



## **RASSEGNA STAMPA 08-07-2018**

1. QN Medicina di precisione in Italia le cure più moderne
2. CORRIERE DELLA SERA I tumori della pelle non-melanoma
3. QUOTIDIANO SANITÀ Mammografia. Abbandonare lo screening basato sull'età e adottarne uno basato sul rischio individuale
4. IL MESSAGGERO La protesta «l'autocertificazione dei vaccini mette in pericolo i nostri figli con il cancro»
5. CORRIERE DELLA SERA Dopo dieci anni l'OMS rinnova il «manuale delle malattie»
6. CORRIERE DELLA SERA Decreto sulle liste d'attesa ancora in «lista d'attesa»
7. LIBERO «Promettente» il vaccino contro l'aids sarà testato su 2.300 persone in Africa
8. IL SOLE 24ORE Se il robot è meglio del medico
9. CORRIERE DELLA SERA Che cosa fare se all'estero c'è bisogno di cure

# Medicina di precisione In Italia le cure più moderne

## *Come funzionano le terapie a bersaglio molecolare*



di ALESSANDRO  
MALPELO

**LA NUOVA** frontiera nella lotta al cancro è la medicina di precisione. È questo il tema su cui si sono confrontati specialisti da tutto il mondo al meeting dell'*American Society of Clinical Oncology* (Asco) a Chicago. La strada da seguire è: garantire il farmaco giusto al paziente giusto. Nel concetto di precisione rientra l'immunoterapia che all'Asco ha evidenziato risultati importanti in molte neoplasie.

In Italia i risultati sono arrivati grazie anche al Fondo destinato a queste terapie fortemente voluto dall'Aiom, Associazione Italiana di Oncologia Medica. «Ma serve più impegno da parte di tutti perché il nostro sistema universalistico continui a rendere possibile a tutti l'accesso alle cure migliori – precisa Stefania Gori, presidente nazionale Aiom – è necessaria una strategia unitaria per combattere la malattia che vada dalla prevenzione, alle terapie, alla riabilitazione, all'umanizzazione dell'assistenza fino alla ricerca. Serve quindi un'alleanza fra tutti gli attori coinvolti, uno sforzo di ricerca clinica indipendente, finanziata dalle agenzie nazionali e dai sistemi sanitari».

«La nuova frontiera nel trattamento della malattia è la medicina di precisione in oncologia, un concetto che dovrebbe essere ap-

plicato in modo ampio a qualsiasi tipo di approccio sistemico nella terapia dei tumori solidi – sottolinea da parte sua Giordano Beretta, presidente eletto Aiom –. Queste innovazioni implicano costi rilevanti e impongono con forza il tema della sostenibilità».

**I FARMACI** antineoplastici e immunomodulatori hanno un peso importante all'interno della spesa farmaceutica nazionale: nel 2016 hanno rappresentato la prima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica con 4,5 miliardi di euro. «La prima ondata della medicina di precisione in oncologia – precisano la presidente Gori e il dottor Beretta – è stata costituita dalle terapie a bersaglio molecolare che hanno cambiato l'aspettati-

va di vita in diverse neoplasie di organi solidi e in un considerevole numero di tumori del sangue, ma che hanno anche mostrato limiti in termini di acquisizione di resistenza. Ad esempio nel tumore del polmone questi trattamenti riescono a controllare la malattia per un lungo periodo di tempo, però sono efficaci solo nei pazienti che presentano specifiche mutazioni genetiche: sono una minoranza, pari a circa il 15%, soprattutto non fumatori».

«**L'IMMUNOTERAPIA** ha dimostrato efficacia in diversi tipi di tumori solidi – concludono gli specialisti Aiom – a partire dal melanoma fino alle neoplasie del rene e del polmone, con valide prospettive anche nella vescica, nella regione testa collo, nel fegato e nel colon-retto. Dobbiamo invece ancora imparare come individuare i soggetti che rispondono alle cure, al fine di ottimizzare l'impiego dei farmaci, evitando cicli inutili nei pazienti che hanno meno benefici, risparmiando in questo modo tossicità e sprechi a favore invece dei successi terapeutici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Aiom, l'Associazione Italiana Oncologia Medica: «Serve integrare cure, prevenzione e ricerca»**



# I tumori della pelle **non-melanoma**

## Lo specialista

Lesioni cancerose della cute più comuni e meno pericolose  
Ma a cui fare attenzione

**Q**uando si parla di tumori della pelle si pensa sempre al temuto melanoma, ma ne esistono anche altre forme, meno pericolose e molto più comuni, che è comunque bene non sottovalutare.

**Quali sono i tumori cutanei «non melanoma»?**

«Il più frequente è il *carcinoma basocellulare* o *basalioma*, che è anche la forma più comune di cancro della pelle. Si stima che ogni anno colpisca quasi un milione di italiani. In genere questa forma tumorale cresce lentamente, invadendo i tessuti circostanti e sottostanti, ma esistono anche rare forme più invasive che si infiltrano nella cute e possono ulcerarsi di continuo senza guarire, con la possibilità di dare metastasi in meno dell'uno per cento dei casi. L'altro tipo di tumore cutaneo non melanoma è il *carcinoma squamocellulare*, che può essere più aggressivo del basocellulare e, nei casi più avanzati, quando non trattato subito, può dare metastasi» spiega Ketty Peris, direttore dell'Unità operativa complessa di dermatologia dell'Università Cattolica, Fondazione Policlinico Gemelli di Roma.

**Chi rischia di più di svilupparli?**

«Come per il melanoma, il principale fattore di rischio è l'esposizione eccessiva ai raggi solari senza adeguate protezioni. Il danno da radiazioni ultraviolette che porta allo svilup-

po del carcinoma basocellulare è il risultato sia di una fotoesposizione cronica e cumulativa come quella quotidiana (in particolare per le lesioni nodulari del volto), sia di una esposizione occasionale e intensa (lesioni superficiali) che causa scottature, come può accadere durante una breve vacanza. Lo stesso vale per il carcinoma squamocellulare. A parità di esposizione solare, hanno più possibilità di sviluppare questi tumori cutanei le persone che hanno un fototipo chiaro (capelli biondo-rossi, lentiggini e occhi chiari), gli immunosoppressi (per esempio trapiantati) e chi si è dovuto sottoporre di recente a chemioterapia o radioterapia».

**Come si presentano?**

«Il carcinoma basocellulare si può manifestare con piccole erosioni superficiali, di colore variabile dal rosa al marrone che appaiono soprattutto sul tronco, oppure con lesioni nodulari rilevate e palpabili, più comuni su testa e collo, che nel tempo tendono a sanguinare e a ulcerarsi. Le lesioni tipiche del carcinoma squamocellulare assomigliano ai noduli del carcinoma basocellulare. Si tratta, infatti, di piccole chiazze rosa/rosse o escrescenze bitorzolute che si ulcerano senza guarire. Ci sono poi le *cheratosi attiniche*, lesioni cutanee legate anch'esse alla fotoesposizione, molto frequenti soprattutto dopo i 50 anni, che non bisogna sottovalutare perché possono evolvere nel carcinoma squamocellulare invasivo. Le cheratosi attiniche si presentano come chiazze di colore variabile dal roseo-rosso al marrone, ruvide alla palpazione, di solito localizzate su aree di cute esposta ai raggi solari per un lungo periodo di tempo».

**Come si contrastano questi tumori?**

«La prima arma è la prevenzione: bisogna innanzitutto proteggere la pelle dai raggi solari. Altrettanto importante è fare regolari controlli dermatologici in modo tale da individuare subito le lesioni sospette. Il trattamento di elezione di questi carcinomi cutanei è chirurgico e una diagnosi precoce permette di intervenire in modo tempestivo con risultati migliori».

**Antonella Sparvoli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



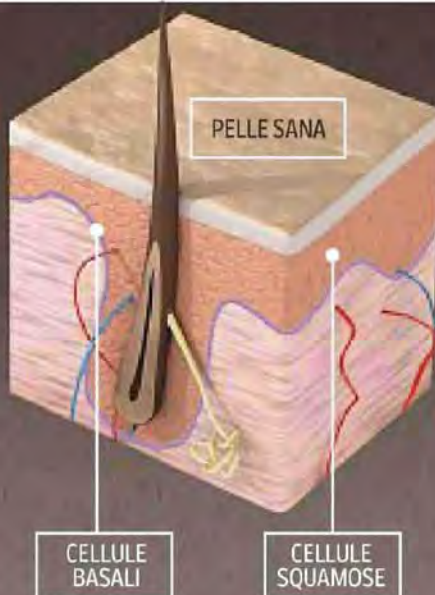
**Ketty Peris**

Direttore  
U.O.C.  
dermatologia,  
Università  
Cattolica,  
Fondazione  
Policlinico  
Gemelli (Roma)

**I tumori cutanei non-melanoma sono meno aggressivi del melanoma, ma circa dieci volte più frequenti. Vengono classificati in due tipi differenti**

### Carcinoma basocellulare o basalioma

Ha origine dalle cellule basali dell'epidermide. Ha la tendenza a crescere localmente. Causa metastasi a distanza molto di rado, in meno dell'1% dei casi



### Carcinoma squamocellulare

Ha origine dalle cellule squamose dell'epidermide. Può essere più aggressivo del basalioma e nei casi più avanzati, quando non trattato in modo tempestivo, può dare metastasi



### COME SI PRESENTANO

#### 1-Forme superficiali

- Si presentano come piccole **lesioni erosive** di forma ovale o circolare e colore dal rosa al marrone, a crescita lenta
- Sono più frequenti su **tronco e viso**

#### 2-Forme nodulari

- Si presentano come **lesioni rilevate**, di colore rosa-marrone scuro, che nel tempo **tendono a ulcerarsi** e a invadere i tessuti circostanti
- Compaiono più spesso su **volto e collo**



Si presenta come un **nodulo** di colore roseo-rosso che ha analogie con le forme nodulari di basalioma, ma si **ulcera più spesso** senza guarire

Le lesioni si sviluppano più spesso al **viso**, soprattutto nella parte bassa, per esempio a livello di labbra e orecchie

Le **cheratosi attiniche**, lesioni arrossate o brunastre della pelle, ricoperte di crosticine, che si vedono spesso sul viso e sul dorso delle mani, possono evolvere in questa forma di tumore più invasiva

**LE CURE**

- Per lesioni superficiali si può ricorrere alla **terapia fotodinamica** o all' **imiquimod**, negli altri casi occorre un **trattamento chirurgico**
- Per le lesioni che si ripresentano o che sono localizzate al volto, in genere, si ricorre a una tecnica particolare, la **chirurgia di Mohs**
- Le **cheratosi attiniche** possono essere curate con farmaci immunomodulanti locali (**imiquimod, diclofenac associato ad acido ialuronico, ingenolo mebutato**), con la terapia fotodinamica e, talora, con un trattamento fisico (**crioterapia, laserterapia, ecc**)

**Chirurgia di Mohs**

Si asporta la lesione (1,2) e, durante l'intervento, una parte viene analizzata in modo tale da guidare l'ulteriore asportazione di tessuto in base alla presenza o meno di cellule cancerose non visibili ad occhio nudo nella cute circostante o in profondità (3,4,5)

**LA PREVENZIONE**

Il modo migliore per prevenire i tumori cutanei è proteggere la pelle dai raggi solari

- Chi ha un fototipo molto chiaro e/o ha già sviluppato lesioni precancerose, dovrebbe proteggere la cute sia con schermi solari con un fattore di protezione elevato, sia tramite l'utilizzo di indumenti (**vestiti, cappelli, occhiali**)
- Applicare una quantità di filtro solare adeguata su tutto il corpo almeno 30 minuti prima di uscire. Riapplicare ogni 2 ore o dopo il bagno e dopo aver sudato molto
- Non esporsi direttamente al sole soprattutto tra le 11 del mattino e le 4 del pomeriggio
- Evitare le lampade artificiali
- Esaminare regolarmente la propria pelle e, se si è a rischio (**fototipi chiari, trapiantati, persone che hanno fatto radioterapia chemioterapia**), effettuare un controllo dermatologico ogni anno

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

**La diagnosi**

Il dermatoscopio aiuta a stabilire la natura del danno

La diagnosi dei tumori cutanei non melanoma si basa sull'osservazione delle lesioni sospette con la dermatoscopia. Grazie a un particolare strumento (dermatoscopio) si possono infatti visualizzare strutture non altrimenti visibili a occhio nudo, che vengono interpretate immediatamente e permettono di stabilire se la lesione è benigna o maligna. «Quando rimane qualche dubbio sulla natura della lesione è utile ricorrere anche alla

microscopia confocale e a volte, quando si ha a che fare con carcinomi squamocellulari ormai in stadio molto avanzato, anche all'ecografia dei linfonodi presenti nell'area circostante, per valutare se le cellule malate li hanno invasi o meno» riferisce la professoressa Peris. Anche se i carcinomi basocellulare e squamocellulare sono tumori meno aggressivi del melanoma una diagnosi tempestiva è comunque importante per evitare si infiltrino troppo localmente e in profondità.

Sabato 07 LUGLIO 2018

## Mammografia. Abbandonare lo screening basato sull'età e adottarne uno basato sul rischio individuale

***Uno screening mammografico mirato alle pazienti a più elevato rischio di cancro della mammella avrebbe dei benefici netti in termini di riduzione di costi e nell'evitare un eccesso di diagnosi (e di cure inutili). E' la tesi sostenuta da uno studio pubblicato su JAMA Oncology che, in epoca di medicina di precisione e per simmetria con la personalizzazione del trattamento, invoca anche una personalizzazione dello screening, da offrire in base al rischio genetico e ambientale delle pazienti.***

I test di screening per i tumori sono raccomandati quando i benefici (in termini di riduzione di morbilità e mortalità) superano i rischi (primo tra tutti quello dei trattamenti inutili o eccessivi).

In epoca di medicina di precisione è giusto però fare una riflessione sul fatto che anche i test di screening debbano essere in qualche misura personalizzati rispetto al rischio individuale del paziente, che andrà valutato a priori in base alle sue caratteristiche genetiche, ambientali e dello stile di vita. Lo screening insomma non andrebbe offerto a tutte le donne indistintamente, ma solo a quelle a più alto rischio.

E' la proposta di un articolo pubblicato su [JAMA Oncology](http://www.jamaoncology.com) a firma di **Nora Pashayan** dello University College di Londra e colleghi, secondo i quali questo tipo di approccio migliorerebbe la costo-efficacia e il rapporto rischi-benefici dei programmi di screening.

In questo studio di costo-efficacia, gli autori hanno utilizzato un modello di tabella di vita di una ipotetica coorte inglese di 364.500 donne cinquantenni, seguite fino agli 85 anni, utilizzando i risultati dell'*Independent UK Panel on Breast Cancer Screening* e la distribuzione del rischio basata sul profilo di rischio poligenico.

Gli interventi utilizzati nel modello sono stati: assenza di screening; screening basato sull'età (screening mammografico ogni 3 anni dai 50 ai 69 anni); screening stratificato per rischio (ad una percentuale di donne di 50 anni con uno score di rischio superiore ad una determinata soglia di rischio veniva offerto uno screening mammografico ogni 3 anni, fino ai 69 anni).

L'analisi ha evidenziato che lo screening mirato alle donne a più alto rischio di cancro della mammella, si associa ad una riduzione dell'eccesso di diagnosi e della spesa relativa allo screening stesso, senza compromettere gli anni di vita guadagnati corretti per la qualità (QALY) e mantenendo invece una riduzione della mortalità associata al cancro della mammella.

Alla riduzione del rischio della paziente, il costo incrementale del programma aumentava in maniera lineare, senza peraltro permettere di guadagnare ulteriori QALY al di sotto del 35° percentile della soglia di rischio.

Abbassando l'asticella della soglia del rischio insomma, aumenta il numero delle donne alle quali offrire lo screening e aumentano di conseguenza i costi del programma, mentre il guadagno in QALY, ad una certa soglia di rischio si appiattirebbe. Abbassare troppo la soglia del rischio inoltre in proporzione aumenterebbe molto più il numero delle diagnosi in eccesso, rispetto al numero di morti per cancro della mammella che andrebbe ad evitare. In particolare, gli autori dello studio hanno calcolato che per ogni 10.000 donne di 50 anni sottoposte a screening mammografico secondo il criterio dell'età, per i prossimi 20 anni in Gran Bretagna si eviterebbero 52 morti per cancro della mammella ma si andrebbero a sovra-diagnosticare 105 pazienti con cancro della mammella.

Rispetto allo screening basato sull'età, quello basato sulla stratificazione del rischio al 32° percentile o al 70° percentile della soglia di rischio costerebbe rispettivamente circa 27.000 dollari o 538.000 dollari in meno, produrrebbe rispettivamente il 26,7% e il 71,4% di sovra-diagnosi in meno ed eviterebbe rispettivamente il 2,9% e il 9,6% di morti per cancro della mammella in meno.

La costo-efficacia e il rapporto rischio-beneficio dei programmi di screening per cancro della mammella possono insomma essere migliorati adottando una strategia di screening basata sulla stratificazione del rischio.

La soglia di rischio a partire dalla quale proporre lo screening andrebbe attentamente ponderata (e validata) per trovare il giusto compromesso tra il migliorare la costo-efficacia del programma, massimizzarne i benefici e ridurre al minimo i danni.

L'implementazione di uno screening basato sul rischio dovrebbe rispondere infine ad una serie di requisiti, quali ad esempio assicurare la fattibilità dei test genetici per la stratificazione del rischio (ci sono circa 300 polimorfismi genici che aumentano o riducono la suscettibilità a questa malattia) addestrare gli operatori sanitari, assicurare un accesso equo, acquisire le necessarie autorizzazioni regolatorie.

***Maria Rita Montebelli***

## La protesta

### «L'autocertificazione dei vaccini mette in pericolo i nostri figli con il cancro»

La Federazione Italiana Associazioni Genitori Oncologia Pediatrica esprime «forte allarme per quanto annunciato dalla Ministra della Salute Giulia Grillo circa la possibilità per i genitori di autocertificare l'avvenuta vaccinazione, in sostituzione del certificato rilasciato dalle ASL per l'iscrizione a scuola». «Una decisione - ha affermato il

presidente di Fiagop Onlus, Angelo Ricci - che mette a rischio il diritto di frequentare la scuola per i bambini oncologici, immunodepressi e affetti da altre patologie che ne impediscono la vaccinazione. Per questi bambini la protezione di comunità è l'unica protezione da malattie che banali per altri per loro

potrebbero risultare letali. Il ricorso all'autocertificazione crea un intervallo temporale tra l'ammissione e il controllo previsto da parte delle Asl, in cui non è garantita la salute pubblica. È obbligo dello Stato garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini anche e soprattutto dei più fragili e indifesi».



## ● Il numero

# Dopo dieci anni l'Oms rinnova il «manuale delle malattie»

## 55 mila

Tanti sono i codici assegnati alle malattie dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

**Q**uante sono le malattie classificate nel mondo (e i problemi di salute correlati)? L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha appena aggiornato il calcolo: 55 mila. Dopo oltre 10 anni di lavoro è stata pubblicata l'undicesima edizione della International Classification of Diseases (ICD11). La nuova edizione, per la prima volta in formato completamente elettronico, contiene 55 mila codici rispetto ai 14.400 della versione precedente (ICD10). Sarà presentata durante l'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2019 ed entrerà in vigore nel gennaio 2022. La classificazione internazionale delle malattie, incidenti e cause di morte è uno standard di classificazione delle malattie e dei problemi correlati, utile soprattutto per gli studi statistici e epidemiologici. I primi tentativi di stilare una classificazione ragionata risalgono al 1893.




**Pensa la salute**
di **Riccardo Renzi**

## Decreto sulle liste d'attesa ancora in «lista d'attesa»

**N**el 2013 il governo promulgò un «decreto **trasparenza**» (Dlgs 33-2013) che imponeva l'obbligo alle Regioni di informare i cittadini sulle liste d'attesa per 58 prestazioni sanitarie nelle varie strutture, in modo che potessero scegliere, regolarsi o arrabbiarsi. Dopo un lustro un rapporto di Fondazione Gimbe informa che solo in 5 regioni (Emilia, Lazio, Basilicata, Bolzano e Valle d'Aosta) ci sono «sistemi avanzati di rendicontazione pubblica sui tempi di attesa». Campania, Molise e Toscana non offrono niente; Lombardia, Calabria e Umbria danno i dati disaggregati per Asl, meglio di nulla, ma costringono a un giro delle sette chiese per sapere dove fare una visita. Nove regioni forniscono un archivio storico, al meglio fermo a un anno fa: utile per sapere quanti mesi ci volevano nel 2016 per una visita oculistica in Puglia o in Liguria. La Sicilia offre un interessante spaccato storiografico relativo solo all'ottobre 2013. Il decreto **trasparenza** è riuscito a battere i tempi di attesa di una protesi d'anca e di una mammografia.



**STUDIO DEI RICERCATORI AMERICANI****«Promettente» il vaccino contro l'Aids  
Sarà testato su 2.300 persone in Africa**

Un vaccino a "mosaico" contro l'Hiv, giudicato "promettente", è stato messo a punto e testato dalla Harvard Medical School. Il vaccino contiene frammenti di diversi ceppi di virus (da qui "mosaico") provenienti tutto il mondo per renderlo "universale". Lo studio è stato pubblicato su Lancet e i ricercatori lo hanno provato su circa 400 persone tra Usa, Africa e Thailandia a diversi dosaggi. Il vaccino si è mostrato sicuro, senza effetti collaterali rilevanti, e a tutti i dosaggi ha mostrato la capacità di stimolare una risposta immunitaria forte. I risultati sono così promettenti che il vaccino verrà testato su 2300 persone in diversi paesi dell'Africa subsahariana, ad alto rischio di contagio. «Questo studio rappresenta una tappa importante, anche se i risultati vanno interpretati con cautela - afferma Dan Barouch, l'autore principale dello studio-. Le difficoltà nello sviluppo di un vaccino per l'Hiv sono enormi, e l'abilità di indurre una risposta immunitaria specifica non indica necessariamente che c'è una protezione dall'infezione».



**Intelligenza artificiale.** Accelera il processo diagnostico e riduce gli errori. I «chatboat» più efficaci dell'empatia

# Se il robot è meglio del medico

**Gilberto Corbellini**

**M**entre ci facciamo le domande sbagliate, cioè se l'Intelligenza Artificiale (AI) è una minaccia per l'uomo; quando l'AI diventerà consapevole di sé; se prenderà il sopravvento, etc, il mondo va per la sua strada. Come sempre. La domanda vera sarebbe: perché gli intellettuali tecnofobi hanno tale successo e fanno soldi con brutti e inutili libri contro l'AI? Ma la risposta si sa: la tecnofobia dipende da *bias* cognitivi e sociali che la selezione naturale ha cablato nel nostro DNA. Soprattutto in quello degli umanisti (ma non solo). E la selezione non può oggi fare nulla per liberarci da un atteggiamento da sempre deleterio per il governo intelligente dell'innovazione. Si pensi al culto diffuso per una fesseria come il principio di precauzione. Inoltre, c'è il problema drammatico che su questioni poco chiare e con risvolti etico-sociali si tende a discutere con riferimento a i principi umanistici risalenti a Platone e Ippocrate, o a qualche filosofo che scriveva cose pur sensate, ma prima di Charles Darwin, Louis Pasteur, Claude Bernard, Francis Crick o Gerald Edelman.

L'AI sta avendo e avrà un epocale impatto in medicina. Da qualche settimana l'agenzia di riferimento per i temi bioetici del Medical Research Council e della Wellcome Foundation ha licenziato un documento dove

esamina aspetti etici e legali delle scelte cliniche e sanitarie prese con il supporto dell'AI. Si tratta dell'anticipazione di una analisi più corposa.

La prima preoccupazione sembra essere se l'AI renderà inutili i medici. La medicina è una tecnologia complessa, fondata sulla scienza, e nessun robot o algoritmo progettato da uomini al momento è in grado di affrontare sfide cognitive e operative a più livelli, come riesce a fare una mente umana progetta dalla selezione naturale. Inoltre, ci saranno sempre compiti che gli algoritmi non sapranno compiere, come ad esempio la manovra di Heimlich (antisoffocamento) o di Murphy o Trendelenburg, etc. Ma per queste basta addestrare dei paramedici.

L'AI sta accelerando il processo diagnostico e riducendo gli errori. La macchina riesce a controllare, con maggiore accuratezza, una quantità di dati che impegnerebbero per mesi un'equipe di medici. Vuol dire più vite salvate. Era prevedibile: il cervello umano dispone di pochi *gigabyte* di memoria operativa e la componente psicologico/emotiva, attivata da stress e autoinganni, può giocare negativamente nelle decisioni cliniche. L'AI aiuta a trovare soluzioni mediche per condizioni rare, attraverso l'accesso da banche dati e reti distribuite con vaste quantità di informazioni disponibili. L'AI consentirà anche di sdrammatizzare molti scenari clinici (soprattutto in ambito chirurgico dove i robot diventeranno presto

intelligenti e più autonomi dall'uomo) e potenzierà le capacità di lavorare con sempre più precisione (usando metadati, meta-modelli, realtà aumentata, etc), sempre più sicurezza e tranquillità per i pazienti. L'AI potrebbe far sparire la medicina difensiva, e non solo abbattendo gli errori medici e le diagnosi sbagliate: stante che gli algoritmi sono più precisi ed efficienti, se decidessero come il medico, sarà difficile incolpare quest'ultimo di *malpractice*.

Perché secondo i "conservatori" le scienze della salute e della malattia avranno sempre bisogno di medici umani? Dicono che non si può meccanizzare l'empatia e che i pazienti non prenderebbero sul serio le raccomandazioni di un *chatboat* (Siri di Apple è un caso di *chatboat*), ovvero che la fiducia richiede un ascolto e risposte che implicano che il medico abbia una mente. Si tratta di affermazioni non provate, incluso il fatto che l'empatia sia così importante, ammesso si sia capito cosa sia e che non si tratti di un pericoloso miraggio. Inoltre, i *chatboat* riescono a interagire, diagnosticare o trattare i disturbi mentali come o meglio di psichiatri e psicoterapeuti: lo dicono finora gli studi clinici e le prove che riducono i casi di suicidio. Chissà perché la cosa non mi stupisce. È l'ennesima prova che di questi tempi psichiatri e psicoterapeuti sono sopravvalutati.

I medici, si dice inoltre, lavorano/ragionano in modi non lineari: in medicina sono richieste creatività e abi-

lità nel *problem solving*, che algoritmi e robot non avranno mai. Mai dire mai! Forse non l'avranno nelle forme umane, ma potrebbero ottenere gli stessi risultati in altri modi, che al momento non sappiamo. In realtà, non c'è un reale conflitto tra tecnologia e uomo. Il caso dell'uso del *deep learning* per identificare il cancro metastatico del seno dimostra che quando il sistema automatizzato coopera con i patologi è più potente, e l'errore umano si riduce dell'85%.

I problemi veri nascono dal fatto che noi mettiamo negli algoritmi anche i nostri difetti psicologici, stante che usiamo molti dati fuorvianti (*bias*), che si rifletteranno negli algoritmi che li riutilizzano e nelle raccomandazioni cliniche che questi generano. Gli algoritmi possono essere progettati per distorcere i risultati, a seconda di chi li sviluppa e dai motivi dei programmatori, delle aziende e dei sistemi sanitari che li impiegano.

Insomma, gli algoritmi li fanno gli uomini e si deve valutare criticamente la fonte dei dati usati per costruire i modelli statistici progettati per fare previsioni, capire criticamente come i modelli funzionano e guardarsi dal diventare del tutto dipendenti da essi. Ma non perché l'intelligenza artificiale sia una minaccia. Perché dipende ancora troppo dall'uomo. Senza dimenticare che dati raccolti sulla salute, le diagnosi e gli esiti clinici di un paziente diventano parte di una «conoscenza collettiva», cioè della letteratura medica e dell'informazione sanitaria, per cui devono essere usati con dovuta attenzione per gli aspetti personali implicati nel caso clinico.

Le linee guida cliniche basate sul *machine learning* introdurranno un attore che è parte terza nel rapporto medico-paziente, sfidando le attuali dinamiche di responsabilità etica e legale implicate nella relazione e l'aspettativa di confidenzialità. Se un

AI sbaglia diagnosi o terapia e ci procura in danno, chi possiamo citare in tribunale? Quale è lo statuto legale di un AI? L'AI non è come un trapano del dentista che se si incendia per un difetto e ci ferisce, chiediamo i danni al costruttore. Ma non è nemmeno come un medico professionista. Qualcuno che ha studiato questo problema propone di equiparare le AI legalmente a studenti di medicina, che sono denunciabili se sbagliano le decisioni cliniche, ma che non sono imputabili in quanto la responsabilità delle loro scelte rinvia al medico supervisore, che non ha adeguatamente controllato, o all'ospedale che ha malamente organizzato il loro servizio.

**ARTIFICIAL INTELLIGENCE (AI) IN HEALTH CARE AND RESEARCH**  
**Nuffield Council on Bioethics**

May 2018, <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Artificial-Intelligence-AI-in-healthcare-and-research.pdf>

# Che cosa fare se all'**estero** c'è bisogno di cure



Chi va in vacanza oltre confine sa su quale tipo di assistenza potrà contare in caso di necessità? Innanzitutto occorre distinguere tra i Paesi della Ue e quelli con cui sono stati firmati accordi bilaterali dagli altri in cui non è prevista alcuna copertura. Una guida ragionata aiuterà a viaggiare sicuri

Se state per partire per le ferie e non resterete in Italia, sapete come regolarvi nel caso abbiate bisogno di aiuto medico? Ecco una guida sulle procedure da seguire e una mappa dei riferimenti online su cui potrete trovare informazioni dettagliate e precise per l'eventuale assistenza in ogni nazione

# Vacanze oltre confine? Viaggiate «in salute»

# C

ome fare se si è in vacanza fuori confine e ci si ammala? Una risposta, anzi la conferma di un quadro già in buona parte noto, viene dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute. Vediamo punto per punto che cosa ci si può aspettare.

## Quali sono le cure garantite all'estero in caso di viaggi per vacanze?

L'assistenza sanitaria è garantita a chi è in temporaneo soggiorno negli Stati dell'Unione europea e dell'area Efta (Svizzera, Norvegia, Islanda, Liechtenstein). L'assistenza agli italiani, nei Paesi visi-

tati, è fornita alle medesime condizioni previste per i cittadini dello Stato in cui si soggiorna.

## E in caso di emergenza?

In qualsiasi Paese dell'Unione europea si può chia-

mare il numero verde 112, sia da telefono fisso che da mobile, per contattare direttamente i servizi di soccorso.

## Dopo la Brexit, cosa aspettarsi in Gran Bretagna?

Come precisano alla Direzione della Programmazione sanitaria, la situazione è immutata quanto meno fino al 29 marzo 2019, data presumibile della firma dell'Accordo di recesso. Quindi, al momento, se si viaggia per turismo in Gran Bretagna valgono le stesse regole dei Paesi Ue.

## Nei Paesi non Ue e non Efta che cosa succede?

Con una serie di Nazioni sono stati firmati accordi bilaterali. I Paesi interessati vanno dall'Argentina a Capo Verde, l'elenco e le informazioni su quali sono e sulle diverse forme di tutela previste sono reperibili sul portale «Se parto per...». Da tener presente che in genere, grazie a questi accordi bilaterali, sono maggiormente tutelate le persone che sono all'estero per lavoro e i pensionati o in particolari condizioni, come la gravidanza, oppure sono previste solo cure urgenti o necessarie in quanto conseguenza di infortuni. Non si evidenziano situazioni critiche— chiariscono alla Direzione Generale— tranne che in Brasile, dove sono state segnalate difficoltà.

E se non ci sono neppure accordi bilaterali?

Nei Paesi con i quali non ci sono accordi— puntualizzano alla Direzione generale— resta valido il suggerimento di verificare, o richiedere, espressamente che il «pacchetto» turistico, o il biglietto aereo, comprenda anche un'assicurazione sanitaria, verificandone le caratteristiche,

## Che documenti portare invece nei Paesi Ue e Efta?

La normale Tessera sanitaria. Se si prova a girarla sul retro compare la scritta «Tessera europea di assicurazione malattia» (in sigla TEAM), è questo il documento che dà diritto alle cure. In base ai regolamenti UE 631/2004 e 883/04 si può usufruire delle cure in forma diretta (cioè senza il pagamento della prestazione), salvo l'eventuale ticket previsto dal Paese di soggiorno (che rimane a carico dell'assistito) per le cure, oltre che urgenti, necessarie.

Qual è esattamente il tipo di cure garantite?

Le cure *necessarie* — chiariscono alla Direzione Generale della programmazione sanitaria— comprendono ovviamente le urgenze, ma il concetto è più ampio. Più in generale si intendono tutte le cure che non possono essere rinviate al momento del rientro. L'individuazione della necessità è responsabilità del medico.

## L'assistenza sanitaria è uniforme in questi Paesi?

No, i sistemi variano da un Paese all'altro. Servizi che sono gratuiti in Italia potrebbero non esserlo in un altro Stato oppure potrebbe valere per tutti (turisti e «locali») un sistema di assistenza indiretta per cui si paga e si viene rimborsati successivamente.

#### **In caso di rimborsi, chi interviene?**

Il rimborso si può richiedere al ritorno, alla propria Asl. Attenzione quindi a riportare a casa tutta la documentazione necessaria.

Se si ha bisogno solo di **farmaci**?

La questione si pone, evi-

dentemente, se si tratta di un medicinale che richiede la prescrizione. L'entrata in vigore della ricetta elettronica — puntualizzano alla Direzione Generale — consente di acquistare i farmaci in tutti i Paesi Ue, in alcuni però potrebbe essere difficoltoso presentare al farmacista la ricetta elettronica in formato digitale, si raccomanda perciò di portare con sé anche una stampa della ricetta.

#### **In farmacia, all'estero, possono esserci «regole» diverse?**

La vendita dei farmaci — spiegano alla Direzione Gene-

rale — è soggetta a regole specifiche per ogni Stato Ue, potrebbe perciò essere impossibile procurarsi il farmaco prescritto anche se la ricetta è riconosciuta. Può accadere con farmaci che non hanno un titolo di commercializzazione valido in tutta Europa o hanno nomi diversi in Paesi diversi. È bene che il medico prescrittore usi la Denominazione Comune Internazionale così da consentire al farmacista straniero di fornirli. Le medicine vanno però pagate e saranno rimborsate al rientro.

**Daniela Natali**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### **Differenze I sistemi di assistenza nella Ue variano da un Paese all'altro. Servizi sanitari gratuiti da noi potrebbero non esserlo altrove**

In caso di emergenza, in qualsiasi Paese dell'Unione europea si può chiamare il numero verde 112, sia da telefono fisso sia da mobile, per contattare direttamente i servizi di soccorso

### **Rimborsi**

Il sistema della ricetta elettronica rientra nella disciplina dell'assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi della Direttiva 24/2011/UE, ne consegue che il relativo regime è di **assistenza indiretta**: ciò significa che il paziente è tenuto ad **anticipare la spesa**, ma **ha diritto al rientro al rimborso** nei limiti di quanto gli sarebbe stato riconosciuto se avesse acquistato il farmaco in Italia.

## Istruzioni in valigia

STATI DELL'UNIONE  
EUROPEAAltri Stati dell'EFTA  
European Free Trade Association

ISLANDA



LIECHTENSTEIN



NORVEGIA



SVIZZERA

Con la TEAM (Tessera europea assicurazione malattia, retro della tessera del nostro sistema sanitario) si ha diritto a ricevere **assistenza sanitaria** (gratuita o rimborsata) **al pari dei cittadini del Paese in cui si soggiorna** (sono escluse le prestazioni private; per le cure programmate vedi sotto)

STATI NON UE E NON EFTA CON I QUALI L'ITALIA  
HA FIRMATO CONVENZIONI BILATERALI

ARGENTINA



BRASILE

CITTÀ  
DEL VATICANO  
E SANTA SEDEMACEDONIA,  
SERBIA  
MONTENEGRO,  
BOSNIA-  
ERZEGOVINA

AUSTRALIA



CAPO VERDE



SAN MARINO



TUNISIA



PRINCIPATO DI MONACO

Si ha diritto a **prestazioni sanitarie** (gratuite o rimborsabili) **diverse da Paese a Paese** in base alla Convenzione sottoscritta.

La «copertura» può riguardare solo alcune categorie (per esempio lavoratori o pensionati) oppure solo alcuni aspetti (per esempio cure urgenti, infortuni, maternità).

STATI EXTRAEUROPEI  
CON I QUALI NON ESISTONO CONVENZIONI

**Solo per lavoratori e studenti** (a determinate condizioni), con apposito attestato della Asl, è prevista l'**assistenza sanitaria in forma indiretta**: si pagano le cure e poi si chiede il rimborso.

**Per tutti gli altri, le eventuali spese mediche non sono «coperte»** dal Servizio sanitario (nemmeno con rimborso al rientro)

## INDIRIZZI, SITI E APP UTILI PER TUTTI I PAESI

✓ [www.salute.gov.it/portale/home.html](http://www.salute.gov.it/portale/home.html)

■ Dalla home page del portale del Ministero della Salute, nella sezione centrale «La nostra salute», si accede a «**Se parto per...**», guida interattiva per avere informazioni sull'assistenza sanitaria, Paese per Paese.

■ Sempre in home page, nella sezione «Temi e professioni», cliccando su «Italiani all'estero» si trovano informazioni su Stati Ue, Stati in convenzione e Stati non in convenzione

✓ Per scaricare l'app dedicata «Se parto per...» [www.salute.gov.it/portale/p5\\_0.jsp?lingua=italiano&id=122](http://www.salute.gov.it/portale/p5_0.jsp?lingua=italiano&id=122)

L'applicazione permette di reperire informazioni, ovunque ci si trovi, direttamente dal proprio dispositivo mobile, e anche di consultare la Directory pubblica di tutte le istituzioni europee competenti per l'assistenza

Per informazioni e consigli su coperture sanitarie di breve e lunga durata, diritto alle cure, come trovare l'ospedale giusto all'estero, spese e rimborsi

[www.europa.eu/youreurope](http://www.europa.eu/youreurope)

Sito Ministero Affari Esteri (anche indirizzi) di Ambasciate e Consolati)

[www.viaggiasesicuri.it/home.html](http://www.viaggiasesicuri.it/home.html)

Per scaricare la app [www.dovesiamonelmondo.it/smartphone.html](http://www.dovesiamonelmondo.it/smartphone.html)

Centrale operativa telefonica Ministero Affari Esteri attiva tutti i giorni 24 ore su 24 anche dall'estero **Telefono +39 06 491115**

## PER CURE PROGRAMMATE ALL'ESTERO

Punto di contatto nazionale presso il Ministero della Salute

[www.salute.gov.it/portale/temi/p\\_sendMailNCP\\_ITA.jsp](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p_sendMailNCP_ITA.jsp)

Punti di contatto in altri Paesi europei [www.europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/get-more-info/index\\_it.htm](http://www.europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/get-more-info/index_it.htm)

Corriere della Sera

# Anche se ci sono accordi precisi non tutto è sempre a costo zero

**A**nche se esistono accordi precisi non sempre tutto fila liscio. Ecco due delle tante domande arrivate al Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, e proprio relative a due Paesi, Germania e Svizzera, nei quali dovrebbe essere più semplice avere assistenza. «C'è un modo, per recuperare le spese fatte in Germania per due estrazioni di denti per ascesso e una pulizia profonda per forte infezione?»

«Mia moglie in Svizzera per vacanze si è sentita male, è stata portata all'ospedale (aveva la tessera TEAM). Dopo un mese è arrivata la fattura da

un'assicurazione svizzera di 92 euro e poi una seconda dall'ospedale di 430 euro! Chi paga?». Ed ecco le risposte del Tribunale per i diritti del malato. «Anche in Germania, se si richiedono cure odontoiatriche in urgenza-emergenza (e non è previsto l'utilizzo di materiali) si è tutelati. Al ritorno bisogna contattare la propria Asl portando la docu-

## Chi paga?

«Veloce ricovero in ospedale in Svizzera e adesso fatture per 500 euro»

mentazione e chiedendo risposte scritte. Attenzione a non far passare più di tre mesi dall'ultima spesa rendicontabile, pena la prescrizione della possibilità di chiedere rimborsi».

Secondo caso. «Con la Svizzera esistono accordi per ricevere le cure d'urgenza ed emergenza in maniera simile ai Paesi Ue. Però, il trattamento economico è sempre relativo al Paese in cui ci si trova, Svizzera compresa, che potrebbe avere forme indirette d'assistenza: in tal caso si deve anticipare il pagamento e poi chiedere il rimborso alla Asl».

**D. N.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Consigli

Restate in Europa?  
Non dimenticate  
La Tessera Sanitaria

**S**iete diretti verso un Paese dell'Unione europea oppure verso un Paese che fa parte dell'Efta? Ricordatevi di portare la vostra Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) - in pratica la vostra tessera sanitaria, che sul retro riporta appunto la scritta Tessera Europea di Assicurazione Malattia, che dà diritto, in caso di malattia imprevista durante un soggiorno temporaneo oltre frontiera (sia che siate in vacanza, sia per ragioni di lavoro o di

studio) a ricevere i trattamenti medici alle stesse condizioni, e allo stesso costo degli assistiti del Paese in cui vi trovate. Ma fate attenzione: determinati servizi, gratuiti in Italia, potrebbero non esserlo in un altro Paese. E se avete perso la tessera, fatevi fare un duplicato per tempo. Qualora abbiate dimenticato sia la TEAM sia il duplicato, dovrete pagare le prestazioni ricevute, e poi chiedere, al rientro, il rimborso alla vostra Asl.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Le terapie per malattie croniche, sono garantite fuori dall'Italia?

**A**vete bisogno di cure continue e di consultare un medico regolarmente perché soffrite di una malattia cronica, come diabete o asma, ma non volete rinunciare a una vacanza in un Paese europeo?

Sappiate che durante il vostro soggiorno oltre frontiera, presentando la Tessera europea assicurazione malattia (Team) avrete diritto a tutte le cure necessarie, tenuto conto del vostro stato di salute e della durata del soggiorno, gratuitamente (pagando solo l'eventuale ticket) o anticipando i costi e poi chiedendo il rimborso, al pari degli assistiti del Paese in cui vi trovate.

Dovrete, però, avere l'accortezza di organizzarvi prima di partire, in modo da poter avere accesso alle terapie e non interrompere la continuità delle cure. Questo vale soprattutto se avete bisogno di cure vitali che richiedono un monitoraggio medico, determinate attrezzature e personale specializzato. In particolare, nel caso siate in dialisi, in ossigenoterapia o in chemioterapia, il Ministero della Salute consiglia di prendere in anticipo accordi con la struttura sanitaria estera che dovrà fornirvi il trattamento. Assicuratevi, inoltre, che si tratti di un centro pubblico o convenzionato col servizio sanitario di

quel Paese. Informazioni al riguardo si possono chiedere sia al «Punto di contatto» italiano, istituito presso il Ministero, sia al «Punto di contatto nazionale» del Paese meta del vostro viaggio ([www.europa.eu/youreurope/citizens/health](http://www.europa.eu/youreurope/citizens/health)). Infine, la Tessera sanitaria europea può essere utilizzata in un altro Paese dell'Unione anche dalle donne in gravidanza per i controlli prenatali: copre, infatti, le cure mediche connesse, compreso il parto non programmato, per esempio se il travaglio inizia inaspettatamente durante la vacanza in Europa.

**M.G.F.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Esempi

Come usare il sito  
«Se parto per...»

**C**ome utilizzare il sito del Ministero della Salute «Se parto per ...?». Immaginiamo di avere come destinazione la Francia per turismo. Dovremo selezionare il Paese: Francia; poi il motivo del viaggio: «temporaneo soggiorno-turismo»; infine si dovrà indicare la propria tipologia di utente. Nel nostro caso: possessore di TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia). A questo punto compariranno tutte le informazioni necessarie

sulle cure su cui potremo contare. Altro esempio. Siamo per partire per un Paese che non è né della Ue, né dell'Efta: le Maldive. Motivo del viaggio: «temporaneo soggiorno - turismo»; non ci verrà chiesto se abbiamo la tessera TEAM, ma se siamo iscritti al SSN. Confermata l'iscrizione, leggeremo però che in questo Paese non è prevista alcuna tutela. Ed è esclusa anche la copertura delle prestazioni di pronto soccorso, quindi il Ministero consiglia di stipulare un'assicurazione sanitaria.

# Se si espatria proprio per curarsi

## Il vademecum

**R**ecarsi in un altro Paese dell'Unione europea per fare una visita in un centro specializzato per quella patologia o per ricevere terapie all'avanguardia si può: il diritto dei cittadini europei a scegliere dove farsi curare è riconosciuto dalla Direttiva comunitaria sull'assistenza transfrontaliera, recepita in Italia dal Decreto legislativo n. 38/2014.

È quindi possibile usufruire oltre frontiera, in centri di assistenza sanitaria pubblici e privati, anche non convenzionati, di tutte le cure garantite dal nostro Servizio sanitario, ma bisogna anticipare i costi della prestazione e, al rientro in Italia, chiedere il rimborso alla propria Asl.

**Che fare prima di partire?**

Per alcune prestazioni è necessaria l'autorizzazione della Asl; sono circa un centinaio, elencate nel «Regolamento in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera soggetta ad autorizzazione preventiva», in vigore dal 6 giugno. In particolare, si precisa che occorre farsi autorizzare in anticipo nei casi in cui è previsto il ricovero del paziente per almeno una notte, per interventi in regime di day surgery, per le

prestazioni di chirurgia ambulatoriale, terapeutiche e di diagnostica strumentale che richiedono l'utilizzo di infrastrutture sanitarie o di apparecchiature mediche altamente specializzate, come quelle impiegate per la risonanza magnetica (Rmn), la Tac, la radioterapia. In ogni caso, precisa la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, il paziente può chiedere informazioni al «Punto di contatto» nazionale, istituito presso il Ministero (*si veda il grafico*).

**A chi chiedere l'autorizzazione preventiva?**

La domanda va presentata alla Asl di residenza che dovrà comunicare entro 30 giorni (15 nei casi urgenti) se dà o meno l'autorizzazione. Non può rifiutarla se non riesce a garantire la prestazione sul territorio nazionale, nei tempi giusti sotto il profilo medico.

**Come ottenere il rimborso delle spese?**

Al rientro, entro 60 giorni dall'erogazione della prestazione ricevuta, bisogna presentare alla Asl la domanda di rimborso, corredata dalla certificazione originale medica e dalle ricevute fiscali in originale. Si è rimborsati entro 60 giorni in base alle tariffe vigenti nella propria Regione. Le Regioni hanno facoltà di rimborsare eventuali altri costi, come spese di viaggio o per gli accompagnatori di

persone con disabilità.

**E se non si è in grado di anticipare le spese?**

In base ai Regolamenti comunitari in materia di sicurezza sociale si possono programmare le cure in strutture pubbliche o convenzionate di un altro Stato Ue senza anticipare le spese, che sono pagate direttamente dal nostro Servizio sanitario. Occorre sempre l'autorizzazione preventiva della Asl che, di norma, la rilascia se la prestazione rientra nei Lea e non può essere garantita in Italia in tempi adeguati.

**Come si fa a sapere se si può usufruire dell'assistenza diretta?**

«L'Asl è tenuta a dire qual è la procedura più vantaggiosa per l'assistito — risponde Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva —. Purtroppo con le norme che hanno recepito la Direttiva europea sono state introdotte procedure burocratiche, per mere ragioni economiche, che di fatto hanno sminuito la portata innovativa della Direttiva, ovvero garantire ai pazienti il diritto a scegliere liberamente da chi farsi curare nei Paesi dell'Unione, che non significa incentivare la mobilità sanitaria, perché si farebbe volentieri a meno di spostarsi per trovare le cure necessarie».

**Maria Giovanna Faiella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA.