

CTS Fenice, 4 febbraio 2025 – online

Presenti: Carolina Dello Russo, Valeria Caramello, Andrea Duca, Franco Aprà, Roberto Cosentini, Giuseppe Carpinteri, Anna Maria Brambilla, Andrea Favaro, Giovanni Porta, Giorgio Costantino, Luca Norbis, Guido Bertolini, Giulia Ghilardi, Daniela Zatelli.

OdG:

1. Aggiornamento studi in corso
2. Rapporto con le Regioni
3. Partecipazione a conferenze
4. Meeting 2025
5. Formazione (da ripensare!)
6. Nuove proposte di studi
7. Revisione statuto Fenice

Aggiornamento sui progetti in corso

Trauma cranico minore: kick-off meeting mercoledì 9 aprile

- Presentazione del protocollo e discussione sui piccoli margini di aggiustamento operativo in funzione delle esigenze locali (problema follow-up: sarà gestito centralmente, database non anonimizzato, consenso del paziente – dovrebbe essere fatto da ciascun centro per i propri pazienti, i centri più grandi potranno fare da supporto per quelli che non dovessero riuscire)
- Per il comitato etico il capofila potrebbe essere il Policlinico di Milano
- Ripresi contatti con la start-up di Pisa, se otterranno i finanziamenti che sperano potrebbero decidere di finanziare lo studio
- Ci aspettiamo 20 centri partecipanti, forse ne avremo anche di più
- Agenda da preparare

Indicatore di affollamento: presentazione risultati Alessandria e studio Fenice lunedì 10 marzo

- Abbiamo finito le analisi sui dati di Alessandria
- Il kick-off meeting lo faremo quando avremo raccolto tutte le adesioni
- Quello che abbiamo visto è che il nostro indicatore ed il NEDOCS sono molto collineari
- Ci saranno parecchie persone in presenza e tante collegate, è uno studio che sta catturando l'interesse

Roberto: siamo sicuri che quello che ci interessa veramente sia la sensazione soggettiva del medico del sovraffollamento? E non quali risorse del pronto soccorso dirottate su attività che non hanno nulla a che fare con il Pronto Soccorso, tipo boarding?

Guido: non potevamo non confrontarci con il NEDOCS perché è quello che usano tutti. In realtà il nostro score è un indicatore oggettivo, lega il numero dei presenti a quanto fai aspettare i codici minori, dando una misura oggettiva dello stato di affannamento in cui si trova il PS. Quindi indica una perdita di efficienza.

Carolina: noi abbiamo sempre detto che il NEDOCS non sia rappresentativo della situazione, che non ci piace il fatto che questo indicatore basato sull'attesa dei verdi e degli azzurri correli bene con il NEDOCS. Io riteniamo un risultato positivo? Ci sono delle variabili poco oggettive nella definizione e il NEDOCS alla fine non sta funzionando. Noi adesso diciamo che il nuovo indicatore correla bene, quindi è un indicatore che dobbiamo discutere in termini di validità di dato? Il fatto che correli potrebbe anche essere scoraggiante.

Guido: quello che a noi pare è che il nostro indicatore correli bene con il NEDOCS solo ad Alessandria. Le ragioni sono che Riccardo ha adattato il NEDOCS: la parte sui pazienti critici l'ha tolta, perché ha visto che non funzionava; le altre variabili soggettive le ha considerate in funzione di quello che gli sembrava più ragionevole. Di fatto il peso dell'indicatore è molto derivato dal numero di pazienti presenti. In parte quindi l'ha fatto lui ed in parte nel PS di Alessandria c'è questa relazione forte tra alcuni dei fattori che prende il NEDOCS ed il numero dei pazienti. In Lombardia non è così. Abbiamo preso un PS che sta ai margini della distribuzione lombarda, quindi vale molto la pena esportare il progetto a tutta Fenice per capire effettivamente come stanno le cose. Avevamo pensato di uscire da questa ambiguità utilizzando la percezione soggettiva degli operatori. Noi abbiamo 49 persone che hanno risposto a questa indagine ed erano sempre mediamente presenti. Abbiamo messo a punto l'App di raccolta dati, quindi siamo pronti a partire. Abbiamo ancora un piccolo problema tecnico per l'invio delle notifiche, che vorremmo mandare tramite sms. Gli operatori riceveranno un sms tre volte al giorno che gli indicherà di accedere all'App per rispondere a 3 domande brevissime.

eCREAM: necessità contratti annotatori

EHR – siamo stati a Creta e abbiamo fatto un bel passo avanti rispetto alla EHR. Abbiamo incontrato i primi utilizzatori della cartella. Abbiamo trovato un entusiasmo notevolissimo in una situazione disastrosa. Abbiamo deciso che porteremo avanti la progettazione più grafica ed i moduli che stiamo già sviluppando, ma acceleriamo fortemente la parte del triage perché loro contano tantissimo sulla nostra cartella e sono pronti ad utilizzarla. Sono molto indietro ma anche molto bravi e disponibili. L'idea è quella di lavorare con gli informatici per lo sviluppo della prima versione che avrà solo il triage con le indicazioni regionali che hanno dato in Grecia. Ci sarà anche la lista pazienti su cui stiamo lavorando e le liste di attesa. Costruiremo poi gli altri moduli che metteremo a disposizione via via. Speriamo di poter coinvolgere anche qualche nostro centro, senza che abbandoni la sua cartella ma testando in doppio i moduli che verranno prodotti.

NLP – abbiamo bisogno di annotare le note raccolte. Il protocollo è stato approvato dal San Giovanni Bosco. Abbiamo tentato di coinvolgere del personale del Policlinico ma non siamo ancora riusciti a fare un contratto. Ora dovremmo fare una convenzione per poterlo fare. Abbiamo dei fondi importanti su questa parte quindi siamo in grado di pagare bene chi fa l'annotazione, intorno a 70/80 euro all'ora. Estenderei quindi la proposta a tutti. Dovendo fare una convenzione con l'azienda preferiremmo farla per aziende con almeno 5 annotatori disponibili. Ci serve un numero non banale e questa cosa forse si ripeterà anche l'anno venturo. Possiamo pagare anche gli specializzandi entro un tetto orario definito (8 ore a settimana circa), questo in funzione di come ciascuna azienda ha deciso di interpretare la legge che è appena uscita. La parte di eCREAM può essere fatta anche da infermieri esperti forse, ci informiamo. Può essere fatto anche da casa, perché è un programma online e le note sono anonimizzate. Sarebbe carino che Fenice potesse aprire una sorta di bando per gli specializzandi. Teniamo 70/80 per gli strutturati e poi possiamo ridurre per gli specializzandi in modo da aumentare il numero e la visibilità di questo bando. Potremmo farlo per gli specializzandi dei primi due anni in modo da non entrare in conflitti.

Provate a vedere se c'è qualcuno dei vostri di interessato (pagandolo 70/80 euro l'ora), se ce ne sono almeno 5 facciamo una convenzione. Dopodiché potremmo aprire un bando di Fenice per gli specializzandi dei primi due anni pagandoli 40 euro l'ora.

Progetto appropriatezza: proposto ai PS piemontesi

La convenzione con il Piemonte è un po' stagnante. Non abbiamo ancora i dati amministrativi che avevamo accordato di avere per calcolare tutti gli indicatori e per lo studio appropriatezza. Lo studio appropriatezza l'abbiamo proposto a tutti i PS piemontesi. Siamo intorno a 6 e dovremmo riuscire a far partire il progetto. A loro chiediamo di annotare (in questo caso gratuitamente) le cartelle cliniche. Chiediamo di farne 100 all'anno. Lo sgrossolanamento importante lo facciamo al Policlinico con 1200 cartelle che rivediamo, dopodiché chiediamo a ciascuno di rivederne 100 all'anno.

Progetto semintensive:

- Abbiamo ancora una dozzina di reparti che partecipano e daranno i dati del 2024. Speravamo di vedere una crescita. Forse quest'anno potremmo averla.
- Partecipazione di Franco al congresso FADOI dove presenterà Fenice.
- Partecipazione di Guido al FADOI ad una tavola rotonda sulle TSI.

Guido: non vorrei che Fenice definisse gli standard per quei reparti, entrerebbero in un conflitto di interessi. Fenice non vuole entrare nel merito di vertenze sindacali o di categoria, Fenice vuole studiare qual è questo fenomeno. Poi metteremo i risultati a disposizione di tutti.

Giovanni: a livello di dati strutturali e di competenze quello che viene fatto nelle TSI appare molto bene dai nostri dati.

Guido: secondo me non dovremmo però entrare dentro quei comitati, però sono sicuramente dati preziosi per chi li vuole analizzare.

Andrea: i metodi con cui vengono definiti gli standard in ambito di pronto soccorso non hanno niente di scientifico alla base. Da questo punto di vista noi possiamo dare un contributo importante. Il nostro contributo può entrare nella definizione degli standard facendoli guardare agli outcome e non all'idea a priori che uno si è fatto su quali debbano essere ora.

Guido: bisogna però stare attenti a non farsi trascinare in logiche più attivistiche, se rimaniamo sul piano scientifico sono d'accordo.

- Studio sulla ventilazione

Valeria: pensavo di creare un gruppo di interessati e capire che taglio dare per partire ad analizzare questi dati.

Guido: noi abbiamo un po' di idee sul tipo di analisi da fare, probabilmente alcune delle domande non possono avere risposte con i nostri dati ma con qualche semplificazione possiamo affrontarne una buona parte. Converrà organizzare un incontro in cui discutere dell'approccio analitico che richiede il lavoro congiunto di statistici e clinici.

Giuseppe: se si potesse partecipare aldilà dell'aver alimentato il database e partire dallo studio per convincere di quanto interessante possa essere il tutto, mi servirebbe. Potremmo partecipare anche se non alimentiamo i dati?

Guido: dobbiamo deciderlo con il CTS appunto.

OMINA:

- Non ci sono aggiornamenti sul progetto in sé. L'abbiamo presentato sia alla finalizzata che al bando europeo.
- AREU sarebbe interessata ad utilizzarlo e a fare una sperimentazione loro, ovvero la lettura dell'ECG in pre-ospedaliero fatta in centrale. Stiamo pensando alla possibilità di trovare qualche fondo per fare questo studio: o tramite la regione o tramite fondi AREU con una convenzione. Stiamo

ragionando con Migliari e il suo Grant Office. Noi potremmo farlo anche a copertura non completa delle nostre spese, perché siamo molto interessati e vale la pena investirci.

Guido: può sorgere un minimo di conflitto di interessi: se partisse in triage e dimostrassimo che la lettura automatica funziona e migliora gli outcome che abbiamo previsto, credo che non avrebbe nessun senso sperimentarlo in pre-ospedaliero perché l'evidenza sarebbe talmente forte da decidere di utilizzarlo. Forse anche viceversa, quindi chi prima arriva rende obsoleto fare l'altro.

Andrea: sono due setting molto diversi, per cui ha un valore a sé stante.

Partecipazione a conferenze

CEU: inviato programma sessione Fenice

Anna Maria: la nostra sessione è spezzata in due e non si capisce. Bruno Barcella dovrebbe chiamare Guido. Messa così non ha molto senso. Al momento è un programma provvisorio.

Franco: dobbiamo tenere duro e ripartire dall'ipotesi iniziale. Sentiamo Ghiadoni. Dobbiamo capire se ci interessa fare la sessione che ci eravamo detti con quella scaletta e riteniamo che sia utile mantenere quel programma, oppure se accettiamo di fare delle relazioni su Fenice.

Giorgio: fare la sessione insieme era un punto di forza per far passare il concetto di gruppo, se ci sono relazioni divise ha meno senso.

FADOI per TSI: Guido, Franco e Alessio

Franco: la FADOI adesso ha scoperto le TSI e contratta con SIMEU e ACEMS per chi deve farle. Il vero pericolo che sta dietro a questo dibattito è che viene messo in discussione in più posti il fatto che debbano essere gestite dalla medicina d'urgenza piuttosto che altri.

Andrea F: dopo molti anni non ha senso che ci sia una divisione tra la medicina d'urgenza e la medicina interna.

Franco fa circolare un documento del ministero università.

Wired: Franco e Guido.

Franco: Wired è una rivista che fa una fiera a Milano dove presenta una serie di innovazioni in sanità. Gli interessava qualcosa sul PS quindi ho pensato a eCREAM e ho coinvolto Guido. Abbiamo concordato un programma in cui parleremo di eCREAM e dell'appropriatezza. È una vetrina importante perché c'è un sacco di gente. È una roba molto commerciale. Ma comunque credo che bisogna andare. Erano interessati ad avere anche quelli di FBK. Mi sembra comunque una buona occasione.

Convegno Intelligenza Artificiale Cuneo:

Congresso di medicina interna in cui si parla di intelligenza artificiale – Guido.

Congresso SIMEU Piemonte: 11 aprile

Congresso nazionale SIMEU Bari:

Intelligenza artificiale – Guido.

Fateci sapere ogni volta che partecipate a qualche congresso così facciamo girare le informazioni per fare vedere che Fenice è attiva.

Rapporto con le Regioni

Campania: Giovanni Porta...

Giovanni: è stato istituito un tavolo regionale dell'emergenza urgenza presieduto dalla nostra direttrice sanitaria aziendale. La situazione in Campania nell'urgenza è abbastanza critica. C'è stata la prima riunione introduttiva venerdì. Volevamo provare ad introdurre qualche progetto di Fenice per portarlo poi a livello regionale.

Guido: abbiamo stabilito di provare ad applicare gli indicatori che si riescono a ricavare dal loro flusso per vedere come va da loro. Stiamo lavorando anche su questo fronte. Vediamo che cosa si riesce a fare. La loro azienda potrebbe fungere da pilota per l'estensione a livello regionale.

Calabria: Zoli...

Guido: Alberto Zoli ha preso l'appalto della riorganizzazione dell'emergenza urgenza. Ha iniziato degli scambi che sembrano molto proficui tra Niguarda e Calabria, sia sul piano infermieristico che medico. Hanno pensato all'idea di misurare quello che stanno facendo attraverso gli indicatori. Vuole far approvare il progetto in Calabria e l'ha già fatto forse con un budget di 60mila all'anno. Loro sono parecchio indietro quindi bisogna capire quali dati avranno a disposizione. Dovevamo vederci con il presidente della regione ma è stato rimandato l'incontro. Lui ha anche l'idea di utilizzare la cartella di eCREAM come unica cartella di PS, ma lì siamo ancora indietro.

Giuseppe: Volpicelli è diventato il nuovo primario della Calabria. È una persona con cui si può ragionare. Posso sentirlo per vedere che dinamica ha trovato.

Piemonte: aggiornamenti?

Guido: c'è questa dinamica difficile. Stiamo aspettando che cambi il capo dipartimento dell'emergenza urgenza che attualmente è Ghiselli. Aspettiamo di capire l'evoluzione che prenderà.

Franco: tra l'altro stanno pagando ma non stanno dando i dati per fare le valutazioni.

Nuove proposte di studi

Guido: quello che Valeria proponeva non è fare una nuova raccolta dati ma analizzare dati che ci sono già. Speriamo che proposte di questo tipo si ripetano. Penso che il CTS debba funzionare da garante della scientificità ed esprimersi su questo piano. Non credo che necessariamente debba prendere parte a questi progetti. Se uno fa una proposta di analisi potrebbe volerla fare con i suoi e non essere obbligato a tirare a bordo gente del CTS. Dobbiamo decidere come muoverci. Potremmo decidere se dare i dati o comunque

dare l'accesso ai dati, ma non necessariamente dobbiamo entrare come comitato scientifico di quel progetto. Penso che questo debba essere lasciato al proponente. Se uno vuole coinvolgere o meno deve poterlo fare. Noi abbiamo un ruolo di garanzia di scientificità, presidiando che con i dati di Fenice non si facciano cavolate. Dovrebbe essere il proponente a decidere a chi allargare lo studio, il CTS non deve per forza entrare di diritto nei progetti che vengono presentati.

Giovanni: di fatto le proposte arrivano o da membri del CTS o da membri di altri gruppi di studio. Vedo difficile che un centro periferico abbia un'idea da proporre. Questo è un peccato perché evidentemente il livello di partecipazione o è super attiva o è zero. Non credo ci sarà a breve un problema sulle partecipazioni.

Giorgio: sono d'accordo con il fatto che il CTS dovrebbe soltanto aiutare e permettere, una sorta di comitato etico ma in senso positivo. Non deve essere un veto assoluto ma un aiuto.

Anna Maria: anche io lo vedo come un sostegno a chi vuole fare degli studi, aiutando nella possibilità di farli e dando disponibilità nella stesura e nell'analisi dei dati. Il nostro compito è anche quello di stimolare tutti i centri a proporre studi fattibili. Anche arrivare a stilare delle regole da dare a tutti i centri di cosa vuol dire proporre uno studio, le tipologie, cosa vuol dire avere dei comitati scientifici.

Guido: potremmo fare una specie di form online in cui ognuno possa comunicare le proprie idee.

Carolina: è proprio il referaggio a cui pensavo. Per la parte assistenziale mi sono occupata di referaggio per una rivista scientifica ma è difficile avere uno studio ben costruito. Discutere una proposta richiede tempo e oltre a supportare i gruppi a costruire il loro studio, vanno anche formati in quella attività. Bisogna capire se stare ad aspettare le proposte ed intervenire o se fare una nostra proposta più attiva per censire le volontà dei gruppi che ci guardano e stimolarli.

Andrea: bisogna capire anche cosa vuol dire promuovere, sostenere e fare delle proposte strutturate.

Guido: dividiamo le proposte in proposte di studio e di analisi. Prediligerei le analisi dei dati all'inizio.

Luca: le idee ci sono ma spesso manca la competenza metodologica. L'altro grosso limite è il tempo e la paura di impegnarsi in un qualcosa di troppo grande. Potremmo creare una lotteria delle idee e poi quella che convince più persone viene sviluppata in maniera più dettagliata, magari anche con un corso come quello che abbiamo fatto in precedenza.

Anna Maria: dobbiamo ragionare sulle regole da dare. Se uno fa una proposta deve definirla bene: titolo, tipo di studio, centri da coinvolgere, ecc. Dobbiamo stendere le regole di ingaggio per capire cosa uno deve presentare e come.

➔ Anna Maria fa una prima bozza per le nuove proposte di studio.

Valeria: facciamo due vie diverse, una per i nuovi studi e una per i protocolli esistenti di rivedere le regole attuali. Io posso rivedere i documenti esistenti.

➔ Valeria fa una prima bozza per i protocolli già esistenti (mandiamo documenti)

Teniamo un collettore unico di Fenice per poi smistare nei vari argomenti a chi del CTS è più competente in tale ambito.

Meeting

Si terrà a Catania il 6-7 novembre, con possibilità di organizzare qualcosa il sabato. Dobbiamo iniziare a pensare ad un programma preliminare.

Nei prossimi giorni mandiamo un *save the date* tramite mail e social.

Definiamo nel prossimo incontro la bozza del programma.

Altri argomenti da trattare:

- **Formazione**

Nuovo corso protocollo?

Altre proposte?

Dovremmo formare un gruppo di persone, anche extra CTS, interessate a dedicarsi alle proposte formative.

- **Revisione statuto**

Vedere suggerimenti di revisione. Attenzione: non legare la partecipazione di uno all'appartenenza ad un centro, nel caso in cui lui/lei cambi PS di lavoro.