

# Formazione e competenze nel co-management Medico-Chirurgico

*Andrea Montagnani*  
*Presidente Eletto FADOI*



**Il sottoscritto MONTAGNANI ANDREA**

*ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009,*

dichiara

*che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*

*che negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:*

- .....
- .....
- .....

# EDUCATION FROM FADOI - 2022



## 161 EVENTS

- 119 RESIDENTIAL (RES)
- 3 LEARNING IN PRACTICE (FSC)
- 28 DISTANCE LEARNING
- 1 BLENDED



## PARTICIPATION

More than 10,000 learners and about 25,000 credits distributed



## GROWING

Training activity has grown by over 90 percent since 2011, the year in which the new CME system was launched



## Top-Five Medical Associations Provider CME \*

1. Metis srl - Associazione Scientifica Medici di Medicina Generale – FIMMG (n= 2085)
2. **Fondazione FADOI (n= 1946)**
3. A.I.O - Associazione Italiana Odontoiatri
4. A.I.P.O. - Associazione Italiana Pneumologi
5. S.I.M.G. - Società Italiana di Medicina Generale

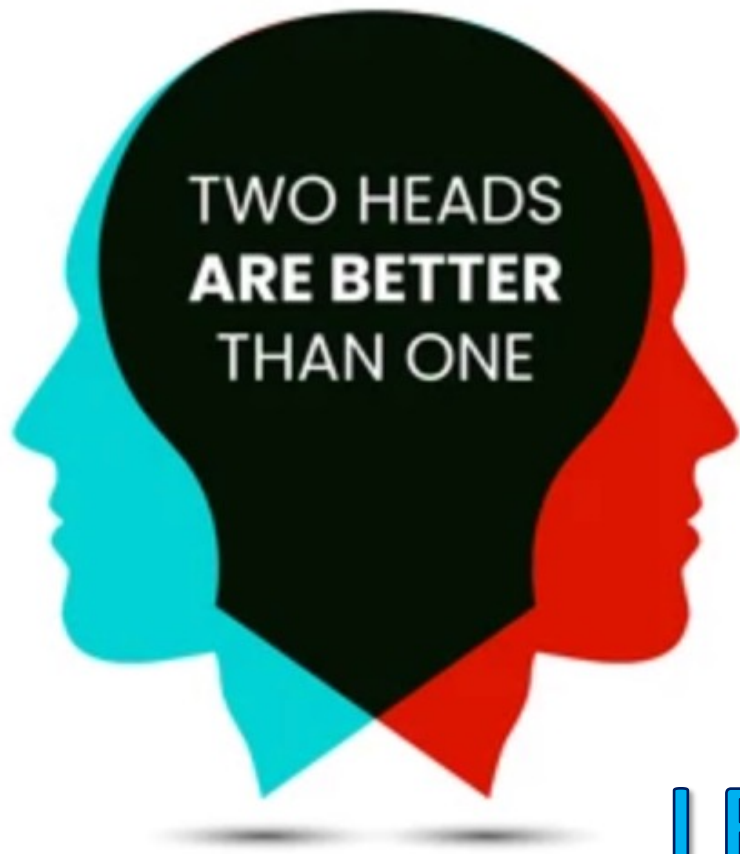
\* Total number of providers

**FADOI BEST PROVIDER CME**  
**«2011-2020»**  
**Category Foundation**

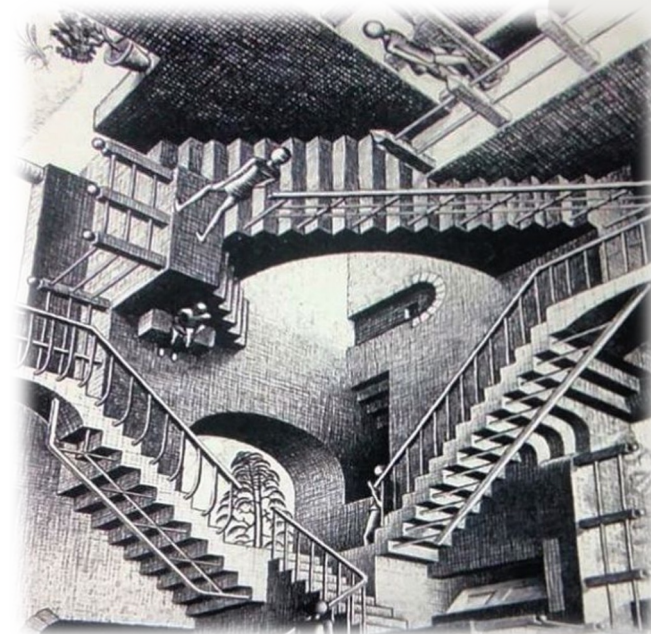


# Co-management Medico-Chirurgico





I PUNTI DI VISTA  
COINCIDONO ?





Two are better than  
one if two act as one.

Mike Krzyzewski



Original Article

Medical and surgical co-management – A strategy of improving the quality and outcomes of perioperative care



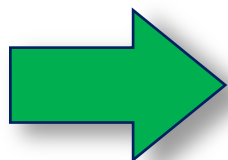
# CO-MANAGEMENT

In general, medical co-management is defined as sharing responsibility, authority, and accountability for the care of a hospitalized patient across clinical specialties.....

.... Co-management relationships are based on written agreement established between surgeon and co-managing internist and use protocols and rules negotiated before initiating patient care.

It requires clearly defined roles between surgeon and internist.

As opposed to traditional consults, that are limited to the specific question, in the co-management arrangement the internist has a more global approach, addressing all medical issues and is directly responsible for the surgical patient's medical problems.



co-management is a collaborative model, patient centered, protocol-driven used to optimize the care of surgical patients.





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejim](http://www.elsevier.com/locate/ejim)



Original Article

Medical and surgical co-management – A strategy of improving the quality and outcomes of perioperative care



All the partners work in an equitable way according to the **rules of engagement**.

In the co-management system, the implementation of patient centered care by a **multidisciplinary** team requires **team work**, structured around a general internal medicine approach, in line with the guidelines.

# Parole chiave

- Collaborazione
- Multidisciplinare
- Team work
- Patient-centered
- Protocol-driven



# Competenze già consolidate da trasferire e adattare in un nuovo modello organizzativo

Chirurgo



Internista/geriatra

The **Society for Hospital Medicine** (SHM) has developed a guide for building a co-management program. The elements identified as crucial for a successful co-management are:

- **Identify the stakeholders** (e.g., surgeons, internists, hospital administrators);
- **Clarify roles and responsibilities** (the role of surgeon and internist should be clearly defined in the co-management agreement);
- **Identify champions** (a person with leadership skill from the medical and surgical groups who moderates the negotiation of the agreement and periodically evaluates the service);
- **Obtain resources and support** (before creating the service the stakeholders should estimate the costs of this service and obtain funding);
- **Measure performances** (evaluate the benefit of the service regarding the clinical outcomes and efficacy of care).

# Competenze già consolidate da trasferire e adattare in un nuovo modello organizzativo

Chirurgo



Competenze consolidate



Internista/Geriatra

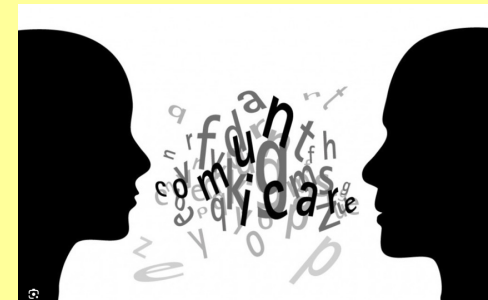
Direzione Strategica



# Il nuovo modello organizzativo richiede di raggiungere nuove competenze:

## Co-management Medico-Chirurgico

Comunicazione

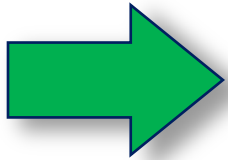


Leadership

Lavoro in team



# NUOVE COMPETENZE: Strumenti ed obiettivi della formazione



Diffondere cultura (SAPERE) sul co-management nei suoi aspetti:

professionali

gestionali

organizzativi

medico-legali



**MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA  
IL PAZIENTE CHIRURGICO COMPLESSO: IL RUOLO  
DELL'INTERNISTA NELL'OSPEDALE SNELLO, A MISURA  
DEL PAZIENTE, ORGANIZZATO PER INTENSITÀ DI CURE**

Guest Editors: A. Fontanella, M. Campanini, C. Nozzoli, R. Nardi

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

RASSEGNE

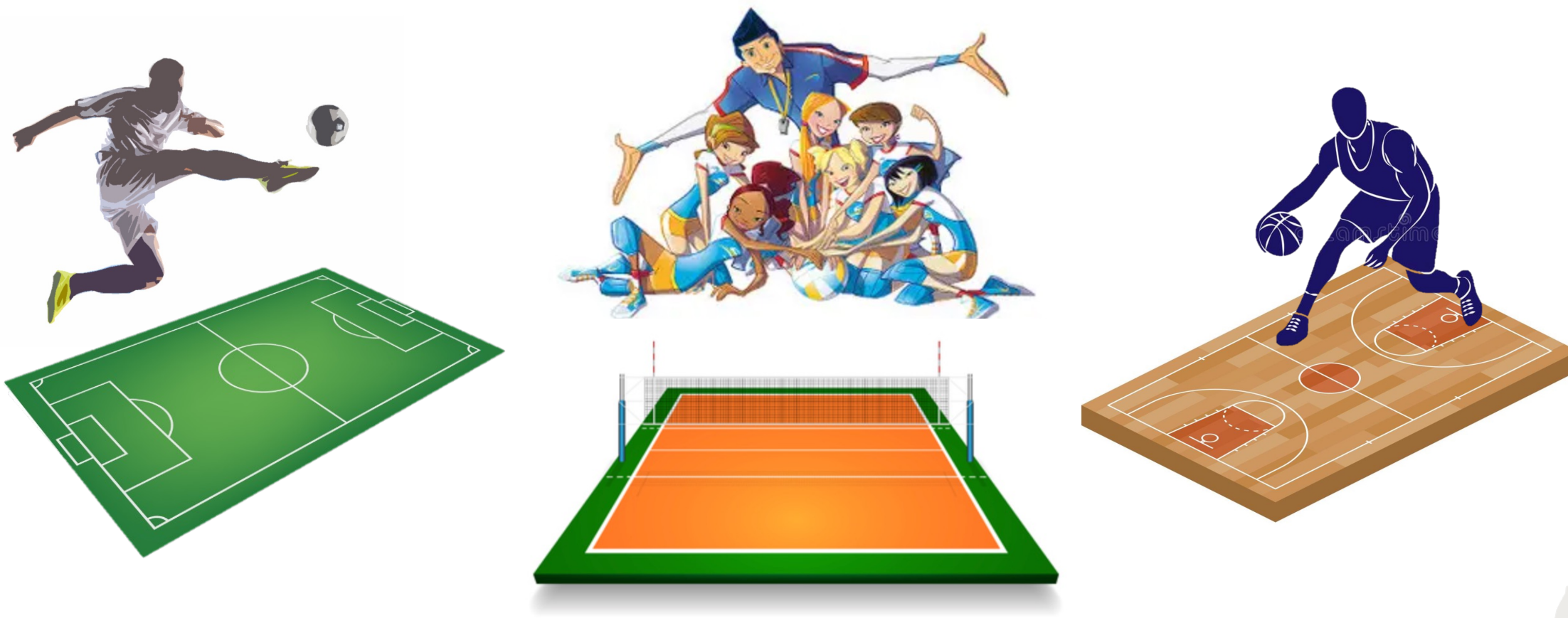
<b>Perché l'internista è necessario nella gestione dei pazienti complessi candidati ad intervento chirurgico</b> .....	1
<i>F. Gilioli, G. Chesi</i>	
<b>La medicina interna nell'assistenza del paziente chirurgico complesso</b> .....	4
<i>M. Fabbri, S. Galli, A. Morettini</i>	
<b>Il paziente cardiopatico</b> .....	9
<i>G. Chesi, F. Gilioli</i>	
<b>Il paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva</b> .....	20
<i>M. Candela</i>	
<b>Il paziente diabetico</b> .....	27
<i>L. Morbidoni</i>	
<b>La chirurgia nel grande anziano: rischi e opportunità</b> .....	35
<i>A. Greco, M. Greco, G. D'Onofrio, G. Paroni, D. Sancarlo, M. Lauriola, D. Seripa</i>	
<b>Il paziente candidato ad intervento chirurgico a rischio trombo-embolico</b> .....	40
<i>R. Re, M. Campanini</i>	
<b>Concetto di Ospedale snello, hospitalist e di co-management</b> .....	49
<i>I. Stefani, A. Mazzone</i>	
<b>L'internista nel reparto di Ortopedia: il percorso del paziente ricoverato per frattura prossimale di femore</b> .....	54
<i>R. Nardi, M. Mazzetti, C. Marchetti</i>	
<b>L'internista nel reparto di neurochirurgia</b> .....	60
<i>C. Cicognani, S. Zaccaroni</i>	
<b>L'internista nel reparto di ostetricia</b> .....	67
<i>A. Maina, V. Donvito, L. Balbi</i>	
<b>L'internista nel Centro Trapianti di fegato</b> .....	78
<i>L. Fontanella, M. Imparato</i>	
<b>La gestione del dolore post-operatorio in ambito internistico</b> .....	89
<i>M. Bosco, R. Bertè, G. Civardi</i>	
<b>La sindrome da rialimentazione</b> .....	98
<i>R. Risicato, G. Scanelli, L. Tramontano, U. Politti</i>	

<b>Terapia infusione pre-intra-post-operatoria: solamente un problema dell'anestesista?</b> .....	107
<i>F. Sgambato, G. Pinna, S. Prozzo, E. Sgambato</i>	
<b>Il paziente ad elevato rischio emorragico: valutazione e management</b> .....	120
<i>A.M. Pizzini, I. Iori</i>	
<b>La gestione perioperatoria o periprocedurale della terapia anticoagulante-antiaggregante in elezione e in urgenza</b> .....	131
<i>A. Fontanella, R. Re</i>	
<b>Le complicanze mediche e gli eventi avversi indesiderabili più frequenti nel paziente internistico complesso operato</b> .....	139
<i>M. Silingardi</i>	
<b>Pazienti chirurgici ricoverati in Medicina Interna: i pazienti a rischio, selezione delle priorità e delle emergenze urgenze e pianificazione dell'assistenza</b> .....	148
<i>P. Gnerre, M. Gambacorta, A. Percivale</i>	
<b>Qualità, indicatori ed audit come strumento di miglioramento nell'assistenza del paziente complesso in chirurgia</b> .....	155
<i>S. De Carli, A. Montagnani</i>	
<b>Quali proposte ed evidenze per nuovi modelli organizzativi in cui l'internista può assumere un ruolo fondamentale?</b> .....	162
<i>A. Fontanella, M. Campanini</i>	



# NUOVE COMPETENZE: Strumenti ed obiettivi della formazione

➤ Produrre formazione prevalentemente sul campo (SAPER FARE)



# NUOVE COMPETENZE:

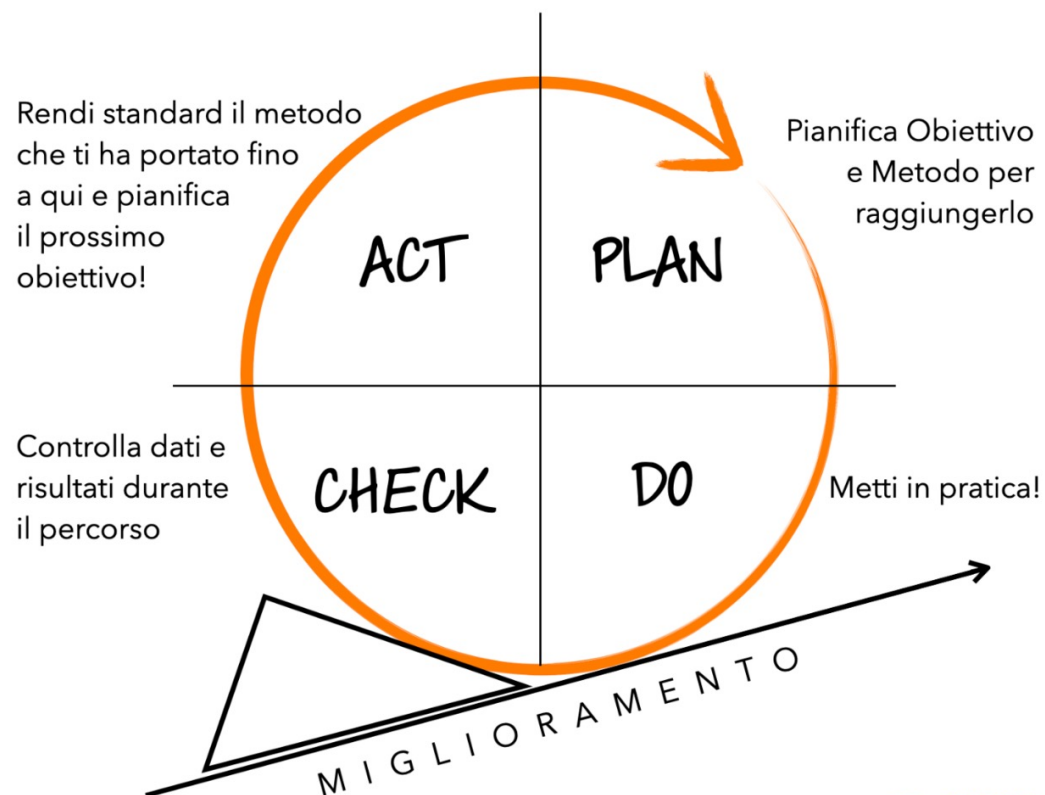
## Strumenti ed obiettivi della formazione

- **Facilitare la implementazione dei nuovi modelli organizzativi determinando un benchmark di contesto**
  - Sperimentare
  - Misurare
  - Valutare/analizzare
  - Modificare/applicare

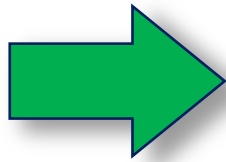
## Qualità, indicatori ed *audit* come strumento di miglioramento nell'assistenza del paziente complesso in chirurgia

Stefano De Carli,<sup>1</sup> Andrea Montagnani<sup>2</sup>

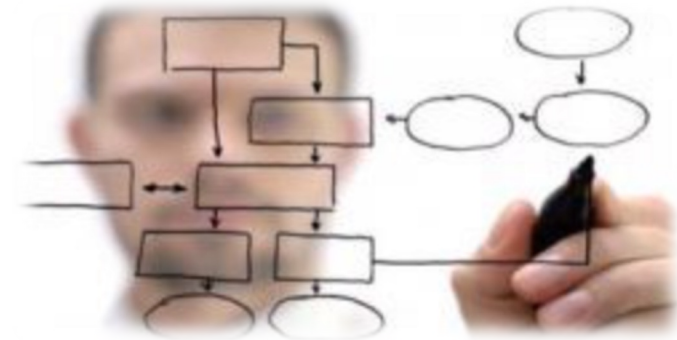
### Ciclo di Deming



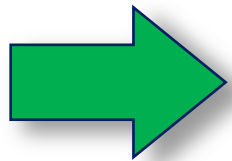
# Ruolo delle Società scientifiche:



Diffondere e migliorare la cultura sia professionale che organizzativa sul co-management medico-chirurgico



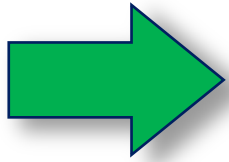
## Ruolo delle Società scientifiche:



Insieme ad altre società scientifiche interessate, stabilire obiettivi, standardizzare procedure e stabilire benchmarks da diffondere tramite linee guida e/o consensus



# Ruolo delle Società scientifiche:

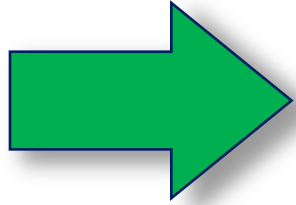


Facilitare l'introduzione al cambiamento con cicli di miglioramento e raccolta di dati secondari (registri):

1. Lettura di una situazione di partenza
2. Condivisione delle criticità e degli obiettivi di miglioramento contestualizzati
3. Costruzione di una road-map di crescita
4. Misurare, dare feed-back e nuovi obiettivi
5. Arrivare alla certificazione dei livelli di competenza individuale, di team e di struttura.



# FADOI può avere un ruolo:



1. **SCRIVERE LINEE GUIDA o CONSENSUS** su patologie di interesse specificatamente ospedaliero *(in questo caso medicina peri-operatoria)*
  - a) Aspetti clinici
  - b) Aspetti organizzativi
2. **CREARE MODELLI DI ANALISI** dei livelli di **COMPETENZA** non solo individuale ma soprattutto di UO
3. **PROPORRE PERCORSI DI MIGLIORAMENTO** delle linee guida e/o consensus e **EFFETTIVITÀ** che si basino sulle competenze
4. **IL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO** devono essere **CERTIFICATI** **EFFETTIVI RAGGIUNTI**





Grazie



