



Il ruolo dello specializzando

O. Asci, I. Maserati, A. Visigalli



UNIVERSITÀ DI PARMA



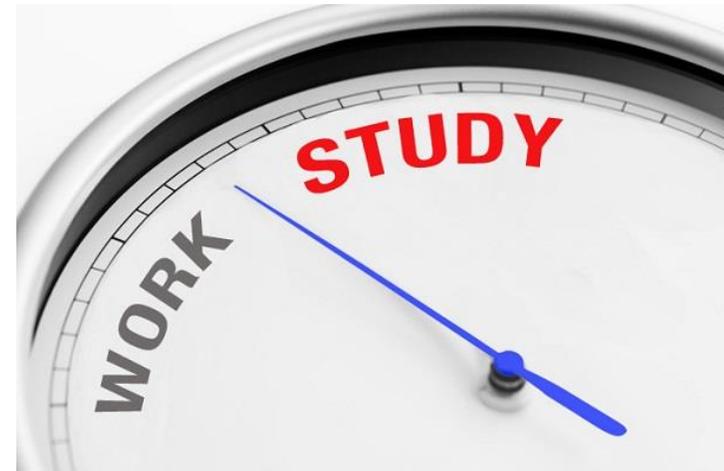
Chi è lo specializzando?

Medico abilitato non ancora specialista o medico già specialista che vuole ottenere una seconda specializzazione



Impianto formativo in Italia

La scuola di specializzazione è definita dal contratto di formazione-lavoro dal D.Lgs. n.368/99



Impianto formativo in Italia

Elenco di 2 pagine di obiettivi generici

ginecologica, i trapianti, l'endoscopia urologica sia diagnostica che operativa, l'ecografia urologica, la radiologia interventistica, la laparoscopia, la chirurgia robotica, la litotrixxia extracorporea con onde d'urto.

OBIETTIVI FORMATIVI

Obiettivi formativi integrati (ovvero tronco comune): lo specializzando deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nella diagnosi clinica e strumentale e nel trattamento, anche in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie chirurgiche. Lo specializzando deve acquisire le conoscenze fondamentali di fisiopatologia dei diversi organi ed apparati, le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per il riconoscimento delle malattie che riguardano i diversi sistemi dell'organismo, le conoscenze teoriche e pratiche dei principali settori di diagnostica strumentale e di laboratorio relative alle suddette malattie, l'acquisizione della capacità di valutazione delle connessioni ed influenze intermistiche e specialistiche. Deve pertanto saper riconoscere i sintomi e i segni clinico-funzionali con cui si manifestano le malattie di vari organi ed apparati, avendo acquisito le conoscenze fondamentali diagnostiche, terapeutiche, psicologiche ed etiche necessarie per una visione globale del paziente. A tal fine deve maturare la capacità di inquadrare clinicamente il paziente sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo; sviluppare capacità diagnostiche critiche ed analitiche; acquisire familiarità con le principali procedure diagnostiche ed indagini laboratoristiche-strumentali; riconoscere ed essere in grado di affrontare le principali emergenze mediche; familiarizzarsi con le risorse terapeutiche per programmare l'uso ottimale e riconoscerne le indicazioni e controindicazioni, così come gli effetti di interazione e i possibili incidenti iatrogeni; acquisire le nozioni fondamentali relative alle metodologie di ricerca clinica ed alle sperimentazioni farmacologiche; conoscere le problematiche fondamentali relative a prevenzione, sanità pubblica e medicina sociale. Lo specializzando deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nel riconoscimento e nel trattamento, in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie. Infine lo specializzando deve anche conoscere, sotto l'aspetto clinico e terapeutico, le più comuni patologie di competenza delle altre tipologie della classe.

1. Per la tipologia **CHIRURGIA GENERALE** (articolata in cinque anni di corso) gli obiettivi formativi sono:
obiettivi formativi di base: l'apprendimento di approfondite conoscenze di fisiopatologia, anatomia chirurgica e medicina operatoria; le conoscenze necessarie per la valutazione epidemiologica e l'inquadramento dei casi clinici anche mediante sistemi informatici; l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari secondo le più recenti direttive.
Lo Specializzando deve acquisire la base di conoscenza necessaria ad organizzare e gestire la propria attività di chirurgo in rapporto alle caratteristiche delle strutture e del territorio nelle quali è tenuto ad operare; la conoscenza degli aspetti medico-legali relativi alla propria professione e le leggi ed i regolamenti che governano l'assistenza sanitaria;
obiettivi formativi della tipologia della Scuola: apprendere le conoscenze fondamentali di Anatomia Topografica rilevanti per l'esame clinico obiettivo di Medicina operatoria, i principi di asepsi e antisepsi, le problematiche inerenti l'organizzazione e l'igiene ambientale delle Sale Operatorie. Conoscere lo strumentario chirurgico ed i materiali di sutura nonché le tecniche e metodiche chirurgiche tradizionali ed alternative.
Acquisire un'approfondita conoscenza di base e la relativa esperienza pratica per una valutazione clinica complessiva della malattia e del paziente sulla scorta delle conoscenze di patologie cliniche, anatomia patologica, fisiopatologia chirurgica, metodologia clinica e diagnostica strumentale e per immagini e per l'indicazione al tipo di trattamento medico o chirurgico più efficace in funzione dei rischi, dei benefici e dei risultati per ogni singolo paziente. Essere in grado di scegliere le soluzioni chirurgiche ritenute più idonee nel trattamento della malattia chirurgica sia sotto il profilo delle indicazioni che tecnico.
Avere le conoscenze adeguate per affrontare le problematiche relative all'impostazione e gestione del decorso post-operatorio e dei controlli a distanza.
Acquisire le adeguate competenze multidisciplinari che consentano allo specialista una corretta impostazione del caso clinico che vada al di là della esclusiva competenza tecnico-chirurgica e tale da inserirlo in un lavoro di équipe che si faccia carico, in senso complessivo, della fase pre e post operatoria.
Sono **obiettivi affini o integrativi:** acquisire le conoscenze di base e l'esperienza necessaria per diagnosticare e trattare anche chirurgicamente le patologie di competenza specialistica di più frequente riscontro in chirurgia generale (chirurgia plastica e ricostruttiva, toracica, vascolare, pediatrica, urologia, ginecologica, ortopedia) o caratterizzate dall'indifferibilità di un trattamento in urgenza;
riconoscere, diagnosticare ed impostare il trattamento definendo in una visione complessiva la priorità nei casi di patologia o lesioni multiple, in pazienti che richiedono l'impiego necessario di altri specialisti (cardiologia, neurochirurgia, chirurgia maxillofaciale)
Sono **attività professionalizzanti obbligatorie** per il raggiungimento delle finalità didattiche della tipologia:
- almeno 30 interventi di alta chirurgia di cui il 10% come primo operatore. Il resto come secondo operatore;
- almeno 80 interventi di media chirurgia di cui il 25% come primo operatore. Il resto come secondo operatore;

- almeno 325 interventi di piccola chirurgia di cui il 40% come primo operatore. (Sono incluse le procedure di chirurgia ambulatoriale e in D.H.). Il resto come secondo operatore.

- aver prestato assistenza diretta e responsabile con relativi atti diagnostici e terapeutici in un adeguato numero di pazienti in elezione, critici e in emergenza/urgenza.

Lo Specializzando deve aver prestato attività di assistenza diretta per almeno 2 semestri complessivi in chirurgia d'urgenza pronto soccorso e del trauma, in anestesia e rianimazione e nelle chirurgie specialistiche previste dall'ordinamento secondo le modalità definite dal Consiglio della Scuola.

Potrà concorrere al diploma dopo aver completato l'attività chirurgica.

Nella preparazione tecnica è consigliabile, ove possibile, lo studio della medicina operatoria sul cadavere. E' inoltre utile un corso di addestramento con simulatori virtuali e box per l'esercizio in tecniche laparoscopiche. La tecnica di base della micro chirurgia sperimentale va appresa in laboratorio con un corso propedeutico.

Lo specializzando potrà concorrere al diploma dopo aver completato le attività professionalizzanti.

Lo specializzando, nell'ambito del percorso formativo, dovrà apprendere le basi scientifiche della tipologia della Scuola al fine di raggiungere una piena maturità e competenza professionale che ricomprenda una adeguata capacità di interpretazione delle innovazioni scientifiche ed un sapere critico che gli consenta di gestire in modo consapevole sia l'assistenza che il proprio aggiornamento; in questo ambito potranno essere previste partecipazione a meeting, a congressi e alla produzione di pubblicazioni scientifiche e periodi di frequenza in qualificate istituzioni italiane ed estere utili alla sua formazione.

gli unici obiettivi formativi esistenti sono racchiusi, per ogni specializzazione, in due pagine generiche del DIM 68/2015. In altri Paesi, per esempio, esistono curriculum standardizzati di più di 300 pagine per disciplina.

Impianto formativo nel Regno Unito

Curriculum nazionale di **351**
pagine

- **Profilo** dello specialista in uscita
- **Syllabus** delle **competenze** generali e specialistiche strutturato per *learning outcomes* (divisi in pratiche, teoriche e comportamentali)
- Tecniche di **insegnamento** (sul campo e formali)
- Tecniche di **valutazione** (sul campo e formali) da applicare per ogni *learning outcome*
- **Portfolio** che certifica le competenze

The Intercollegiate Surgical Curriculum

Educating the surgeons of the future

General Surgery

From October 2013

Including Simulation
(Updated 2015 and 2016)

ISCP INTERCOLLEGIATE
SURGICAL
CURRICULUM
PROGRAMME



La burocrazia e compito dello specializzando?



- Dirimere gran parte della burocrazia
- Compilare di cartelle cliniche
- Compilare lettere di dimissione
- Richiedere esami e consulenze

Ait S&B > Sanità



Ortopedici e burocrazia, 410 minuti al giorno per i moduli

Otodi analizza in un sondaggio il "Tempo perso"

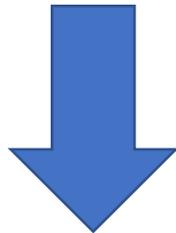
Redazione ANSA ROMA 23 febbraio 2022 09:51



Crescita formativa



Aumento
esperienze



Aumento
responsabilità

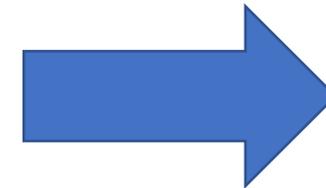


Aumento
competenze

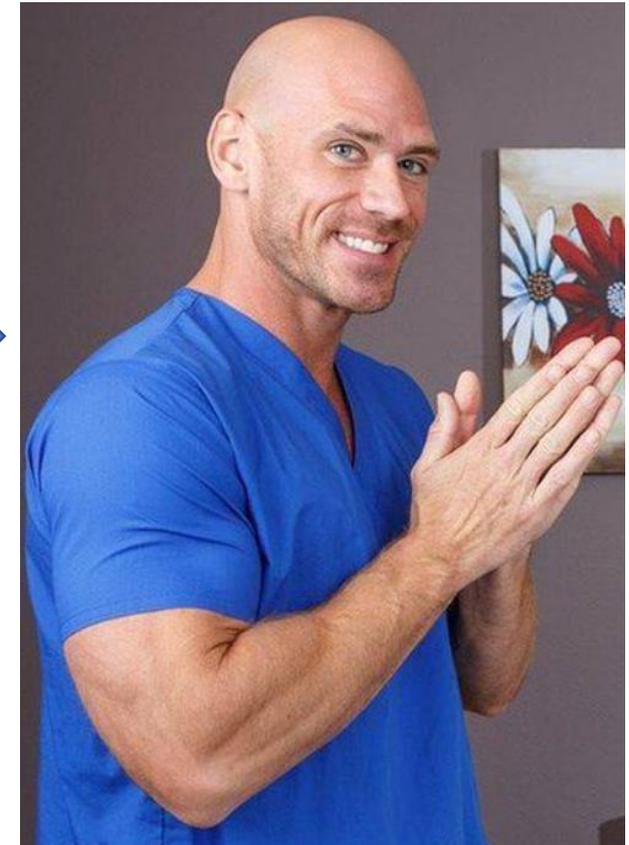


Errori medico-
legali

I° ANNO



V° ANNO



Ortopedia VS Giudice

- Procedimenti medico-legali sempre in aumento
- Ortopedia è una delle specializzazioni maggiormente coinvolte

ARTICOLO ORIGINALE

GIOT FEBBRAIO 2011;37:27-32

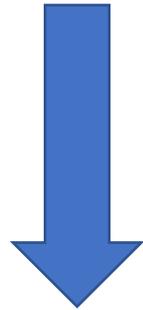
27

**RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE
IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**
Professional liability in Orthopaedics
and Traumatology



Specializzando VS Giudice

Anche lo specializzando risponde delle proprie azioni



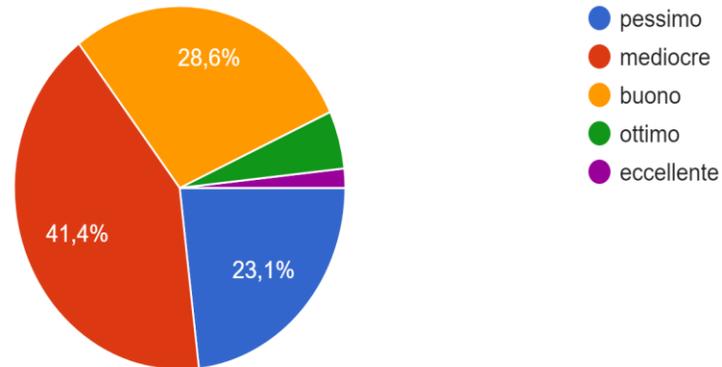
è dotato di autonomia limitata che gli impone di rifiutare attività che non è in grado di compiere, salvo risponderne a titolo di colpa per assunzione



Crescita formativa

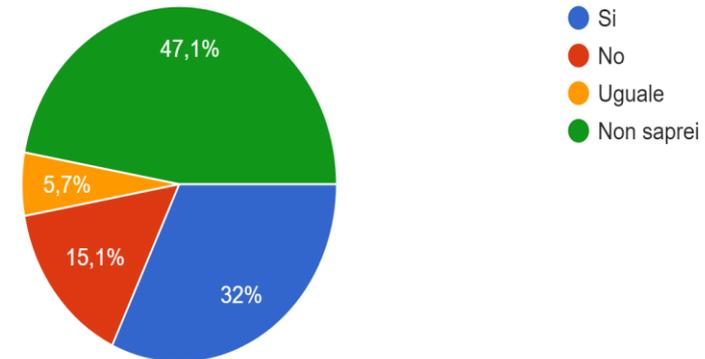
Come reputi la formazione (lezioni frontali, webinar, seminari) erogata dalla tua scuola di specializzazione e il programma di studio proposto?

350 risposte



Confrontandoti con colleghi/e di altre Scuole, hai notato che il loro Programma Formativo fosse migliore di quello della Scuola che frequenti?

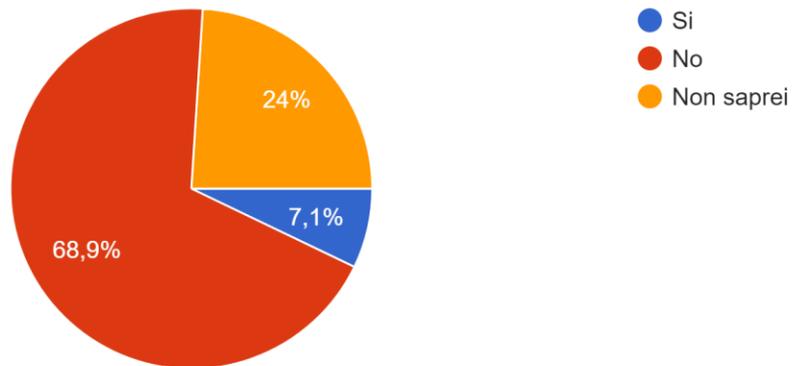
350 risposte



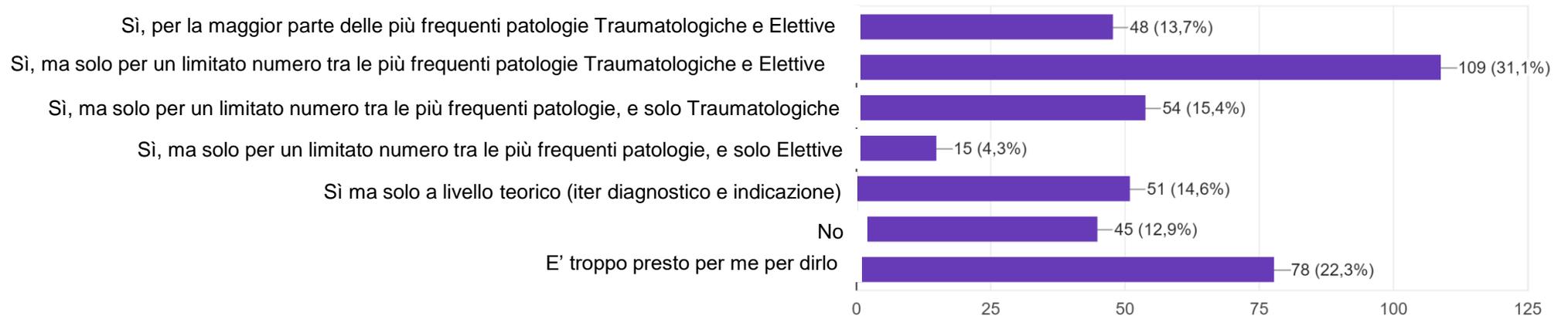
Crescita formativa

Pensi che il Programma Formativo sia adeguato, anche alla luce della possibilità di essere assunto già dal Terzo Anno di specializzazione, secondo DL Calabria?

350 risposte



Con l'attuale Proposta Formativa, reperi che alla fine del tuo percorso sarai pronto per affrontare gli aspetti essenziali (diagnosi, indicazione, trattamento) della professione in modo indipendente? (più di una risposta accettabile)

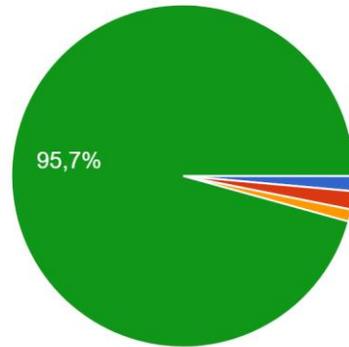


Crescita formativa-DL Calabria



Hai sottoscritto un contratto di assunzione con DL Calabria?

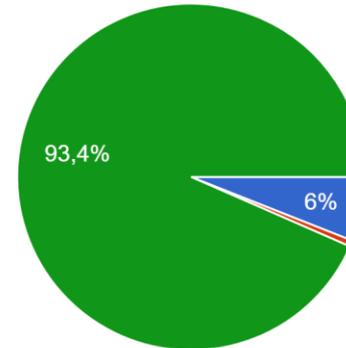
350 risposte



- Si, dal III anno
- Si, dal IV anno
- Si, dal V anno
- No

Se hai sottoscritto un contratto con DL Calabria credi che le opportunità della tua formazione siano migliorate?

350 risposte



- Si
- No, sono rimaste uguali
- No, sono peggiorate
- Non ho sottoscritto il contratto

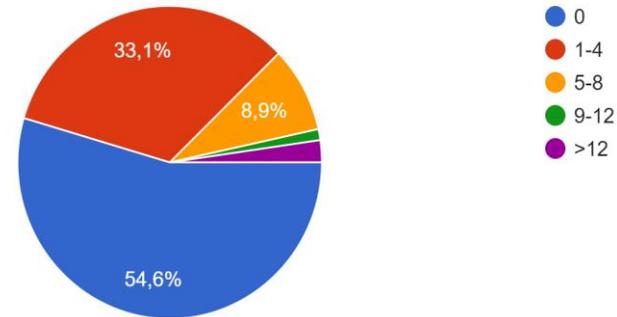
37/ 42
Scuole di Specializzazione

	III ANNO	IV ANNO	V ANNO
n° assunti in DL Calabria/ n° Totale	6/288	34/220	98/213
% assunti per anno	2%	15%	46%

Crescita formativa

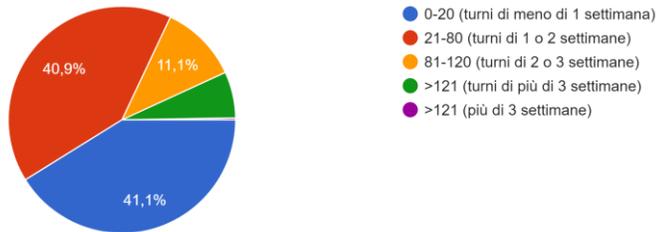
Mediamente quanti Interventi fai come Primo Operatore, al MESE?

350 risposte



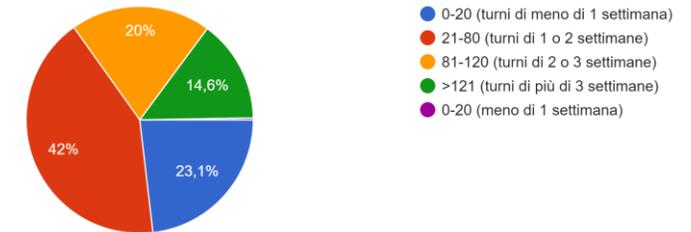
Mediamente quante ore di Sala Operatoria fai al MESE?

350 risposte



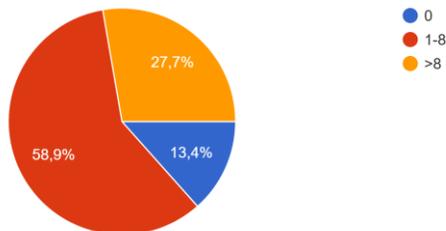
Mediamente quante ore di Reparto fai al MESE?

350 risposte



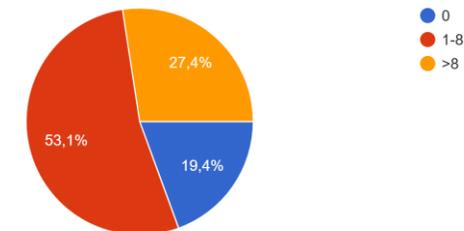
Mediamente quante ore di Ambulatorio fai a SETTIMANA?

350 risposte



Mediamente quante ore di Pronto Soccorso Ortopedico/ Sala Gessi fai a SETTIMANA?

350 risposte





Residency ToDate

Certificazione delle competenze ed equità formativa

Documento a cura dell'Associazione Italiana Specializzandi in
Ortopedia e Traumatologia
presentato alla Giunta del Collegio dei Professori di I fascia Med/33

Roma, 10 Dicembre 2021

La formazione medica specialistica è oggetto di continue attenzioni da parte della Politica, e non solo per la fragilità che il Servizio Sanitario Nazionale ha mostrato durante la prima ondata COVID-19.

Il percorso post lauream dei giovani medici risulta ad oggi stravolto e decisamente ad andamento incerto rispetto a soli due anni addietro.

Se l'introduzione del concorso nazionale di accesso alle Scuole di Specializzazione aveva promosso nuove opportunità per tutti, e se il DM 402/2017 ha profondamente ridimensionato l'eterogeneità tra gli standard minimi disciplinari, strutturali e assistenziali proposti dai singoli Atenei, dopo l'approvazione del Decreto Calabria¹ sono emerse le gravi lacune riguardo l'assunzione progressiva di responsabilità²: **la certificazione delle competenze dei medici specializzandi da parte dei Direttori e dei Tutor, infatti, non è stata affatto scontata³. Ma non poteva essere altrimenti, vigendo ancora oggi l'assenza di piani formativi nazionali univoci, basandosi solamente su obiettivi formativi generici racchiusi in poche righe⁴.**

Tuttavia, la logica emergenziale, spesso serve a creare brecce che poi si protraggono nel tempo consolidando ed allargandosi, sacrificando anni di ragionamento e confronti su riforme strutturate e condivise, cedendo il passo ai sondaggi.

Finalmente, dopo oltre 2 anni dalla possibilità da parte dei medici specializzandi di essere assunti già dal terzo anno a sostituzione dei Dirigenti Medici, **verranno discussi in Conferenza Stato-Regioni i decreti attuativi che puntano a uniformare le modalità pratiche di presa di servizio**, bloccando il discrezionale placet costituito da molti pesi e molte misure anche in seno allo stesso Ateneo, Azienda, Regione.. soprattutto nel periodo emergenziale⁵.

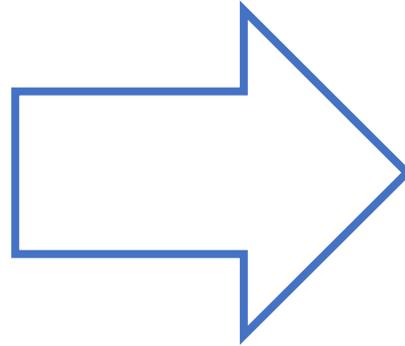
E questo non è un traguardo, ma un necessario punto di partenza e una prima tutela per i colleghi che

Successivamente, all'inizio alcuni timidi colleghi, oggi la quasi totalità hanno sottoscritto contratti secondo Decreto Calabria, e abbiamo raccolto una crescita esponenziale di **soddisfazione professionale e di autonomia lavorativa**. Tuttavia il Decreto Calabria già sta mostrando il rovescio della medaglia: infatti stiamo assistendo ad un **plateau di attività effettuate**, soprattutto in sala operatoria perché non si è stati formati per raggiungere competenze riguardo la chirurgia maggiore e complessa.

Crescita formativa



esperienza



complicanze

The Journal of TRAUMA® Injury, Infection, and Critical Care

The Standard Gamma Nail: A Critical Analysis of 1,000 Cases

Christian Kukla, MD, Thomas Heinz, MD, Christian Gaebler, MD, Georg Heinze, PhD, and Vilmos Vécsei, MD

Background: The continuous increase in the number of fractures of the proximal femur is directly attributable to the worldwide increase in life expectancy. The standard version of the Gamma Interlocking-Nail (standard Gamma nail [SGN], 200-mm length, 10-degree valgus curvature, two distal locking bolts) was designed because of the demands in orthopedic hip surgery to develop an implant stable enough to mobilize old patients as soon as possible to avoid further morbidity and mortality.

Methods: Between the years 1992

and 1998, 1,000 consecutive patients with peritrochanteric fractures were stabilized by using the SGN and included in this study. Special emphasis was given to the evaluation of the learning curve of the department of traumatology (not of single surgeons) and the influence of prognostic factors on the outcome of such operations.

Results: The results of this study show that increasing “department experience” resulted in a reduction of the intraoperative complication rate by a factor of 0.5 ($p = 0.0001$) per year. This means that

even an inhomogeneous mass of 78 surgeons can lower the rate of intraoperative complications by 50% per year because of increased experience. The number of early postoperative complications annually decreased by a factor of 0.8 ($p = 0.0042$).

Conclusion: Late postoperative complications correlate negatively with the patient’s age (odds ratio, 0.9; $p = 0.0001$).

Key Words: Peritrochanteric hip fracture, Incidence, Standard Gamma nail, Learning curve.

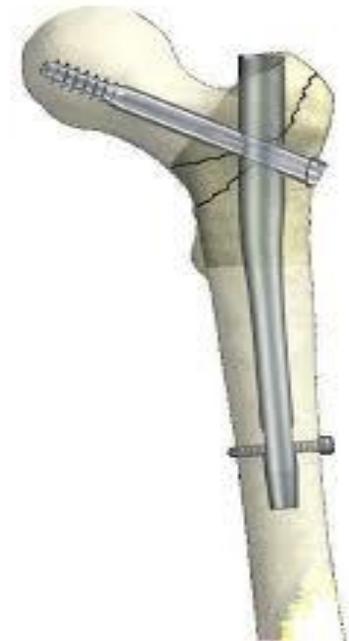
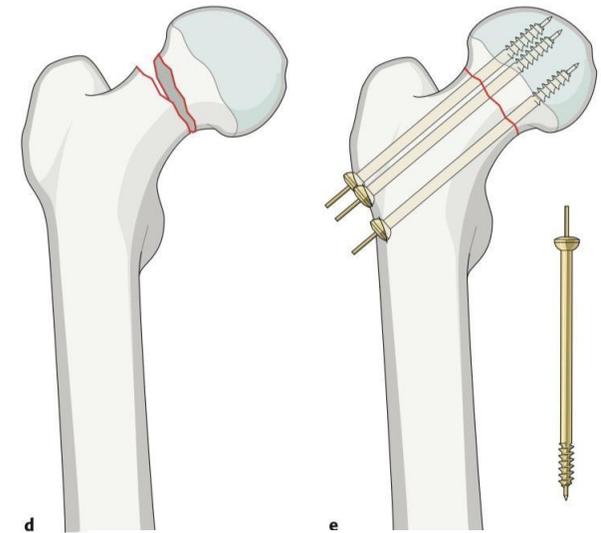
Trauma and Orthopedic Surgery Curriculum Concordance: An Operative Learning Curve Trajectory Perspective

Luke Hopkins, MBBCh, MRCS, * David B.T. Robinson, MBBCh, MRCS, * Christopher Brown, MBBCh, MRCS, * Richard Egan, MD, FRCS, † Awen Iorwerth, FRCS, * Mark Holt, MA, * and Wyn G. Lewis, MD, DSc *

IN SALA OPERATORIA

Le prime esperienze chirurgiche di un giovane Ortopedico:

- Riduzione e sintesi con VITI CANNULATE (31.B)
- Riduzione e sintesi con CHIODO ENDOMIDOLLARE (31.A)



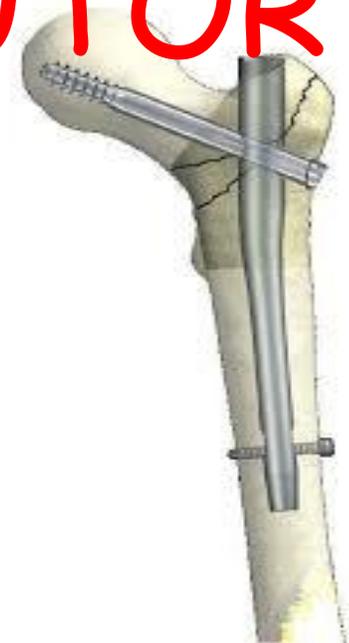
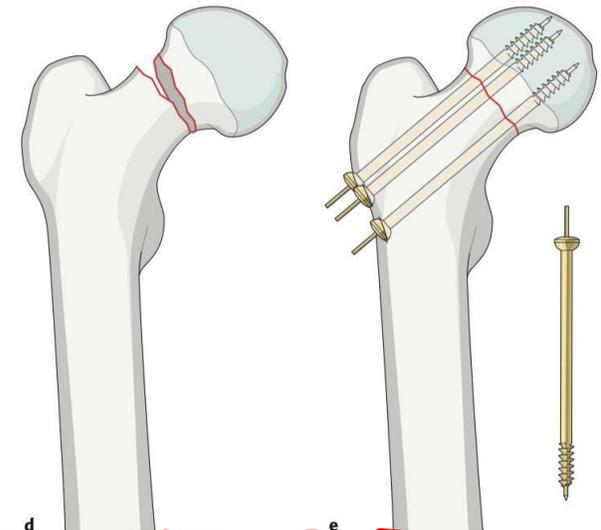
IN SALA OPERATORIA

Le prime esperienze chirurgiche di un giovane Ortopedico:

Sotto supervisione di TUTOR

- Riduzione e sintesi con VITI CANNULATE (31.B)

- Riduzione e sintesi con CHIODO ENDOMIDOLLARE (31.A)



Junior vs Senior

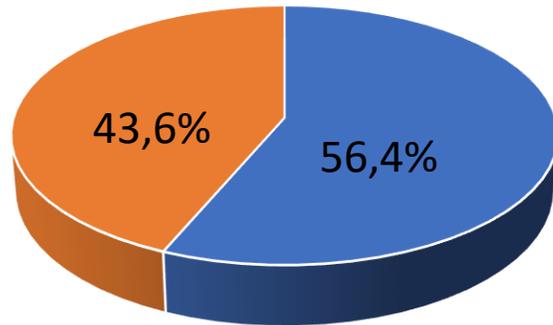


■ Chirurgo
Junior

VS

■ Chirurgo
Senior

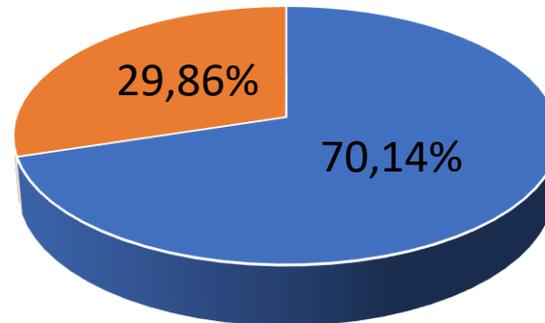
BIENNIO 2015-2016



CHIRURGO JUNIOR:

163 INTERVENTI SU
289 TOTALI

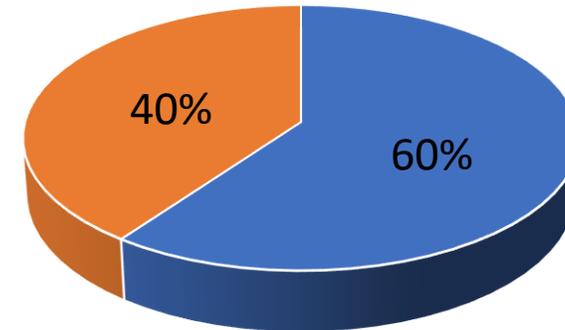
BIENNIO 2017-2018



CHIRURGO JUNIOR:

148 INTERVENTI SU
211 TOTALI

BIENNIO 2019-2020



CHIRURGO JUNIOR:

132 INTERVENTI SU
203 TOTALI

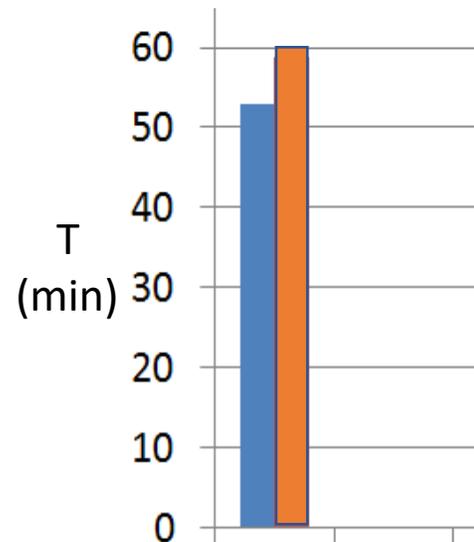
Junior vs Senior

■ Chirurgo Junior

VS

■ Chirurgo Senior

BIENNIO 2015-2016

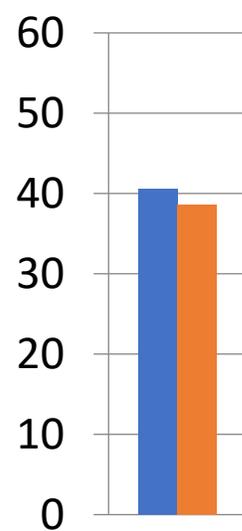


Chirurgo Junior: 52,86 minuti

VS

Chirurgo Senior: 58,87 minuti

BIENNIO 2017-2018

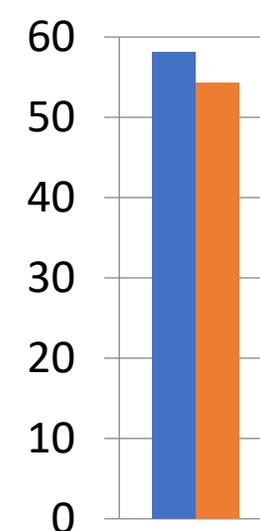


Chirurgo Junior: 38,63 minuti

VS

Chirurgo Senior: 40,55 minuti

BIENNIO 2019-2020



Chirurgo Junior: 54,22 minuti

VS

Chirurgo Senior: 58,14 minuti

Junior vs Senior

Table 3. Postoperative complications

Complication	Group I: <i>n</i> (%)	Group II: <i>n</i> (%)
Recurrent laryngeal nerve palsy		
Unilateral		
Temporary	4 (2.66) ^a	3 (2.17) ^a
Permanent	0 (0)	1 (0.72) ^a
Bilateral		
Temporary	1 (1.33)	1 (1.44)
Permanent	0	0
Hypoparathyroidism		
Temporary	15 (20)	14 (20.28)
Permanent	0	0
Bleeding requiring urgent reintervention	1 (1.33)	0
Wound infection	0	1 (1.44)
Seroma	0	1 (1.44)
Mortality	0	0
Incidental parathyroidectomy	2 (2.66)	3 (4.34)
Total no. of complications	23 (30.66)	24 (34.78)



Surg Today (2008) 38:879–885
DOI 10.1007/s00595-008-3760-4

SURGERY TODAY
© Springer 2008

Original Articles

Complications of Total Thyroidectomy Performed by Surgical Residents Versus Specialist Surgeons

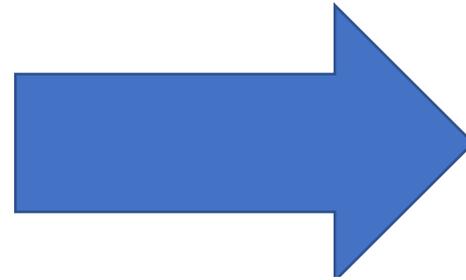
ALI U. EMRE¹, GÜLDENİZ KARADENİZ ÇAKMAK¹, OGE TASCILAR¹, BÜLENT H. UCAN¹, OKTAY İRKORUCU¹, KEMAL KARAKAYA¹, HAKAN BALBALOĞLU¹, SAMİ DİBEKLIOĞLU¹, MESUT GÜL¹, HANDAN ANKARALI², and MUSTAFA COMERT¹

Departments of ¹Surgery and ²Biostatistics, Zonguldak Karaelmas University School of Medicine, Arastirma ve Uygulama Hastanesi Bashekimligi, 67600 Kozlu, Zonguldak, Turkey

Imparare dagli errori



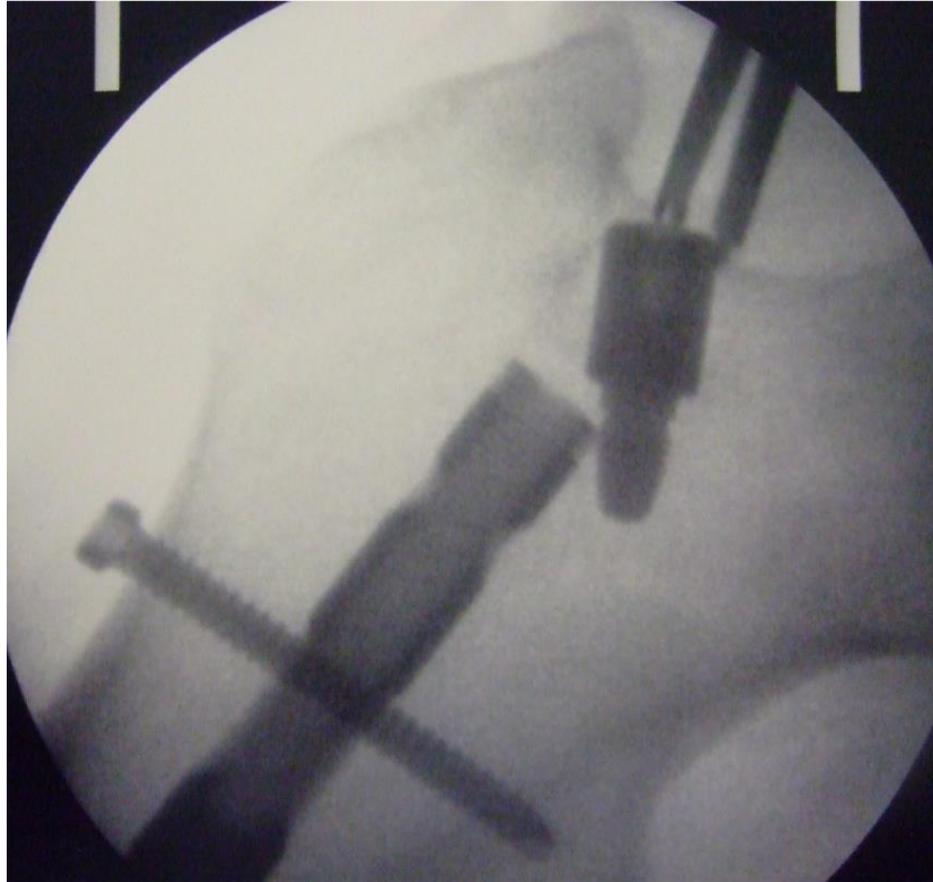
Scorretta sutura per piani



Imparare dagli errori



Errato posizionamento della vite di bloccaggio



Rottura fresa endomidollare

Conclusioni

- **Univocità** del programma formativo ed **uniformità** di formazione sul territorio nazionale, adattandolo alla crescente richiesta di autonomia precoce.
- **Potenziamento** e sfruttamento della **rete formativa**, promuovendo e semplificando anche i periodi extrarete, fellowship all'estero.
- **Collaborazione** tra le scuole di specializzazione.
- **Formazione, valutazione e scelta ponderata dei Tutor.**

Lo SCALPELLO Journal (2022) 36:71-74
doi number: 10.36149/0390-5276-354

Education

Take home message

Valutazione delle competenze

La **valutazione** per ogni competenza deve essere **costante, frequente**, e da più prospettive.

La **certificazione** deve essere l'insieme delle valutazioni e dei feedback ricevuti dai tutor, **non una firma messa a lato di una voce in elenco.**

Solo in questo modo si potrà mettere a fuoco con la giusta risoluzione in maniera puntuale ed omogenea quali sono i gradi di autonomia acquisiti in modo progressivo da ciascun medico in formazione, e definirne i crescenti livelli di responsabilità.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!