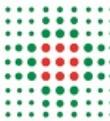


Con il patrocinio di



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



 Mille Miglia
GITMO

Reggio Emilia, Tecnopolis

16-17 gennaio 2026

GITMO 1000 miglia

Presente e futuro del ruolo
degli infermieri nelle
terapie cellulari

*Assistenza al paziente con GvHD acuta cutanea:
Il ruolo del Wound Care Specialist*

Materiale di proprietà dell'Autore Dott. Stefano Colognese.
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.

Dott. Stefano Colognese

Dichiarazione di Assenza di Conflitto di Interessi/Rapporti con Aziende Farmaceutiche

Io sottoscritto **Dott. STEFANO COLOGNESE**, in qualità di **Docente, o Referente Scientifico, o Relatore, o Tutor**, in relazione all'evento odierno, consapevole delle sanzioni civili e penali derivanti da dichiarazioni false e/o mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000,

DICHIARO

- ✓ che negli ultimi due anni non ho avuto alcun tipo di rapporto professionale, economico e/o personale con aziende farmaceutiche,
- ✓ e pertanto dichiaro l'assenza di conflitto di interessi in relazione all'evento odierno, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia;
- ✓ che eventuali rapporti di tale natura non sono tali da poter influenzare l'attività svolta, nel senso di pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti sanitari, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia;
- ✓ che non sussistono interessi, nemmeno potenziali, di natura personale o riferibili al coniuge, conviventi, parenti o affini entro il secondo grado, tali da poter compromettere la finalità esclusiva della formazione dei professionisti sanitari;
- ✓ di osservare i principi e le norme di condotta stabiliti nel Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici
(Decreto del Presidente della Repubblica – D.P.R. 62/2013),
con particolare riferimento agli articoli: **3** (principi generali), **4** (regali, compensi ed altri benefici),
6 (comunicazione di interessi finanziari), **7** (obbligo di astensione), **8** (prevenzione della corruzione).

MI IMPEGNO INOLTRE

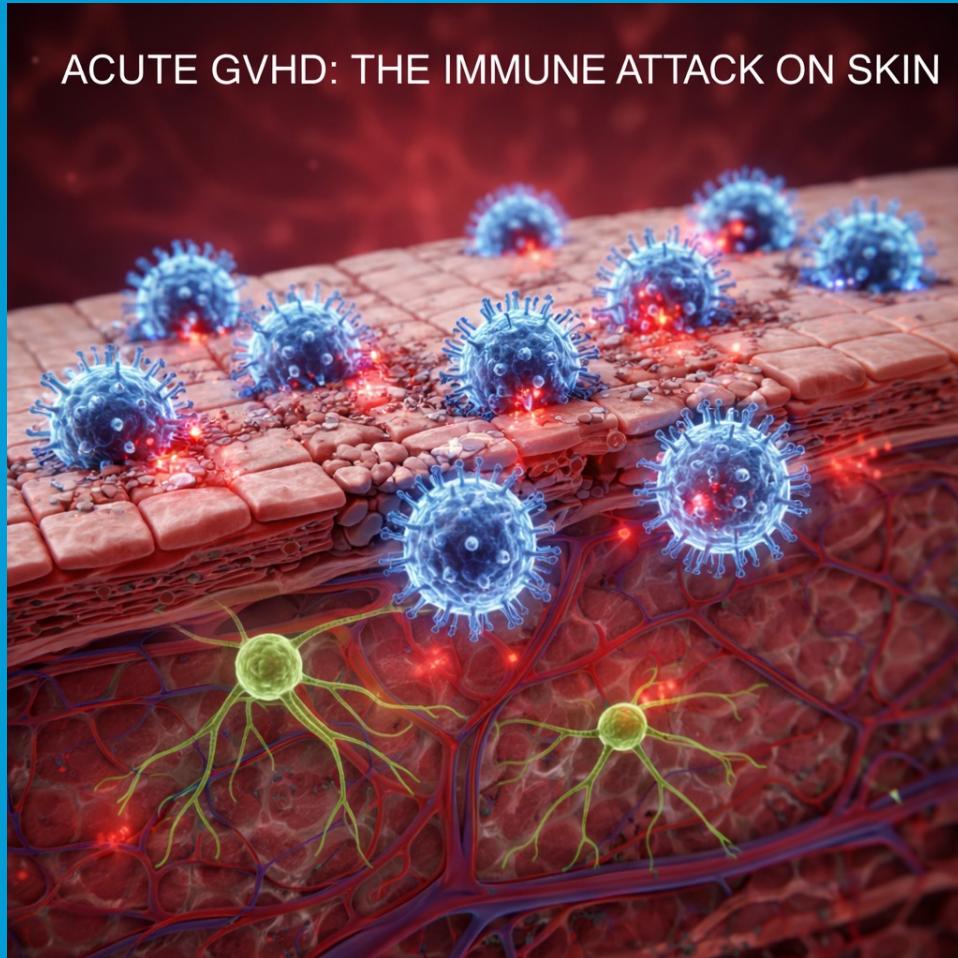
a garantire che le attività formative e didattiche svolte durante l'evento odierno siano
obiettive, equilibrate e non influenzate da interessi diretti o indiretti di soggetti con finalità commerciali.

A tal fine, inserirò una slide introduttiva esplicativa all'inizio della presentazione della mia relazione.



Stefano Cognese

La GvHD Acuta Cutanea: Il "Nemico Invisibile" sulla Pelle



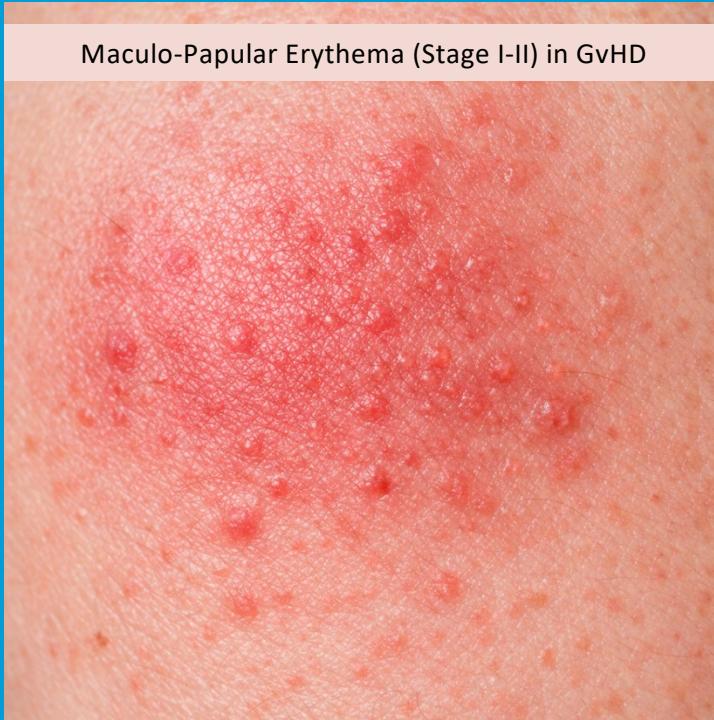
Definizione Essenziale: «La GvHD (Graft-versus-Host Disease) acuta è la complicanza più frequente e temibile del trapianto di cellule staminali emopoietiche allogeniche (HSCT). Si verifica quando i linfociti T del donatore, pur salvando la vita al paziente, riconoscono come "estranei" e attaccano i tessuti sani del ricevente».

«È una reazione immunitaria **donor-driven** contro l'ospite».

Impatto sulla Cute: «La cute è l'organo bersaglio più frequentemente colpito (fino all'80% dei casi di aGvHD). Spesso è il primo segno clinico di malattia»

Perché la cute? È un organo esteso, ricco di cellule presentanti l'antigene (APC) che possono "attivare" i linfociti T del donatore, scatenando la reazione infiammatoria.

Dalla clinica al Paziente: «Le manifestazioni cutanee possono variare da un **lieve eritema (Stadio I)** a un quadro severo con desquamazione e formazione di bolle, simile a una grave ustione (**Stadio IV**)».

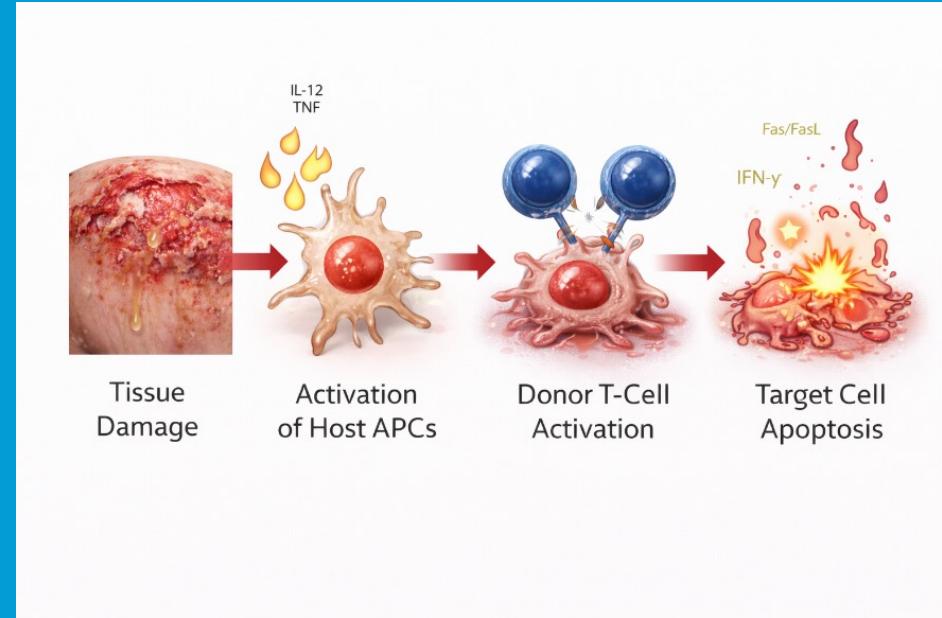


Importanza per il paziente: «Oltre al rischio sistemico, la GvHD cutanea causa dolore intenso, prurito invalidante e profondo disagio psicologico, impattando drammaticamente sulla qualità di vita».



Fisiopatologia semplificata: Perché la cute si «separa»?

- **L'Innesco: Il Riconoscimento.** Tutto parte dai Linfociti T del donatore. Queste cellule, una volta infuse, pattugliano il corpo del ricevente. Nella cute, incontrano le cellule presentanti l'antigene (APC) che mostrano loro le proteine dei tessuti del paziente. I linfociti T le scambiano per minacce e si attivano.
- **L'Attacco: La Tempesta di Citochine.** I linfociti attivati rilasciano "proiettili chimici" (citochine come TNF- α e IFN- γ). Questa tempesta infiammatoria altera il microambiente cutaneo, rendendo i cheratinociti (le cellule dell'epidermide) vulnerabili.
- **Il Danno: L'Apoptosi dei Cheratinociti.** È qui che avviene il disastro visibile. I linfociti T citotossici iniettano enzimi (granzimi e perforine) direttamente nei cheratinociti, inducendo **l'apoptosi** (morte cellulare programmata).
 - ❖ **Necrosi dei cheratinociti:** Le cellule della cute muoiono in massa.
 - ❖ **Danno all'interfaccia:** Il legame tra l'epidermide (sopra) e il derma (sotto) viene distrutto.
- **La Formazione della Bolla (Il Clou).** Perché vediamo le bolle e lo scollamento? Quando i cheratinociti muoiono, ed i ponti che li tengono uniti (desmosomi) si rompono, si crea uno spazio vuoto. Il siero (liquido interstiziale) si insinua in questi spazi vuoti per gradiente osmotico e a causa dell'infiammazione capillare. **Risultato:** Il liquido solleva lo strato di cute morta (epidermide necrotica), creando la bolla. Se la pressione aumenta o c'è attrito, la bolla si rompe, lasciando il derma nudo ed essudante (Stadio IV).



Assessment e Staging



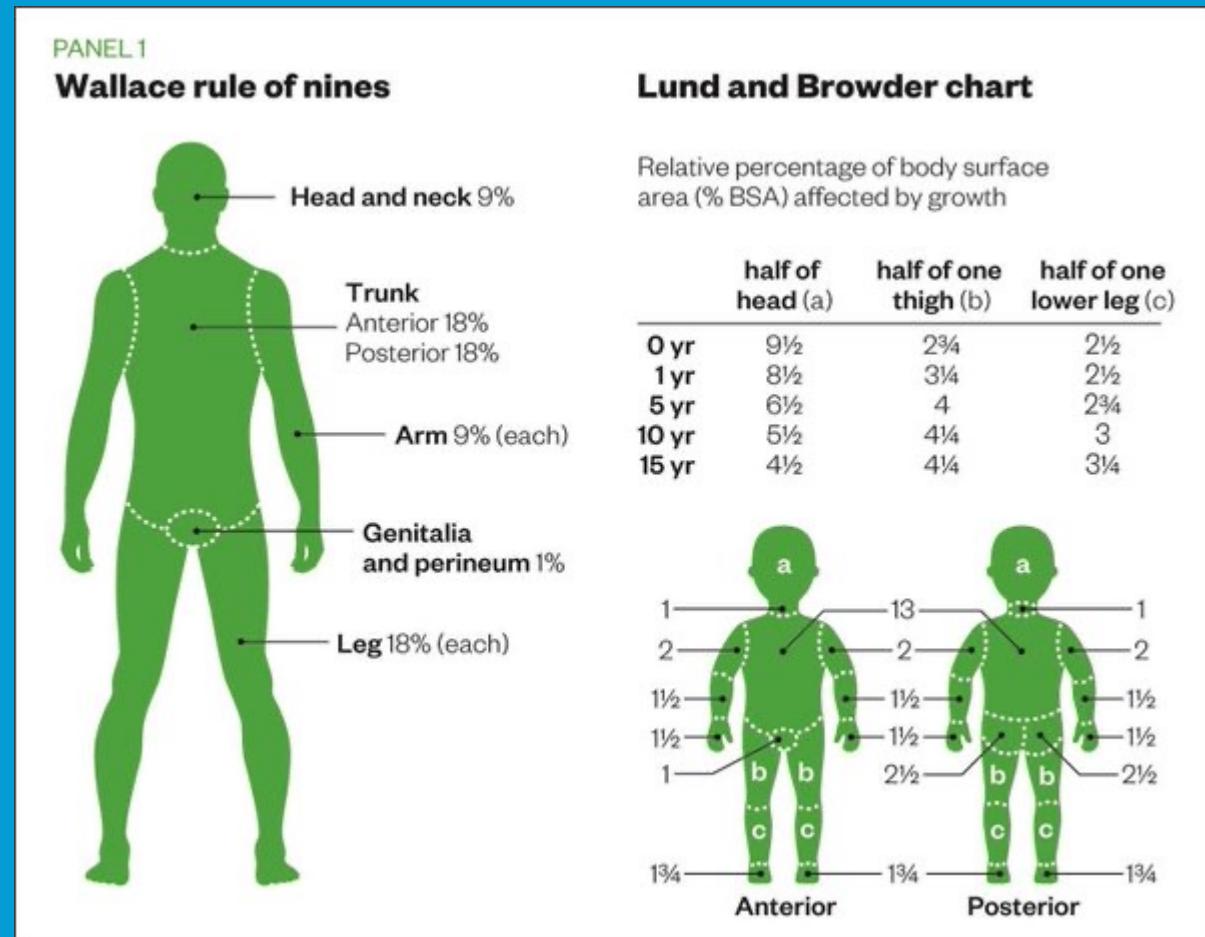
Classificazione e Staging (Glucksberg vs MAGIC)

Stadio 1: Rash <25% BSA (Body Surface Area).

Stadio 2: Rash 25-50% BSA.

Stadio 3: Rash >50% BSA (eritrodermia).

Stadio 4: Bolle e desquamazione (segno di Nikolsky positivo).



**Focus per il WCS: Saper calcolare la BSA
(Regola del 9 come negli ustionati)**

SEGNO DI NIKOLSKY POSITIVO

Il **segno di Nikolsky** è un reperto clinico fondamentale in dermatologia e nel Wound Care avanzato, specialmente in contesti critici come la GvHD acuta, la Necrolisi Epidermica Tossica (TEN) o il Pemfigo.

È un indicatore diretto di **acantolisi**, ovvero la perdita di coesione tra i cheratinociti (le cellule della cute) o tra l'epidermide ed il derma.

SE POSITIVO: Indica che il danno immunologico nella aGvHD è così profondo che le "colle" biologiche che tengono salda la cute sono state distrutte.

Perché è cruciale riconoscerlo?

- ❖ **Divieto assoluto di adesivi:** Se il Nikolsky è positivo, anche un cerotto a bassa aderenza lacererà la cute al momento della rimozione. **Devi usare solo bende tubolari o reti,**
- ❖ **Tecnica "No-Touch":** La detersione non deve mai avvenire per sfregamento, ma solo per irrigazione o tamponamento delicatissimo. Lo sfregamento con una garza causerebbe l'estensione immediata della lesione,
- ❖ **Mobilizzazione del paziente:** Durante i cambi di posizione nel letto, il paziente non deve essere "trascinato". Le forze di taglio (shearing) provocherebbero il distacco di ampi lembi cutanei. Qui l'uso dei **TELI PER USTIONATI IN TNT** o seta diventa vitale.
- ❖ **Staging della GvHD:** La positività al segno di Nikolsky fa scattare automaticamente la classificazione verso lo Stadio IV (il più grave), poiché indica una necrosi epidermica imminente o in atto.



Fase 1: Eritema Maculo-Papulare (Stadi I - II)

È LA FASE DELL'ESORDIO

La pelle appare arrossata, simile a un esantema morbilliforme, partendo spesso da volto, orecchie, palmi e piante.

Obiettivo: Ridurre l'infiammazione, lenire il prurito e mantenere l'idratazione

Prodotti WCS:

- ❖ **Corticosteroidi topici** (su prescrizione medica) per spegnere la reazione immunitaria,
- ❖ **Emollienti neutri:** Creme/oli barriera senza profumo per rinforzare il film idrolipidico. Aloe Vera Gel (DM Sterile) solo se la cute è perfettamente integra, per l'effetto rinfrescante,
- ❖ **Detersione:** Olio lavante o Dermolatte (detergenti per affinità non schiumogeni)



Terapia Topica – Oltre la medicazione

SU PRESCRIZIONE MEDICA

Il Ruolo degli Steroidi Topici (Corticosteroidi) - Dermocortisonici in formulazione lozione o emulsione

Sono la **prima linea di trattamento** per la aGvHD cutanea di stadio I-II



Azione: Bloccano localmente la cascata infiammatoria e l'attivazione dei linfociti T.

Scelta della potenza: Si usano generalmente steroidi ad alta potenza (es. Clobetasolo propionato 0.05%) per indurre la remissione, passando poi a potenze inferiori per il mantenimento.

Veicolo: La scelta tra crema (per lesioni umide) e unguento (per zone xerotiche/secche) deve essere guidata dal WCS in base all'assessment.

La Sicurezza: Atrofia e Assorbimento Sistematico. L'uso prolungato o su grandi superfici espone il paziente a rischi seri:

- **Atrofia Cutanea:** La pelle diventa "trasparente", fragile e soggetta a porpora senile iatrogena.
- **Assorbimento Sistematico:** Su BSA (Body Surface Area) estese (>20%), il cortisone topico può causare soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, iperglicemia e aumento del rischio infettivo (già critico nel trapiantato).

Nuove Frontiere: Inibitori della Calcineurina (Tacrolimus/Pimecrolimus)

Cosa sono: Immunomodulatori non steroidei.

Vantaggio: Non causano atrofia cutanea. Sono ideali per zone delicate come il volto, il collo e le pieghe, dove la pelle è più sottile.

Nota per il WCS: Informare il paziente che all'inizio dell'applicazione possono causare una sensazione di bruciore o calore, che solitamente scompare dopo i primi giorni.

Idratazione e Prevenzione

Mantenimento dell'integrità cutanea negli stadi precoci.

Prodotti: Emolienti privi di profumo e conservanti.

Cosa cercare in un emoliente per GvHD?

Prodotti **ipoallergenici** e **sterili** (o in packaging airless) che imitino i lipidi fisiologici della pelle.

PRIVI DI: Profumi, Conservanti, Tensioattivi aggressivi

Esempi di sostanze funzionali

Ceramidi: Sono i "mattoni" del cemento intercellulare. Fondamentali per chiudere le micro-fessurazioni.

Acidi grassi e Colesterolo: Componenti naturali della barriera.

Vaselina Bianca FU: È l'occlusivo per eccellenza. Crea un film che impedisce l'evaporazione dell'acqua (TEWL - Transepidermal Water Loss).

Esempi e tipologie di prodotti:

- **Creme "Base" o Galeniche:** Vaseline/Paraffina (senza profumo),
- **Linee per Atopia Severa:** Prodotti che contengono un mix fisiologico di lipidi (ceramidi, colesterolo, acidi grassi),
- **Oli Filmogeni:** Vitamina E acetato pura, utile sulle mucose e sulle zone di confine tra cute lesa e integra.

TIPS PER L'APPLICAZIONE:

- Riscaldare l'emolliente: tenere il tubetto tra le mani o vicino a una fonte di calore per renderlo più fluido e meno "freddo" all'impatto.
- Tecnica a "pressione": Non spalmare circolarmente (crea attrito), ma appoggiare le mani sulla pelle e rilasciare.

NB: IMPORTANZA DELLA COSTANZA APPLICATIVA

Il Core - Volumetric Management

Igiene e Detersione - "Primum non nocere"

La Temperatura: Il fattore critico (37°C).
Questo è un punto fondamentale che spesso viene trascurato. Problema: Versare fisiologica fredda (temperatura ambiente, 20-22°C) su un paziente con GvHD estesa, causa vasocostrizione immediata, dolore e blocco temporaneo dell'attività cellulare riparativa (shock termico del letto di ferita).

Inoltre, il paziente GvHD ha perso la termoregolazione cutanea.

Best Practice: I fluidi di lavaggio devono essere riscaldati a 37°C (temperatura corporea).

Come: Utilizzando scald-a-fluidi o tenendo i flaconi in termostato prima della medicazione. Questo riduce il dolore procedurale e favorisce la deterzione.

Teli per Ustionati (Burn Sheets): il loro utilizzo è un indicatore di **alta qualità assistenziale**.

Perché usarli (Razionale): Attrito zero.
Le lenzuola di cotone standard ospedaliero sono abrasive per una pelle con Segno di Nikolsky positivo (basta uno sfregamento per staccare l'epidermide).

È spesso preferito nella gestione delle grandi ustioni e quindi, per estensione, nella GvHD grave. Ha una composizione elettrolitica (Sodio, Potassio, Calcio, Lattato) più simile al **plasma sanguigno**. Risulta più "biocompatibile" per i cheratinociti sofferenti e meno aggressivo sul letto della ferita esposto.

TIPS PER L'APPLICAZIONE: TAMPONARE, MAI STROFINARE!



Wadding: Detersione

Advanced Practice (NCS)	Razionale
Ringer Lattato	Più biocompatibile per le cellule, simula il plasma.
Tiepidi / 37°C	Evita vasocostrizione, riduce dolore, favorisce la guarigione.
Teli sterili Ustionati / TNT	Riduce attrito (shearing), previene distacco epidermico e infezioni.
Aria tiepida / Tamponamento sterile	"No-Touch technique" ove possibile per ridurre traumi.

Fase 2: Bollosa / Desquamativa Iniziale (Stadio III)

ERITEMA CONFLUENTE

(eritrodermia >50% della superficie corporea).

Iniziano a comparire micro-bolle o un sollevamento dell'epidermide.

Il **segno di Nikolsky** può diventare positivo
(la cute si separa con una leggera pressione laterale).

Obiettivo: Protezione meccanica e prevenzione dell'infezione.

Prodotti WCS:

- ❖ **Idrogeli in placca:** Per le zone molto dolenti e "calde", per abbassare la temperatura locale e dare sollievo,
- ❖ **Interfacce in Silicone/Schiume in poliuretano con strato di contatto in silicone** « /Medicazioni in petrolato:
Per evitare che i vestiti o le lenzuola aderiscano alle zone che iniziano a desquamare.



Fase 2: Bollosa / Desquamativa Iniziale (Stadio III)

GESTIONE DELLE BOLLE (FLITTENI)

Dilemma: Bucare o non bucare?

Nella GvHD cutanea acuta (grado III-IV), le bolle e i flitteni rappresentano una perdita dell'integrità dell'epidermide. La **gestione conservativa** è quasi sempre preferibile per i seguenti motivi: Il **"Tetto" come Barriera**: Il tetto della bolla, anche se sollevato dal siero, è il miglior materiale da medicazione esistente. È autologo, previene la disidratazione del letto della ferita e riduce drasticamente il dolore proteggendo le terminazioni nervose esposte. **Riduzione del Rischio Infettivo**: Una bolla intatta è un ambiente sterile. Bucarla e rimuovere la cute espone immediatamente il derma a patogeni opportunisti (spesso microrganismi multiresistenti presenti nei reparti di ematologia).

Quando e come intervenire. Secondo le linee guida più recenti e la pratica clinica avanzata:

- ❖ **Monitoraggio:** Se la bolla è piccola e non tesa, si lascia integra e si protegge con medicazioni non aderenti (es. siliconiche o garze grasse, med. petrolato o Schiume in PU) per evitare che lo sfregamento la rompa accidentalmente.
- ❖ **L'Aspirazione Sterile:** Si interviene solo se la bolla è tesa o dolente (rischio di rottura spontanea incontrollata).
 - Si utilizza un ago cannula di piccolo calibro,
 - Si aspira il liquido in modo asettico.
 - Si fa aderire il tetto della bolla al letto della lesione.
- ❖ **Medicazione Secondaria:** Si applicano medicazioni che mantengano l'umidità costante senza però "macerare" il tessuto, evitando assolutamente adesivi forti che potrebbero causare skin tears alla rimozione.



Fase 3: Erosiva / Essudante (Stadio IV - Grave)

La barriera cutanea è persa su ampie zone.

La cute appare "denudata",
simile ad **UN'USTIONE DI II GRADO SEVERA**.
C'è perdita massiva di siero (ESSUDATO).

Obiettivo: Gestione dell'essudato, bilancio IE, barriera anti-settica e/o gestione dell'infezione.

Prodotti WCS (**GESTIONE DELL'ESSUDATO**):

❖ **Fibre gelificanti (Idrofibra, PVA):**

Per assorbire verticalmente il siero e prevenire la macerazione,

❖ **Schiume di Poliuretano ad assorbimento verticale con strato di contatto in silicone morbido.**

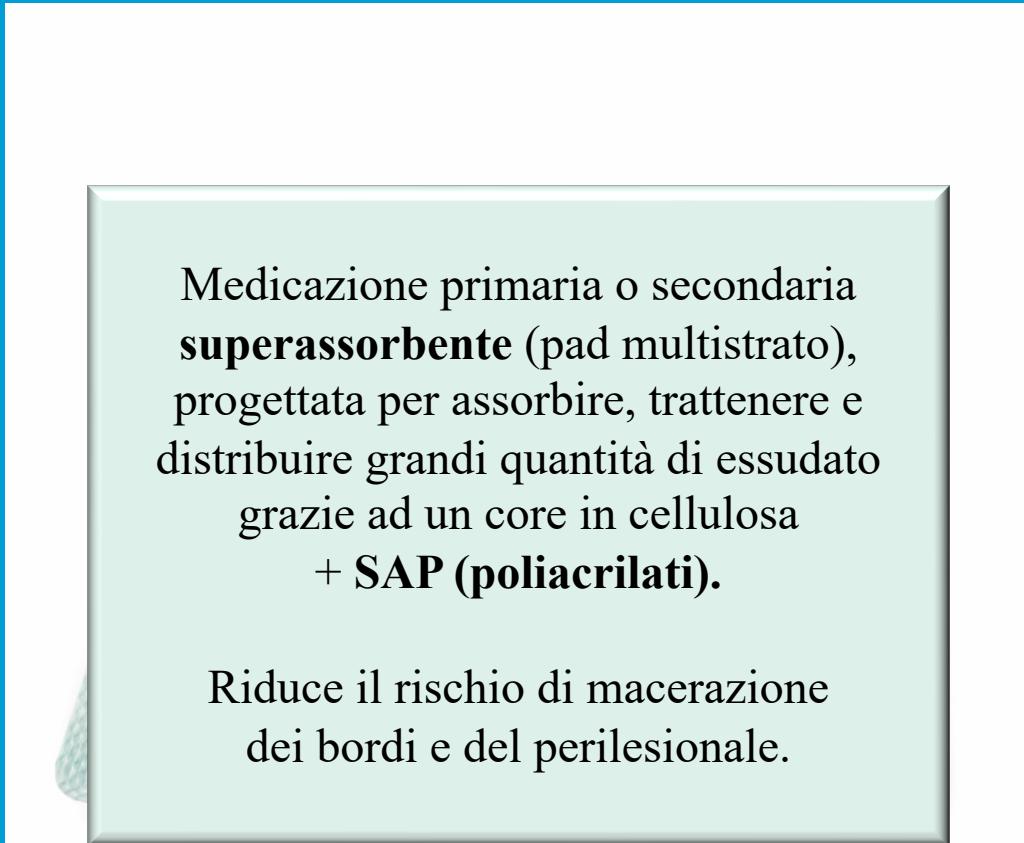
Perché: Hanno un'altissima capacità di gestione dei fluidi ed offrono una protezione meccanica (effetto cuscinetto) contro gli urti e la pressione del letto,

❖ **Alginati di Calcio ad alto contenuto di ac. alfa-L-Guluronico.**

Perché: Derivati dalle alghe brune, scambiano ioni calcio con ioni sodio, trasformandosi in gel. Sono ottimi per l'alto essudato. Utili se le erosioni presentano sanguinamento a nappo (frequente se il paziente ha anche piastrinopenia post-trapianto), grazie alle loro proprietà emostatiche.

Medicazione primaria o secondaria **superassorbente** (pad multistrato), progettata per assorbire, trattenere e distribuire grandi quantità di essudato grazie ad un core in cellulosa + **SAP (poliacrilati)**.

Riduce il rischio di macerazione dei bordi e del perilesionale.



Fase 3: Erosiva / Essudante (Stadio IV - Grave)

Rappresenta un cambio di paradigma nel Wound Care:
non uccide i batteri tramite agenti chimici (come l'argento o lo iodio),
ma li **rimuove fisicamente per captazione idrofobica**.

Nel contesto della GvHD acuta, dove la cute è fragile e
il sistema immunitario è compromesso, questo prodotto offre **vantaggi unici**.

Razionale d'uso nella GvHD: Le medicazioni citotossiche (argento, clorexidina)
possono talvolta irritare una cute già infiammata o ritardare la riepitelizzazione.

Meccanismo: batteri e miceti si legano irreversibilmente alla fibra
della medicazione e vengono rimossi al cambio della stessa.

Vantaggio nel paziente ematologico:

Non rilascia sostanze che potrebbero essere assorbite sistematicamente
e non induce il rilascio di endotossine batteriche (che avviene invece quando il batterio
viene ucciso/lisato), **riducendo il rischio di infiammazione locale e sistemica**.

Efficacia: È particolarmente efficace contro lo **Staphylococcus Aureus**
e lo **Pseudomonas Aeruginosa**, che sono i principali nemici nel paziente con GvHD

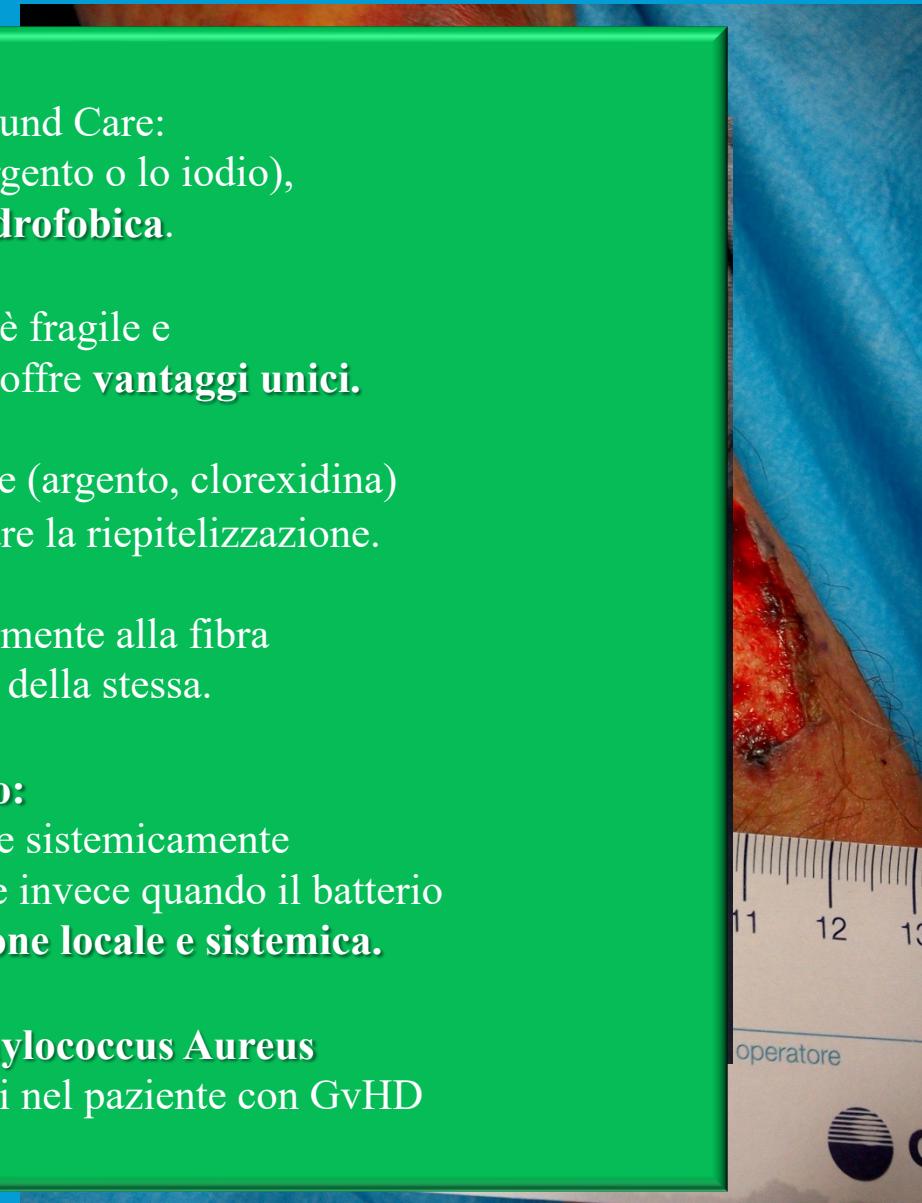
Prodo

wound co

idrofob

UTILIZ

quando
ass



Fase 3: Erosiva / Essudante (Stadio IV - Grave)

La barriera cutanea è persa su ampie zone.

La cute appare "denudata",
simile ad **UN'USTIONE DI II GRADO SEVERA**.
C'è perdita massiva di siero (ESSUDATO).

**Obiettivo: Gestione dell'essudato, bilancio IE,
barriera anti-settica e/o gestione dell'infezione.**

Prodotti WCS (**PREVENZIONE E/O GESTIONE DELL'INFEZIONE**):

SULFADIAZINA ARGENTICA: fondamentale per prevenire e trattare la sovrainfezione (specie da Pseudomonas) nel paziente neutropenico.

ACIDO IALURONICO + SULFADIAZINA ARGENTICA:
Prodotto molto più fluido della SA, ideale su erosioni estese per prevenire la sepsi da Gram-negativi, mantenere l'ambiente umido, stimolare i fibroblasti e favorire la riepitelizzazione.



NUOVE FRONTIERE: Medicina rigenerativa vegetale applicata a contesti critici



Estratto di Iperico e Neem: Olio o Gel?

1. Formulazione OLEOSA (Oil):

La scelta per le fasi estese e il "Bedding". Nelle fasi in cui il paziente ha perso grandi aree di epidermide (Stadio IV), l'olio è spesso la scelta vincente. Perché: Permette di coprire ampie superfici con un trauma meccanico minimo. Può essere nebulizzato o steso con un tocco leggerissimo. Azione: Crea un film protettivo che riduce la perdita di liquidi (evaporazione) e impedisce alla medicazione secondaria di aderire al derma nudo. Uso specifico: È ideale per impregnare garze grasse o per essere applicato sotto le interfacce al silicone. Facilita la rimozione delle medicazioni precedenti "sciogliendo" i residui senza strappare i tessuti.

2. Formulazione GEL:

La scelta per le erosioni localizzate e l'umidità. Il gel è più indicato quando abbiamo bisogno di mantenere un ambiente umido più stabile su lesioni specifiche e cavitarie o meno estese. Perché: Ha una permanenza maggiore sulla lesione rispetto all'olio, che tende a essere assorbito o a scivolare via. Azione: Favorisce l'autolisi dei residui necrotici fibrinoidi (se presenti) e mantiene idratato il fondo della lesione. Uso specifico: Ottimo per le zone dove l'olio "scapperebbe" (es. pieghe cutanee, zone articolari) e dove è necessaria una gestione più mirata dell'essudato in combinazione con una medicazione assorbente.



Fase 4: Riepitelizzazione

L'infiammazione sistemica è sotto controllo e il tessuto inizia a ripararsi.

La cute nuova è **estremamente sottile** ("pelle di cipolla"), **lucida e fragile**.

Obiettivo: Stimolare la rigenerazione e proteggere il neo-epitelio.

Prodotti WCS:

❖ **Acido Ialuronico puro (Garze o Crema):** Per accelerare la proliferazione dei cheratinociti,

❖ **Pad/Placche di Collagene:**

Agisce come una matrice extracellulare (ECM) artificiale. In un paziente post-trapianto, la sintesi endogena di proteine può essere rallentata da terapie steroidee sistemiche o deficit nutrizionali.

❖ **Medicazioni Lipido-colloidali:**

Per garantire l'ambiente umido senza il rischio di lesionare la cute nuova al cambio medicazione,

❖ **Protezione Solare Totale (SPF 50+):**

Obbligatoria alla dimissione, poiché i raggi UV possono riattivare la GvHD.



IL PAZIENTE AL CENTRO

Il Calvario del Paziente – Dolore e Prurito nella aGvHD



Il Prurito Invalidante ("GvHD Itch")

Fisiopatologia: Non è un semplice prurito allergico. È causato dal rilascio massivo di citochine e dall'infiammazione dei terminali nervosi cutanei.

Impatto: Può portare al "grattamento compulsivo", trasformando uno Stadio I in uno Stadio IV iatrogeno (auto-indotto).

Strategia WCS:

- ❖ **Topica:** Uso di emollienti freschi (conservati in frigo), bagni di amido (se tollerati), o idrogeli in placca.
- ❖ **Sistemica (su prescrizione):** Antistaminici (spesso poco efficaci se usati da soli) e Gabapentinoidi (Gabapentin/Pregabalin), efficaci sul prurito di origine neuropatica tipico della GvHD.

IL PAZIENTE AL CENTRO

Il Calvario del Paziente – Dolore e Prurito nella aGvHD



Il Dolore Procedurale (Cambio Medicazione)

La sfida: Nella GvHD grave, il cambio medicazione è paragonabile a quello di un **GRANDE USTIONATO**.

Premedicazione Analgesica: È una responsabilità infermieristica garantirne il timing. Oppioidi a breve durata d'azione: Somministrati 20-30 minuti prima della procedura.

Analgesia "di salvataggio": Disporre di boli extra in caso di manovre particolarmente dolorose.

Approccio Non Farmacologico: Uso del Ringer Lattato a 37°C (evita lo shock termico).
Tecnica "No-Touch" e rimozione atraumatica delle medicazioni

Il Monitoraggio: Le Scale di Valutazione.

Il WCS deve usare scale validate sia per il dolore (NRS, VAS), che per il prurito (es: la 5-D Itch Scale).



**WOUND CARE
NURSE**

KEY MESSAGE

«La cute non è solo un organo; è la spia dell'attività immunologica ed il barometro della gravità della GvHD».

Un riconoscimento precoce, e un intervento tempestivo da parte del Wound Care Specialist, sono cruciali per:

- ❖ **Prevenire** la progressione della malattia,
- ❖ **Ridurre** il rischio di complicanze infettive (sepsi),
- ❖ **Migliorare** la qualità di vita del paziente,
- ❖ **Incidere positivamente** sull'outcome generale del trapianto

“La cute, nel paziente con aGvHD, è un confine fragile: lì si combatte una battaglia silenziosa, spesso invisibile.

Il nostro compito è cambiare la natura di quel confine: da campo di scontro a spazio di protezione e riparazione.

Perché se l’Ematologo cura la malattia, l’Infermiere specialista custodisce la vita che, su quella pelle, continua a restare esposta.”



Stefano Cognosse

MANY THANKS