

IL CO-MANAGEMENT MEDICO CHIRURGICO

LA REALTA' ITALIANA: QUALI ESPERIENZE E QUALI RISULTATI



Dott.ssa Elisa Cogoni

Dirigente Medico S.C. Medicina Interna
PO SS Trinità ASL Cagliari

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

UN PO' DI STORIA... In America:

- 1950s - Nasce la distinzione in base a gravità clinica dei pazienti.
- 1977 - *Progressive patient care* (Raven 1962): i pz vengono divisi in base a gravità di malattia e dipendenza assistenziale.
- 1994 - Pubblicazione dei primi studi sulla collaborazione tra Internista e Chirurgo.
- 1996 - Il New England Journal cita per la prima volta la figura dell'Hospitalist, una figura che metteva in primo piano la presa in carico complessiva del paziente ospedalizzato e che permetteva di ridurre la frammentazione delle cure, il numero di consulenze richieste, l'overdiagnosi e l'overtrattamento, con una riduzione dei costi.
- 2001 - L'Hospitalist come figura sanitaria strutturata diventa il centro di un nuovo modello di cura ospedaliero.
- Oggi - L'80% degli ospedali americani adotta il modello Hospitalist attestandone l'utilità.



Diversi studi a partire dal 2001 hanno dimostrato l'efficacia del **co-management** internistico del paziente chirurgico, dimostrando:

- Incremento delle prescrizioni di terapie evidence-based.
- Riduzione dei tempi attesa per intervento chirurgico.
- Minore numero di trasferimenti verso reparti di terapia intensiva.
- Diminuzione delle complicanze post- operatorie.
- Riduzione della degenza ospedaliera e del numero di ricoveri ripetuti nei 6 mesi successivi dopo la dimissione dall'area chirurgica per problematiche internistiche.
- Vantaggio in termini di *cost-effective* e *cost saving*.

Perché l'internista è necessario nella gestione dei pazienti complessi candidati ad intervento chirurgico Fabio Gilioli¹, Giuseppe Chesi²
¹UOC Medicina Interna, Ospedale di Mirandola, AUSL di Modena; ²UOC Medicina Interna, Ospedale di Scandiano, AUSL di Reggio Emilia, Italia

IN ITALIA...

Attualmente il modello prevalente è quello che ha iniziato a diffondersi agli inizi degli anni '80 secondo la "teoria della specialità".

Strutture fisiche rigide, all'interno delle quali lavorano equipe (anche micro-equipe) caratterizzate dalla loro specializzazione.

Il paziente che giunge al Pronto Soccorso → assegnazione al Reparto sulla base della sua patologia prevalente → sistema di consulenze **on demand**.

Ma il paziente dei giorni nostri "è sempre meno"
UNA SINGOLA PATOLOGIA,
ma sempre più un
PAZIENTE COMPLESSO PLURIPATOLOGICO

#ForumRisk18

Quotidiano sanità. Cambiare modello ospedaliero? La logica di un'evoluzione Autore **Dr. Valerio Verdiani** Direttore
medicina interna ospedale di Grosseto membro Organismo Regionale di Governo Clinico



www.forumriskmanagement.it

NECESSARIO → OSPEDALE PAZIENTE CENTRICO che dia risposte adeguate ed efficienti al paziente in base alle proprie necessità sartorializzando la risposta.

→ MEDICO “GENERALISTA” che si renda REGISTA degli interventi necessari ottimizzandoli nell’ottica anche di una ottimizzazione delle risorse a disposizione e che operi in **CO-MANAGEMENT** con lo specialista.

OSPEDALE PER INTESITA' DI CURA (Toscana, Piemonte, Emilia Romagna)

Modello ancora poco diffuso con disomogeneità tra le varie realtà.

Difficoltà di applicazione del modello:

- Turnistica del personale
- Disallineamento medico-infermiere
- Logistica

ORTOGERIATRIA



Ottobre 2007: Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" di Milano.

- Applicazione modello dell'Hospitalist presso la Divisione di Ortopedia e Traumatologia.
- Un Internista esperto ha prestato la sua attività presso tale divisione garantendo 38 ore/settimana distribuite su 5-6 giorni la settimana.

RISULTATI

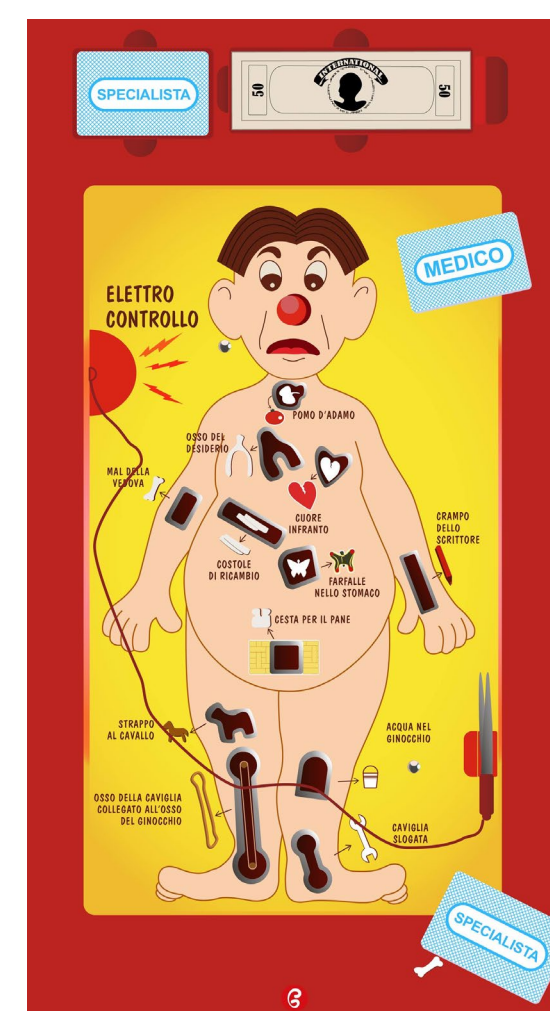
- Riduzione giorni di degenza (17,5 giorni/paziente vs 15,4) soprattutto postoperatoria (10,5 vs 8,8).
- Minor numero di trasferimenti in altri reparti internistici o ad alta intensità di cura (35 vs 20, $p > 0,1$).
- Netta diminuzione degli esami radiologici richiesti e degli esami biochimici.
- Riduzione delle consulenze specialistiche (0,4 consulenze/paziente vs 0,3).
- Riduzione sia di alcune complicanze associate alla qualità della cura prestata (scompenso metabolico, insufficienza respiratoria, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare, sepsi post-operatoria).

Il medico internista e l'Ortopedia: quali competenze, quali modelli? Fabrizio Colombo Direttore Dipartimento Medico Polispecialistico, AO "Ospedale Niguarda Ca' Granda", Milano
Italian Journal of Medicine (2010) 4, 81—83

#ForumRisk18



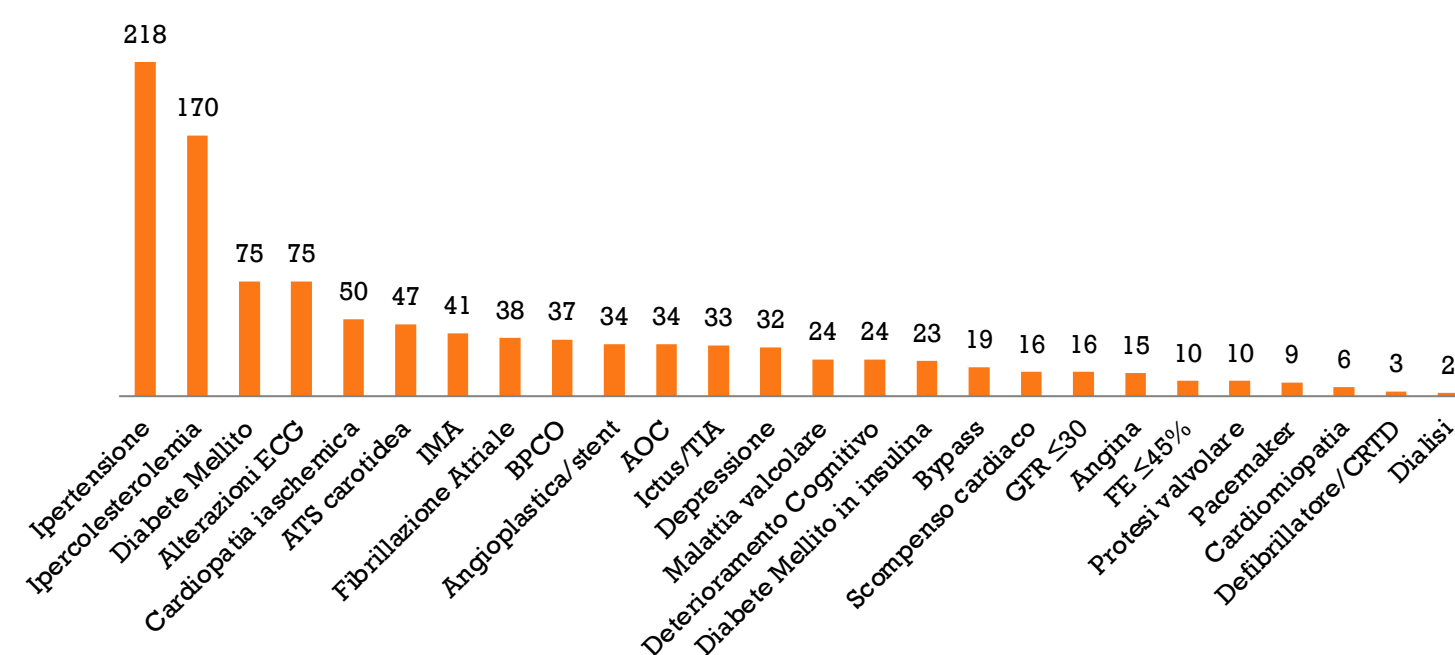
www.forumriskmanagement.it



E nel campo della chirurgica non ortopedica e, soprattutto, per la popolazione non geriatrica può essere utile la “regia” dell’Internista?



Pz con età ≥ 65 anni afferenti dai reparti di **Ch. Generale, Ch. D'Urgenza, Ch. Vascolare, Urologia, Ortopedia, Neurochirurgia** dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari tra **Aprile 2018 ad Aprile 2019** candidati ad intervento di **chirurgia non cardiaca a rischio intermedio e alto**, sottoposti, a valutazione cardiologica pre-operatoria e a screening della fragilità presso la Struttura Semplice Dipartimentale di Valutazione e Consulenza Cardiologica.



Popolazione	≥ 2 Comorbidità
390	337 (86,4%)
297	260 (87,5%)

- 58 pz (19,5%) hanno riportato almeno una complicanza intraricovero*

*non conteggiate le infezioni

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

REALTA' ITALIANA

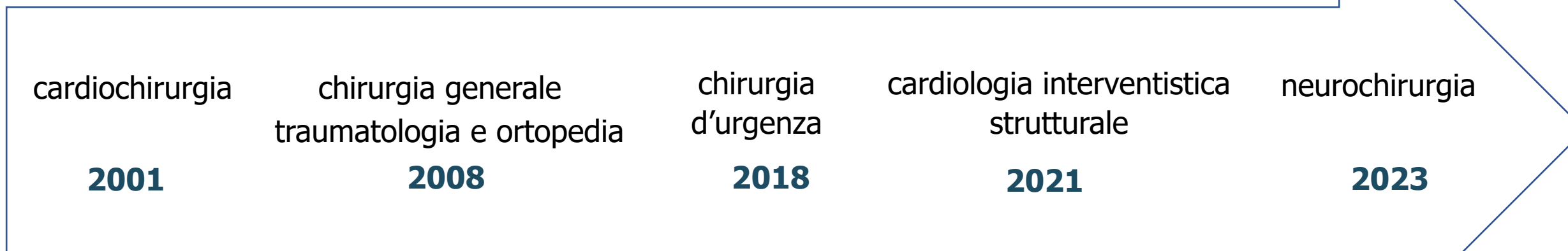


#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi
 Firenze



La prima esperienza di co-management è nata del 2001 in Cardiochirurgia.
 Il co-management tra internisti e chirurghi d'urgenza è definito secondo un PDTA Aziendale.
 L'esperienza più recente è il co-management tra internisti e neurochirurghi.

ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CLINICA IN REPARTO

Quando	Cosa fa	Chi fa
8:00-08:30	Briefing Valutazione Posti letto ed eventuale alert Bed Manager	Chirurghi Internista Rianimatore Infermiere
10:00-12:00	Visita medica integrata e segnalazione pazienti critici al rianimatore referente	Chirurghi Internista
12:00-12:30	Debriefing e consegne infermieri	Chirurghi Internista Infermiere
12:30-13:30	Relazioni di dimissione e chiusura documentazione clinica e SDO Rivalutazione Posti letto ed eventuale alert Bed Manager	Chirurghi Internista
13:30-14:00	Notizie ai familiari	Chirurghi Internista
14:00-14:30	Handover	Internisti
14:30-20:00	Rivalutazione pazienti con problematiche aperte dalla mattina e rivalutazione su chiamata.	Chirurghi Internista
19:30-20:00	Handover con guardia notturna	Chirurghi

O. Para, G. Alemanno, P. Prosperi, C. Nozzoli

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Medical and surgical co-management: is time ripe?

Para Ombretta; Caruso Lorenzo; Fedi Giacomo; Maddaluni Lucia; Nozzoli Carlo.

Internal and Emergency Medicine

Milan Vol. 17, Fasc. 3, (Apr 2022): 935-936. DOI:10.1007/s11739-021-02726-8

Table 2 Surgical procedure performed

Type of surgery	Surgeon with internist	Only surgeon
Colectomy	54 (21.09%)	44 (16.92%)
Appendectomy	70 (27.34%)	72 (27.69%)
Cholecystectomy	42 (16.4%)	43 (16.53%)
ERCP	3 (1.17%)	5 (1.92%)
Ileostomy	15 (5.85%)	18 (6.92%)
Splenectomy	3 (1.17%)	3 (1.15%)
Pancreatectomy	0	1 (0.39%)
Gastrectomy	6 (2.34%)	2 (0.76%)
Hernioplasty	23 (8.98%)	26 (10%)
Other	48 (18.18%)	46 (17.96%)
Total	264 (100%)	260 (100%)

	Surgeon with internist	Only surgeon
Age	59.08 ± 21.3	56.67 ± 23.96
Sex		
Male	140 (53%)	143 (55%)
Female	124 (47%)	117 (45%)
Length of stay (days)	5.9 ± 5.77	5.14 ± 4.58
> 2 Comorbidity	143 (54.4%)	120 (46.5%)
Death	6 (2.27%)	4 (1.5%)
Transfer to ICU	5 (1.89%)	13 (5%)
Antibiotic therapy	209 (79.16%)	183 (70.9%)
Physiotherapy and nutritionist evaluations	8 (3.03%)	1 (0.38%)
Respiratory failure	1 (0.37%)	6 (2.3%)
Metabolic disorder	2 (0.75%)	11 (4.2%)
Electrolyte disturbances	5 (1.89%)	22 (8.5%)
Re-hospitalization after 30 days	11 (4.16%)	30 (11.53%)

CO-MANAGEMENT INTERNISTICO CHIRURGICO
Giugno 2023

S.C. Medicina Interna
ASST Sette laghi, Varese
Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

INTERNISTA dal lun-ven



CHIRURGIA ONCOLOGICA (16 posti letto)

- Briefing mattutino con i chirurghi.
- Giro visite col chirurgo responsabile della corsia.
- Gestione autonoma terapie e valutazione esami ematici.
- Valutazione richieste consulenza area medica.
- R/esami di primo livello in autonomia.
- R/esami di II livello in condivisione con i chirurghi.
- Compilazione cartella clinica.
- Comunicazione col familiare.
- Prescrizione terapia medica alla dimissione.
- Debriefing a fine giornata.

CHIRURGIA ORTOPEDICA (26 posti letto)

- Valutazione pz proposti dagli ortopedici.
- Gestione autonoma terapie ed esami ematici.
- Valutazione richieste consulenza area medica.
- R/esami di primo livello in autonomia.
- R/esami di II livello in condivisione.
- Compilazione cartella clinica.
- Comunicazione col familiare.
- Prescrizione terapia medica alla dimissione.
- Debriefing a fine giornata.

RISULTATI

Attualmente non sono stati ancora oggettivati in termini di dati i risultati di tale esperienza.

FEEDBACK DEL PERSONALE COINVOLTO

- Riduzione del numero di consulenze in carico al reparto di Medicina Interna e numero di consulenze totali di area medica .
- Maggiore soddisfazione del personale medico in termini di qualità del lavoro.
- Maggiore soddisfazione del personale infermieristico in termini di qualità del lavoro.

CO-MANAGEMENT INTERNISTICO CHIRURGICO
2019

SOS Medicina Interna ad Alta Intensità
Ospedale Santo Stefano, Prato

Il paziente viene ricoverato
in relazione alla problematica
prevalente



MEDICINA INTERNA



CHIRURGIA

Giro visite congiunto.

Entrambi gli specialisti hanno:

- Accesso autonomo alla cartella informatizzata.
- Autonomia decisionale su esami ematochimici e richieste radiologiche sempre in un clima di comanagement.

L'internista si occupa della gestione della dimissione e del individuare il setting più adatto

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)
S.C. Medicina Interna
Ospedale San Giovanni di Dio, Gorizia

CO-MANAGEMENT INTERNISTICO CHIRURGICO
Settembre 2022

UNICO REPARTO CHIRURGICO (62 posti letto)

- Ortopedia
- Chirurgia generale
- Urologia
- Maxillo-facciale

WEEK SURGERY (29 posti letto) Dal lun-ven

Un internista appartenente alla SC di Medicina Interna dal Lunedì al Venerdì svolge la propria attività presso il reparto di chirurgia multidisciplinare.

L'internista nel reparto di chirurgia:

- Agisce in autonomia sulle terapie, sulla valutazione e richiesta degli esami ematochimici.
- Valuta la necessità di consulenze di area medica.
- Alcune decisioni clinico-gestionali vengono condivise con il chirurgo.
- Compila una diaria clinica del proprio operato fruibile facilmente per i colleghi chiamati eventualmente in consulenza del week-end per problematiche internistiche non differibili.

Nel Percorso frattura di femore presa in carico il paziente nelle prime 24 h dal ricovero:

- Gestione pre-operatoria condivisa con l'anestesista.
- Gestisce il post operatorio per quanto riguarda le problematiche di pertinenza internistica.
- Individua il paziente che necessita di follow up ambulatoriale post dimissione e lo indirizza negli ambulatori di pertinenza Es. Ambulatorio metabolismo dell'osso, Amb. Diabetologia.

RISULTATI

Attualmente non sono stati ancora oggettivati in termini di dati i risultati di tale esperienza

Divisione Chirurgia Generale,
Centro Trapianti Fegato Rene/Pancreas
ARNAS Brotzu, Cagliari

Dal 2010 sono presenti nell'organico della Divisione Chirurgia Generale, Centro Trapianti Fegato Rene/Pancreas **4 internisti**.

Ruolo dell'internista:

- Gestione del pz candidato a trapianto nel pre-operatorio, valutazione dell'indicazione al trapianto.
- Fase intra-operatoria: esecuzione doppler su fegato trapiantato.
- Valutazione del paziente post-trapianto in UTI.
- Gestione dei pazienti nell'Unità di Semi-Intensiva del reparto.
- Gestione dei drenaggi chirurgici, esecuzione procedure quali toracentesi e paracentesi.
- Gestione della terapia medica, delle complicanze infettive.
- Gestione/medicazione sito infezione in condivisione col chirurgo.
- Individuazione precoce di eventuali complicanze chirurgiche (diagnostica ecografica).
- Gestione dei pazienti comorbili e complicati nel post operatorio andati incontro ad interventi di chirurgia generale.
- Alla dimissione gestione ambulatoriale del paziente trapiantato.

UOC Medicina Interna
Ospedale di Stato San Marino

PROPOSTA IN DIVENIRE DI CO-MANAGEMENT INTERNISTICO CHIRURGICO

- Istituzione di “letti intermedi” a gestione internistica e chirurgica per la gestione di pazienti critici e complessi nel post operatorio.
- Ruolo centrale dell’ecografia internistica per l’individuazione precoce delle complicanze chirurgiche.
- Personale dedicato e formato ad eseguire anche procedure invasive.

Gennaio 2022-Marzo 2022

S.C. Medicina Interna
PO SS Trinità ASL Cagliari

L'allora direttore della SC di Medicina Interna, Dott. Aldo Caddori, decise di avviare un percorso di Co-management Internistico-Chirurgico, durante il periodo COVID, dislocando una sua unità operativa che avrebbe prestato servizio presso il Reparto di Chirurgia del Santissima Trinità dal lunedì al venerdì aiutando i chirurghi nella gestione dei pz chirurgici con infezione da SARS-COV2.

Ruolo dell'internista presso la Chirurgia Generale:

- Presa in carico del paziente dall'ammissione in reparto alla dimissione.
- Gestione delle terapie.
- Gestione delle problematiche internistiche ed eventuali consulenze area medica.
- Valutazione esami ematochimici/richiesta esami diagnostici.
- Dimissione.

Tale progetto è stato interrotto per mancanza di personale presso la SC Medicina Interna.

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Prima esperienza **Ortogeriatría nel 2017-2019** interrotta causa COVID.

S.C. Geriatria
PO SS Trinità ASL Cagliari

Dal 13 novembre 2023 rinasce più strutturata.

Co-management Ortogeriatrico caratterizzato da una Co-leadership ortopedico-geriatra dall'ingresso alla dimissione.

- Valutazione congiunta Ortopedico/Geriatra giornaliera.
- Il geriatra dà disposizioni scritte in cartella, condividendo ed interagendo nelle scelte diagnostiche terapeutiche di loro competenza.
- Gestione autonoma di terapia, richiesta/valutazione esami ematochimici, richiesta esami diagnostici,, valutazione della richiesta di consulenze di area medica.

Garantita la presenza di un geriatra nei giorni feriali con turno 8-14.

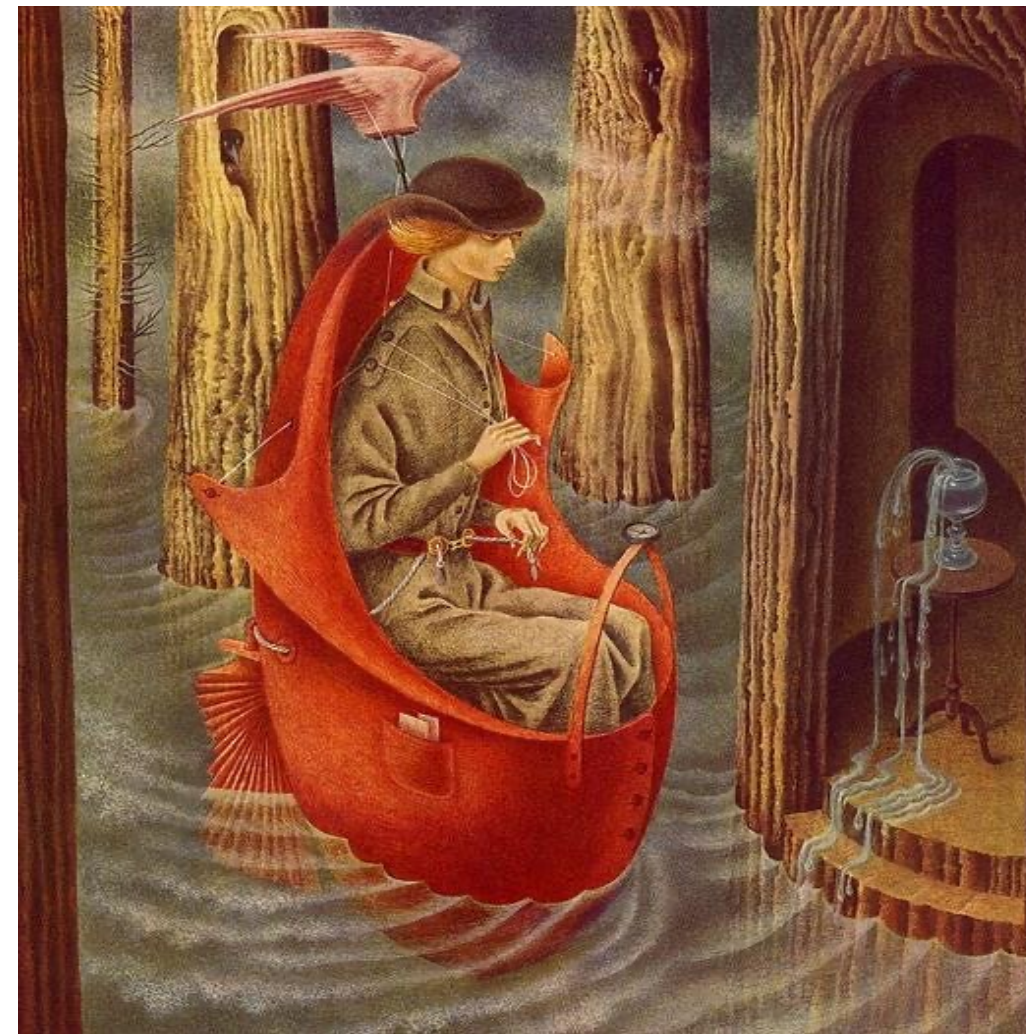
Nei pre-festivi e festivi la gestione di eventuali problematiche sarà a carico della S.C. Geriatria sotto forma di consulenza.

Attualmente in Italia la realtà del CO-MANAGEMENT INTERNISTICO CHIRURGICO è ancora poco diffusa, eterogenea e non standardizzata, nonostante i vantaggi dell'utilizzo di questo modello siano noti da tempo.

- Ogni Unità struttura, organizza e adatta tale modello in base alle proprie esigenze, risorse e necessità.
- La carenza di personale nei reparti internistici può essere un ostacolo alla diffusione di tale modello. Infatti, in tutte le realtà citate gli internisti continuano a fornire ai propri reparti il servizio di guardia notturna e festiva, costretti quindi in alcuni casi, a non garantire la continuità della propria presenza nei reparti chirurgici.
- Molte sono realtà "giovani" e in divenire e per tale motivo non ci sono ancora molti dati riguardo i vantaggi dell'applicazione di tale modello.

OBIETTIVI PER IL FUTURO

- Impegno congiunto per una maggior diffusione di tale modello in Italia.
- Porre in atto interventi volti a miglioramento gli aspetti pratici, gestionali e logistici.
- Formazione di personale dedicato.
- Raccolta dati e produzione di letteratura scientifica riguardante la realtà italiana per verificare e attestare l'efficacia di tale modello gestionale anche nella realtà nazionale.



*Remedios Varo,
Pittrice surrealista messicana.*

“Esplorando le sorgenti del fiume Orinoco”

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)