



Un cantiere aperto con scelte per cambiamenti percepibili dai cittadini: il nuovo direttore generale dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali spiega su quali priorità sta puntando. «In corso un processo irreversibile»

L'agenda di una Sanità in movimento

FRANCESCO OGNIENNE

Grande risorsa o grande malato? «Il Servizio sanitario nazionale sta vivendo una profonda trasformazione, che procede con rapidità. È importante farlo sapere, perché è uno sforzo senza precedenti, e sono certo che darà risultati a breve termine». Parole impegnative, ma chi conosce Angelo Tanese sa che crede fino in fondo a quello che dice. Da pochi mesi direttore generale di Agenas (l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali), Tanese è manager navigante della sanità pubblica: a lungo alla guida della Asl Roma 1 - quasi un ministero, per ampiezza e utenti -, è stata una presenza abituale alle iniziative di formazione dell'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute guidato da don Massimo Angelelli. E con *Avvenire* riflette su quella che definisce «una sanità in movimento».

In movimento verso dove?

Vorrei concentrarmi su tre aspetti, che ritengo centrali per delineare il quadro di profondo rinnovamento che stiamo vivendo. Anzi, detto la sanità digitale: per oltre dieci anni abbiamo stentato nel portare avanti il progetto del Fascicolo sanitario elettronico e lo sviluppo della telemedicina, non tanto per mancanza di risorse ma per la difficoltà di costruire una infrastruttura nazionale comune per tutte le Regioni. Oggi, grazie ai finanziamenti del Pnrr, l'infrastruttura c'è ed è in corso di implementazione. C'è ancora lavoro da fare per completare il percorso, ma il processo è ormai irreversibile. Poi le Case della comunità: abbiamo sempre sostenuto i limiti di un servizio sanitario "ospedalecentrico", eppure da decenni il ruolo dei Distretti sanitari fatica a decollare. Oggi abbiamo un nuovo modello di assistenza territoriale, unico per tutto il territorio nazionale, così definito dal DM 77/2022, e oltre mille Case della comunità già attive. Certo, la messa a regime di tutte le strutture e lo sviluppo delle potenzialità del modello richiederà tempo, ma il cambiamento è tangibile e radicale. Infine, le liste di attesa: per anni abbiamo lamentato il fenomeno, senza tuttavia disporre di una strategia per governarlo. Oggi abbiamo una piattaforma nazionale che monitora il rispetto dei tempi di garanzia per la maggior parte delle visite specialistiche e degli esami diagnostici, in un quadro di forte collaborazione Stato-Regioni e con la possibilità di ampliare il cruscotto con ulteriori prestazioni, come gli interventi chirurgici. Anche qui, si tratta di un percorso ai suoi esordi, ma che produce primi importanti risultati nella riduzione dei tempi di attesa, segno che siamo sulla strada giusta.

Cos'hanno in comune questi tre ambiti di intervento sul Ssn?
Innanzitutto, il fatto che oggi disponiamo di infrastrutture nazionali del tutto inesistenti solo tre anni fa, e che definiscono standard, modelli di servizio e criteri di valutazione omogenei. Le Regioni mantengono la responsabilità dell'organizzazione e della gestione del sistema sanitario, ma grazie al Pnrr potranno farlo all'interno di piattaforme e regole uguali per tutti, che garantiscono interoperabilità dei dati, condivisione delle soluzioni, pari tipologie di offerta nei confronti dei cittadini. Questo vuol dire restituire al Servizio Sanitario un'identità comune, di cui abbiamo estremamente bisogno.

Ma quello che conta per le persone è la ricaduta sui servizi che "toccano con mano..."

I tre settori che ho indicato presentano tutti innovazioni che hanno ricadute dirette sulla qualità dell'assistenza sanitaria. I cittadini non tarderanno a rendersene conto. C'è bisogno di tempo, come per tutti i cambiamenti strutturali, che non sono solo tecnologici, ma anche organizzativi e culturali. Abbiamo tuttavia primi segnali che stiamo costruendo rapidamente un modello di sanità diverso, più adatto ad una popolazione come la nostra, composta sempre più da anziani e pazienti cronici, a cui garantire un'assistenza meno frammentata e servizi più accessibili. Confido molto, ad esempio, nel 58 progetti per i grandi anziani, finanziati di recente, che dimostreranno con i fatti che un nuovo modello di assistenza è possibile.

Quanto può incidere l'Agenzia in questo cambiamento?

Agenas è pienamente coinvolta nel processo di

rinnovamento del Ssn, fornendo supporto a Ministero e Regioni nell'implementare le diverse linee di sviluppo. Abbiamo tre scadenze a breve: entro settembre un report ufficiale sullo stato di avanzamento del DM 77 e in particolare delle Case della Comunità, fondamentale per monitorare la riforma e definire i prossimi passi; entro ottobre il secondo bollettino trimestrale sulle liste d'attesa, con i dati e il trend dei primi nove mesi del 2026; a novembre presenteremo tutte le linee di attività in qualità di Agenzia di Sanità digitale.

Digitale, Case della comunità, liste di attesa, cure palliative: cosa sta cambiando, cosa manca. Parla Angelo Tanese, alla guida di Agenas



Sopra, Angelo Tanese, direttore generale di Agenas (l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali) dal febbraio di quest'anno

Gli investimenti del Pnrr daranno risultati duraturi per la sanità italiana?

C'è un grande lavoro che si sta facendo a livello centrale e nelle Regioni, con un'accelerazione

che mai avremmo immaginato sino a prima del Covid. Questa è la fase cruciale in cui consolidare gli investimenti per tradurli in cambiamenti realmente percepiti dai cittadini. Dobbiamo credere nella capacità del Servizio sanitario di trasformarsi, facendo pormo su tre punti fermi: continuare a investire sulla conoscenza, perché solo misurando e valutando ciò che si fa è possibile avere chiaro dove intervenire, correggendo gli errori e prendendo ad esempio ciò che funziona; andare tutti nella stessa direzione, perché è fondamentale mantenere un clima di piena collaborazione con le regioni e condividere una tabella di marcia comune; e creare un clima di partecipazione e di coinvolgimento di tutti i professionisti della sanità. Credo sia arrivato il momento di ritrovare una convergenza di vedute in un'unica cornice di senso. Troppo spesso guardiamo solo ai limiti e ai problemi del nostro Ssn, che ci sono. Proprio per questo è giunto il momento di cambiare, e abbiamo oggi tutte le condizioni per realizzare un Servizio sanitario più forte e coeso.

Si torna a parlare di cure palliative: a che punto siamo nell'offerta pubblica?

Sulle cure palliative e l'accompagnamento nella fase finale della vita siamo indietro, con una presa in carico spesso tardiva e territori ancora sprovvisti di una rete adeguata. Però va detto che oggi c'è molta più attenzione e si stanno potenziando anche le unità di cure palliative domiciliari, pur se con differenze territoriali significative. Stiamo lavorando per misurare ciò che accade, individuare le criticità e accompagnare le regioni verso servizi più accessibili e standard omogenei.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PARTE LA NUOVA CAMPAGNA PER LA RICERCA

«Sono diventata mamma anche con la fibrosi cistica»

Nella cura della fibrosi cistica, malattia genetica progressiva, la ricerca non conosce sosta. Dopo l'avvento dei farmaci modulatori che agiscono sulla proteina difettosa, la Fondazione per la Ricerca sulla Fibrosi cistica ha scelto di sostenere il progetto internazionale "Restart-Cfr". Obiettivo è trovare una terapia per particolari mutazioni della patologia che ancora oggi non possono ricevere alcun trattamento. L'annuncio è stato dato nel corso della presentazione della XXIV Campagna nazionale della Fondazione, che da ottobre riporterà nelle piazze italiane il "Ciclaminio della Ricerca" per sensibilizzare l'opinione pubblica sulla fibrosi cistica e raccogliere fondi da destinare a nuovi progetti scientifici. Carlo Castellani, direttore scientifico della Fondazione, spiega che «questa patologia comincia a manifestarsi subito dopo la nascita e colpisce tante parti dell'organismo. La preoccupazione maggiore riguarda l'impatto sull'apparato respiratorio, che riduce considerevolmente l'aspettativa di vita. Il progetto "Restart Cfr" si rivolge a quel paziente su dieci con una mutazione del difetto genetico che non può usare le terapie. Tutti noi abbiamo grandi aspettative su questo progetto». L'iniziativa prevede un nuovo investimento di oltre 3,4 milioni di euro a sostegno di 9 progetti. Dal 2002 ne sono stati supportati 522 per un totale di 46 milioni investiti nella ricerca. Il presidente Matteo Marzotto rileva che «i malati in Italia sono più di 6.000. Posso dire che siamo per livello di cura

il Paese migliore del mondo, con un'assistenza pubblica capillare. Di anno in anno l'aspettativa di vita si allunga, si formano famiglie e nascono bambini sani. In questo momento le famiglie chiedono vicinanza e la massima attenzione alla ricerca perché capiscono quanto sia importante. Abbiamo la speranza che la malattia si possa sconfiggere». Testimonial della Fondazione è Giulia di Benedetto, volontaria della delegazione di Genova "Mamme per la ricerca", malata di fibrosi cistica. «Ho 39 anni, un'età che solo fino a qualche tempo fa sarebbe stato impossibile pensare di raggiungere. Quando sono nata avevano detto ai miei genitori che probabilmente non avrei superato i cinque-sei anni di vita. Una delle grandi vittorie contro la malattia è stata certamente quella di diventare mamma, addirittura di due gemelle. Non è stato un percorso facile. Quando le bambine erano molto piccole ho avuto un tracollo e mi sono ritrovata a vivere con l'ossigeno 24 ore su 24, a sottopormi a terapie di endovenosa otto ore al giorno, tutti i giorni, per quattro anni. Dopo una lunghissima attesa per un trapianto polmonare, nel 2020 mi è stato proposto un farmaco modulatore in forma compassionevole. Nel giro di 24 ore ho ripreso a respirare. Così, piano piano, sono tornata a fare la mamma al mille per mille».

Il 30 settembre partirà la XIV edizione del Charity Bike Tour, che si concluderà il 3 ottobre. Alla pedalata solidale da Lecco a Biella, ideata nel 2012 da Marzotto, parteciperà un team di campioni dello sport e biker volontari. Dal 19 al 25 ottobre la Settimana di sensibilizzazione sul test del portatore sano "1 su 30 e non lo sai" promuoverà la consapevolezza dell'importanza del test genetico. Tutto al sito: www.fibrosicistica.org.
Giovanna Sciacchitano

Humanity 2.0

Tra prestazione e fiducia il "buco" della macchina



PAOLO BENANTI

Nature Biomedical Engineering ha dedicato il numero di agosto a uno sguardo critico sull'intelligenza artificiale in medicina. Non un pamphlet luddista, ma dodici articoli di ricerca che convergono su un punto scomodo: gli strumenti di AI proliferano, le prove che migliorino davvero la vita dei pazienti restano scarse.

Il dato più istruttivo non riguarda le prestazioni. I modelli fondazionali, scrivono Jia Wu e colleghi, «eccellono nel riconoscimento di pattern, ma arrancano nel ragionamento causale e nella robustezza». Tradotto: un algoritmo può individuare un'ombra su una Tac del torace con precisione superiore a quella di un radiologo esperto, eppure non sa perché quell'ombra è lì. Riconosce la forma, non la ragione. E la medicina, da Ippocrate in poi, è essenzialmente una scienza delle ragioni. Qui si apre la frattura che l'editoriale coglie con lucidità: la differenza tra prestazione e fiducia. «La prestazione da sola è insufficiente per la fiducia clinica», avvertono i curatori. Un medico non affida il proprio paziente a un sistema che non sa spiegare se stesso, per la stessa ragione per cui un pilota non si fida di uno strumento che dà numeri giusti senza indicare come li ha ottenuti. Nella cura la trasparenza non è un lusso: è una condizione di legittimità.

Nessuno dei ricercatori coinvolti propone di fermare le macchine. Il punto è un altro: la medicina è un atto relazionale prima che computazionale. La diagnosi non è soltanto la classificazione corretta di un'immagine: è il momento in cui un essere umano fragile si affida a un altro essere umano che sa. Quando quell'atto di fiducia viene delegato a una scatola nera ciò che si perde non è l'efficienza. È il senso. Il *focus issue* indica anche una via d'uscita. Hong-Yu Zhou e colleghi descrivono un modello di "ragionamento medico" in cui il clinico resta nel ciclo decisionale come interlocutore attivo dell'algoritmo, non come supervisore residuale. Bin Sheng propone un'intelligenza neuro-simbolica che integri dati empirici e ragionamento formale. Sono tentativi di costruire strumenti che non sostituiscano il giudizio ma lo