

# Linee guida per la refertazione in dermoscopia

A cura della Associazione Italiana Diagnostica Non Invasiva in Dermatologia (AIDNID)  
in collaborazione con il Dermoscopy Forum

Paolo Carli<sup>1</sup>, Matteo Gnone<sup>2</sup>, Gian Luigi Giovane<sup>3</sup>, Giovanni Ghigliotti<sup>4</sup>, Nino Gasparini<sup>5</sup>,  
Alessandra Chiarugi<sup>1</sup>, Elisa Danti<sup>6</sup>, Vincenzo De Giorgi<sup>1</sup>, Francesca Cencetti<sup>7</sup>, Benedetto  
Mastrecchia<sup>8</sup>, Pierluigi Buccini<sup>9</sup>, Stefano Serresi<sup>10</sup>, Fiorenza Tangari<sup>11</sup>.

(testo redatto a seguito di riunione di consenso tenutasi a Firenze in data 4/12/2004)

il contenuto del testo e' stato presentato e discusso in occasione della sessione di dermoscopia del convegno della Societa' Italiana di Dermatologia Chirurgica ed Oncologica (Roma, aprile 2005), del corso di Dermoscopia organizzato dalla Associazione Italiana di Diagnostica non Invasiva in Dermatologia (AIDNID) nell'ambito del Convegno Nazionale della Societa' Italiana di Dermatologia e Malattie Sessualmente Trasmesse , (Genova, giugno 2005), del Convegno Nazionale AIDNID (Palermo Giugno 2005).

Il testo e' stato sottoposto alla approvazione del comitato direttivo della AIDNID e del Dermoscopy Forum

Affiliazioni degli autori:

- 1) Dipartimento di Scienze Dermatologiche Universita' di Firenze
- 2) U.O. Dermatologia Ospedale Chiavari
- 3) Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali, Perugia
- 4) U.O. Dermatologia Ospedale S.Martino, Genova
- 5) Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali, Terni
- 6) U.O. Medicina Legale - ASL Firenze
- 7) Clinica Dermatologica Universita' di Perugia
- 8) Clinica Dermatologia Universita' la Sapienza - Roma
- 9) U.O.Dermatologia, Ospedale S.Gallicano IRCCS, Roma
- 10) U.O.Dermatologia, INRCA - Ancona
- 11) libero professionista - Roma

## A. Principi Generali

1. La dermoscopia rappresenta un **esame di II livello** finalizzato alla migliore caratterizzazione non invasiva delle neoformazioni pigmentate cutanee non diagnosticabili con certezza dal punto di vista clinico (I livello), costituendo pertanto una integrazione dell'esame clinico specialistico dermatologico. La refertazione dermoscopica quindi integra la tradizionale refertazione della visita il cui obbligo è prassi della pratica medica.
2. La prescrizione di un esame dermoscopico e' da ritenersi idonea e deve quindi essere accolta dallo specialista che esegue l'esame qualora sia stata richiesta da un altro Medico (di medicina generale, dermatologo o altro specialista) e se contenente l'indicazione precisa della lesione da esaminare .  
Viceversa, la richiesta di esame dermoscopico non e' idonea e non dovrebbe essere accolta - perlomeno nel contesto della medicina pubblica- se proveniente dallo stesso paziente che sollecita l'esame di una o piu' lesioni non rilevanti dal punto di vista clinico e per le quali lo specialista dermatologo non ha riscontrato la necessita' di tale esame.  
La richiesta di esame dermoscopico non puo' essere considerata idonea neppure qualora - pur proveniente da medico di medicina generale o altro specialista- non indichi con precisione la/le lesioni da sottoporre ad esame. In quest'ultimo caso (es. : si richiede dermoscopia per numerosi nevi atipici....) puo' essere consigliabile trasformare - con il consenso del paziente - la richiesta di dermoscopia (che prevede uno specifico ticket sanitario differente da quello della visita) in una richiesta di visita dermatologica per screening melanoma che consentira' al dermatologo di effettuare comunque una visita dermatologica tradizionale - evitando ritardi diagnostici nel caso di paziente portatore di lesione sospetta - e riservandosi di stabilire nel corso della visita l'eventuale necessita' dell'esame dermoscopico.
3. Di seguito vengono identificate le due **condizioni nelle quali puo' avvenire l'esecuzione dell'esame dermoscopico**, e cioe' (a) a seguito di richiesta medica specifica oppure (b) nel corso di una visita di screening delle neoformazioni

pigmentate e quindi a discrezione e su iniziativa del medico che esegue tale visita. Anche la modulistica fornita in allegato e consigliata per la refertazione e' stata redatta in accordo a tali condizioni operative.

4. **Consenso informato:** in base al Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" , che semplifica la precedente norma sulla Privacy, non e' necessaria l'acquisizione di un consenso scritto alla esecuzione dell'esame diagnostico ma viene considerata sufficiente l'acquisizione orale del consenso dopo adeguata informazione sulle modalita' e scopi dell'esame (art. 79).
  
5. **Dotazione minima necessaria** per la corretta esecuzione di un esame dermoscopico:
  - a. Ingrandimento minimo 10x
  - b. Illuminazione a diodi (preferibile rispetto a quella tradizionale a luce incidente)
  - c. Per le immagini digitali, ottenute cioe' con videodermatoscopio o videocamera, non e' al momento possibile stabilire dal punto di vista tecnico i livelli qualitativi minimi per considerare l'immagine sufficientemente informativa per la diagnosi. Si ritiene opportuno indicare come livello qualitativo di riferimento quello riscontrabile in una immagine ripresa in modalita' fotografica analogica con obiettivo dermoscopico dedicato (procedura standard nella recente letteratura) e successivamente digitalizzata.
  
6. **L'obbligo di refertazione clinico-dermoscopica** concerne esami effettuati con apparecchiatura sia analogica che digitale in tutti i casi - sia con esito positivo o negativo - derivanti da specifica richiesta medica (vedi punto 2) e nei casi in cui l'esame dermoscopico, eventualmente eseguito a discrezione del clinico nel corso di visita dermatologica di screening del melanoma, contribuisca alla identificazione di neoformazione pigmentata sospetta e risulti pertanto rilevante per la successiva gestione del paziente.  
Viceversa, non si ritiene necessario procedere ad una specifica refertazione dermoscopica qualora l'esame venga eseguito a discrezione del clinico nel corso

di visita dermatologica di screening del melanoma nella quale non si giunga alla identificazione di alcuna lesione sospetta. In tale caso la dermoscopia - se eseguita- e' da considerarsi a livello di approfondimento diagnostico intrapreso autonomamente dal dermatologo a supporto della propria valutazione clinica. In tale caso pertanto la refertazione riguardera' l'esito complessivo della visita (modulo allegato 1)

7. Si consiglia di orientare il **referto** in senso **clinico-dermoscopic** piu' che esclusivamente dermoscopic. In altre parole, e' consigliabile fare menzione nel referto dei principali caratteri clinico-anamnestici della lesione in esame, inserendo cosi' la conclusione diagnostica dermoscopic nell'ambito di un piu' ampio giudizio clinico del quale la dermoscopia costituisce una fase. E' infatti dimostrato in letteratura e nella esperienza clinica che la integrazione dei caratteri dermoscopic con quelli clinico-anamnestici risulta di fondamentale importanza nel minimizzare il rischio di gestione errata della neoformazione pigmentata qualora essa appaia di difficile o incerta caratterizzazione dermoscopic (ad es. il cosiddetto "melanoma featureless", cioe' privo di parametri dermoscopic di malignita' identificabili con certezza).
8. Pur non esistendo al momento studi formali "evidence-based" a conferma della seguente affermazione, e' opinione degli estensori delle presenti linee guida, ed oggetto altresì di discussione nella letteratura specializzata, che l'esame dermoscopic sia da ritenere di pertinenza dello specialista dermatologo e non di altre figure sanitarie. A seguito delle considerazioni riportate al punto 7, la migliore diagnostica si ottiene infatti attraverso la integrazione dei caratteri dermoscopic con i piu' rilevanti elementi clinico-anamnestici. L'esecuzione della dermoscopia da parte di medico non specialista in dermatologia e quindi non sufficientemente competente nella diagnostica clinica dei tumori cutanei non appare offrire - allo stato attuale delle conoscenze- le necessarie garanzie di affidabilita'.

9. **Consegna al paziente del referto.** Sotto il profilo medico legale tutti gli esami strumentali devono essere obbligatoriamente riportati in forma di referto scritto firmato dal medico che rappresenta l'unico documento giuridicamente valido.
10. **Conservazione del referto** Le disposizioni legislative vigenti ( Circolare Ministero della Sanità n. 61 del 19.12.86) obbligano a conservare in un archivio dedicato una copia del referto per 20 anni almeno; i formati idonei sono: la carta chimica autocopiante, la fotocopia o la stampa in duplice copia; nel caso di referto redatto in file digitale - ad esempio nell'ambito del programma di archivio già presente nel videodermatoscopio- e' possibile conservare copia del referto in tale formato. Tali dati, sia in formato cartaceo che digitale, sono sottoposti alla normativa prevista dall' articolo 15 (sicurezza dei dati) della legge n. 675 del 1996e dal DPR n. 445/2000 sulla conservazione e trasmissione dei documenti amministrativi; l'archiviazione digitale deve avvenire su almeno 2 supporti distinti e conservati in locali differenti. Ulteriori e più recenti indicazioni sulla archiviazione ottica e conservazione di documenti sono contenute nella deliberazione CNIPA n. 11 del 19 febbraio 2004. La copia cartacea archiviate deve essere firmata dal medico che ha refertato. Deve essere nominato un responsabile del data base che e' a conoscenza dello stato di conservazione dei dati e delle procedure di accesso.
11. **Consegna al paziente della stampa delle immagini dermoscopiche** Malgrado la presenza della documentazione di immagini sia raccomandabile nel contesto del referto, lo stesso Garante per la Privacy ha rilevato in un suo parere che *l'art. 13 della legge 675/96 non prevede la necessaria consegna della documentazione o dei supporti sui quali i dati sono conservati, in quanto obbliga, più precisamente, il responsabile del trattamento ad estrapolare dai propri archivi e documenti tutte le informazioni su supporto cartaceo o informatico che riguardano il richiedente e a riferirle a questi con modalità idonee a rendere i dati facilmente comprensibili*. Pertanto e' il referto scritto firmato dal medico che rappresenta il documento con validita' medico-legale. Viceversa, la consegna dell' immagine al paziente è da considerare facoltativa e dovrebbe essere vincolata ad un livello minimo qualitativo per cui essa risulti sufficientemente rappresentativa di ciò che viene descritto nel referto. Sull'immagine che si consegna puo' essere

consigliabile specificare che la descrizione e la diagnosi sono fatte sulla base dell'osservazione in vivo. Trattandosi inoltre la dermoscopia - come già affermato al punto 7 - di una procedura diagnostica che non può prescindere da una valutazione integrata con i dati clinico-anamnestici, l'immagine dermoscopia può di per sé non essere sufficiente a supportare le conclusioni diagnostiche e di gestione della lesione riportate nel referto stesso. Qualora il paziente lo richieda gli dovranno essere consegnate le copie dei file relativi alle immagini archiviate che lo riguardano.

**12. Conservazione delle immagini dermoscopiche:** In analogia a quanto stabilito per le radiografie, si ritiene che le immagini dermoscopiche debbano essere archiviate per almeno 20 anni, come stabilito dalla Circolare Ministero Sanità n. 61 del 19/12/86; ciò vale anche per eventuali immagini dermoscopiche acquisite tramite tecnologia analogica e contenute su altri supporti (pellicola negativa o carta fotografica).

**13. Problematica della acquisizione e conservazione della immagine nel caso di dermoscopia manuale:** Benché consapevoli della opportunità di acquisire e conservare l'immagine in qualsivoglia modalità tecnica di esecuzione dell'esame dermoscopic, tale procedura è da considerarsi necessaria nell'ambito dell'esame digitale (videodermatoscopio, videocamera) mentre è da considerarsi soltanto consigliabile in quella analogica. In quest'ultima infatti la strumentazione (dermoscopio manuale) non permette di per sé la archiviazione dell'immagine se non mediante l'uso di specifici dispositivi fotografici che non costituiscono parte integrante dello strumento. In questo caso, l'esecuzione della dermoscopia manuale sarebbe assimilabile all'esecuzione dell'esame oftalmoscopico o otoscopico con strumentazioni ottiche tradizionali, che richiedono specifica refertazione ma che non sono accompagnati normalmente da acquisizione dell'immagine a supporto della diagnosi.

## La Struttura del referto

Al fine di creare una sempre maggiore uniformità sul territorio nazionale delle modalità di refertazione, si procede alla messa a punto di un referto clinico-dermoscópico “standard”.

Il Referto clinico-dermoscópico dovrebbe essere strutturato in 2 parti distinte, costituite da una parte generale e da una parte analitica (allegati 1 e 2):

**Parte Generale** *Screening clinico-dermoscópico delle lesioni cutanee; da compilare in tutti i soggetti esaminati. Lo scopo è quello di informare il paziente e/o il medico inviante sugli eventuali fattori di rischio, fornire elementi di educazione sanitaria (counseling), consigliare eventuali futuri controlli. Può costituire l'unica componente del referto quando l'esame dermoscópico venga eseguito a discrezione del dermatologo che esegue la visita di screening del melanoma senza che sussista specifica richiesta da parte del medico inviante e non venga identificata alcuna neoformazione sospetta* Per quanto riguarda la visita generale non è corretto escludere l'esame di alcune regioni del corpo, salvo espresso diniego del paziente; pertanto è consigliabile offrire al paziente che si sottoponga alla visita di screening (cioè visita generale della cute) la possibilità di essere sottoposto ad esame della regione genito-animale. In caso di diniego, potrebbe essere prevista una croce da barrare in cui si dichiara che il paziente ha rifiutato l'esame di tale regione anatomica. Il cuoio capelluto invece dovrebbe comunque essere esaminato con attenzione nel corso della visita.

**Parte Analitica** - *(Referto clinico-dermoscópico della lesione x). Da compilare in tutti i casi di esame dermoscópico specificamente richiesto dal medico inviante e nei casi nei quali l'esame - seppur eseguito a discrezione del dermatologo durante una visita di screening del melanoma - abbia dato esito positivo (lesione dubbia, sospetta o francamente maligna da sottoporre ad ulteriori accertamenti o trattamento radicale con conferma istologica).*

L'utilizzo o meno di entrambe le parti viene riassunto nel seguente algoritmo:

**A) Visita di screening (trattasi di una visita di controllo delle lesioni pigmentate durante la quale viene effettuata la dermoscopia a discrezione del dermatologo ):**

*A.1 Nessuna evidenza per una o piu' neoformazioni pigmentate sospette che richiedano approfondimento diagnostico mediante biopsia escissionale o stretto follow up:*

Refertazione:

Parte Generale: *si*

Parte Analitica: *no*

*A.2 Individuazione di una o piu' neoformazioni con caratteri clinico-dermoscopic di sospetto che richiedano ulteriori accertamenti*

Refertazione:

Parte Generale: *si*

Parte Analitica: *si*

**B) Esame dermoscopic mirato su specifica lesione a seguito di richiesta medica (e quindi senza esecuzione della visita di screening):**

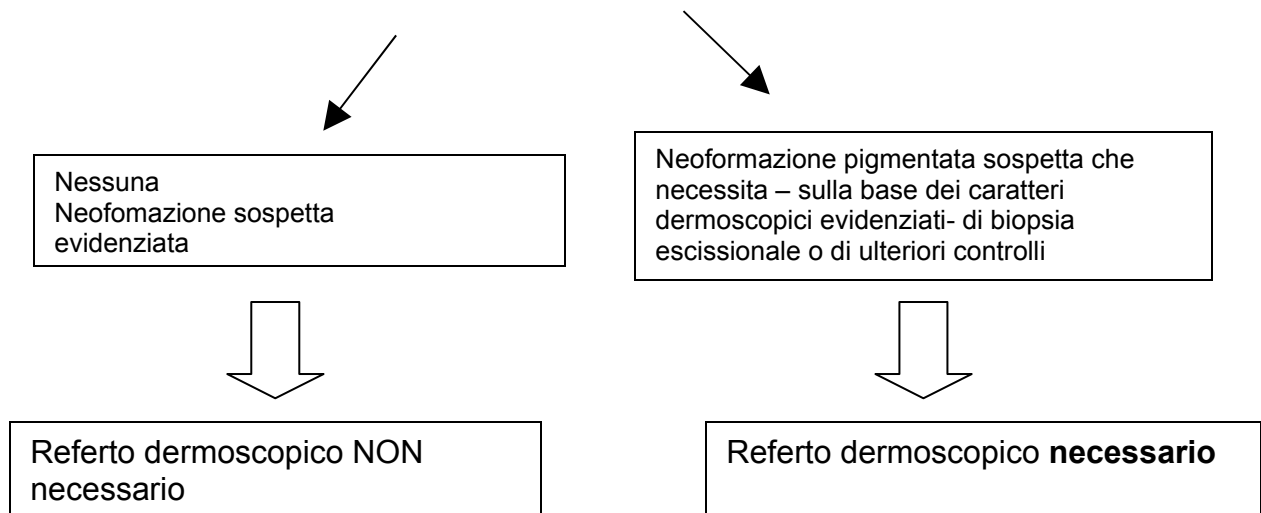
Refertazione:

Parte Generale: *no*

Parte Analitica: *si*

### Algoritmo per la refertazione dermoscopic

1) *Visita di screening dermato-oncologic con dermoscopia manuale eseguita a discrezione del medico esaminatore*



2) *esame dermoscopico (sia manuale che digitale) su lesione specifica richiesto dal medico inviante*



La refertazione dermoscopica e' necessaria in ogni caso, sia con esito positivo che negativo

3) *richiesta generica di "dermoscopia" (sia manuale che digitale) senza che siano state specificate le lesioni da sottoporre ad esame*

La richiesta puo' essere trasformata in visita per screening dermato-oncologico (vedi punto 1)

## I Contenuti del referto

### Parte Generale

Deve essere redatto su carta intestata del Medico/ Struttura che esegue l'esame. Alla scheda verra' allegato (o ne costituirà parte) sintetico schema illustrativo sulle modalita' dell'autoesame cutaneo e sulle regole per l'identificazione di una lesione pigmentata sospetta)

Deve contenere:

#### A) DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

- ✓ *Nome*
- ✓ *Cognome*
- ✓ *Data di nascita*
- ✓ *Professione*
- ✓ *Data esame*

INDICAZIONE SE E' STATO ESEGUITO O NO ESAME DERMOSCOPICO SPECIFICANDO SE CON MODALITA' ANALOGICA O DIGITALE

IDENTIFICAZIONE DI FATTORI DI RISCHIO RILEVANTI:

- Familiarità per melanoma (parenti di I grado)*
- Presenza di nevi clinicamente atipici*
- Storia personale di melanoma*

- Numero di nevi melanocitici > 50*
- Ripetute ustioni solari prima dell'eta' adulta*
- Intensa e protratta fotoesposizione*
- Fototipo I-II sec. Fitzpatrick*

b) EVIDENZE CLINICO-DERMOSCOPICHE GENERALI:

- Nessuna neoformazione pigmentata sospetta:

Indicazioni e/o suggerimenti:

- ✓ *Si consiglia autoesame*
- ✓ *E' opportuna una visita di controllo a mesi xx*

- Lesione/i con caratteri di sospetto diagnostico: *Si rinvia alla parte analitica allegata* dove verranno barrati i caratteri dermoscospici osservati (melanocitari e non) e formulato orientamento diagnostico e le indicazioni

C) SPAZIO PER NOTE LIBERE

D) RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE RIGUARDANTI L'AUTOESAME DELLA CUTE

Formula suggerita:

*Le raccomandiamo di effettuare periodicamente l'autoesame della cute. Non dimentichi di controllare anche la zona ano-genitale ed il cuoio capelluto, quest' ultimo possibilmente a capelli bagnati e con l'aiuto di un pettine. In caso di modificazione in dimensioni, forma o colore di un nevo preesistente o della comparsa di un nuovo nevo che mostri caratteristiche diverse da quelle dei nevi gia' presenti si consiglia di sottoporsi tempestivamente a nuova visita dermatologica.*

E) TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO REFERTANTE SU ENTRAMBE LE COPIE

## Parte Analitica

La parte analitica prevede la compilazione di un modulo per ogni lesione analizzata.

Viene identificato un unico modulo indipendentemente dalla natura melanocitaria o non melanocitaria della lesione (ogni modulo conterra' tutti i parametri dermoscopic, melanocitari e non, e lo spazio per l'orientamento diagnostico).

Così come la parte Generale la parte Analitica deve essere redatta su carta intestata del Medico/ Struttura che esegue l'esame.

Deve contenere:

### A) DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

- ✓ *Nome*
- ✓ *Cognome*
- ✓ *Data di nascita*
- ✓ *Data esame*

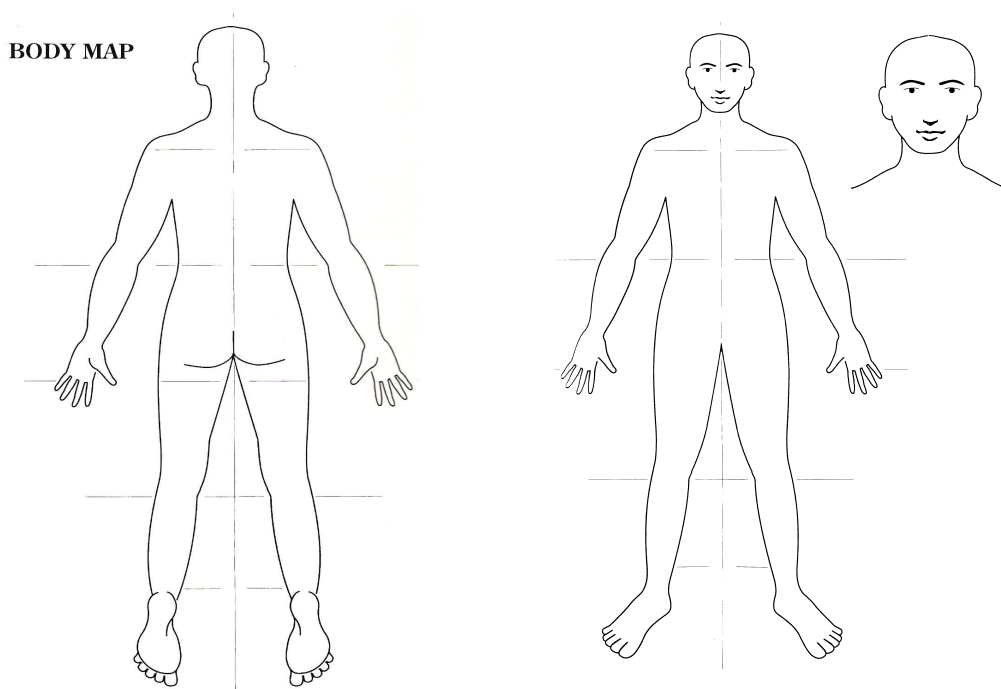
### B) NUMERAZIONE:

Indipendente per ciascun paziente, la numerazione è costituita dal numero progressivo di lesioni descritte.

### C) INDICAZIONE SE TRATTASI DI DERMOSCOPIA ANALOGICA O DIGITALE

### D) ACCURATA DESCRIZIONE DELLA LOCALIZZAZIONE DELLA LESIONE:

sia descrittiva sia tramite indicazione della sede su figura:



Si consiglia inoltre di segnare direttamente sulla cute del paziente la lesione oggetto del referto (penna dermatografica) sia per una identificazione a casa, che può facilitare il follow-up anche da parte di parenti o amici, sia per l'identificazione da parte del dermochirurgo nel caso di lesione di cui venga disposta l'asportazione a breve.

e) MISURE DEI DUE DIAMETRI MAGGIORI DELLA LESIONE IN mm

F) CONTENUTI ANALITICI:

Lesioni Melanocitarie:

- ✓ *Simmetria-Asimmetria (forma,colore,strutture)*
- ✓ *Pattern Globale*
- ✓ *Pattern Locale*

Lesioni non melanocitarie:

- ✓ *Pattern Locale*

G) CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE

Le conclusioni vanno introdotte specificando la natura integrata clinico-dermoscopia del referto: utile da un punto di vista medico legale specificare se ci sono elementi che hanno impedito la visione chiara dei parametri dermoscopic e quindi l'esecuzione dell' esame dermoscopic a livello ottimale ( presenza di crosta ematica, presenza di intensa pigmentazione diffusa,ecc.)

Formule suggerite:

*CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE: Le caratteristiche clinico-dermoscopiche della lesione emerse all'atto della visita depongono per.....*

H) INDICAZIONI

Le indicazioni debbono sempre essere indicate come “necessarie”; vengono proposte le seguenti alternative:

- Autoesame*
- Controllo clinico-dermoscopic (con indicazione dei tempi e possibilmente la data dell'appuntamento)*
- Biopsia escissionale per approfondimento diagnostico (qualora si reputi necessaria l'asportazione della lesione ma non venga espressa una diagnosi clinico-dermoscopic di certezza)*
- Exeresi a scopo terapeutico (qualora si reputi necessaria l'asportazione della lesione e venga espressa una diagnosi clinico-dermoscopic di certezza)*

Formule suggerite:

INDICAZIONI: *è necessario sottoporre la lesione a.....*

- I) RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE RIGUARDANTI L'AUTOESAME DELLA CUTE  
Formula suggerita (vedi sopra parte generale)
  
- L) TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO REFERTANTE SU ENTRAMBE LE COPIE

ALLEGATO 1

Struttura dove viene eseguita la visita \_\_\_\_\_

**SCREENING CLINICO-DERMOSCOPICO DELLE LESIONI PIGMENTATE CUTANEE**

Sig..... nato/a il .... / .... / ....  
professione..... data esame .... / .... / ....

**FATTORI DI RISCHIO RILEVATI:**

<input type="checkbox"/> familiarità per melanoma (parenti di I grado)	<input type="checkbox"/> ripetute ustioni solari in età pediatrica
<input type="checkbox"/> storia personale di melanoma	<input type="checkbox"/> fototipo I-II sec. Fitzpatrick
<input type="checkbox"/> presenza di nevi clinicamente atipici	<input type="checkbox"/> immunodepressione
<input type="checkbox"/> numero di nevi melanocitici > 50	

E' stato eseguito esame dermoscopico:  no  si

Esame dermoscopico e' stato eseguito con modalita':  analogica  digitale

L'esame clinico-dermoscopico ha evidenziato:

Assenza di neoformazioni pigmentate sospette

*Si consiglia autoesame periodico della superficie cutanea*

*E' opportuna una visita di controllo a mesi.....*

Presenza di neoformazioni pigmentate sospette (vedi allegato/i n..... )

**Note:**.....  
.....

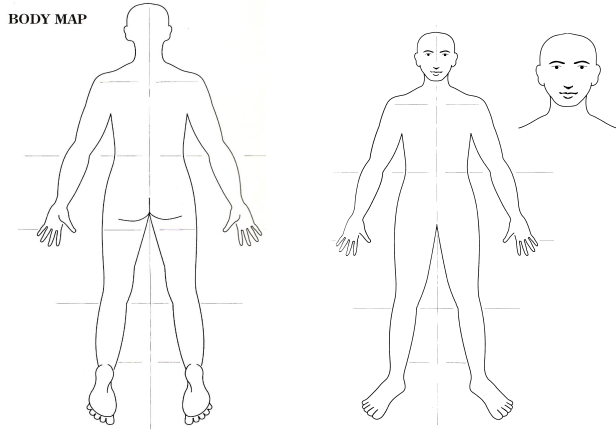
*Le raccomandiamo di effettuare periodicamente l'autoesame della cute. Non dimentichi di controllare anche la zona ano-genitale ed il cuoio capelluto, possibilmente a capelli bagnati e con l'aiuto di un pettine. In caso di modificazione in dimensioni, forma o colore di un neo preesistente o della comparsa di un nuovo "neo" che mostri caratteristiche diverse da quelle dei nevi gia' presenti si consiglia di sottoporsi tempestivamente a nuova visita dermatologica.*

Timbro e firma del Medico

**REFERTO DERMOSCOPICO N.**

Sig ..... nato/a il ...../...../.....  
 telefono ..... data esame ...../...../.....

Sede lesione ..... Dimensioni: mm. .... X mm. ....



- Riferita comparsa / accrescimento / modificazione negli ultimi mesi
- Simmetria
- Asimmetria:       forma                                       colore                                       strutture
- Pattern globale:       reticolare                                       globulare                                       omogeneo  
                                      composto                                       multicomponente                                       starburst  
                                      parallelo                                       lacunare                                       aspecifico
- Pattern locali:       rete/pseudorete atipica                                       strie irregolari                                       punti/globuli irregolari  
                                      blotches irregolari                                       velo blu-biancastro                                       strutture di regressione  
                                      ipo/depigmentazione                                       aree a foglia d'acero                                       strutture a ruota dentata  
                                      aree ovoidi grigio-blu                                       pseudocisti cornee                                       sbocchi similcomedonici  
                                      pattern vascolare:  
                                      ad albero       a forcina       a corona  
                                      a virgola       puntiforme       atipico
- Metodo diagnostico:       Pattern analysis       ABCD rule       7-point checklist       7-FFM
- Esame in dermoscopia:                                       analogica       digitale      Strumentazione:.....

**Conclusioni diagnostiche:** *le caratteristiche clinico-dermoscopiche della neoformazione depongono per*  
 .....  
 .....

**Indicazioni:** *è necessario sottoporre tale neoformazione a*  
 *controllo clinico-dermoscopico a mesi .....*  
 *approfondimento diagnostico mediante biopsia escissionale*  
 *asportazione chirurgica a scopo terapeutico*  
 *autoesame*

Timbro e firma del Medico