

# Money less with fitness

Percorso per una spesa sanitaria più intelligente

Abbiamo deciso....



- Abbiamo fatto, come società, una scelta diversa rispetto alla legge della giungla.
- Proteggere, supportare, sostenere la fragilità in ogni sua declinazione.
- Scelta filosofica e sociale, della quale ovviamente si può discutere, ma che per quanto mi riguarda condivido ,senza se e senza ma, e che mi rende molto orgoglioso come cittadino e contribuente.
- Oggi, che sono nell'età in cui potrei (statisticamente) iniziare a godere di questi servizi, lo sono anche per squisiti ed egoistici motivi personali.

- E' però intuitivo comprendere che questo tipo di scelta porti a delle spese in ambito socio sanitario che tendono progressivamente ad aumentare.
- Per fare un parallelo con le pensioni e capire come il sistema non possa stare in piedi basta recuperare un po' di storia.
- Le pensioni infatti sono state introdotte la prima volta in Germania alla fine dell'800 (1889) da Bismark. Il sistema prevedeva che se ne potessero giovare le persone al di sopra dei 65 anni di età. Allora l'età media che veniva raggiunta dalla popolazione era, dati 1871-1880 , 35,6 uomo, 38,4 donna.
- Applicazione con due calcoli matematici sarebbe 95 anni.

- La spesa sanitaria tende sempre di più ad aumentare per diversi motivi, anche questi più o meno noti, ma piuttosto semplici.
- Allungamento medio della vita (anche se in alcuni stati americani per la prima volta si è vista una inversione) con aumento della durata/incidenza delle patologie più costose.
- Aumento delle patologie multiple/croniche con relativo incremento degli accertamenti, delle terapie, e dei costi anche il per miglioramento delle qualità tecnologiche e dei prodotti.
- Aumento per medicina difensiva.

- E' stato stimato che anche i sistemi socio sanitari più avanzati non possano sostenere a lungo questo aumento di spesa.
- Ciò porterà quindi a rendere le cure accessibili solo a chi avrà le possibilità economiche per farlo e quindi cadrà il castello della protezione della fragilità.
- Quanto i singoli stati investano in sanità viene genericamente indicato con una percentuale rispetto al Pil. L'Italia nel 2015 (stime Gimbe, Gruppo Italiano per la Medicina basata sulle evidenze) è collocata al 9% circa ed al 20 posto della classifica.
- Con i numeri è però facile giocare ed una spesa può rimanere tale anche se al suo interno ad esempio crolla la quota a carico del personale (che diminuisce progressivamente).

Indicatori area "Fattori di rischio"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Consumo giornaliero di frutta negli adulti (%)	3	76,2	56,8
Sovrappeso o obesità negli adulti (%)	4	45,2	53,9
Consumo giornaliero di frutta negli adolescenti (%)	7	36,5	32,3
Abuso di alcool negli adolescenti (% di adolescenti con almeno due episodi di abuso di alcool nella vita)	11	16,5	22,3
Consumo giornaliero di verdura negli adulti (%)	12	61,3	59,8
Consumo giornaliero di verdura negli adolescenti (%)	16	29	32,4
Consumo di alcool negli adulti (litri di alcool pro-capite/anno)	17	7,6	9
Sovrappeso o obesità negli adolescenti: dato auto-riportato (%)	18	15,5	15,6
Attività fisica moderata settimanale negli adulti (%)	22	47,2	66,5
Popolazione esposta a livelli di PM2.5 superiori a 10 mcg/m <sup>3</sup> (%)	25	100	68
Fumatori adulti abituali (%)	27	20	18,4
Attività fisica moderata/intensa quotidiana negli adolescenti (%)	28	8	14,6
Fumo negli adolescenti (% di adolescenti che fumano almeno una volta a settimana)	30	21	11,7
<b>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso abituale di alcool negli adulti (%)</li> <li>• Sovrappeso o obesità negli adolescenti: dato rilevato (%)</li> </ul>			

Tabella 1.3. Fattori di rischio

Indicatori area "Accesso alle cure"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Tempi di attesa per intervento di cataratta (giorni)	2	49,7	127,8
Tempi di attesa per intervento di protesi del ginocchio (giorni)	3	75,3	181,6
Tempi di attesa per intervento di protesi d'anca (giorni)	4	79,3	159,2
Rinuncia a consulti medici per ragioni economiche (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 abitanti)	6	4,8	10,5
Popolazione coperta dai servizi essenziali (%)	8	100	N.D.
Incidenza della spesa sanitaria out-of-pocket sui consumi totali delle famiglie (%)	20	3,4	3
<p><b>Indicatori che non permettono di stilare una classifica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Densità di medici nelle regioni di livello 2</li> <li>• Densità di medici, aree rurali vs aree urbane</li> </ul> <p><b>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copertura assicurativa privata (%)</li> <li>• Trend nella copertura assicurativa privata (%)</li> <li>• Rinuncia a farmaci per ragioni economiche (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 abitanti)</li> <li>• Bisogni di salute non soddisfatti per ragioni economiche: adulti a basso reddito (%)</li> <li>• Bisogni di salute non soddisfatti per ragioni economiche: adulti non a basso reddito (%)</li> </ul>			

Tabella 1.4. Accesso alle cure



- I modi per intervenire possono ovviamente essere diversi. Più o meno drastici, più o meno focalizzati su alcune specialità o range di età, più o meno aggressivi.
- Il modello australiano prevede di abbattere il più possibile i costi legati alle patologie non trasmissibili croniche a carico delle fasce intermedie di età, con l'obiettivo di morire sani.
- I tre cardini per cercare di centrare l'obiettivo sono molto semplici ed in realtà costano relativamente poco ma sono assai complicati da fare digerire alla popolazione: no fumo, regime alimentare corretto, attività motoria regolare.

- Nei mesi di marzo/aprile 2011 il Ministero della Salute ha edito, nel numero 8 dei suo Quaderni, il Piano Nazionale della Riabilitazione con il titolo: La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali.
- Il gruppo di lavoro che ha partecipato alla stesura del testo era numeroso ed eterogeneo, ha impiegato diversi mesi ad arrivare alla quadra soprattutto perché (come avviene sempre in questi tavoli) ha dovuto tenere conto delle diverse istanze scientifico/sindacali espresse dai singoli componenti tutti rappresentativi di qualche interesse corporativo.
- Per quanto mi risulta da allora non è stato redatto un nuovo piano nazionale.

La centralità della Persona in riabilitazione:  
nuovi modelli organizzativi e gestionali



## La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali

GRUPPO DI LAVORO

presieduto dall'on. Francesca Martini

Giovanna Beretta, Antonio Bortone, Carlo Caltagirone, Mario Carletti, Massimo Casciello, Luigi Cerato,  
Alberto Cester, Gaspare Crimi, Angelo Del Favero, Guido Vincenzo Ditta, Massimo Fini, David Fletzer,  
Calogero Foti, Giuseppe Galardi, Alessandro Giustini, Marcello Imbriani, Velio Macellari,  
Dario Manfellotto, Domenico Mantoan, Mario Melazzini, Paolo Menduni, Antonio Moccaldi,  
Andrea Naldi, Fabrizio Oleari, Filippo Palumbo, Caterina Pistarini, Federico Posteraro, Giuseppe Ruocco,  
Giorgio Santilli, Valter Santilli, Giovanni Simonetti, Maurizio Volterrani, Giovanni Zotta

- Io sedevo a quel tavolo in rappresentanza di Inail (direttore centrale riabilitazione e protesi, Ospedale di Budrio-Bologna, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro).
- Vedrete come nel documento sia stata descritta in modo piuttosto semplice la filiera proposta di interventi allo scopo di dare uno nuovo e più ampio spazio all'attività fisica adattata (AFA).
- Passo cruciale che ha permesso di superare lo stallo è stato quello di staccare il percorso ospedaliero da quello sul territorio e distinguere la riabilitazione dal ricondizionamento.

- Il documento aveva anche una particolare attenzione per le figure professionali allo scopo di assicurare al paziente il miglior supporto medico/scientifico e di rispettare anche i diversi professionisti.
- Quindi riabilitazione in struttura ospedaliera riservata ai fisiatristi, agli specialisti di branca esperti nel percorso riabilitativo ed ai fisioterapisti.
- Sul territorio invece spazio al ricondizionamento in strutture idonee (per condizioni architettoniche e di personale), con coinvolgimento di medico di base, specialista di branca, medico dello sport e laureato in scienze motorie.



- Lo stesso percorso ma in senso contrario potrebbe quindi essere utilizzato per ricondizionare i pazienti in attesa di intervento chirurgico in elezione.
- Sarebbe ora di dire, mutuandolo con serenità, quello che disse Kennedy agli americani. Non pensare a cosa il sistema sanitario fa per te ma pensa cosa puoi fare tu per lui e di conseguenza per agli altri.
- Prepararsi ad un intervento chirurgico con la stessa logica con la quale ci si accosta ad un avvenimento sportivo forse potrebbe essere un stimolo positivo.
- Garantirebbe al paziente la probabilità di un esito migliore, al chirurgo una diminuzione dei problemi tecnici, al fisioterapista tempi più brevi di recupero, al SSN minori recidive, complicanze e quindi costi.



- Il fatto che la prescrizione dell'esercizio fisico passi attraverso il percorso delineato, mette il paziente in condizione di affrontare un progetto che viene tagliato sulle sue caratteristiche/necessità come un abito fatto su misura.
- Che si tratti di un allenamento aerobico o di forza, che l'obiettivo sia il calo ponderale o il cambio di rapporto massa grassa/massa magra, il miglioramento della elasticità/flessibilità etc etc : questo porterà alla individuazione del programma ideale.
- Anche tenendo conto degli eventuali ergometri che il paziente avrà a disposizione del luogo dove abita ed ovviamente di sesso, età, morfologia etc etc

# Ergometri



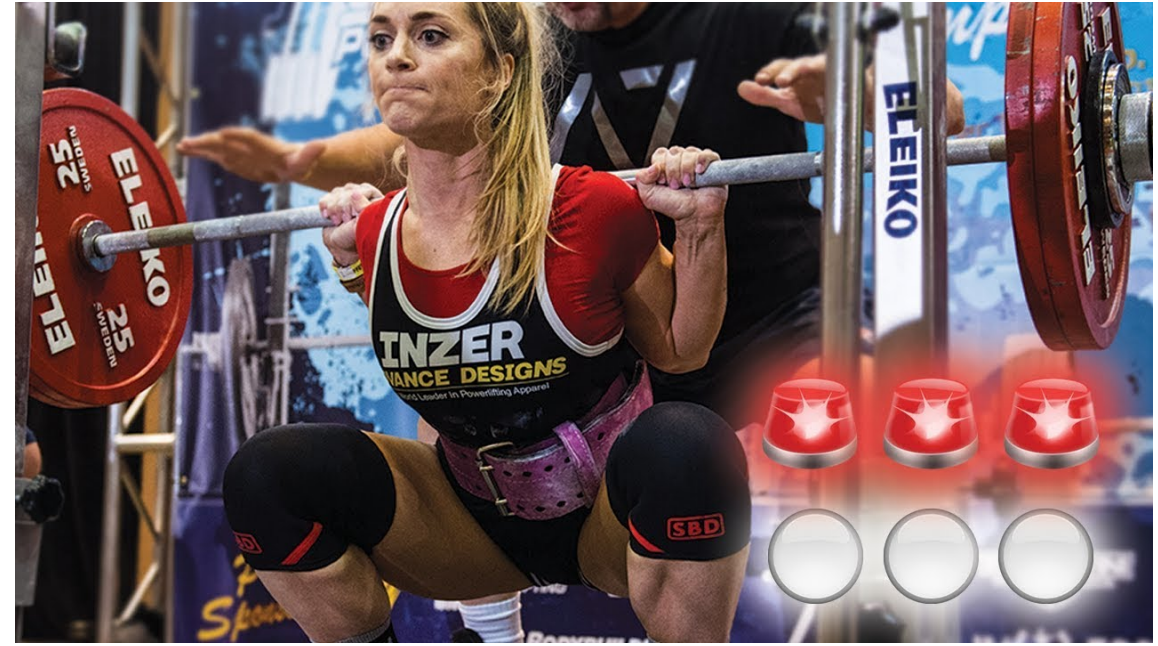
# Ergometri



# Attività aerobica



# Attività di potenza



- Nel percorso sarà anche prevista una educazione alimentare di base (ove richiesto e se condivisa), la proposta di una dieta equilibrata di supporto all'attività fisica adattata.
- Questi interventi ovviamente assolvono contemporaneamente a due obiettivi:
  - a) è rimettere il paziente in situazione ideale per affrontare l'intervento,
  - b) secondo di mettere le basi per un ricondizionamento corretto nel post intervento (post riabilitazione) per il mantenimento di stili di vita volti ad abbattere il rischio di recidive specifiche e migliorare la qualità della vita.

- Si potrebbe quindi ipotizzare che la Regione Lombardia supporti un progetto pilota tenendo conto di quanto già espressamente indicato nel Piano Nazionale della Riabilitazione.
- Un numero di pazienti sufficiente a capire quali possono essere le eventuali criticità ed a valutare i benefici economico/sanitari di una iniziativa di questo tipo.
- Il tutto tenendo quindi conto delle singole competenze professionali ma avendo sempre come obiettivo il benessere del paziente nell'interesse della comunità.