Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

CRTSicilia

Rete Nazionale Trapianti

Regione Siciliana
Assessorato della Salute
Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

08 Luglio 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

Policlinico Giaccone, al via PDTA per i traumi acuti della mano e dell'arto superiore

Per migliorare ulteriormente la qualità delle cure offerte dall' unità operativa complessa di Chirurgia Plastica dell'Azienda ospedaliera universitaria.

8 Luglio 2024 - di **Redazione**

PALERMO. Il **Policlinico Giaccone** ha adottato il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i **traumi acuti** della mano e dell'arto superiore in pazienti di età superiore a 14 anni. Un'iniziativa, questa, volta a migliorare ulteriormente la qualità delle cure offerte dall' unità operativa complessa di **Chirurgia Plastica** dell'Azienda ospedaliera universitaria. «I traumi della mano e dell'arto superiore- spiega la professoressa **Adriana Cordova,** direttrice dell'UOC – costituiscono il 20% circa degli accessi al Pronto Soccorso e circa il 70% delle urgenze presso l'UOC di Chirurgia Plastica, da qui l'esigenza di tradurre le linee guida della Chirurgia e della traumatologia della mano e dell'arto superiore in percorsi operativi. Obiettivo del PDTA è definire gli **aspetti organizzativi** che consentano la gestione integrata dei traumi afferenti al Pronto Soccorso del Policlinico con livelli assistenziali adeguati, sia nella qualità che nella tempistica, alla complessità del trauma». **Il Protocollo** delinea tutte le fasi del percorso assistenziale, dall'accoglienza in pronto soccorso, alla diagnosi, al trattamento chirurgico o conservativo, fino alla riabilitazione e al follow-up all' in terno dell'AOUP. «Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale adottato dall'Azienda ospedaliera universitaria- continua la professoressa Cordova- nasce dalla **collaborazione interdisciplinare** tra le differenti figure sanitarie,

ortopedici, chirurghi vascolari, radiologi, fisiatri, anestesisti, chirurghi plastici che, dall'arrivo al PS, possono indirizzare il percorso terapeutico prima, e riabilitativo dopo, garantendo un trattamento rapido, adeguato alla complessità del trauma e alle esigenze fisiche e psicologiche del paziente». L'U.O.C. di Chirurgia plastica del "Paolo Giaccone" fa parte della Rete nazionale Coordinamento Urgenze Mano Italia **(CUMI)** per la gestione dei traumi complessi dell'arto superiore ed è stata accreditata dall' Hand Trauma Committee (HTC) della Federazione Europea delle Società di Chirurgia della Mano **(FESSH)** quale Centro di Chirurgia traumatologica della mano e Centro reimpianti. Si tratta dell'unica struttura accreditata a sud di Roma. «Questa iniziativa- afferma la Direttrice generale del Policlinico, **Maria Grazia Furnari**– riflette il nostro impegno costante verso l'eccellenza clinica. Il PDTA rappresenta un modello organizzativo fondamentale per garantire un approccio multidisciplinare e integrato. Ringrazio tutto il personale coinvolto nella realizzazione di questo **importante progetto** che porterà a miglioramenti significativi nei risultati clinici e nella qualità della vita dei nostri pazienti. Alla Chirurgia plastica dell'AOUP afferiscono pazienti da tutto il territorio siciliano e da fuori regione per la maggior parte per **lesioni** traumatiche complesse e altamente specialistiche. Nel 2022 sono stati eseguiti **oltre 800 interventi** di chirurgia traumatica della mano e circa 50 reimpianti e **rivascolarizzazioni** di artie segmenti di arti. Attualmente stiamo valutando il percorso più idoneo per poter includere anche i pazienti pediatrici».

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

DATAROOM

Cosa fa crescere le liste d'attesa

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Liste d'attesa negli ospedali: ancora troppe criticità. Il decreto del governo propone misure già previste e mai attuate.

a pagina **18**

DATAROOM

Corriere.it
Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

Sanità, liste di attesa: dov'è la fregatura

IL DECRETO MELONI PROPONE MISURE GIÀ PREVISTE E MAI ATTUATE
IL MONITORAGGIO DI VISITE ED ESAMI FINORA È UN FALLIMENTO
I PRIVATI NON COLLABORANO MAI. POCHI SOLDI, SOLO PIÙ SANZIONI

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

C'è «una straordinaria necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità». È con questa premessa che il 7 giugno, il giorno prima delle elezioni Europee, il governo Meloni pubblica in Gazzetta ufficiale il decreto-legge n. 73 «Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie». Vediamo cosa prevede questo «programma straordinario».

I «codici di priorità»

Viene istituita la Piattaforma nazionale del-

le liste di attesa, che sarà gestita dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). L'obiettivo è monitorare a livello nazionale se sono rispettati i «codici di priorità» sulla ricetta, secondo i quali una visita o un esame medico devono essere garantiti in 72 ore se urgenti, entro 10 giorni se c'è il codice «breve», entro 30 giorni per una visita o 60 per un esame se differibili, e ancora entro 120 se sono programmati. Per farlo la Piattaforma dovrà scambiare informazioni con le banche-dati sulle liste di attesa delle Regioni. Il sistema di rilevamento regionale è previsto dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021. Il problema è che finora non è stato capace di fotografare la situazione reale. Perché?

Il calcolo dei tempi di attesa è stato fatto solo su una settimana-indice a discrezione; pubblicando solo i dati di alcune aziende sanitarie, probabilmente le più efficienti; senza rispettare la lista delle prestazioni da monitorare per legge; senza specificare i tempi entro i quali la prestazione va garantita; e indicando indifferentemente il tempo di attesa «in previsione» oppure «a posteriori» ovviamente molto diversi tra loro: uno indica da quando prenoti a quando avrai l'appuntamento, l'altro misura l'attesa che c'è stata fra la prenotazione e l'erogazione della prestazione. È uno strumento che non risolve, ma cruciale per conoscere, a patto che vengano modificati i criteri di rilevamento, poiché oggi il monitoraggio non garantisce né qualità né completezza delle informazioni.

Le prenotazioni

Nel fissare un appuntamento al telefono il Cup regionale deve comunicare ai cittadini i tempi di attesa sia degli ospedali pubblici sia dei privati accreditati, ossia le strutture che offrono prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale. Regione Lombardia tenta di farlo dal 2016, ma dopo 8 anni i privati accreditati non sono ancora tutti collegati al Cup e le disponibilità degli appuntamenti sono parziali. I privati, per tenersi le mani libere su quali appuntamenti dare e a chi, non vogliono mettere a disposizione le loro agende in un sistema unico. Chissà se stavolta riescono a obbligarli.

È fatto divieto di sospendere o chiudere le attività di prenotazione. Divieto già previsto dalla legge 266 del 2005, ma ancora oggi succede che uno chiami e si senta dire che in quel momento non c'è posto e lo invitano a ritelefonare più avanti.

L'attività a pagamento

Quando i tempi delle «classi di priorità» indicate sulla ricetta non possono essere rispettati ci sono due opzioni. La prima è che il direttore generale si rivolga ai suoi medici che fanno attività a pagamento dentro l'ospedale, per includere alcune ore con le tariffe del sistema sanitario, dunque più basse: una prima visita di chirurgia generale il servizio sanitario la rimborsa 22 euro contro il minimo di 60 della tariffa a pagamento. L'utilizzo della libera professione senza costi aggiuntivi per il cittadino per tagliare le liste di attesa è già prevista in numerosi provvedimenti a partire dal 1998: il decreto legge 124/1998 stabilisce che in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa il cittadino possa utilizzare la libera professione dentro l'ospedale pubblico e pagare solo il ticket; il contratto che regola l'attività dei medici dal 2000 prevede che possano essere chiamati dai vertici dell'ospedale a svolgere attività libero professionale per ridurre le liste d'attesa; possibilità ribadita dal Piano nazionale di governo a partire dal 2010-2012. Tutte norme mai applicate!

La seconda opzione la deve esercitare la Regione, ed è quella di farsi aiutare dai privati accreditati. Regione Lombardia lo ha messo negli obiettivi 2023, chiedendo un aumento di produzione del 10% rispetto al 2019 per tutte quelle prestazioni con tempi di attesa lunghissimi: visite, ecografie, risonanze magnetiche, Tac e endoscopie.

Cosa è successo? I privati accreditati hanno fatto 700 mila prestazioni in meno con il servizio sanitario e 400 mila in più invece a pagamento! L'Ats ha trattenuto dal contratto 10 milioni di penalizzazione per il mancato raggiungimento degli obiettivi, ma evidentemente ai privati conviene comunque potenziare l'attività in solvenza: del resto privilegiano le prestazioni che rendono di più rispetto a quel che serve.

Previste visite diagnostiche e specialistiche da effettuare nei giorni di sabato e domenica e prolungando gli orari. Anche questa misura è già prevista dal Piano nazionale 2019-2021 e non applicata.

I controlli e le sanzioni

Nasce l'Organismo che deve vigilare sulle liste di attesa. La stessa cosa che già doveva fare dal 2006 un analogo organismo solo con un nome diverso (SiVeas). In pratica viene autorizzata una nuova direzione generale al ministero della Salute con qualche dirigente da assumere in più e 20 nuovi funzionari, però con potere sanzionatorio.

Morale: fin qui il nuovo «programma straordinario» del governo Meloni contro le liste di attesa contiene misure già vecchie, la differenza è che vengono rafforzate le sanzioni in caso di inadempimento. Il personale dell'Organismo di vigilanza sulle liste di attesa svolgerà funzioni di polizia amministrativa e giudiziaria. Per i direttori generali è prevista la revoca dell'incarico; per gli erogatori privati accreditati la messa a disposizione delle agende è una condizione per l'accreditamento; in caso di chiusura delle agende la sanzione amministrativa già prevista da un minimo di 1.000 a un massimo

di 6.000 euro viene raddoppiata. E anche il cittadino viene responsabilizzato: l'assistito che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta può essere tenuto al pagamento del ticket, misura peraltro già prevista, ma mai attuata.

Le assunzioni

Il ministro della Salute Orazio Schillaci enfatizza la possibilità di assumere, oltre al normale turnover, medici e infermieri utilizzando fino al 15% dell'incremento del fondo sanitario nazionale. L'articolo del decreto fa riferimento a una norma prevista dalla Finanziaria 2022. In pratica se questo 15% lo traducessimo in numero di teste, facendo finta che siano solo medici (ma così non è), vorrebbe dire 5.000 in più. Ovviamente l'incremento del personale serve anche per potenziare i ricoveri, i Pronto soccorso, i servizi territoriali, ecc., e solo una parte è finalizzato alle attività legate alla riduzione dei tempi di attesa.

Unica vera novità: medici e infermieri beneficeranno di un'agevolazione fiscale del 15% sui compensi per le prestazioni aggiuntive. Il medico che oggi prende 100 euro lorde l'ora, di fatto, è come se ne prendesse 150. La misura costerà in 3 anni (2025-2027) 491,7 milioni di euro, sempre a carico del Fondo sanitario nazionale. Il decreto si concentra sull'obiettivo di produrre più prestazioni, ma non interviene sull'appropriatezza: nel 2023 le prescrizioni delle prime visite sono aumentate del 31% rispetto al 2019 e quelle delle risonanze magnetiche del 38% (dati Agenas). Resta il fatto che oggi gli italiani per superare le liste di attesa spendono di tasca loro per le visite ambulatoriali e gli esami diagnostici oltre 8 miliardi all'anno (dati Cergas-Bocconi). Basta questo per capire che senza importanti nuovi finanziamenti al Ssn non si va tanto lontano. Difficile che bastino solo le punizioni!

Dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le sanzioni

- **Revoca incarico o mancato rinnovo** per i direttori generali
- **Revoca accreditamento** per i privati che non mettono a disposizione le agende di prenotazione
- **Funzioni di polizia amministrativa e giudiziaria** per l'Organismo di verifica e controllo
- **Sanzioni raddoppiate** (fino a 12 mila €)
- **Pagamento del ticket** per il paziente che non si presenta senza disdire

I poteri di Regioni e direttore generale

- **Assunzione di personale sanitario** → Già previsto dalla Finanziaria 2022
- **Fare pressione sui privati accreditati** → Finora le richieste sono cadute nel vuoto
- **Utilizzare la libera professione** → Finora mai applicato

Perché finora il monitoraggio ha fallito

1. **Nessuna indicazione** sul tipo di prestazione da garantire
2. **Nessuno standard** per il calcolo dei tempi
3. **Pubblicazione** di dati parziali
4. **Non monitorate tutte le prestazioni** previste per legge
5. **Non è possibile sapere** se il tempo indicato è «in previsione» oppure è «a posteriori»

La Piattaforma nazionale delle liste

Visite ed esami

U	B	D		P
Urgente	Breve	Differibile		Programmati
		Visita	Esame	
72 ore	10 giorni	30 giorni	60 giorni	120 giorni

Fonte: Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021

I diritti ribaditi dal decreto e mai applicati

Il Cup deve comunicare le disponibilità degli ospedali pubblici e privati accreditati	Vietato chiudere le agende di prenotazione	Se la prestazione non è fornita nei tempi stabiliti va garantita in libera professione al costo del ticket	Visite ed esami anche sabato e domenica
• *Regione Lombardia dal 2016 ma non ancora decollato*	• *Divieto già previsto dalla legge 266 del 2005*	• *D. l. 124/1998* • *Art. 55 comma 2 del contratto dei medici del 2000* • *Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-12*	• *Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021*

il Giornale
Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

L'EMENDAMENTO DI BORGHI (LEGA)

La sinistra all'attacco sui vaccini chiede a Schillaci di chiarire Ma c'è l'ipotesi inammissibilità

Massimo Malpica

La "bomba" leghista sui vaccini per i minori "raccomandati" e non più obbligatori, quell'emendamento al decreto liste d'attesa firmato dal senatore leghista Claudio Borghi (*nella foto*) per silurare la Legge Lorenzin, ha i suoi strascichi polemici anche il giorno dopo, nonostante le prese di posizione dello stesso Borghi che sui suoi social aveva definito l'iniziativa come «personale». Così ieri, domenica, è stata Più Europa ad affilare le armi, reclamando chiarimenti dal resto della maggioranza sull'emendamento Borghi che mira a far decadere l'obbligo vaccinale per i minori. «Visto che la scelta di non vaccinare non riguarda solo chi non si tutela con il vaccino e che le campagne vaccinali sono fatte per creare immunità di gregge e proteggere tutti, in particolare le persone più indifese - attacca il segretario di Più Europa Riccardo Magi - chiediamo al Ministro della Salute Schillaci di venire in aula a spiegare che politica sulle vaccinazioni intende portare avanti il governo, se prevede l'abolizione dell'obbligo come vuole la Lega oppure no». Insomma, «viste le posizioni no-vax del secondo partito di maggioranza guidato da uno dei due vicepremier, nonché ministro dei Trasporti, Matteo Salvini», per Magi serve «un chiarimento sulla politica che il governo Meloni vuole mettere in atto per il futuro e che riguarda la salute dei cittadini, in particolare quella dei più piccoli e dei più fragili».

Ma con un video postato su X, è ancora il firmatario del controverso emendamento, il leghista Borghi, a ridimensionare la portata della sua iniziativa, smontando in particolare l'ipotesi che si tratti di una «offensiva no-vax». «Due parole per spiegare meglio la mia proposta di abolizione della legge Lorenzin – spiega nel post l'esponente del Carroccio - perché i giornali come al solito scrivono sciocchezze. Non è una proposta no vax e non è "follia antiscientifica" o "ritorno al medioevo", anzi, è adeguarsi alle migliori pratiche internazionali». Questo perché, insiste Borghi, «se fosse una proposta no-vax avrei proposto l'abolizione dei vaccini», mentre «io sto proponendo di abolire l'obbligo vaccinale», e questo «perché c'è un'ampia letteratura scientifica che indica che l'obbligo porta al rifiuto al vaccino», comportando a conti fatti «l'effetto opposto di una ampia copertura vaccinale».

Ma la discussione e le polemiche potrebbero essere del tutto sterili. L'emendamento di Borghi, infatti, secondo quanto riferiscono fonti parlamentari all'agenzia LaPresse, dovrebbe essere giudicato «inammissibile per estraneità di materia» dalla commissione Affari sociali e sanità di Palazzo Madama, che deciderà sul punto domani.

LA STAMPA
Dir. Resp.:Andrea Malaguti

LA POLEMICA

Attacco ai vaccini e stop ai green pass basta fare male alla nostra salute

EUGENIA TOGNOTTI

L'annunciato emendamento al decreto liste d'attesa del senatore leghista Claudio Borghi potrebbe essere letto come l'ultimo coup de théâtre teso a raccattare consensi. RUSSO - PAGINA 18

Il testo di Borghi verso l'inammissibilità. L'Ordine dei medici: avrebbe creato una prateria per i virus e quindi messo in pericolo molti bambini

Salta l'emendamento no vax della Lega Gli scienziati: l'obbligo salva i più fragili

IL CASO
PAOLO RUSSO

«Estraneità della materia ai contenuti del decreto legge sulle liste di attesa». Così governo e maggioranza finiranno per levarsi dall'impaccio dove li ha messi l'emendamento del leghista Claudio Borghi, che punta a cancellare l'obbligo per 10 vaccini, tra i quali quelli contro i pericolosi morbillo, pertosse, varicella e rosolia. Questo mentre i numeri dimostrano che la legge Lorenzin sulla obbligatorietà ha funzionato, tanto da far scattare in sua difesa la levata di scudi degli esperti in campo medico.

Partiamo dai numeri. Per i più piccoli di età entro i due anni, la copertura vaccinale è salita dall'87,26% del 2016 (anno precedente l'introduzione dell'obbligo) al 94,40% del 20 giugno 2023, ultimo dato disponibile, vicino comunque all'obiettivo del 95% che genera la cosiddetta «immunità di gregge», grazie alla quale i virus non circolano più.

Viene allora da chiedersi a cosa serva mantenere l'obbligo fino a 16 anni. La spiegazione ce la da Rocco Russo, pediatra, coordinatore del tavolo tecnico sui vaccini: «Fino a 2 anni di età abbiamo comunque 22.755 piccoli non vaccinati. A 5 anni la percentuale di chi ha fatto la seconda dose scende all'84,9%, il che vuol dire 73.353 non immunizzati. A 18 anni le coperture si attestano infine al 93,21% e sono altri 37.637». Fatte le somme abbiamo oltre 133 mila under 18 non vaccinati con la quadrivalente, che protegge anche da parotite, varicella e rosolia. «Questi numeri spiegano perché il virus circoli ancora, tanto da aver fatto notificare 556 casi di morbillo da inizio anno al 31 maggio. Anche se i casi reali potrebbero essere 4 volte tanto, perché - spiega Russo - il morbillo è contagiosissimo, con un Rt che fa infettare tra le 15 e le 17 persone per ogni contagiato. Con questa situazione - conclude - togliere l'obbligo sarebbe un azzardo».

La pensa così anche l'epidemiologo dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, Massimo Ciccozzi: «I dati ci dicono che le coperture sono più alte nell'età della scuola infantile e materna, dove in base alla legge non ci si può iscrivere senza certificato vaccinale. Dopo l'acqua potabile i vaccini sono la scoperta che ha salvato più vite umane nel mondo, non vedo il perché di questo continuo fare l'occhiolino a posizioni no vax. Hai voglia a dire, "ma oggi quasi tutti i

LA STAMPA

piccoli sono immunizzati", perchè purtroppo i vaccini sono vittime del loro successo: quando i contagi calano le mamme non vaccinano più i loro figli che così portano in casa virus e batteri, contagiando fratelli più grandi e genitori non immunizzati».

«L'eliminazione dell'obbligo di vaccinazione per i minori di 16 anni avrebbe l'effetto di creare una prateria per i virus e quindi di mettere in pericolo molti bambini, in particolare i più fragili. Ci auguriamo che il Parlamento blocchi questa proposta pericolosa e senza logica», commenta a sua volta Pietro Dattolo, presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Firenze.

La Sipps, la Società italiana di pediatria preventiva e sociale ricorda invece che «l'immunità di gregge protegge anche quanti non possono essere vaccinati, come i neonati troppo piccoli per riceverli e le persone di ogni età con malattie che comportano controindicazioni».

Una posizione più «laica» è quella di Gianni Rezza, già direttore della Prevenzione al ministero della Salute e ora professore di Igiene all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano: «Il problema non andrebbe affrontato in modo ideologico. Se si raggiungono gli obiettivi di copertura si può anche pensare di togliere l'obbligatorietà. Ma farlo oggi sarebbe comunque un rischio, perché l'anagrafe nazionale dei vaccinati stenta ancora a decollare e questo non ci consente di avere una fotografia aggiornata della situazione».

Sul fronte politico da registrare lo smarcamento di Forza Italia, con Maurizio Gasparri che dice «non cediamo a suggestioni no vax», mentre per Maurizio Lupi di Noi Moderati, «lo stop all'obbligo vaccinale per i bambini è una sciocchezza scientifica». Che però trova ancora sponde nella maggioranza. —

I VACCINI OBBLIGATORI

		Dal 3° mese	Dal 13° mese
OBBLIGATORI	Difterite	✓	
	Tetano	✓	
	Epatite B	✓	
	Poliomielite	✓	
	Pertosse	✓	
	Haemophilus influenzae B	✓	
	Morbillo*		✓
	Parotite*		✓
	Rosolia*		✓
	Varicella*		✓
RACCOMANDATI	Meningococco B		
	Meningococco C		
	Pneumococco		
	Rotavirus		

*obbligatorietà soggetta a revisione ogni tre anni

Fonte: Ministero della Salute

L'ammissione a scuola

0-6 ANNI (nido e asilo)
6-16 ANNI (scuola dell'obbligo)

Le vaccinazioni sono un **requisito per l'ammissione ad asili e asili nido**
Scattano **sanzioni pecuniarie** in caso di inadempimento **(da 100 a 500 euro)**

Dalle elementari in poi bimbi e ragazzi possono **accedere comunque a scuola** e fare gli esami, ma, per chi non ha rispettato l'obbligo, l'Asl attiva un percorso di **recupero dei vaccini**

BAMBINI NEL PRIMO E SECONDO ANNO DI VITA

Esavalente: Ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita
Anti-rotavirus: 2 o 3 dosi, nelle prime 24-32 settimane di vita
Anti-pneumococcica: 3 dosi nel primo anno di vita
Anti-meningococcica B: 2 dosi nel primo anno e richiamo a 2 anni
Anti-meningococcica ACWY: 1° dose nel secondo anno di vita
Morbillo, rosolia, parotite e varicella: 1° dose nel secondo anno di vita
Anti-influenzale: a partire dai 6 mesi di età, richiamo fino ai 6 anni

5-6 ANNI

Difterite, poliomielite, tetano, pertosse: richiamo
Anti-influenzale: richiamo ogni anno, fino a 6 anni
Morbillo, rosolia, parotite e varicella: richiamo

ADOLESCENTI

Difterite, poliomielite, tetano, pertosse: richiamo dai 12 anni
Anti-HPV: dal compimento dell'11° anno (due o tre dosi in base all'età)
Anti-meningococcica ACWY: richiamo dai 12 anni

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp. Fabio Tamburini

Il 51% degli italiani ha difficoltà a raggiungere il pronto soccorso

L'accessibilità

L'indagine Istat fotografa le famiglie lontane da presidi e uffici pubblici

Oltre la metà delle famiglie italiane dichiara di avere difficoltà a raggiungere il pronto soccorso. La mancata prossimità del servizio sanitario d'emergenza risulta in aumento di 1,6 punti percentuali nel 2023 rispetto all'anno precedente.

A rilevare l'accessibilità di alcuni servizi di pubblica utilità è l'ultima indagine «Aspetti della vita quotidiana» di Istat. In particolare la quota più elevata di famiglie che ha difficoltà (un po' o molta) nel raggiungere un presidio ospedaliero si rileva al Sud (circa sette punti percentuali più della media nazionale), seguita dalle Isole e dal Centro (rispettivamente, 52,7% e 52,4%). In oltre 11 Regioni la percentuale di famiglie che non riesce a raggiungere facilmente questo servizio supera la media nazionale: la più alta si registra in Campania (63,5%), seguita da Calabria (62,5%), Liguria (58%) e Puglia (57%).

La dimensione dei Comuni di residenza influenza fortemente l'accessibilità ai servizi, correlata alla diffusione dei presidi sul territorio: nelle città metropolitane a dirsi in difficoltà è il 43,8%; nei Comuni sotto i 2mila abitanti il 68,6 per cento.

La prossimità risulta inadeguata anche per altri servizi. Poco più di tre famiglie su dieci esprime difficoltà a raggiungere Polizia e Carabinieri, con un picco in Campania (41,4%). Faticano a rivolgersi agli uffici comunali, invece, il 31% delle famiglie, in aumento di 1,2 punti percentuali rispetto al 2022. E qui le maggiori difficoltà si rilevano nelle regioni del Centro (39,5% in media; 41,1% in Lazio dove pesa la presenza di Roma e dei tanti uffici capitolini). Più facile, invece, raggiungere una farmacia (nel 2023 solo il 13,8% le ritiene difficilmente accessibili), complice l'aumento dei presidi rilevato negli ultimi anni: oggi si contano quasi 20mila unità rispetto alle 17.680 farmacie registrate nel 2014.

Si segnala qualche difficoltà solamente in Valle d'Aosta (24,9%), in Calabria (23,5%) e in Campania (22,5%); mentre la farmacia diventa realmente un servizio di prossimità nei centri metropolitani (qui solo l'8,7% si dichiara in difficoltà). Istat, infine, indaga l'accesso ai servizi commerciali: il 20% delle famiglie dichiara di non avere a portata di mano negozi alimentari, mercati e supermercati (due punti percentuali in più rispetto al 2022), senza particolari differenze tra aree geografiche.

—**Mi. F.**

RIPRODUZIONE RISERVATA

SU INTERNET

Online i dati consultabili
Sul sito internet del Sole 24 Ore i dati relativi alla quota di popolazione con almeno un punto vendita alimentare raggiungibile in 15 minuti, città per città, consultabili in un racconto digitale interattivo. Dalle mappe delle grandi città prese in esame emergono interi quartieri meno serviti, ad esempio Bovisa oppure Trenno e Figino a Milano; ma anche l'Eur o la parte nord di Monte Mario nella Capitale.

LA STAMPA
Dir. Resp.: Andrea Malaguti

Da Milano a Reggio la Sanità delle mafie

GIUSEPPE LEGATO, MONICA SERRA

Basterebbe raccontare quanto si sa sugli ultimi 4 anni di latitanza di Matteo Messina Denaro ricercato in tutto il mondo e malato di tumore «favorito» a casa sua (Trapani e Palermo) da una fitta rete di medici e professionisti per spiegare l'inquietante profondità del connubio tra mafia e sanità. – PAGINA 19

Sanità il business delle mafie

L'ospedale di Napoli in mano ai clan
le mire sulle Rsa della Lombardia
le forniture Covid e gli appalti truccati
Così i boss fanno affari con le Asl

GIUSEPPE LEGATO E MONICA SERRA

Basterebbe raccontare quanto si sa già - e immaginare quanto non si sa ancora - sugli ultimi quattro anni di latitanza di Matteo Messina Denaro ricercato in tutto il mondo e malato di tumore «favorito» a casa sua (Trapani e Palermo) da una fitta rete di medici e professionisti per spiegare l'inquietante profondità del connubio tra mafia e sanità nel nostro Paese e delle sue Regioni nelle quali il 75% (punto più, punto meno) della spesa pubblica confluisce - appunto - nella sanità. Sul punto il valore della spesa primaria netta nel settore pubblico allargato ammonta a più di 120 miliardi di euro in termini reali. Traduzione: la spesa nel settore dei camici e delle cure è cresciuta del 30% circa rispetto al 2010 con un + 25% per ogni cittadino italiano calcolato sul valore pro-capite. Chi ha pensato che la mafia non ci mettesse le mani sopra con tempismo efficace ha sognato ad occhi aperti.

Ed è stata profetica in questo senso un'analisi investigativa della Dia redatta in pandemia, quindi 3 anni fa, che raccontava come - a fronte di numeri sovrapponibili a quelli di oggi - erano «prevedibili importanti investimenti criminali nelle società operanti nel "ciclo della sanità", siano esse coinvolte nella produzione di dispositivi medici (mascherine, respiratori, ecc.), nella distribuzione (a partire dalle farmacie, in più occasioni cadute nelle mire delle cosche), nella sanificazione ambientale e nello smaltimento dei rifiuti speciali, prodotti in maniera più consistente a seguito dell'emergenza». Col senno di poi, bingo. Leggere per credere i dati sulle Sos, (segnalazioni di operazioni sospette): 1110 sono risultate ascrivibili all'emergenza sanitaria e di queste 164 sono confluite - si legge nel penultimo report disponibile (quello del 2022) - a profili di attinenza alla criminalità organizzata. Nel primo semestre 2023 (ultima rilevazione) il dato è stabile con una tipizzazione più dettagliata sulle segnalazioni: 560 per Covid 19, 141 per finanziamenti Covid e 273 per utilizzo anomalo di fondi di settore. Ergo: il polo sanitario è per gli 007 dell'Antimafia «un centro di interessi appetibile sia per le consistenti risorse di cui è destinatario sia per l'assistenzia-

lismo e il controllo sociale che può garantire, come dimostrano i commissariamenti per infiltrazioni mafiose». Lo sottolinea Pier Paolo Romani, presidente di Avviso Pubblico (associazione di amministratori contro le mafie e la corruzione che raccorda attorno a sé 541 Comuni, 11 Regioni, 12 Province e tre Città metropolitane): «La sanità è diventata anche terreno di voto di scambio con la mafia: quando i casalesi controllavano l'ospedale di Caserta erano loro che ti prenotavano una tac o una visita».

Il clan Contini padrone del San Giovanni Bosco

E restando in Campania, la storia si è ripetuta di recente. Dinamiche copia incolla, cambiano clan e strutture. Dice ai magistrati della Dda di Napoli il collaboratore di giustizia Pasuale Orefice che «Carmine Botta (vertice del clan camorristico Contini arrestato due settimane fa,ndr) è anche il referente del gruppo mafioso per l'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli, dove il sodalizio dispone di alcuni locali, in genere depositi, dove si effettuano riunioni di camorra per deliberare in merito ad attività delittuose e/o summit con esponenti di altri sodalizi criminali. Ho partecipato personalmente a talune di tali riunioni. Ciò avviene con la complicità di personale dell'ospedale, in particolare del personale della ditta di pulizia e di vigilanza (ditte intestate a prestanomi riconducibili di fatto al clan Contini, sulle quali mi riservo di approfondire), nonché grazie alla connivenza di medici ed infermieri». E difatti al San Giovanni Bosco, «presidio notoriamente sotto l'influenza della famiglia Contini» scrivono i pm nell'ordinanza di custodia cautelare che due settimane fa ha portato in carcere 11 persone, Botta decideva anche chi far accedere alle cure della struttura e chi no: «Ha detto Carminiello che questa è una persona che lui ci tiene! Si deve ricoverare là». Ancora il collaboratore: «Botta mi disse che controllavano la mensa, lo spaccio all'interno dell'ospedale. Quando una ragazza che interessava a noi, ebbe un incidente, dopo che si è svegliata, entravamo in sala intensiva anche in quattro o cinque mentre lì si entra un po' alla volta. Gli infermieri già lo sapevano e ci facevano entrare. Bastava dire loro che appartenevamo alla ragazza del Parco Verde e gli stessi si mettevano a disposizione. Ci davano i camici ed entravamo nella sala».

La famiglia Senese e i contatti col Pirellone

Il caso più eclatante in Lombardia, nel blitz Infinito-crimine del luglio del 2010, fu l'arresto di Carlo Chiriaco, ex direttore sanitario della Asl di Pavia. Accusato di concorso esterno in associazione mafiosa, è stato condannato a dodici anni di carcere fino in Cassazione, perché ritenuto la «cerniera» tra la criminalità organizzata e il mondo politico. «A disposizione» della 'ndrangheta, per i giudici Chiriaco ha favorito il suo radicamento in uno dei settori più ricchi della Regione. Nel tempo, diverse inchieste della Direzione distrettuale antimafia diretta da Alessandra Dolci hanno evidenziato le mire delle cosche su Rsa. ambulanze e, con la pandemia, sui ricchi appalti per la fornitura di dispositivi di protezione individuale, come mascherine, e sanificazione. Dalle carte della recente operazione Hydra - in gran parte bocciata dal gip di Milano e ora al vaglio dei giudici del Tribunale del Riesame - sono emersi i tentativi di uomini vicini al clan Senese, radicato in Campania e nella capitale, di infiltrarsi anche nella sanità lombarda: «Ma tu ti rendi conto che mazzette? E si, guarda eh... è una schifezza!», dicevano intercettati dai carabinieri del Nucleo investigativo di Milano.

Sfruttando i contatti col Pirellone e con la politica romana, Gioacchino Amico - finito in carcere per traffico di droga ed estorsione, in un caso aggravata dalla finalità mafiosa - per la pm Alessandra Cerreti avrebbe provato a infiltrarsi anche nel business delle «forniture legate all'emergenza Covid, delle procedure di sanificazione e del servizio ambulanza per trasporto dializzati». «Compare quando apriremo lì a Inveruno faremo anche la sanificazione certificata contro il virus - diceva Amico intercettato - quindi iniziamo a prendere locali e ogni certificazione per la sanificazione... Il minimo in Lombardia per tutti i locali che devono tenere aperti in zona gialla sono 750 euro... Noi la facciamo a 600 euro e ci prendiamo tutti i locali... Ci serve solo un piccolo magazzino per le ambulanze e i mezzi per fare la sanificazione... e i trasporti ai dializzati...».

L'Asp reggina e l'imprenditore delle cosche

E proprio indagando su appalti ventennali (e milionari) per la sanificazione degli ospedali reggini che, nelle cuffie dell'Antimafia, è saltato fuori Domenico Chilà, imprenditore di 57 anni, nato a Pavia e residente a Milano, inquadrato dalla Dda e dal nucleo di polizia economica della Guardia di Finanza del capoluogo calabrese come «espressione della potente cosca Serraino», famiglia con radicati collegamenti con la Lombardia, e degli alleati Rosmini. Nelle scorse settimane, gli investigatori coordinati dal colonnello Mauro Silvari hanno eseguito un sequestro da 6,5 milioni di euro a carico di Chilà, la cui impresa al centro dell'inchiesta «Inter nos» ha sede a Milano, a due passi da piazzale Loreto. Lo spaccato è inquietante e ha fatto emergere una sorta di cassa comune finanziata da imprenditori (a loro volta espressione delle famiglie mafiose di Reggio città) per finanziare un sistema di corruttela «dilagante» a detta degli inquirenti:

LA STAMPA

«Metti 2 mila tu, metti 2 mila lui, metto 2 mila io... Può darsi che io ho la forza o sono magnanimo... Non che voglio farvi uno sgarbo - va bene per me mettici pure 3 mila – allora si raggiunge una quota di 8 mila, 10 mila euro al mese. Bene. Diamogli da mangiare che è pure giusto». Gare – in ipotesi d'accusa - «turbate con dirigenti e funzionari compiacenti» realizzando «macroscopiche illegalità nell'espletamento dei pubblici incanti nel settore sanitario» Procedure «deviate - si legge negli atti - nell'interesse di una cordata di imprenditori privati, espressione di un coacervo di interessi riconducibile a più consorterie 'ndranghetiste operanti nel Reggino». La corruzione «era la conditio senza la quale sarebbe stata di certo preferita altra ditta» scrivono gli investigatori. Ne erano coscienti tutti: «No vabbè la sanificazione si deve fare eh!.. E chi lo dice che la devi fare tu? possono chiamare un'altra ditta». Quando infine il dirigente dell'area finanze finito nei guai nella stessa operazione rischia di essere trasferito, sono gli imprenditori - si apprende da fonti investigative - che si attivano per farlo confermare in una inquietante melassa di aderenze che come nei giorni di scirocco, in riva allo Stretto, confonde tutti, tranne gli investigatori. —

Le cosche hanno approfittato della pandemia per rifornire di mascherine e dispositivi, ma anche per la sanificazione delle strutture

Gli uomini del clan intercettati "Ma tu ti rendi conto di quante mazzette girano nella sanità? Guarda, è una vera schifezza..."

120
I miliardi di spesa dello Stato nel settore sanitario: l'aumento rispetto al 2010 è del 30%

1110
Le segnalazioni per operazioni sospette nel 2022, di cui 164 collegate al crimine organizzato

10.000
Gli euro al mese di tangente per la sanificazione degli ospedali del Reggino

Controlli da parte degli ispettori del Ministero e del Nas nell'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli

Il Messaggero
Dir. Resp.: Guido Boffo

Poche denunce

Rsa da incubo: un anziano su tre viene maltrattato

ROMA La Società italiana di gerontologia: anziani nelle Rsa maltrattati, un terzo è vittima di abusi. Ed è sempre più difficile scoprire le violenze ai danni dei soggetti con fragilità.

Melina a pag. 14

Rsa, anziani maltrattati Uno su tre vittima di abusi

▸Episodi in crescita. E in molti casi chi subisce violenza non informa i familiari per vergogna o paura. I consigli degli esperti per individuare i campanelli d'allarme

IL RAPPORTO

ROMA Chiedono un bicchiere d'acqua, ma spesso chi li assiste fa finta di non sentire. Per ore o ore sulla sedia a rotelle, o immobili a letto, senza che qualcuno se ne preoccupi. Se si rifiutano di stare fermi oppure non vogliono prendere le medicine, rischiano persino di essere strattonati, senza pietà.

È sempre più lungo l'elenco degli abusi che ogni giorno gli anziani non più autosufficienti subiscono a casa o nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Che si tratti di una badante o di un operatore sanitario, non c'è differenza. In entrambi i casi, chi commette questi reati spera di farla franca perché la persona fragile non è in grado di opporsi oppure ha paura di dirlo ai familiari. E i dati non sono confortanti: secondo la Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg) sono vittime di abusi il 30% degli anziani fragili, due terzi nelle Rsa e nelle case di riposo. Tra le mura domestiche, invece, i maltrattamenti sono poco rilevabili e nella maggior parte dei casi avvengono purtroppo da parte dei caregiver e dei familiari.

I SEGNALI

Riuscire a intercettare queste situazioni non è facile, soprattutto se l'anziano è isolato e non riesce a comunicare. Esistono però dei campanelli di allarme, a cominciare dall'abbigliamento e dall'aspetto trascurato. «Tra i segnali che possono far sospettare un problema di abuso, in generale, ricorrono scarsa igiene o un odore sgradevole, abiti sporchi, malnutrizione e disidratazione non correlate a una patologia», rimarca Andrea Ungar, presidente della Sigg. Le violenze fisiche sono più evidenti. Basta osservare se l'anziano ha lesioni sul corpo, come graffi o tagli localizzati prevalentemente su testa e viso, compresi occhi, orecchie, area dentale, collo e arti superiori. «Ma anche cadute e fratture – precisa Ungar - con cause indeterminate o ustioni e lividi in luoghi e di tipo insolito. Mostrare, invece, comportamenti caratterizzati da paura di rappresaglie, vergogna, rassegnazione, riluttanza a parlare apertamente possono essere indicativi di abuso psicologico ed emotivo».

Gli abusi spesso vanno avanti per lungo tempo, senza che nessuno intervenga. Eppure, basterebbe un po' di attenzione. «Quando abbiamo un familiare accudito a casa da una badante – mette in guardia Francesco Landi, past president della Sigg e direttore del dipartimento di Scienze dell'invecchiamento del Policlinico Gemelli di Roma - bisogna essere comunque presenti da un punto di vista affettivo, senza quindi abbandonarlo nelle mani di una persona estranea. Per esempio, la domenica, il familiare si può fare carico del genitore anziano per tutto il giorno: portandolo a fare una passeggiata, trascorrendo il tempo libero insieme, e così si può accorgere se c'è qualcosa che cambia rispetto al comportamento abituale». Ma se la persona fragile, magari affetta da qualche forma di demenza, non è più in grado di raccontare e ricordare, può essere utile osservare la comunicazione

Il Messaggero

non verbale.

I NUMERI

La stessa attenzione non deve mancare se la persona cara è ricoverata in un luogo di cura, come avviene ormai sempre di più: stando all'ultimo rapporto dell'Istat, al 1° gennaio del 2022, i presidi residenziali attivi sono 12.576; 414mila i posti letto, sette ogni mille persone residenti; 356.556 gli ospiti. Individuare gli abusi, però, a questo punto è ancora più difficile, spesso infatti le visite per i familiari non sono possibili senza un appuntamento. «Una Rsa che non permette oggi, a Covid finito, l'ingresso libero dei familiari nella struttura è una rsa che sconsiglierei – rimarca Landi – Ad eccezione del momento dell'assistenza diretta per l'igiene e la distribuzione delle medicine, i familiari dovrebbero liberamente entrare nel reparto e stare accanto alla persona cara». L'importante è dunque non far mancare mai la propria presenza. «I familiari che hanno una grande confidenza e dimestichezza – sottolinea Alberto Siracusano, professore emerito di psichiatria dell'Università di Roma Tor Vergata e coordinatore del Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale del ministero della Salute – possono percepire e notare una reazione diversa: dalla tristezza, all'apatia fino alla paura. Tutti segnali del fatto che la persona fragile può aver subìto qualche tipo di maltrattamento».

In ogni caso, niente può giustificare un abuso da parte del personale. Nemmeno lo stress per la carenza di organico. «Vi può essere una sorta di burn out – rimarca Siracusano – quindi nervosismo, impazienza, aggressività. Però ricordiamoci che un conto è un familiare che può avere momenti di sconforto, un conto è invece chi lo fa come lavoro: nessun operatore può permettersi di maltrattare una persona fragile. La formazione è un elemento centrale quando ci si prende cura degli anziani. Non ci si può improvvisare caregiver».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

414
in migliaia sono, secondo i calcoli dell'Istat, i posti letto destinati agli anziani nelle strutture pubbliche e accreditate

356
in migliaia sono gli assistiti ospitati nelle strutture socioassistenziali italiane pubbliche e accreditate per la cura degli anziani più fragili e non più autosufficienti

3,8
in milioni le persone anziane non autosufficienti in Italia. Saliranno a 4,4 milioni nel 2030 e a 5,4 milioni nel 2050

LANDI (GEMELLI): «EVITARE DI SCEGLIERE STRUTTURE CHE DOPO LA FINE DEL COVID IMPEDISCONO ANCORA LE VISITE AI PARENTI»

I SEGNALI PIÙ COMUNI: SCARSA IGIENE, TAGLI O LIVIDI SU TESTA E VISO, COMPORTAMENTI CARATTERIZZATI DA TIMORE E RILUTTANZA A PARLARE

la Repubblica
AFFARI&FINANZA
Dir. Resp. Maurizio Molinari

La "salute connessa" prova a crescere anche in Italia

Secondo la ricerca di Capgemini AI e tecnologia insieme saranno la nuova frontiera del biomedicale e dell'assistenza a distanza. Il nostro Paese sta recuperando terreno pur restando ancora indietro: solo il 24% degli intervistati ritiene la propria struttura matura nel settore

Giulia Cimpanelli

Nei prossimi cinque anni più di un quinto del fatturato delle aziende del settore Life Sciences di tutto il mondo deriverà dalla Connected Health, la "salute connessa". A rilevarlo è il report del Capgemini Research Institute, "The Connected Health Revolution", secondo cui 3 organizzazioni del Life Sciences su 5 stanno sviluppando una strategia per l'integrazione dell'AI generativa, mentre oltre la metà la sta già sperimentando per le interazioni con pazienti e operatori sanitari.

«La valorizzazione dei dati relativi all'assistenza sanitaria e le possibi-

lità offerte da tecnologie innovative come l'intelligenza artificiale generativa saranno al centro della rivoluzione. Potranno infatti accelerare lo sviluppo di nuovi farmaci, migliorare l'assistenza ai pazienti e ridefinire il significato di prodotto in ambito farmaceutico. La creazione di solide strutture basate sui dati sarà fondamentale per garantire l'accessibilità e l'affidabilità dei dati stessi, abilitando l'analisi avanzata guidata dall'AI e la reinvenzione dell'assistenza sanitaria», spiega Eraldo Federici, Manufacturing, Aerospace & Life Sciences Director di Capgemini in Italia.

In Italia l'intelligenza artificiale può diventare uno strumento per supportare una sanità in forte difficoltà a causa della scarsità di personale medico e operatori del settore concomitante all'invecchiamento della popolazione. Come? Il trend futuro sarà sempre più orientato a portare la cura a casa del paziente rispetto alle strutture ospedaliere. Il sistema sanitario dovrà essere quanto più possibile digitalizzato e interconnesso. L'obiettivo per il futuro è fornire servizi sanitari direttamente a casa o sul territoro, incrementando le strutture di day hospital e utilizzando il monitoraggio dei pazienti da remoto. Un aspetto cruciale sarà l'uso dei dati per rendere il sistema medico di popolazione più efficiente, ad esempio, analizzando le malattie più comuni in specifiche aree. Sono in corso iniziative per utilizzare *wearable* (dispositivi indossabili) che producono dati e forniscono soluzioni contestuali per trattarli. Ma nel nostro paese, soltanto il 29% delle aziende Life Sciences intervistate da Capgemini dispone di uno o più prodotti per la salute connessa già approvati sul mercato, il 47% li sta testando o sviluppando, e il 24% sta elaborando una strategia.

Se da un lato negli ultimi anni l'Italia ha fatto grossi passi avanti, in alcuni ambiti mostra ancora ritardi rispetto ad altri Paesi. Ad esempio soltanto il 24% dei dirigenti italiani intervistati ritiene la propria organizzazione matura nello sviluppo dei prodotti di connected health, rispetto alla media globale del 48%.

La ricerca rileva inoltre che la maggioranza delle organizzazioni a livello globale punta a formare la propria forza lavoro in modo da colmare il gap di competenze esistente. In questo senso, le aziende italiane dichiarano di voler puntare sull'upskilling degli attuali dipendenti (59%), ma soprattutto sulle nuove assunzioni (82% delle organizzazioni italiane rispetto al 56% della media globale). Sebbene le cure preventive e il fitness rimangano le principali priorità per la maggior parte di queste organizzazioni, vi è una crescente enfasi su aree in passato meno considerate, come diagnosi e monitoraggio. «Le soluzioni di connected health trovano oggi largo impiego nel settore medtech - con tre aziende su quattro che hanno prodotti sanitari connessi sul mercato o in fase di sviluppo - e nel settore biofarmaceutico - dove il numero di aziende con soluzioni di connected health pronte per il mercato è aumentato di sei volte negli ultimi tre anni - continua l'esperto -. I principali sviluppi riguardano l'oncologia, l'immunologia e la cardiologia, ma mostrano un'enorme crescita dal 2021 anche aree terapeutiche relative al diabete, all'obesità e alle malattie della pelle. Negli ultimi anni, inoltre, la crescente consapevolezza riguardante l'importanza della salute mentale e le conseguenze della pandemia hanno portato alla diffusione di dispositivi di connected health anche in questo ambito».

Le soluzioni di salute connessa più diffuse includono app e dispositivi sanitari intelligenti, che permettono di monitorare e gestire la salute da casa, come quelle per il controllo dei livelli di glucosio nel sangue per i pazienti diabetici, e i wearable utilizzati in ambiti quali la dermatologia per monitorare l'esposizione ai raggi UV, o i dispositivi di fitness tracking, come smartwatch e braccialetti utili per rilevare parametri vitali.

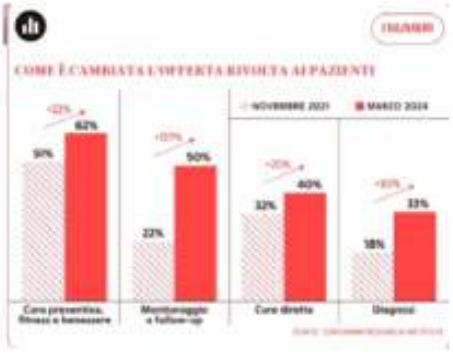
Le applicazioni digitali sono inoltre un supporto utile al personale medico, che li usa per raccogliere e analizzare dati biometrici capaci di fornire informazioni dettagliate sullo stato di salute dei pazienti: questo consente allo staff sanitario di monitorare a distanza persone affette da patologie di vara natura, migliorare la gestione delle malattie croniche e riducendo la necessità di visite in persona.

L'IA generativa trova diverse applicazioni rilevanti nel settore della salute connessa. «Innanzitutto - aggiunge Federici - può migliorare la diagnosi e il trattamento di patologie analizzando grandi quantità di dati, aiutando i medici a diagnosticare malattie e pianificare trattamenti personalizzati rispetto alle esigenze dei singoli pazienti. Ad esempio RhythmX AI, un'azienda di assistenza sanitaria basata sull'intelligenza artificiale, ha sviluppato una piattaforma che assiste i medici nell'erogazione di cure iper-personalizzate, utilizzando algoritmi di AI».

Inoltre l'AI generativa può supportare la ricerca medica accelerando il processo di generazione di nuove ipotesi e sperimentazioni basate su dati esistenti. «Ne è un esempio la collaborazione tra Moderna e OpenAI, che ha visto il lancio di mChat, un chatbot costruito con OpenAI. Da allora, l'azienda biofarmaceutica ha implementato oltre 750 Gpt in tutta l'organizzazione, tra cui il Gpt Dose ID, che utilizza la funzione di analisi avanzata dei dati per valutare la dose ottimale di vaccino stabilita dal team dello studio clinico», conclude.

DIABETE E OBESITÀ NEL MIRINO

Queste patologie hanno attirato molte applicazioni, accanto ai settori più "classici": oncologia, cardiologia e immunologia



Biofarmaceutico e medtech hanno registrato tassi di crescita pari a sei volte negli ultimi tre anni