

29 MARZO 2023 • ORE 14,00-18,30

Aemilia Hotel Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

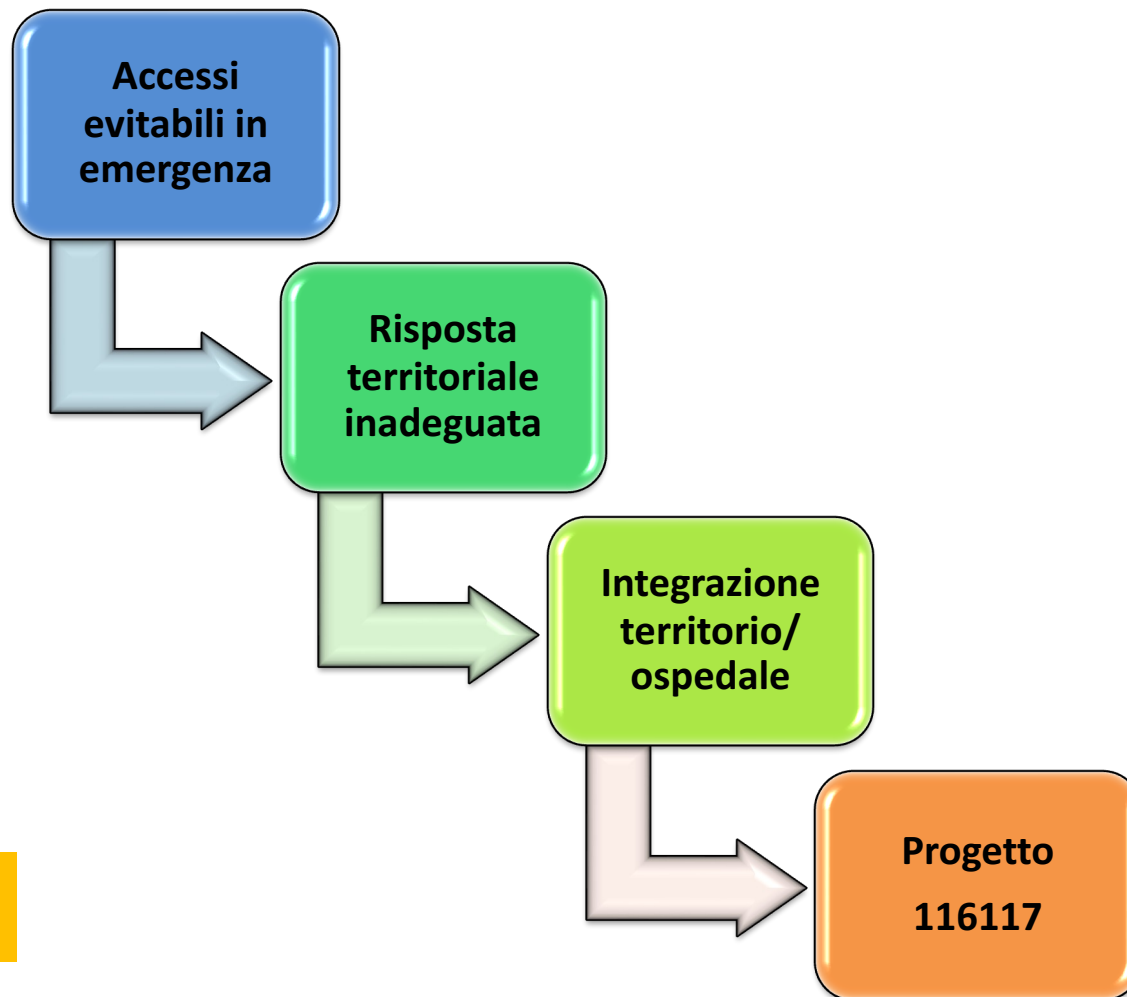


L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA A SUPPORTO DEL MANAGEMENT DELLE TRANSIZIONI

Relatori: Matteo Bartolomei e Ivan Favarin

**SVILUPPI NELLA RISPOSTA AI BISOGNI
DI SALUTE NEL TERRITORIO:
COT, N.U.116117, TELEMEDICINA, INTELLIGENZA ARTIFICIALE**

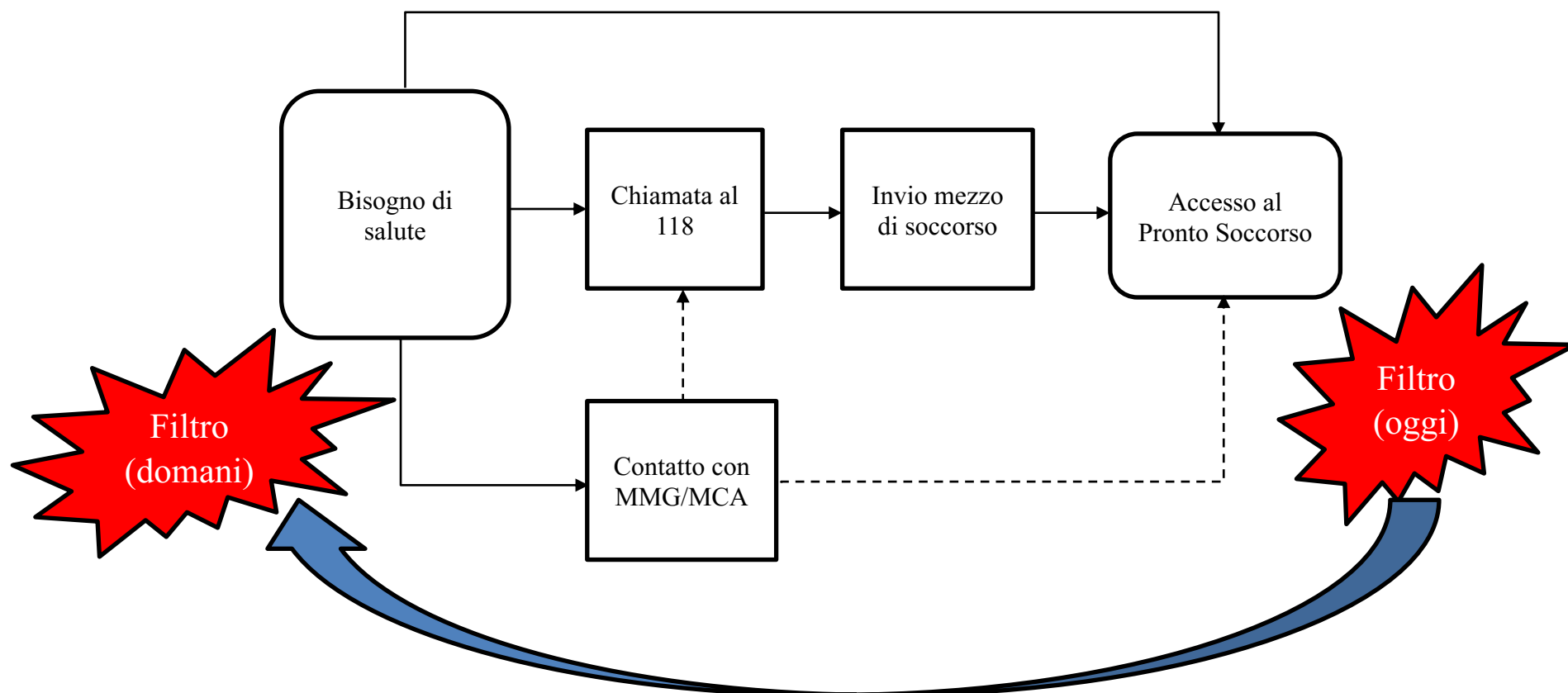
La cascata di problemi



D.M.77

Risposte ai bisogni del cittadino

- Tutte le strade portano al Pronto Soccorso...
- «Azzeramento» del paziente



Perché affolliamo i Pronto Soccorso?

- Inadeguata presa in carico della cronicità
- Sfiducia verso i servizi territoriali
- Scarico sui servizi di emergenza
- Inadeguatezza di risposte territoriali h24
- Mancanza di integrazione fra servizi
- Mancato sviluppo dei servizi per livello di complessità
- Mancata integrazione tecnologica

DM 77/2022

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 144

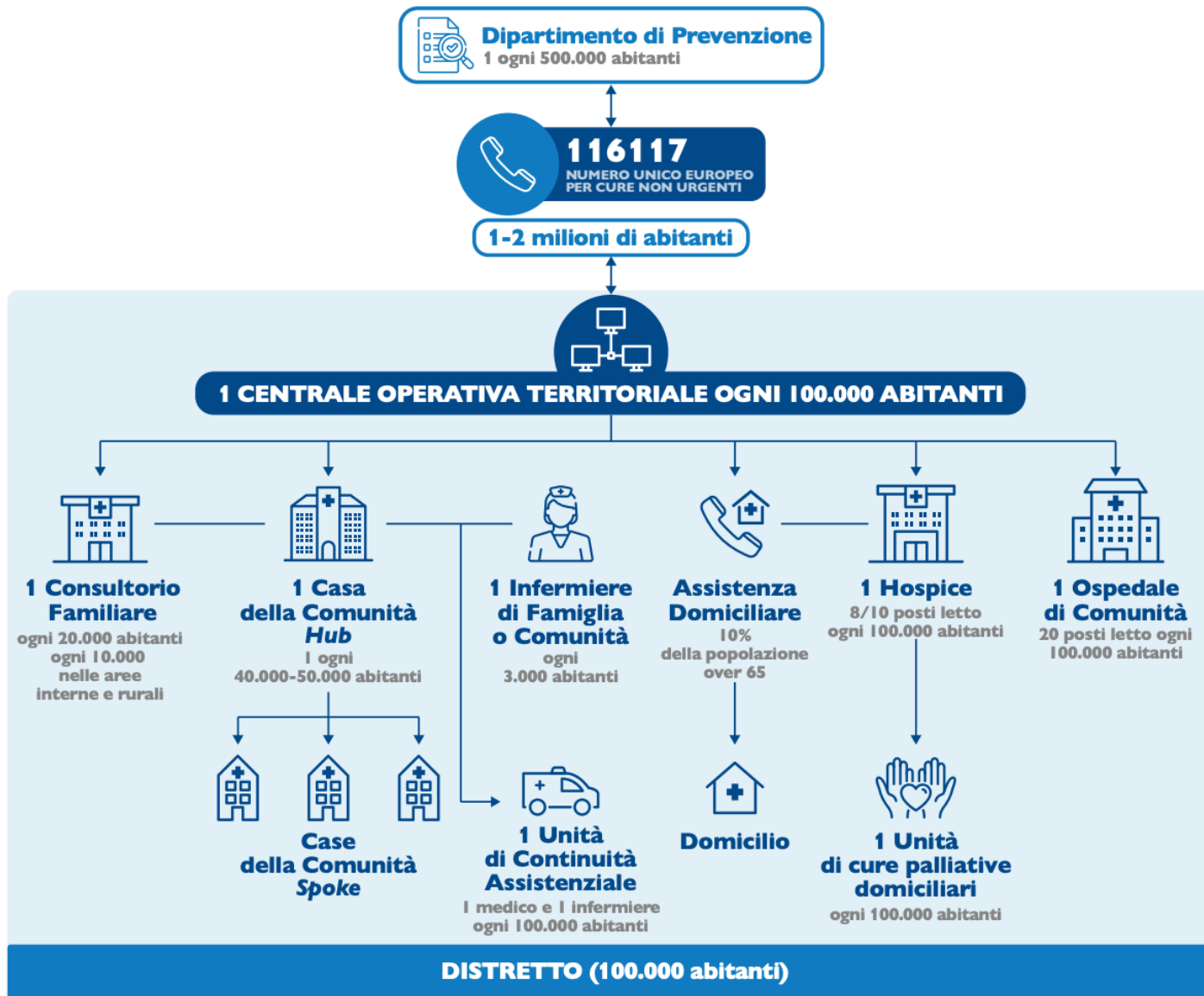
9. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

116117 e COT secondo D.M.77/2022



Il 116117 – sulla base delle delibere UE:

- Eroga prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura MCA
- Individuazione e trasferimento di richieste di soccorso sanitario urgente al 118
- Modalità di accesso a Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta anche in caso di difficoltà di reperimento
- Modalità di accesso alla Guardia turistica.

NUMERO UNICO EUROPEO

116117

PER CURE NON URGENTI

Il 116117: CSR 2016

- Rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri
- Il numero è unico in Italia ed in Europa
- È numero diretto senza prefisso
- H24 per 7 giorni alla settimana
- Fornisce assistenza e/o informazioni
- Gratuito e accessibile da ogni apparecchio
- Non ammessa risposta sanitaria AI (solo reindirizzamento a operatore/informazioni)

Il quesito

- P: Prestazioni sanitarie non urgenti
- I: Servizio/numero dedicato integrato
- C: Modello tradizionale di numero di emergenza (118 e/o 112) svincolato da altri servizi
- O: Risposta più adeguata (giusta risposta a giusto chiamante)

Banca dati	Parole chiave	Documenti rilevati	Filtri (applicati progressivamente)	Documenti filtrati	Documenti selezionati
PubMed https://www.ncbi.nlm.nih.gov/	("nhs") AND ("111") AND ("telephone")	53	Age: Adult	20	13
			Publication date: Last 10 years	18	
			Test Availability: Free Full Text	13	
PubMed https://www.ncbi.nlm.nih.gov/	("telephone") AND ("non emergency") AND ("response")	7	Document Type: Review	2	1
			Publication date: Last 10 years	1	

Benchmarking: UK 111 - evidenze

- 24h - 7/7
- 1 centrale ogni 200k-700k abitanti
- Operatori medici esperti (GP)
- Infermieri Esperti
- Operatori Tecnici (Paramedics).
- Sistema 111 differenziato dal 999 (come il 116117 va differenziato dal sistema 112/118).
- Uso di DSS (ma con risultati non tot. positivi)
- AI per problemi semplici (cfr Babylon per MMG)

Benchmarking: Copenhagen (DK)

1813

- Dal 2014 esiste il duplice binario 112 (emergenza) e 1813 (non emergenza).
- Le chiamate al 112 all'anno in media sono state 135.000. Circa 100.000 (circa il 75%) hanno dato seguito a un intervento con ambulanza, ospedalieri o al MMG, mentre circa il restante 25% dei casi si è risolto con consigli telefonici.
- Dal 2014 in media in un anno le chiamate al numero 1813 sono state circa 1,2 milioni. Solo 36.000 (circa il 3%) hanno implicato un intervento con ambulanza. Nella stragrande maggioranza dei casi si è risolto con una consulenza telefonica o un rinvio al proprio MMG.
- L'opzione "salta la coda" senza impegno di ambulanza (mezzi propri) offerta dal 1813 (attraverso pre-triage e prenotazione telefonica di accesso al servizio più idoneo e più rapidamente accessibile) è stata sfruttata dagli utenti nel 4% delle chiamate (circa 48.000 accessi).
- Le chiamate partite come "non emergenza" all'1813 sono 9 volte più frequenti dell'emergenza: essendo in capo all'utenza la scelta del numero da comporre inizialmente, è evidente la propensione a fare affidamento al servizio 1813.
- Uso di AI già da anni per istradamento risposte e risoluzione quesiti semplici.

Benchmarking: Copenhagen (DK) 1813

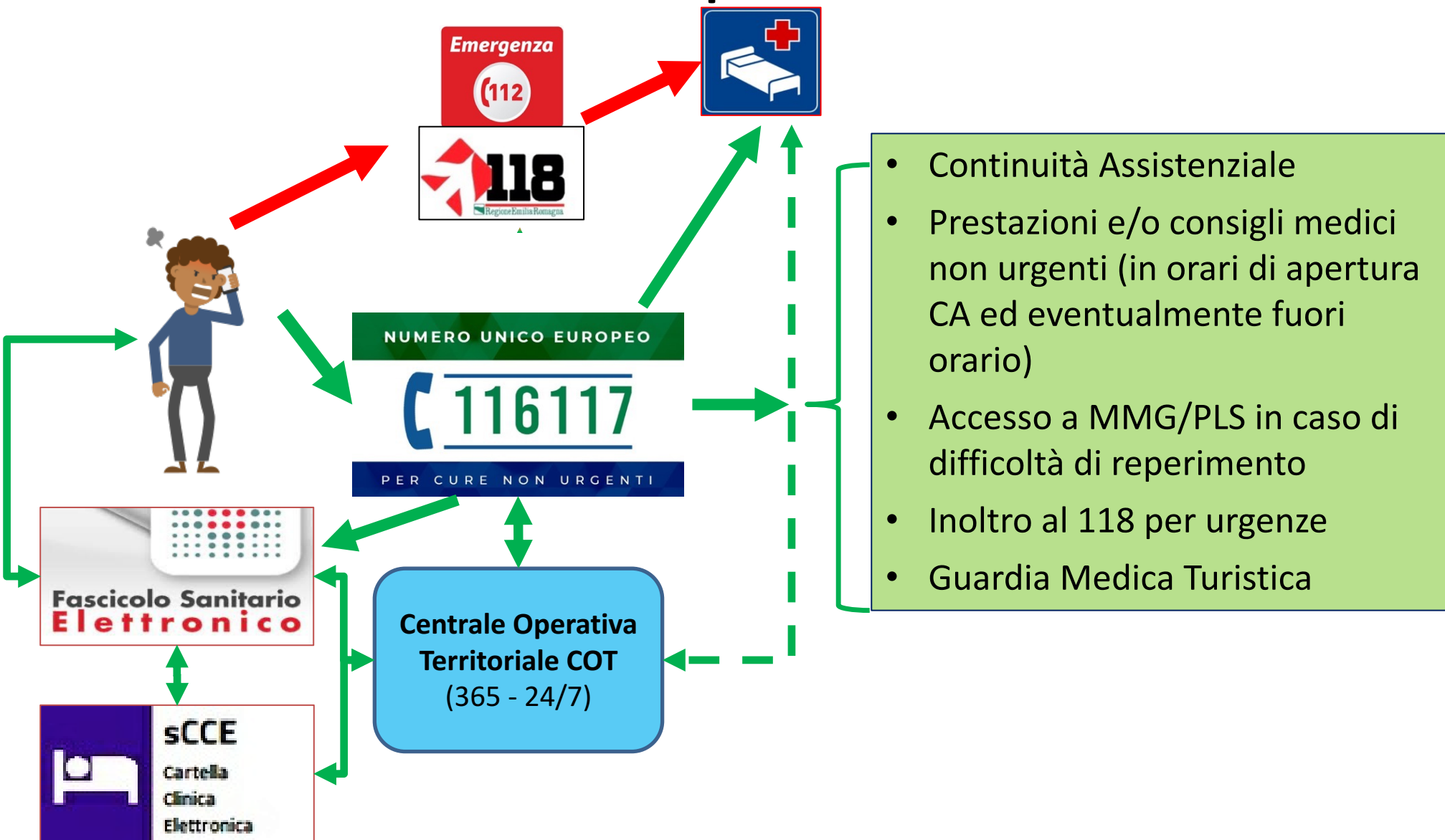


Ipotesi: obiettivi 116117

- Percorso pazienti non ancora presi in carico
- Percorso pazienti già in carico PDTA/cronicità (fuori orario dei servizi dedicati)

- Intercettare precocemente le Persone affette da cronicità e avviarle alla rete dei servizi e delle opportunità offerte dal territorio
- Integrare le attività di MMG-MCA
- Gestione della domanda a bassa intensità/priorità in coerenza con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal Patto per la Salute.
- Territorializzare il case finding (avvio di progetti di comunità)

116117 come punto di accesso



116117 potrebbe essere anche...

Tabella 2. "Numero 116117 per altri servizi sanitari erogabili".

NUMERO 116117 PER ALTRI SERVIZI SANITARI EROGABILI		
MACRO CATEGORIA	N.RO	CATEGORIA
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	1.1	Assistenza non autosufficienti
	1.2	Assistenza per ausili/protesi/alimenti/
	1.3	Assistenza disabili/agevolazioni trasporto/contributi
	1.4	Assistenza alle dipendenze
SANITÀ PUBBLICA	2.1	Pareri/autorizzazioni/accertamenti/verifiche
	2.2	Certificati/vaccinazioni
	2.3	Servizio veterinario
ANAGRAFE SANITARIA/ASSISTENZA PRIMARIA	3.1	Iscrizione SSN/Tessera sanitaria/Ricette mediche/Fascicolo sanitario elettronico
	3.2	Modalità di scelta/revoca MMG PLS
	3.3	Assistenza sanitaria all'estero/soggiorno temporaneo in Italia
STRUTTURE SANITARIE	4.1	Ricoveri (ordinari, day hospital/day surgery, ecc)
	4.2	Rilascio documentazione sanitarie
CONSULTORIO FAMILIARE	5.1	Modalità di accesso ai servizi
EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.	6.1	Campagne di prevenzione, formazione ed informazione
PARTECIPAZIONE ALLA SPESA: TICKET /ESENZIONI/ PAGAMENTI/RIMBORSI	7.1	Esenzioni per patologia, reddito/età, gravidanza, crisi, terremoto, alluvione ...
	7.2	Ticket/pagamenti/rimborsi
	7.3	Farmaci gratuiti/pagamento/generici
VISITE/ESAMI/TERAPIE/INTERVENTI	8.1	Modalità di accesso a visite/esami/terapie/interventi Prenotazione /cambio/disdetta visite/esami urgenti, agende, tempi di attesa, presso strutture pubbliche, private accreditate in libera professione, a domicilio
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	9.1	Strutture e operatori socio-sanitari/tel, orari, indirizzi
SALUTE MENTALE		Strutture e operatori servizi di salute mentale /tel, orari, indirizzi
RECLAMI	11.1	Reclami/lamentele/segnalazioni
TRASPORTO SANITARIO	12.1	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze a carico SSN
	12.2	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze NON a carico SSN
A.R.P.A	13.1	Segnalazioni fenomeni di inquinamento che arrecano grave ed immediato danno all'ambiente
FAUNA	14.1	Soccorso medico veterinario alla fauna selvatica
	14.2	Soccorso medico veterinario animali affetto/protetti/reddito Codice della strada modificato (Art. 31 della legge 29 luglio 2010, n. 120)
ASPETTI ETICI/DEONTOLOGICI	15.1	Trapianti, donazioni, DAT
ALTRE		



Ipotesi servizi demandabili da 118 a 116117

Tab 2Bis	IPOTESI SERVIZI EROGABILI in sede locale - 116-117	Quantificazione flusso
RETE CURE PALLIATIVE	prestazioni e/o consigli medici non urgenti di interesse RCP, comprese DAT. eventuale inoltro della chiamata al 118	Attualmente circa : 2.500 pz in carico a RCP
SANITA' PUBBLICA	prestazioni e/o consigli sanitari non urgenti (vaccini, diagnostica infettivologica, quarantena) prestazioni e/o consigli in caso di incidenti coinvolgenti animali	Difficile quantificazione
DASS – INTEGR. SOCIOSANITARIA	prestazioni e/o consigli su percorsi di presa in carico soggetti fragili - contesti degradati	Difficile quantificazione
SALUTE MENTALE	prestazioni e/o consigli medici non urgenti. Eventuale inoltro della chiamata al 118	Casi psichiatrici cod B/V anno 2019 2092/anno (541 rifiuti/non necessita) 8/giorno
PDTA	prestazioni e/o consigli medici non urgenti. Eventuale inoltro della chiamata al 118	Attualmente circa: 600 pz “a rischio” compresi nei PDTA
RETE PRESA IN CARICO SPECIALISTICA POST-DIMISSIONE	prestazioni e/o consigli medici specialistici non urgenti. Eventuale inoltro della chiamata al 118	Difficile quantificazione

116117: «It takes a system»

Necessità di:

- flussi di informazione efficaci ed efficienti
- procedure condivise
- formazione e revisione condivisa
- risorse materiali, immateriali e umane con forte propensione all'interoperabilità
- una guida, un capofila di questa struttura che possa operare al di sopra delle logiche a "silos"
- indicatori di performance
- volontà politica di realizzare un servizio di ampia portata e farne un modello nazionale come già fu per il 118

Integrazione tra Centrali Operative



TECNOLOGIA

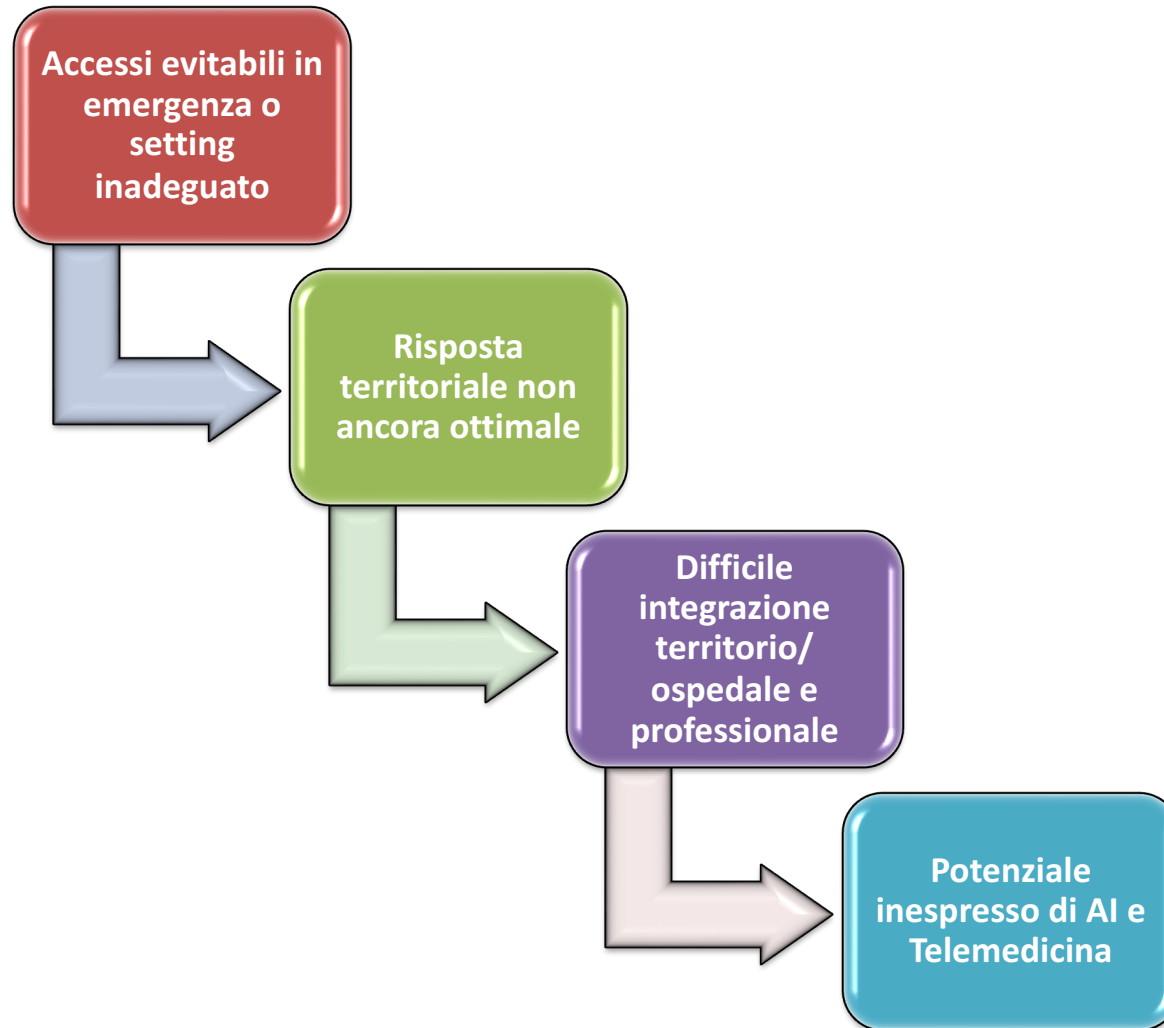
- Triangolazione delle celle telefoniche
- Applicazioni Smartphone (Where Are U, SMS Locator, Condivisione posizione tramite SMS)
- GPS o Satellitare GNSS
- WiFi / WLAN
- IP
- SMS / HTTPS
- AML: localizzazione 70-80% dei casi



L'AML

- AML non è una App ma un protocollo di trasporto di dati (tramite SMS e/o HTTPS) dallo smartphone alla centrale di emergenza
- Non richiede nessuna azione da parte del chiamante
- Attiva automaticamente i servizi di localizzazione GPS/GNSS e WiFi anche se sono spenti
- È gratuito
- È standardizzato da una norma europea e quindi disponibile in tutti i Paesi che lo hanno attivato
- È puntuale (a differenza della localizzazione delle celle telefoniche che ci fornisce un'area)
- Quando utilizza GNSS o WiFi è generalmente molto preciso (90% delle chiamate, di cui il 75% con accuratezza sotto i 50 metri – fonte EENA)
- Permette di abbreviare notevolmente i tempi di localizzazione (specie quando l'utente non sa esattamente dove si trova)

Dal 116117 a Telemedicina e AI



I passi del PNRR

- 5 Maggio 2021 è stato pubblicato il testo del PNRR, trasmesso dal Governo Italiano alla Commissione Europea, intitolato “Italia domani”, e dal valore complessivo di 235 MLD€ tra risorse europee e Nazionali;
- 22 Giugno 2021 la Commissione Europea si è espressa in merito al piano italiano con una valutazione globalmente positiva, accompagnata da una dettagliata analisi del Piano (documento di lavoro della Commissione), con la quale la Commissione Europea approva il PNRR dell'Italia da 191,5 MLD €;
- 13 Luglio 2021 il PNRR italiano viene definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio, che ha recepito la proposta della Commissione Europea. Vengono definiti precisi obiettivi e traguardi, in relazione a ciascun investimento e riforma: il conseguimento di questi obiettivi definisce l'assegnazione delle risorse su base semestrale.
- Il PNRR rappresenta la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026.

Per l'attuazione di tali obiettivi, sono stati quindi successivamente emanati decreti nazionali a supporto come il DM 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” (22 Giugno 2022) nonché Delibere Regionali attuative (come ad esempio la Delibera di Regione Lombardia RL XI/5723 del 15/12/20213 che definisce e localizza tutte le CdC, gli OdC e le COT nel territorio Lombardo.

PNRR M6C1

(Missione 6 Componente 1)

TRE LIVELLI TERRITORIALI



ASSISTENZA DOMICILIARE E TELEMEDICINA

malattie croniche, autosufficienze, domotica, digitalizzazione, Centrali operative territoriali telemedicina (COT)



CASE DI COMUNITA'

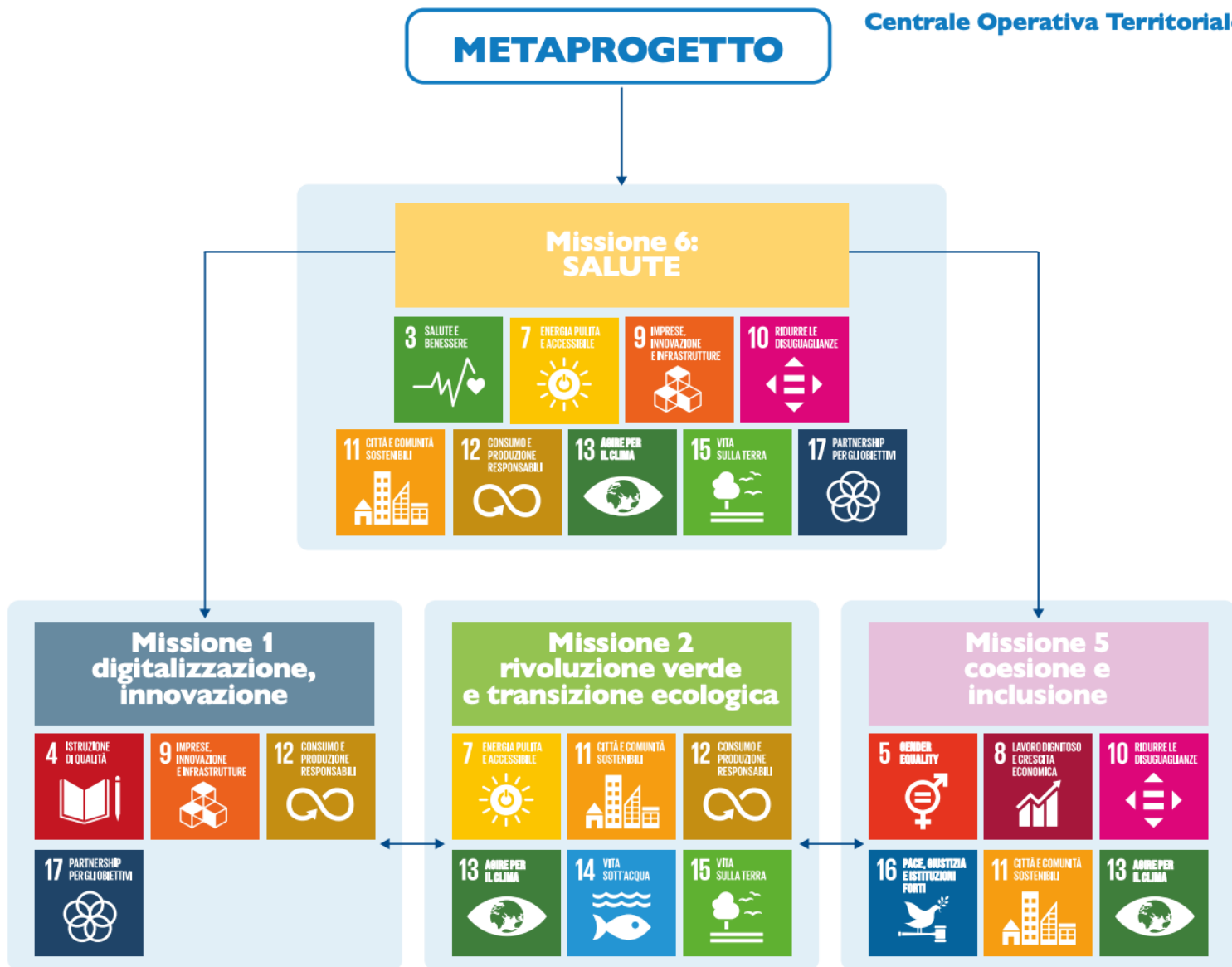
Punto unico accesso prestazioni sanitarie, medici MMG, medici specialisti, servizi socio-sanitari



OSPEDALI DI COMUNITA'

Strutture intermedie, brevi degenze, transizione casa-ospedale, prestazioni infermieristiche

Integrazione fra Missioni del PNRR



PESTEL

Elementi chiave:

Politici:

- Scarsa progettualità (oltre il PNRR?)
- Scadenze PNRR 2024-2026

Economici:

- Investimenti in forte connessione con PNRR
- Spinta verso miglior allocazione risorse su territorio
- Risparmio con telemedicina in termini di accessi evitabili e logistica
- Necessità di investimenti in grandi infrastrutture per AI
- Costo opportunità

Ecologici:

- Riduzione spostamenti con Telemedicina
- I finanziamenti del PNRR hanno un impatto valutativo "green"

Elementi chiave **Sociali**

- Diffidenza («Intelligenza Artificiale», «Assistente Virtuale», «Digital Twin»)
- Scarsa accettazione di automatismi in sanità (inibisce AI)
- Idealizzazione del rapporto personale (inibisce la Telemedicina)
- Atrofizzazione della rete di prossimità (aumento di accessi evitabili)
- «Digital Divide» specie per anziani cronici (popolazione target)
- Coinvolgimento dell'utenza nello sviluppo (necessità di Empowerment)
- Timore di sostituzione dell'uomo con la macchina (professionisti)
- Cultura che riconosce l'inevitabilità del cambiamento tecnologico, ma al contempo riflette sugli aspetti umani ed etici delle tecnologie

PESTEL

Normativa italiana su Telemedicina

- Comunicazione europea «Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società» (2008)
- «Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina» (2012, 2014, 2017)
- «Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di Telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19» (2020)
- “Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie” (2021)
- «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» (DM 2022)
- Contratto Istituzionale di Sviluppo per l'attuazione del PNRR – RER 1/6/22
- DGR n.71 - 24/1/22 «PNRR M6 Salute - Primi provvedimenti organizzativi»
- DGR 219 del 21/2/22 «PNRR M6 Salute - Assegnazione a Aziende Sanitarie ed Enti del SSR di risorse per la realizzazione degli investimenti»
- «Linee Guida per attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico» 11/07/2022
- “Decreto attuativo delle misure previste dalla Manovra 2020 per la diagnostica di primo livello negli studi MMG, PLS e CdC” DM 29/07/2022
- DM 29/09/2022 «*Procedure di selezione, valutazione e diffusione delle soluzioni di telemedicina e per l'adozione delle linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*» (2022)

Normativa internazionale su AI



Elementi chiave **Legislazione:**

- AI: Quadro normativo in evoluzione in Europa
- Telemedicina: normative italiane in forte evoluzione 2020-2022 ma ancora non al passo con la tecnologia
- Etica: WHO, Health Technology Assessment (CSS), «AlgorEtica»
- Privacy: GDPR e veti

Elementi chiave **Tecnologici**

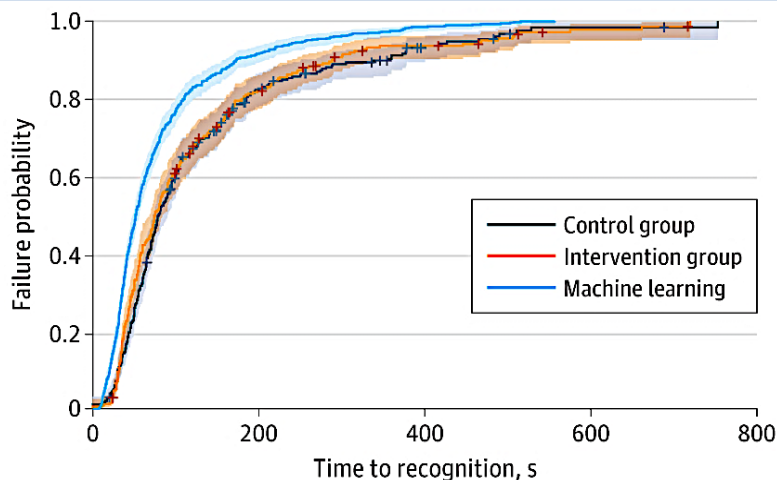
- Integrazione: Telemedicina che alimenta AI
- Investimenti su infrastrutture: garanzie di sicurezza e interoperabilità (Data Lake -> tecnopolo Bologna)
- Know-how: occorre competenza diffusa fra operatori
- Gap fra sviluppo tecnologico e organizzativo (*Martec*)
- Adozione AI inversamente proporzionale a complessità



Ricerca per sintesi qualitativa (background) su AI in sanità

Quesito A	Termini	Stringa (inglese)
Problema	Prestazioni sanitarie	health service
Intervento	Intelligenza Artificiale	artificial intelligence
Confronto	Risposta umana	human
Outcome	Appropriatezza di risposta	appropriate

Quesito B	Termini	Stringa (inglese)
Problema	Triage Remoto	remote triage
Intervento	Intelligenza Artificiale	artificial intelligence
Confronto	Risposta umana	human
Outcome	Performance	performance



No. at risk	0	200	400	600	800
Control group	335	48	12	2	0
Intervention group	316	52	15	3	0
Machine learning	654	55	10	0	

Fonte: : Blomberg SN et al. Effect of Machine Learning on Dispatcher Recognition of Out-of-Hospital Cardiac Arrest During Calls to Emergency Medical Services: A RCT. JAMA Netw Open. 2021 Jan 4;4(1):e2032320

➤ Criteri:

- Applicabilità
- Appropriatezza
- Non inferiorità

➤ Fonti:

- PubMed: filtrati con Prisma 14 articoli significativi
- Integrazione con ricerca su Google Scholar e riviste selezionate
- Parere di esperti – seminari, workshop

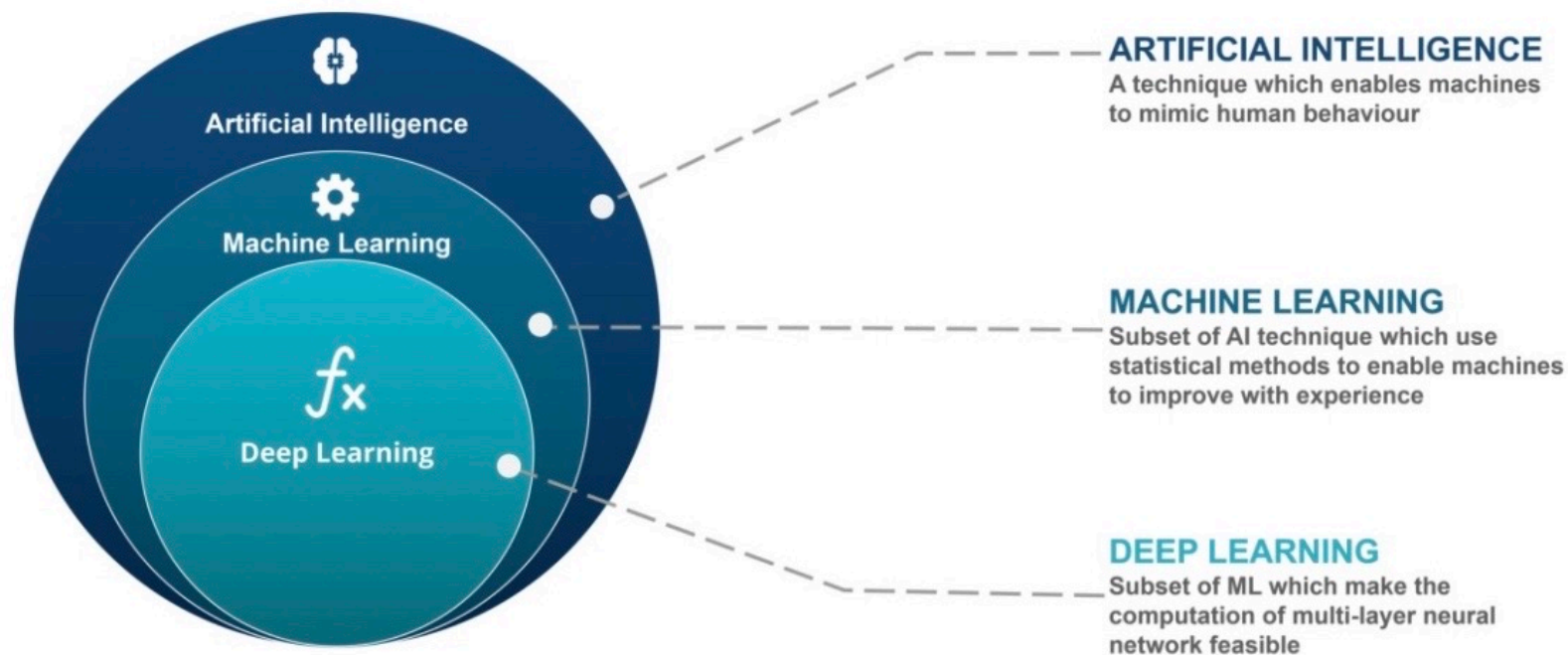
✓ Pro:

- Notevoli performance diagnostiche
- Maggior accesso a soluzioni complesse
- Impatto positivo in alcuni processi
- Impulso esponenziale alla ricerca

✗ Contro:

- Cherry picking
- Orientamento commerciale
- Validità interna dell'algoritmo ≠ Applicabilità clinica

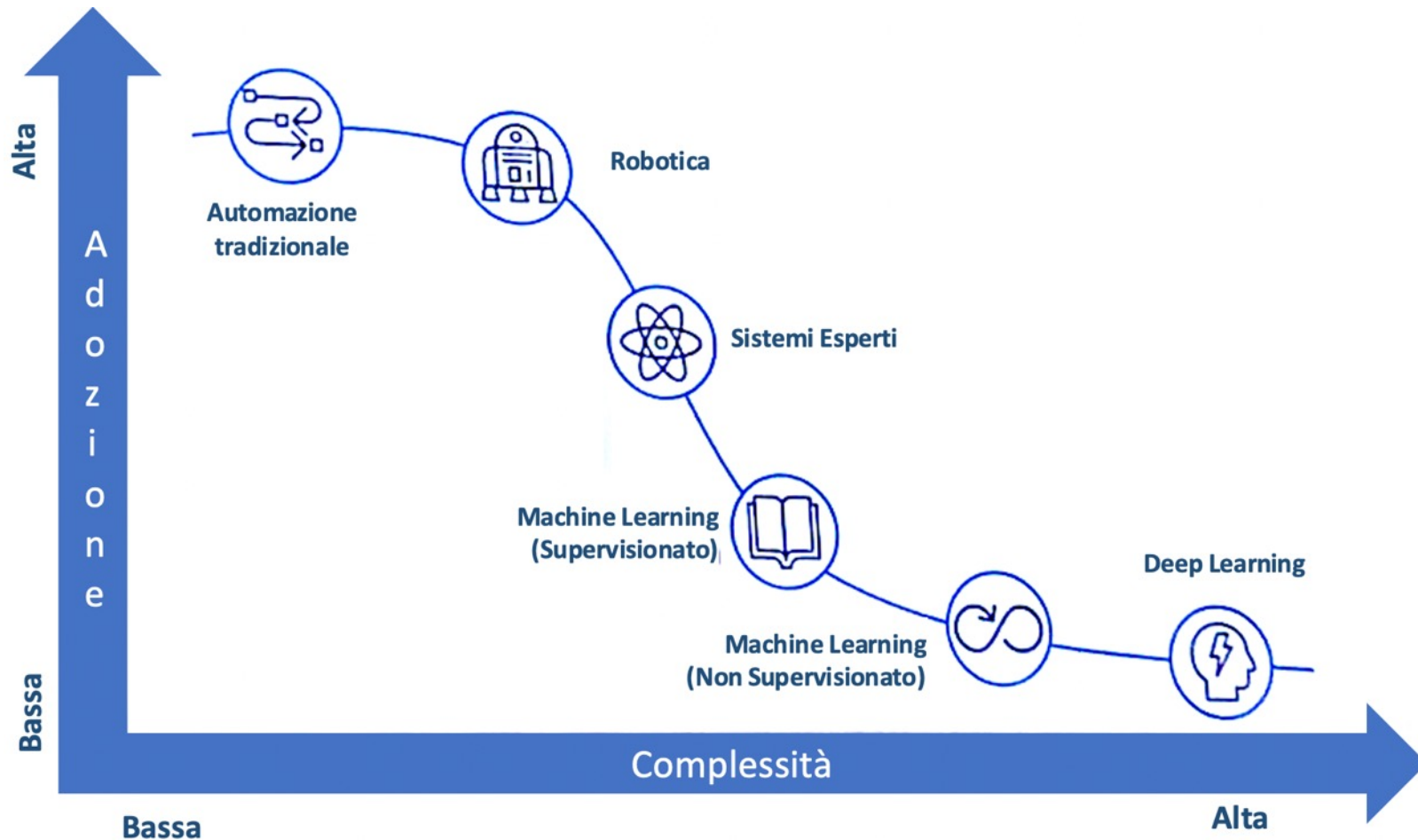
AI, ML, DL e requisiti



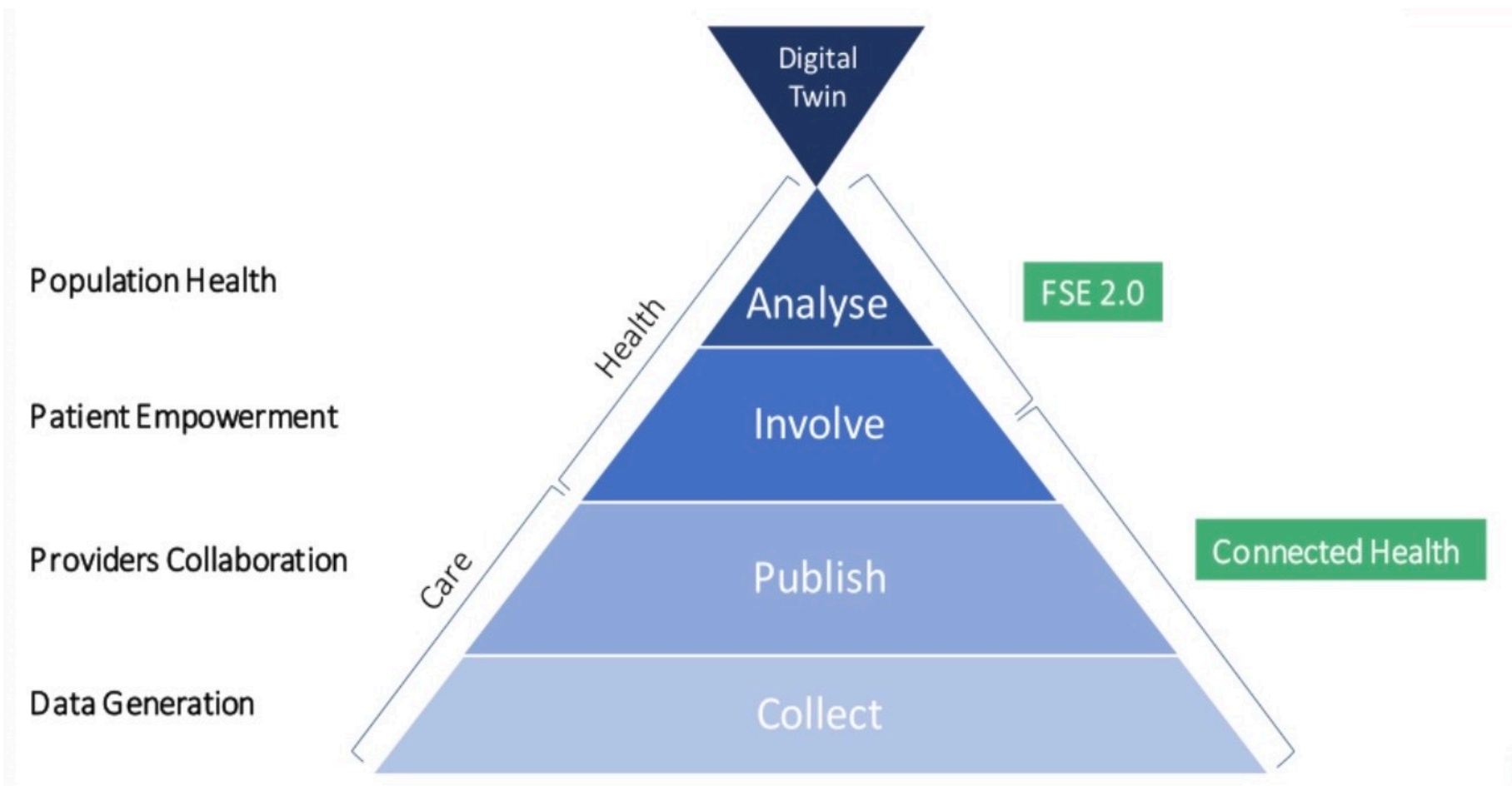
Fonte: rielaborazione Cergas Bocconi

- AI si compone di elementi hardware potenti -> Centri di calcolo
- Si basa sull'affinamento di algoritmi -> Sicurezza e interoperabilità
- Si alimenta di dati -> Big Data da rete vs dati «omici»
- La telemedicina è base imprescindibile per elaborazioni AI di qualità

AI – ML- DL: complessità e diffusione



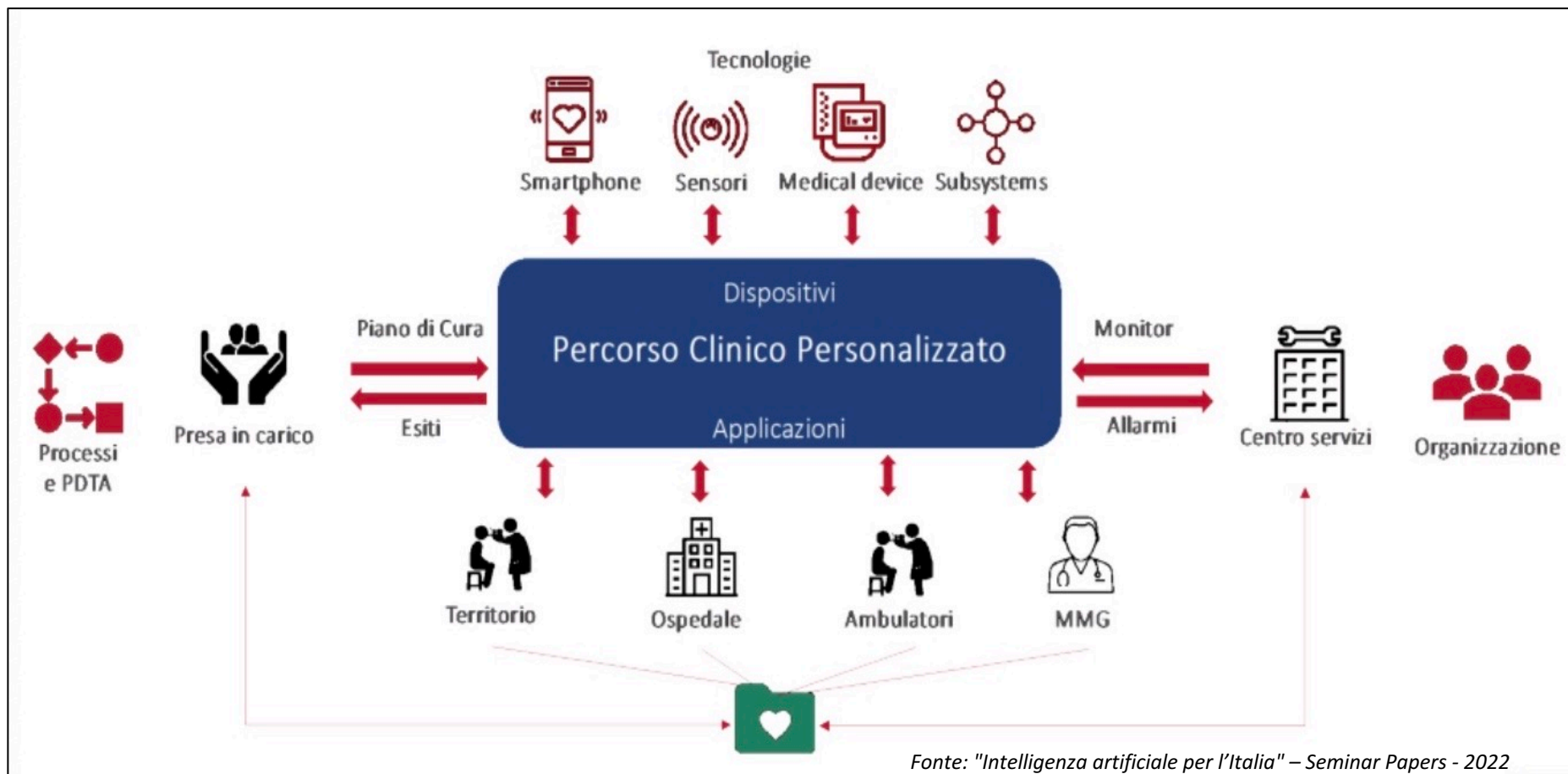
FSE 2.0 e Digital Twin: verso la sanità connessa digitalmente



Fonte: Rielaborazione da Network Digital 360

- FSE: da raccolta di PDF a base dati per elaborazioni in AI

Medicina di precisione: PDTA e Telemedicina



- I PDTA, basati su Frugal Decision Trees, anticipano e favoriscono l'organizzazione sanitaria digitale e la medicina di precisione.

Realtà....

... e schematizzazione



Talvolta gli schemi ci facilitano la visione della realtà per pianificare gli interventi

Applicazioni di AI/Telemedicina in sanità

- Prevenzione e Medicina di iniziativa* (VdA e dati genomici)
- Diagnostica* (TAC COVID S. Raffaele Milano)
- Ricerca medica* (Elaborazioni ML da dati «omici» FSE 2.0)
- Medicina di precisione e predittiva* (Machine Learning, Outbreak prediction)
- Processi decisionali clinici (Triage ACR DK, Mycin USA)
- Medicina di prossimità* (Babylon UK)
- Monitoraggio* (Wearable - APP)
- Gestione e organizzazione dei servizi* (Diomedee)
- Comunicazione sanitaria* (ChatBot 1813 DK)
- Qualità (Audit)

*Integrazione con Telemedicina

Babylon[®]

The screenshot displays the Babylon Health interface for a patient named Louise Reed, 30 years old, with a corporate background. The interface is divided into several sections:

- Past Medical History:** Lists relevant matches, test results (Normal Liver Function, Normal Thyroid Function, Normal Blood Count), prescriptions (Yasmin 1 tablet OD, Ceftriaxone 10mg OD PRN), and AI assessments (Meniere's Disease, Otitis Media).
- Digital Twin:** Shows an overall health score of 66% and a human body diagram with various organs highlighted (Brain, Thyroid, Heart, Lungs, Stomach, Liver, Bowels, Pancreas, Bladder, Sexual health, Joints, Bones, Skin, Blood, Blood vessels).
- Clinical Codes:** Lists various conditions such as Dizziness, Vertigo, Hearing loss, Bilateral tinnitus, Aural fullness, Symptoms for months, Migraine, Depression, Non-smoker, and Low alcohol intake.
- GP to Patient auto-transcript:** Shows a conversation between Louise and a doctor (Dr. Singh) discussing her symptoms of dizziness and hearing loss.
- Live Possible Causes:** Lists potential causes for her symptoms, such as Meniere's disease (80% Likely), Benign Paroxysmal Positional Vertigo (25% Less likely), and Labyrinthitis (10% Less likely).
- Video Consultation:** A central video window shows Louise Reed with facial tracking markers, and a small inset shows the doctor, Dr. Singh.

- Il caso BABYLON (UK): AI - nato e offerto come alternativa del NHS al medico di base, ultimamente sta evolvendo verso sistemi di triage remoto con app e chatbot.

AI, Telemedicina: evoluzione formativa

“Al fine di incontrare le aspettative del mercato del lavoro, la **formazione infermieristica** deve essere aggiornata in parallel con le **competenze digitali**. Non si tratta più di un'opzione aggiuntiva, ma di un elemento **essenziale delle prestazioni professionali**”
(Cheeseman, 2011).



Consolidare la cultura che riconosce **l'inevitabilità del cambiamento tecnologico**, ma al contempo riflettere sugli **aspetti umani ed etici** delle tecnologie

Incrementare le **competenze digitali** dei professionisti a partire dai curricula formativi

Favorire la **comunicazione** e l'integrazione tra i sistemi

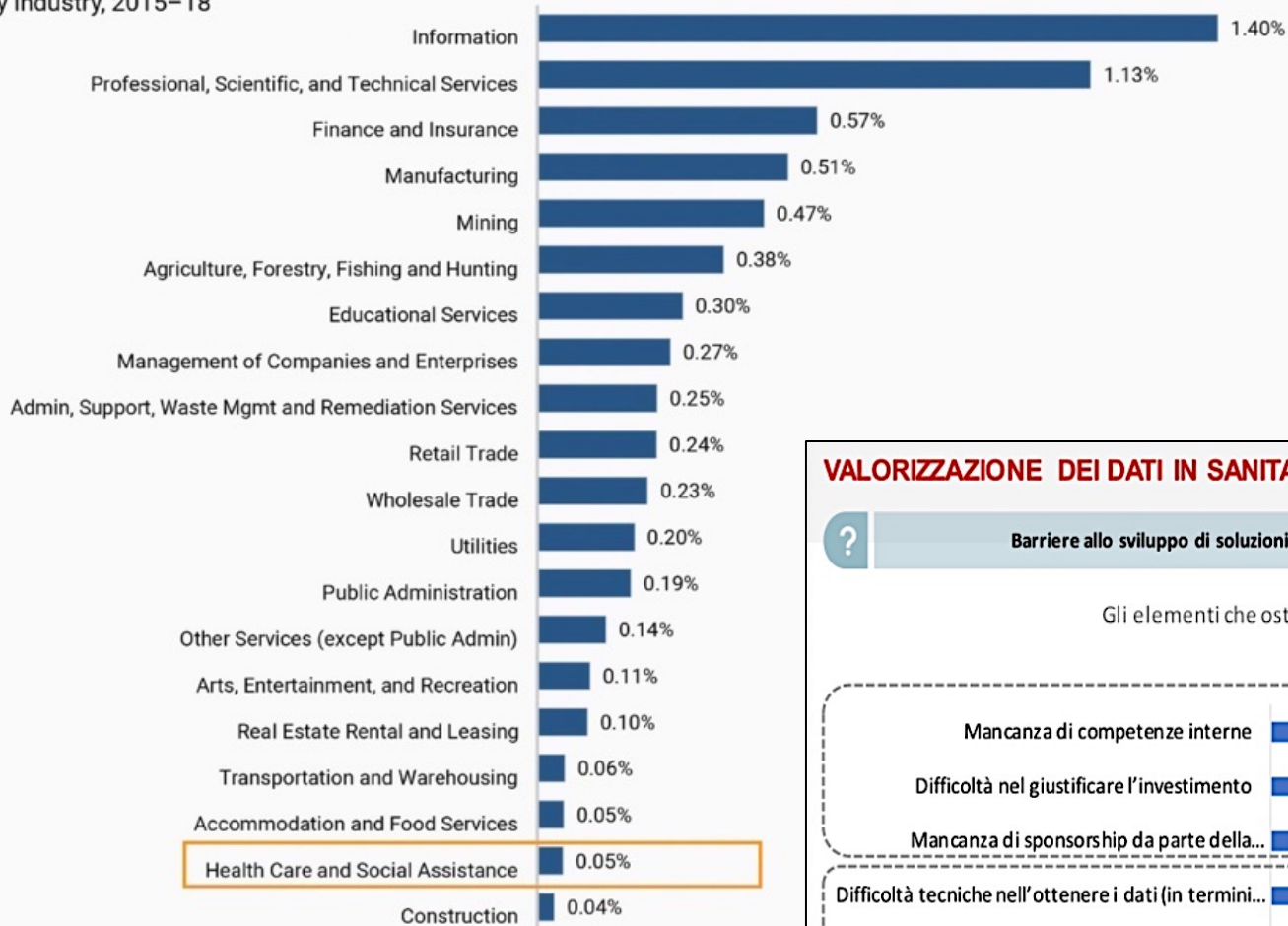
Promuovere una **progettazione e valutazione partecipata** degli strumenti e dei percorsi di adozione

Passaggio da un **modello reattivo** ad un **modello pro-attivo** di adozione delle tecnologie (il professionista clinico adatta le tecnologie alla pratica di cura, ai contesti, al paziente)

Risorse Umane, Skills, Competencies, Know-how

Share of U.S. job postings requiring AI-related skills

By industry, 2015–18

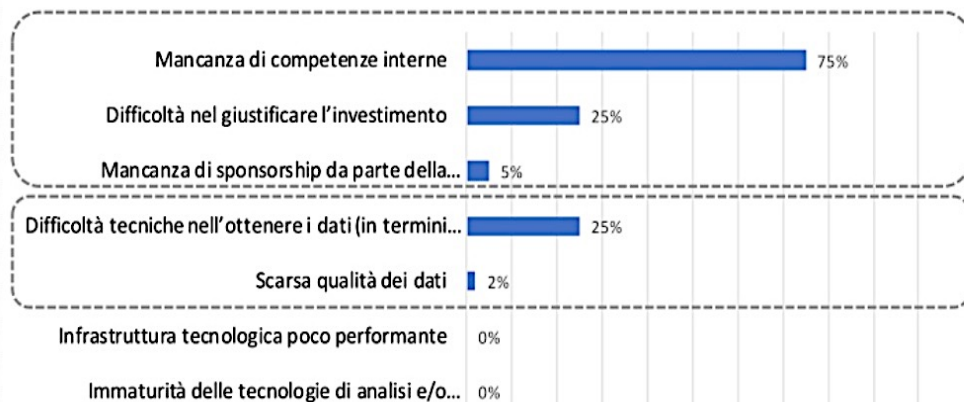


VALORIZZAZIONE DEI DATI IN SANITA'



Barriere allo sviluppo di soluzioni di Analytics, Big Data e AI per la valorizzazione dei dati in Sanità

Gli elementi che ostacolano il passaggio da sperimentazioni a realtà clinica:



Sanità digitale: remore e prospettive

- L'effetto in termini di *outcome umanistici* (es. soddisfazione del paziente, qualità di vita) non è facilmente captabile: nel breve periodo potrebbero palesarsi considerazioni etiche, resistenze o anche di facili entusiasmi (anche se appaiono già superati).
- Gli *outcome clinici* in senso stretto potrebbero palesarsi solo nel medio-lungo periodo.
- Gli *outcome economici* si notano già nel breve-medio periodo
- Contano ancora molto incertezza, emotività e fattori sociali frenanti (proposte: empowerment e politiche di accesso, specie per anziani)
- Attenzione ai rischi che i concetti di “artificial intelligence” o “digital twin” evocano sul controllo umano, ma..

«Essere stati troppo a lungo guardinghi ha ritardato
il varo di progetti di AI»

(Prof. Nello Cristianini - University of Bristol, UK - 2022)



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

**SVILUPPI NELLA RISPOSTA AI BISOGNI
DI SALUTE NEL TERRITORIO:
GOT, N.U.116117, TELEMEDICINA, INTELLIGENZA ARTIFICIALE**