

Gruppo Consiliare Movimento 5 Stelle

Al presidente della Quinta Commissione
preg.mo dott. Mario Quagliari
quinta.commissione@crabruzzo.it

RISOLUZIONE

“Programmi di sorveglianza per i soggetti portatori di mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 e relativa esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni sanitarie erogate in favore di detti soggetti nell'ambito dei protocolli di sorveglianza”

PREMESSO CHE:

- In base al rapporto “I numeri del cancro in Italia 2021” curato tra gli altri da Associazione italiana di oncologia medica (AIOM) e l'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM), che ha confermato per il 2021 dei dati in linea con quelli 2020, è stata rilevata la diagnosi di 377 mila nuovi casi di tumori, 195 mila negli uomini e 182 mila nelle donne (6000 casi in più rispetto all'anno 2019 a carico delle donne e 1000 casi in meno per gli uomini rispetto all'anno 2019), con una sopravvivenza media, a 5 anni dalla diagnosi, del 63% per le donne e del 54% per gli uomini, con valori della nostra regione sostanzialmente in linea con quelli che si riscontrano nel Paese.
- Secondo lo studio “Global Cancer Statistics 2020”, prodotto in collaborazione dall'American Cancer Society (ACS) e dall'International Agency for Research on Cancer (IARC) si stima che a livello globale, una persona su 5 svilupperà un tumore nel corso della propria vita. Lo dicono gli autori del rapporto dal titolo. Nel rapporto sono analizzati i dati relativi a 36 tumori in 185 diversi Paesi del mondo.
- Complessivamente in Italia ogni giorno più di 1000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore maligno e le 5 neoplasie più frequenti nella popolazione sono quelle della mammella (54.976, pari al 14,6% di tutte le nuove diagnosi di tumore) seguita dal colon-retto (43.702), polmone (40.882), prostata (36.074) e vescica (25.492). Non considerando i carcinomi cutanei, il carcinoma mammario e la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (il 30%) è un tumore mammario.
- In Italia, una donna su 8 riceve una diagnosi di tumore al seno e una su 33 muore a causa di questa malattia. Il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con 12.000 decessi registrati in Italia nel 2016 secondo l'ISTAT. Dagli inizi degli anni novanta si osserva una moderata, ma costante diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (-0,8-1,4% all'anno), attribuibile soprattutto all'anticipazione diagnostica della malattia per effetto della maggiore efficacia delle campagne di screening, oltre che ai progressi terapeutici.
- La sopravvivenza a 5 anni delle donne con tumore alla mammella è oggi pari in Italia all'87%, dato che influenza sensibilmente quello relativo alla sopravvivenza con riferimento a tutte le patologie tumorali e che è migliore nelle donne (63%) rispetto a quella degli uomini (54%). La diagnosi precoce può solo migliorare queste percentuali.
- Detti risultati positivi, volti a rendere molti tumori vere e proprie patologie croniche, sono oggi seriamente compromessi dalla drastica riduzione di prestazioni sanitarie, (visite specialistiche, screening oncologici, visite di follow-up ed interventi chirurgici non urgenti), registrata negli ultimi due anni per effetto della pandemia, di fatto non ancora conclusa, che ha costretto le strutture sanitarie

Gruppo Consiliare Movimento 5 Stelle

a rimandare prestazioni meno urgenti per destinare risorse umane e tecnologiche a fronteggiare l'emergenza da Covid-19, oltre che per le difficoltà nel recarsi presso le strutture sanitarie per effettuare le prestazioni legate alla prevenzione e alla cura delle patologie tumorali. In particolare nella ASL 02 si è verificato anche il mancato aggiornamento delle anagrafiche che di fatto impedisce alle neo 50enni di entrare nello screening dato che il programma non ne riconosce l'esistenza.

OSSERVATO CHE:

- La mancata erogazione di cure e di prestazioni di controllo e prevenzione in ambito oncologico si tradurrà, inevitabilmente, nei prossimi anni in un peggioramento degli outcome di salute della popolazione in generale e dei malati oncologici in particolare, dal momento che i ritardi nell'esecuzione degli screening si traducono non solo in una netta riduzione delle diagnosi di tumore della mammella ma anche nell'individuazione di tale neoplasia in una fase più avanzata, con conseguente minore probabilità di guarigione e costi delle cure più elevati.
- Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 indica tra i macro obiettivi da perseguire il cosiddetto rischio eredo-familiare per tumore della mammella, con invito alle Regioni di identificare i soggetti a rischio eredo familiare, definendo percorsi diagnostico terapeutici integrati con i programmi di screening in essere in favore delle donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2
- I pazienti portatori di mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 sono a maggiore rischio di sviluppare tumori, tipicamente al seno e alle ovaie nelle donne, e al seno e alla prostata negli uomini.
- Le donne portatrici di mutazioni di questi geni, (si stima che dette mutazioni siano presenti in 1-5 donne su 10000), hanno un'elevata probabilità, circa il 60%, di sviluppare un tumore mammario nell'arco della vita, cui si aggiunge anche un rischio di carcinoma ovarico o tubarico stimato nell'ordine del 40% per il gene BRCA1 e nell'ordine del 20% per il gene BRCA2.
- Nelle donne portatrici delle mutazioni BRCA1 e BRCA2 il rischio di contrarre il tumore della mammella e dell'ovaio si verifica in età giovanile, a partire dai 25 anni, e il rischio di trasmissione dai genitori ai figli di dette mutazioni BRCA è stimato nell'ordine del 50%.
- Detti rischi associati alle mutazioni BRCA1 e 2 sono spesso ignorati da quanti sono portatori delle mutazioni stesse e sono resi palesi solo dai test genetici che rappresentano quindi uno step fondamentale della ricerca e della prevenzione oncologica, consentendo di applicare idonei programmi di sorveglianza ed opportune strategie di riduzione del rischio neoplastico.

CONSIDERATO CHE:

- Il Decreto legislativo n. 124/1998, all'articolo 1, comma 4, prevede, tra l'altro, che al fine di favorire la partecipazione a programmi di prevenzione di provata efficacia sono escluse dal sistema di partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito, al momento della fruizione, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva, realizzati in attuazione del piano sanitario nazionale, dei piani sanitari regionali, o comunque promossi o autorizzati con atti formali della regione.
- Il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013" di cui all'intesa della Conferenza Stato Regioni del 10.02.2011 e le Linee di indirizzo sulla Genomica in

Gruppo Consiliare Movimento 5 Stelle

Sanita' Pubblica" di cui all'intesa della Conferenza Stato Regioni del 13.03.2013, prevedono che si sviluppino un percorso organizzato per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni del BRCA1 e BRCA2) con caratteristiche di integrazione e complementarieta' al percorso di screening gia' in essere per la prevenzione del tumore della mammella.

- L'aumento della estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target e' contemplato negli obiettivi strategici del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 oltre che nel Programma Regionale di Prevenzione 2021-2025 di cui alla DGR 920 del 29/12/2021
- Nell'aggiornamento dei LEA di cui al DPCM del 12 gennaio 2017, l'offerta di screening e' definita come: "Chiamata attiva ed esecuzione dei test screening e dei percorsi di approfondimento e terapia per tutta la popolazione target residente e domiciliata". L'invito attivo allo screening e', pertanto, di per se un LEA (sia per il primo livello sia per gli eventuali approfondimenti previsti), poiche' i LEA prevedono che ogni cittadino avente diritto riceva un invito attivo da parte del Sistema Sanitario.
- Su una base di circa 58 milioni di assistiti, ripartiti in 19 Regioni e 2 Province Autonome, il 75% di questi assistiti, piu' di 44 milioni di utenti, nelle Regioni Lombardia, Campania, Veneto, Sicilia, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Toscana, Liguria e Valle D'Aosta, oltre che nella provincia autonoma di Trento, usufruisce di una esenzione dal sistema di partecipazione al costo (cosiddetto codice di esenzione D99, o D97 in Toscana e Campania) per gli screening legati alle mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2, le cui prestazioni sono quindi erogate senza oneri a carico dell'assistito.

Tanto premesso, osservato e considerato, **il Consiglio Regionale IMPEGNA il Presidente e la Giunta Regionale ed i competenti organi istituzionali ad assumere tutte le iniziative necessarie per:**

1. Recuperare il complesso delle prestazioni sanitarie (visite specialistiche, screening oncologici, visite di follow-up ed interventi chirurgici non urgenti) non erogate negli ultimi due anni per effetto della pandemia, utilizzando a tale scopo le risorse appositamente destinate in favore di Regione Abruzzo dal decreto- legge n 104 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n 126 del 2020, e ripristinando cosu', il livello di assistenza pre-pandemia.
2. A dare attuazione, in forma strutturata, ai Protocolli di Diagnosi, Trattamento e Assistenza per Persone ad Alto Rischio Eredo-Familiare (PDTA AREF), garantendo al soggetti portatori di mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 l'esenzione dal pagamento del ticket e quindi la gratuita per tutte le prestazioni sanitarie che fanno parte dei protocolli di sorveglianza in favore di detti soggetti.

L'Aquila, 24/05/2022

Il Consigliere regionale

Francesco Taglieri

