto con vantaggi costo/beneficio evidente.

Al contrario, indipendentemente dal possibile vantaggio costi/benefici, mantenere un basso cut-off sia per l'esecu-

zione di test HIV o implementare lo screening universale dei pazienti osservati nelle strutture sanitarie sia in ambito ospedaliero che extra ospedaliero, può consentire di identificare un numero significativo di pazienti non-diagnosticati, che, in ottica TasP, è l'obiettivo più importante da raggiungere.

## LA MISURAZIONE DEGLI ESITI: L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO VULNOLOGICO A GESTIONE INFERMIERISTICA DI CESENA

C. Zoffoli

*AUSL Romagna - Ambito Cesena*

Nella presentazione parlerò dell'ambulatorio Vulnologico a gestione infermieristica c/ U.O. Centro grandi ustionati, di Ausl Romagna ambito di Cesena che rappresenta un ambulatorio di 2° livello facente parte di un sistema a Rete all'interno del quale si trattano lesioni acute e croniche complesse in fase di stabilizzazione a diversa eziologia (lesioni da pressione, vascolari, ferite chirurgiche complesse, neoplastiche, gestione di terapia a pressione negativa e lesioni pediatriche ecc). Presenterò gli esiti misurati all'interno dell'ambulatorio.

## I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA LESIONI CUTANEE IN AUSL ROMAGNA

C. Zoffoli

*AUSL Romagna*

Il Percorso diagnostico terapeutico di cui parlerò nella presentazione ha lo scopo di rendere omogenea ed appropriata la gestione dei pazienti affetti da lesioni cutanee a diversa eziologia in Ausl della Romagna, garantendo la continuità assistenziale attraverso un approccio integrato ospedale e territorio, all'interno di un sistema a Rete. L'integrazione fra i diversi professionisti all'interno dei diversi NODI garantisce un approccio multidisciplinare e sistemico (prevenzione, gestione sorveglianza e controllo del fenomeno) in grado di toccare tutti i punti di snodo aziendali fino alle periferie più estreme, garantendo così interventi efficaci e tempestivi in prossimità della persona assistita, riducendo i ricoveri o gli spostamenti inutili e dispendiosi dei pazienti.

In questo modo si struttura un percorso che favorisce un trattamento appropriato e tempestivo in prossimità del paziente, riducendo la frammentazione degli interventi e gli accessi evitabili in Ospedale.

**REDAZIONE**

Emanuela Fusinato, Journal Manager  
emanuela.fusinato@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor  
Cristiana Poggi, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

**PUBBLICATO DA**

PAGEPress Publications  
via A. Cavagna Sangiuliani, 5  
27100 Pavia, Italy  
Tel: +39.0382.1549020 – Fax: +39.0382.1727454  
info@pagepress.org – www.pagepress.org

Direttore responsabile: dr. Camillo Porta.

Online licensee 2022 ©PAGEPress Srl, Pavia.

Stampato: Ottobre 2022  
presso Grafiche Iuorio S.N.C.,  
Via Gaetano Rummo 37, 82100 Benevento





ASSOCIAZIONE DERMATOLOGI-VENEREOLOGI  
OSPEDALIERI ITALIANI e della SANITÀ PUBBLICA

**40°**  
CONGRESSO NAZIONALE

save  
the date

CONGRESSO  
NAZIONALE  
**ADOI2023**

**Vicenza**, 27-30 settembre 2023

Presidente  
Luigi Naldi



