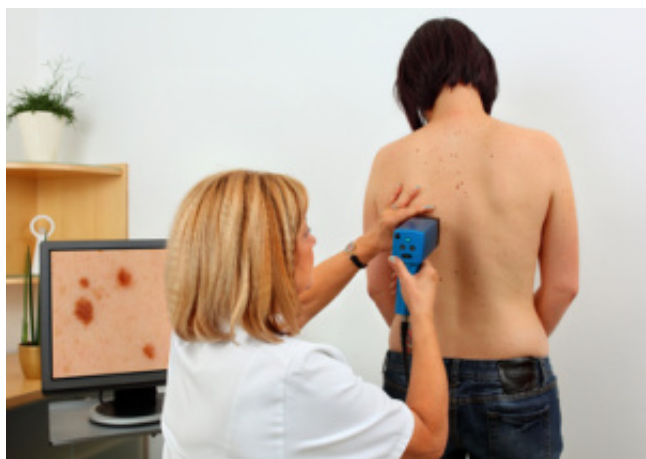


*È la neoplasia che ha fatto registrare il maggior incremento in un anno. La prima visita dermatologica va eseguita entro 30 giorni dal sospetto della lesione tumorale, a cui deve seguire l'intervento chirurgico in un mese. Il medico comunichi personalmente il risultato al paziente. Servono campagne di prevenzione*



Roma, 27 maggio 2021 - Non devono trascorrere più di 30 giorni fra il sospetto di melanoma e la prima visita specialistica dermatologica. Per il controllo dei nei va esaminata ogni parte del corpo, utilizzando sempre il dermatoscopio, strumento ottico che permette di individuare lesioni non visibili a occhio nudo.

È importante che il tempo tra la prima visita dermatologica e l'intervento chirurgico per rimuovere la lesione sospetta non sia superiore a un mese. Dopo l'asportazione, la refertazione istologica deve avvenire entro 2 settimane dall'accettazione del campione. Ed è necessario che il medico comunichi personalmente la diagnosi al paziente.

Sono alcune delle 10 raccomandazioni accompagnate da dieci azioni concrete per abbreviare i tempi della diagnosi di melanoma e salvare più vite, presentate oggi in una conferenza stampa virtuale. Il decalogo è stato stilato dalle associazioni di pazienti e dalle società scientifiche coinvolte nel progetto "Bersaglio Melanoma", promosso da AIMAME (Associazione Italiana Malati di Melanoma e tumori della pelle), APaIM (Associazione Pazienti Italia Melanoma), Emme Rouge e Melanoma Italia Onlus (MIO), con il patrocinio di ADOI (Associazione Dermatologi-Venereologi Ospedalieri Italiani), AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), IMI (Intergruppo Melanoma Italiano) e SIDeMaST (Società Italiana di Dermatologia Medica, Chirurgica, Estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse). Le 10 raccomandazioni sono state inviate al Ministro della Salute, Roberto Speranza, e al Sottosegretario alla

Salute, Pierpaolo Sileri.

“Bersaglio Melanoma” ha l’obiettivo di comprendere le motivazioni che possono causare diagnosi tardive ed evidenziare così i punti di forza e debolezza del percorso diagnostico italiano, per ridurre i casi di melanoma individuati in fase avanzata.

“In un anno le nuove diagnosi di melanoma, in Italia, sono aumentate del 20%, da 12.300 nel 2019 a quasi 14.900 nel 2020. Nessun’altra neoplasia ha fatto registrare un incremento così elevato - afferma Giovanni Pellacani, Direttore Unità Operativa Complessa di Dermatologia Policlinico Umberto I, Università La Sapienza di Roma - Prevenzione e diagnosi precoce sono le armi più importanti per sconfiggere questo tumore della pelle. Se scoperto in fase iniziale ed eliminato con una corretta asportazione chirurgica, il melanoma è del tutto guaribile. L’arrivo dell’estate rappresenta l’occasione per trascorrere più tempo all’aria aperta. Basta seguire alcune semplici regole di prevenzione, in particolare evitare l’esposizione ai raggi solari fra le 12 e le 16, in ogni caso proteggendosi sempre con un’appropriata protezione solare, cappello e occhiali da sole. È importante controllare con regolarità la propria pelle e, nel caso si noti la comparsa di una lesione sospetta, va prenotata subito una visita dermatologica. La regola dell’ABCDE è il primo passo verso la prevenzione, perché aiuta a distinguere un neo da un melanoma: Asimmetria, Bordi irregolari, Colore disomogeneo, Diametro superiore a 6 mm ed Evoluzione. Circa il 70% dei casi è individuato in fase iniziale. Con la realizzazione delle 10 raccomandazioni vogliamo aumentare questa percentuale”.

“Proponiamo anche azioni concrete per mettere in pratica ogni raccomandazione - spiega Ketty Peris, Presidente SIDeMaST - Per rispettare il termine di 30 giorni fra il sospetto di melanoma e la prima visita specialistica dermatologica, serve un percorso di prenotazione istituzionale dedicato a lesioni tumorali sospette, con l’identificazione delle classi di priorità (U: urgente, prestazione da eseguire entro 72 ore; B: breve, da eseguire entro 10 giorni). Ai dermatologi coinvolti nel percorso ‘melanoma’ vanno garantiti il dermatoscopio e la strumentazione per documentare la lesione inviata in asportazione. Devono essere identificati ed equipaggiati i centri di riferimento provinciali con dermatoscopia digitale e microscopia confocale. Inoltre, negli ambulatori dermato-oncologici il tempo della visita non deve essere inferiore a 20 minuti per paziente. Per rispettare le tempistiche raccomandate per l’asportazione del neo, cioè non più di un mese dalla prima visita dermatologica, chiediamo un’adeguata disponibilità di ambulatori chirurgici. E perché il referto istologico sia comunicato entro 2 settimane dall’accettazione del campione, i laboratori devono essere forniti di strumentazioni e risorse, favorendo anche il riconoscimento di centri di riferimento per eventuali ‘secondo opinioni’”.

“La chirurgia è il trattamento di elezione per il melanoma negli stadi iniziali - sottolinea Paola Queirolo, Direttore Divisione Melanoma, Sarcoma e Tumori rari all’Istituto Europeo di Oncologia di Milano - Con l’arrivo dell’immuno-oncologia e delle terapie a bersaglio molecolare l’approccio alla malattia avanzata

è cambiato radicalmente. Queste armi hanno aperto un 'mondo' nuovo. Il primo step nel trattamento del paziente con melanoma avanzato è la valutazione dello status mutazionale. Nel 40-50% dei casi infatti è presente un'alterazione del gene BRAF, che identifica i pazienti che possono beneficiare della combinazione di terapie mirate, con un significativo miglioramento della sopravvivenza. Come indicato nel decalogo, il test molecolare per BRAF è raccomandato nel caso di melanoma in stadio avanzato o in stadio III radicalmente operato, sull'ultima lesione metastatica se disponibile, altrimenti può essere eseguito sulla lesione primitiva. Nel referto mutazionale di BRAF deve inoltre essere indicata la metodica utilizzata. In questo senso è importante intensificare e rendere costanti e continui i controlli di qualità dei laboratori che eseguono i test molecolari e favorire l'implementazione delle reti di laboratorio per la 'Next Generation Sequencing', tecnica di sequenziamento genico di nuova generazione".

“In Italia, il melanoma è il secondo tumore più frequente negli uomini under 50 e il terzo nelle donne in questa fascia d'età - afferma Ignazio Stanganelli, Presidente IMI, Professore Associato Clinica Dermatologica dell'Università degli Studi Parma e Direttore del Centro di Dermatologia Oncologica - Skin Cancer Unit dell'Istituto Tumori della Romagna IRST IRCCS - Il rischio di insorgenza è legato a fattori genetici, fenotipici e ambientali. Il più importante è identificato nell'esposizione ai raggi UV, in rapporto alle dosi assorbite, al tipo di esposizione (intermittente più che cronica) e all'età (a maggior rischio le ustioni solari in bambini e adolescenti). Il dermatologo si occupa di tutti gli aspetti del percorso diagnostico-terapeutico. Data la complessità delle scelte terapeutiche e la disponibilità di nuovi trattamenti, è raccomandato un approccio multidisciplinare. I casi devono essere discussi nell'ambito di gruppi dedicati alla patologia. La stretta collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte (dermatologi, patologi, oncologi, chirurghi plastici, radioterapisti e genetisti, biologi molecolari) è fondamentale per garantire il miglior percorso di cura”.

In Italia vivono quasi 170mila persone dopo la scoperta della malattia. “Per diminuire le nuove diagnosi - conclude il prof. Pellacani - servono più campagne di prevenzione primaria e secondaria per informare i cittadini sulle regole della corretta esposizione al sole, sui rischi legati all'uso delle lampade solari e sull'importanza del controllo regolare dei nei da parte del dermatologo. Ed è necessario inserire il melanoma nei tumori su cui investire in prevenzione, seguendo l'esempio del carcinoma della mammella, del colon-retto e della cervice uterina”.