

L'INTERVISTA

Parla Prof.ssa Elena Campione, dermatologa presso la UOSD Dermatologia del Policlinico Tor Vergata

# Così gestiamo il melanoma cutaneo

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) nasce con l'obiettivo di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, il trattamento e l'assistenza dei pazienti rappresenta uno strumento di clinical governance, che attraverso un approccio per processi definisce gli obiettivi, i ruoli, i percorsi e gli ambiti di intervento. Approccio multidisciplinare e condiviso. In Italia è il terzo tumore più frequente al di sotto dei 50 anni in entrambi i sessi e nel 2023 sono state stimate circa 12.700 nuove diagnosi**

Di Giovanni Tagliapietra

**L**il melanoma cutaneo è un tumore che deriva dalla trasformazione tumorale di alcune delle cellule che formano la pelle. Insorge soprattutto in età avanzata, ma è uno dei tumori più comuni tra i giovani adulti. In Italia è il terzo tumore più frequente al di sotto dei 50 anni in entrambi i sessi e nel 2023 sono state stimate circa 12.700 nuove diagnosi, di cui 7.000 tra gli uomini e 5.700 tra le donne. Al Policlinico Tor Vergata la patologia è affrontata, gestita e curata in modo organico. Ne parliamo con la prof. Elena Campione, dermatologa presso la UOSD Dermatologia del Policlinico Tor Vergata

**L'approccio alle patologie più rilevanti, al Policlinico Tor Vergata, è complesso e articolato, si sviluppa attraverso uno strumento di "governo clinico", il PDTA, che sta per "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale". Ce ne parli e lo adatti alla malattia di cui si occupa, il melanoma cutaneo.**

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il melanoma nasce con l'obiettivo di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, il trattamento e l'assistenza dei pazienti affetti da tale neoplasia e rappresenta uno strumento di clinical governance, che attraverso un approccio per processi definisce gli obiettivi, i ruoli, i percorsi e gli ambiti di intervento. Attraverso la strutturazione del PDTA interaziendale ci si propone di promuovere un approccio multidisciplinare, integrato e omogeneo ai fini di semplificare la presa in carico e il trattamento ottimale del paziente con melanoma maligno. Il PDTA si rivolge sia ai pazienti con neof ormazione cutanea pigmentata sospetta o accertata diagnosi di tumore cutaneo non melanoma o melanoma cutaneo e mucoso primario, sia ai pazienti nei quali viene accertata la diagnosi di melanoma metastatico. L'accesso al percorso può avvenire su indicazione del medico di medicina generale (MMG) che prescrive al paziente con lesione pigmentata dubbia una visita dermatologica, da prenotare tramite CUP regionale, con quesito diagnostico "sospetto melanoma", presso gli ambulatori dermatologici di I livello dell'Unità Operativa Dipartimentale (UOSD) del Policlinico Tor Vergata. L'invio può avvenire anche da parte di uno specialista dermatologo, che opera all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La visita presso la UOSD di Dermatologia per l'accertamento diagnostico della lesione nevica sospetta può essere confermata anche attraverso la videodermatoscopia metodica strumentale non invasiva.

Gli obiettivi del PDTA consentono una gestione globale del paziente affetto da melanoma cutaneo attraverso la presa in carico tempestiva e la diagnosi in fase precoce (prima dell'insorgenza di metastasi). • Si garantisce al paziente con

accertata diagnosi di melanoma l'adeguato processo di stadiazione, trattamento e follow-up in coerenza con le linee guida disponibili e le più attuali linee di ricerca. • Vengono assicurati idonei livelli di cura e la continuità assistenziale attraverso il coordinamento e



Prof.ssa Elena Campione

Otorinolaringoiatra, Chirurgo maxillo-facciale Anatomopatologo, Oncologo, Radiologo e, in caso di metastasi a distanza anche Radioterapista e Anestesista-Palliativista

**Che cos'è esattamente il melanoma cutaneo, cosa lo scatena, quanto è diffuso e come si affronta?**

Il melanoma è uno dei tumori cutanei più aggressivi, con un basso tasso di mortalità se diagnosticato in fase iniziale ed una prognosi infausta se diagnosticato in fase

derivante dalla proliferazione anomala dei melanociti, cellule deputate alla produzione di melanina. Questo pigmento assume il ruolo fondamentale di protezione dell'organismo dall'esposizione solare, nonché è responsabile della variabilità di colore della cute, del tessuto epiteliale dell'iride e dei capelli.

I melanociti, che originano dalla cresta neurale durante l'embriogenesi, si localizzano prevalentemente nello strato più profondo dell'epidermide, detto strato basale, dove si concentrano in porzioni da cui originano i nevi. Tuttavia, solo il 30% dei melanomi si associa alla presenza di un nevo preesistente in quanto la maggior parte origina de novo. Inoltre, seppur in maniera rara, la presenza dei melanociti in altri tessuti (mucose, occhi) può determinare il rischio di comparsa di melanoma. In generale, i quattro sottotipi più frequenti di melanoma cutaneo sono: • melanoma a diffusione superficiale; • melanoma nodulare; • lentigo maligna melanoma • melanoma lentiginoso acrale.

Il fattore di rischio maggiore è rappresentato dall'esposizione prolungata ai raggi ultravioletti (UVR), naturali ed artificiali, prevalentemente in individui di sesso maschile, età superiore ai 40 anni e fototipo chiaro. In passato era considerato un tumore raro, con un tasso di incidenza di 1-2 casi all'anno su 100.000 abitanti. Oggi, invece, è in continua ascesa a livello globale, da qui il termine di "melanoma epidemico". In Italia nel 2022 sono state stimate circa 12.700 nuove diagnosi di melanoma della cute (maschi=7000; femmine=5700). Il rischio di svilupparlo nel corso della vita è dell'1.5% per i maschi e del 1.2% per le femmine, l'incidenza ha un trend in aumento +4.4%/anno nei maschi e +3.1%/anno nelle femmine ed è maggiore al Centro-Nord che al Sud. In Australia, dove si registrano i valori di incidenza di melanoma più alti nella popolazione caucasica, l'attuazione sistematica e continua di programmi di prevenzione primaria, attraverso l'educazione alla fotoprotezione solare dei bambini e sull'introduzione stabile di politiche nei centri per l'infanzia e nelle scuole, ha fatto registrare, per la prima volta a livello mondiale, un significativo declino del melanoma sottile invasivo in soggetti di età compresa tra i 15 e i 24 anni.

**Che tipo di soggetto è più a rischio, perché la diagnosi precoce è così difficile. Quando scatta l'allarme?**

Sono stati identificati diversi fattori di rischio per l'insorgenza del melanoma cutaneo, sia di tipo genetico che di tipo ambientale. I soggetti che hanno un rischio maggiore di sviluppare eritemi e ustioni in relazione alla fotoesposizione e di conseguenza tumori cutanei sono quelli con fototipo I e II secondo la scala Fitzpatrick, ossia soggetti con carnagione chiara, occhi azzurri o verdi, capelli biondi o capelli rossi, presenza di numerose lentiggini e lesioni pigmentate

|          |  |   |  |
|----------|--|---|--|
| <b>A</b> |  | <b>Asimmetria:</b><br>i nevi sono simmetrici mentre il melanoma è asimmetrico   |  |
| <b>B</b> |  | <b>Bordi irregolari:</b><br>i bordi di un nevo sono regolari, quelli di un melanoma sono frastagliati                   |  |
| <b>C</b> |  | <b>Colore disomogeneo:</b><br>i nevi hanno un colore unico ed uniforme, mentre il melanoma può avere più colori         |  |
| <b>D</b> |  | <b>Diametro &gt; 6 mm:</b><br>i nevi crescono fino ad un diametro di 6 mm. I melanomi di solito sono superiori ai 6 mm. |  |
| <b>E</b> |  | <b>Evoluzione:</b><br>la rapida crescita di un qualunque nevo o macchia pigmentata deve far sospettare un melanoma      |  |

l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri e delle attività diagnostico-terapeutiche di I e II livello, nonché equità nell'accesso e adeguata informazione al paziente sulla malattia, sulle procedure erogate e sulle opzioni terapeutiche. Si ottimizzano i tempi di attesa dell'iter diagnostico/terapeutico. Vengono monitorati i risultati del percorso con indicatori di performance, come l'intervallo tra l'asportazione e l'esito dell'esame istologico, l'intervallo di tempo tra la visita dermatologica e la prima escissione chirurgica. È da considerare l'invio del paziente ad una consulenza genetica in presenza di più melanomi o per la presenza di melanoma invasivo, cancro al pancreas e/o astrocitoma in un individuo o in una famiglia. Inoltre viene stimolata e migliorata la ricerca mediante l'interazione delle competenze. La valutazione multidisciplinare è prevista per i pazienti a partire dallo stadio IIA. Il gruppo multidisciplinare è composto almeno dalle seguenti professionalità: dermatologo, chirurgo generale/plastico,

avanzata. Nella maggior parte dei casi l'escissione chirurgica associata ad una diagnosi precoce comporta alti tassi di guarigione. Tale neoplasia è responsabile di quasi il 90% della mortalità per cancro della cute, a causa della tendenza alla diffusione metastatica ai linfonodi e ai visceri, evento che predispone maggiormente a possibilità di exitus. L'incidenza del melanoma è aumentata significativamente negli ultimi anni, per quanto riguarda l'Italia si tratta del terzo tumore più frequente (in entrambi i sessi) al di sotto dei 49 anni, la decima neoplasia come incidenza negli uomini e la settima nelle donne. Oltre il 50% dei casi viene diagnosticato entro i 59 anni. Nonostante i continui progressi delle tecniche diagnostiche e le campagne di screening, vi è un costante trend di crescita del melanoma metastatico. Lo sviluppo di terapie immunitarie e mirate ha notevolmente modificato la prognosi del melanoma metastatico, tuttavia molti pazienti vanno ancora incontro a progressione della malattia. Il melanoma è una neoplasia maligna,