

## Rinnovare il modello di rete per una nuova oncologia di prossimità

A colloquio con **Paolo Marchetti**

*Direttore del Dipartimento di Oncologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di Roma*

### Come si può intervenire perché nell'assistenza territoriale siano ben delineati i percorsi di accesso alle terapie oncologiche e all'innovazione?

Innanzitutto dobbiamo rinnovare profondamente i modelli di presa in carico dei pazienti nelle diverse regioni. Dal rapporto di Agenas sullo stato di attuazione delle reti oncologiche del 2020 emerge un quadro grave perché solo diciassette regioni hanno affermato di avere delle reti oncologiche attivate (anche se non tutte sono realmente attive sul territorio) e di queste soltanto otto hanno dichiarato di avere risorse specificamente rivolte al funzionamento delle reti. In assenza di un supporto economico, è chiaro che tutto viene affidato al volontariato (e non sempre questa è la scelta migliore). Solo cinque regioni sono state in grado di fornire una risposta alle verifiche che vengono effettuate sulla funzionalità e l'efficienza della rete.

Ci troviamo quindi di fronte a un sistema che ancora non è stato in grado di implementare le reti oncologiche in maniera ottimale e in maniera diffusa e di garanzia per tutti i cittadini italiani.

Stiamo proponendo una modifica sostanziale del modello di rete che, così come è stato concepito oltre 20 anni fa, non è più in grado di raccogliere le reali esigenze della medicina di precisione e della medicina personalizzata. Dobbiamo riscrivere integralmente un percorso, riorganizzando l'offerta sanitaria, che non deve essere più basata sulla centralità dell'ospedale e del centro di eccellenza – che pure rimane l'elemento fondamentale in questo cammino – ma che deve portare a casa del paziente per quanto più possibile la risposta ai suoi bisogni.

In questo percorso viene richiesto un impegno di tutti, *in primis* delle regioni (e sarà centrale il ruolo della Conferenza Stato-Regioni), ma anche di Agenas e del Ministero della Salute, che è il nostro organizzatore a livello nazionale. Tutte queste istituzioni devono lavorare insieme con gli oncologi, con le associazioni dei cittadini e con le associazioni di volontariato dei pazienti per superare le criticità attuali.

### Ritiene che il nuovo modello di assistenza territoriale, che vede nella telemedicina uno dei suoi promettenti pilastri, sia in grado di rispondere alle esigenze dei pazienti oncologici?

Molto spesso per telemedicina si intende una serie assolutamente rilevante di interventi di qualunque tipo. Il tema importante non è come definire un intervento a distanza, ma come strut-



turarlo perché risponda a esigenze reali. La telemedicina intesa come valutazione di necessità, di bisogni, di situazioni di allarme dei pazienti è un capitolo estremamente importante, ma noi dobbiamo attivarci per individuare la modalità di raccolta delle informazioni su quello che potremmo definire l'esposoma generale del paziente oncologico. Oggi tutta l'attenzione è invece focalizzata unicamente sulle mutazioni all'interno del tumore, sui polimorfismi, sulla trascrittomicina. Questi sono aspetti importantissimi, che devono però essere integrati con le informazioni sull'attività fisica svolta dal paziente e quindi con le modalità di rilevazione delle sue capacità di movimento.

Attualmente disponiamo di una quantità enorme di informazioni non correlate tra loro. E se da una parte è necessaria una integrazione con le strutture assistenziali e con il Ministero della Salute, bisogna anche stringere un patto con il garante della privacy per definire nuovi percorsi che tengano conto delle diverse esigenze della privacy del cittadino rispetto a quella del paziente. Sono due mondi diversi, nei quali c'è grande necessità di possibilità di raccolta prospettica di informazioni e di interazioni.

Con la Fondazione per la Medicina Personalizzata abbiamo dato vita, insieme alla Fondazione ReS Ricerca e Salute, a un progetto nazionale di raccolta di tutte le informazioni dei pazienti afferenti ai centri di riferimento oncologici in almeno cinque regioni.

Il nostro obiettivo è di dimostrare quante informazioni possiamo ottenere da una raccolta diffusa, prospettica e standardizzata per garantire ai pazienti il superamento dei tanti meccanismi di resistenza, superamento che spesso non avviene non perché il farmaco ha scarsa attività in quel paziente, ma perché il paziente assume, ad esempio, antibiotici o farmaci che interagiscono negativamente con le terapie che sta effettuando, o perché segue una dieta scorretta che rende meno efficace l'immunoterapia, o perché vive in un ambiente altamente contaminato (anche molto banalmente dai fumi delle candele che si accendono in casa per creare ambiente o con l'idea di rendere più salubre l'aria, e che invece fanno accumulare micropolveri che determinano pneumopatie interstiziali che aggravano la situazione).

È necessario sviluppare sensoristiche diffuse che siano in grado di colloquiare con i diversi sistemi e che siano poi riconducibili, pur nella garanzia dell'anonimato di chi fornisce queste informazioni, a un percorso di raccolta delle informazioni che segnerà il vero progresso del nostro paese rispetto all'Europa. ■ ML

*“Il tema importante non è come definire un intervento a distanza, ma come strutturarlo perché risponda a esigenze reali.”*

## Medicina di prossimità e telemedicina per una sanità più vicina alle richieste dei cittadini

A colloquio con **Anna Lisa Mandorino**

*Segretaria Generale, Cittadinanzattiva*

**La medicina del territorio è uno dei due perni intorno ai quali ruota la mission 6 del PNRR. Qual è il vostro punto di vista in proposito come organizzazione che ha al centro dei suoi interessi la tutela della salute dei cittadini?**

Qualsiasi paziente o cittadino con un bisogno di salute aveva compreso già prima della pandemia quanto la questione dell'assistenza territoriale fosse cruciale, perché la sanità pubblica si è concentrata per molti anni sugli ospedali, disinvestendo sul resto della sanità. Quindi è positivo che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si sia focalizzato sull'assistenza territoriale, cioè su un modello di sanità maggiormente di prossimità, più vicino ai desideri di salute delle persone, che cerca le persone piuttosto che le persone i servizi.

Da questo punto di vista, le misure del Piano sono potenzialmente positive, ma noi stiamo cercando di monitorarle con grande attenzione perché l'obiettivo deve essere un disegno di prossimità, in cui i servizi siano vicini ai cittadini e, in questo momento, l'impressione è che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sia ancora troppo concentrato sulle strutture. Ad oggi è difficile capire quale sarà l'impatto positivo del Piano, se non si riescono ancora a immaginare i rapporti tra queste strutture e le risorse che vi devono lavorare, gli effetti di salute che si vogliono ottenere, i bisogni delle comunità in cui questi luoghi saranno costruiti. Quindi sicuramente il Piano risponde ai bisogni dei cittadini e suscita grandi aspettative e speranze, ma come associazione non dobbiamo tralasciare l'importanza e la necessità di monitorare passo dopo passo gli interventi che saranno pensati e via via realizzati per valutarne la loro efficacia e capacità di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

**Come superare le differenze regionali presenti a livello di infrastrutture tecnologiche nel nostro paese perché l'attuazione del PNRR consenta di ridurre al minimo ogni disuguaglianza nel trattamento dei pazienti?**

Il problema delle disuguaglianze tra le diverse regioni del nostro paese anche in relazione alla loro capacità di rispondere alle opportunità che la sanità pubblica mette a disposizione e