

RASSEGNA STAMPA

20 MAGGIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

IL BUSINESS

Assicurazioni e mutue si contendono la sanità privata

Le compagnie controllano la fetta di mercato più grande ma anche le altre cercano di farsi spazio, con prezzi più bassi, prestazioni per il “long care” e nessun vincolo all’ingresso

Adriano Bonafede

Arriva dal passato l’attacco al ricco business della sanità privata. Da quelle società di mutuo soccorso nate con una legge del lontanissimo 1886, poi rivista nel 2002. Le “mutue” in questi ultimi anni si sono riorganizzate, modernizzandosi e andando a occupare gli spazi lasciati liberi sia dalle assicurazioni private che dai fondi sanitari integrativi di categoria. Insieme, i tre soggetti fanno il mercato della spesa “intermediata”. Sul piatto ci sono circa 41,5 miliardi (dati 2022, ultimi disponibili) di spesa per la sanità che gli italiani tirano fuori dal pro-

prio portafoglio per pagarsi medicine, analisi, specialisti e accertamenti clinici. Di questi, solo 4,7 circa sono “intermediati” da vari soggetti. Gli altri sono “out of pocket”, pagati direttamente dai cittadini. Lo spazio di crescita è enorme. In Italia la spesa intermedia è soltanto l’11% del totale, secondo la ricerca Focus Sanità Integrativa di Onws. In Francia è il 43%, in Spagna e in Uk il 25%, in Germania il 20%.

La scommessa, per tutti questi soggetti professionali, è di trasformare qualche miliardo in più, di quei circa 37 spesi direttamente dalle famiglie, in una polizza malattia o in un fondo integrativo o in un contratto mutualistico. Del resto, avere accesso alle prestazioni private attraverso una struttura che fa convenzioni per milioni di individui può produrre prez-

zi migliori e tempi più rapidi.

Le mutue sono il tassello più piccolo del puzzle del denaro intermedio (si parla di 400-500 milioni di euro) ma la loro sfida entra adesso nel cuore stesso del business delle assicurazioni, portando un’inedita competizione con proposte che hanno molte frecce al loro arco e un’“arma segreta”.



Le compagnie sono state finora il perno di questo sistema. Direttamente, vendendo sia polizze individuali sia collettive presso le imprese. O indirettamente, facendo accordi con i fondi integrativi sanitari nati dalla contrattazione tra datori di lavoro e lavoratori, e che riguardano ben 16,5 milioni di persone. I fondi solo raramente hanno messo in piedi strutture proprie di gestione, avendo preferito affidarsi al know how delle compagnie. Persino alcune mutue si sono affidate alle assicurazioni, ma sono eccezioni.

Nel mondo della sanità integrativa, i ruoli sono in gran parte interscambiabili. I fondi di categoria possono organizzarsi in autonomia e non appaltare la loro attività alle compagnie. Le mutue possono iscriversi all'Anagrafe dei fondi integrativi e in questo modo possono competere con le compagnie sugli appalti dei fondi integrativi. Non basta: «Ci sono anche piccole e medie compagnie - dice Franca Maino, docente presso l'Università degli Studi di Milano - che si mascherano da mutue per attirare più clienti».

In questa guerra di tutti contro tutti, spicca il fatto che le mutue godono di una grande libertà d'azione. «Quelle strutturate per i piani sanitari sono 55, rispetto alle 900 esistenti», precisa Luciano Dragonetti, presidente di Ansi «e si raccolgono in due associazioni,

la nostra e la Fimiv». Possono svolgere lo stesso lavoro delle compagnie, ma queste ultime sono sottoposte a obblighi più severi. Le mutue sono vigilate dal ministero dell'Industria e in parte da quello del Lavoro. Dal mondo delle compagnie, vigilate dal più severo Ivass, i mugugni non mancano. Oltre alla minore pervasività nei controlli, si nota che non ci sono regole di governance e di condotta nella distribuzione delle coperture da parte di «promotori mutualistici», non soggetti a requisiti di professionalità né iscritti ad albi.

La nuova vitalità delle mutue parte dalla loro vicinanza ai territori e alle famiglie. «Noi facciamo parte del Terzo Settore», spiega Antonio Chelli, presidente di Fimiv. «Sulla sanità, scarichiamo l'85% delle raccolte in prestazioni ai soci, non avendo fini di lucro». Terreno di caccia privilegiato delle mutue sono i pensionati che hanno perso i benefici che avevano con il loro fondo sanitario. O quei lavoratori che non hanno alcuna protezione. Tra i vantaggi, «la detraibilità del 19% fino a 1.300 euro per i piani sanitari», spiega Michele Odorizzi, presidente di Cooperazione & Salute, la mutua di sistema di Confcooperative. Inoltre, le mutue non fanno screening sanitario di chi si iscrive, al contrario delle compagnie, che non assicurano o alzano le tariffe in presenza di malattie. E non hanno limiti di età.

Ma l'arma più letale delle mutue nei confronti delle compagnie è l'inserimento che alcune di loro già fanno, nei piani sanitari che costano anche poche decine di euro all'anno, della protezione *long term care* contro la non autosufficienza, che costa molto di più nel mercato privato.

Per le imprese assicurative le mutue sono ancora dei moscerini, dal punto di vista economico. Le compagnie possono quindi godersi i propri risultati da un ramo che, dopo una vita di perdite, dal 2011 - cioè da quando, qualcuno fa maliziosamente notare, sono entrate nel business dei fondi integrativi - sono ininterrottamente positivi (con l'eccezione del 2021). Non c'è niente di male, anzi è doveroso per società per azioni remunerare i propri azionisti. Ma ora la concorrenza si fa più dura. E la salute non può essere considerata soltanto un business, soprattutto se la spesa sanitaria pubblica, circa 130 miliardi nel 2023, è data in diminuzione in termini reali nei prossimi anni.



FOCUS

COME FUNZIONANO I DUE MODELLI E LE EVOLUZIONI PIÙ RECENTI

Due modelli antitetici. Uno privatistico, l'altro del Terzo Settore. Da una parte le compagnie d'assicurazione private che vendono polizze o piani sanitari direttamente attraverso i fondi sanitari.

Dall'altra le società di mutuo soccorso che hanno come scopo prioritario quello di aiutare le famiglie nelle variegate realtà territoriali in modi molto diversi, spesso attraverso servizi diretti a sostegno dei bisognosi, ad esempio persone sole incapaci di badare a se stesse. Da qualche tempo è maturata la consapevolezza che le mutue - società atipiche ma presenti nell'ordinamento e simili ma non coincidenti con le cooperative - possono svolgere un ruolo più importante nell'approntamento dei piani sanitari.

Che ci sia spazio in questo settore lo ha capito anche la Casagit, l'ex Cassa sanitaria dei giornalisti che si è trasformata da poco in società di mutuo soccorso, diventandone una delle più grandi e aprendosi a tutti. «I fatti sembrano darci ragione - dice il presidente Gianfranco Giuliani - con molte nuove iscrizioni tra famiglie, Pmi e professionisti». Tra i punti di forza della proposta di Casagit, la copertura *Long term care*, incorporata in tutti i piani sanitari. - **a.bon.**



RIPENSARE LA SANITÀ TRA PUBBLICO E PRIVATO

Coprirsi dai rischi per la salute? È una lotteria. Il welfare statale non ce la fa più, da molto tempo. Considerazioni per una nuova traiettoria

di MAURO MARÈ, AGNESE SACCHI, FRANCESCO VIDOLI

Un importante appello lanciato da eminenti scienziati ha evidenziato di recente che «il Servizio Sanitario Nazionale è in grave crisi, c'è il rischio di non riuscire più ad assistere tutti». Ancora una volta emerge la necessità di salvaguardare la natura pubblica e universale del nostro SSN, anche in relazione alla scarsa capienza della politica fiscale e di una popolazione notevolmente più anziana.

È probabile che tutti concordino sull'importanza del SSN e delle sue prerogative fondanti, ma è altrettanto probabile che la domanda su «chi paga ora e nel medio/lungo periodo» non troverebbe la stessa concordia nelle risposte. E una volta risolto questo cruciale dubbio, quali dovrebbero essere le prestazioni che uno Stato dovrebbe mutuare, considerato che ciascuno riceve nel corso della vita, mediamente, cure di qualità e quantità variabili? Il tema va affrontato, quindi, non solo in relazione al livello medio di assistenza e alle sue fonti di finanziamento — che rimangono le questioni principali per garantire il servizio sanitario pubblico e universale — ma anche alle probabilità che ognuno di noi ha o avrà di ricevere cure e assistenza sanitaria di qualità durante il proprio ciclo di vita.

Reddito e passaporto

Ad oggi un fattore determinante di accesso qualitativo e quantitativo alle cure e alle prestazioni sanitarie è il reddito o meglio la condizione economica del paziente-utente (si veda ad esempio «Why high-income patients go to higher quality doctors», Brown Z, Hansman C., Keener J. e

Veiga A, CEPR, Luglio 2023). Questo si verifica anche in molti stati che adottano un modello à la Beveridge, fondato sull'esistenza di un diritto universale alla salute legato al solo possesso della cittadinanza.

In Italia il problema non è solo questo. In Italia l'accesso alle cure nel corso della vita assume i connotati di una selezione casuale o, meglio, di un *random walk*. Che significa? Un *random walk*, o passeggiata casuale, è un modello matematico utilizzato per descrivere il movimento casuale di una particella o di un oggetto in uno spazio; in un *random walk* ogni passo è determinato casualmente e tale modello può essere utilizzato per descrivere un'evoluzione caotica nel tempo, specialmente quando le variabili coinvolte sono influenzate da fattori casuali o imprevedibili.

Ma perché la probabilità di accesso alle cure durante la vita di una persona sembra una passeggiata casuale? Perché dipende certamente dal reddito e anche da fattori soggettivi e da comportamenti e abitudini personali (una corretta dieta, l'esercizio fisico, il fumo, il consumo di alcol e via dicendo), ma anche ormai da fattori non strettamente riconducibili alla sfera delle scelte personali.

Fondamentale è il territorio in cui si risiede, da cui dipendono le caratteristiche — spesso fortemente eterogenee — e la qualità dei sistemi sanitari regionali, inclusa la distanza dai centri di cura; un altro esempio è



L'ECONOMIA

dato dalla professione svolta e dalle regole del contratto nazionale che disciplina quel rapporto, inclusa la presenza o meno di polizze assicurative integrative. Si cambia lavoro e si può perdere la copertura, si cambia residenza e si può cambiare il livello qualitativo di assistenza e di cura.

Vista dall'alto, quindi, si osserva una popolazione che, per un insieme eterogeneo di rischi sanitari da affrontare quali quelli personali, di offerta sanitaria locale, di situazione professionale o di residenza attuale e futura cambia continuamente nel corso della propria vita la probabilità di accedere a cure o assistenza in un sentiero non prevedibile come un moto browniano di molecole sospese in un fluido.

Troppe variabili

Negli Anni Cinquanta, la teoria del ciclo vitale del consumo di Modigliani sostenne che le persone facessero scelte intelligenti riguardo a quanto spendere e risparmiare in ogni fase della vita, considerando le risorse disponibili. Tuttavia, negli ultimi decenni, questa teoria è stata notevolmente influenzata dall'incertezza riguardante l'assistenza e la cura durante la terza età. Infatti, le scelte di consumo sono influenzate ormai non solo da fattori personali, ma da un insieme sempre maggiore di fattori casuali. In altri termini, se si risparmia da giovani, quando si dispone di un reddito, per poter ef-

fettuare le spese necessarie anche da anziani, quando quel reddito mancherà, è anche vero che nella se-

conda fase della vita molto dipende dal poter accedere o meno ad una assistenza sanitaria integrativa o di lungo degenza che ormai è privilegio di alcuni strati di popolazione.

Ed è qui che si incontra il vero fattore casuale, nonché potenzialmente discriminatorio: alcuni individui possono accedere a forme mutualistiche ormai quasi sostitutive; altri no. Ma in base a quali elementi e requisiti? In prima battuta, ci verrebbe da dire che sia in base al reddito e alla condizione occupazionale ed economica dell'individuo. Può dipendere anche dal tipo di contratto che si ha, dalla tipologia di Amministrazione Pubblica per i dipendenti pubblici (Corte dei Conti sì, Comparto scuola no), dall'università di appartenenza dei docenti universitari in un rimbalzo disordinato e caotico che dà a qualcuno e non ad altri; che assicura qualcuno per determinati rischi ed altri per un altro insieme di rischi. Chi ci rientra e chi no, in una estrazione casuale che copre alcuni e lascia scoperti altri senza alcuna ratio e senza che ognuno possa pianificare il proprio livello di rischio attuale e futuro.

Socializzare i rischi

I modelli assicurativi privati o mutualisti pubblici alla Beveridge sono serviti nel Novecento a rendere più uniforme il rischio individuale all'interno di una intera popolazione. Negli ultimi anni tali sistemi subiscono lo squilibrio tra domanda anziana e finanziamento dei sempre meno attivi giovani e questa funzione di assicurazione sociale viene sempre meno. Ma è nella mancanza

di equità e nella corsa poco coordinata a coprirsi dai rischi di alcuni sottogruppi di popolazione che il sistema nazionale sta rimettendo in discussione la sua natura.

«Socializzare i rischi sanitari» identifica il processo attraverso il quale una società o una comunità condivide o distribuisce equamente i costi e gli oneri associati ai rischi per la salute pubblica. Socializzare significa rendere meno casuali le spese private nelle fasi del bisogno, estendere a tutti un sistema eventualmente integrativo che oggi e per il futuro è considerato dalle persone sempre più sostitutivo e non solo aggiuntivo.

La direzione da percorrere su come mutualizzare i rischi sanitari rimane alla classe politica (più pubblico, più privato, più terzo settore...), ma l'esigenza di riallocare i rischi tra le persone rimane. È una questione di finanziamento, sia chiaro, ma anche secondo noi di equità all'accesso attuale e futuro in un sistema sanitario che già da anni non copre tutti e non copre abbastanza e che dovrebbe ritornare ad essere più "prevedibile" e meno soggetto a fattori casuali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In base a quali elementi alcuni possono accedere a forme mutualistiche ormai quasi sostitutive e altri no?



DATAROOM

Farmacie, svolta e regole

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

Il farmacista vende prodotti beauty e servizi sanitari, e ora potrà svolgere esami medici rimborsabili dal Ssn. Chi ci guadagna? E chi disciplina i conflitti di interesse? **a pagina 27**

DATAROOM



Corriere.it

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

Farmacia-ambulatorio chi ci guadagna davvero

IL FARMACISTA VENDE ANCHE PRODOTTI BEAUTY E SERVIZI SANITARI
ADESSO POTRÀ SVOLGERE ESAMI MEDICI RIMBORSATI DAL SSN
MA LE NUOVE NORME NON DISCIPLINANO IL CONFLITTO DI INTERESSI

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

Il medico fa la diagnosi, prescrive la cura, e il farmacista eroga il farmaco. Fra le due categorie non deve esserci nessuna commistione, così impone il regio decreto del 1934. Novant'anni dopo la Federazione dei titolari di farmacia italiani (Federfarma) sente il bisogno di allargare il raggio di azione: «La farmacia può dare un contributo importante alla riduzione delle liste d'attesa come erogatrice di servizi sanitari qualificati sul territorio». Vuol dire che il farmacista può sostituire il medico? O è il medico che va in farmacia? Vediamo di capire.

Le tre attività

In Italia ci sono 10.007 farmacie, una ogni

3.300 abitanti, e guadagnano con tre attività. La prima fonte di guadagno è la vendita di farmaci: almeno 1 euro per una scatola di compresse contro l'ipertensione (Ramipril), 2,75 per una d'antibiotico (Amoxicillina), 6,31 per un anticoagulante (Enoxapari-



na). Questi dati si evincono dalla legge di Bilancio 2024 art. 1 comma 225. Per la distribuzione di farmaci antitumorali ad alto costo c'è invece la possibilità che una farmacia possa guadagnare fino a 200 euro per una scatola. Ci sono poi gli integratori, che i farmacisti suggeriscono con generosità, dove i margini sono significativi. La seconda attività è la vendita di prodotti di bellezza: creme, rossetti, smalti, occhiali, orecchini, alcune propongono anche la pulizia del viso e la manicure. Considerando gli spazi che occupano questi scaffali, dove si trovano anche borracce e lampade portatili, sembrerebbe quasi il business primario. La terza è offrendo ai pazienti servizi sanitari.

Servizi a pagamento

La prima riforma che espande l'attività delle farmacie è di 15 anni fa, con il governo Berlusconi IV e ministri della Salute Maurizio Sacconi, poi Ferruccio Fazio. È allora che nasce la cosiddetta «farmacia dei servizi». Per fare cosa? Da tramite con i laboratori analisi per l'esame delle urine e la ricerca di sangue occulto, e tutti quei test di autocontrollo, cioè gli esami che il paziente può farsi anche a casa da solo con la farmacia che dà un po' di supporto: il prelievo di una goccia di sangue dal polpastrello per misurare glicemia, colesterolo, trigliceridi; emoglobina, creatinina, transaminasi ed ematocrito. Il test per i livelli dell'ormone Fsa che servono a capire se le donne sono in menopausa. E, infine, la verifica della pressione, la saturazione dell'ossigeno e la capacità polmonare con la spirometria. Tutti servizi per i quali non serve la ricetta medica e che le farmacie offrono a pagamento: non c'è un tabellario fisso, ma indicativamente possono andare dai 5 euro per la glicemia ai 18 euro per il colesterolo completo.

Cosa offre il servizio sanitario

A partire dal 2018 i cittadini in teoria possono fare in farmacia anche esami a carico del Servizio sanitario nazionale, ma non è ancora stato chiarito quali. Non risulta come siano stati spesi i finanziamenti erogati, e quello per il 2024 è di 25,3 milioni. Di fatto finora lo Stato rimborsa il servizio di prenotazione di visite ed esami medici tipo Cup (2,50 euro ciascuno) e le nuove attività, che si sono rivelate fondamentali, introdotte con l'emergenza Covid: i test sierologici e i tamponi rimborsati dal Ssn a 15 euro l'uno, il vaccino anti-Covid e l'antinfluenzale, rimborsati rispettivamente 9,16 euro e 6,16.

Contro il conflitto di interesse

Fin qui, comunque, il ruolo della farmacia è sempre stato di presidio sociosanitario e non l'alternativa alle prestazioni di diagnostica clinica fornite dagli ambulatori. Anche perché è tassativamente vietata qualsiasi attività di prescrizione e di diagnosi, nonché di prelievo di sangue o plasma mediante siringhe o altri dispositivi per evidente con-

flitto di interessi.

Sul punto le norme sono chiare: il farmacista non può svolgere, direttamente o per interposta persona, l'attività medica a mezzo di ambulatorio e i medici, in quanto prescrittori di farmaci, non possono esercitare in farmacia. Questi confini ora si stanno allentando.

Farmacisti in Parlamento

Il 30 settembre 2022, subito dopo le ultime elezioni politiche, Federfarma comunica che i farmacisti eletti in rappresentanza della categoria alla Camera dei deputati sono quattro: Roberto Bagnasco per Forza Italia, Carlo Maccari, Marta Schifone e Marcello Gemmato per Fratelli d'Italia. Quest'ultimo viene nominato un mese dopo sottosegretario al ministero della Salute nel governo Meloni. L'unione fa la forza, e il ddl Semplificazioni del 26 marzo 2024 (art. 23) cambia radicalmente le cose. Le farmacie possono somministrare qualunque tipo di vaccino sopra i 12 anni; fare da sportello per la scelta e revoca del medico di famiglia e del pediatra; vengono promossi i servizi di telemedicina come l'elettrocardiogramma e holter pressorio o cardiaco che saranno refertati da un medico a distanza. L'art 23 recita: «L'effettuazione da parte del farmacista dei servizi di telemedicina avviene nei limiti delle proprie competenze professionali, nel rispetto dei requisiti funzionali e dei livelli di servizio indicati nelle linee guida nazionali». Ma — ed è qui il passaggio fondamentale — gli esami eseguiti non devono più rientrare nell'ambito di quelli che uno può farsi a casa da solo. In pratica salta il criterio dell'autocontrollo.

La svolta senza regole

Il 23 aprile Andrea Mandelli, già deputato di Forza Italia e già vicepresidente della Camera, nel suo discorso da presidente al Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini dei farmacisti, esulta: «Si apre una nuova era (...). Il governo riconosce ufficialmente servizi che molti di noi già offrono quotidianamente ai cittadini, ma ponendo al contempo le basi per il loro rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale a fronte della presentazione di una ricetta medica da parte del paziente». Nella pratica le farmacie possono, dunque, trasformarsi in ambulatori di prossimità dove è possibile fare una diagnosi e poi vendere il farmaco per quella diagnosi. Il decreto prevede che per svolgere queste attività «possono utilizzare anche locali separati da quelli dove è ubicata la farmacia» purché all'interno del



bacino di utenza. E possono anche mettersi insieme due o più farmacie, e in quei locali ci potranno stare anche infermieri e fisioterapisti per fare medicazioni, iniezioni e rieducazione motoria. In caso di locali esterni è prevista l'autorizzazione dell'Asl, che deve accertare l'idoneità igienico-sanitaria degli spazi, ma non è previsto il rispetto dei requisiti richiesti agli ambulatori, come la presenza di sala d'attesa, sala visita, servizi igienici, e la presenza obbligatoria del direttore sanitario, che svolge una funzione di controllo e di garanzia sulle qualità delle prestazioni, cioè che siano effettuate in sicurezza, da personale sanitario con adeguata preparazione, in condizioni igienico-sanitarie adeguate e in modo conforme alle regole di deontologia professionale. Nulla di tutto ciò è previsto per le farmacie: è lo stesso direttore tecnico della farmacia a dover garantire questi aspetti pur senza avere le competenze specifiche di un direttore sanitario di un poliambulatorio. Il ruolo di controllo delle Asl può essere limitato pre-

valentemente alla vendita dei farmaci.

Il consumo sanitario

Per ridurre le liste d'attesa vanno rinforzati gli ospedali e attivate le Case di comunità. Non ci sono altre scorciatoie. Far scendere in campo le farmacie potrebbe dare un contributo, ma è un'attività che deve essere regolamentata, e al momento non lo è. Di conseguenza si prospettano due rischi: quello di aumentare il consumo sanitario anche quando non c'è una reale necessità; e di correre dal medico al primo esame lievemente fuori parametro perché il farmacista, non avendo l'anamnesi che ci riguarda, non può valutarlo in un quadro complessivo. Con il risultato di allungare le liste d'attesa invece di alleggerirle.

Dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A carico del servizio sanitario

Test sierologici e tamponi
15 €



Vaccino anti-Covid
9,16 €



Antinfluenzale
6,16 €



Prenotazioni
di visite ed esami
2,50 €



I nuovi servizi aggiuntivi



Qualsiasi **vaccino**
sopra i 12 anni



Scelta e revoca del **medico**
di famiglia e del pediatra



Telemedicina
come holter ECG



Altri esami oltre a quelli
di **autocontrollo**

Infografica: Sabino Castagnaviz



Le parole del futuro

Il ricercatore dell'Istituto italiano di tecnologia, Virgilio Mattoli, parla del progetto IV-Lab, finanziato da fondi Ue: «Sviluppiamo microtecnologie per monitorare malattie in atto e ridurre la mortalità»

«Sensori nelle vene per prevenire attacchi cardiaci»

Virgilio Mattoli, 50 anni, Laurea in Chimica presso l'Università di Pisa, nel 2005 ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Bioingegneria presso la Scuola Superiore Sant'Anna, fino al 2008 è stato ricercatore in visita a presso l'Università di Waseda a Tokyo lavorando su un mini-robot bio-ispirato. Da novembre 2009 a luglio 2015 è stato Team Leader della piattaforma Smart Materials presso il Centro di Micro-BioRobotica dell'Istituto Italiano di Tecnologia. Attualmente è coinvolto in diversi progetti di ricerca su questi argomenti, tra cui il progetto EU FET 5D NanoPrinting di cui è coordinatore. È autore o coautore di oltre 150 articoli su riviste internazionali.

Un dispositivo wireless dotato di multisensori impiantato nei vasi sanguigni di persone che soffrono di malattie cardiovascolari, per monitorare in tempo reale alcuni parametri fondamentali del loro stato di salute. Il progetto IV-Lab, finanziato con 4 milioni di euro dall'Unione Europea e coordinato dall'Istituto Italiano di Tecnologia, s'inserisce in quel percorso sempre più concreto di medicina personalizzata. Ne abbiamo parlato con Virgilio Mattoli, ricercatore dell'IIT di Pontedera (Pisa).

Come nasce l'intuizione che ha

portato al progetto?

«Il nostro team si occupa di microtecnologie e materiali per elettronica flessibile, lavorando ad un altro progetto abbiamo pensato che fosse possibile integrare una serie di sensori molto piccoli in un oggetto impiantabile nel corpo e parlandone con ricercatori del campo medico, è venuta fuori l'idea di un sistema così miniaturizzato da poter essere impiantato in vena. Infine siamo venuti a conoscenza delle possibilità di finanziamento per progetti in ambito europeo e siamo andati avanti».

Da quale presupposto clinico prende corpo l'idea di un dispositivo multisensoriale impiantabile?

«Come idea di base siamo partiti dalla problematica cardiovascolare, in particolare lo scompenso cardiaco che andrebbe monitorato a lungo termine e in maniera puntuale per poterne prevenire la riacutizzazione ed evitare l'ospedalizzazione, e in ultima analisi ridurre la mortalità. Al momento non esistono sistemi di monitoraggio del genere, quindi è nata l'idea di realizzare sensori per monitorare marker specifici sviluppando un sistema tecnologico molto piccolo e impiantabile; tra l'altro c'è un aspetto molto importante di biocompatibilità di cui si occupano due gruppi, uno al CNR e un altro ad IBEC in Spagna che analizzano emocompatibilità e citocompatibilità, e studiano come sarà possibile in futuro, implanta-

re il dispositivo senza incorrere in reazioni avverse quali trombo-si».

Di quale tecnologia è composto?

«È una specie di piccolo stent che contiene una parte elettronica miniaturizzata e micro-sensori, che verrà sviluppata con tecnologie elettroniche tradizionali ed altre più avanzate di microfabbricazione additiva, utilizzando anche sistemi ultraprecisi di deposizione di metalli».

E come è fatto l'involucro?

«È simile ad un tubicino che per dare meno fastidio possibile al flusso del sangue, verrà reso emocompatibile con un primo rivestimento che lo protegge e un secondo rivestimento di spessore molto sottile, molecolare, che lo rendono invisibile agli agenti biologici che potrebbero creare trombo-si o altri fenomeni patologici».

Quanti sensori ci sono all'interno?

«Potranno esserci fino a 6 sensori che misurano pressione, ematocrito ed ossimetria in tempo rea-



le, altri sensori elettrochimici basati su transistor organici che misurano sostanze molto specifiche, quali le troponine che sono dei marker rilevanti nello scompenso cardiaco e gli elettroliti del sangue, infine stiamo studiando un sensore di tipo ottico per la misura del glucosio; tutti questi sensori saranno alla fine integrati,

ma verranno studiati tutti prima singolarmente, per testarne l'efficacia e l'integrabilità in opportuni simulatori in vitro».

Le dimensioni?

«Piccolo come un tubicino di 1-2 centimetri di lunghezza ed un diametro dai due ai quattro millimetri, che sarà impiantabile nelle vene o arterie in modo stabile».

E come sarà alimentato?

«L'idea è di un sistema senza batterie, perché non può averne essendo impiantabile nelle vene, ma che sia completamente alimentato dall'esterno come nella tecnologia NFC, quella già usata nei cellulari per pagare con carta di credito, che può essere usata sia per alimentare il sistema, che per leggere i dati. L'uten-

te potrà alimentare il sistema appoggiando lo smartphone che legge i dati in tempo reale o utilizzando una sorta di smartwatch che tramite un piccolo cerotto posto nelle vicinanze del tubicino può alimentare wireless il sistema e leggere i dati in continuo».

In tutto questo l'intelligenza artificiale che ruolo riveste?

«Nel progetto specifico non investighiamo questo aspetto perché siamo a uno step precedente, cerchiamo prima di sviluppare il dispositivo che poi potrà essere fondamentale per un secondo passaggio, quando i dati, una volta raccolti, ad esempio, potranno essere inviati via cloud al medico. In questa fase l'IA potrebbe trovare applicazione ed avere un ruolo predittivo verso la malattia; potrebbe controllare i dati in tempo reale, confrontandoli con lo storico di quelli già acquisiti e indicare quando sta per succedere qualcosa, quindi un ruolo predittivo sia per lo scompenso cardiaco, problemi cardiovascolari, e magari anche per altri problemi, come infarto e ictus».

Il primo prototipo sarà pronto alla fine dei quattro anni?

«Sì, almeno il primo prototipo completo, ma contiamo di farne

degli intermedi più semplici, magari con un solo sensore. Non vorrei sbilanciarmi, ma l'idea è di avere dei piccoli dispositivi integrabili e testabili già l'anno prossimo, ad esempio con un sensore

per la pressione».

Che tipo di utilità potrà avere per i medici?

«I medici potranno avere accesso in tempo reale a tutte le informazioni fondamentali del paziente, per cui penso sia rivoluzionario per un monitoraggio molto più puntuale e consentire una reattività maggiore di intervento, anche a beneficio del sistema sanitario».

Qual è l'innovazione di questo progetto rispetto a quanto esiste, se esiste?

«Esiste un esempio di sistema che viene impiantato nell'aorta per misurare la pressione, in modalità wireless ed è l'unico sistema simile a quello che stiamo progettando, ma nel nostro caso ci sono più sensori che rilevano diversi parametri integrati in un microsistema all'interno di vene e arterie periferiche. Inoltre, se avremo successo, dispositivi simili potranno essere utilizzati anche per molte altre diverse patologie».

Paolo Travisi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«IL PRIMO PROTOTIPO COMPLETO SARÀ PRONTO TRA 4 ANNI, MA SPERO DI AVERNE UNO PER LA PRESSIONE L'ANNO PROSSIMO»

I NUMERI	
5	I centri di ricerca internazionali coinvolti nel progetto europeo
4	La dotazione in milioni di euro assegnati dall'Ue al progetto IV-Lab
25	Gli esperti al lavoro sui vari elementi tecnologici del prototipo
4	In millimetri, la lunghezza massima del prototipo impiantabile nelle vene
6	I sensori integrati all'interno e dotati di tecnologia wireless



I canali digitali sono sempre più utilizzati in ambito sanitario sia dai pazienti sia dai medici

Check-up completo con le app

Dalle prenotazioni di viste alle recensioni: la salute è online

Pagina a cura

DI IRENE GREGUOLI VENINI

L'utilizzo dei canali digitali in ambito sanitario sta aumentando, sia da parte dei medici, sia dei pazienti. Sempre più spesso, infatti, le persone usano il web non solo per informarsi, ma anche per prenotare le visite, cercare strutture e contattare i medici. In questo contesto si diffondono piattaforme online e app che da un lato permettono alle persone di effettuare prenotazioni, comunicare online con i medici, inviare documenti, richieste di prescrizioni, recensire le strutture, e dall'altro consentono ai dottori di gestire il flusso di pazienti.

Le prenotazioni delle visite. Secondo un'indagine commissionata a Ipsos da Doctolib.it (azienda specializzata nella gestione degli appuntamenti medici) che si è concentrata sulle modalità di prenotazione in 5 regioni d'Italia (Lombardia, Lazio, Piemonte, Campania e Sicilia), nella scelta della struttura alla quale rivolgersi, a pari merito con i tempi di attesa, è prioritaria per più di 8 rispondenti su 10 anche la qualità del servizio offerto al paziente; sono inoltre fondamentali, per oltre il 70% del campione, la copertura da parte del servizio sanitario nazionale, la semplicità di prenotazione e il costo della stessa.

Per 6 intervistati su 10 la possibilità di sapere in anticipo la somma da pagare, la notorietà o la conoscenza pregressa della struttura sanitaria o del personale, il poter scaricare online il proprio referto e la distanza dalla propria abitazione sono fattori che possono influenzare la scelta della struttura sanitaria cui rivolgersi. Il passaparola, ovvero i consigli di parenti o amici, seppur presente, risulta oggi meno rilevante: è citato come un motivo di scelta importante da poco più di 4 intervistati su 10.

Dalla ricerca emerge che, negli ultimi 2 anni, tra le modalità più utilizzate, la prenotazione telefonica è stata la più diffusa (59%) anche se gli intervistati che hanno preferito l'online (46%) sono complessivamente più soddisfatti; resiste la prenotazione di persona, ancora in uso da parte del 43% del campione.

Il fattore generazionale ha una forte influenza sulla modalità prescelta, con i rispondenti nella fascia di età tra i 18 e i 34 anni che usano i canali digitali in percentuale superiore alla media: si tratta del 51% contro, per esempio, il 38% delle persone con più di 65 anni. Viceversa, il 64% delle persone anziane prediligono la prenotazione telefonica contro il 56% dei più giovani; inoltre, per più della metà (52%) dei cittadini oltre i 65 anni la prenotazione di persona è ancora il metodo più usato.

Esaminando le 5 regioni prese in considerazione dall'indagine, si evidenziano alcune disomogeneità. A nord, in Piemonte e Lombardia, aumenta la percentuale di rispondenti che prediligono la prenotazione online: rispettivamente il 54% e il 53%, mentre il dato medio sulle regioni prese in considerazione è del 46%.

In Campania e Sicilia il ricorso al digitale per prenotare cala al 39% e 37%. Nel Lazio, invece, la prenotazione telefonica è nettamente la più utilizzata, con il 65% dei rispondenti nella regione che la preferisce rispetto a una media del 59%. La metà degli intervistati in Campania, infine, si reca di persona dal medico o nella struttura di riferimento, un dato superiore a tutte le altre regioni analizzate.

Considerando il grado di soddisfazione nell'esperienza di prenotazione per ciascuna delle modalità esaminata, emerge che in generale l'esperienza è positiva. Tuttavia, ci sono alcune differenze rilevanti: in Pie-

monte, per esempio, il 14% di chi prenota telefonicamente è rimasto molto poco soddisfatto, mentre il 93% di chi ha prenotato online si è dichiarato soddisfatto o molto soddisfatto.

Una situazione simile si registra in Lombardia e Lazio, dove le persone che prenotano online, seppur di meno rispetto a coloro che scelgono il telefono, in 9 casi su 10 sono soddisfatte o molto soddisfatte: tra chi invece chiama, il 17% in Lombardia e il 15% in Lazio è rimasto deluso dall'esperienza. Anche chi ha prenotato di persona ha riscontrato problemi nel 14% dei casi in queste due regioni. In Campania, dove il 50% degli intervistati prenota di persona, questa modalità è però la meno soddisfacente in assoluto, con il 12% che dichiara di non aver avuto un'esperienza positiva. Invece sono nettamente migliori i pareri sulla prenotazione online e telefonica, con oltre 9 rispondenti su 10 che si dicono soddisfatti o molto soddisfatti di queste opzioni. La Sicilia presenta, rispetto alle altre regioni considerate, maggiori problematiche nella gestione di tutte le forme di prenotazione, in particolare per quella telefonica che rende non soddisfatto il 21% degli intervistati.

Anche per quanto riguarda la prenotazione online e di persona c'è una differenza con le altre regioni: l'84% in Sicilia si dice soddisfatto o molto soddisfatto di queste due opzioni, un dato più basso rispetto alle altre regioni dove, nel caso dell'online in particolare, la soglia è sempre superiore al 90%.

Dallo studio emerge che il 46% del campione d'indagine, negli ultimi 2 anni, ha scelto di prenotare online: i portali maggiormente utilizzati (47%) sono il Cup (Centro unico di pre-



notazione) o il sito web o l'app della struttura, mentre il 41% ha indicato il portale di assistenza sanitaria della Regione di residenza e il 33% le piattaforme online dedicate.

Il digitale in aiuto dei pazienti. In questo scenario si stanno diffondendo varie app e piattaforme che vanno in aiuto delle persone, consentendo di effettuare prenotazioni, contattare e comunicare online sia con i medici di base sia con gli specialisti, in modo da evitare code, tempi di attesa e da semplificare l'esperienza dei pazienti. Oltre alle piattaforme digitali di cui si sono dotate molte regioni per permettere la prenotazione online delle visite tramite il servizio sanitario nazionale, ci sono infatti diverse app che supportano le persone

su questo fronte.

Per esempio, c'è **MioDottore**, parte del **Gruppo DocPlanner**, piattaforma dedicata alla sanità privata che connette i pazienti con medici specialisti, medici di medicina generale, centri medici e ospedali. MioDottore offre ai pazienti uno spazio dove prenotare online visite mediche con specialisti e medici di medicina generale e di recensire lo specialista; allo stesso tempo fornisce ai professionisti sanitari e ai centri medici strumenti per gestire il flusso di pazienti. Arrivata in Italia nel novembre 2015, ha registrato 2,5 milioni di prenotazioni al mese, oltre 8 milioni di visite mensili al portale e 300 mila dottori disponibili sulla piattaforma, che di recente ha annunciato un ampliamento

dei suoi servizi anche nel campo degli esami diagnostici per la prenotazione di ecografie, radiografie, Tac, risonanze magnetiche e così via.

Un'altra opzione è **Doctolib.it**, app che consente di cercare i medici più vicini, trovare il primo dottore disponibile, prenotare (con la possibilità di confermare, spostare e annullare gli appuntamenti), inviare richieste di prescrizioni, visioni di esami e altro al medico di famiglia, al pediatra e ad altri specialisti.

Oppure c'è **DoctorApp**, che permette di visualizzare in tempo reale la disponibilità del medico di famiglia, o di uno specialista, di prenotare la visita, spostare o annullare la prenotazione, ricevere avvisi per le visite e aggiornamenti sulle no-

tività dello studio medico. **ScegliereSalute** è, invece, una piattaforma digitale per la ricerca di medici, professionisti sanitari, centri diagnostici e ospedali su cui è possibile accedere ad elenchi continuamente aggiornati suddivisi per provincia e categoria. Sono disponibili funzioni per contattare il medico o la struttura, per consultare le recensioni degli altri pazienti e per esprimere un giudizio sulla propria esperienza nei reparti e negli ospedali.

Il fenomeno in cifre

- Nella scelta della struttura alla quale rivolgersi, a pari merito con i tempi di attesa, è prioritaria per più di 8 rispondenti su 10 anche la qualità del servizio offerto al paziente
- Per oltre il 70% del campione sono fondamentali la copertura da parte del servizio sanitario nazionale, la semplicità di prenotazione e il costo della stessa
- Negli ultimi 2 anni, tra le modalità più utilizzate la prenotazione telefonica è stata la più diffusa (59%) anche se gli intervistati che hanno preferito l'online (46%) sono complessivamente più soddisfatti; resiste la prenotazione di persona, ancora in uso da parte del 43% del campione
- Il fattore generazionale ha una forte influenza sulla modalità prescelta, con i rispondenti nella fascia di età tra i 18 e i 34 anni che usano i canali digitali in percentuale superiore alla media
- A nord, in Piemonte e Lombardia, aumenta la percentuale di rispondenti che prediligono la prenotazione online: rispettivamente il 54% e il 53%, mentre il dato medio sulle regioni prese in considerazione è del 46%
- Il 46% negli ultimi 2 anni ha scelto di prenotare online: i portali maggiormente utilizzati (47%) sono il Cup (Centro unico di prenotazione) o il sito web o l'app della struttura, mentre il 41% ha indicato il portale di assistenza sanitaria della Regione di residenza e il 33% le piattaforme online dedicate

Fonte: indagine Ipsos-Doctolib.it

