

# Progetto PonGov “Sostenere la sfida della cronicità attraverso strumenti Ict”: un aiuto al Pnrr

**Francesco Enrichens** ■ *Project Manager PonGov-Agenas*  
**Michela Santurri, Antonio Paris** ■ *PonGov-Agenas*  
**Simone Furfaro** ■ *Agenas*

Uno degli obiettivi delineati dal Third UN High-level Meeting delle Nazioni Unite del 2018 è quello di ridurre del 25% la mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili.

Attuare politiche assistenziali a supporto di persone con cronicità è necessario, se si considera che in Italia su circa 60 milioni di abitanti il 39% soffre di una patologia cronica (cronicità semplice), il 4% soffre di forme di cronicità complesse e avanzate e, di questi, circa 800.000 abitanti con bisogno di cure palliative (tabella 1).

L'Italia, al fine di potenziare tali servizi assistenziali e implementare la medicina d'iniziativa, ha previsto un intervento straordinario a valere sui fondi Next Generation EU (NGEU), come approvato nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr).

Infatti, la Missione 6 – Salute, del citato Pnrr, è volta ad intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia, in particolare, della rete dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate (sanitarie e sociosanitarie); equità di accesso alle cure; a rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti; a realizzare ospedali sicuri, tecnologici, digitali e sostenibili dando impulso alla sanità digitale.

In particolare, alla Componente 1 della Missione 6, sono destinati circa 7 miliardi di euro per interventi volti al potenziamento di una rete di servizi assistenziali di prossimità territoriale (tabella 2):

- Case della Comunità e presa in carico della persona (M6C1 1.1) con un investimento di 2 miliardi di euro (Target EU finale Q2 2026 – almeno 1350 Case della Comunità);
- Centrali operative territoriali, promuovendo la telemedicina, l'interconnessione aziendale, i device (M6C1 1.2.2) con un investimento di euro 280.000.000 (Target EU finale Q2 2024 – almeno 600 COT);
- Ospedali di Comunità, rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (M6C1 1.3) per un importo di circa 1 miliardo di euro (Target EU finale Q2 2026 – almeno 400 Ospedali di Comunità);
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare con la previsione di una presa in carico, nel 2026, del 10% della popolazione sopra i 65 anni (M6C1 1.2.1) mediante investimento di 2.720.000.000 miliardi di euro.

L'intero Pnrr, inoltre, prevede ulteriori interventi a favore di un potenziamento della telemedicina e della sanità digitale (circa 1 miliardo di euro - M6C1 1.2.3).

In questo contesto di grandi finanziamenti, ripartiti tra le Regioni ai sensi dell'articolo 2 comma 6-bis del DL 77/2021, secondo cui il finanziamento complessivo è stato distribuito attribuendo il 40% delle risorse alle Regioni del Mezzogiorno e il 60% alle regioni del Centro-Nord (tabella 3), il Progetto PonGov Cronicità ha rappresentato e rappresenta tuttora un volano per quelle Amministrazioni/Regioni ancora secondarie nei processi di sviluppo, avendo obiettivo primario la promulgazione di buone pratiche facilmente trasferibili a supporto nella gestione integrata, proattiva, sostenibile e innovativa della cronicità.

Regione/PA	Popolazione residente 01.01.2020 post censimento	Popolazione Sana - Apparentemente Sana	Popolazione Cronica Semplice	Popolazione Cronica Complessa
Piemonte	4.311.217	2.457.394	1.681.375	172.449
Valle d'Aosta	125.034	71.269	48.763	5.001
Lombardia	10.027.602	5.715.733	3.910.765	401.104
PA Bolzano	532.644	303.607	207.731	21.306
PA Trento	545.425	310.892	212.716	21.817
Veneto	4.879.133	2.781.106	1.902.862	195.165
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	687.543	470.424	48.249
Liguria	1.524.826	869.151	594.682	60.993
Emilia-Romagna	4.464.119	2.544.548	1.741.006	178.565
Toscana	3.692.555	2.104.756	1.440.096	147.702
Umbria	870.165	495.994	339.364	34.807
Marche	1.512.672	862.223	589.942	60.507
Lazio	5.755.700	3.280.749	2.244.723	230.228
Abruzzo	1.293.941	737.546	504.637	51.758
Molise	300.516	171.294	117.201	12.021
Campania	5.712.143	3.255.922	2.227.736	228.486
Puglia	3.953.305	2.253.384	1.541.789	158.132
Basilicata	553.254	315.355	215.769	22.130
Calabria	1.894.110	1.079.643	738.703	75.764
Sicilia	4.875.290	2.778.915	1.901.363	195.012
Sardegna	1.611.621	918.624	628.532	64.465
<b>ITALIA</b>	<b>59.641.488</b>	<b>33.995.648</b>	<b>23.260.180</b>	<b>2.385.660</b>

**Tabella 1**

Censimento per malattie croniche.

	Popolazione residente 01.01.2020 post censimento (ISTAT)	Case della Comunità	Centrali Operative Territoriali	Ospedale di Comunità da realizzare con fondo recovery
Piemonte	4.311.217	82	43	27
Valle d'Aosta	125.034	2	1	1
Lombardia	10.027.602	187	101	60
PA Bolzano	532.644	10	5	3
PA Trento	545.425	10	5	3
Veneto	4.879.133	91	49	30
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	23	12	7
Liguria	1.524.826	30	15	10
Emilia-Romagna	4.464.119	84	45	27
Toscana	3.692.555	70	37	23
Umbria	870.165	17	9	5
Marche	1.512.672	29	15	9
Lazio	5.755.700	107	59	35
Abruzzo	1.293.941	40	13	10
Molise	300.516	9	3	2
Campania	5.712.143	169	58	45
Puglia	3.953.305	120	40	31
Basilicata	553.254	17	6	5
Calabria	1.894.110	57	19	15
Sicilia	4.875.290	146	49	39
Sardegna	1.611.621	50	16	13
<b>ITALIA</b>	<b>59.641.488</b>	<b>1.350</b>	<b>600</b>	<b>400</b>

**Tabella 2**

Ripartizione Missione 6 (M6) Componente 1 (C1) Submisure 1.1-1.2-1.3.

*Nota: I dati in tabella si riferiscono allo schema di Decreto del Ministero della salute del 26 novembre 2021 ai fini dell'acquisizione di un'Intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni*

**Tabella 3**

Raffronto tra i criteri di riparto utilizzati nella delibera Cipe 24/07/2019 e la proposta secondo articolo 2 comma 6-bis del DL 77/2021.

Regione/PA	Quote di accesso del FSN 2018 al netto delle quote delle Province Autonome di Trento e Bolzano (prosecuzione programma investimenti Art. 20 legge 67/1988 – Delibera CIPE 24 luglio 2019 – GU n. 15 del 20/01/2020)	QA 2021	QA 2021 (40% Mezzogiorno)
Piemonte	7,53%	7,37%	6,64%
Valle d'Aosta	0,21%	0,21%	0,19%
Lombardia	16,82%	16,78%	115,12%
PA Bolzano	0,00%	0,87%	0,78%
PA Trento	0,00%	0,91%	0,82%
Veneto	8,25%	8,20%	7,39%
Friuli-Venezia Giulia	2,10%	2,07%	1,87%
Liguria	2,75%	2,67%	2,40%
Emilia-Romagna	7,56%	7,55%	6,80%
Toscana	6,42%	6,31%	5,68%
Umbria	1,52%	1,49%	1,34%
Marche	2,62%	2,57%	2,32%
Lazio	9,84%	9,59%	8,65%
Abruzzo	2,24%	2,19%	2,62%
Molise	0,53%	0,51%	0,61%
Campania	9,47%	2,67%	11,10%
Puglia	6,76%	6,58%	7,88%
Basilicata	0,96%	0,93%	1,11%
Calabria	3,26%	3,14%	3,76%
Sicilia	8,36%	8,06%	9,64%
Sardegna	2,79%	2,73%	<b>3,27%</b>
<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Totale Mezzogiorno</b>	<b>34,37%</b>	<b>33,41%</b>	40,00%

### Il Progetto PonGov Cronicità

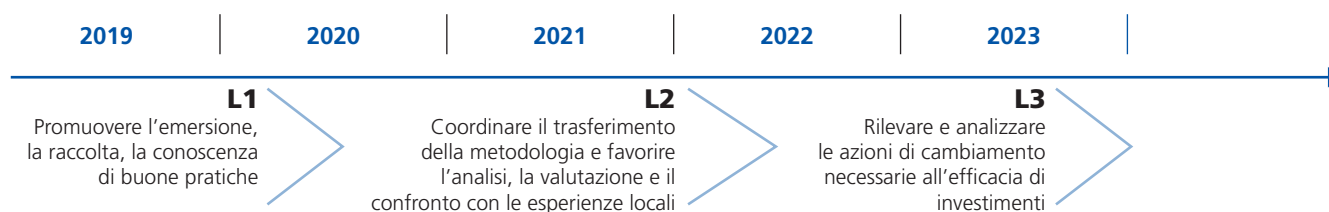
Iniziato nel 2018 e finanziato dal Fondo sociale europeo, questo progetto ha contribuito al rafforzamento della pubblica amministrazione, secondo due degli obiettivi tematici: rafforzare la capacità istituzionale delle autorità pubbliche e delle parti interessate e un'amministrazione pubblica efficiente; e migliorare l'accesso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nonché l'impiego e la qualità delle medesime.

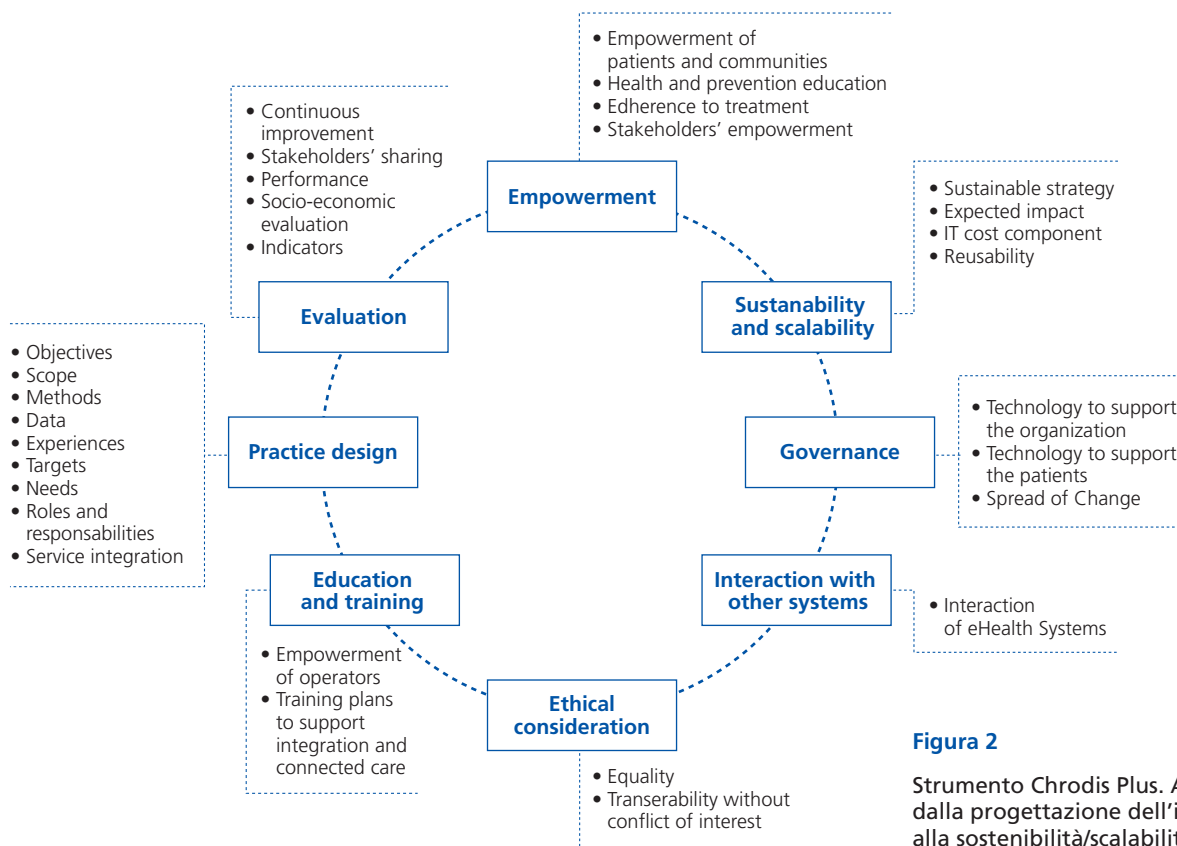
Il Progetto, realizzato dal Ministero della salute e affidato all'Agenas per il coordinamento scientifico, ha contribuito a ridefinire e innovare l'offerta dei servizi del Ssn, costruendo una *cassetta degli attrezzi* a supporto delle Amministrazioni/Regioni, e promuovendo una Comunità di pratica multi-profilo e multidisciplinare (figura 1).

Al fine di raggiungere gli obiettivi sopracitati si è ritenuto utile:

**Figura 1**

Linee di attività del Progetto dal 2018 ad oggi.





**Figura 2**

Strumento Chrodis Plus. Azioni che vanno dalla progettazione dell'intervento fino alla sostenibilità/scalabilità.

- definire una *cassetta degli attrezzi* quale kit di strumenti a supporto dei processi di pianificazione, organizzazione, implementazione e valorizzazione di modelli innovativi per la gestione della cronicità in coerenza con il Piano nazionale cronicità;
- sviluppare una *metodologia analitica* per consentire l'individuazione e l'analisi complessiva delle buone pratiche presenti sul territorio nazionale.

In seguito, è stata avviata una ricognizione degli strumenti scientificamente validati e raccomandati dall'Unione europea (*Chrodis Plus - Implementing good practices for chronic diseases*), per valutare le buone pratiche ricevute dagli stakeholder regionali, aderenti al progetto (figura 2).

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al Progetto.

L'indagine si è focalizzata su esperienze facilmente trasferibili, sia per strategie di intervento, sia per modalità operative e strumenti di lavoro.

A seguito dell'analisi si è potuto osservare che:

- il 44% delle pratiche inerenti alle innovazioni del percorso clinico si è concentrato sugli aspetti della prevenzione, sulle tipologie dei servizi erogati, sulla frequenza dei follow-up, sulle funzioni del personale medico e infermieristico, sui ruoli del paziente e del caregiver, ecc.;
- il 26% ha preso in considerazione l'intera proposta del Piano nazionale cronicità, pianificando l'intero ciclo delle attività: identificazione della popolazione target; identificazione del modello gestionale di presa in carico;
- il 21% ha preso in considerazione singoli aspetti del percorso per la gestione della cronicità come le fasi di presa in carico del paziente e quelle relative alla continuità assistenziale;
- il 9% è incentrato su studi e sperimentazioni con particolare riferimento al rapporto tra cure primarie e cronicità.

Una volta classificate, si è proceduto a valutare le pratiche sulla base di un punteggio attribuito a seconda della rilevanza e della innovatività nella gestione della cronicità, tenendo conto della definizione della Commissione Europea di *buona pratica*<sup>a</sup>.

La valutazione dal punto di vista qualitativo ha evidenziato che:

- il 71% ha presentato un giudizio ottimo;
- l'11% un giudizio buono;
- il 9% un giudizio sufficiente;
- il 9% è stato giudicato insufficiente.

In particolare, hanno presentato giudizio ottimo e buono:

- tutte le pratiche che comprendono l'intero modello assistenziale;
- oltre il 50% delle pratiche che riguardano singoli aspetti del percorso assistenziale;
- oltre il 93% delle pratiche relative a singole patologia/PDTA;
- oltre il 50% delle pratiche relative a studi/sperimentazioni.

Tale valutazione ha permesso di individuare tre ambiti principali di intervento, oggetto della comunità di pratica, e sui quali è stata incentrata la *cassetta degli attrezzi*: processi di presa in carico e PDTA dei pazienti; implementazione dell'assistenza domiciliare; sviluppo della telemedicina.

Nel mese di agosto del 2020 sono state avviate le attività relative alla Linea di intervento del Progetto – L.2 “*Coordinare l'analisi, la valutazione ed il confronto con le esperienze locali per la trasferibilità*” – coordinate da Agenas, nell'ambito delle quali è stata condivisa una proposta di attività da realizzare con i Referenti regionali del Progetto PonGov Cronicità attraverso i Tavoli di Lavoro tematici.

Il cosiddetto “Tavolo di Lavoro 0” ha rappresentato l'occasione per la condivisione con l'intera Rete dei referenti regionali per la cronicità

a Buona pratica: “è una politica o un intervento pertinente attuato in un contesto di vita reale, che è stato valutato positivamente in termini di adeguatezza (etica ed evidenza) ed equità, nonché efficacia ed efficienza relative a processi e risultati. Altri criteri sono importanti per una trasferibilità di successo della pratica come una chiara definizione del contesto, la sostenibilità, l'intersezionalità e la partecipazione delle parti interessate”.

e l'ICT dei modelli organizzativi innovativi di sei Regioni precorritrici. Per semplicità espositiva si riportano nella tabella 4 le sei esperienze regionali presentate e condivise durante il “Tavolo di Lavoro 0”.

Concludendo, tale progetto ha consentito di definire a livello nazionale cosa si intenda per buona pratica, creando dei luoghi di scambio in cui le migliori esperienze regionali in materia di telemedicina, ICT e assistenza alle persone con cronicità possano essere discusse e trasferite in tutte le aree del Paese.

Inoltre, in un periodo emergenziale, come quello della pandemia Covid-19 in corso, tale Progetto si è rivelato un valido supporto promuovendo l'utilizzo di strumenti, tecnologie e professionalità volti a sostenere un modello di presa in carico incentrato sulla persona e sui suoi bisogni, prediligendo il mantenimento a domicilio o nella Comunità di riferimento, punti chiave ripresi successivamente per la stesura del Pnrr.

La presenza di una *comunità di pratica*, quale luogo ideale di confronto tra i professionisti, si è rivelata fondamentale. Essa è stata non solo non solo laboratorio di idee, ma vero e proprio strumento operativo sia nell'affrontare le criticità emerse, comuni a tutti i territori, sia nel contribuire ad individuare gli obiettivi prioritari per il rafforzamento di una rete territoriale; rete che superi la logica del luogo di cura e crei un modello unico che segue le persone nel processo di cura dalla prossimità fino ai centri di alta specialità. In questo modo si possono superare le disomogeneità nell'erogazione dei servizi, implementando l'utilizzo delle nuove tecnologie e garantendo la completa realizzazione del Pnrr in linea con le indicazioni del Ministero della salute e di Agenas.

Si ringraziano: Francesco Longo, NTC PonGov-Agenas; Federico Lega, NTC PonGov-Agenas; Domenico Scibetta, NTC PonGov-Agenas; Chiara Giusti, NTC MDS; Emilio Chiarolla, NTC MDS; Paolo Michelutti, NTC MDS; Alessia Sciamanna, PonGov-Agenas, Adelaide Ippolito, PonGov-Agenas; Patrizia Botta, PonGov-Agenas; Alberto De Stefano, PonGov-Agenas; Gabriele Nube, PonGov-Agenas; Alessandra Barone PonGov-Agenas; Federica Riano, PonGov-Agenas, Donato Nolè, PonGov-Agenas.

**Tabella 4**

Esperienze regionali di modelli innovativi.

Regione	Relatore	Esperienza	Descrizione
Friuli-Venezia Giulia	Dott.ssa Beatrice Del Frate  Dott. Andrea Di Lenarda	Smartcare	Modello di integrate-care sostenuto da soluzioni digitali. Smartcare nasce per valorizzare l'assistenza domiciliare integrata, supportandola con le tecnologie di telemonitoraggio per pazienti cronici ad alta probabilità di instabilizzazione tendenzialmente multimorbili, con almeno un bisogno sociale da un lato e un bisogno clinico complesso dall'altro, già seguiti in ADI e a cui è stato dato supporto col telemonitoraggio a distanza, da parte di un gruppo multidimensionale composto anche dall'infermiere e dall'assistente sociale.
Veneto	Dott.ssa Maria Cristina Ghiotto	Cure domiciliari	Re-ingegnerizzazione dei processi. Processo orizzontale che prevede la continuità di cura a partire da una dimissione o da quando la domanda viene direttamente dal territorio, <i>in primis</i> dal Mmg. Creato per arrivare allo sviluppo di un flusso informativo, che possa permettere a tutti gli attori coinvolti nel servizio di comunicare con lo stesso linguaggio, scambiandosi gli stessi dati, informazioni creando una sorta di circolarità delle informazioni sull'ADI. Tutto il flusso è stato messo in allineamento con il fascicolo, già predisponendo le specifiche tecniche di interoperabilità tra la cartella unica regionale e FSE. Per ogni fase sono state definite le micro-fasi, che si chiudono con la cartella unica, che entra in gioco nel momento in cui il paziente viene inserito in ADI.
PA Trento	Dott. Diego Conforti	TreC	Progetto di telemedicina: la piattaforma TreC nasce con l'intento di dare uno strumento al cittadino per connettersi in rete con i professionisti della salute e con il Servizio sanitario provinciale. Il modello si è evoluto nel tempo guardando a quello anglosassone di <i>personal health record</i> , consentendo al cittadino di accedere al proprio fascicolo sanitario integrato con il sistema informativo pubblico per registrare e gestire le informazioni e i dati relativi alla sua salute. Si basa sull'interazione con Aziende Sanitarie e FSE (le ricette specialistiche, quelle farmacologiche, i pagamenti on-line, l'accesso al fascicolo sanitario elettronico e Dossier), si amplia con la raccolta dai dati personali (intolleranze, storia clinica familiare, misurazione del peso, ecc.) e con l'acquisizione dei dati dal Cloud (TreC Cardiologia, TreC diabete, TreC pediatria, ecc.).
Piemonte - ASL Cuneo 2	Dott. Franco Ripa  Dott. Giusto Viglino	Dialisi peritoneale	Il sistema nasce sul campo specifico della dialisi domiciliare peritoneale, ma grazie alla sua grande fruibilità e flessibilità si è rivelato, nel tempo, un modello esportabile in altri ambiti. Partito nel 2002 con il primo prototipo fino ad arrivare al 2020 in cui si è passati dal totem master al totem Octopus, al totem Entry, Entry Plus e a un Tablet dedicato, che è ancora oggetto di analisi. Il sistema da un punto di vista tecnico è costituito da un totem a domicilio del paziente telecomandato a distanza (sistema plug & play); stazione di controllo (posta in ospedale, o in qualsiasi altro luogo) con computer, videocamera e sistema vivavoce che permettono un lavoro multitasking dell'operatore, potendo seguire contemporaneamente fino a sei pazienti da remoto. Tale sistema può essere portato in abitazione, in Rsa e/o in ambulatori periferici. La rete che si può creare, in base alle autorizzazioni, può comprendere il centro SPOKE, la consulenza dell'Hub, collaborazione dei Mmg e coinvolgere nella gestione i famigliari dei pazienti (caregivers a distanza).
Lazio	Dott. Antonio Mastromattei  Dott.ssa Tiziana Chiriaco	Lazio Lazioadvice - DOCTOR per Covid	Riorganizzazione della rete territoriale basata sulla telemedicina e sulle Centrali Operative Proattive. Si è partiti sviluppando un assetto organizzativo sostenuto da un impianto informatico per la gestione dell'emergenza Covid, per la sorveglianza e il monitoraggio dei pazienti Covid e per cercare, il più possibile, di mantenere a domicilio le persone. Si tratta di un'interfaccia diretta con l'utenza attraverso un'APP specificamente dedicata, ovvero Lazio DR. Covid che costituisce un'infrastruttura molto dinamica e che è stata implementata passo passo, in base alla possibile opportunità di utilizzo della stessa, per mettere in relazione i diversi attori dell'assistenza attorno al bisogno delle persone che costituisce la filosofia che ha animato tutto il lavoro.
Liguria - ALISA	Dott.ssa Enrica Orsi	Pratica PAI	Modello partito dai dati della "banca dati assistito", sviluppata da poche regioni e che nonostante sia mancante di uno standard di tipo nazionale, si basa su dati anonimizzati, prendendo in considerazione tutti i consumi degli assistiti e sulla base delle tipologie di consumo rinferisce le particolari patologie, consentendo di ottenere una descrizione delle caratteristiche dell'ospedalizzazione sulla base delle patologie croniche e della loro localizzazione ed età. Da queste conoscenze di tipo teorico si è passati a dei modelli organizzativi con lo sviluppo di una piattaforma regionale, a cui accedevano anche Mmg, per condividere dati, percorsi sui pazienti cronici e avere informazioni sulla struttura in patologie croniche della coorte dei propri pazienti con cronicità specifiche.

