



## COMUNICATO STAMPA

*Il Piano Nazionale Cronicità, a quasi tre anni dall'approvazione, è realizzato in via parziale e solo in alcune Regioni, seppur da molti sia stato considerato il potenziale vero spending review della sanità*

### **Malattie croniche: “Riorganizzare l’assistenza regionale, contenendo e razionalizzando la spesa sanitaria”**

Firenze 8 ottobre 2020 – Fibrillazione atriale, BPCO e diabete, tra le patologie croniche a maggior diffusione, costano 700 miliardi di euro l’anno in Europa e in Italia affliggono 24 milioni di persone. Con lo scopo di rendere omogeneo l’accesso alle cure da parte dei cittadini, garantendo gli stessi livelli essenziali di assistenza, armonizzando a livello nazionale tutte le attività, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, arriva in Toscana il ‘ROADSHOW CRONICITÀ: GLI SCENARI POST COVID-19’, serie di appuntamenti regionali, realizzati da **MOTORE SANITÀ**, con il contributo incondizionato di Boehringer Ingelheim, che vedono il coinvolgimento dei massimi esperti del modo sanitario regionale, insieme ad istituzioni e associazioni di pazienti.

Parallelamente al verificare lo stato di attuazione del Piano Nazionale Cronicità da parte del Ministero della Salute, che ha attivato un monitoraggio per mappare il livello di stratificazione della popolazione, di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, di adozione e attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, l’innovazione organizzativa dovrebbe essere responsabilità di ogni Regione e dovrebbe essere realizzata attraverso condivisi e monitorati PDTA

*“Nella maggior parte dei pazienti, la BPCO si associa a importanti malattie croniche concomitanti, che ne aumentano la morbilità e mortalità. In tutto il mondo, il fattore di rischio più comune per la BPCO è il fumo di tabacco. Anche i non fumatori possono sviluppare la BPCO. La BPCO è il risultato di una complessa interazione di esposizione cumulativa a lungo termine a gas nocivi e particelle, combinata con una varietà di fattori dell’ospite tra cui il profilo genetico, l’iperreattività delle vie aeree ed il minor sviluppo del polmone durante l’infanzia. Di recente assume particolare importanza in quanto è un fattore di rischio per una prognosi peggiore dell’infezione da COVID-19: infezione alla quale infatti sono particolarmente esposti i pazienti affetti da BPCO”, ha spiegato **Walter Castellani**, Responsabile Dipartimento Fisiopatologia Respiratoria Ospedale Piero Pelagi Firenze*

*“La gestione della cronicità nella epidemia coronavirus è sicuramente più problematica se si rimane legati ai vecchi schemi. Se invece si comincia a pensare in maniera diversa, in modo sistemico con una rete in cui ogni nodo è attivo, la sfida si può essere affrontata. Non si deve pensare più a territorio ed ospedale in maniera separata ma con ponti strutturati permanenti che possono dare sostanza al concetto dell' "ospedale senza muri". Un esempio è il trattamento della fibrillazione atriale cronica. Il MMG, una volta individuato il paziente, deve essere in grado di inviarlo in maniera "just in time" ad un centro cardiologico che imposta la terapia anticoagulante con i DOAC e che poi lo riaffida al MMG per il follow up. Quello che conta è trovare dei metodi semplici ed efficaci per la comunicazione come la telemedicina e il teleconsulto”,* ha raccontato **Giancarlo Landini**, Direttore Dipartimento Medico e Specialistiche Mediche Azienda USL Toscana Centro

*“Il diabete sta diventando sempre più frequente: ormai, colpisce oltre il 7% delle persone in Toscana, con una tendenza ulteriore all’aumento. Le nostre capacità di curare efficacemente il diabete, riducendo l’impatto sulla qualità della vita e il rischio di complicanze, è molto migliorato nel corso degli ultimi anni, grazie ad una tumultuosa innovazione, sia nel settore dei farmaci che in quello delle tecnologie. Questa stessa innovazione, però, genera potenziali problemi: da un lato, l’innovazione può provocare un aumento di spesa che, nei grandi numeri, può diventare insostenibile. D’altro canto, la rapidità dell’innovazione rende più complessa la gestione della patologia, costringendo i clinici ad un processo di aggiornamento che talora supera le possibilità dei non specialisti. Questo quadro generale deve indurci a riprogettare in maniera estesa, i percorsi assistenziali, le modalità di acquisizione e distribuzione dei farmaci e dei dispositivi e i processi di formazione e aggiornamento del personale sanitario. I percorsi assistenziali devono essere disegnati con il coinvolgimento, in tutte le fasi della malattia, di medici di medicina generale, diabetologi e altri operatori sanitari, modulando le prestazioni sulle esigenze del singolo paziente. I farmaci e i dispositivi devono essere gestiti in maniera tale da contenere più possibile i costi di acquisto e di distribuzione, garantendo al tempo stesso che le persone con il diabete possano avvalersi, ove appropriato, anche delle tecnologie più innovative. Infine, la formazione e l’aggiornamento dei medici e degli operatori sanitari devono essere ridisegnate, nel quadro di una più fattiva collaborazione tra le Università e le varie componenti del Servizio Sanitario regionale, con investimenti adeguati”,* ha detto **Edoardo Mannucci**, Direttore Diabetologia AOU Careggi Firenze

Ufficio stampa Motore Sanità  
[comunicazione@motoresanita.it](mailto:comunicazione@motoresanita.it)

Francesca Romanin - Cell. 328 8257693

Marco Biondi - Cell. 327 8920962

