

# La pelle: una barriera reattiva

## Inquadramento e gestione clinica dei più comuni problemi dermatologici

in collaborazione con Assosalute



**Luigi Naldi**

Direttore Unità Complessa di Dermatologia, Ospedale San Bortolo, Vicenza; Presidente Centro Studi GISED, Bergamo

### La “navigazione” dell’organo pelle: istruzioni per l’uso

La pelle è un organo immediatamente esplorabile. Il compito di chi si avventura a gestire i problemi dermatologici sembra quindi facilitato. In realtà, la pelle è uno degli organi meno compresi e più soggetti a stravaganze di approcci terapeutici.

Obiettivo di questo breve articolo è di fornire alcuni elementi di base perché si possano affrontare i problemi dermatologici con metodo e criteri razionali nell’ambito della medicina di primo livello e senza ricorrere in maniera automatica al parere specialistico. Partirei da alcune considerazioni generali che è utile tener presenti nel nostro breve viaggio:

1. la pelle è il più esteso organo nell’uomo (circa 2 metri quadri nell’individuo adulto) e presenta il più ampio spettro di condizioni cliniche diagnosticabili, oltre 2.000 entità nosografiche. Un piccolo gruppo di condizioni comprende oltre il 90% di tutti i problemi dermatologici valutati da un medico. La restante parte è rappresentata da una galassia di malattie poco frequenti o rare che possono comunque essere raggruppate in un numero abbastanza limitato di pattern morfologici;
2. le più comuni condizioni patologiche che colpiscono la cute, dall’acne agli eczemi, non si presentano come un “tutto o niente”, bensì con un ampio spettro di gravità, essendo le manifestazioni più lievi anche le più comuni. Inoltre, molte condizioni cliniche non sono statiche nel tempo ma subiscono modifiche che rendono utile una rivalutazione periodica;

3. i problemi dermatologici, nel loro complesso, sono estremamente frequenti. Nell’ambito dello studio PraKtis condotto dal Centro Studi del Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia (GISED) si è stimato come oltre il 50% della popolazione adulta italiana presenti una storia di malattie dermatologiche valutate da un medico;
4. di pelle non si muore, o meglio, si muore raramente (si pensi al melanoma o alla necrolisi tossica epidermica), tuttavia i problemi dermatologici possono rendere la vita assai penosa. Da secoli immemorabili le manifestazioni cutanee sono associate all’idea di contagio, sporcizia e impurità con riflessi di stigmatizzazione e paradossali sensi di colpa in chi ne è colpito;
5. i modelli sociali influenzano alcune pratiche relative alla pelle. Si pensi alla ricerca dell’abbronzatura o al rifiuto dell’invecchiamento naturale con il suo mascheramento attraverso differenti procedure. Ciò può avere riflessi sanitari importanti: un esempio è la connessione tra impiego dei lettini solari e rischio di melanoma.

### Come orientarsi: quadri sindromici e pattern morfologici

Analogamente ad altri organi, la pelle presenta alcuni pattern clinici ripetitivi, comuni a differenti condizioni patologiche. Una mappa incompleta è riportata nella Tabella I. L’individuazione del pattern è il primo passo per prendere corrette decisioni operative. Di seguito ci limiteremo a discutere due quadri

sindromici molto comuni: la “pelle sensibile” e la pelle “foto-danneggiata”.

Quella della “pelle sensibile” (*sensitive skin* degli anglosassoni) è una condizione assai comune, paragonabile al mal di schiena in ambito reumatologico. Uno studio europeo coordinato dal Centro Studi GISED, l’EDEN Fragrance Study, ha permesso di stimare come circa il 40% degli individui adulti europei possa presentare una “pelle sensibile”. Come definire la pelle sensibile? Si definisce “sensibile” una pelle che, in assenza di una chiara patologia cutanea, reagisce facilmente ad agenti fisici o chimici con arrossamento, prurito e/o bruciore. Una pelle sensibile si associa a una maggiore secchezza cutanea rispetto a una pelle “normale” e tollera poco cosmetici e altri prodotti di uso comune. Si tratta, si badi bene, non di una condizione allergica ma di un’accentuata reattività cutanea. Tale reattività ha probabili basi genetiche ed è più comune in individui con carnagione chiara. Le manifestazioni cliniche si localizzano più comunemente al viso, soprattutto a livello di mento, regione naso-labiale e palpebre, o alle ascelle. La reattività può essere accentuata o slatentizzata da fattori come sole, vento, sbalzi termici e abuso di prodotti cosmetici.

Alleviare i disturbi della pelle sensibile non è impresa semplice. È importante rassicurare il paziente riguardo al fatto che non si tratta di un’allergia o di un problema su base alimentare. Va ridotto l’impiego di cosmetici, preferendo quelli formulati per pelli sensibili e utilizzando, dopo la detergenza con detergenti liquidi, un sottile strato di crema emolliente e idratante. Si deve raccomandare di limitare l’esposizione a stimoli esterni aggressivi.

**TABELLA I.**

*Mappa (incompleta) dei principali pattern morfologici e delle condizioni cliniche più rappresentative.*

<b>Lesioni desquamative: presenza di squame associate o meno a eritema</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatite seborroica</li> <li>• Psoriasi</li> <li>• Fase cronica dell'eczema (dermatite da contatto e dermatite atopica)</li> <li>• Parapsoriasi e micosi fungoide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cheratosi attiniche, malattia di Bowen</li> <li>• Infezioni fungine</li> <li>• Altre condizioni più rare (ittiosi, pitiriasi rubra pilare, lue secondaria, scabbia "norvegese")</li> </ul>
<b>Lesioni essudanti: gemizio sieroso associata a eritema</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase acuta dell'eczema (dermatite da contatto e dermatite atopica)</li> <li>• Fase acuta della dermatite seborroica</li> <li>• Impetigine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infezioni fungine</li> <li>• Micosi fungoide</li> </ul>
<b>Lesioni ponfoidi: il ponfo è una lesione edematosa circoscritta evanescente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orticaria acuta</li> <li>• Orticaria cronica spontanea e inducibile (si definisce orticaria cronica un'orticaria con ponfi che si presentano giornalmente per oltre 6 settimane)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penfigoide bolloso</li> <li>• Dermatite erpetiforme</li> <li>• Vasculiti cutanee (il ponfo nella vasculite persiste per oltre 24 ore)</li> </ul>
<b>Vescicole e bolle: le vescico-bolle si associano, in genere, a eritema. Quando diffuse sulla superficie cutanea rappresentano un importante indice di gravità</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infezioni batteriche (impetigine bollosa, erisipela)</li> <li>• Infezioni virali (herpes simplex o zoster, sindrome mani-piedi-bocca)</li> <li>• Patologie bollose auto-immuni (penfigo, penfigoide, dermatite erpetiforme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologie bollose farmaco-indotte (eritema fisso da medicamento, sindrome di Stevens-Johnson, necrolisi tossica epidermica)</li> </ul>
<b>Lesioni eritematose ed eritemato-papulose</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esantemi: virali, farmaco-indotti, associati a malattie reumatologiche</li> <li>• Fase prodromica di malattie bollose auto-immuni o farmaco-indotte</li> <li>• Dermatite atopica</li> <li>• Scabbia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Lichen planus</i></li> <li>• Lue secondaria</li> <li>• Vasculiti (in questo caso, le papule si associano a lesioni purpuriche)</li> </ul>
<b>Sindromi follicolari</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acne</li> <li>• Rosacea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idrosadenite suppurativa</li> <li>• Follicoliti</li> </ul>
<b>Alterazioni della pigmentazione</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitiligine</li> <li>• Melasma e cloasma</li> <li>• Nevo di Becker</li> <li>• Macchie caffè-latte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efelidi</li> <li>• Lentiggini solari</li> <li>• Nevi melanocitici</li> <li>• Melanoma</li> </ul>
<b>Lesioni nodulari: isolate o confluenti associate o meno a eritema, associate o meno a prurito o dolore (il dolore è un sintomo importante se evocato in lesioni nodulari)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verruche</li> <li>• Lesioni granulomatose (ad es. granulomi anulari)</li> <li>• Eritema nodoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurigo nodulare</li> <li>• Neoplasie cutanee</li> </ul>
<b>Lesioni ulcerative (un'ulcera è definita come una soluzione di continuo della cute che non presenta tendenza alla riparazione spontanea)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcere vascolari (venose, arteriose, miste)</li> <li>• Ulcere neuropatiche</li> <li>• Infezioni profonde</li> <li>• Vasculiti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pioderma gangrenoso</li> <li>• Tumori cutanei</li> <li>• Dermatiti arefatte (auto-indotte)</li> </ul>

Non va dimenticato che i sintomi della pelle sensibile possono essere associati ad alcune malattie dermatologiche come la dermatite atopica e la rosacea.

Altro quadro sindromico di riscontro comune è quello della pelle fotodanneggiata. L'esposizione, protratta nel tempo, al sole

e a fonti di raggi ultravioletti, come i lettini solari, induce una serie di alterazioni cutanee che si accentuano con l'avanzare dell'età, combinandosi con quelle dell'invecchiamento fisiologico nel cosiddetto foto-invecchiamento. Le manifestazioni cliniche sono più accentuate nei soggetti

con carnagione chiara e più evidenti nelle aree normalmente fotosposte come il viso e il dorso delle mani. Il quadro clinico è caratterizzato da presenza di rughe estese e profonde, atrofia e secchezza cutanea, presenza di lentiggini solari e irregolarità della pigmentazione cutanea, vasodilatazio-

**TABELLA II.**  
**Il prurito: cause e trattamenti.**

Le cause	
<b>Prurito periferico o pruritocettivo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Pelle sensibile”</li> <li>• Eczemi</li> <li>• Orticaria</li> <li>• Psoriasi</li> <li>• Punture d’insetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedicolosi</li> <li>• Scabbia</li> <li>• Orticaria</li> <li>• Prurito senile</li> <li>• Altre malattie dermatologiche (<i>lichen planus</i>, penfigoide bolloso ecc.)</li> </ul>
<b>Prurito periferico/neurogenico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ipotiroidismo e ipertiroidismo</li> <li>• Alcune malattie del sangue (linfomi, policitemia vera, anemia da carenza marziale)</li> <li>• Prurito farmaco indotto (qualsiasi farmaco può indurre prurito, in particolare ACE inibitori, beta-bloccanti, barbiturici, morfina)</li> <li>• Insufficienza renale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insufficienza epatica</li> <li>• Prurito gravidico               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Colestasi (causata da un rallentamento o da un blocco del flusso biliare dal fegato al duodeno)</li> <li>– Herpes <i>gestationis</i></li> <li>– Dermatite polimorfa della gravidanza</li> </ul> </li> </ul>
<b>Prurito neuropatico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sclerosi multipla</li> <li>• Tumori cerebrali</li> <li>• Neuropatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropatia diabetica</li> <li>• Neuropatia conseguente a herpes zoster</li> </ul>
<b>Prurito psicogeno</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fobie verso i parassiti</li> <li>• Depressione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia</li> </ul>
I trattamenti	
<b>Cortisonici topici</b>	
Possono alleviare il prurito causato da malattie infiammatorie della pelle come la psoriasi o l’eczema	
<b>Inibitori della calcineurina per uso topico</b>	
Possono alleviare il prurito associato a dermatite atopica o quello dell’insufficienza renale cronica	
<b>Caspacina topica</b>	
È un rimedio generico utile per curare il prurito anche senza causa apparente (ad es. è utile nel prurito localizzato neuropatico e psicogeno)	
<b>Anestetici locali</b>	
Possono ridurre il prurito localizzato in particolari situazioni (ad es. prurito peri-anale senza causa evidente)	
<b>Crotamitone</b>	
Può essere utilizzato per ridurre il prurito in generele e quando associato a parassitosi	
<b>Antiparassitari</b>	
Permetrina, benzilbenzoato, Malathion sono il trattamento di riferimento per ottenere un controllo delle pedicolosi e della scabbia e del conseguente prurito	
<b>Antistaminici per via sistemica</b>	
Funzionano quando il prurito è legato al rilascio di istamina, per esempio nell’orticaria	
<b>Antagonisti degli oppioidi</b>	
Alleviano il prurito influenzato dalla presenza di oppioidi endogeni, come quello dovuto alla colestasi o all’insufficienza renale	
<b>Colestiramina</b>	
Riduce il prurito associato a colestasi	
<b>Gabapentin e pregabalin</b>	
Riducono il prurito associato a nevralgia post-zosteriana e a insufficienza renale cronica	
<b>Antidepressivi</b>	
Possono ridurre il prurito psicogeno	
<b>Fototerapia con ultravioletti B</b>	
Riduce il prurito in svariate condizioni dermatologiche e associato a insufficienza renale cronica	
<b>Psicoterapia</b>	
Utile soprattutto per il prurito psicogeno il ricorso a tecniche di rilassamento, training autogeno, terapia comportamentale o una vera psicoterapia	

ne dei piccoli vasi superficiali. Su una pelle fotodanneggiata possono comparire cheratosi attiniche e tumori cutanei prevalen-

temente epiteliali, costituendosi un vero e proprio “campo di cancerizzazione”. Il fumo di sigaretta è un ulteriore fattore che può

accelerare il processo di fotoinvecchiamento. È evidente come una prevenzione efficace richieda di limitare l’esposizione solare,

**TABELLA III.***I punti fermi sul melanoma.*

<b>Origine del melanoma</b>
La maggior parte dei melanomi non si sviluppa su un preesistente nevo ma direttamente dai melanociti singoli distribuiti sulla pelle
Nelle fasi iniziali, il melanoma può essere confuso con un nevo ma poi nel tempo assume aspetti irregolari riassunti nella regola dell'ABCD (asimmetria, bordi irregolari, colore disomogeneo nero, nero-bluastro, rossiccio, dimensioni superiori a 5 mm) che lo distinguono dai nevi
Solo il 20-30% dei melanomi si sviluppa a partire dai melanociti contenuti in un nevo. I nevi non si trasformano progressivamente in melanoma, ma dai melanociti contenuti nel nevo può svilupparsi il melanoma che altera la forma del nevo dandogli progressivamente un aspetto irregolare conforme alla regola dell'ABCD richiamata sopra
<b>Numero di nevi e melanoma</b>
Il numero dei nevi sulla pelle è un indicatore del rischio di melanoma
Chi ha molti nevi (ad es., più di 10 nevi, contati su entrambi gli arti superiori) o ha nevi acquisiti di dimensioni superiori a 5 mm di diametro (i nevi atipici di cui sopra) ha un rischio leggermente maggiore rispetto a chi ha pochi nevi e nevi piccoli di sviluppare un melanoma. Le ragioni sono in buona parte connesse con fattori genetici e con la considerazione che l'esposizione solare eccessiva, specie in età infantile, con arrossamenti e ustioni, influenza tanto il numero dei nevi quanto il rischio di melanoma. Ancora una volta, vale la pena raccomandare la protezione dei bambini dall'eccessiva esposizione solare
Asportare i nevi in via, per così dire, profilattica al fine di ridurre il rischio di melanoma non ha alcun senso
<b>Valutazione dei nevi?</b>
Il melanoma è un tumore che compare a partire dal giovane adulto
Nei bambini la comparsa del melanoma è eccezionale. Non è quindi utile proporre il "controllo dei nevi" in un bambino. Tale controllo ha, infatti, come principale obiettivo quello di permettere il riconoscimento precoce del melanoma, la cui comparsa nei bambini in età pre-puberale è evento eccezionale
Differente discorso va fatto per i nevi congeniti giganti. Infatti, la stragrande maggioranza dei melanomi in età infantile, pur molto rari, compare su nevi congeniti di grandi dimensioni che vanno quindi monitorati nel tempo durante l'infanzia e oltre

**TABELLA IV.***Contenuti di una pratica dermatologica per il medico di medicina generale: ipotesi di lavoro.*

<b>1. Riconoscimento e trattamento di primo livello di patologie cutanee frequenti *</b>
<b>Problemi clinici:</b> acne giovanile, dermatiti eczematose, comuni quadri infettivi, orticaria acuta
Quadri estesi o localizzazioni in sedi "problematiche" o atipiche e l'eventuale compromissione dello stato generale possono comportare, già in prima battuta, un parere specialistico. Tale parere andrà considerato in tutti i casi in cui l'evoluzione attesa non coincide con quanto osservato o quando si richieda una diagnosi eziologica specifica (ad es. nelle dermatiti allergiche da contatto)
<b>2. Diagnosi di sospetto e precoce delle principali neoplasie maligne cutanee</b>
<b>Problemi clinici:</b> sospetto di melanoma, carcinoma spinocellulare, basalioma, altro tumore cutaneo
L'incidenza dei tumori cutanei ha subito aumenti considerevoli in svariati Paesi nel corso degli ultimi 20-30 anni. Tale aumento è, almeno in parte, in relazione con le abitudini di esposizione al sole. Le possibilità di cura dipendono da una diagnosi precoce (lesioni <i>in situ</i> o inizialmente invasive). La diagnosi di sospetto di una neoplasia maligna cutanea comporta, d'altra parte, in modo complementare, il riconoscimento delle neoformazioni benigne cutanee più comuni e frequenti. Tutte le neoformazioni per le quali non si è in grado di formulare una diagnosi precisa meritano, in linea di principio, una valutazione specialistica. L'asportazione di neoformazioni in assenza di una diagnosi specifica (clinica e/o istologica, a seconda dei casi) non è raccomandabile
<b>3. Diagnosi di sospetto e precoce delle reazioni cutanee da farmaco</b>
<b>Problemi clinici:</b> in linea di principio qualsiasi manifestazione cutanea inattesa in corso di un trattamento può costituire una reazione cutanea da farmaco. La diagnosi di sospetto di una reazione cutanea comporta una rivalutazione periodica dei trattamenti in corso in termini di efficacia ed eventi osservati. Solo occasionalmente sono definibili quadri clinici specifici (ad es. eritema fisso da farmaco)
<b>4. Riconoscimento dei segni cutanei più frequenti di alcune malattie sistemiche e delle principali genodermatosi</b>
<b>Problemi clinici:</b> manifestazioni cutanee più comuni di malattie reumatologiche, manifestazioni cutanee della neurofibromatosi di tipo I e della sclerosi tuberosa. Al riconoscimento, in questo caso, è opportuno che segua una valutazione specialistica
<b>5. Collaborazione con lo specialista nella gestione di malattie cutanee croniche come le ulcere degli arti inferiori e la psoriasi</b>
<b>6. Contributo a programmi di educazione sanitaria e prevenzione dei tumori cutanei</b>

\* *Appunti per un prontuario essenziale.* Acne: benzoin-perossido e retinoidi topici (tretinoina, adapalene) anche in associazione, evitare gli antibiotici topici in monoterapia; eczemi: idrocortisone e steroidi topici moderatamente potenti, eventuali steroidi sistemici; psoriasi: steroidi potenti (ad es. clobetasolo, betametasona) e derivati della vitamina D topici (calcipotriolo, tacalcitolo) anche in associazione; impetigine: antibiotici topici prediligendo molecole non impiegate anche per via sistemica (ad es. acido fusidico); herpes zoster: antivirali (es. aciclovir, valaciclovir, fanciclovir) per os; verruche virali: cheratolitici applicati per periodi di almeno 4 settimane; orticaria: antistaminici non sedativi per os.

soprattutto nelle ore centrali della giornata, proteggendo le parti esposte con indumenti adatti e cappelli, e con l'impiego di schermi solari nelle parti scoperte. La supplementazione con nicotinamide può prevenire la comparsa di tumori cutanei.

## Il paziente si gratta

Il prurito è un sintomo cardine in dermatologia. Si può associare a malattie dermatologiche o problemi internistici e può essere localizzato o generalizzato. Il prurito con lesioni cutanee assenti o con lesioni aspecifiche da grattamento è anche tradizionalmente conosciuto come prurito *sine materia*. Un prurito persistente da almeno sei settimane è definito "cronico". Il prurito, soprattutto se cronico, deve indurre la ricerca di una possibile causa. L'assenza di una causa mette il paziente in una condizione analoga a quella del paziente con febbre di origine sconosciuta in campo internistico. Le cause di prurito (Tab. II) sono molteplici, considerato che il sintomo può originare sia dalla stimolazione delle terminazioni nervose pruriticive periferiche (prurito periferico) sia da stimoli lungo le vie nervose che dalla periferia conducono a livello centrale (prurito neuropatico e psicogeno).

In alcuni casi il prurito precede di molto tempo la piena espressione di una malattia sottostante. Questo accade per esempio nel linfoma di Hodgkin in cui prevale il prurito notturno associato a intensa sudorazione, o nella policitemia vera (malattia di Vaquez-Rendu-Osler) ove il prurito, oltre a essere diffuso, è scatenato o accentuato dal contatto con l'acqua (il cosiddetto "prurito acquagenico").

Lenire il prurito, in assenza di una causa che possa essere rimossa, è impresa ardua. Gli antistaminici sono spesso impiegati in prima battuta ma funzionano bene solo in condizioni come l'orticaria, ove l'istamina rappresenta il principale mediatore. Alcuni semplici provvedimenti come la riduzione della temperatura ambientale e l'impiego di emollienti che migliorino la secchezza cutanea possono aiutare.

## Nevi e melanoma: i punti fermi

Qualche riflessione meritano i nevi (o nei) e il melanoma.

Il termine "nevo" indica una proliferazione benigna di cellule della pelle. Quello che tutti noi conosciamo come "nevo" è il "nevo melanocitico", costituito da melanociti. Esistono altri tipi di "nevi" che originano da cellule diverse dai melanociti e hanno un aspetto completamente differente, come il nevo sebaceo, il nevo comedonico, il nevo flammeo e molti altri di cui non ci occuperemo.

I melanociti sono normalmente distribuiti, come cellule singole, lungo lo strato basale dell'epidermide e hanno la funzione di produrre la melanina trasferendola ai cheratinociti. I melanociti che formano i nevi, invece di distribuirsi singolarmente, si raggruppano tra loro in veri e propri agglomerati.

La maggior parte dei nevi non è presente alla nascita ma si sviluppa successivamente a partire da un anno e fino a oltre vent'anni di vita (nevi "acquisiti"). Più raramente, i nevi possono essere già presenti alla nascita o comparire nei primissimi mesi dopo la nascita (nevi "congeniti"). I nevi congeniti sono più grandi dei nevi acquisiti, potendo raggiungere un diametro di numerosi centimetri oppure occupare un intero settore della pelle come l'intera parete addominale o tutta una spalla (nevi congeniti "giganti"). I nevi congeniti di grandi dimensioni sono lesioni malformative e meritano un'attenzione particolare.

I nevi non sono stabili nel tempo ma subiscono lente variazioni nel corso degli anni, del tutto fisiologiche. In genere, da piatti, tendono a farsi un poco rilevati soprattutto al viso, ove possono anche perdere un po' di colore (nevi di Miescher). Al tronco, ove tendono a essere più numerosi, le lesioni rimangono piatte in periferia ma possono avere un centro un po' più rilevato con un'immagine che è stata descritta come "uovo nel tegamino" nel cosiddetto nevo di Clark. Alcuni nevi acquisiti possono essere un po' più irregolari e più grandi rispetto a quelli comuni, con un diametro massimo superiore a 5 millimetri. Si parla, in questo caso, di "nevi atipici". Qualche volta, la maturazione del nevo porta a lesioni peduncolate ove il colore scompare del tutto: i cosiddetti nevi di Unna. I nevi possono anche regredire e scomparire del tutto nel corso della vita.

Il melanoma, a differenza dei nevi, è un tumore maligno che origina dai melanociti. L'attenzione rivolta ai nevi negli ultimi

decenni è stata connessa soprattutto al fatto che nevi e melanoma, in fase iniziale, possono essere confusi tra loro: da qui, lo sviluppo di campagne educative che hanno promosso negli anni l'osservazione delle macchie sulla pelle. Per semplicità, il messaggio è spesso stato, "controlla i tuoi nei" o "se un neo si muove o cambia nel tempo non stare ad aspettare" e così via. Abbiamo già sottolineato che i nevi sono lesioni benigne e ci si aspetta che rimangano tali nel tempo. In effetti, le campagne che hanno promosso il controllo dei nevi qualche confusione l'hanno fatta. La Tabella III cerca di fare un po' di ordine per modulare un messaggio che porti a una corretta attenzione verso le lesioni pigmentarie della pelle.

La diagnosi precoce del melanoma è un obiettivo importante da perseguire in termini di salute pubblica, perché tale diagnosi precoce si traduce in lesioni di dimensioni più piccole e superficiali, con guarigione, nel caso di lesioni definite come *in situ* o sottili, e, comunque, con più lunga sopravvivenza libera da malattia.

Il primo attore nella diagnosi precoce del melanoma, in tutto il mondo, rimane il paziente. Un paziente informato e ben educato è in grado di eseguire un corretto autoesame della pelle e di individuare lesioni sospette mostrandole al proprio medico. La disponibilità diffusa di smartphone capaci di ottenere immagini di buona qualità e la possibilità del loro invio per una valutazione a esperti è stata sfruttata per anticipare la diagnosi. Il sottoscritto, ad esempio, ha sviluppato col suo gruppo di ricerca, il Centro Studi GISED, un programma nelle province di Bergamo e Vicenza, definito come "Clicca il neo", ottenendo risultati incoraggianti relativi alla possibilità di migliorare l'accesso al parere esperto di fronte a lesioni sospette inviate dal pubblico.

Nel caso di individui portatori di centinaia di nevi, situazione che può rendere arduo il riconoscimento precoce del melanoma, la mappatura e la valutazione, ripetute a distanza, delle lesioni pigmentarie offrono un valido aiuto. La mappatura si associa alla videodermoscopia e all'archiviazione informatizzata delle immagini. Si tratta di una modalità che richiede parecchio tempo e che va riservata a situazioni particolari di individui con numerosi nevi, appunto.

## Il ruolo del medico di medicina generale

Abbiamo osservato come i problemi dermatologici siano frequenti nella popolazione. Essi rappresentano una delle principali cause di accesso al medico di medicina generale. In Italia si può stimare (sulla base di dati IMS-SPM) come il tasso di visite da parte di medici di medicina generale per problemi dermatologici sia nell'ordine di circa 4.000 visite per 10.000 assistiti/anno. Gli alti tassi di consulto indicano chiaramente la necessità di definire in modo esplicito quelli che possono essere considerati i contenuti di una "dermatologia di base" per il medico di medicina generale (Tab. IV): condizioni cliniche la cui gestione clinica si ponga in maniera privilegiata e prioritaria nell'ambito della medicina di primo livello e criteri di gravità che guidino l'invio del paziente per una valutazione specialistica. Tale invio potrà essere considerato in funzione dell'estensione e della persistenza delle lesioni, specie se bollose, della mancata risposta ai trattamenti effettuati,

dell'associazione con sintomi generali come febbre, tumefazione e dolori articolari, della mancanza di una chiara diagnosi. Il numero di principi attivi disponibili come "farmaci da banco" in campo dermatologico è elevato e l'automedicazione può occupare un ruolo importante nel ridurre i costi nell'ambito del sistema sanitario. Ciò richiede che anche il farmacista si renda disponibile a informare ed educare il cittadino all'utilizzo responsabile e consapevole di farmaci di automedicazione o prodotti dermatologici per il trattamento di alcuni disturbi della pelle.

### Bibliografia di riferimento

- Cazzaniga S, Castelli E, Di Landro A, et al. *Mobile teledermatology for melanoma detection. assessment of validity in the framework of a population-based skin cancer awareness campaign in Northern Italy*. J Am Acad Dermatol 2019 Feb 21.
- Cazzaniga S, Castelli E, Di Landro A, et al. *Sviluppo di un sistema di teledermatologia per la diagnosi precoce del melanoma. L'esperienza pilota del progetto "Clicca il neo"*. Recenti Prog Med 2016;107:440-3.
- Gamba C, Schroeder J, Citterio A, et al. *Sorveglianza di reazioni gravi cutanee da*

*farmaco: l'esperienza REACT-Lombardia*. Recenti Prog Med 2014;105:379-84.

- Naldi L, Cazzaniga S, Gonçalo M, et al. *Prevalence of self-reported skin complaints and avoidance of common daily life consumer products in selected European Regions*. JAMA Dermatol 2014;150:154-63.
- Naldi L, Cazzaniga S. *Dermatologia: l'esperienza con il registro dei farmaci per il trattamento della psoriasi*. Recenti Prog Med 2013;104:236-40.
- Naldi L, Colombo P, Placchesi EB, et al. *Study design and preliminary results from the pilot phase of the PraKtis study: self-reported diagnoses of selected skin diseases in a representative sample of the Italian population*. Dermatology 2004;208:38-42.
- Naldi L, Pini P, Girolomoni GP. *Gestione clinica della psoriasi per il medico di medicina generale e lo specialista ambulatoriale*. Pisa: Pacini Editore 2016.
- Naldi L, Rebora A. *Dermatologia basata sulle prove di efficacia*. Milano: Elsevier 2006.
- Rovelli F, Mercuri SR, Naldi L. *Dermatite seborroica nella pratica clinica*. Recenti Prog Med 2011;102:126-33.
- Williams NC, Bigby M, Herxheimer A, et al. *Evidence-based dermatology*. 3<sup>rd</sup> edition. Oxford: Wiley-Blackwell 2014.

## L'opinione del medico di medicina generale

Il medico di medicina generale è il riferimento del paziente e dello specialista dermatologo al contempo. Esiste quindi una "Dermatologia della medicina generale".

Il dottor Naldi, Direttore dell'Unità Complessa di Dermatologia, dell'Ospedale San Bortolo, Vicenza e Presidente Centro Studi GISED (Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia) di Bergamo, così si esprime nel suo articolo *La pelle: una barriera reattiva. Inquadramento e gestione clinica dei più comuni problemi dermatologici*.

Le patologie dermatologiche sono innumerevoli: a volte a espressione acuta a volte sfumata e persistente; a volte con quadri tipici, altre atipici; talvolta con spettri di gravità talmente ampi da indurre una sovrastima della pericolosità e, a volte, con spettri di gravità così sfumati da indurre una sottostima, anche nei confronti della ricaduta sul piano psico-comportamentale del paziente, nel caso di patologie persistenti o croniche.

Il medico di medicina generale è la figura di riferimento del paziente; a lui il compito di valutare, interpretare, sospettare, intercettare, rassicurare, orientare, puntualizzare, motivare, raccomandare, trattare e inviare, quando necessario, allo specialista.

Ciò gli sarà possibile solo se, facendo sua questa affermazione del filosofo francese H. Bergson: "L'occhio vede solo ciò che la mente conosce", sarà in grado di:

- riconoscere e adottare l'adeguato trattamento di primo livello delle patologie cutanee più frequenti "della medicina generale";
- porre precocemente diagnosi di sospetto delle principali neoplasie maligne cutanee;
- porre precocemente diagnosi di sospetto delle reazioni cutanee da farmaco;
- riconoscere i segni cutanei più frequenti, a volte prodromici, di alcune patologie sistemiche e delle principali genodermatosi;
- collaborare con lo specialista nella gestione di malattie cutanee croniche come le ulcere degli arti inferiori e la psoriasi;
- contribuire alla realizzazione di programmi di educazione sanitaria e prevenzione dei tumori cutanei.

È necessario quindi proseguire nell'offerta al medico di medicina generale di percorsi di formazione specifica, mirata al riconoscimento e alla presa in carico del paziente con patologia cutanea "la cui gestione clinica si ponga in maniera privilegiata e prioritaria nell'ambito della medicina di primo livello" e, al tempo stesso, alla conoscenza dei criteri di gravità che guidino l'invio del paziente a una valutazione specialistica.

Paola Pini  
SIMG