



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

25 MARZO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



A Trapani

Ospedale Sant'Antonio Abate, eseguito un prelievo multiorgano

Da una donatrice di 77 anni che aveva espresso in vita l'assenso alla donazione degli organi attraverso il rinnovo della carta d'identità.

25 Marzo 2024 - di [Redazione](#)



Un prelievo multiorgano è stato effettuato nel reparto di Rianimazione dell'ospedale Sant'Antonio Abate di Trapani, diretto da Antonio Cacciapuoti. I medici hanno prelevato fegato, reni e cornee da una donatrice di 77 anni in morte cerebrale che aveva espresso in vita l'assenso alla donazione degli organi attraverso il rinnovo della carta d'identità. Ad eseguire il delicato intervento, che è durato circa otto ore e si è concluso domenica mattina, sono stati i medici dell'Ismett di Palermo con il supporto di un'equipe di sala operatoria coordinata da Cristina Agozzino coadiuvata dall'infermiere di coordinamento Ivan Paesano. Le cornee sono state inviate alla Fondazione Banca degli occhi di Mestre.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

“Decidere di donare una parte di noi o dei nostri cari in un momento di estremo dolore è un gesto d’amore straordinario, un atto di infinita generosità che rende possibile salvare più di una vita. Ai familiari di questa donatrice rivolgo il mio personale e profondo ringraziamento, ed esprimo il mio apprezzamento ai medici e a tutta l’equipe sanitaria multaziendale per la grande professionalità che ha reso possibile l’intervento di prelievo degli organi eseguito con successo”, lo ha detto il commissario straordinario dell’Asp di Trapani, Ferdinando Croce

GIORNALE DI SICILIA

25/03/2024

I nuovi «livelli essenziali di assistenza»

Prestazioni sanitarie «Lea» ancora rinviati?

Il nodo sono i tagli
previsti per le tariffe
(e i minori rimborsi)

Manuela Correra

ROMA

Bisognerà ancora attendere per poter accedere ai nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket. Il nomenclatore che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, che doveva entrare in vigore dal primo aprile, infatti, con tutta probabilità slitterà, come ha indicato lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci. Ciò significa che i Lea nella versione aggiornata, approvati nel 2017, non saranno ancora disponibili per i cittadini.

L'entrata in vigore del tariffario era prevista già dal primo gennaio 2024, ma è stata rinviata al 1 aprile. Ora Schillaci nei giorni scorsi ha detto: «Credo che rinvieremo in accordo con le Regioni». Il nodo sono i tagli previsti alle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che

sarebbero così garantiti alle strutture sanitarie che le erogano. Uno scenario che ha suscitato l'accesa protesta di varie strutture private convenzionate con il Servizio sanitario, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), e dei laboratori di analisi. La rimodulazione delle tariffe, chiarisce l'Aris, prevede tagli ai rimborsi per le strutture pari al 30-40% per molte prestazioni, tra queste anche esami importanti quali mammografie, colonoscopie e visite cardiologiche. Il rischio,

denuncia l'associazione, è che le strutture non reggano: «A queste condizioni, non sarebbe più garantito almeno il 50% delle prestazioni ambulatoriali in un anno».

Il pericolo, avverte il sindacato Snabip Federbiologi, è anche «la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro». Da qui il più che probabile rinvio per una rivalutazione delle tariffe, per «avere in qualche caso tariffe più adeguate alla realtà di oggi», ha detto il ministro.

Al momento, dunque, i Lea disponibili sono quelli risalenti al 2001 e solo poche Regioni hanno deciso di ga-

rantire alcune delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo da fondi propri. Aspettare ancora è, pertanto, una prospettiva duramente contestata dalle associazioni di pazienti e cittadini. Cittadinanzattiva chiede che il decreto Tariffe entri in vigore, come previsto, dal 1 aprile: «I diritti dei cittadini non meritano altre proroghe, ma garanzia di esigibilità su tutto il territorio».

Sono 2.108 le prestazioni garantite con i nuovi Lea, rispetto alle 1702 della versione precedente, e la spesa prevista è di 402 milioni di euro. Numerose le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche introdotte, come ad esempio l'adroterapia, per il trattamento di alcuni tumori, o apparecchi per la riabilitazione motoria.



Il ministro Schillaci: credo che rinvieremo in accordo con le Regioni

Dal 19 marzo in vigore il dlgs n. 29/2024 con nuovi servizi e prestazioni di cura e assistenza

Anziani non autosufficienti, arriva il welfare su misura

Pagina a cura

DI DANIELE CIRIOLI

Un welfare ad hoc per le persone anziane non autosufficienti. Si chiama "sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente" ed è costituito dall'insieme di prestazioni e servizi sociali, di cura e assistenza necessari a garantire l'adeguato e appropriato sostegno ai bisogni degli anziani non autosufficienti. Bisogni individuati da una "valutazione multidimensionale unificata" che redige un budget finale di cure, assistenza e anche di spesa sociale. A prevederlo è il decreto legislativo n. 29 del 14 marzo 2024, pubblicato sulla **Gazzetta Ufficiale** n. 65 del 18 marzo 2024 e in vigore dal giorno successivo.

Il provvedimento dà attuazione alla delega della legge n. 33 del 23 marzo 2023 con le nuove norme a favore delle persone anziane, in attuazione del Pnrr.

La riforma. Tre le principali direttrici della riforma. La prima: misure a promozione dell'invecchiamento attivo. La seconda: semplificazione dei criteri di valutazione multidimensionale dell'anziano non autosufficiente e integrazione tra settore sociosanitario e settore sociale (rafforzamento, inoltre, del ruolo degli ambiti territoriali sociali; definizione della rete territoriale dei servizi per la domiciliarità delle cure e la riqualificazione dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti). La terza: misure assistenziali con l'introduzione della nuova "prestazione universale", sperimentale nel biennio 2025/2024, e altre misure a favore dei caregiver familiari (si veda altro articolo in altra pagina).

Il 19 marzo 2024, data d'entrata in vigore del dlgs n. 29/2024, è scattato il conto alla rovescia verso l'emanazio-

ne di ulteriori provvedimenti (almeno 16 decreti e cinque atti regionali) entro termini che vanno da 90 a 180 giorni, per completare la messa in opera della riforma (su *ItaliaOggi* del 6 febbraio scorso).

Un welfare ad hoc. Si chiama "Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente", in sigla Snaa. È costituito dall'insieme di servizi e prestazioni sociali, di cura e assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni delle "persone anziane non autosufficienti".

Lo Snaa è costituito da: amministrazioni, Inps, regioni e province autonome, aziende sanitarie locali, comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (Ats). Compito principale dello Snaa è la programmazione degli interventi, realizzata su tre livelli:

- a livello centrale, da parte del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana, in sigla Cipa, il quale adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa con la Conferenza unificata, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;

- a livello regionale, da parte degli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, dei comuni, singoli o associati in Ats, e delle aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione e provincia autonoma;

- a livello locale, da parte dell'Ats e del distretto sanitario.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali. Obiettivo principale sono i Leps (si veda tabella in altra pagina),

ossia i livelli essenziali delle prestazioni sociali, da attuare in via graduale e progressiva nei limiti dei fondi disponibili, e che vengono erogati dagli Ats nelle seguenti aree:

- assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;

- servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;
- servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.

Valutazione multidimensionale unificata. Come individuare i bisogni specifici delle persone anziane? A ciò contribuiranno, nell'insieme, servizio sanitario nazionale, Ats e Inps mediante la "valutazione multidimensionale unificata" (Vmu). Infatti, per i rispettivi profili di competenza, daranno garanzia alla persona anziana di avere accesso a tutte le misure e a tutti i provvedimenti (tra gli altri, per esempio, quelli della legge n. 104 del 5 febbraio 1992), nonché ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i Pua ("punti unici di accesso") con sede operativa presso le articolazioni del Ssn denominate «Case della comunità» (in questo modo dovrebbero evitarsi le processioni tra diversi uffici).

In particolare, l'accesso a servizi e relativi processi valutativi dei Pua è assicurato al-



la persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

- persona affetta da almeno una patologia cronica;

- persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

L'esistenza dei requisiti è verificata dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del Ssn, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali. Nel caso in cui il medico valuti la non sussistenza dei presupposti dei requisiti, informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità e invia il relativo certificato medico introduttivo, su richiesta dell'interessato, tramite piattaforma informatica all'Inps.

L'esito della Vmu. Se l'esito della valutazione "Vmu" esclude la condizione di non autosufficienza, ma rileva la sussistenza delle condizioni

per l'accesso ai benefici della condizione d'invalidità, è redatto apposito verbale con le risultanze della valutazione e trasmesso tempestivamente, tramite piattaforma online all'Inps, che procede agli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato d'invalidità, nonché, solo se necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario.

Se la valutazione rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige il verbale che è trasmesso all'Inps, tramite piattaforma online, per i provvedimenti di competenza.

Il verbale contiene le risultanze della valutazione, relative anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai relativi benefici e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati e validati utili a:

- graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana;

- supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti.

Quando all'esito della valutazione multidimensionale unificata non sussistono i presupposti di cui ai punti precedenti (né invalidità né non autosufficienza) il punto unico

di accesso, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socioassistenziale e socioassistenziale.

In ogni caso, se l'esito della valutazione multidimensionale unificata evidenzia fabbisogni di cura e assistenza, viene redatto il Progetto di assistenza individuale integrato (Pai) mediante anche l'ausilio di un professionista di area sociale degli Ats e uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura, nonché con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza. Quando necessario, il "Pai" include anche il Piano di riabilitazione individuale (Pri).

Il budget di cura e assistenza. La valutazione multidimensionale unificata, nell'ambito del Progetto di as-

sistenza individuale integrato, individua il budget di cura e di assistenza quale strumento per l'ottimizzazione progressiva della fruizione e della gestione degli interventi e servizi di cura e sostegno ai fini dell'attuazione del progetto. Al budget di cura e di assistenza concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale.

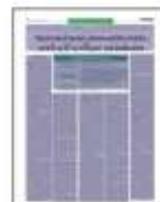
Tali attività sono garantite dalle aziende sanitarie, dai distretti sanitari e dagli Ats, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e in particolare:

- le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del Ssn nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza;

- le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale a interventi in favore di anziani non autosufficienti.

I beneficiari della riforma

Persona anziana	La persona che ha compiuto 65 anni
Persona grande anziana	La persona che ha compiuto 80 anni
Persona anziana non autosufficiente	La persona anziana che, anche in considerazione dell'età e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate
Specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente	Lo specifico bisogno assistenziale valutato e graduato, all'esito della valutazione multidimensionale unificata



Numeri in crescita

**Non solo Kate,
è allarme tumori
gastrointestinali
tra gli under 40**

Melina e Sabadin a pag. 11



Non c'è soltanto Kate: tra i giovani è un'epidemia di tumori gastro-intestinali

► Sempre di più i 30enni colpiti dalla malattia ► La scienza non riesce ancora a spiegare precoce. E la tendenza è destinata a crescere il fenomeno: «Non c'è un fattore scatenante»

IL FOCUS

ROMA La notizia che la principessa del Galles Catherine è malata di cancro dopo avere subito un importante intervento chirurgico addominale ha stupito tutti: Kate, a 42 anni, sembrava il ritratto stesso della salute: una donna dinamica, instancabile, sportiva, magra e sempre in forma. Ma i medici che studiano e combattono le malattie dell'apparato gastro-intestinale sono preoccupati. Il numero di tumori che colpiscono gli adulti di età inferiore ai 50 anni è in aumento in tutto il mondo senza che se ne sia ancora scoperta la ragione. Li chiamano tumori ad esordio precoce, perché prima venivano riscontrati quasi esclusivamente tra le persone più anziane, mentre oggi si manifestano già dopo i 30 anni, con sintomi che spesso vengono scambiati per altre patologie, ritardando l'inizio delle cure. Il numero di decessi per tumori ad esordio precoce, ha rivelato una ricerca pubblicata anche da Nature, è aumentato di quasi il 28% tra il 1990 e il 2019 in tutto il mondo e crescerà ancora del 30% entro il 2030. Negli

Stati Uniti il cancro del colon-retto, una malattia che solitamente coltiva i maschi sessantenni, è diventato la principale causa di morte per cancro tra gli uomini sotto i 50 anni. Nelle giovani donne, è diventata la seconda causa di morte per cancro.

Gli scienziati che studiano il fenomeno non sanno come spiegarlo. Probabilmente tra le cause ci sono anche l'aumento dei tassi di obesità, il consumo di alcol e di cibo spazzatura, ma non tutti i casi rispondono a questi criteri. Si cercano risposte anche nel microbioma intestinale, la cui funzione potrebbe essere stata compromessa dall'uso eccessivo di antibiotici, da fattori ambientali o dalla dieta. Nel corpo umano ci sono quasi 50 trilioni di cellule batteriche, che pesano circa due etti. Nel tratto intestinale i batteri aiutano a digerire il cibo e contribuiscono alla salute immunitaria, e potrebbero avere un ruolo nell'aumento dei casi di tumore.

LA RICERCA

Alcuni ricercatori pensano che si debbano svolgere ricerche sulla vita e sulla salute dei bambini nati mezzo secolo fa per capire se ci siano anche aspetti genetici da considerare. «Se si fosse trattato di una

singola pistola fumante, i nostri

studi avrebbero puntato almeno a un fattore», ha detto a Nature Sonia Kupfer, gastroenterologa all'Università di Chicago, «Ma non sembra essere così, c'è una combinazione di fattori diversi».

In molti paesi i decessi causati dal cancro sono in diminuzione grazie ai progressi della medicina, a una maggiore prevenzione e alla perdita di cattive abitudini come il fumo. Ma se i decessi calano, il numero di tumori sta invece aumentando. I tumori a esordio precoce sono solo una frazione di quelli globali, ma il loro tasso di crescita è impressionante. Molto spesso colpiscono l'apparato digerente, e in particolare il colon-retto, il pancreas e lo stomaco. Anche altri tipi di tumore, come il cancro al seno,



all'utero e alla prostata, sono in crescita. Negli Stati Uniti i casi di tumore uterino sono aumentati del 2% ogni anno dalla metà degli anni 90 tra le donne adulte di età inferiore ai 50 anni e il carci-

noma mammario ad esordio precoce è cresciuto del 3,8% l'anno tra il 2016 e il 2019.

LE IPOTESI

Le statistiche americane evidenziano che i tumori colpiscono con maggiore intensità le persone indigene e di origine ispanica, confermando un legame con l'accesso ai cibi sani e allo stile di vita. Ma an-

che questi fattori non sembrano adeguati a spiegare il quadro completo: «Molti hanno ipotizzato che cose come l'obesità e il consumo di alcol potrebbero spiegare il fenomeno», ha detto Daniel Huang, epatologo presso l'Università Nazionale di Singapore, «ma c'è bisogno di un'analisi più profonda dei dati».

Tristi vicende che hanno riguardato persone famose, come la morte nel 2020 dell'attore Chadwick Boseman per cancro al colon, hanno contribuito a sensibilizzare l'opinione pubblica sull'esigenza di maggiori controlli. L'American Cancer Society ha consigliato le

persone a sottoporsi a screening per il cancro del colon-retto a partire dai 45 anni, piuttosto che in tarda età come si faceva prima. Le persone giovani dovrebbero sottoporsi a controlli periodici anche se non avvertono alcun sintomo e lo Stato le dovrebbe aiutare con campagne e assistenza adeguate.

Vittorio Sabadin

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NONOSTANTE
L'AUMENTO DEI CASI,
LA MORTALITÀ
È IN DIMINUIZIONE
GRAZIE AI PROGRESSI
DELLA MEDICINA**

**PER LA PREVENZIONE,
L'ACS CONSIGLIA
LO SCREENING
CONTRO IL CANCRO
DEL COLON-RETTO
A PARTIRE DAI 45 ANNI**





Dopo il successo di Neuralink arriva "Speak for me" per Windows che riproduce la propria voce. E Lenovo punta a far comunicare le persone colpite da Sla

Chip e avatar vocali in aiuto dei disabili

IL FENOMENO

Dall'IA ai chip, oggi sono tanti gli usi virtuosi della tecnologia in ottica di superamento delle disabilità. Microsoft sta lavorando a una funzionalità chiamata "Speak for me" (in arrivo entro fine anno nella nuova versione di Windows 11) pensata per migliorare l'accessibilità degli utenti ai propri sistemi operativi. Con la sua nuova proposta, il colosso di Redmond punta ad aiutare le persone affette da Sla e altre disabilità del linguaggio a comunicare sia con messaggi registrati, ad esempio nelle chat di Teams, che dal vivo durante le videoconferenze. A differenza delle voci robotiche che sentiamo nella maggior parte degli assistenti vocali, la nuova soluzione Microsoft offre una voce dal suono più natu-

rale grazie all'opzione "voce personale", che sfrutta l'IA per creare una sorta di avatar vocale allenato su spezzoni di parlato dell'utente, capace di leggere il testo con il nostro tono e la nostra cadenza.

METAVERSO

In tal modo, l'IA potrà far parlare anche gli avatar disponibili nelle varie app di Microsoft, compreso il metaverso Mesh. Oggi sono tanti i leader dell'indu-

stria che si stanno attivando per indirizzare lo sviluppo dell'IA verso scopi nobili. Al CES 2024 Lenovo, la Fondazione Scott-Morgan e DeepBrain AI hanno rivelato un avatar IA iperrealistico pensato per preservare voce, personalità e atteggiamenti fisici dei pazienti colpiti

da malattie degenerative. Parallelamente, Lenovo sempre grazie all'IA ha sviluppato una tecnologia di digitazione predittiva, con l'obiettivo di aiutare le persone affette da malattie motorie limitanti a comunicare anche quando non possono più utilizzare una tastiera tradizionale o la sintesi vocale. Adesso i ricercatori stanno lavorando per integrare questo sistema con l'avatar presentato al CES, con l'obiettivo finale di consentire alle persone affette da SLA e altre malattie degenerative di comunicare all'interno dello spazio digitale.



Gli sviluppi recenti dei modelli di IA multimodali stanno aiutando i ricercatori a sviluppare software capaci di interpretare le immagini e trasformare i testi in discorsi. Ad esempio la funzionalità "Be My AI" della danese Be My Eyes, sfruttando la tecnologia di OpenAI, ha fornito alle persone con visione limitata uno strumento utile a identificare gli oggetti attraverso la fotocamera dello smartphone, descrivendoli grazie alla sintesi vocale. La startup milanese EvoDeaf, attraverso il machine learning, ha sviluppato un software che trasforma i segni in parole, permettendo la comunicazione tra udenti e non udenti.

INTERFACCE

Il software si migliora e si sviluppa automaticamente con l'utilizzo ed è in grado di apprendere e imparare modi di dire, strutture delle frasi e combinazioni di parole direttamente dagli utenti. Poi, naturalmente, c'è il longevo e oggi ancor più fiorente settore delle interfacce cervello-computer (BCI), dove a dominare la scena adesso c'è Neuralink di Elon Musk, che con il suo chip consente agli esseri umani di controllare sistemi informatici con

il pensiero. E che in futuro ci porterà, promette Musk, a «raggiungere una simbiosi con l'intelligenza artificiale». A due mesi dall'intervento, il primo paziente tetraplegico a cui è stato impiantato direttamente nel cervello il chip Telepathy dell'azienda è in grado di giocare a scacchi e di controllare un computer semplicemente pensandolo. Venerdì scorso ha creato il suo primo post su X: «Twitter mi ha bannato perché pensava che fossi un bot - scrive l'uomo "digitando" col pensiero - X e Elon Musk mi hanno reintegrato perché lo sono».

IL FUTURO

Nel dopo Telepathy, per l'azienda in cantiere c'è già un altro chip, Blindsight, che permetterà di ripristinare la vista alle persone non vedenti. Musk fa sapere che l'impianto è già in fase di sperimentazione sulle scimmie e che i primi modelli saranno «a bassa risoluzione» ma l'obiettivo ultimo è quello di far evolvere la tecnologia finché non sarà totalmente indistinguibile dalla visione umana. Restano adesso da valutare gli impatti di queste interfacce sull'organismo che le ospita. «Gli elettrodi so-

no stati inseriti nel tessuto, il quale è stato dunque danneggiato. Questo può dar luogo a infiammazioni locali», spiega al *Corriere* Luca Berdondini, neuroscienziato

dell'IT. E rimane sempre aperta la questione privacy. Intanto per le interfacce bci, che consentono di trasmettere i nostri pensieri in wireless. Poi per tutte quelle app che si appoggiano alla tecnologia GPT, che per funzionare ha bisogno di una mole enorme di dati che poi verranno gestiti da aziende terze, che purtroppo sempre più spesso finiscono per operare oltre i limiti delle disposizioni normative.

Raffaele d'Ettorre

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le domande

1 COSA PUÒ FARE L'IA?

Con i sistemi generativi, oggi possiamo ricreare la nostra voce, oppure effettuare traduzioni istantanee

2 LA TELEPATIA È POSSIBILE?

Neuralink ha impiantato il primo chip cerebrale, che consente di giocare a scacchi usando solo il pensiero

3 QUALI SONO I RISCHI?

Per i chip cerebrali va studiato l'impatto fisiologico a lungo termine. Per la tecnologia GPT c'è la questione privacy

DOPO IL SUCCESSO DI TELEPATHY, MUSK PUNTA SU UN NUOVO IMPIANTO: PERMETTERÀ DI RESTITUIRE LA VISTA AI NON VEDENTI

Qui sopra, Elon Musk, che ha creduto molto in Neuralink e nel suo sistema di chip impiantabile

In alto, illustrazione Freepik

