

11 febbraio 2026, Milano

Presenti: Carolina Dello Russo, Valeria Caramello, Andrea Duca, Luca Norbis, Franco Aprà, Giorgio Costantino, Alessio Bertini (online), Roberto Cosentini, Giuseppe Carpinteri, Anna Maria Brambilla, Andrea Favaro, Guido Bertolini

La discussione si apre da una proposta Giorgio: Fenice dovrebbe essere presente in determinati tavoli; dal corso Bocconi LOPS (Logistica e Operations del Pronto Soccorso, diretto da Lorenzo Fenech) escono con documenti di indicatori di valutazione! Dobbiamo fare in modo che la politica non possa esimerci dal contattarci, facendo un progetto di ricerca organizzativa.

Non possiamo viaggiare “soli”, ma dovremmo confrontarci con gli altri attori della medicina d’urgenza, invitare alcuni esponenti al meeting, fare rete.

Ai tavoli istituzionali dobbiamo però arrivare con dei dati.

Dovremmo collaborare con altri perché hanno delle competenze che ci sono utili, non solo perché ci aprirebbero delle porte. Chi può aggiungere qualcosa? un ingegnere gestionale, un economista sanitario...

Per dare al meglio la visione di quello che facciamo, abbiamo creato la “**Rete metropolitana di Fenice**”: stiamo costruendo un sistema e nel giro di qualche anno, quando tutto ciò arriverà a maturazione, ci permetterà di fare studi diversi, con diverse tipologie di dati, raccolti in maniera diversa, lavorando con attori diversi.

C’è l’idea che Fenice non sia abbastanza e non faccia abbastanza? forse no, anzi, c’è preoccupazione sulla bulimia progettuale.

Abbiamo copertura economica? Nuovi progetti possono portare nuovi fondi e nuove persone. Adesso qualcosa c’è, che permette anche di sostenere progetti non finanziati, ma si vorrebbe incontrare la officer di eCREAM per immaginare una prosecuzione del progetto.

**Boarding:** Astir (che gestisce EUOL, sistema lombardo di monitoraggio PS Lombardi) ci ha chiesto di ragionare su come misurare (e mostrare in dashboard) il boarding, perché nessuno schiaccia il pulsante dedicato [soluzione: automatismo dentro cartella, eCREAM va in quella direzione] → in Lombardia ci sono una decina di PS che usano il pulsante, perciò abbiamo provato ad applicare le varie proxy al tempo misurato lì. Qual è la proxy migliore per misurarlo? Dal punto di vista retrospettivo, il boarding è il tempo di permanenza di tutti i pazienti ricoverati; ma questo rappresenta davvero il boarding corretto di tutti i PS? Shift dall’idea di boarding all’idea del tempo standard di processo dentro il PS. La decisione di ricovero non è definita in maniera uniforme; meglio lavorare sui tempi anziché sulle decisioni? I tempi diversi sono correlati a cose diverse da ospedale a ospedale. Le indicazioni ministeriali e regionali portano a delle pratiche non positive! Alcune domande utili: quando decidiamo? cosa ci porta a decidere in tanto/poco tempo? qual è l’area di destinazione del malato? cosa entra in gioco nel tempo di processo? Boarding e tempo di processo sono cose diverse e devono essere lette entrambe (problemi diversi, soluzioni diverse) ⊕ le linee guida sull’OBI non sono corrette per l’attuale realtà, perché molti processi (anche clinici) sono cambiati, sulla base delle evidenze; inoltre si aggiunge la dipendenza dai servizi dell’ospedale.

**Progetto indicatori**, in Lombardia: Chiappa ha dato mandato a Russo di informarsi sul progetto, lui (anche ATS Milano) ha detto di volerlo sostenere anche senza Regione, eventualmente solo su Milano.

Progetto indicatori, in Piemonte: definizione degli indicatori insieme a medici e infermieri di PS, poi lunga attesa per avere dati direttamente da Azienda Zero/CSI. Hanno passato solo i dati per il calcolo dell’indicatore di affollamento. L’idea adesso è quella di proporre lo studio indicatori partendo dalle Aziende: molto più oneroso in termini di tempo ed energie; inoltre cade la logica di sistema del progetto, perché i dati andrebbero estratti e analizzati una tantum e senza il coinvolgimento delle direzioni sanitarie. Ci si

limiterebbe ad un pool ridotto di indicatori, solo quelli da flusso EMUR/C2. Attenzione, i dati EMUR sono comunque problematici.

**CAOS:** dati sulla percezione di affollamento; stiamo ancora recuperando i dati per il calcolo dell'indicatore. Il medico ha una percezione di affollamento un po' più alta, ancora di più l'OSS. Il direttore, rispetto agli altri, segnala come meno problematico sulla propria attività l'affollamento.

Criticità/punti da attenzionare: non indicarlo come indicatore sintetico, mostra solo un fenomeno e gli andrebbe affiancato altro; alle 4 di notte si abbatte la lista; fare scenari simulati (tipo presentazione di Duca a Catania); attenzione, una volta dentro il PS, il codice dovrebbe sparire, perché un codice rosso che resta in PS 48h non è più rosso.

Trauma cranico lieve: aggiornamento su situazione CE e arruolamento. Il Policlinico di Milano ha già concluso la fase di arruolamento. Si mostrano alcuni dati.

STAR (**progetto appropriatezza**): si sta procedendo sia al Policlinico, che in Piemonte.

Policlinico: estratte cartelle cliniche, che verranno analizzate da medici per decretarne l'appropriatezza. Fase 1, valutazione estesa, in doppio; fase 2, valutazione diretta.

ATS Milano: coinvolta per valutazione appropriatezza dimissioni da Policlinico.

Piemonte: situazione dei 9 centri partecipanti.

Proposta: cambiare il nome allo studio, trasformandolo in "Studio dell'Appropriatezza della Risorsa assistenziale", comprendendo così sia l'ospedale per acuti, che il territorio.

**OMINA:** studio randomizzato per applicare percorso STEMI a pazienti OMI. Si è partecipato al bando ERA4HEALTH (risposta prima fase: 17/4); centri italiani: 8, lombardi (regole ente finanziatore).

APP Fenice, in collaborazione con FBK: si è lanciata l'idea di realizzare una app che legga gli ECG ma pensata per il PS (potenzialmente, non solo valutazione infarto/OMI, ma anche FA, aritmie, se necessario fare rate control o rhythm control).

Analisi Manuel su 150 ECG per riconoscere STEMI e NSTEMI.

FBK non ha ancora fatto sapere.

Per la FA potrebbero servire milioni di ECG. Non ci serve riconoscere la FA, ma capire se il paziente ha una FA che tornerà, che si cardioverterà da sola... serve follow-up. Possibilità di usare database dei loop recorder (Medtronic)? DB USA disponibile?

Il quesito si pone solo se FA di recente insorgenza.

Potremmo fare uno studio di caso-controllo, prendendo 100 ECG di persone tornate in ritmo con farmaco, 100 non tornate in ritmo [vedi articolo Zeng]

Forse non c'è specificità di PS rispetto alla cardiologia!

Proposta studio Giorgio: ha già fatto una analisi retrospettiva su gestione pazienti con FA in 5 PS di Milano; adesso c'è interesse di PS polacchi a partecipare → interessa a Fenice? Se non passasse MyAFib, facciamo comunque il retrospettivo.

**eCREAM:** aggiornamento su situazione estrazione dati; cambiata "strategia" NLP; aggiornamento sviluppo EHR.

Discussione su futuro cartella clinica.