



IV Congresso Nazionale SIDeLF
Società italiana Dermatologia Legale e Forense

3-5 OTTOBRE 2024
HOTEL ORIENTE NAPOLI

La ritardata diagnosi di alopecie androgenetiche e cicatriziali: il contenzioso medicolegale

Autore: Francesca Ambrogio

L'alopecia androgenetica (AGA) è la forma più comune di Alopecia dopo il Telogen Effluvium. Essa è caratterizzata dalla progressiva superficializzazione, miniaturizzazione e depigmentazione dei follicoli piliferi fino alla loro atrofia in aree androgeno dipendenti.

Invece le alopecie cicatriziali (AC) sono un gruppo eterogeneo di alopecie caratterizzate da un processo infiammatorio dell'unità follicolare che termina con esito cicatriziale pressoché permanente.¹ La patogenesi dell'AGA è legata all'aumentata sensibilità geneticamente determinata dei follicoli piliferi agli androgeni (DHT), secondaria a > densità di recettori per gli androgeni e/o aumentata attività della 5-alfa-reduttasi. Viceversa la patogenesi delle AC non è ancora del tutto chiara e nonostante non vi sia una terapia univoca per tutte le forme di AC, l'obiettivo principale del trattamento di ogni AC è quello di ridurre il grado di infiammazione peripilare per bloccare il decorso della patologia e possibilmente, prevenire l'esito cicatriziale permanente con perdita del follicolo pilifero.¹ Infatti, anche se un certo grado di ricrescita è possibile laddove il danno cicatriziale non è completo, intervenire tardivamente comporta di solito l'irreversibilità del processo.¹

D'altro canto riuscire ad avere una diagnosi precoce con un'entità di malattia limitata, può limitare l'impatto sia estetico che sulla qualità di vita dei pazienti, dal momento che i capelli rappresentano un elemento chiave dell'immagine corporea di ciascun individuo, nonché un componente fondamentale dell'attrazione sessuale percepita.² E' stato, infatti, dimostrato che la caduta dei capelli può avere un impatto significativo sulla self-confidence, sull'autostima e sulla qualità di vita dei pazienti, nonché indurre sintomi di ansia e depressione.²

Inoltre, benché tutte le forme di alopecia possono impattare fortemente sulla qualità di vita dei pazienti affetti, recenti studi sembrerebbero sostenere che le AC possano impattare in maniera superiore rispetto alle forme non cicatriziali.³

Proprio alla luce dell'impatto sia estetico che psicologico delle alopecie cicatriziali e non⁴, anche in virtù del crescente risvolto medico-legale degli esiti cicatriziali post-chirurgici e anche post-infiammatori, la presente relazione si ripropone di dare indagine l'impatto sulla qualità della vita nei pazienti affetti da AGA e AC, con particolare interesse al ritardo diagnostico e al risvolto estetico e medico-legale che lo stesso può comportare.

Bibliografia

1. Hordinsky M. Scarring Alopecia: Diagnosis and New Treatment Options. *Dermatol Clin.* 2021;39:383-88.
2. Chiang YZ, Bundy C, Griffiths CE, Paus R, Harries MJ. The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. *Br J Dermatol.* 2015;172:130-7.
3. Katoulis AC, Christodoulou C, Liakou AI, Kouris A, Korkoliakou P, Kaloudi E, Kanelleas A, Papageorgiou C, Rigopoulos D. Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015;13:137-42.
4. Maloh J, Engel T, Ntarelli N, Nong Y, Zufall A, Sivamani RK. Systematic Review of Psychological Interventions for Quality of Life, Mental Health, and Hair Growth in Alopecia Areata and Scarring Alopecia. *J Clin Med.* 2023;12:964

Diagnosi differenziale fra segni cutanei da patologia e da abuso in età pediatrica

Autore: Fabio Arcangeli

Molte condizioni dermatologiche, specie in area genitale e perigenitale, possono simulare lesioni traumatiche evocando la possibilità di un abuso. In tali situazioni è di rilevante importanza identificare correttamente la esatta natura patologica delle lesioni al fine di evitare percorsi assistenziali e legali del tutto inappropriati. Nel contempo è necessario non trascurare mai la possibilità di un abuso al cospetto di manifestazioni cutanee che suggeriscano tale possibile evenienza, procedendo, certamente con la dovuta cautela, seguendo con dovizia le indicazioni proposte dalle linee guida internazionali.

Casi da cui imparare in tema di consenso informato, diagnostica dermo-oncologica e operatività dermoestetica

Autori: Valerio Cirfera, Nicola Arpaia

Il melanoma cutaneo, pur avendo una elevata malignità, è un tumore visibile già durante le prime fasi evolutive e la sua precoce asportazione consentirebbe di ottenere una percentuale di guarigioni vicina al 100%. Di qui l'importanza di una diagnosi precoce, oggi possibile grazie alle nuove tecniche diagnostiche e alla introduzione della dermoscopia che ha consentito un miglioramento della performance diagnostica con valori della sensibilità che, in mani esperte, supera il 90%. Rimane tuttavia un numero di lesioni equivoche "difficili" nelle quali non è possibile distinguere tra lesione benigna e maligna; ovviamente è proprio in questo ambito che si concentra l'attenzione degli esperti per indicare almeno le situazioni nelle quali è più comune la possibilità di errore nella diagnosi e anche purtroppo di conseguenti sequele medico-legali.

Per melanoma "difficile" in letteratura si intende appunto quel melanoma che da un punto di vista clinico, ma soprattutto dermoscopico presenta caratteri equivoci con altre neoformazioni benigne. Tuttavia possono essere considerati difficili, più in senso lato, tutti quei melanomi che non solo dal punto di vista diagnostico ma anche terapeutico e più in generale della gestione del paziente richiedono una particolare attenzione da parte del medico.

Le AI in medicina: il futuro è oggi

Autore: Pasquale Arpaia

In questa lectio magistralis, esploreremo il crescente impatto dell'intelligenza artificiale (IA) e dell'erudizione artificiale nel campo della medicina, con un focus particolare sulla dermatologia legale e forense. L'IA ha rivoluzionato vari settori, inclusa la sanità, offrendo strumenti potenti per la diagnosi, il

trattamento e la gestione delle malattie della pelle. Tuttavia, nonostante i progressi tecnologici, il ruolo del medico rimane insostituibile e cruciale.

Discuteremo come l'IA può supportare i dermatologi, migliorando la precisione diagnostica attraverso l'analisi avanzata delle immagini, identificando pattern complessi e suggerendo piani di trattamento personalizzati. Esamineremo anche le limitazioni attuali dell'IA, come la necessità di grandi quantità di dati di alta qualità e la mancanza di comprensione contestuale che solo un medico può fornire.

Nel contesto della dermatologia legale e forense, analizzeremo l'importanza dell'IA nell'identificazione e documentazione delle lesioni cutanee per scopi medico-legali. Tratteremo come le tecnologie IA possano essere utilizzate per migliorare l'accuratezza delle perizie e delle valutazioni forensi, riducendo al contempo il rischio di errori umani.

Inoltre, approfondiremo l'attuale Apprendimento Automatico (Machine Learning), chiarendo come si tratti piuttosto di erudizione artificiale, un concetto ben diverso da quello di intelligenza artificiale, enfatizzando la necessità di una collaborazione simbiotica tra tecnologia e competenze umane. Il medico del futuro non sarà solo un utilizzatore passivo di strumenti IA, ma un integratore attivo di queste tecnologie nel processo decisionale clinico e forense, mantenendo l'empatia, l'etica e il giudizio critico al centro della pratica medica.

Concluderemo con una riflessione sul futuro della dermatologia, in particolare quella legale e forense, incoraggiando i professionisti a abbracciare l'innovazione tecnologica pur preservando l'essenza umana della cura medica. Questo equilibrio tra tecnologia e umanità sarà la chiave per garantire un'assistenza sanitaria ottimale e centrata sul paziente, nonché una pratica forense accurata e giusta.

La regolamentazione dell'AI in sanità: stato dell'arte e sfide future

Autore: Assunta di Martino

La nostra società è caratterizzata dalla crescente utilizzazione di sistemi di intelligenza artificiale (IA), i quali, allo stato attuale della tecnica sono dotati intrinsecamente di un proprio margine interno di discrezionalità, non indagabile a priori, né facilmente discernibile a posteriori, poiché assumono autonomamente decisioni che non dipendono meccanicamente dalla precedente attività di programmazione, ma sono essenzialmente il frutto di un processo di apprendimento progressivo attraverso l'interazione con l'ambiente. Il riferimento è chiaramente a quella specifica classe di algoritmi c.d. di apprendimento automatico (o machine learning), nei quali comprendere l'esatta relazione tra input e output risulta, ad oggi, poco realistico.

In ambito sanitario sono ormai numerose e sempre più promettenti le ipotesi applicative di sistemi di IA in grado di determinare enormi vantaggi in termini di velocità di esecuzione e di una migliore accuratezza diagnostica e terapeutica. A ciò si aggiunge la capacità di tale tecnologia di garantire una maggiore equità nell'accesso alle cure, soprattutto, in contesti nei quali, per ragioni geografiche, politiche ed economiche, queste sarebbero altrimenti precluse. Tuttavia, non vanno sottovalutati i rischi relativi a un'accettazione acritica delle indicazioni di tali sistemi decisionali, in quanto, la complessità tecnica, l'autonomia, la dipendenza dai dati e l'opacità, possono rendere eccessivamente difficoltoso e/o oneroso sia la conformità all'impianto normativo europeo, sia l'implementazione di regole di responsabilità.

Quest'ultima considerazione è in linea con il presente intervento, il quale, al fine di offrire una visione esaustiva del framework normativo legato all'applicazione di soluzioni tecnologiche AI-based, si muove su un duplice piano: europeo e nazionale.

Pertanto, dopo aver posto l'accento sull'efficacia dell'approccio regolatorio scelto dal Legislatore europeo, ci si soffermerà sulla coerenza di quest'ultimo con altre normative di armonizzazione dell'Unione. Al termine di tale disamina risulterà inevitabile stabilire, se e in che modo il nuovo assetto normativo inciderà sui sistemi di responsabilità civile.

L'approccio regolatorio europeo si sostanzia nel Regolamento sull'intelligenza artificiale (c.d. Legge sull'IA), proposto dalla Commissione nel 2021 e approvato dal Parlamento europeo nel mese di

marzo 2024, ossia, un sistema di regole ex ante che stabilisce divieti e obblighi armonizzati, specifici per chi sviluppa, fornisce o utilizza sistemi di I.A. seguendo un approccio basato sul grado di rischio associato al loro utilizzo.

Come anticipato, ai fini della presente analisi appare, però, fondamentale analizzare la “Legge sull’IA” anche in relazione alle altre normative settoriali; il Legislatore europeo, infatti, adoperando la tecnica del “rinvio”, mira all’integrazione delle norme previste dal Regolamento sull’IA con quelle di settore – previste dall’allegato I –, come il Regolamento sui Dispositivi Medici (Regolamento UE 2017/745). L’idea di fondo è che un singolo prodotto può essere soggetto a una pluralità di discipline dettate dalle normative di armonizzazione UE ove per le sue caratteristiche ricada nel campo di applicazione di più di una di dette normative di armonizzazione. Sicché tale prodotto potrà essere immesso in commercio solo se risulti conforme a tutte le normative a esso applicabili.

Per meglio chiarire questo passaggio, si è scelto di prendere a esempio, giacché funzionale ai nostri fini, un “Software as a Medical Device” (SaMD) utilizzato come supporto alla diagnosi: questi è in primis un dispositivo medico e, pertanto, soggetto all’applicazione del Regolamento sui Dispositivi Medici, è, inoltre, un AI/SaMD “ad alto rischio”, in quanto soddisfa i requisiti previsti dall’ articolo 3 e dall’articolo 6 del Regolamento sull’IA che di conseguenza dispiega la sua efficacia. Da ultimo, ma non certo per importanza, prima che il nostro AI/SaMD raggiunga il mercato sarà necessario valutare tale tecnologia secondo le prescrizioni del Regolamento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment Regulation UE 2021/2282).

Le richiamate normative, facenti tutte capo al “New Legislative Framework”, testimoniano più che mai la pervasività di questa tecnologia, ma anche la complessità; solo in corso d’opera potremmo verificare se il “rinvio” postulato dal dettato normativo del Regolamento sull’IA si traduca in una realtà applicativa in grado di evitare l’elefantiasi burocratica data dalla necessità di conformarsi a molteplici discipline normative, le quali, tra l’altro, assolutamente speculari nei passaggi cardine dell’iter procedurale volto appunto alla valutazione della conformità. La duplicazione di sforzi “amministrativi” o “burocratici” può costituire indubbiamente un forte disincentivo per i produttori, o può spingerli a dislocare la loro produzione al di fuori dei confini europei.

A seguito di questa disamina, verrà, quindi, posta l’attenzione su uno snodo cruciale in materia di IA, quello relativo al sistema di responsabilità civile, il quale, conserva un fondamentale ruolo complementare nell’assicurare la tutela del danneggiato in caso di danni provocati dall’utilizzo di sistemi di IA.

E’ a questo punto che dal piano europeo, che contempla, allo stato attuale, due progetti di Direttive complementari dedicate, l’una, alla «modernizzazione» della normativa in tema di responsabilità da prodotto difettoso (Direttiva sulla responsabilità per danno da prodotti difettosi) e, l’altra, all’armonizzazione «mirata» di taluni aspetti delle norme nazionali di responsabilità per colpa (Direttiva sulla responsabilità da IA), si passa a quello nazionale, in quanto le regole di responsabilità civile rappresentano il fulcro degli ordinamenti giuridici europei.

Anche in questo caso, non resterà che verificare se il modello normativo proposto dall’Unione europea nel dispiegare la propria efficacia, potrà garantire quell’armonizzazione “mirata” – ovvero solo nella misura in cui le attuali regole di responsabilità appaiono inidonee a una tutela efficace nell’ipotesi di nuovi danni – così da rispettare le normative nazionali di settore, o, invece, potrà solo originare una frammentazione delle istanze di tutela.

Infine, verrà illustrato un caso pratico di danno subito dal paziente a seguito di una prestazione sanitaria eseguita con l’ausilio di un sistema di IA.

Psoriasi: confronto tra i biologici in uso

Autore: Anna Balato

Il trattamento della psoriasi, una malattia infiammatoria cronica della pelle, è stato rivoluzionato dall’introduzione dei farmaci biologici. Questi agenti mirano specificamente a molecole coinvolte

nella patogenesi della psoriasi, offrendo un approccio più mirato rispetto alle terapie sistemiche tradizionali. I principali farmaci biologici attualmente in uso si dividono in tre categorie in base al bersaglio molecolare: inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α), inibitori dell'interleuchina-12/23 (IL-12/23) e inibitori dell'interleuchina-17 (IL-17).

Gli inibitori del TNF- α sono stati i primi biologici approvati per la psoriasi e agiscono bloccando una citochina chiave nell'infiammazione. Sebbene efficaci, questi farmaci possono aumentare il rischio di infezioni e altre complicanze a lungo termine.

Gli inibitori dell'IL12/23 e IL-23, mirano a ridurre la risposta immunitaria, migliorando l'efficacia terapeutica e riducendo potenzialmente gli effetti collaterali rispetto agli inibitori del TNF- α .

Gli inibitori dell'IL-17 offrono risultati più rapidi e duraturi rispetto ai loro predecessori, con un miglior profilo di sicurezza.

Il confronto tra questi agenti evidenzia un'evoluzione verso terapie più efficaci e mirate, con profili di tollerabilità migliorati. Tuttavia, la scelta del trattamento ottimale dipende dal singolo paziente, dalla severità della malattia e dal rischio di effetti collaterali.

Le AI in Dermatologia

Autore: Gabriella Brancaccio

La diagnosi precoce dei tumori cutanei è un campo intrigante e promettente per l'applicazione dell'intelligenza artificiale (AI) data la natura "visiva" del tipo di dato utilizzato. Le reti neurali possono essere addestrate somministrando un numero elevatissimo di immagini, grazie alle quali imparano a classificare immagini cliniche o dermoscopiche con elevata precisione. Ad oggi, numerose app integrate con AI sono state sviluppate per la diagnosi dei tumori cutanei, sia per supportare il clinico nel percorso decisionale sia per l'utilizzo diretto da parte del paziente. Tuttavia la maggior parte degli studi pubblicati in letteratura misura l'accuratezza diagnostica dell'IA in un contesto sperimentale e non in scenari clinici realistici. Per questo motivo, il reale valore dell'AI nella pratica clinica è ancora in gran parte sconosciuto. Questa presentazione esaminerà i vantaggi e gli svantaggi dell'intelligenza artificiale in diversi contesti della pratica clinica, in particolare la sua utilità come strumento per i pazienti, i medici di medicina generale ed i dermatologi.

Tasso di crescita del melanoma

Autore: Valerio Cirfera

L'esigenza di un marker prognostico nel melanoma (MM), che possa guidare le strategie di follow up e di terapia adiuvante, è fortemente sentita. Attualmente i markers disponibili sono lo spessore della neoplasia e la presenza di ulcerazione. Inoltre viene considerata un forte marker prognostico la positività del linfonodo sentinella, che però richiede una tecnica invasiva ed è una procedura che si effettua solo in alcuni casi. Una serie di markers prognostici è stata proposta per tentare di identificare l'aggressività biologica del MM: l'indice mitotico, la vascolarizzazione, markers di attivazione cellulare, molecole di adesione, ecc. È evidenza comune che il melanoma non cresce nella stessa maniera: esistono forme a crescita lenta e forme a crescita veloce. È stato ipotizzato che la cinetica iniziale del MM rifletta la sua aggressività biologica. La cinetica della crescita di un MM primario (MK) è stata definita come il rapporto volume del MM al momento dell'asportazione/tempo trascorso dalla comparsa all'asportazione. Come surrogato di tale rapporto è stato proposto il rapporto spessore (indice di Breslow)/ T1 – TR, dove per T1 s'intende il tempo in cui il paziente ricorda la comparsa della neoplasia e TR il tempo dell'escissione. Tale indice è stato definito come MKI (melanoma kinetics index). Qualora il melanoma insorga su un nevo, è stato proposto il MKI* (spessore/T2-TR). In questo caso il T2 è il tempo in cui il paziente ha notato una modificazione del nevo. (1) Questi indici sono risultati essere direttamente correlati con

la sopravvivenza libera da malattia dei pazienti, nel senso che un tumore a rapida crescita andava più facilmente incontro a recidiva. I due indici erano indipendenti dall'indice di Breslow. (1) Sulla base di questi dati, Liu et al. hanno proposto un indice analogo, la rate of growth (ROG) del MM, ovvero il tasso di crescita mensile del melanoma che si basa essenzialmente sull'indice di Breslow, tasso, che per ovvi motivi, non può definirsi omogeneo, costante e regolare. Nel loro studio retrospettivo il ROG medio risultò essere di 0,12 mm/mese nello SSM, 0,49 nel NM, 0,13 nel LMM (2), ma con ampie eccezioni, soprattutto nelle fasi iniziali di melanomi ad estensione superficiale, in cui il ROG può essere stimato in frazioni, anche molto piccole (0,0...) di millimetro e, viceversa molto elevato (anche fino a 3,25 mm e oltre) in una buona porzione di melanomi nodulari. Da qui, l'importanza medico-legale della conoscenza del ROG è di particolare rilievo, anche se non mancano le criticità di condivisione sull'affidabilità di questo parametro, perchè il tasso di progressione dello spessore di Breslow si basa su una misurazione dopo l'escissione e su una stima da parte del paziente di quando la lesione è apparsa per la prima volta e quando ha cambiato carattere

Nella valutazione medico-legale della responsabilità professionale, due sono gli aspetti principali, il primo dei quali riguarda l'eventuale errore sanitario commesso e il secondo le conseguenze che da questo ne sono scaturite, in termini di danno alla persona e inadempimento della prestazione professionale in ambito civile e in termini di violazione del diritto al bene salute in ambito penale. Nel caso particolare del melanoma è noto che la stessa neoplasia ha un grado di anaplasia biologica differente a seconda che si tratti di melanoma ad estensione radiale-superficiale o di melanoma nodulare ad estensione verticale, circostanza condizionate l'insorgenza di metastatizzazione o fase tumorigena di diffusione del tumore, a sua volta dipendente dal tasso di crescita neoplastica mensile, notoriamente più elevata nel caso di melanoma nodulare. Fattori prognostici negativi aggiuntivi (cofattori) sono rappresentati dallo spessore di Breslow e dalla presenza o meno di ulcerazione della lesione all'atto della sua diagnosi, dal numero di mitosi per campo di unità istopatologica esaminata e da altri parametri che saranno analizzati nella relazione.

Maltrattamenti e Abuso Sessuale sui Minori

Autore: Valerio Cirfera

Le violenze su bambini e adolescenti, quasi mai denunciate, sono sempre più diffuse. Nel 70%, circa, dei casi l'abuso si consuma fra le mura domestiche e consiste in un comportamento nei confronti di minorenni, cagionante un danno psicologico e psico-fisico, di rilievo clinico e medico-legale; le forme più ricorrenti riguardano 4 tipologie di maltrattamenti

1. Abuso Sessuale
2. Maltrattamenti psico-fisici (somato-emozionali)
3. Violenza Assistita (coercizione ad assistere a fatti di violenza)
4. Incuria o Trascuratezza del minore

Non sempre le distinzioni categoriali tra casi di abuso fisico, sessuale, psicologico e trascuratezza rispecchiano una realtà che spesso si presenta come molto complessa: è così possibile parlare di "forme miste" di abuso. Tali abusi fanno integrano il quadro psico-evolutivo delle "Esperienze Sfavorevoli Infantili", provocano nel tempo disturbi da stress post traumatico.

L'abuso all'infanzia può essere definito come:

«qualsiasi comportamento, volontario o involontario, da parte di adulti (parenti, tutori, conoscenti o estranei) che danneggi in modo grave lo sviluppo psicofisico e/o psicosessuale del bambino. Abuso è tutto ciò che impedisce la crescita armonica del minore, non rispettando i suoi bisogni e non proteggendolo sul piano fisico e psichico. Vi rientrano, dunque, non soltanto comportamenti di tipo commissivo, entro i quali vanno annoverati maltrattamenti di ordine fisico, sessuale o psicologico, ma anche di tipo omissivo, legati cioè all'incapacità più o meno accentuata, da parte dei genitori, di fornire cure adeguate a livello materiale ed emotivo al proprio figlio» (Caffo E., Camerini G.B., Florit G. *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia*. McGrawHill, Milano 2002)

1. Abuso Sessuale

Le bambine sono più spesso vittime di abusi sessuali, anche se il numero delle vittime maschili è comunque significativo. **La maggior parte degli abusi vengono compiuti da persone vicine alla vittima, per lo più appartenenti allo stesso nucleo familiare.** I dati raccolti nel dossier fanno i conti con la difficoltà di registrare effettivamente tutti i casi. In Italia infatti è difficile far emergere completamente un fenomeno che risulta in gran parte ancora “sommerso” e purtroppo poco denunciato.

Cosa significa abuso sessuale su minore?

La definizione legale di **molestia su minore** considera abuso **ogni atto** di una persona (adulto o altro minore) che con la **forza, la coercizione o le minacce costringa un minore ad avere qualsiasi forma di contatto sessuale o di attività sessuale**. L'abuso sessuale include rapporti sessuali e/o comportamenti che prevedono **toccamenti sessuali del minore, molestie senza tocco** e **utilizzo del minore a scopo sessuale**. A volte può non esserci **nessun contatto fisico** e **l'abuso può avvenire online, tramite chat e/o webcam**.

La scoperta dell'abuso

Nella maggior parte dei casi i minori non rivelano l'abuso immediatamente dopo l'evento, poiché temono l'abusante e le sue minacce. Quando il/la bambino/a è forzato/a a mantenere segreto l'abuso sessuale si sente intrappolato/a e senza speranza. Queste sensazioni unite alla paura del minore di non essere creduto lo portano a mettere in atto un comportamento accomodante nei confronti dell'autore dell'abuso. Se il minore rivela l'abuso, il fallimento della famiglia e dei professionisti nel proteggerlo e supportarlo adeguatamente aumentano lo stress del minore e possono portarlo a ritrattare la rivelazione.

La rivelazione di un abuso sessuale su minore è spesso un processo piuttosto che un singolo evento. Normalmente i bambini rivelano l'accaduto alla madre, ad un amico fedele, ad un pari o ad un insegnante. A volte il trauma da abuso è così forte che possono passare anni prima che la vittima si renda conto e riesca a parlare dell'accaduto. Alcuni adulti possono rendersi conto dell'abuso per la prima volta anche a 40 o 50 anni e rivelare la loro esperienza terrificante.

Comprovazione dell'abuso sessuale

Nel caso di abuso sessuale su minore spesso **il bambino è l'unico testimone** e le sue affermazioni possono essere l'unica dimostrazione. In questi casi, il problema principale può essere “**credere alle sue**”

affermazioni". Alcuni esperti attestano che i bambini non mentono mai sugli abusi sessuali e pertanto le loro dichiarazioni devono essere sempre credute. Generalmente i casi in cui ci sono prove definite ed evidenze oggettive sono l'eccezione, ma esistono alcuni segnali. Il primo indicatore di un abuso può non essere una evidenza fisica, ma piuttosto **un cambiamento** o un **comportamento anomalo**. Poiché è difficile accettare che possano esserci stati abusi su un minore, spesso **gli adulti interpretano erroneamente i segnali e le emozioni dei bambini**. A volte, anche davanti alla rivelazione da parte di un minore di un abuso, **le reazioni degli adulti possono essere di incredulità e rifiuto**.

Elementi di sospetto di un abuso sessuale

In base all'età, i bambini vittime di abusi sessuali possono esibire alcuni comportamenti.

Nei primi anni di vita:

Paura o pianti eccessivi; Vomito; Problemi di allattamento/alimentazione; Disturbi intestinali; Disturbi del sonno; Difficoltà di crescita; Difficoltà a ricordare come parlare o non essere in grado di farlo; Agire l'evento traumatico durante il gioco

Entro i 10 anni:

Paura verso determinate persone, posti o attività; Regressioni a comportamenti precedenti come bagnare il letto o avere paura degli estranei; Essere insolitamente irrequieti con un genitore o un altro adulto; Vittimizzazione di altre persone; Emozioni di vergogna o colpa; Incubi o disturbi del sonno; Isolamento dalla famiglia o dagli amici; Paure ricorrenti di essere attaccato/a; Disturbi alimentari

In bambini più grandi o adolescenti:

Depressione; Incubi e disturbi del sonno; Basso rendimento scolastico; Promiscuità; Abuso di sostanze; Aggressività, comportamenti distruttivi o irrispettosi; Fughe da casa; Disturbi alimentari; Gravidanza o matrimonio precoci; Comportamenti suicidi; Rabbia nell'essere forzati da qualcuno; Comportamenti pseudo-maturi.

Gli effetti di un abuso sessuale su un minore si prolungano oltre l'infanzia, **privando il bambino della fanciullezza**, creando perdite di fiducia, sentimenti di colpa e comportamenti di auto-abuso. Il **senso di colpa**, la **vergogna**, la **paura** e la **sfiducia verso gli altri sono tanto più intense, quanto più l'ambiente circostante ignora, non supporta o copre l'episodio**. Solitamente un bambino reagisce all'abuso innescando **meccanismi di difesa** quali **rimozione** e **dissociazione**: la mente cerca di distaccarsi dal ricordo traumatico causa di dolore troppo intenso creando una barriera rispetto a ciò che è accaduto o cancellando l'episodio dalla memoria. Sembra che il minore affronti una situazione molto simile a quella degli adulti che, dopo aver subito un trauma, sviluppano un disturbo da stress post-traumatico.

Tra le patologie che possono svilupparsi in seguito ad un abuso sono più frequenti il **disturbo borderline di personalità**, la **depressione**, i **disturbi alimentari** e le **dipendenze**, proprio in conseguenza all'incapacità di regolarsi e al costante bisogno di "tenere il controllo" su una situazione che si percepisce in pericolo costante. L'abuso può rendere difficile alla vittima relazionarsi in modo intimo con altre persone, nel corso della vita.

Aspetti medico-legali biologici vs biosimilari

Autore: Valerio Cirfera

L'attuale realtà del Sistema Sanitario Nazionale deve necessariamente tenere conto della necessità di tutela della salute del paziente e della sostenibilità del Sistema stesso. La contingenza economica globale rende, purtroppo, sempre più pressante l'influenza del secondo fattore. Obiettivo dell'intervento è il confronto, dal punto di vista medico-legale dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici per la psoriasi vs i farmaci biosimilari, per approfondire le eventuali reali opportunità associate ad entrambe le classi farmacologiche, incrociandole con le norme previste dalla legge nello specifico settore.

Il dibattito sulla sostituibilità tra biologico originator e biosimilare e la scadenza brevettuale di numerosi farmaci biotecnologici rendono sempre più urgente la ricerca di nuovi modelli di approvvigionamento in grado di assicurare ai pazienti i farmaci di cui hanno bisogno, garantendo libertà prescrittiva del clinico, la continuità terapeutica ed appunto la sostenibilità.

Le novità assicurative con particolare riguardo alla tematica del consenso informato

Autore: Giulia Faganello

La presentazione affronterà il tema del consenso informato in ambito medico, evidenziando l'importanza di questo strumento come fondamento del rapporto tra medico e paziente. Verranno approfondite le novità introdotte dalla Legge Gelli-Bianco (Legge n. 24/2017), che ha ridefinito le responsabilità professionali degli operatori sanitari in Italia. In particolare, analizzeremo come la nuova normativa regoli la comunicazione tra medico e paziente, sottolineando la centralità del consenso informato nella gestione del rischio clinico e nella tutela dei diritti del paziente.

Terapie innovative nella dermatite atopica: l'informazione tra scienza e sostenibilità sociale

Autore: Torello Lotti

La dermatite atopica (AD) è una malattia dermatologica comune che può insorgere a diverse età con manifestazioni cliniche differenti. I fattori eziologici e le vie patogenetiche della AD sono stati studiati a fondo ma, come spesso accade, qualcosa in più deve essere ancora chiarito prima che l'affermazione di possedere una comprensione globale della malattia possa essere considerata una verità. Il trattamento dell'AD è spesso impegnativo, a causa del decorso cronico della malattia e del fatto che anche la migliore delle terapie è influenzata da eventi avversi, intolleranze o dalla possibile comparsa di controindicazioni derivanti da un improvviso cambiamento dello stato di salute generale del paziente (ad esempio, l'insorgenza di alcune comorbidità). Pertanto, la necessità di sapere "come, quando, con cosa e perché" trattare i pazienti affetti da AD con le numerose modalità terapeutiche è ora nelle mani dei dermatologi.

Biologici vs biosimilari: aspetti medicolegali

Autore: Giovanni Palazzo

La introduzione dei farmaci biologici ha rivoluzionato l'approccio terapeutico della psoriasi, permettendo di trattare forme cliniche gravi con risultati clinici sorprendenti rispetto a quello che era l'abituale standard terapeutico. Lo stesso uso dei farmaci biologici ha consentito di comprendere gli aspetti fisiopatologici della psoriasi permettendo di classificarla come malattia psoriasica e di definire il concetto di infiammazione alla base non solo della psoriasi ma anche di molte altre comorbidità condivise dagli stessi pazienti, pertanto il trattamento biologico risulta oggi rivoluzionario ed inderogabile proprio per tali motivazioni. Se da un lato il successo clinico rende non opinabile quanto affermato, dall'altro la necessità di conciliare detti risultati con la spesa

sostenuta dalle Regioni, stante l'elevato costo dei farmaci biotecnologici, ha portato ad una serie di controlli e di norme da parte delle autorità regolatrici, soprattutto regionali, finalizzate appunto al contenimento della spesa stessa. In questo contesto l'uso del farmaco biosimilare va incontro a quest'esigenza conciliando le due necessità: miglior trattamento terapeutico possibile – contenimento della spesa. Nella relazione si tenderà di mettere in evidenza la necessità di utilizzare in modo molto più libero il biosimilare consentendone la prescrizione a molti dermatologi e contestualmente di poter permettere di raggiungere molti più pazienti attualmente lontani dal beneficio terapeutico ottenibile.

La prescrivibilità dei farmaci in nota 95: aggiornamenti dalla SIDELF

Autore: Luigi Piazzolla

L'introduzione della terapia medica nel trattamento delle cheratosi attiniche (AK) ha profondamente modificato il nostro approccio terapeutico nei confronti di tale patologia. In particolare, trattamenti topici, elencati nella nota 95 AIFA, sono ormai ampiamente utilizzati con ottimi risultati di efficacia.

L'ampio spettro di farmaci presenti nella nota AIFA, e soprattutto lo sviluppo di farmaci caratterizzati da schemi terapeutici assolutamente vantaggiosi, e gestibili dal paziente al proprio domicilio, offrono un'arma terapeutica volta alla completa remissione del quadro clinico, in percentuale altissima, miglioramento della compliance e qualità della vita dei pazienti.

Studi più recenti, hanno dimostrato l'importanza del trattamento precoce della cheratosi attinica, e il rischio di SCC era più significativamente ridotto in pazienti trattati con uno dei principi attivi in nota 95, rispetto a quelli trattati con placebo

Le AK sono considerate forme iniziali di carcinomi squamo – cellulari (SCC), motivo per cui la loro diagnosi e trattamento tempestivo, si impone come atto sanitario prioritario rilevante, sia dal punto di vista clinico che medico legale.

Per questo motivo, all'interno della SIDELF, è stato creato un gruppo di studio, dopo la sessione interattiva sulla nota 95 AIFA III° Congresso Nazionale SIDELF del 19-21 Ottobre 2023 tenutosi a Bari, per focalizzare una tematica che coinvolge tutti i dermatologi indistintamente.

La dermatite atopica: confronto tra i biologici in uso

Autore: Vincenzo Piccolo

Negli ultimi anni c'è stata una vera e propria rivoluzione nel trattamento delle malattie cutanee infiammatorie, con particolare interesse nei riguardi della dermatite atopica. La cosiddetta medicina traslazionale ha consentito la scoperta di nuovi meccanismi patogenetici, ponendo le basi per nuove terapie target, sia con anticorpi monoclonali, sia con piccole molecole, che riescono a trattare anche forme gravi di malattia in maniera rapida e soprattutto piuttosto sicura. L'obiettivo di questa presentazione è navigare tra i nuovi trattamenti approvati per la dermatite atopica, confrontandone le caratteristiche di efficacia e i profili di sicurezza.

I carcinomi cutanei e il sole: l'impegno della SIDeLF

Autore: Diego Pini

La Sidelf- Società Italiana di Dermatologia Legale e Forense - ha istituito alcuni gruppi di studio per l'approfondimento di temi che riguardano la nostra attività.

Il tema delle precancerosi e la foto protezione è stato quello scelto da un gruppo di specialisti che hanno svolto un importante lavoro.

I componenti sono
Giuseppe Monfrecola
Enrico Procaccini
Diego Pini
Lucia Villa.
Annalisa Bettin
Luigi Piazzolla

In accordo assolutamente completo è stato svolto un lavoro diverso da quello che si potrebbe aspettare: l'impiego del fotoprotettore, della sua importanza, modalità di uso a seconda dell'età, del tipo di pelle, se uomo o donna o bambino e molto altro è stato oggetto di numerosi studi e di relazioni in tantissime sedi. Abbiamo pertanto ritenuto utile spostare l'attenzione su un livello diverso riferendoci in particolare alle norme, molto spesso disattese, circa la fotoprotezione del lavoratore "da esterno" avendo come termine di riferimento i decreti dell'INAIL ed in particolare la figura del Medico Competente e i dati emersi sono stati sorprendenti.

Una prima parte dello studio ha riguardato lo studio della letteratura internazionale su Sole e attività lavorative. Come prevedibile tutti i lavori mettono in grande risalto il rapporto tra l'esposizione ai raggi UV e la comparsa di neoplasie cutanee. Di rilievo è stato lo studio condotto in basi militari degli USA sulle condizioni della cute dei militari stessi che quasi sempre disattendono le norme di prevenzione dai danni da UV. Uno dei punti essenziali di questa bibliografia è stato notare l'assenza del dermatologo come figura professionale centrale in questa prevenzione. In pratica non emerge dato su chi poggia la responsabilità della visita dei lavoratori da esterno e di conseguenza a chi viene demandato il compito di trasmettere l'obbligatorietà dei DPI in questi lavoratori o comunque soggetti esposti per lungo tempo all'esposizione a raggi UV.

Un altro aspetto del lavoro del gruppo è stato quello del riscontro, nei lavori presi in esame, dell'assenza del dermatologo come figura principale nei vari decreti INAIL. La piattaforma MalProf, presente da circa 20 anni, registra ed elabora dati sui casi di malattia professionale denunciate all'Ente. Tali casi danno una rappresentazione della realtà del fenomeno, bisognosa di implementazioni tali da migliorare da un lato la capacità di raccolta del dato medesimo, dall'altro di potenziare la capacità di "lettura" in termini soprattutto di reale correlazione della patologia con l'attività lavorativa.

Nel caso specifico della prevenzione delle malattie cutanee nei lavoratori da esterno si è dato risalto alle varie linee guida in vari paesi mondiali partendo ovviamente dall'Italia dove esistono linee guida codificate in vari documenti INAIL

Tutti i lavori riportano le normative di prevenzione dei danni da raggi UV che potremmo definire come "standard" :

- orario di lavoro
- Luoghi di pausa all'ombra per pausa mensa
- Abbigliamento corretto
- Uso di occhiali
- Norme sui prodotti di foto protezione
- altro....

La legislazione riguardante la protezione dai raggi UV risale al 1956 (art.22 D.P.R. n 303/56) che obbliga il datore di lavoro ad adottare le misure preventive idonee alla protezione dei lavoratori a rischio. I successivi adeguamenti quali il D.L. 626/94 ed il DL 81/2008 hanno incluso tra le malattie tabellate le “malattie causate da radiazioni solari” le CHERATOSI ATTINICHE, EPITELIOMI CUTANEI DELLE SEDI FOTOSPOSTE.

Risulta evidente di come la corretta valutazione del danno professionale da raggi solari non abbia a tutt’oggi trovato la giusta competenza medico-specialista che il solo dermatologo potrebbe offrire. Si apre a questo punto lo scenario offerto dalla competenza, seppure di alta formazione, del Medico Competente (MC) al quale compete il giudizio di idoneità lavorativa e con un rapporto libero professionale con il datore di lavoro.

Secondo quanto previsto dall’art. 25 del Testo Unico della Sicurezza il Medico Competente “collabora con il datore di lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e dell’integrità psico-fisica dei lavoratori, all’attività di formazione e informazione dei lavoratori, per la parte di competenza, e all’organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione.

Durante le visite per la sorveglianza sanitaria l’organo “cute” difficilmente viene valutato dallo specialista dermatologo per cui nel caso di una visita preventiva, in particolare di aziende da esterno (edili, stradali, cartellonistica..), il rischio di non riconoscere o di sottovalutare lesioni cutanee precancerose risulta elevato, da cui il possibile successivo rischio legale.

Ovviamente molto è normato da leggi nell’ambito INAIL (Articolo 1 legge 3 agosto 2007 n.123) in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e successive modifiche ed integrazioni, (capo V D.L 81/2008) dove ci sono tabelle circa il rischio di questi lavoratori nonché di elementi di prevenzione (tessuti e foto protettivi) ma non si fa riferimento alla figura del dermatologo

Il Decreto-Legge n. 48 del 4 maggio 2023 apporta importanti cambiamenti al Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro, in particolare riguardo all'obbligo di nominare un medico competente per la sorveglianza sanitaria basata sulla valutazione dei rischi del personale in visita.

A tale scopo è stato sottoposto un questionario ai Medici Competenti di varie regioni italiane circa la modalità di visita per il lavoratore da esterno. Un punto importante del questionario, oltre alla domanda riguardante le richieste degli specifici DPI, era centrato sulla eventuale richiesta da parte del MC della visita dermatologica.

Il questionario ha evidenziato che il dermatologo non viene mai - o in minima parte - richiesto come ulteriore specialista. Le considerazioni ovviamente sono tante: dalla necessità di tenere bassi i costi per il datore di lavoro, dai tempi richiesti per una idoneità lavorativa, dalla impossibilità - in caso di patologie da foto esposizione - ad un cambio di mansione all’interno della azienda stessa e altre.

Da questo lavoro emerge come dato fondamentale quello di porre la Sidelf al fianco delle Unità di Prevenzione negli ambienti di lavoro e porre il dermatologo, in qualità di medico ad alta specializzazione, al fianco del medico competente come figura professionale indispensabile nelle visite ai lavoratori da esterno.

Bisognerà certamente sedersi ai tavoli di lavoro dell’INAIL per introdurre nel recente cambiamento della 48/2023 “riguardo all'obbligo di nominare un medico competente per la sorveglianza sanitaria basata sulla valutazione dei rischi” quello dell’obbligo della presenza del dermatologo in caso di visite a lavoratori da esterno.

Bibliografia

1. Malattie della pelle: analisi per comparti economici e professioni dei lavoratori. INAIL Sistema di sorveglianza delle malattie professionali . Resoconto MalProf 2021
2. La Radiazione Solare Ultravioletta: un rischio per i lavoratori all'aperto. Il Mondo INAIL 2008
3. Decreto Legislativo 81/2008 Protezione dei lavoratori dai rischi da esposizione a radiazione solare. INAIL e Istituto Superiore di Sanità

Carcinomi cutanei e il sole: l'impegno della SIDeLF

Autori: Giuseppe Monfrecola, Diego Pini, Lucia Villa

I tumori cutanei cheratinocitari (cosiddetti NMSC) rappresentano le neoplasie più frequentemente diagnosticate al mondo. E' dimostrato che l'ultravioletto (UV) solare ne è la causa più frequente in individui di pelle chiara. Studi metanalitici rivelano che persone che lavorano all'aperto hanno un rischio aumentato del 77% per cheratosi attiniche e carcinomi squamocellulari e del 43% per carcinomi basocellulari rispetto a individui che svolgono lavori in ambienti chiusi. I raggi UV sono classificati come provati carcinogeni (IARC/WHO Group 1), alla stregua di sostanze quali plutonio e asbesto, dall'International Agency for Research on Cancer (IARC), tuttavia solo raramente vengono considerati come fattore di rischio nell'attività lavorativa così come invece accade per altri carcinogeni nell'ambiente di lavoro. E' interessante notare che, in ambito lavorativo, maggiore attenzione normativa è stata data ai danni da UV artificiali e poca o nulla a quelli da UV naturali.

Verrà fatto il punto sullo stato attuale delle norme del nostro Paese e su eventuali linee di condotta della SIDeLF su tale argomento.

Novità e prospettive della Legge Gelli-Bianco: depenalizzazione dell'atto medico

Autore: Benedetto Vergari

A distanza di oltre 7 anni dall'entrata in vigore della Legge Gelli-Bianco (n. 24/2017) si impone una riflessione sull'ipotesi di riforma in tema di responsabilità professionale dei sanitari, tema di cui si è occupato anche la Commissione istituita dal Ministro della Giustizia, che ha di recente ultimato i suoi lavori e formulato alcune proposte.

Alla luce delle problematiche emerse in ambito attuativo, sia di carattere giuridico che medico-legale, si prospetta un percorso evolutivo teso fondamentalmente alla ridefinizione della colpa medica in particolare in ambito penale, dando maggiore valenza e rilievo alla complessità e difficoltà della prestazione sanitaria, con conseguente attenuazione del grado di responsabilità, delineando quindi la colpa grave secondo parametri più determinati e stringenti, aggiornando e rivisitando il "vecchio" modello delle Linee-guida.

Tra le ipotesi, maggiori sanzioni per le liti temerarie nelle cause pretestuose contro medici e professionisti sanitari.

Un aspetto particolarmente importante, già previsto dalla Legge Gelli-Bianco ma solo in parte attuato, è la necessità di affidare l'incarico ad un Collegio peritale composto da specialisti qualificati medici-legali ed esperti nel settore di peculiare competenza.

Si delinea un nuovo orizzonte con la prospettiva di sancire e stabilire limiti e condizioni più precise e meno suscettibili di interpretazioni arbitrarie, a tutela sia del cittadino che della professionalità del medico.

Malattie parassitarie: quando sono obbligatorie le denunce e come farle (aspetti clinico-terapeutici e medico-legali della scabbia)

Autore: Lucia Villa

La scabbia è una malattia cutanea infettiva contagiosa causata dall'acaro *Sarcoptes Scabie* varietà *Hominis*, un patogeno in grado di parassitare e riprodursi esclusivamente a livello dello strato corneo della cute umana.

La scabbia colpisce globalmente da 200 a 300 milioni di persone ogni anno, negli ultimi 10-20 anni la frequenza della patologia, sotto forma di epidemia, sembra essere in aumento inoltre recentemente sono sempre più consistenti i dati registrati di fallimenti in relazione alla terapia topica con Permetrina; si sta assistendo all'insorgenza di una vera e propria resistenza a tale farmaco o quanto meno a una " tolleranza " al trattamento.

Nel 2021 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso la Scabbia tra le Malattie Tropicali Neglette (MTN). L'aumento dei casi in Europa e la rapida diffusione epidemica della patologia pongono in primo piano l'esigenza di conoscere meglio questa malattia, i suoi aspetti clinico-terapeutici e medico legali in relazione alla denuncia di malattia e come farla.