

*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*



Verona,

9 settembre 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 Veneto il "Roadshow cronicità. Gli scenari post Covid-19", serie di appuntamenti regionali, realizzati da Motore Sanità, 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.

“Il

diabete mellito è il paradigma della cronicità. Nella sua variante tipo 1 può durare dai primi anni di vita fino a 90 anni e più. Nella variante tipo 2 che

insorge mediamente intorno ai 50-60 anni, dura comunque spesso molte decadi, con un fenotipo clinico assai eterogeneo anche in funzione della durata della malattia. Il diabete è anche il paradigma della complessità, distanziando di gran lunga le altre malattie croniche per numero di parametri clinici da monitorare, farmaci da utilizzare nella cura, professionisti da coinvolgere nella presa in carico. Una complessità che viene esasperata dalle attuali difficoltà di accesso alla tecnologia e alle nuove opportunità terapeutiche. Il diabete è infine il paradigma delle malattie sistemiche in quanto l'organismo è coinvolto in tutti i suoi ambiti strutturali e funzionali. Nel diabete l'aderenza alla terapia coincide con una gestione consapevole e partecipata del paziente alla cura", ha dichiarato Enzo Bonora, Professore Ordinario di Endocrinologia, Università di Verona - Direttore, UOC Endocrinologia, Diabetologia, Malattie del Metabolismo, AOUI Verona.

“Una

delle sfide dei prossimi anni nel campo delle malattie cardiovascolari è sicuramente gestire la 'cronicità' che caratterizza la maggior parte delle forme morbose di pertinenza del cardiologo. Un tipico esempio è lo scompenso cardiaco. In Italia sono affetti da scompenso cardiaco oltre un milione di persone con un trend in continuo incremento legato all'invecchiamento della popolazione e all'efficacia del trattamento che ha significativamente aumentato la speranza di vita dei questi pazienti migliorandone anche la qualità. La grande sfida è quella di riuscire a gestire i soggetti affetti da scompenso cardiaco non più (o non solo) in ospedale ma nel territorio, ottimizzando le interazioni tra medicina ospedaliera e territoriale e i percorsi assistenziali nella diagnosi e nella cura dei questi pazienti. In altre parole la battaglia contro lo scompenso cardiaco si può vincere solo sul territorio", ha spiegato Claudio Bilato, Direttore UO Cardiologia Ospedale "Cazzavillan" Arzignano.

“L'esperienza

COVID ha confermato la bontà del modello organizzativo regionale di presa in carico della cronicità, consentendo di potenziare ulteriormente elementi:

- il ruolo della medicina generale e più in generale dell'organizzazione delle cure primarie, che per il post COVID prevede l'introduzione dell'infermiere di famiglia ma che in realtà conferma lo sviluppo del modello della Medicina di Gruppo Integrata in team multiprofessionali;
- il ruolo della specialistica che deve essere sempre più integrata con le cure primarie, estendendo e rendendo funzionale la telemedicina, e più in generale prevedendo una forte integrazione tra Distretto, Prevenzione e Ospedale, aspetto che l'emergenza COVID ha reso necessario;
- il ruolo dell'assistenza domiciliare quale elemento basilare nell'emergenza COVID e che vede il

rafforzamento della figura infermieristica, l'avvio delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale e la valorizzazione della figura del fisioterapista territoriale;

- lo sviluppo della geriatria territoriale, quale valido riferimento anche per i medici di famiglia, infermieri ADI e infermieri di famiglia nella gestione dei pazienti anziani fragili;
- il ruolo della Centrale Operativa Territoriale quale strumento di coordinamento delle transizioni e dei percorsi tra Ospedale e Territorio specie per i pazienti più fragili”, queste le parole di Maria Cristina Ghiotto, Responsabile Cure Primarie e LEA, Regione del Veneto.