

CTS – 24/05/2024

Partecipanti: Guido Bertolini, Giovanni Nattino, Giulia Ghilardi, Daniela Zatelli, Giorgio Costantino, Giovanni Porta, Giuseppe Carpinteri, Maurizio Sacher, Stefano Paglia, Franco Aprà, Roberto Cosentini.

Meeting ottobre - programma

Guido: **studio semintensive** - quest'anno non abbiamo moltissime novità sul piano delle analisi e dei risultati delle TSI, ma volevamo in modo da far vedere come lo studio può essere utilizzato per documentare i fenomeni. Avremmo identificato due centri particolarmente interessati: Alessandria di Riccardo Boverio e Orbassano di Valeria Caramello.

Giovanni N: il centro di Valeria aveva degli indicatori negativi, stavano cercando di capire cosa spiegassero, ma non è emerso un quadro preciso come quello di Alessandria. Ci sono un po' di ipotesi ma non c'è una problematica specifica a cui fare riferimento. A breve rilasceremo il report sui dati del 2023, quindi ci saranno altri dati da esplorare.

Guido: nel caso possiamo cercare un altro centro e vedere dove evidenziamo delle criticità. Sarebbe comunque carino quest'anno far vedere le ricadute che i centri possono aspettarsi per dare senso al progetto.

Giorgio: è utile sicuramente.

Guido: ma prendiamo anche centri con indicatori di eccellenza? L'obiettivo è identificare delle criticità per poterle affrontare. Potrebbe anche essere interessante organizzare degli stage: la possibilità di qualcuno di andare per un periodo in una TSI che ha delle eccellenze. Questa è un'iniziativa molto bella che fa gruppo e consente di scambiare le pratiche, ma al momento mi sembra ancora prematura perché dobbiamo ancora consolidare il tutto.

Giovanni P: è interessante. Batterei un po' anche sul contenuto dell'articolo, ovvero l'evidenza della nostra eterogeneità.

Giorgio: si potrebbe fare da una parte una introduzione sull'articolo pubblicato. Nell'introduzione si potrebbe dire come si possono usare questi dati e parlare di stage futuri. Mi aspetto che l'eccellenza possa anche essere variabile. Sarebbe carino pensare di organizzare dei mini corsi di formazione, organizzati da quelli dell'eccellenza ma anche da chi ha fatto lo stage ed è migliorato. Potrebbero essere corsi di appropriatezza, non clinici.

Guido: in questa logica se non trovassimo due centri ma ci limitassimo ad uno, andrebbe comunque bene. La presentazione la deve fare il primo autore dell'articolo. Le idee su come andare avanti possono essere anche approfondimenti specifici su argomenti, facendo delle piume di Fenice dedicate a qualcosa di specifico.

Giovanni P: si possono fare dei lavori di gruppo sulle piume da proporre.

Guido: **variabilità dell'uso dell'ossigeno in PS** – abbiamo immaginato di far vedere i risultati di un'analisi sull'uso dell'ossigeno in PS partendo dai dati del COVID.

Giorgio: se interessa potrebbe essere una buona idea quella di confrontarci. Abbiamo ripreso i dati raccolti durante le due ondate COVID. Uno degli studi che avevamo discusso di fare era valutare come usiamo l'ossigeno in PS e se c'è variabilità tra i centri. Abbiamo analizzato questi dati e mi sembra che siano molto interessanti.

Guido: questo potrebbe essere anche il secondo studio cross-sectional.

Giuseppe: la terapia con l'ossigeno è un problema molto sottovalutato, quindi vedere i dati sarebbe utile. Si potrebbe partire da questo e ragionare su qualcosa di prospettico. Non credo nemmeno che in letteratura ci sia tantissimo.

Giorgio: potrebbe essere un bell'ambito su cui ragionare di appropriatezza.

Giulia: sarebbe bello se anche qualcuno che sta lavorando dei vostri volesse intervenire con te.

Giorgio: si potrebbe fare una presentazione di 10 minuti e lasciare 20 minuti di discussione. È sicuramente più interessante.

Guido: se ci dai un nome di uno dei tuoi giovani che ha voglia.

Giorgio: Alessandra Fusco.

Guido: perfetto, e tu gestisci la discussione con magari qualcuno di noi se avessi bisogno di spiegare dei grafici.

Progetto CMI – poi volevamo dedicare un po' di tempo al progetto CMI. Adesso abbiamo i risultati in cui mostriamo effettivamente quante ambulanze sono state risparmiate e cosa ne è stato dei pazienti. I dati sono del 2022 e 2023. Pensavo si potesse fare una presentazione con Fabiola e Francesca. Stiamo facendo un ulteriore affondo con una ricerca qualitativa intervistando gli operatori, oltre che poi dei pazienti, per capire le dinamiche che si sono generate e l'opinione degli operatori che è abbastanza variegata.

Giuseppe: molto interessante. Credo che sia l'unico progetto in questo momento di questo tipo in Italia.

Guido: lo stanno cercando di emulare sia in Piemonte che in Emilia Romagna.

Giorgio: è molto interessante. Adesso abbiamo visto soltanto la mattina, ma sempre di più il meeting Fenice diventa un momento in cui discutiamo dei dati e ci ragioniamo tutti insieme.

- Teniamo la discussione.

Guido: **cartella clinica eCREAM** – nel pomeriggio volevamo trattare la cartella clinica e fare dei lavori di gruppo. Stiamo iniziando ad avere una versione del mockup, di cui abbiamo fatto vedere qualcosa l'anno scorso. Un'idea potrebbe essere di utilizzare il mockup per vedere dove siamo arrivati e per chiedere a tutti come vorrebbero vedere sviluppate le varie sezioni. Iniziamo ad avere diversi moduli in bozza. Potremmo dividerli in gruppi e far lavorare ognuno su una cosa diversa, per poi discuterne in plenaria.

Altrimenti possiamo immaginare i lavori di gruppo sui possibili sviluppi futuri del progetto TSI come diceva Giovanni.

Giorgio: ma c'è bisogno ancora di discutere o sarebbe una cosa forzata? Si potrebbe anche pensare ad una cosa divertente: dividere in gruppi con possibilità diverse di cartella clinica e vedere quanto tempo ci si mette e cosa viene fuori al passaggio di consegne, immaginarla come un gioco.

Guido: abbiamo molti moduli per la cartella su cui non abbiamo ancora lavorato. Però la tua idea è bella. Potremmo immaginare che il gruppo che lavora sulla visita potrebbe fare quello che dici tu e non lavorare sui contenuti che ci sono già.

Giorgio: si potrebbero fare entrambe.

Guido: potremmo farlo sull'esame obiettivo di un paziente complesso questo gioco e vedere quanto tempo ci mettono due persone che usano due strumenti differenti.

Stefano: questa cosa della simulazione è molto bella.

Giorgio: si potrebbe anche pensare di fare un passaggio di consegne, pensando a diverse squadre in cui si passano le consegne con strumenti diversi e vedere cosa si perde durante il passaggio.

Guido: potrebbe anche essere un gioco da fare la sera.

Giorgio: questo potrebbe essere però una cosa in più, non da sostituire ai lavori di gruppo sulla cartella clinica.

Guido: **Emergency, il pronto soccorso in guerra** – poi avevo pensato di far fare una presentazione ad Emergency. Gli farei raccontare come si organizza un PS in contesti di guerra. Loro hanno sempre bisogno di far conoscere quello che fanno e di reclutare volontari.

Giuseppe: fantastico.

Maurizio: molto interessante. Anche il triage di guerra. È una cultura che a noi manca, sicuramente utile.

Guido: **progetto appropriatezza** – nel secondo giorno l'idea era fare vedere un po' di ulteriori risultati sullo studio sull'appropriatezza del ricovero. Abbiamo iniziato a vedere le cartelle cliniche e a ragionare sulle discordanze.

Maurizio: molto interessante, mantenere aggiornato anche su questo è uno degli aspetti principali e potenzialmente efficaci nel modificare i comportamenti di certe decisioni.

Stefano: prevediamo una discussione però.

Giorgio: qui abbiamo più ipotesi che dati, forse possiamo declinarlo in modo diverso. Dobbiamo avere punti di vista di diversi operatori sulla valutazione, questo è un dato rilevante.

Guido: potremmo avere dei dati magari sugli accordi tra gli operatori. Magari facciamo vedere qualcosa sulla discordanza dell'algoritmo e poi l'inter-rater reliability guardando solo il giudizio di due medici indipendenti. Dobbiamo classificare i medici in esperti e novizi, in modo da tenere traccia anche di questi.

Giorgio: anche il setting, medici di PS e medici di reparto.

Guido: **indicatore di affollamento** – ad Alessandria è piaciuto l'indicatore di affollamento ed hanno provato ad applicarlo. Hanno trovato che è funzionante, soprattutto sui codici azzurri. Quello che stiamo facendo con loro è una sorta di studio pilota, per capire se il livello di affollamento corrisponde. Vorremmo far dire ogni 4 ore agli operatori se si sentono affollati e quanto, poi confrontare il risultato con il nostro indicatore e con il NEDOCS. Manca solo capire come registrare la visione degli operatori. Stiamo sviluppando un'App.

Giovanni N: è una cosa fattibile ma non nel brevissimo tempo.

Maurizio: qui è il confronto tra un metodo formale e la sensazione degli esperti. È senz'altro positivo, rinforza il metodo il confronto.

Guido: potrebbe essere interessante anche vedere quanto è condivisa quella sensazione di affollamento.

Giorgio: è interessantissimo, bisogna solo vedere se ci stiamo con i tempi. Cosa comporta utilizzarlo?

Guido: ha senso estendere l'idea di Alessandria a tutta Fenice. Significa avere a disposizione le informazioni sull'arrivo di ciascun paziente in PS e sapere quanto tempo hanno aspettato i pazienti per essere presi in carico alla visita. Con queste informazioni possiamo calcolare l'indicatore di affollamento.

L'idea era poi di dare spazio al **gruppo Taxi1729**.

Franco: sono dei divulgatori scientifici che hanno lavorato molto sul gioco d'azzardo. Erano interessati a fare delle cose in campo sanitario. L'idea era di coinvolgerli in alcuni argomenti quasi politici. Si voleva fare una

prova utilizzandoci come pubblico esperto, vedendo se facevano qualcosa per spiegare il problema dell'incertezza che attanaglia i nostri pazienti.

Guido: quanto rischio ti prendi, quanto sei disposto a puntare sul rischio.

L'angolo della metodologia – pensavo di utilizzarlo per vedere come verranno analizzati i dati della cartella clinica. Potremmo affiancarlo anche a qualche informazione su quello che diventerà un'iniziativa europea: European Health Data Space. Si potrebbe informare su ciò che sta bollendo in pentola e raccontare come stiamo affrontando questi problemi metodologici.

Roberto: io sono d'accordo, essendo un gruppo di ricerca è uno dei nostri obiettivi.

Maurizio: forse alla fine è un po' pesante come argomento.

Guido: potremmo posizionarlo vicino alla cartella clinica.

Progetti cross-sectional – l'ultima parte nel pomeriggio pensavamo invece di usarla per riportare dove siamo sul progetto mTBI che avevamo deciso al meeting precedente. L'idea era di coinvolgere Alessio e magari uno o due ragazzi che faranno il corso e costruiranno il protocollo insieme a noi. Inoltre si potrebbe presentare l'esperienza del corso, che potremmo poi riproporre negli anni venturi.

Franco: vorrei fare una survey sul delirium in PS e TSI. Pensavo di sfruttare l'indirizzario Fenice.

Inoltre, chi partecipa al gruppo TSI sa che l'obiettivo è creare un bilancio di salute sintetico che ci permetta di esprimere un giudizio sulla nostra attività in base a come esce il paziente. Volevo proporre a voi e al gruppo l'idea di poter utilizzare una metodologia come quella della domanda sorprendete in questo ambito, usando dei sistemi di data. La domanda andrà ad indagare se il medico ritiene che il paziente che è entrato è migliorato o peggiorato.

Giorgio: rispetto al primo giorno visto in reparto o alla sua condizione di base?

Franco: in realtà la condizione di base, ma è tutto da discutere.

Guido: noi con degli indicatori avevamo tentato di fare una sorta di bilancio di salute, ma non ci siamo riusciti. Alla fine abbiamo deciso di utilizzare la lunghezza di degenza per indicare quanto sei riuscito a gestire bene il paziente.

Giorgio: è molto interessante, andrebbe fatto sia al medico, che all'infermiere e al caregiver. Inoltre bisogna capire esattamente cosa stiamo chiedendo. Se rispetto a quando è arrivato o prima. Poi magari avendo dei tempi di degenza ridotti, uno dimette prima il paziente che magari dopo una settimana sta meglio. Per il delirium sarebbe interessante capire quanto la domanda sia predittiva.

Franco: vi mando una bozza di ipotesi di survey e vediamo come procedere.