



## COMUNICATO STAMPA

**Il decalogo stilato da associazioni dei pazienti e società scientifiche coinvolte nel progetto “Bersaglio Melanoma”  
MELANOMA: DAL DERMATOSCOPIO IN OGNI CENTRO AL REFERTO ENTRO 2 SETTIMANE  
10 RACCOMANDAZIONI PER LA DIAGNOSI PRECOCE, COSÌ POSSIAMO SALVARE PIÙ VITE**  
*Nel 2020 in Italia 14.900 nuovi casi, 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”, realizzato grazie al contributo non condizionato di Pierre Fabre e Eau Thermale Avène, 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 'seconde 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".

Al 17° Congresso dell'Associazione Europea di Dermatologia Oncologica (EADO), che si è svolto lo scorso aprile, sono stati presentati due sondaggi, parte del progetto "Bersaglio Melanoma", rivolti a pazienti e dermatologi. I risultati mostrano, nel nostro Paese, una buona organizzazione del percorso di cura una volta avviato, ma il 47% dei pazienti afferma di ritirare personalmente l'esito dell'esame istologico allo sportello referti. "Uno dei punti critici riguarda proprio la comunicazione medico-paziente – spiega **Chiara Puri Purini**, a nome delle quattro associazioni di pazienti che hanno promosso il progetto -. Le raccomandazioni prevedono che la diagnosi di melanoma sia comunicata personalmente al paziente dal dermatologo o dal medico che ha in carico la sua gestione, che deve avere il tempo necessario per la spiegazione del referto istologico e delle fasi successive del percorso di cura e di follow up, lasciando spazio a tutte le domande e dubbi della persona che, in quel momento, scopre di essere colpita da melanoma. E, dopo il decimo anno dalla diagnosi, è indicata almeno una visita specialistica della cute annuale per il resto della vita, coinvolgendo il medico di famiglia, che potrà seguire il paziente insieme allo specialista di riferimento. Per questo è importante facilitare, attraverso sistemi di condivisione digitale, la comunicazione fra il medico di medicina generale e l'ospedale".

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".

Ufficio stampa

Intermedia

3351892975 – 335265394

[intermedia@intermedianews.it](mailto:intermedia@intermedianews.it)