

Progetto PSRI

Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione



CONVEGNO (WEB)

LA MEDICINA TERRITORIALE E IL PARCO DELLA SALUTE

Lunedì 24 maggio 2021

ore 21:00 – 22:30

Webinar su piattaforma ZOOM
(+ Facebook + YouTube)

SALUTO E INTRODUZIONE

di **Giuseppe IORIO** (Presidente di Osservatorio21)

modera: **Magda ZANONI** (Senatrice XVII legislatura)

INTERVENTI

Nerina Dirindin (Prof. Scienza Finanze ed Economia e Organizzazione Sistemi di welfare - UniTO)
La prevenzione e promozione della Salute

Ottavio Davini (già Direttore Dipart. Diagnostica immagini e Radiologia della Città della Salute)
La tecnologia al servizio di una medicina che cambia

Enrica Guglielmotti (già Primario Anestesia - Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino)
Il progetto "Prossimità digitale"

Renata Marinello (Responsabile Ospedalizzazione a domicilio dell'Ospedale Molinette)
Il progetto "La casa nel Parco"

Oscar Bertetto (già Direttore Dip. Interreg. Rete Oncologica Piemonte VdA - Città della Salute)

Silvana Appiano (Esperta Sanità, già Presidente Federsanità ANCI Piemonte)
Le reti e la comunicazione specialistica sul territorio

Pier Riccardo Rossi (Medico di medicina generale)

Elena Rubatto (MMG, esponente Campagna italiana per il rinnovamento delle Cure Primarie)
Il ruolo della medicina di base e le "case della salute". Collaborazione specialisti / generalisti

Giulio Fornero (Direttore Sanitario di Camminare Insieme)
il coordinamento delle attività per la salute e il PSRI

COMMENTI E RIFLESSIONI

Giorgio GATTI (Osservatorio21 – Coordinatore del progetto)
Prossimi passi del progetto

CONCLUSIONI

PER PARTECIPARE AL WEBINAR OCCORRE PRENOTARSI SU QUESTO LINK:

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_pkbDcHxCRWe2aL4EWcqnxA

Oppure si può seguire su Facebook: www.facebook.com/osservatorio21

e su YouTube: <https://studio.youtube.com/channel/UCCFnOOwhg-hfcCno3zjrxIA>

Progetto PSRI

Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione



CONVEGNO (WEB)

LA MEDICINA TERRITORIALE E IL
PARCO DELLA SALUTE

Lunedì 24 maggio 2021

ore 21:00 – 22:30

Webinar su piattaforma ZOOM
(+ Facebook + YouTube)

SALUTO E INTRODUZIONE

di Giuseppe IORIO (Presidente di Osservatorio21)

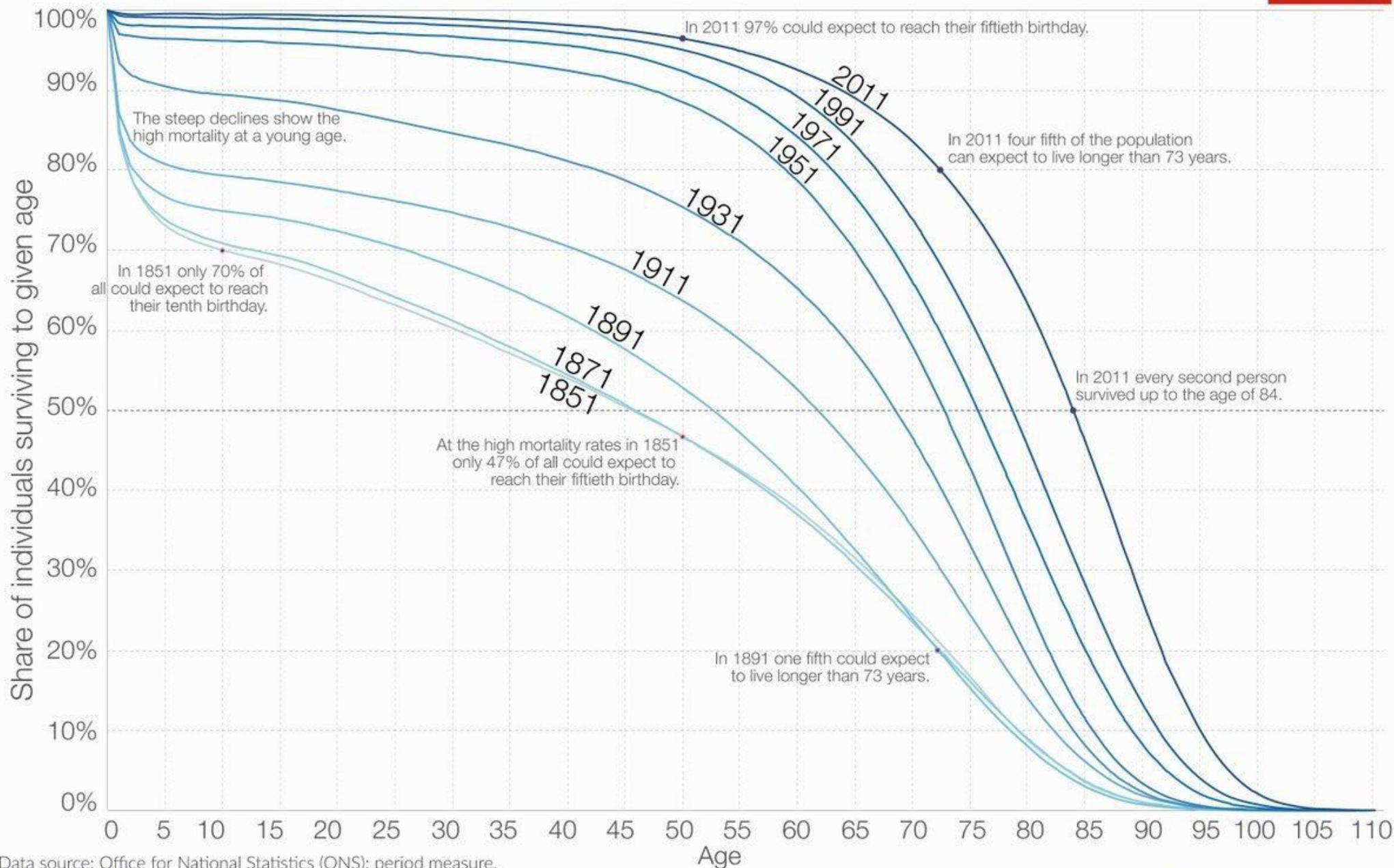
modera: Magda ZANONI (Senatrice XVII legislatura)

La tecnologia al servizio di una medicina che cambia

Ottavio Davini

The survival curve for England & Wales – the share of individuals surviving up to a certain age

Data from 1851 to 2011

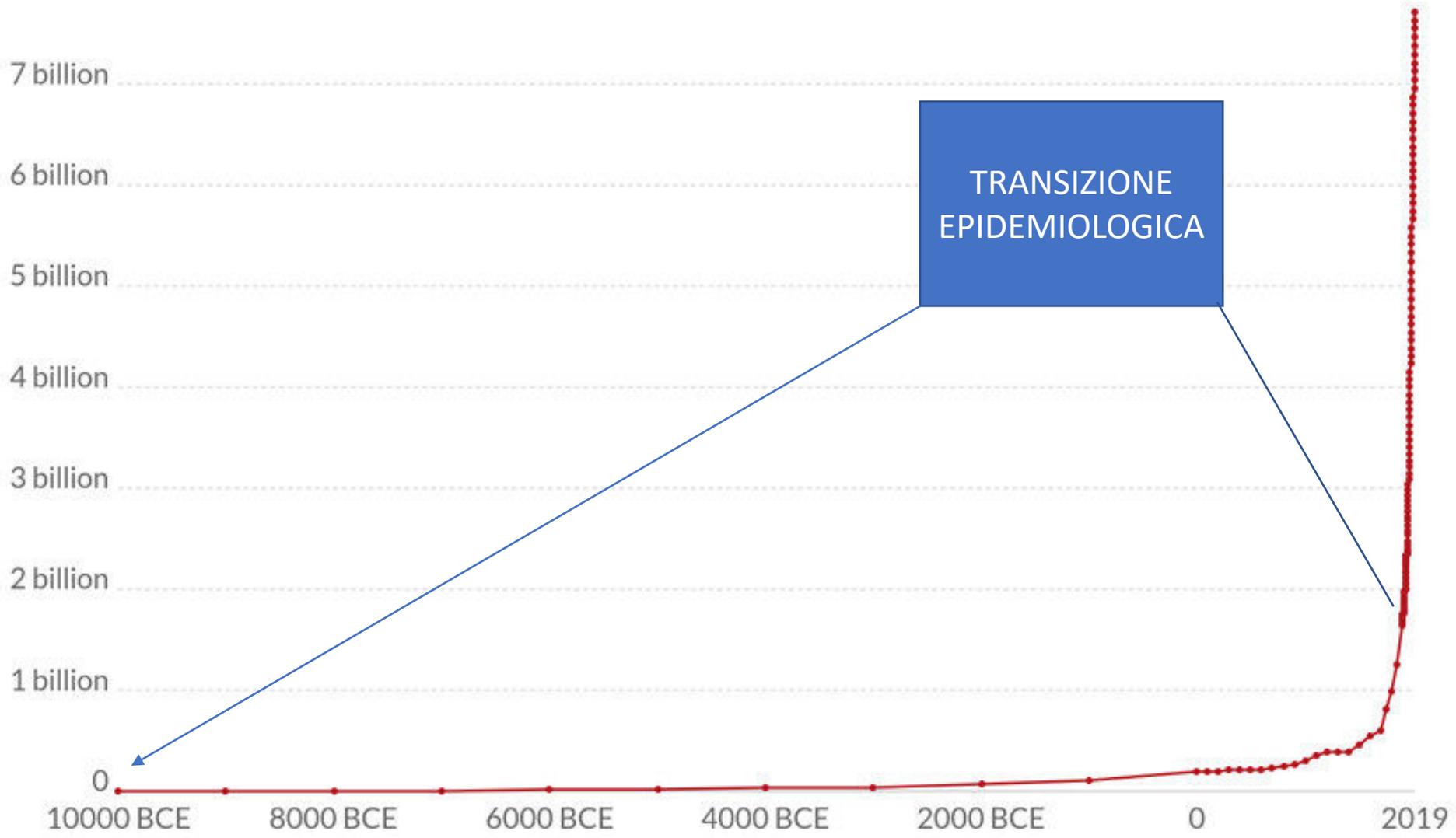


Data source: Office for National Statistics (ONS); period measure.

OurWorldinData.org – Research and data to make progress against the world's largest problems.

Licensed under CC-BY by the author Max Roser

World population since 10,000 BCE (OurWorldInData series)

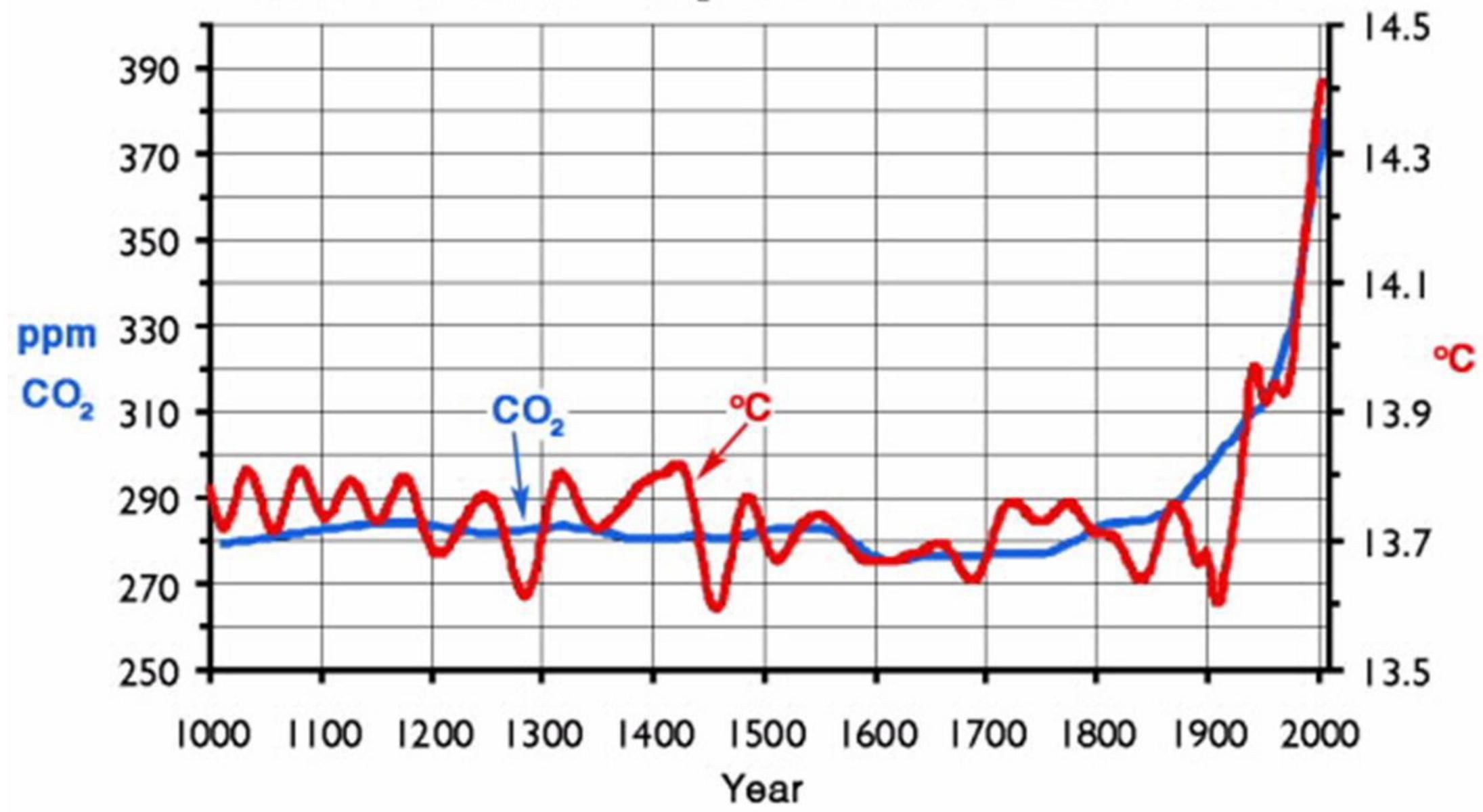


Source: History Database of the Global Environment (HYDE) (before 1900), UN Publication "The World at Six Billion" (1900-1940), UN World Population Prospects: 2019 Revision (1950-2019)

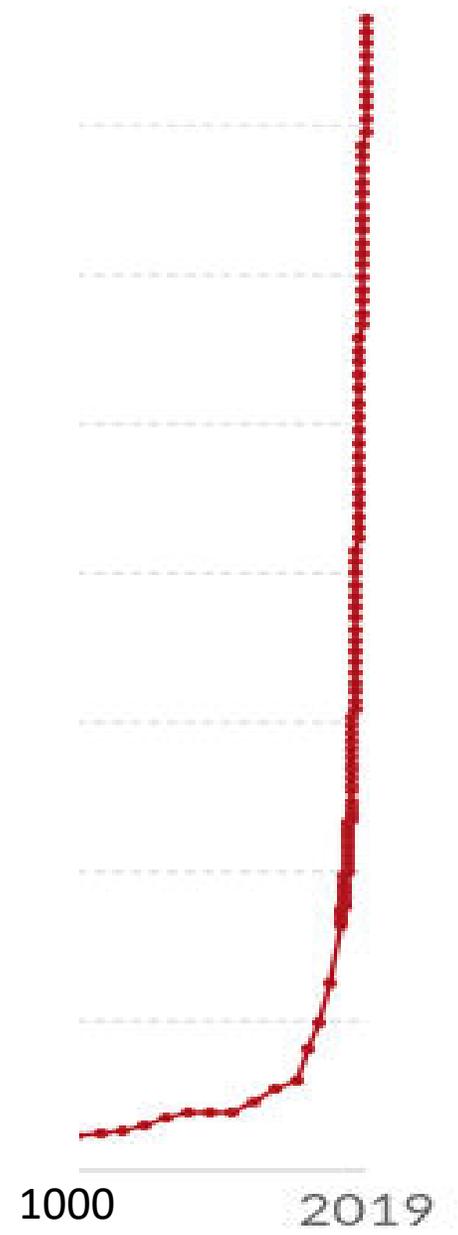
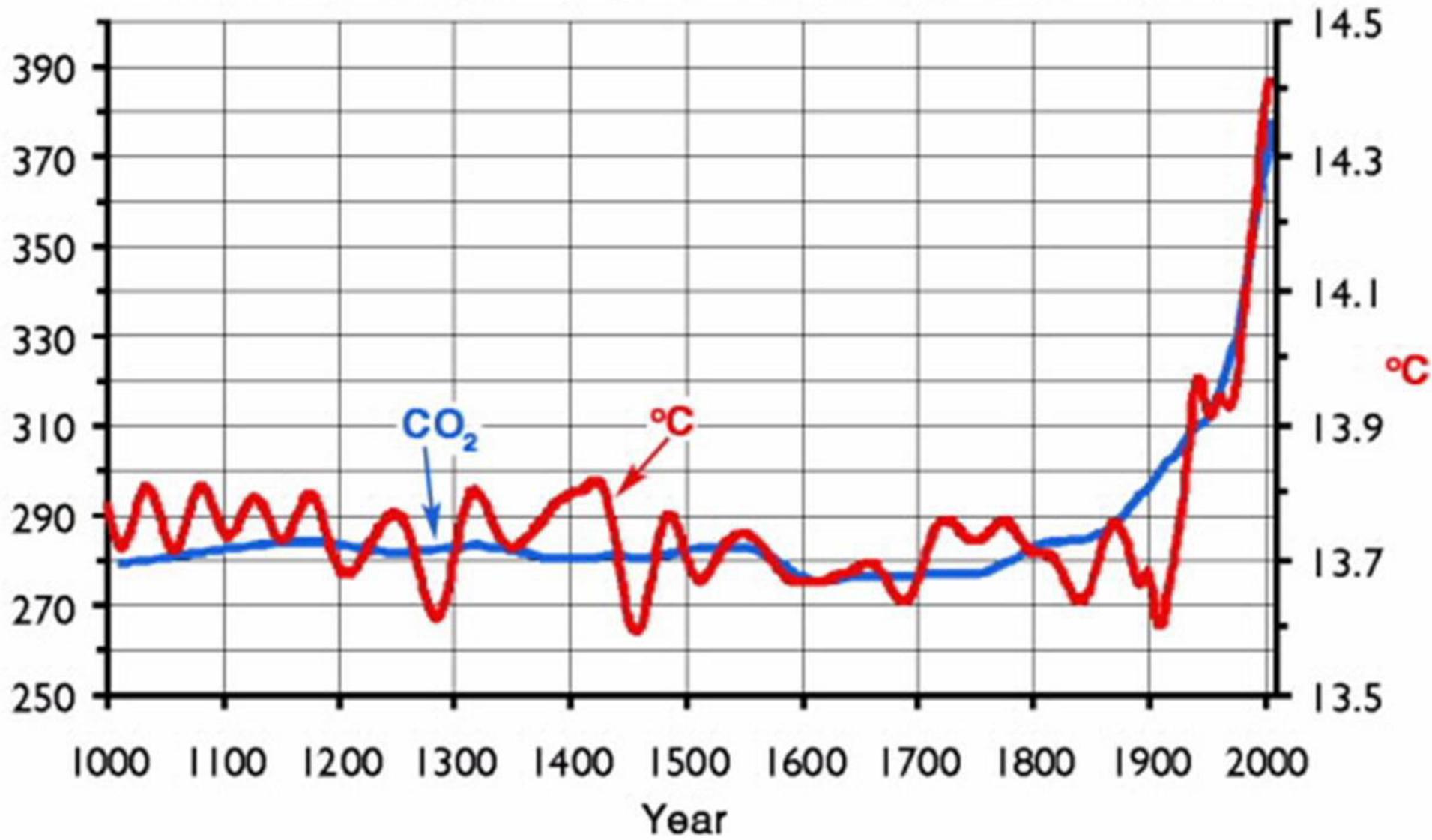
Patologie	2017	2028	2038
Persone con almeno 1 patologia cronica	24.040	25.233	25.589
Persone con almeno 2 patologie croniche	12.578	13.907	14.673
Ipertensione	10.702	11.846	12.523
Artrosi/artrite	9.723	10.803	11.506
Malattie allergiche	6.428	6.313	5.940
Osteoporosi	4.772	5.279	5.757
Bronchite cronica	3.553	3.731	3.856
Diabete	3.411	3.634	3.908
Disturbi nervosi	2.732	2.925	2.978
Malattie cardiache	2.499	2.689	2.926
Ulcera gastrica o duodenale	1.435	1.586	1.611

Tabella I. Persone (valori assoluti in migliaia) per presenza di patologie croniche e tipologia di patologia. Anno 2017 e proiezioni anni 2028 e 2028 [Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, 2019].

Earth's atmospheric CO₂ concentration and temperature



Earth's atmospheric CO₂ concentration and temperature



Healthy Animals:

Healthy animals are well cared for, minimizing pain, stress & suffering, resulting in increased meat, milk & egg production from less resources. Helping pets live longer, healthier lives.



ONE Health

Healthy People:

Enabling people everywhere to live & thrive.



Healthy Planet:

Conserving resource use helps sustain a growing population.



Power of One Health:

- **Preserve** efficacy of tools used in human & animal medicine
- **Limit** disease spread
- **Lessen** livestock mortality & improve productivity
- **Improve** human nutrition
- **Ensure** people have food choices
- **Conserve** resources
- **Boost** economies & livelihoods
- **Pets help improve health** – decreasing anxiety, blood pressure & stress. They can also improve social skills & development in kids.
- **Combat** diseases like obesity and diabetes with proper nutrition



La medicina di DOMANI

Non solo tecnologia

URGENZA

- DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI
- 118 (112)
- ELISOCCORSO
- LINEE GUIDA (es. INFARTO, ICTUS)

MALATTIE ACUTE

- RETE OSPEDALIERA
- ADEGUATEZZA TECNOLOGICA
- EFFICIENZA E FLESSIBILITA' ORGANIZZATIVA
- ADOZIONE E DIFFUSIONE BUONE PRATICHE SULLA BASE DELLE MIGLIORI EVIDENZE SCIENTIFICHE

MALATTIE CRONICHE

- CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO
- RETI PER PATOLOGIA
- SVILUPPO CURE TRANSIZIONALI
- RETE TERRITORIALE
- TELEMEDICINA

PREVENZIONE

- SCREENING BASATI SULLE PROVE SCIENTIFICHE
- AMBIENTE E STILI DI VITA

Dal presente al futuro.

❖ ***ORGANIZZAZIONE***

❖ ***Apparecchiature***

❖ ***Dispositivi***

❖ ***Farmaci***

❖ ***Elettronica/ICT***

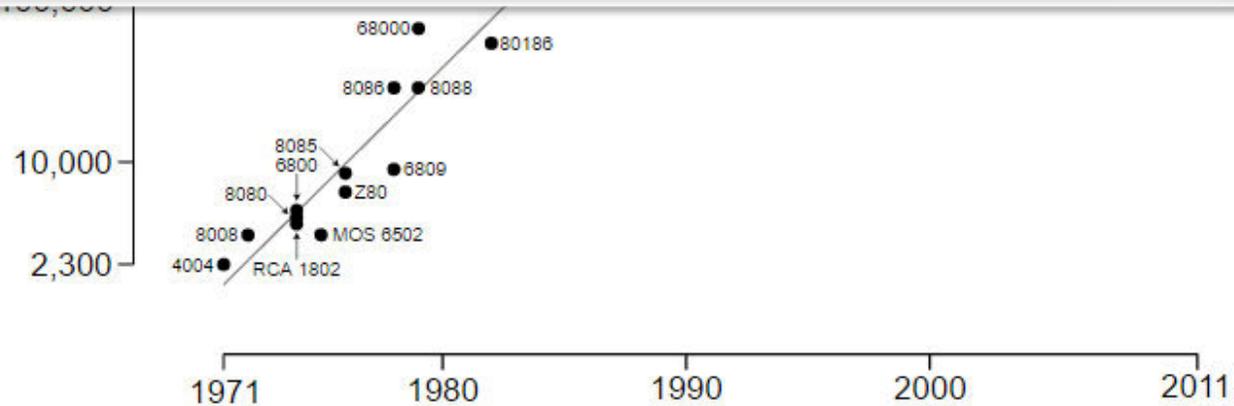
❖ ***Medicina personalizzata***

❖ ***Medicina rigenerativa***

Microprocessor Transistor Counts 1971-2011 & Moore's Law



Uno smartphone odierno ha molta più potenza di calcolo di tutti i computer utilizzati dalla NASA per l'allunaggio del 1969



ELETRONICA E APP



Dal Neolitico alla Rivoluzione industriale a quella Informatica, l'evoluzione delle tecnologie ha generato molti benefici per l'umanità ma anche enormi problemi.

Sino a oggi gli stessi strumenti che producevano i problemi sono stati utilizzati per risolverli, almeno in parte.

Ci dobbiamo aspettare che accadrà anche domani?

Sarà la tecnologia informatica (www ma anche IA, Big Data, etc.) a consentirci di governare la complessità che abbiamo prodotto?

Non facciamoci travolgere da un nuovo imperativo categorico, quello tecnologico.

La tecnologia è un mezzo, non un fine.

E il primo farmaco che il medico somministra al paziente è sé stesso.

La comunicazione tra medico e paziente è tempo di cura.

Associazione “Camminare Insieme”

Progetto “Prossimità digitale”

Enrica Guglielmotti

Camminare Insieme:attività

- Fornisce prestazioni socio-sanitarie a bassa soglia a indigenti ed immigrati
- Ambulatorio per prestazioni sanitarie
- Centro Salute Mamma Bambino a vocazione più sociale
- Collaborazioni con il SSR (Prevenzione Serena, ISI, consultori, servizi sociali ospedalieri)
- Progetto Street Care: insieme ad altre 4 associazioni coordinate dall'Ordine dei Medici fornisce tamponi antigenici gratuiti, partecipa alla campagna vaccinale e, in futuro, è prevista attività vaccinale di prossimità.
- Su richiesta del Comune fornisce visite MMG, psichiatriche ed esecuzione tamponi antigenici presso Case di Ospitalità del Comune

L'attività dell'Associazione, che prima del Covid era essenzialmente all'interno della sede, si è progressivamente spostata fuori dalla sede, più in prossimità delle persone assistite.

Perché il progetto “Prossimità digitale”

La chiusura dell’Ambulatorio e del CSMB per qualche settimana durante il primo lockdown e la successiva chiusura in autunno per ristrutturazione, la necessità di evitare affollamenti pericolosi ha evidenziato la necessità di soluzioni che consentissero di mantenere un contatto con le persone assistite non in presenza. A questo fine è stato istituito un segretariato telefonico, gestito da una mediatrice culturale, con la finalità di:

- Mantenere i contatti con le persone assistite
- Informare
- Evitare accessi inutili
- Prenotare le visite

Il primo strumento di prossimità è stato il telefono

Valutazione attività segretariato telefonico

- **Chi ha utilizzato questo strumento:** donne isolate in casa con figli neonati (alimenti, pannolini, gestione ansia), donne incinte per informazioni sulla gravidanza, pazienti per richiesta visite, pazienti con problematiche connesse al Covid.
- **Tipologia delle richieste:** informazioni sul SSR, richiesta visite, richiesta farmaci, informazioni su coronavirus
- Statistica dal 30/11/2020 al 15/03/2021
 - 1253 contatti
 - 384 richieste informazioni
 - 680 richieste visite
 - 61 richieste farmaci

Valutazione attività segretariato telefonico

- Vantaggi: consente il rispetto dei protocolli Covid
orientamento al SSR
creazione di un rapporto di fiducia
educazione alla salute
- Problemi: necessita di una competenza comunicativa
necessita di competenza sui percorsi relativi ai diritti
sanitari

Il telefono ha consentito di mantenere un contatto

Trasmissione di immagini:dermatologia, patologie del cavo orale ed esami radiologici odontoiatrici

Dermatologia e patologie del cavo orale: è stata attivata una forma di teleconsulto con trasmissione delle immagini su whatsapp. A giudizio dello specialista si attiva una consulenza in presenza

Criticità: sicurezza per la protezione dei dati

Radiologia: presso il centro odontoiatrico di Via Baiardi (Misericordes) si eseguono panoramiche dentarie per i pazienti della Camminare Insieme. Questi esami, complementari all'attività clinica, vengono trasmessi alla Camminare Insieme

Necessità di sistemi di prossimità digitale

Da queste prime esperienze “artigianali” di trasmissione dati è emersa la necessità di appoggiarsi a sistemi tecnologici più affidabili e sicuri per poter operare a distanza.

Un'altra esigenza è quella di non spostare il paziente dal proprio domicilio e di intervenire in una logica di prossimità

Normativa di riferimento

- Linee di indirizzo nazionali del Ministero sulla telemedicina
- Iniziative relative al “Servizio di Telemedicina Regione Piemonte”
- Fnomceo: indicazioni della Consulta Nazionale Deontologica della FNOMCeO (riunione gdl del 19-02-2021: “informatizzazione e innovazione sanitaria”)

Collaborazione con Osservatorio 21 e con I3P del Politecnico di Torino

Da qualche mese si è formalizzata una collaborazione tra

- Associazione Camminare Insieme
- Osservatorio 21
- I3P (Incubatore Imprese Innovative del Politecnico di Torino)

Descrizione del progetto

Obiettivi: fornire assistenza socio-sanitaria gratuita a persone senza diritti in una logica di prossimità e di costruire un modello per l'uso delle nuove tecnologie

Destinatari del progetto: persone che accedono a Camminare Insieme, sia per iniziativa propria, sia individuate e segnalate dal Servizio Sanitario Regionale e dai Servizi Sociali, dai Consultori Familiari e Pediatrici e dai Servizi Sociali Ospedalieri presenti nel Comune di Torino, dalla rete di Enti del Terzo Settore e identificati grazie al lavoro di tutti i comuni della Città Metropolitana di Torino.

Prospettive: la buona riuscita del progetto può costituire l'inizio di un processo di diffusione dell'assistenza domiciliare per tutto il territorio.

Descrizione del progetto

Caratteristiche: le specialità coinvolte sono: Medicina Generale, Medicina Interna, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Dermatologia, Patologie del Cavo Orale, Cardiologia, Pneumologia, Nefrologia, Radiologia Odontoiatrica, Ecografia/Ecodoppler, Neurologia

Le attività proposte sono:

- la visita (teleassistenza a domicilio)
- il teleconsulto (collegamento tra medici e professionisti sanitari, anche con trasmissione di immagini)
- il telemonitoraggio (verifica di parametri, visite, prescrizioni, referti)

Identificazione delle necessità: incontri con i medici: MMG/internisti

- Prime visite in presenza, come da indicazioni del Ministero
- Ottima soluzione per trasmissione di immagini e teleconsulto
- Le patologie croniche individuate per il monitoraggio sono: ipertensione, diabete, scompenso lieve/moderato, BPCO non in O2 terapia
- Teleassistenza ed health learning (es. spiegazioni sui farmaci), intervento in situazioni al confine tra il sanitario ed il sociale
- Strumentazione: apparecchi pressione digitali, pulsossimetro, glucometro, contenitori valutazione diuresi, bilancia, ECG palmare senza cavi

Identificazione delle necessità: incontro con i medici specialisti

- Prima visita in presenza
- Pneumologia: trasmissione immagini ok, T, F.C. F.R., SpO2, peso, PEF
- Cardiologia: peso, F.C., F.R., SpO2, PAO
- Ostetricia e ginecologia: il post-partum necessita di visita in presenza. La tematica dell'allattamento potrebbe essere gestita in collaborazione con i pediatri, anche in considerazione delle difficoltà di spostamento delle puerpere

Vantaggi, criticità e necessità ipotizzate

Vantaggi: pazienti con ridotta mobilità, cattivo adattamento all'ambiente medico, ridotto rischio di contagio, si può ipotizzare l'uso in contesti non strettamente clinici

Criticità: rischio di errori e conseguenti rischi medico legali, perdita di contatto personale diretto e perdita di informazioni cliniche

Necessità: formazione per il personale sanitario, i pazienti ed il care giver, valutazione dell'idoneità a gestire la strumentazione privilegiando l'uso di tecnologie semplici già in possesso delle persone (smartphone), valutazione del domicilio del paziente, organizzazione dedicata con inserimento delle tecnologie in una rete dedicata di assistenza, collegamento con piattaforme tipo Language Aid.

Diritti digitali

Diritti vecchi: come quello a una vita privata e staccare la spina

Diritti nuovi: come quello alla connessione e a superare le disuguaglianze nelle abilità di uso del digitale

Tipologie di persone da coinvolgere nel progetto

Assistenza mamma bambino nel post partum, con particolare riferimento all'allattamento.

Gli ospiti delle case di ospitalità del comune, in quanto soggetti fragili, ma che possono usufruire dell'aiuto di educatori e di personale di assistenza

Pazienti con patologie croniche seguiti dall'Ambulatorio di Camminare Insieme e che usufruiscono con una certa regolarità delle prestazioni dell'Ambulatorio

Triage a distanza per il Covid

Fornitura di farmaci per gli assistiti

Analisi della ricerca di I3P sulle soluzioni già disponibili

I3P ha proposto una ricerca delle risorse tecnologiche già disponibili che stiamo analizzando

Conclusioni

Non chiamiamola
telemedicina

ma chiamiamola
prossimità digitale

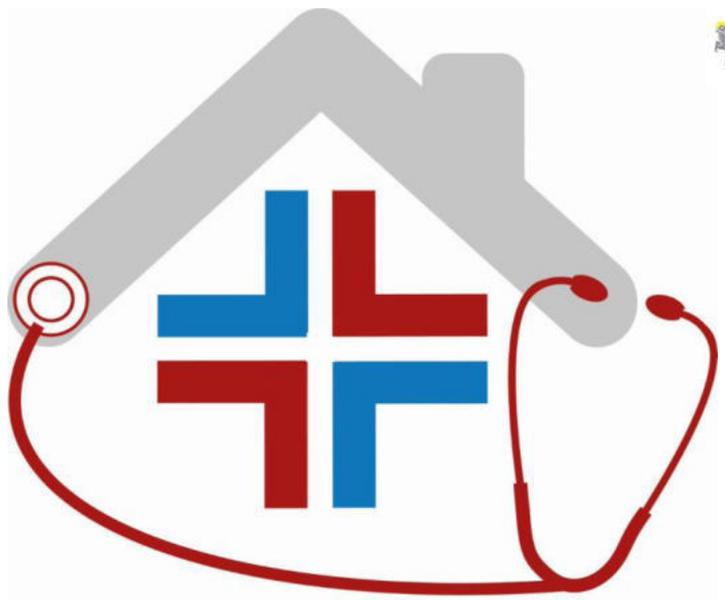


A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Ospedalizzazione a Domicilio, SC Geriatria U



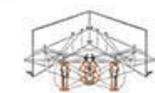
fondo europeo sviluppo regionale



canp
la casa nel parco



POLITECNICO DI TORINO



per una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva
www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FESR

Renata MARINELLO



Primo paziente: Ottobre **1985**

DGR 16 marzo **2010**, n. 85-13580



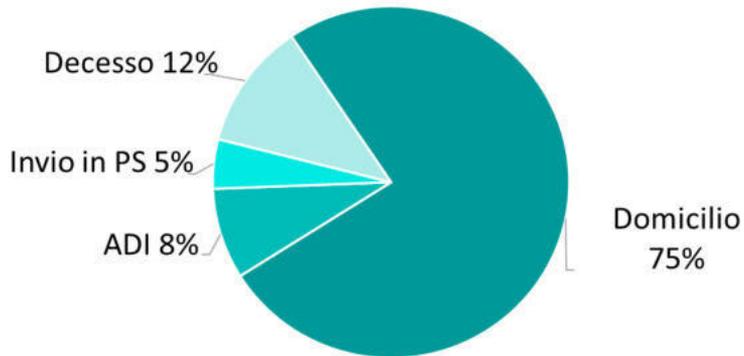
Pazienti con **patologie** acute o croniche riacutizzate che necessitano di **cure ospedaliere** senza monitoraggio continuo; disponibilità di un **caregiver 24/7**

Equipe multidisciplinare: 5 geriatri, 1 coord. infermieristico, 1 inf. case manager, 12 infermieri/e, ass. sociale, 2 fisioterapiste

Ogni giorno, 8.00-20.00, visite in emergenza garantite entro 30 minuti dalla chiamata; emergenze notturne gestite a casa da EMT.



Esito del ricovero



Possibile **riduzione di eventi avversi** correlati al ricovero tradizionale:

- Infezioni nosocomiali
- Delirium
- Perdita di autonomia funzionale
- Deflessione del tono dell'umore

Costo per giorno di degenza

Ter. Intensiva	 1500€
Ematologia	 1086€
Med Urg	 850€
Medicina	 400€
OAD	 155€

CaNP

Budget: 11,5 milioni di Euro, di cui 5,5 milioni di finanziamento da Regione Piemonte

Partner: 25

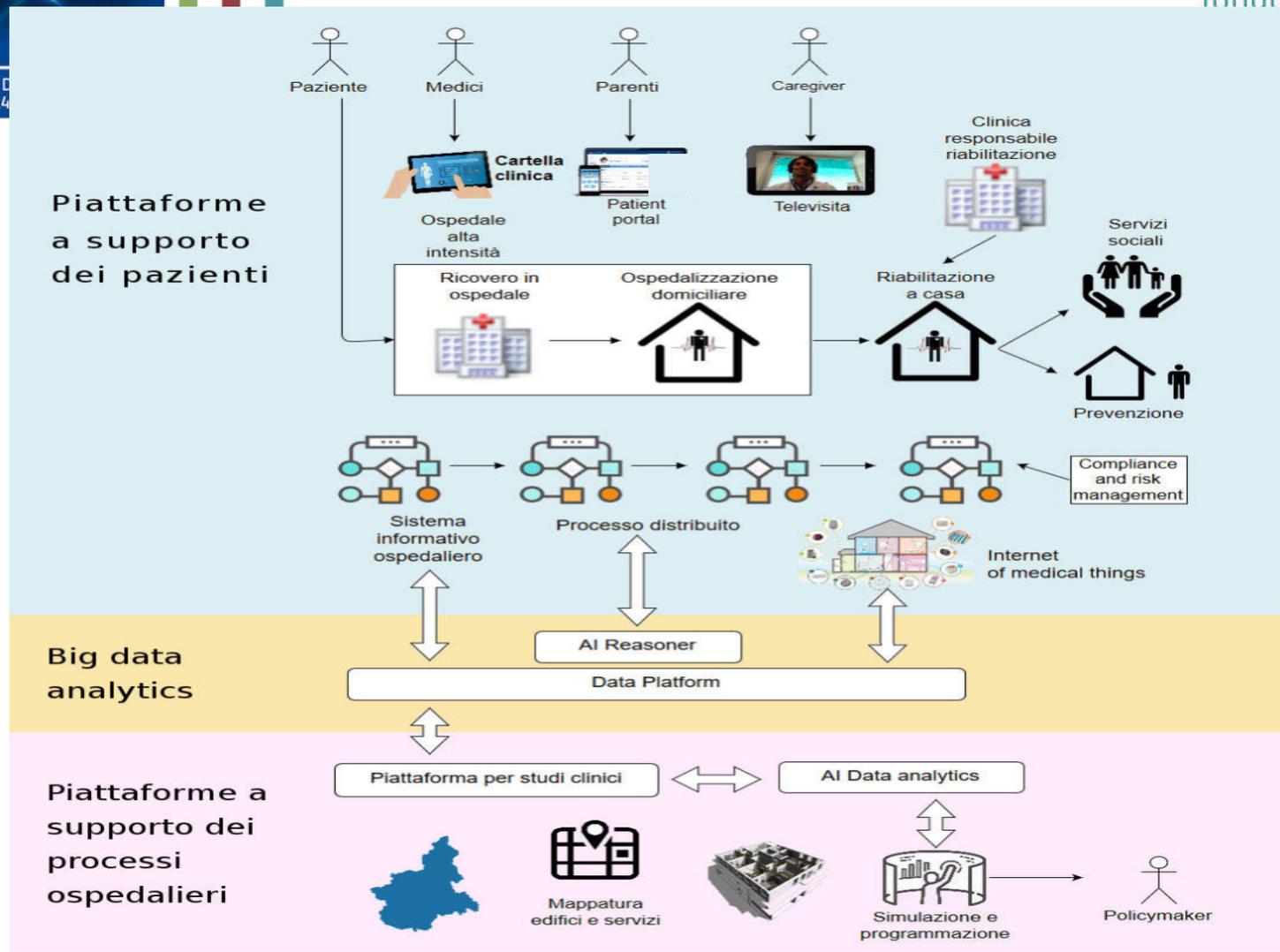
- 26%: **GI**: Consoft, Reply, IBM, Intersystem
- 36%: **PMI**: Agile Lab, Augeos, Caretek, CELI, Experientia, FullBrand, H&S, Infologic, SSB Progetti, Tesi. **Cooperative**: L'Altra Idea, Libre, Panacea, Puzzle
- 28%: **OR**: UniTo, Polito, ISI, CCA
- 10%: **Ospedali**: Città della Salute di Torino, Ospedale Maggiore di Novara, S. Luigi, Fondazione Don Gnocchi

18 Neo assunti in Alto apprendistato finanziato da Regione Piemonte

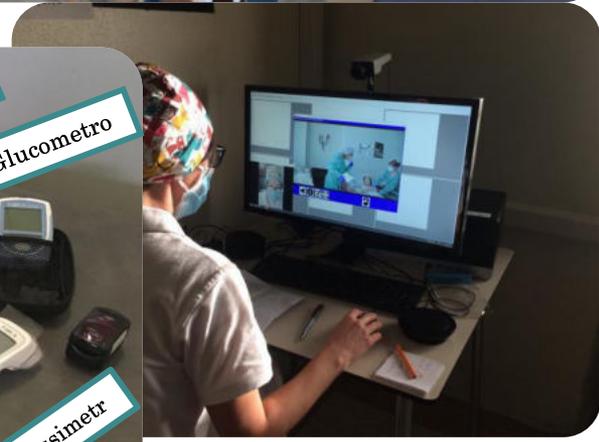
CaNP

OBIETTIVI

1. Promuovere il «ricovero» a casa con conseguente miglioramento della qualità della vita del paziente;
2. Migliorare l'organizzazione e le potenzialità delle cure a domicilio e l'empowerment dei pazienti e dei caregiver;
3. Favorire la sostenibilità dei costi dei servizi sanitari riducendo i tempi di degenza in ospedale;
4. Valutare l'accettabilità e la legittimità del modello dal punto di vista giuridico ed etico;
5. Valutare quali strumenti possono migliorare ed aumentare le potenzialità delle cure domiciliari;



17/05/2021 6



Clinical Decision Support System – NavFarma®



DATA	FARMACO	Posologia/Confezioni (Unità Posologiche)
AGGIUNGI TERAPIA DOMICILIARE/EROGATO IN DOMICILIARE/FARMACO DA INDAGINE/FARMACO IN TEST		
201701001	SALICILATO DI BENZOATO TRIETILPENTANOIL COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701002	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701003	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701004	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701005	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701006	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701007	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701008	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701009	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701010	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701011	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701012	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701013	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701014	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701015	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701016	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701017	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701018	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701019	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT
201701020	SALICILATO DI BENZOATO ALPHANUMOLINUM COLLENOLO (INFEROCID)	Confezione 1 Matina 2,00 GCT Sera 2,00 GCT



Diverse metodiche:

- Questionari con domande a scelta multipla e scale di Likert
- Interviste semistrutturate
- Focus group (4 medici, 2 infermieri, 1 ex paziente, 1 caregiver)

Principali insight:

Bisogno di formazione, supporto e sicurezza da parte dei caregiver

Necessità di **mitigare aspettative irrealistiche** di pazienti e caregiver

Esigenze di **ottimizzazione delle risorse** (infermieristiche) disponibili

Aumento della fiducia nelle capacità assistenziali dei caregiver

Timore di **cambiamenti nella relazione di cura** (supporto vs sostituto)

Importanza di **semplicità d'uso** e ruolo di **aiuto concreto** (alta gradibilità di soluzioni semplici)

Diritto alla riservatezza nel proprio domicilio (possibilità di scelta)

Necessità di **indirizzare le soluzioni** a chi ne ha effettivamente bisogno (caregiver esperti vs “fragili”)

“

Alle volte sarebbe stato necessario più tempo a casa del paziente, purtroppo il periodo di sperimentazione ha coinciso con un carico di lavoro importante a causa della situazione sanitaria contingente.

(Personale sanitario)

Come utilità nel mio caso è stato poco efficace perché per esempio mi sarebbe servito "come aspirare il catarro" ma non c'era il video [...] e poi anche per le lingue, gli assistenti di solito sono stranieri. E farei una frase più breve per attivare [l'assistente virtuale].

(Caregiver)

”





- **Tecniche e analitiche:** incompleta transizione digitale, mancanza di standard, compartimentalizzazione a silos dei dati, dati carenti in alcuni aspetti (sociali)
- **Strutturali:** digital divide di anziani e caregiver (mancanza di rete dati e/o smartphone)
- **Normative e burocratiche:** complessità GDPR, difficoltà di utilizzo dei fondi, pubblico-privato a due velocità
- **Culturali:** riluttanza degli utenti ad adottare tecnologie ‘complesse’, titubanza dei sanitari di fronte a nuove tecnologie e metodiche di analisi
- **Cliniche:** pazienti fragili, caregiver iperresponsabilizzati



La **pandemia** di COVID-19 ha reso più evidente la **necessità di ripensare l'organizzazione dei servizi sanitari**, superando la **dicotomia ospedale-territorio**.

I **cambiamenti** demografici, economici e tecnologici creano nuove **sfide** ma rappresentano anche nuove **opportunità**

L'**integrazione** tra i **flussi di dati sanitari** e **soluzioni di e-health** consentirà l'applicazione di **algoritmi di AI in tempo reale** migliorando la **qualità** dell'attività clinica e di ricerca.

La **progettazione partecipata** rappresenta il metodo di sviluppo necessario per tutte le **tecnologie di e-health** per armonizzare i bisogni dei vari attori coinvolti.

Selezionare la **tecnologia giusta**, per il **paziente giusto**, al **momento giusto**, nel **setting giusto**



per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva
www.regione.piemonte.it/europa2020
INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FESR



Creazione di rapporti professionali e di ricerca duraturi e ben consolidati, che permetteranno di raccogliere, far crescere e sviluppare parte del bagaglio di esperienze raccolte nel progetto CANP

Telemedicina e servizi sociali: il progetto "La casa nel parco" e la fragilità clinica

2019 IEEE 23rd International Symposium on Intelligent Systems in the context of de- Monitoring patients in the context of de- An Ambient Assisted Living Health

Modeling of the Hospital-at-Home
Ilaria Angela Amantea¹, Marzia A...
Dario Bianca², Enrico B...

A Process Mining Application for the Analysis of Hospital-at-Home Admissions
Ilaria Angela AMANTEA^a, Emilio SULIS^{a,1}, Guido BOELLA^a,
Renata MARINELLO^b, Dario BIANCA^b, Enrico BRUNETTI^b, Mario BO^b and
Carlos FERNANDEZ-LLATAS^c

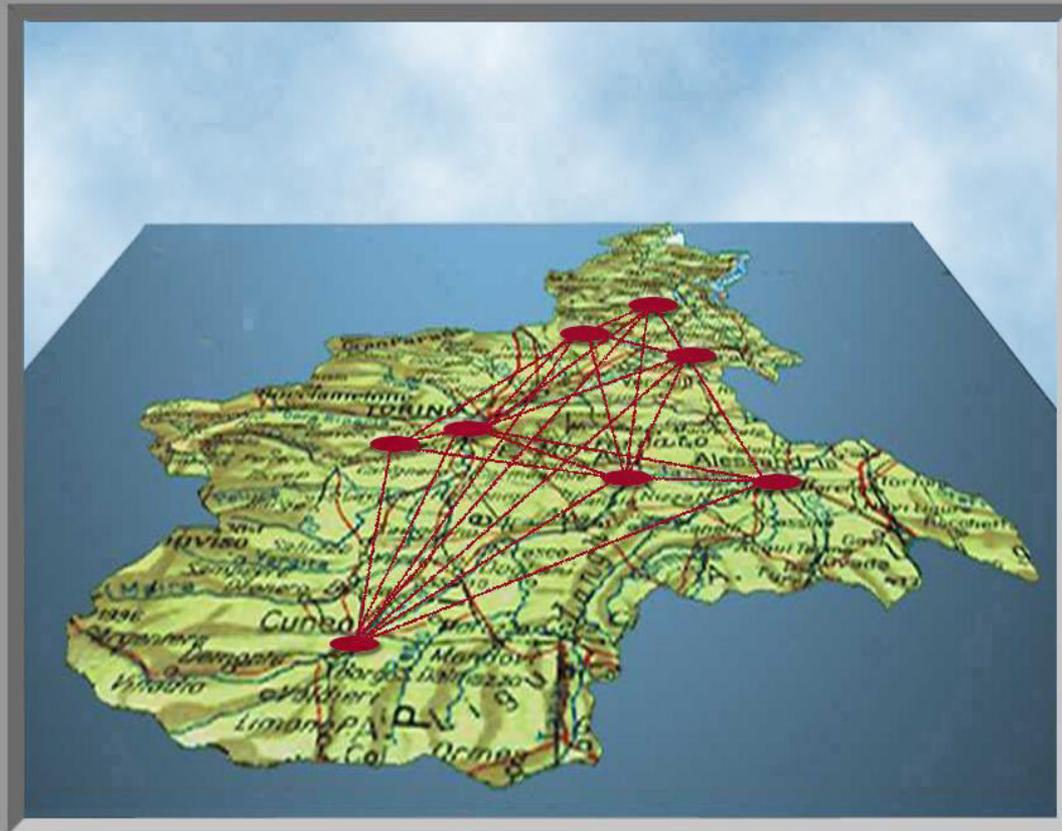
Renata Marinello¹, Enrico Brunetti^{1,2}, Chiara Luppi¹, Dario Bianca^{1,2}, Vittoria Tibaldi¹, Gianluca Isala¹, Mario Bo^{1,2}



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

ita intelligente, ed inclusiva
onte.it/europa2020
ANZIATA CON FESR

Progettazione e sperimentazione di un modello organizzativo di Rete Oncologica Regionale



Silvana APPIANO

Il modello di organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico del Paziente oncologico:

la presa in carico

globale

estesa all'intero percorso

trasversale alle unità operative aziendali

continua

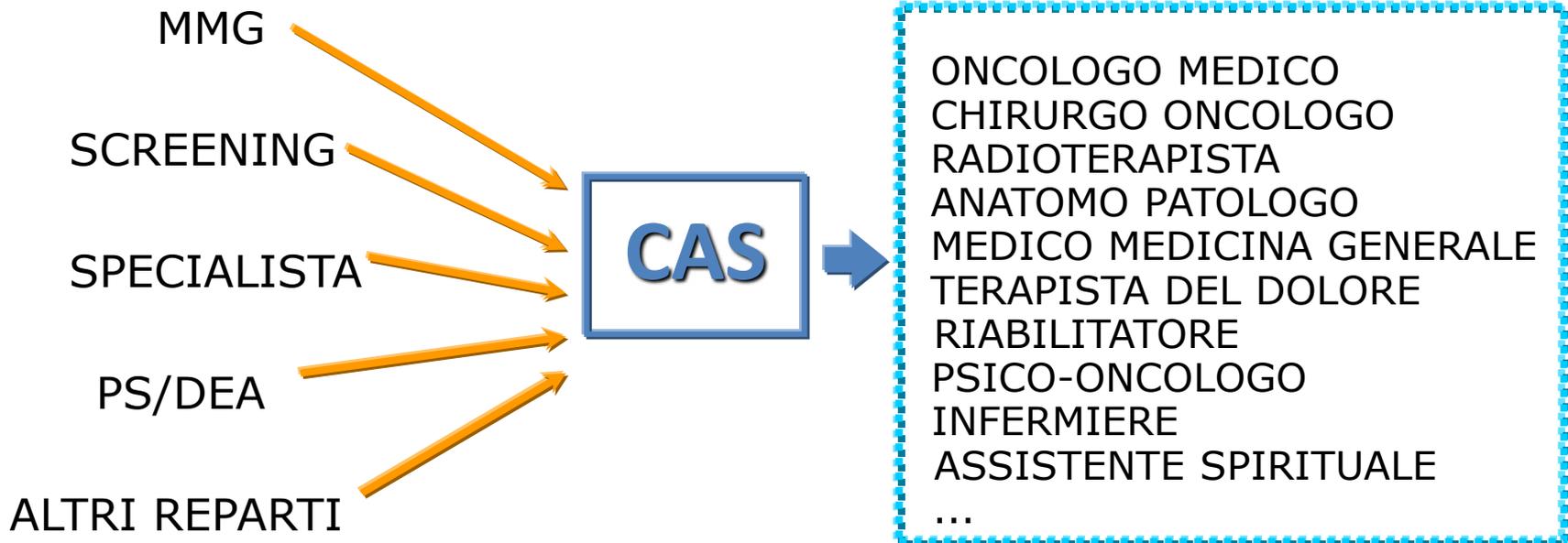
stabile

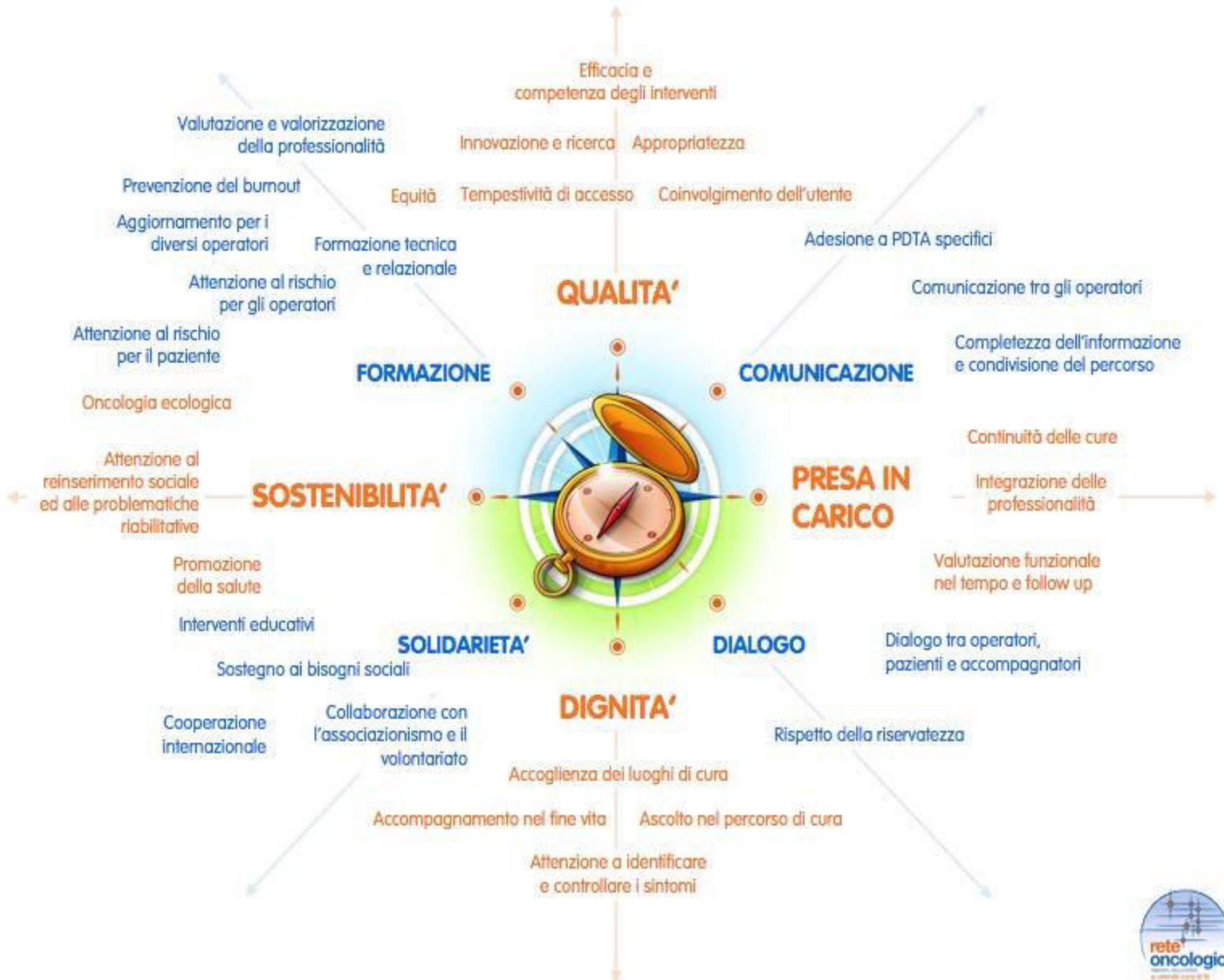
permanente, 24 ore su 24

Il modello di organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico del Paziente oncologico:

**MODALITÀ DI
PROVENIENZA**

**GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE
(G.I.C.)**





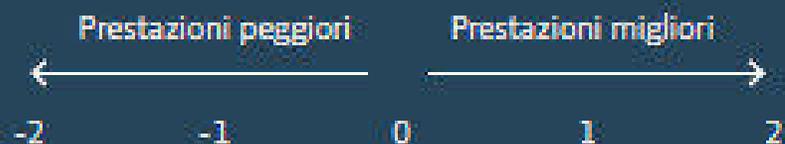
Una
giovane
Collega di
35 anni.....

Ciao a tutti, a malincuore ma con la serenità che scaturisce da una decisione pensata e ripensata, sofferta e travagliata, ma per il bene mio e della mia famiglia, ho deciso di rassegnare le dimissioni da mmg dal 10 luglio.... mi spiace davvero, ma per me il vaso é colmo, per me lavorare in questo modo ha perso di stimolo, di senso....e mi voglio concedere un periodo di pausa per dedicarmi alla famiglia e per riflettere sul mio futuro....

La sua asl al ricevimento della pec con il licenziamento non l'ha nemmeno chiamata (tieni conto che in Val d'Aosta i mmg sono una sessantina

Qualità delle cure

- Prescrizione sicura**
// Antibiotici prescritti, DDD/1 000 persone
- Assistenza primaria efficace**
*// Ricoveri per asma/BPCO evitabili***
- Assistenza secondaria efficace**
*// Mortalità a 30 giorni a seguito di un IMA***
- Assistenza sanitaria efficace contro il cancro**
*// Sopravvivenza netta a 5 anni del cancro al seno, %**



	ITA	OECD
Prescrizione sicura	28	18
Assistenza primaria efficace	64	225
Assistenza secondaria efficace	5.4	6.3
Assistenza sanitaria efficace contro il cancro	86	85

Risorse

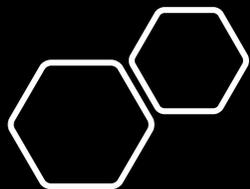
- Spesa sanitaria**
// Pro capite (USD basato su PPA)
- Quota di spesa sanitaria**
// In % del PIL
- Medici praticanti**
// per 1 000 persone
- Infermieri praticanti**
// per 1 000 persone



	ITA	OECD
Spesa sanitaria	3 428	3 806
Quota di spesa sanitaria	8.8	8.8
Medici praticanti	4.0	3.5
Infermieri praticanti	5.8	8.8

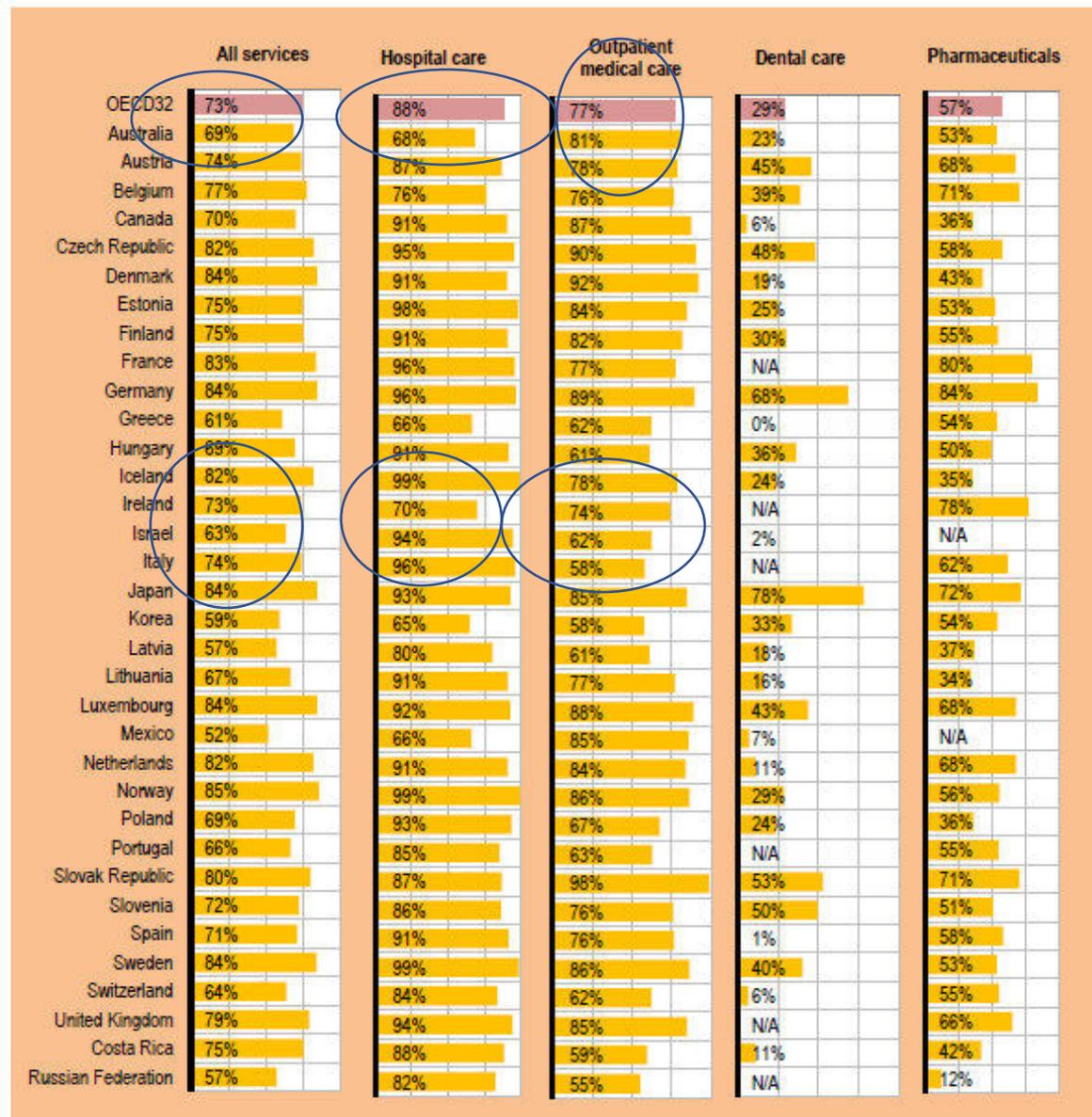
Salute: il medico è il garante dell'interesse del paziente, anche nei confronti del Servizio sanitario

PER IL 53% DEGLI ITALIANI TETTI DI SPESA, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI SONO UTILI, MA AL MEDICO DEVE ESSERE LASCIATA LA LIBERTÀ DI DECIDERE, PERCHÉ IL RAPPORTO È BASATO SULLA FIDUCIA. L'87% SI FIDA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE. PER IL 72% È LA PRIMA FONTE DI INFORMAZIONE. E PER IL 45% È FONDAMENTALE LA DIMENSIONE PSICOLOGICA E RELAZIONALE



OECD PAG 107 2019 PERCENTUALE FINANZIAMENTO PUBBLICO PER SETTORI

Figure 5.4. Extent of coverage in OECD countries, 2017 (or nearest year)
Government and compulsory insurance spending as proportion of total health spending by type of care



Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934015676>



CuPIDO

**Cure Primarie Integrate con
Dipartimenti Ospedalieri
e Servizi territoriali.**

Un progetto di Primary Health Care in
Asl Città di Torino.

Protocollo di ricerca



CUPIDO

Questo studio si propone di sperimentare mettere a punto e realizzare un **modello di riorganizzazione delle cure primarie e di integrazione fra assistenza territoriale e ospedaliera**, che induca un miglioramento dello stato di salute della popolazione e un risparmio economico per la comunità.



Progetto pilota di intervento comunitario, adattativo, controllato.

C

U

P

I

D

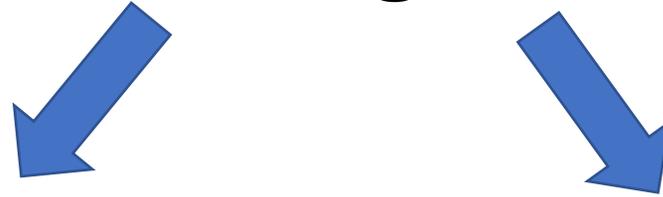
O

La valutazione di efficacia dell'intervento verrà effettuata confrontando i risultati ottenuti nel contesto di applicazione dell'intervento stesso con quello che si è ottenuto, nello stesso periodo di tempo, in un contesto analogo, individuato come controllo.



Cicli di interventi-valutazione successive

Bisogni



di **risorse** per gli operatori

focus group

di **salute** per la popolazione

analisi epidemiologica utilizzando
dati amministrativi e raccolte dati
ad hoc

scelta degli indicatori di efficacia da adottare per il singolo ciclo, sia la progettazione e poi la realizzazione degli interventi riorganizzativi da implementare.



- Gruppo di 5-8 MMG si prevede l'affiancamento e l'assegnazione specifica di 3-4 professionisti contrattualizzati dall'ASL Città di Torino.
- **Medico.**
- **Infermiere**
- **Amministrativo/segretario clinico**
- Per i cicli successivi al primo potranno essere contrattualizzate altre figure professionali, in funzione degli obiettivi che ciascun gruppo di Medicina Generale si sarà dato.

Attività e funzioni svolte dai professionisti in affiancamento

Prima fase del progetto :

Tutti facilitatori dell'integrazione e della comunicazione tra il gruppo di MMG e gli altri servizi/setting assistenziali.

Il medico e l'infermiere di affiancamento svolgono un turno alla settimana in PS per la gestione dei pazienti con codice di priorità 3 (urgenza differibile) o 4 (urgenza minore).

Fasi successive rotazione delle attività con MMG ed altri professionisti del gruppo. Tali avvicendamenti a rotazione non comporteranno un aggravio di ore a carico dei MMG convenzionati, in quanto verranno sostituiti nelle attività quotidiane dai colleghi in affiancamento.

Gestione delle urgenze in Medicina Generale

Attivare una **attività ambulatoriale e domiciliare** dedicata ai problemi acuti che richiedono valutazione clinica non differibile e interventi diagnostico-terapeutici di primo livello in tempi rapidi (entro 72 ore).

Una particolare attenzione è riservata alle ricattizzazioni di pazienti con problemi cronici-complessi e/o particolare fragilità.



ATTIVITA? AMBULATORIO URGENZE

- Presa in carico telefonica, con triage telefonico a cura dell'infermiere di affiancamento e coinvolgimento del MMG in caso di necessità
- Presa in carico su segnalazione del PS di riferimento (ospedale S. Giovanni Bosco), attraverso un applicativo informatico dedicato, di pazienti dimessi con necessità di follow up ravvicinato
- Coinvolgimento, laddove necessario e negli orari in cui il MMG non è disponibile, del medico di continuità assistenziale presso il presidio Sperino
- Valutazione clinica ambulatoriale, o domiciliare laddove necessario
- Esecuzione in loco di diagnostica di primo livello previo percorso formativo concordato e certificato (ECG, ECO)
- Invio a hotspot Presidio Sperino per diagnostica di livello più avanzato in tempi rapidi (entro 72 ore)
- Invio al PS di riferimento (ospedale S. Giovanni Bosco), attraverso un applicativo informatico dedicato, per presa in carico dei casi urgenti
- Intervento terapeutico in loco (anche infusionale), se le condizioni cliniche lo permettono, con sala osservazione dei pazienti
- Follow-up domiciliare intensivo per brevi periodi
- Supporto ai caregiver familiari nel caso di aumento repentino del carico assistenziale richiesto al domicilio

Tavolo e ambulatorio dei casi complessi

Il **Tavolo** è luogo fisico o funzionale di integrazione trans-disciplinare, trans-professionale trans-settoriale

Compito è

la discussione e progettazione di

interventi socio-sanitari complessi e specifici, orientati alla presa in carico multidimensionale

della persona
della famiglia

di un gruppo di popolazione

con bisogni complessi e particolare fragilità.

In ogni incontro verranno esaminati un caso per ciascun gruppo di MMG partecipante.

La **frequenza delle riunioni** è orientativamente settimanale ma può essere modificata in base alle necessità;

Tavolo e ambulatorio dei casi complessi

- La **composizione quantitativa e qualitativa** dei professionisti coinvolti viene stabilita in base alle caratteristiche dei casi da discutere, ma sono state individuati figure e Servizi la cui partecipazione al Tavolo dei casi complessi è ritenuta di particolare importanza:
 - MMG che ha in carico il paziente presentato al Tavolo
 - Infermiere del gruppo di Medicina Generale che ha in carico il paziente
 - Referente medico del PS o della Medicina Interna ospedaliera
 - Referente Servizio territoriale richiesto dal caso
 - Servizio Cure Palliative o altri servizi socio-assistenziali, se pertinente al caso
 - Il paziente e/o i familiari, se è ritenuto opportuno

Tavolo e ambulatorio dei casi complessi

- **L'invio al tavolo** può avvenire dall'ospedale, dal gruppo di Medicina Generale, dai Servizi Sociali, da cooperative sociali, ecc.
- **Unico requisito obbligatorio** è l'appartenenza alla popolazione in carico ai gruppi di MMG partecipanti. Sarà ciascun Gruppo di MMG che selezionerà di volta in volta il caso da portare al Tavolo.

ORGANIZZAZIONE DELLO STUDIO

Responsabili dello studio

Guido Bertolini Laboratorio di Epidemiologia clinica Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Ranica (BG)

Sergio Livigni Servizio di Anestesia e rianimazione Ospedale San Giovanni Bosco (TO)

Comitato Scientifico

Franco Aprà Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso Ospedale San Giovanni Bosco (TO)

Sabina Bianchi Medicina Generale Torino

Lucia Portis Antropologia medica Università degli Studi di Torino

Pier Riccardo Rossi Medicina Generale Torino

Elena Rubatto Medicina Generale Torino

Responsabile delle analisi statistiche

Giovanni Nattino Laboratorio di Epidemiologia clinica Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Ranica (BG)

Coordinamento dello studio

Giulia Ghilardi Laboratorio di Epidemiologia clinica Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Ranica (BG)

Comitato esterno di monitoraggio e supervisione

Giorgio Costantino Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso Università statale di Milano e Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore, Milano (MI)

Teresa Cottatellucci Medicina Generale Carezzano (AL)

Tullio Cottatellucci Medicina Generale Milano

Nicola Montano Medicina Generale - Immunologia e Allergologia Università statale di Milano e Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore, Milano (MI)



“Il coordinamento delle attività per la salute e il PSRI”

24 Maggio 2021

Giulio Fornero

Progetto PSRI a sostegno e rafforzamento del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione

“Per il rilancio del **progetto Parco della Salute**, è assolutamente indispensabile accompagnarlo a un ridisegno dell'assistenza territoriale, con cui il PSRI dovrebbe adeguatamente integrarsi. Avendo in più l'avvertenza di evitare che venga percepito come un luogo privilegiato (rispetto a ospedali di serie B o alle attività sanitarie più di base), invece che come un **importante tassello di un sistema sanitario integrato in cui ogni ambito di attività ha un valore indispensabile**”

Settembre 2020

Offline: COVID-19 is not a pandemic

“we must confront the fact that we are taking a far too narrow approach to managing this outbreak of a new coronavirus. We have viewed the cause of this crisis as an infectious disease. **Two categories of disease are interacting within specific populations—infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and an array of non-communicable diseases (NCDs).**

The “science” that has guided governments has been driven mostly by epidemic modellers and infectious disease specialists, who understandably frame the present health emergency in centuries-old terms of plague.”

R.Horton, The Lancet, September 26, 2020

Offline: COVID-19 is not a pandemic

The syndemic nature of the threat we face means that a more nuanced approach is needed if we are to protect the health of our communities.

As Singer and colleagues wrote in 2017, “A syndemic approach provides a very different orientation to clinical medicine and public health by showing how an integrated approach to understanding and treating diseases can be far more successful than simply controlling epidemic disease or treating individual patients.”

The economic crisis that is advancing towards us will not be solved by a drug or a vaccine. Nothing less than national revival is needed.

Approaching COVID-19 as a syndemic will invite a larger vision, one encompassing education, employment, housing, food, and environment. Viewing COVID-19 only as a pandemic excludes such a broader but necessary prospectus.

Sensor-aided continuous care and self-management: implications for the post-COVID era

As the COVID-19 pandemic sweeps across the world, there has been a rapid adoption of telemedicine in the care of patients.

Savings in time and cost by the avoidance of travel, adherence to physical distancing, and the elimination of exposure to infectious agents in a congested outpatient waiting room made for easy adoption by most patients.

However, despite the positive downstream influence of increasing access, **digital modalities** involving the exchange of information with patients, unlike e-consults between providers, **might intensify health-care disparities because not all patients have reliable access to technology or internet.**

COVID-19

Lezioni

**Planning Ahead, Planning Behind
(Evoluzioni del Sistema sanitario
che hanno consentito di essere meglio preparati alla pandemia e che
guardano al futuro della sanità e dell'economia)**

- Coordinamento tra Stati
- Sistemi sanitari rapidamente adattabili (capacità in eccesso di posti-letto di degenza e di terapia intensiva, di dispositivi di protezione personale, di strumenti diagnostici specifici tempestivi per tutti,...)
- Nuove terapie, vaccini e tecnologie biomediche: innovazioni a velocità crescente
- Cartelle cliniche e Fascicoli sanitari elettronici
- Tecnologie a distanza per rilevazione, monitoraggio, diagnosi e anche trattamento
- Cure domiciliari per le persone, soprattutto per i più anziani, anche alla luce della grave crisi delle strutture di ricovero per gli anziani

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Ambiti di intervento/Misura

1. Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

Investimento 1: L'istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario

Investimento 2: la casa come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie

Investimento 3: il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità).

Le Case della Salute

- attraverso i concetti di “casa” e di “salute”, si pone al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini
- un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse della comunità, in cui si possa sviluppare empowerment”.
- Case della salute come infrastruttura locale, all’interno della quale promuovere sotto un’unica gestione il sociale e il sanitario, luogo nel quale favorire presenza e gestione associata dei MMG e dei Pediatri di libera scelta, offrendo così un presidio accessibile per una buona parte della giornata (h12).
- Case della salute anche per sviluppare ulteriormente un’alleanza strategica con gli Enti locali, e per riposizionare alcune figure professionali sul territorio e sul domicilio delle persone più fragili, al fine di valorizzare il protagonismo dei cittadini e delle realtà associative nel promuovere un disegno globale di salute.

Domiciliarità

“Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali”

DPCM Nuovi LEA 12 gennaio 2017, Art. 21 “Percorsi assistenziali integrati”

- **cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie** (dimissioni protette, ospedalizzazione domiciliare, cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale e/o dall'infermiere di famiglia e di comunità);
- **prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità**, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentarne il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni precedenti, **in integrazione tra Sanità e Servizi Sociali**

Legge Regionale 10/2010 Regione Piemonte

Domiciliarità

La più importante lezione per il futuro è la centralità della domiciliarità

- La domiciliarità è la scelta più auspicata dalle persone, quella più desiderata, ed è anche la più economica per il sistema.
- **E' la scelta prioritaria** per riorientare il sistema: preminenza alla domiciliarità, rispetto alle altre risposte a carattere residenziale.
- Le persone che si possono curare a casa, nel rispetto della scelta della persona assistita e dei care giver, si devono curare a casa, con le soluzioni organizzative più idonee rispetto alle loro necessità specifiche, **rendendo altrettanto esigibile il diritto alle cure domiciliari come quello oggi garantito per le cure ospedaliere in urgenza.**

Il coordinamento delle attività per la salute e il PSRI

- **Progetto “Salute”**, condotto insieme con i sindaci della Città Metropolitana di Torino
- **Nuova rete degli Ospedali torinesi**, superando quelli che non possono rispettare alcun requisito strutturale con un nuovo ospedale dell’Area Ovest e potenziando gli altri ospedali
- **Domiciliarità**
- **Prossimità digitale**
- **Collaborazione con le persone assistite, le loro famiglie, i cittadini e le loro associazioni, sostegno ai care giver**
- **Comunicazione multidirezionale** fra la Città, l’organizzazione sanitaria, i cittadini
- **Case della comunità**
- **Attenzione alle persone più fragili** (migranti, senza fissa dimora, indigenti, ecc.)

Universal health coverage

To “leave no one behind”

WHO SDG 2015 World Health Day April 2018

In Conclusione:

- 1. Il Parco della salute non dovrà essere soltanto un Ospedale** ma una struttura finalizzata alla Salute volta a **creare le competenze necessarie** a rispondere al cambiamento indotto dalle trasformazioni sociali ed ambientali ed **applicare e utilizzare tali competenze al settore sanitario.**
- Dovrà essere una struttura capace di **comunicare e finalizzare** le tante competenze coinvolte **nell'interesse del territorio e dei suoi abitanti (Piattaforma - vedi Politecnico)**
- Si può **avviare e sostenere la realizzazione del Parco prima che i muri siano completati, attraverso altri progetti** (del Territorio) purché coerenti con un disegno strategico. Il progetto **“Prossimità digitale”** è la **dimostrazione che questo è possibile.**
- Occorre **rafforzare la governance** del Progetto PSRI **affidando la costruzione del Parco della Salute ad un manager a tempo pieno e coi necessari poteri.**

Un Appello:

”Per quanto fossi fiero e soddisfatto del successo della nostra missione ad Abbottabad la verità era che non provavo lo stesso entusiasmo che avevo sentito la sera in cui era passata la legge sulla riforma sanitaria. Mi ritrovai a immaginare come avrebbe potuto essere l’America se fossimo riusciti a....mettere in campo lo stesso livello di competenza e determinazione nell’educare i nostri bambini o nel dare una casa ai senzatetto che aveva mostrato nella caccia a Bin Laden, se avessimo applicato la stessa perseveranza e le stesse risorse per ridurre la povertà o contenere l’effetto serra o per assicurare che ogni famiglia avesse accesso ad asili nido decenti.”

Barack Obama

Da: «Una terra promessa» – Ed. Garzanti

Giorgio GATTI

Conclusioni Convegno PSRI 24/05/2021

Come promesso scrivo le conclusioni che la mancanza di tempo mi ha impedito di esporre interamente. Comincio con alcune considerazioni che comprendono quelle proiettate al termine del Convegno e che spero riassumano correttamente i tanti temi ottimamente esposti nel corso dello stesso.

1. **Il Parco della salute non dovrà essere solo un Ospedale** ma una struttura polifunzionale finalizzata alla Salute ed al benessere, capace di integrare le quattro funzioni da cui deve essere composta. Soltanto riaffermando questa finalità contenuta nel Masterplan da cui ha origine, il PSRI potrà **disporre di un disegno e di un piano strategico** che ne indirizzino il non breve percorso.
2. Solo in quanto struttura polifunzionale il Parco potrà **creare ed utilizzare le competenze necessarie** a rispondere al cambiamento indotto dalle **trasformazioni sociali ed ambientali della pandemia** e dall'evoluzione scientifica e tecnologica.
3. Fra i diversi bisogni originati da COVID è oggi più che mai sentito quello di **coordinare e finalizzare** le tante competenze, le tante iniziative ed i tanti soggetti coinvolti, **orientandoli verso l'interesse del territorio e dei suoi abitanti** (non a caso stanno avviandosi diverse "cabine e comitati" di monitoraggio e di coordinamento) che potrebbero trovare risposta anche nel PSRI ad esempio attraverso una **Piattaforma** come quelle attivate dal Politecnico. Questa potrebbe rapidamente diventare un supporto per il **rafforzamento della Comunicazione**, altra esigenza che la pandemia ha reso indispensabile, tanto più che nella stessa può comprendersi il **rafforzamento del Sistema informativo sanitario** di cui ha parlato anche il Presidente Cirio a "La Repubblica" il 15 aprile scorso e **la lotta contro le fake news** che hanno dato voce ai No-vax
4. Proprio il bisogno di modernizzazione del sistema informativo indica come sia necessario partire rapidamente con le innovazioni che oggi sono possibili ed il PSRI è un luogo importantissimo per sperimentare tanto da far nascere la convinzione che sia possibile **avviare e sostenere la realizzazione del Parco prima che i muri siano completati, attraverso altri progetti** (del Territorio) purché coerenti con quel disegno strategico che dovrebbe guidarne la realizzazione e la gestione. Il progetto "**Prossimità digitale**" insieme al **CANP** - di cui si è parlato nel nostro Convegno - **sono la dimostrazione che questo è possibile**, così come potrebbero esserlo le auspiccate trasformazioni della medicina territoriale con cui il PSRI dovrebbe adeguatamente integrarsi, avendo in più l'avvertenza di **evitare di essere percepito come un luogo privilegiato** invece che come un **importante tassello di un sistema sanitario integrato in cui ogni ambito di attività ha un valore indispensabile**
5. Vi è poi un'altra opportunità che avviando il Parco si potrebbe cogliere cioè dare, **risposta ad una delle più antiche finalità della Formazione** quella dell'"**analisi dei bisogni**" riguardante un **Sistema come quello sanitario**, oggi attraversato da cambiamenti pesanti e poco conosciuti. Infatti **collegare la Scuola di Medicina e i suoi programmi ad una struttura** capace di integrare i

risultati della ricerca alla innovazione tecnologica e gestionale ed alla competenza medico scientifica di docenti operanti su di un'area sanitaria ad alta qualità, **garantirebbe una preparazione ottimale a livello non solo italiano ma internazionale, consentendo di recuperare ed evitare di perdere le giovani risorse umane e i relativi investimenti che oggi si trasferiscono altrove.**

6. Inoltre il Parco dovrà disporre di spazi e strumentazioni adeguate con una ottimale **correlazione** (per ora piuttosto sottostimata) **fra la dimensione ed il disegno logistico da un lato e dall'altro la tecnologia in costante incremento**, come dimostrato da alcune relazioni nel nostro Convegno "Con le caratteristiche sopra indicate PSRI può diventare un **progetto pilota europeo** sia per la novità della propria struttura sia per la possibilità di sperimentare modalità ed esperienze di "progettazione in itinere" e "costruzione graduale" che da un lato permetterebbero di utilizzare i tempi di attesa causati dal sistema di appalto dei lavori edilizi e dall'altro di realizzare possibilità di formazione "sul campo" non sempre facilmente disponibili. Una progettazione con queste caratteristiche potrebbe **accrescere la flessibilità** della struttura realizzata come auspicato nel corso del Convegno.
7. Per quanto sopra espresso, risulta evidente che occorre **rafforzare la governance** del Progetto PSRI come indicato nel nostro Documento presentato il 22 febbraio scorso. Occorre affidare **la costruzione del Parco della Salute ad un manager a tempo pieno e coi necessari poteri** per rispondere alle numerose necessità di coordinamento e di innovazione e per la corretta gestione del processo di realizzazione.

Infine ho pensato di concludere il mio intervento con un Appello al Presidente della Regione ed al futuro Sindaco di Torino, partendo da una citazione tratta dal saggio "Una terra promessa" di Barack Obama che è riportata fra i lucidi allegati, per cui non la riscrivo. Noi vorremmo che a guidare questo Progetto ci fosse qualcuno **capace di fare politica pensando al futuro ed anche, con la stessa chiarezza, agli interessi dei cittadini, con l'umanità ed i valori** mostrati da Obama! Un manager di progetto che abbia almeno un po' queste tre caratteristiche, nella convinzione che, **se non dedicheremo piena attenzione e unità di intenti al Parco, corriamo il rischio** di non vederne la nascita e **di perdere una grandissima opportunità!**