



RGGA

Tumori del polmone Aspetti assicurativi

Gaby Wood

Chief Underwriter, Italy

11 Ottobre 2017

Agenda

- Prevalenza
- Fattori di rischio
- Prognosi e valutazione
- Diagnosi
- Classificazione dei noduli polmonari
- Sinistri

Prevalenza

- Prevalenza:
 - Maschi: al secondo posto (dopo prostata) 15%
 - Femmine al terzo posto (dopo mammella e colon-retto) 6%
- Principale causa di decessi oncologici:
 - Maschi: al primo posto - 26%
 - Femmine: al terzo posto - 11%
 - Complessivamente: al primo posto -19%
- Secondo la ACS soltanto il 16% di tumori è ancora in fase localizzata alla diagnosi
- Maggior parte dei pazienti presenta con malattia avanzata e prognosi infausta
- Prevenzione e astensione dal fumo è la soluzione più importante – circa il 90% dei casi è dovuto al fumo

Fumo

- Il rischio aumenta con il numero di sigarette fumate e con la durata dell'abitudine al fumo
- Il rischio relativo dei fumatori è circa 14 volte quello dei non fumatori e aumenta ulteriormente fino a 20 volte nei forti fumatori (>20 al giorno)
- Metodo standardizzato di misurare il dato: «pack years» =
N° di sigarette fumate giornalmente x numero di anni che si è fumato

20

Anamnesi familiare

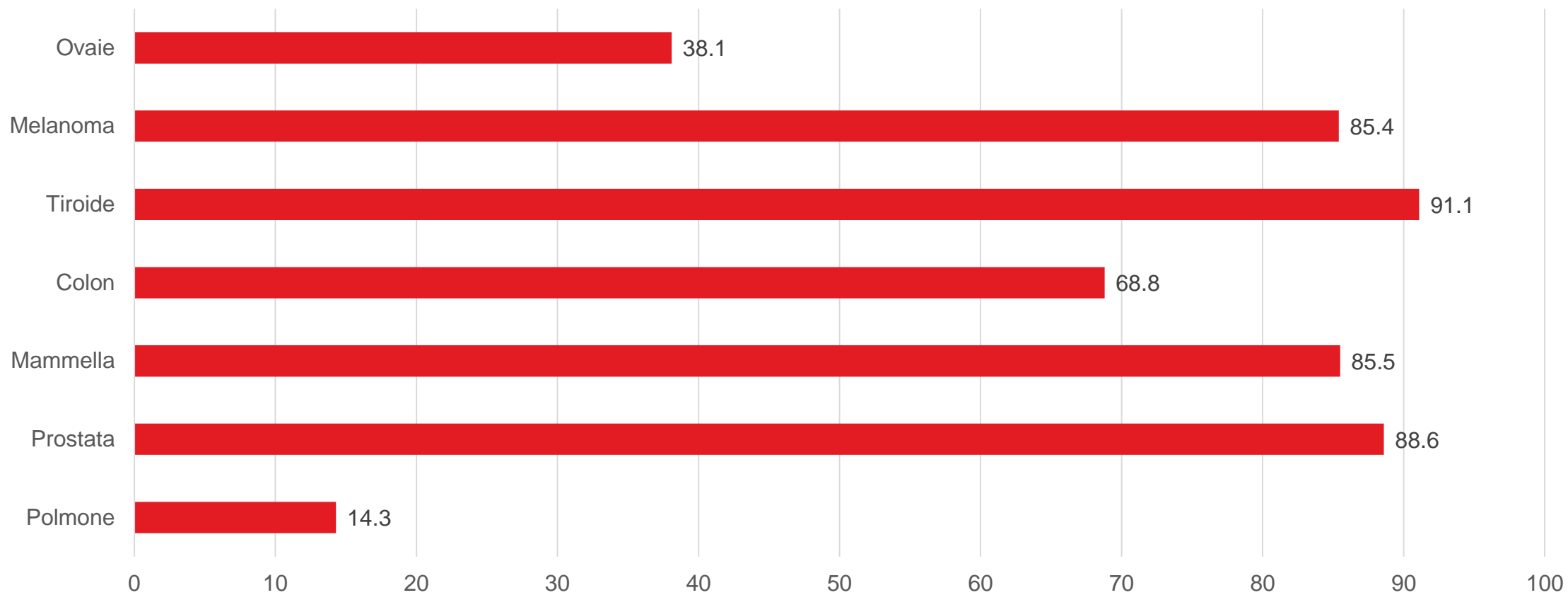
- Studi sul rischio di tumore al polmone in presenza di anamnesi familiare positiva
- Anamnesi familiare di un tumore al polmone in un parente di I grado è associato ad un rischio significativo di cancro al polmone
- L'associazione più forte nella forma di carcinoma squamocellulare
- Non solo «anamnesi familiare»

Diagnosi

- La prima presentazione di un tumore al polmone può avvenire in forma di un sintomo di una metastasi distante
- Piccole metastasi possono essere presenti senza segni/sintomi
- Sintomi aspecifici
- Alcuni tumori al polmoni sono a crescita più lenta e possono passare mesi prima della presentazione di sintomi

Sopravvivenza a 5 anni

Italia, maschi e femmine



Sopravvivenza con NSCLC Stadio IV -

- 1980: nessun trattamento 4-5 mesi
- 1990: Chemioterapia a base di cisplatino 9 mesi
- 2000: Chemioterapia cisplatino + Bevacizumab 12 mesi
- 2010: Terapia molecolare (in base a mutazione egfr) 24 mesi

Prognosi e valutazione

NSCLC(>80%)

- Tumori non a piccole cellule
- In circa 50% dei casi sono localizzati o localmente avanzati già alla diagnosi
- T1 N0 M= (stadio IA) e non in bronco principale: rinvio almeno 5 anni
- Oltre questo stadio rinvio maggiore o rifiuto

SCLC

- Tumori aggressivi a piccole cellule
- 80% circa dei pazienti con SCLC si presenta con malattia metastatica

Prognosi e valutazione

Carcinoide

- Meno frequente (circa 1-2% di tutte le neoplasie polmonari maligne)
- Precedentemente considerati neoplasie benigne («adenomi bronchiali»)
- Prognosi migliore – sopravvivenza a 5 anni 78-95% a 10 77-90%
- Fra i carcinoidi quelli tipici hanno una prognosi decisamente migliore (a 5 anni 85-90% rispetto a 50-70% per gli atipici)
- Ovviamente presenza di metastasi ha un effetto decisivo sulla prognosi

Valutazione

- Se superficiale, N0, M0 : sovrappremio possibile ma molto elevato
- Tutti gli altri casi: rinvio almeno a 5 anni

Test diagnostici

- RX Torace
- Citologico espettorato
- TAC spirale
- Marcatori
- Biopsia liquida

TAC a basso dosaggio

- TAC a basso dosaggio – utili ai fini della riduzione della mortalità in individui ad alto rischio (età avanzata e abitudine al fumo)
- Rispetto alla vecchia RXT la riduzione relativa dei decessi era del 20%
- Per prevenire un decesso era necessario fare lo screening a 320 persone
- Alta percentuale di falsi positivi
- E' efficace?

Veri e falsi positivi

Tac a basso dosaggio

Esito del test	T0	T1	T2
Totale positivi	7.193	6.902	4.052
Tumore al polmone	270	168	211
	(4%)	(2%)	(5%)
Nessun tumore	96%	98%	95%

Classificazione dei noduli polmonari

- In passato si parlava di nodulo polmonare solitario (riscontrato incidentalmente su RXT)
- Oggi la maggior parte vengono riscontrati durante TAC
- Caratterizzazione dei noduli polmonari si basa su:
 - Numero
 - Dimensioni
 - Densità
- Inoltre apparenza

Classificazioni noduli polmonari

Dimensioni

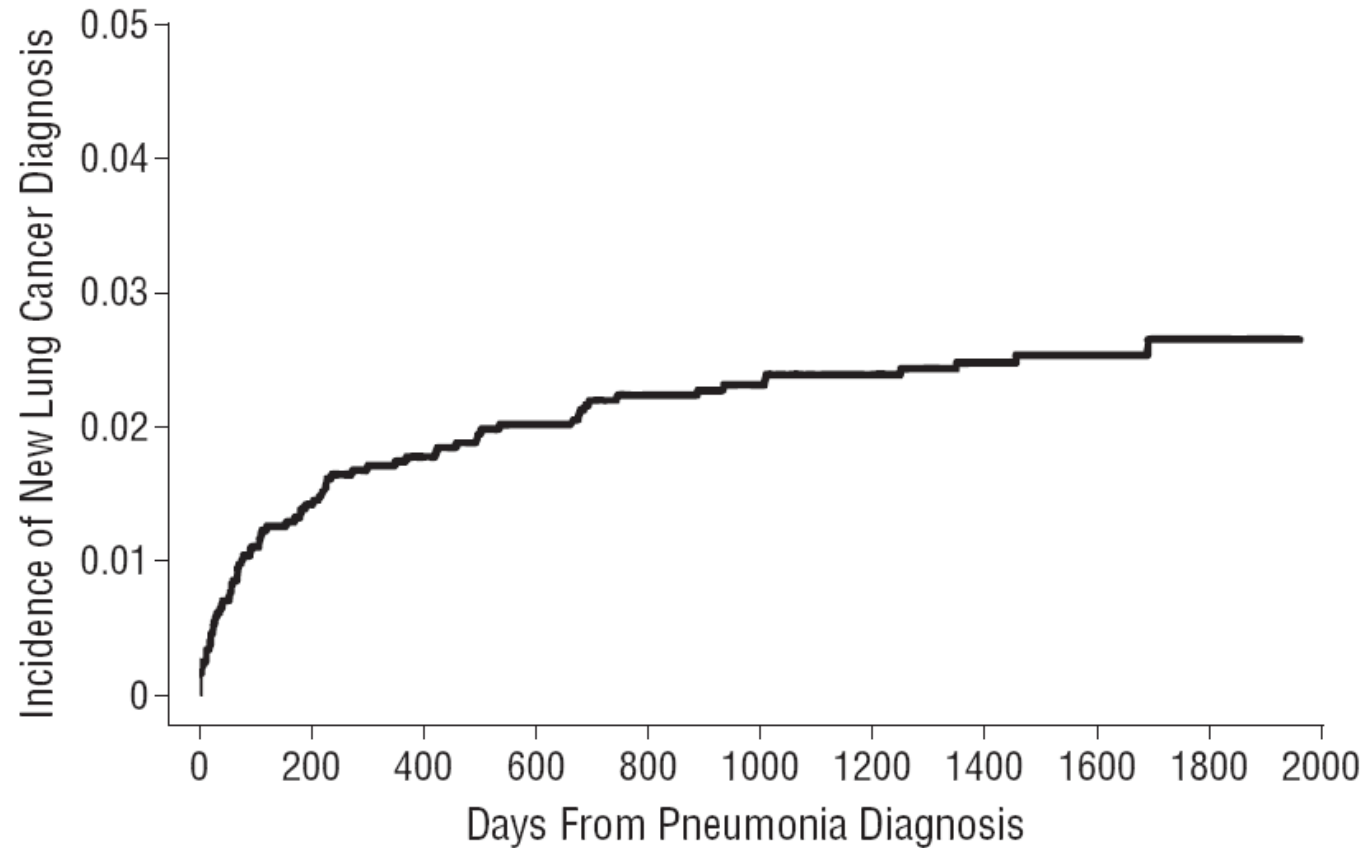
- Dimensioni:
 - La probabilità di malignità aumenta in modo proporzionale alle dimensioni
 - Noduli < 8mm : bassa prevalenza di malignità
 - Da 0-1% in pazienti con noduli <5mm
 - 6-28% per noduli da 5 a 10mm
 - 33-64% per noduli da 11 a 20mm
 - 64-82% per noduli >20mm

Classificazione noduli polmonari

Aspetto

- Margini
 - Rischio di malignità pari al 20-30% per noduli con margini lisci
 - Rischio maggiore, dal 33 al 100% per noduli a margini irregolari, lobulati o spiculati (con maggiore probabilità di malignità riportata in presenza di spicature).
- Densità e apparenza
 - Noduli di puro vetro smerigliato o con apparenza semi-solida hanno una maggior probabilità di essere maligni
 - Densità: pattern di calcificazioni benigne (diffuse, centrali, laminate o popcorn) e densità grassa (es amartoma) sono associate a una probabilità bassissima di malignità

Incidenza di tumore al polmone dopo episodio di polmonite



Assunzione vs Sinistri

2014-2017

- Assunzione: su ca. 12,000 casi soltanto 3 con anamnesi di Ka polmonare (di cui un MEN) + 1 sarcoidosi + 1 Stadio IV adenocarcinoma
- Sinistri: su ca 250 sinistri: 18 decessi per neoplasia polmonare

Analisi sinistri

Spunti

- Prevalentemente Maschi (15 su 18)
- Età media alla morte 55 anni
- Durata media della polizza in anni: 4,8
- Media (mesi) tra diagnosi e decesso: 11 mesi
- Fumatori vs non fumatori: 50/50 (ma alcuni stato tabagico sconosciuto)
- Fumo sottaciuto/sottostimato: 3
- Patologie non dichiarate: BPCO in 5 casi
- Sintomatologia alla presentazione: tosse, disfonia, astenia, dispnea, perdita di peso

Sinistro 1

- Femmina 43 anni
- Polizza emessa 25/07/2014 sulla base di una DBS
- Decesso avvenuto 04/12/2015
- RMC: anamnesi di asma bronchiale con esenzione ticket dal 15/04/2014
- CC: 11/7/2014, anamnesi: accertamenti nel febbraio 2014 per disfonia e tosse. 8/7/2014: TAC torace e collo: neoformazione polmonare e diagnosi di adenocarcinoma (T4N3M1b) con secondarietà cerebrali e vertebrali

Sinistro 1 - DBS

- Non aver avuto una malattia che richiedesse un ricovero in ospedale, un trattamento medico o farmacologico di durata superiore ad un mese negli ultimi 5 anni;
- Non usufruire o non aver usufruito di un'esenzione totale del pagamento del ticket sanitario;
- Non essere titolare di una pensione di invalidità $\geq 20\%$ per infortunio o malattia;
- Non essere stato/a assente dal lavoro per motivi di salute per più di 3 settimane consecutive negli ultimi 5 anni;
- Non prevedere di dovermi sottoporre ad interventi chirurgici od accertamenti sanitari nel corso dei prossimi 6 mesi

Sinistro 2

- Maschio 66, NF
- Proposta Dicembre 2013 con una compagnia, Gennaio 2014 con altra compagnia
- VM:
 - Compagnia A) PNX spontaneo nel 2000 Compagnia B) nessuna dichiarazione
- Decesso: Febbraio 2016:

Sinistro 2

- Dall'anamnesi delle cartelle:
 - 2009: PFR «deficit ostruttivo con moderata riduzione della DLCO»
 - 2010 TAC ad alta risoluzione: formazione bollosa paramediastinica all'apice dx con tralci fibrotici contigui. Asintomatico dal pdv respiratorio. Non Riacutizzazioni bronchilistiche
 - Spirometrie nel 2010 e 2011 confermavano deficit ostruttivo lieve-mod con moderata riduzione della DLC
 - Marzo 2012: Visita pneumologica: lieve deficit ostruttivo con riduzione moderata-severa della DLCO, prosegue terapia in corso con tiotropio, followup con cadenza annuale
 - Marzo 2013: visita pneumologica: sindrome disventilatoria ostruttiva di grado lieve-moderata, FEV1 in lieve peggioramento, riduzione moderata della DLC, in terapia con tiotropio
 - Durante tali accertamenti era stata evidenziata una formazione bollosa paramediastinica all'apice di destra con tralci fibrotici continui
- Cartella clinica informatizzata secondo medico non più disponibile perché eliminata dagli archivi dal medico,

Sinistro 2

Confronto documentazione assuntiva vs situazione pre-esistente

■ Questionario anamnestico:

- Domande nr. 3 - sezione" Bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio: nulla (nonostante anamnesi)
- Domanda nr. 5 - previsione esami : nulla (nonostante programmati)
- Domanda nr. 8 - trattamento: nulla (nonostante era in trattamento)

■ Rapporto di visita medica (RVM)

- I parte – Dichiarazioni dell'Assicurando, domanda nr. 11 non si fa alcuna menzione alle patologie respiratorie in atto come sopra citato
- Il parte – Esame Obiettivo, domanda nr. 7, nessuna anomalia emersa, nonostante la documentazione clinica in nostro possesso facesse emergere un deficit respiratorio ostruttivo in epoca antecedente l'emissione della polizza.

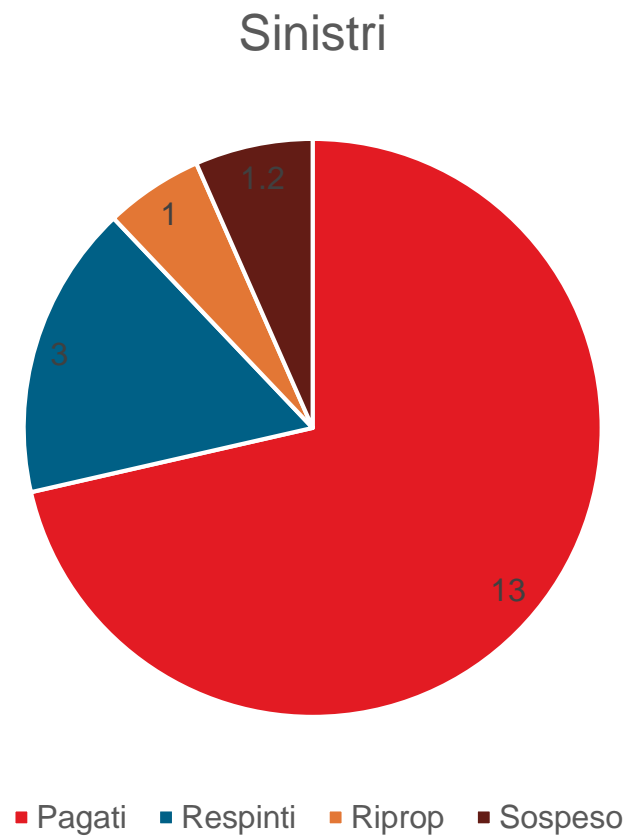
Sinistro 3

- Maschio. 58
- Polizza emessa nel giugno 2012, decesso avvenuto marzo 2015
- Dichiarazioni in proposta: DBS - nulla, NF
- Dichiarazioni del medico curante al momento del sinistro:
 - Ka polmone diagnosticato gennaio 2015
 - anamnesi di BPCO «negli anni»
 - Fumava, quantità «lo ignoro»
- Dalla cartella clinica:
 - Abitudine tabagica e etanolica
 - Anamnesi pat remota: enfisema polmonare
- Successiva richiesta di precisazione al medico curante in merito all'enfisema:
 - BPCO enfisematoso «durante il 2013» in buon compenso senza terapia (solo vaccino anti-influenzale e antibatterica)

Sinistro 3 - DBS

- 182 cm/81 Kg
- Soffre ho ha sofferto di patologie a carico di: apparato cardiocircolatorio, endocrino-metabolico, respiratorio, gastro-enerico, nefro-uro-genitale, neurologico, emopoietico (sangue, linfa), immunologico, ortopedico che richiedano terapie farmacologiche o controlli clinico-strumentali continuativi o ricoveri ospedalieri?
- E' stato o è attualmente sottoposto a terapia radiante, chemioterapia o fa uso regolare di farmaci, ad eccezione di farmaci a scopo anticoncezionale?
- Si trova in stato di invalido o lo è stato in passato oppure ha in corso una richiesta di risarcimento di invalidità di qualsiasi grado presso un ente o compagnia assicurativa?
- Se esercita una professione e/o un'attività sportiva rientranti nelle esclusioni di cui all'art....

Situazione sinistri



Fattori di rischio

Lung Cancer Risk Prediction: PLCO Model

- Età
- Livello di istruzione
- IMC
- Anamnesi familiare di Ka polmone
- Anamnesi di BPCO
- Etnia
- Stato tabagico
- Consumo di tabacco
- Durata dell'abitudine tabagica
- Tempo trascorso da eventuale astensione dal fumo

Fattori di rischio e anamnesi

- Tariffe F/NF – sono sufficienti?
- Tariffe aggregate – dovremmo aggiungere sovrappremi per i fumatori?
- Anamnesi familiare?
- BPCO?
- Ci sono segnali assuntivi ai quali dovremmo prestare più attenzione?

Il futuro e conclusioni

- Negli ultimi 20 anni sono stati fatti progressi nella stadiazione e la personalizzazione della terapia in base alla biologia del tumore e alle caratteristiche del paziente
- Introduzione delle terapie mirate/personalizzate migliorerà l'aspettativa di vita ma per ora in termini di mesi – impatto su terminal illness.
- La sopravvivenza dopo NSCLC migliora gradualmente
- Il tasso di mortalità rimane comunque alto per via della diagnosi a stadio avanzato

RGA

©2015 RGA. All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced in any form without the prior permission of RGA.

The information in this publication is for the exclusive, internal use of the recipient and may not be relied upon by any other party other than the recipient and its affiliates, or published, quoted or disseminated to any party other than the recipient without the prior written consent of RGA.