

MELANOMA CUTANEO

ASPETTI ASSICURATIVI:

FASE ASSICURATIVA E LIQUIDATIVA

In termini di prognosi quoad valetudinem e quoad vitam il ruolo fondamentale è svolto dalla **diagnosi precoce** del melanoma maligno.

Questa si sostanzia in una accurata e dettagliata visita medica costituita da anamnesi familiare, fisiologica, patologica remota ed esame obiettivo.

Risulta fondamentale che tutti questi dati vengano accolti e protocollati nel verbale di visita medica che poi dovrebbe essere inviato in Assicurazione. In tal senso si precisa che nella maggior parte dei casi la quota parte riservata alla visita dermatologica/chirurgica in ambito assuntivo assicurativo risulta alquanto limitata se non addirittura assente; nulla o quasi è segnalato circa l'anamnesi familiare, e qualora anche tale dato fosse riportato, allo stato attuale ciò non avrebbe una traduzione pratica in termini di entità del rischio biologico da assumere; l'anamnesi fisiologica anch'essa risulta assente o limitata a qualche accenno e vale il medesimo principio sopra esposto in termini di assenza di traduzione percentuale di risvolto biologico che si assume. L'anamnesi patologica remota si limita talvolta a frasi generiche come sì o no o addirittura è omessa, e l'esame obiettivo non risulta mai completo in termine di indicazioni di fototipo, presenza di lentiggini, presenza di lesioni attiniche (numero/estensione) e/o altre anomalie cutanee, numero di nei (numero/dimensioni/caratteristiche di questi).

Ciò impone ad una riflessione circa l'opportunità di far eseguire una visita dermatologica/chirurgica in fase pre-assuntiva al fine di avere una visione puntuale di quel che è il rischio biologico oggetto di tutela alla base del rischio da assumere.

Relativamente ai melanomi nel corso degli anni si è assistito ad un profondo cambiamento sia in termine diagnostico che terapeutico che influenzano la prognosi sia come qualità che durata della vita. Tale evoluzione non è priva di conseguenze anche in ambito assicurativo, conseguenze che dovranno essere tenute in considerazione sia nella fase assuntiva del rischio che al verificarsi dell'evento biologico oggetto stesso dell'assicurazione.

Tra i vari cambiamenti degni di nota, solo per citarne alcuni, si evidenzia come nel corso degli anni abbia assunto sempre meno importanza il livello di Clark al punto tale che dal 2009 non ha più una significatività prognostica il grado di profondità assumendo invece molta più rilevanza il livello di Breslow, il numero di mitosi presenti, la presenza di ulcerazioni e/o microulcerazioni, l'area di insorgenza, e la presenza di mutazioni genetiche (ad esempio B-raf/ K-ras/MEK) in termini terapeutici e di predittività prognostica a lungo termine.

In tal senso si evidenziano alcuni esempi di modalità di assunzione attualmente vigenti nei quali emerge come usualmente il 2° stadio patologico venga considerato prognosticamente migliore rispetto ad uno stadio 3°. In realtà, a fronte delle nuove conoscenze scientifiche, ciò non è sempre corrispondente alla realtà visto che la percentuale di sopravvivenza a 15 anni dalla diagnosi di melanoma è pari ad un 85-97% per uno stadio 2A, la sopravvivenza a 15 anni dalla diagnosi si riduce al 55% nello stadio 2B, per crollare drasticamente sempre a 15 anni dalla diagnosi al 40% di sopravvivenza allo stadio 2C, mentre la sopravvivenza a 15 anni da una diagnosi di melanoma per uno stadio 3° sale al 70-75%. Ciò sta a significare che lo stadio 2B e 2C hanno una prognosi quoad valetudinem e soprattutto quoad vitam che è ampiamente peggiore rispetto ad uno stadio 3A e quello che fa la differenza in termini prognostici non è la presenza o meno di metastasi linfonodali, enfatizzate nel passato, ma, allo stato attuale, il tempo di sopravvivenza dalla diagnosi del melanoma è legato sostanzialmente alla presenza di ulcerazioni e/o microulcerazioni che rappresentano l'elemento più rilevante in termini prognostici.

Concludendo, è necessario dunque un approccio multi-disciplinare sia nella fase assuntiva facendo eseguire una corretta e puntuale visita medica, cominciando a ragionare circa il ruolo dei dati anamnestico-familiari, fisiologici e patologici remoti, nonché sul dato genetico che sempre più viene utilizzato nella pratica clinica e sempre interfacciarsi tra progresso scientifico con specialisti della materia e traduzione attuariale in termini di percentuale di sovra mortalità in ambito assuntivo e di sopravvivenza in ambito liquidativo al fine di avere sempre delle indicazioni di tabelle/manuali di assunzione del rischio il più puntuali e aggiornati possibile.