

LA MANCANZA DI PERSONALE

Incentivare le vocazioni chirurgiche, rispondere alle esigenze formative

Alessandro Giardino, MD, PhD, FACS, FRCS

Presidente eletto Collegio Italiano dei Chirurghi

giardinochir@gmail.com



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20 Years
2006-2025

ROADMAP



CARENZA DI CHIRURGHICI IN ITALIA: dato reale o percepito?



CARENZA VOCAZIONALE: i numeri e il perché



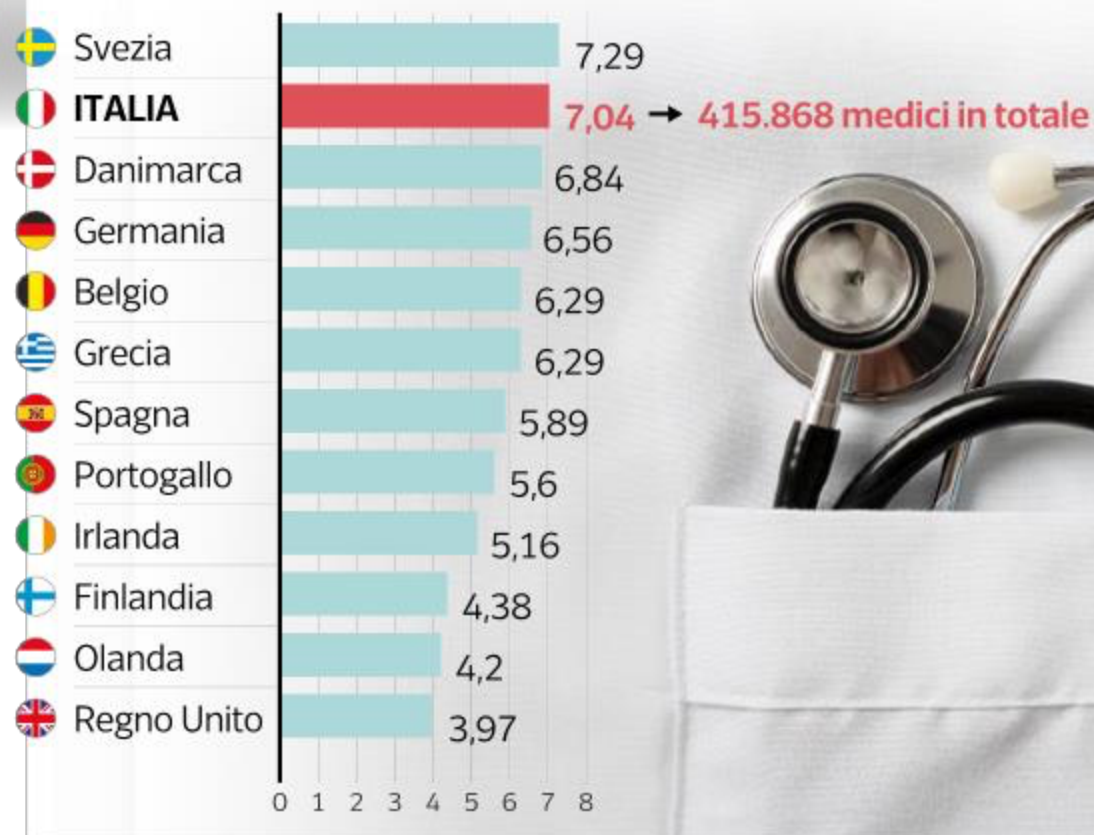
TRAINING CHIRURGICO IN ITALIA E ALL'ESTERO – state of art



RISULTATI DELLA SURVEY NAZIONALE

Medici iscritti all'Ordine professionale: confronto con l'Europa

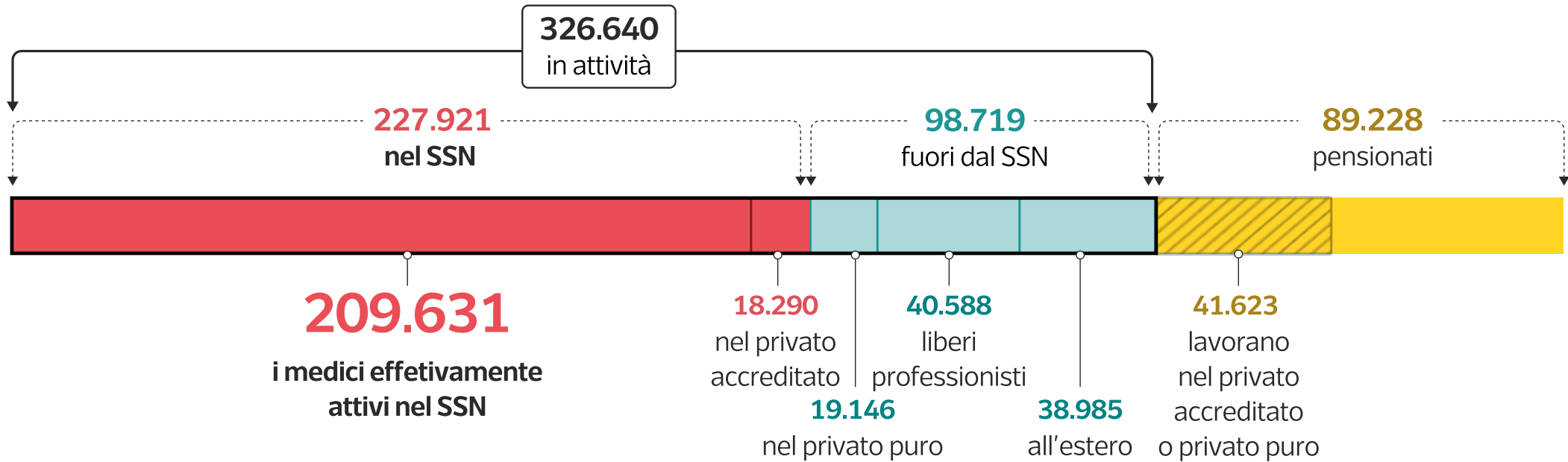
(numero di medici ogni 1.000 abitanti)



Fonte: Centro studi FnomCeO, Antonio Magi, dicembre 2024

Dove lavorano

TOTALE **415.868**



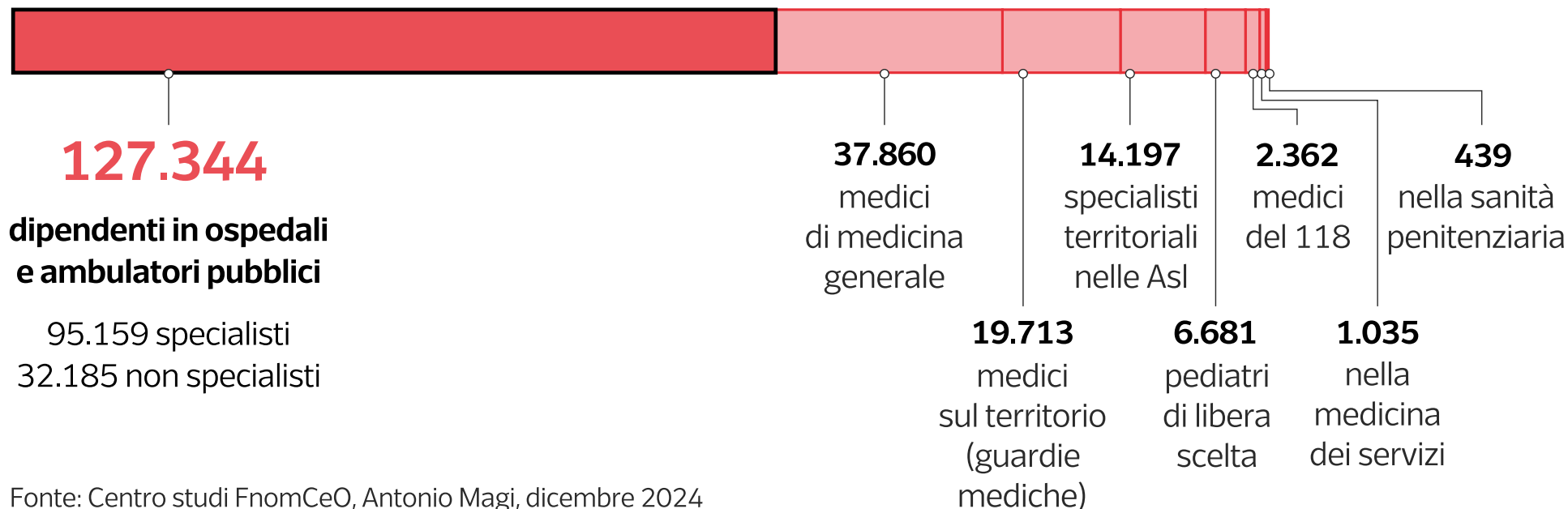
Fonte: Centro studi FnomCeO, Antonio Magi, dicembre 2024



Medici attivi nel SSN

209.631

così distribuiti

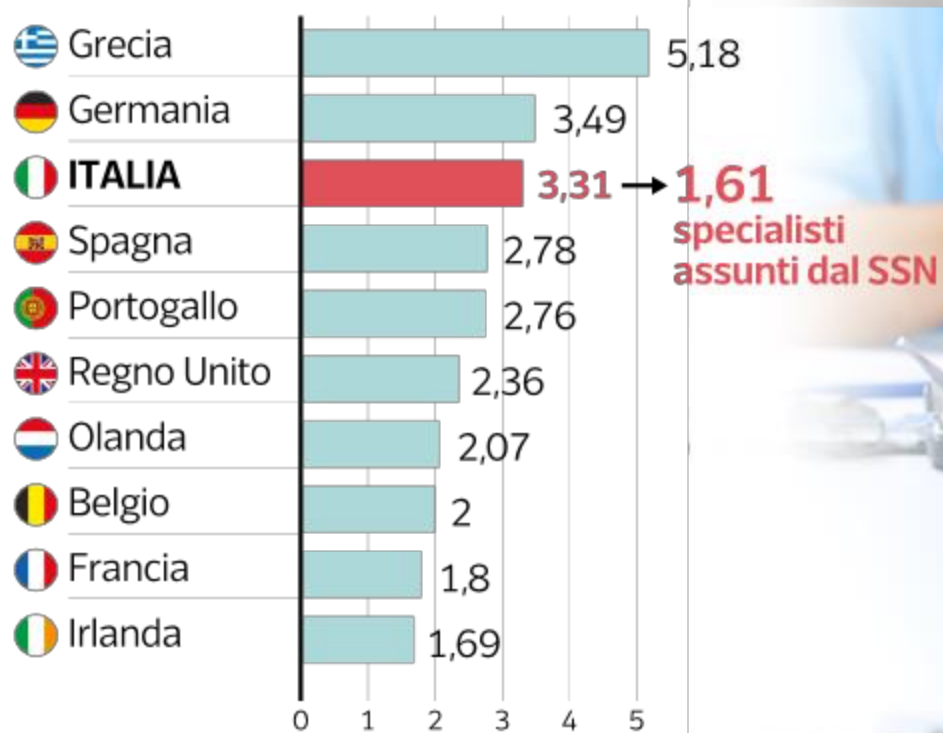


Fonte: Centro studi FnomCeO, Antonio Magi, dicembre 2024



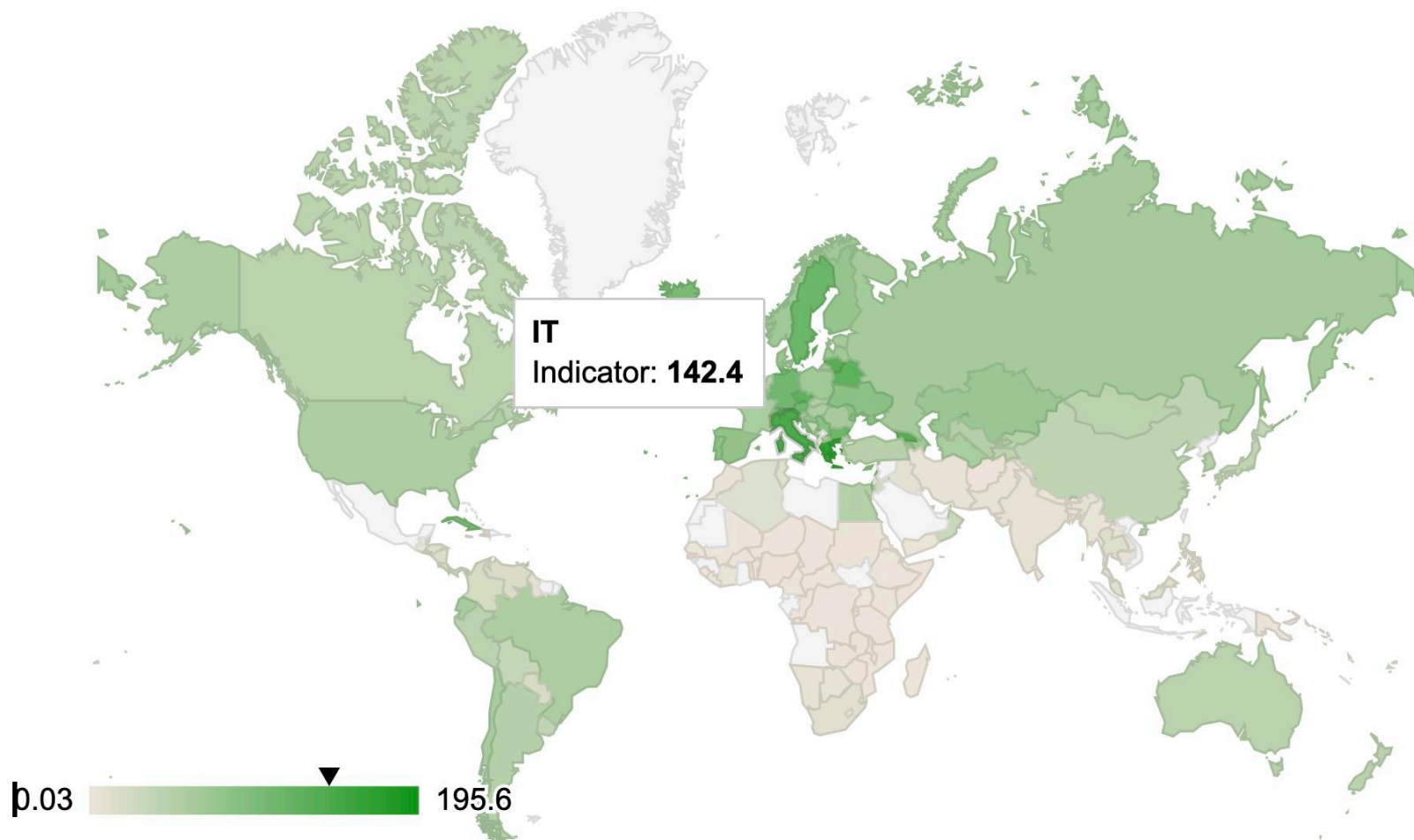
Gli specialisti: confronto con l'Europa

(numero di specialisti ogni 1.000 abitanti)



Fonte: Centro studi FnomCeO, Antonio Magi, dicembre 2024

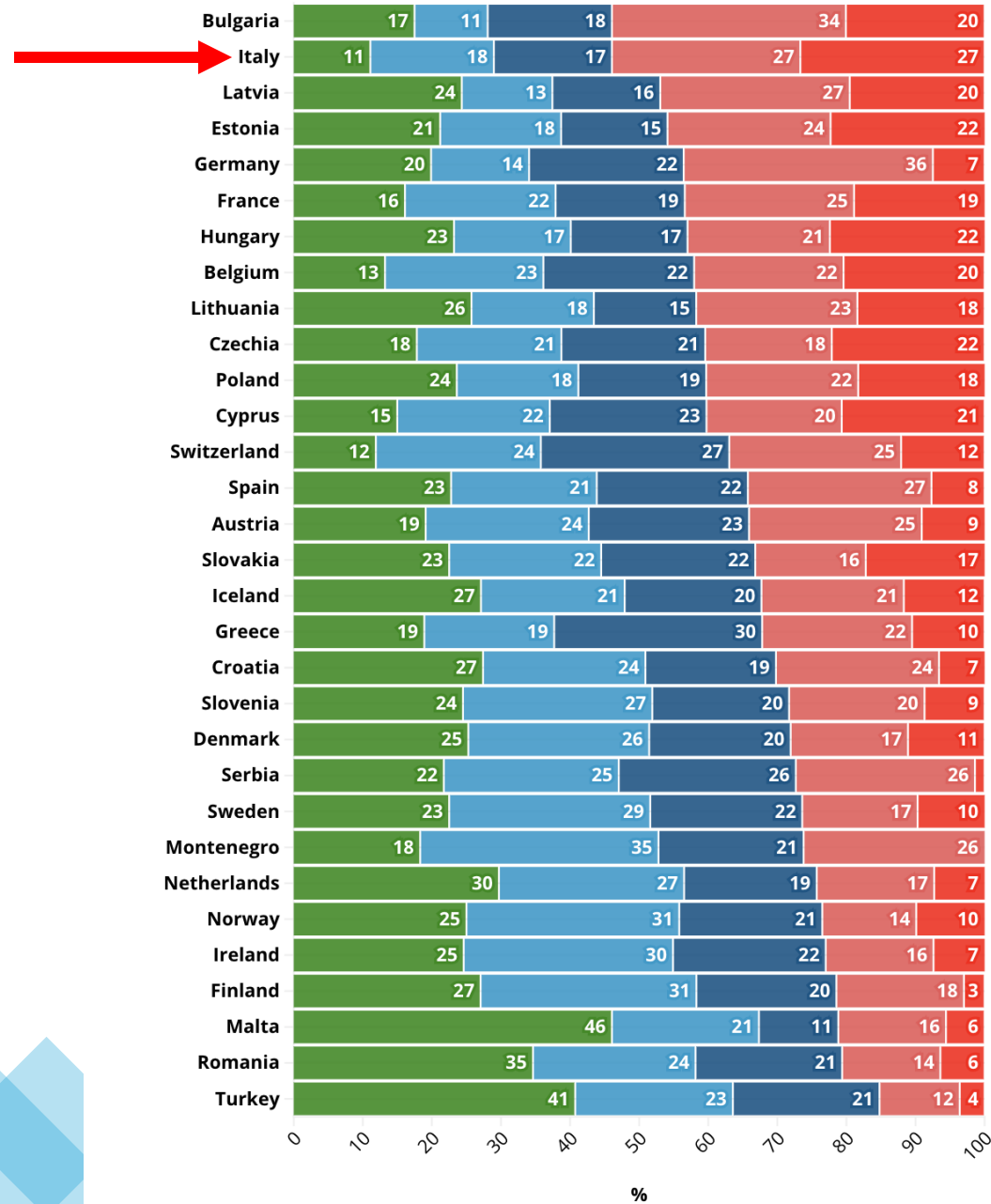
Infografica: Sabina Castagnaviz



CHIRURGHI SPECIALISTI

Doctors by age groups (2022)*

■ Less than 35 years
 ■ From 35 to 44 years
 ■ From 45 to 54 years
 ■ From 55 to 64 years
 ■ 65 years and over



Entità dei contratti a bando e non assegnati nel primo scaglione del concorso di specializzazione d'area medica SSM2025

Contratti di specializzazione				Contratti di specializzazione			
Scuola di Specializzazione	Banditi	Non Assegnati	%	Scuola di Specializzazione	Banditi	Non Assegnati	%
Microbiologia e virologia	110	88	80%	Neuropsichiatria infantile	242	13	5%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	117	92	79%	Chirurgia Vascolare	124	5	4%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	283	216	76%	Medicina del lavoro	213	8	4%
Radioterapia	141	92	65%	Otorinolaringoiatria	207	7	3%
Statistica sanitaria e Biometria	50	32	64%	Medicina fisica e riabilitativa	387	12	3%
Medicina di comunità e delle cure primarie	136	87	64%	Malattie dell'apparato respiratorio	260	7	3%
Medicina e Cure Palliative	165	101	61%	Psichiatria	577	15	3%
Medicina nucleare	85	49	58%	Ginecologia ed Ostetricia	567	14	2%
Chirurgia Toracica	94	43	46%	Ortopedia e traumatologia	491	10	2%
Medicina d'emergenza urgenza	976	439	45%	Radiodiagnostica	703	9	1%
Nefrologia	345	136	39%	Allergologia ed immunologia clinica	87	1	1%
Chirurgia Generale	662	247	37%	Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	89	1	1%
Malattie Infettive e Tropicali	240	70	29%	Neurologia	357	4	1%
Anatomia patologica	183	49	27%	Neurochirurgia	132	1	1%
Audiologia e foniatria	38	8	21%	Medicina legale	171	1	1%
Ematologia	223	46	21%	Endocrinologia e malattie del metabolismo	227	1	0%
Geriatria	370	75	20%	Pediatria	860	1	0%
Genetica medica	75	15	20%	Chirurgia maxillo facciale	56	0	0%
Anestesia Rianimazione	1458	284	19%	Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	110	0	0%
Igiene e medicina preventiva	571	110	19%	Reumatologia	117	0	0%
Medicina interna	847	122	14%	Malattie dell'apparato cardiovascolare	652	0	0%
Scienza dell'alimentazione	73	9	12%	Malattie dell'apparato digerente	233	0	0%
Cardiochirurgia	120	8	7%	Medicina termale	8	0	0%
Urologia	276	18	7%	Dermatologia e venereologia	146	0	0%
Chirurgia pediatrica	64	4	6%	Oftalmologia	244	0	0%
Oncologia medica	321	19	6%	TOTALE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE	15283	2569	17%

- 11% borse non assegnate branche chirurgiche
- 46% chir toracica, 37% chir generale



Crollo specializzandi, solo 10mila 16mila posti. Le ragioni

dici e borse di

Il caso all'Università

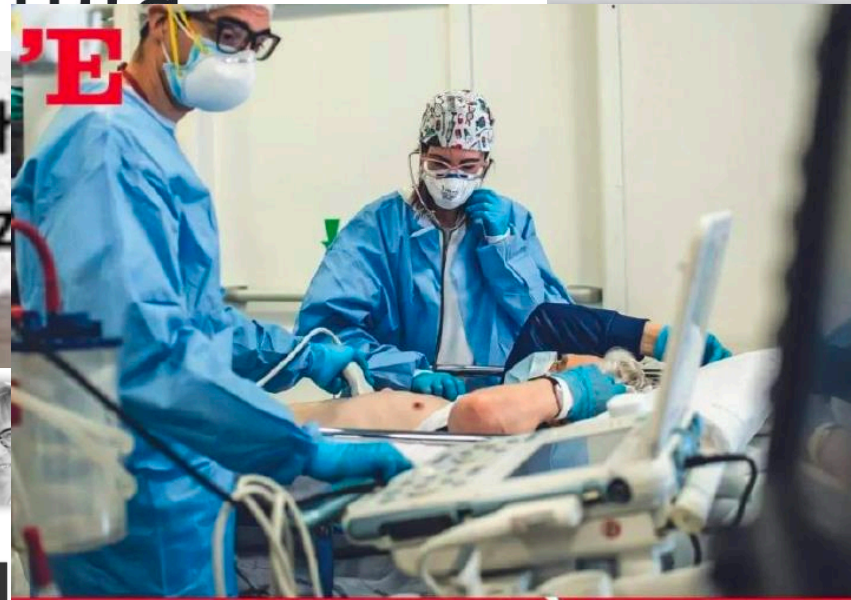
Medicina, nuova bufera
specializzandi in rivolta
«Basta fare i segretari»

Stress e
lavoro,
speciali
dagli os

ar
epopea degli specializz



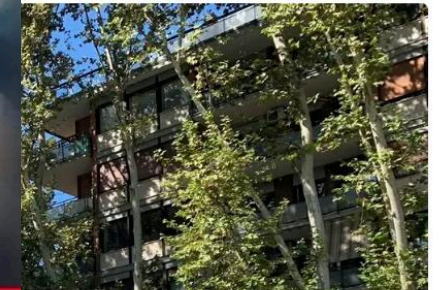
Sanità: 41



quotidiano**sanità**.it

zando non è solo esecutore di
ndo piena autonomia, risponde
attività

verata presso una casa di cura che, dopo
alle cure di una specializzanda che non era
odo appropriato. A seguito di complicazioni la
ui faceva seguito un gravissimo shock settico,
capacità di procreare e insufficienza renale
per il medico, la specializzanda e la casa di



di Mic

CORRIERE DELLA SERA

Salute

In c

Formazione dei medici, va superata la dicotomia tra università e ospedali

di Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaa Assomed

«È indispensabile salvaguardare la professione sotto attacco continuo se non
vogliamo privare il SSN della sua linfa vitale». A Roma gli Stati generali della
formazione medica e sanitaria, il 31 maggio e 1 giugno

LA NOSTRA SANITÀ SI REGGE SUGLI SPECIALIZZANDI GIOVANI, SFRUTTATI E SENZA DIRITTI

Reggono reparti, si sottopongono a turni estenuanti che mal si conciliano con le lezioni, si
prendono responsabilità che non dovrebbero pesare su di loro. Lavora così la metà dei 50 mila
specializzandi. Indispensabili e sfruttati dal sistema. Uno dei nostri servizi dell'inchiesta di
copertina sullo sfascio della sanità italiana

COMPLETAMENTE IGNORATI

Marianna Ricciardi

La manifestazione degli specializzandi in Medicina

CRISI VOCAZIONALE

PERCHÈ?

SI PUÒ INVERTIRE?



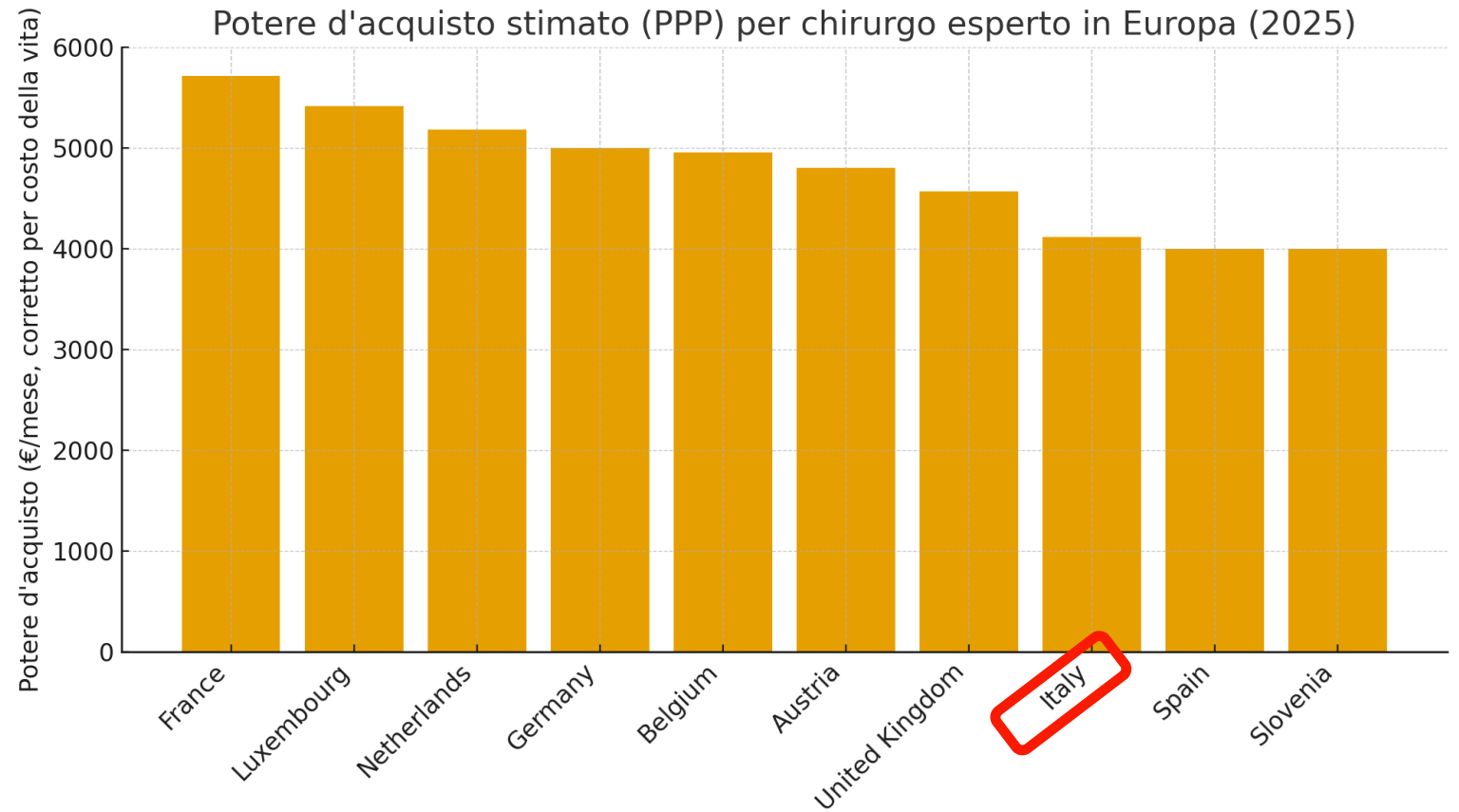
Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20 Years
2006-2025

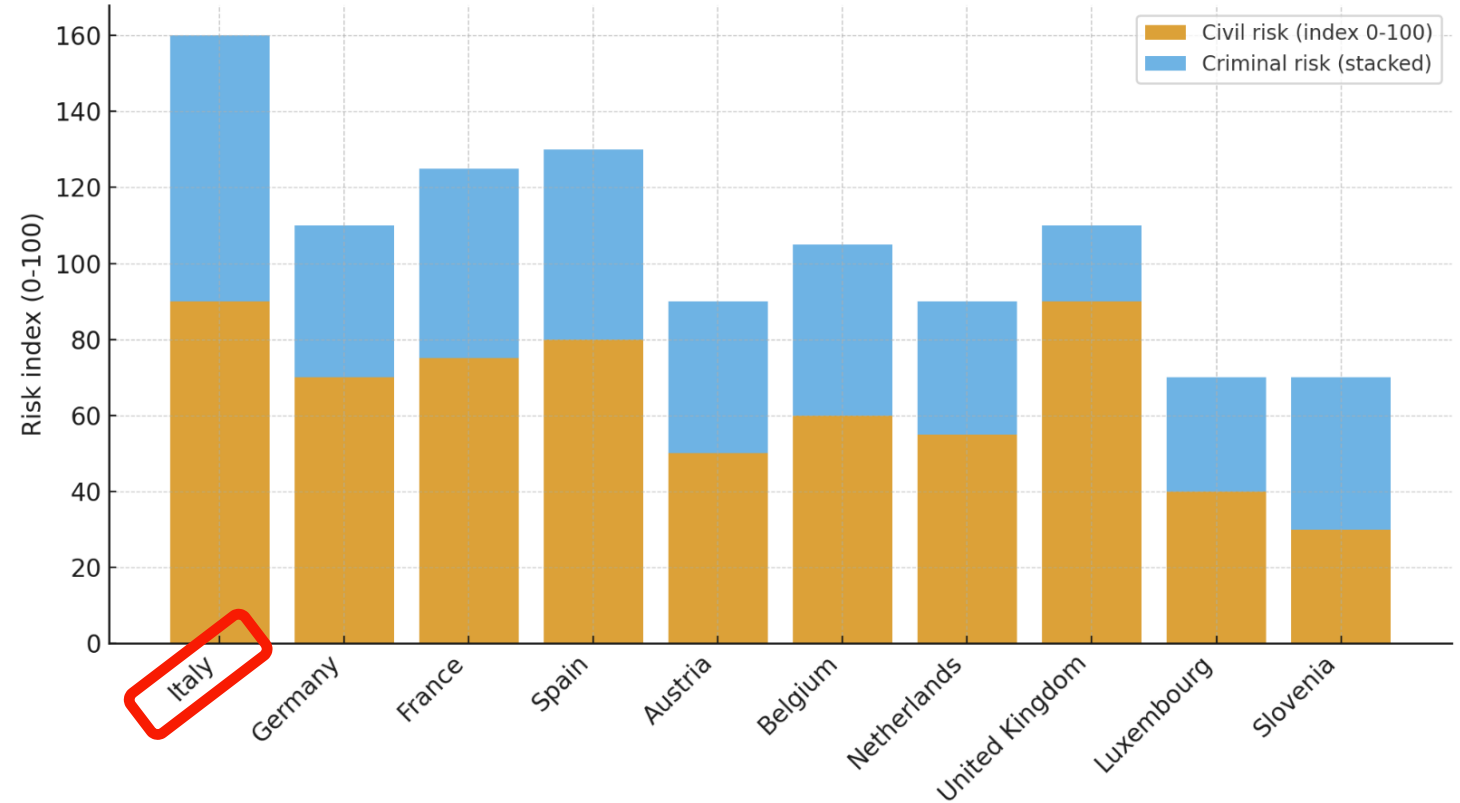
SALARIO



Stime approssimative

RISCHIO LEGALE-1

Rischio civile e penale stimato (chirurghi) - 10 paesi europei



Stime approssimative



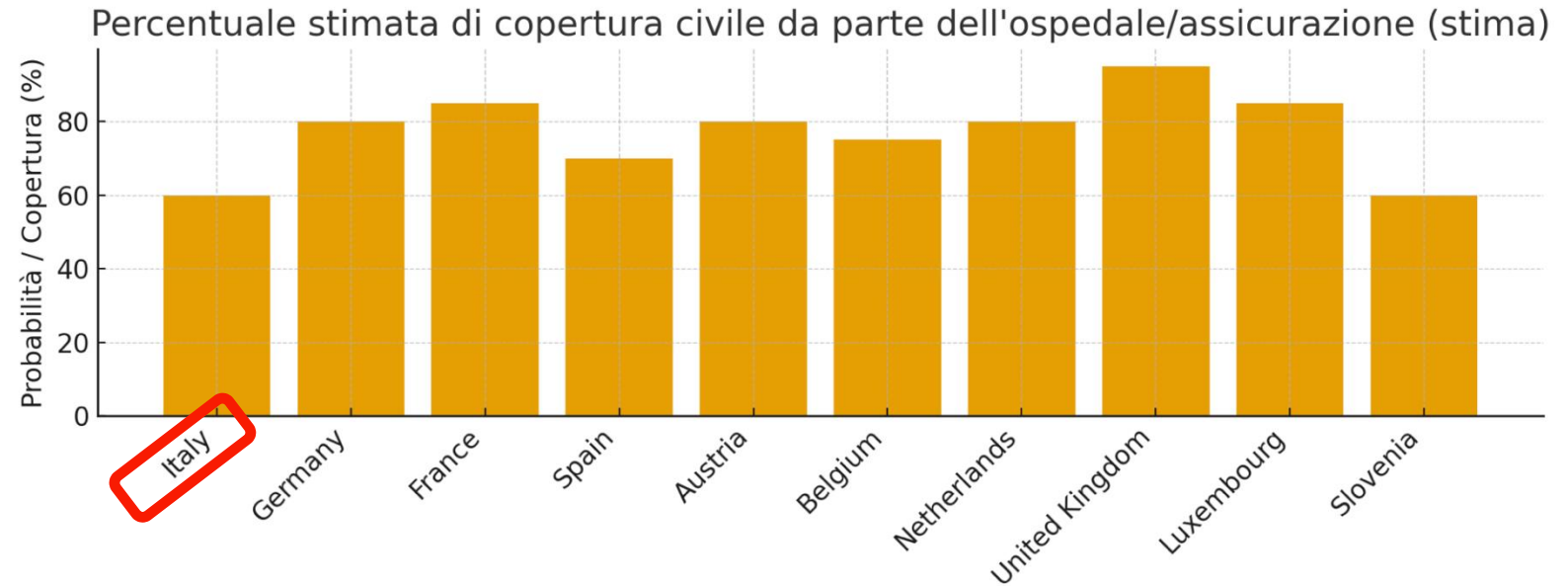
Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20 Years
2006-2025

RISCHIO LEGALE-2



Stime approssimative

The surgeon should have certain qualities and qualifications. I should like to define these before speaking of the training necessary to develop them.

1. Because the surgeon has to deal with patients of all sorts, high and low, young and old, intelligent and otherwise, usually fearful of him and his therapy and always anxious, he must understand them and have to deal with them as individuals,

SOFT SKILLS as behavior, which is human behavior under stress and strain.

SCIENZE DI BASE of patient's age, sex, and other factors occur.

ECM – formazione continua
WORK-LIFE BALANCE



The Training of the Surgeon*

ALLEN O. WHIPPLE, M.D.
Princeton, New Jersey

3 of the training of the surgical resident.
LOGBOOK CHIRURGICO
residency program.

ethics
ETICA
with the relations to his associates and fellow practitioners.

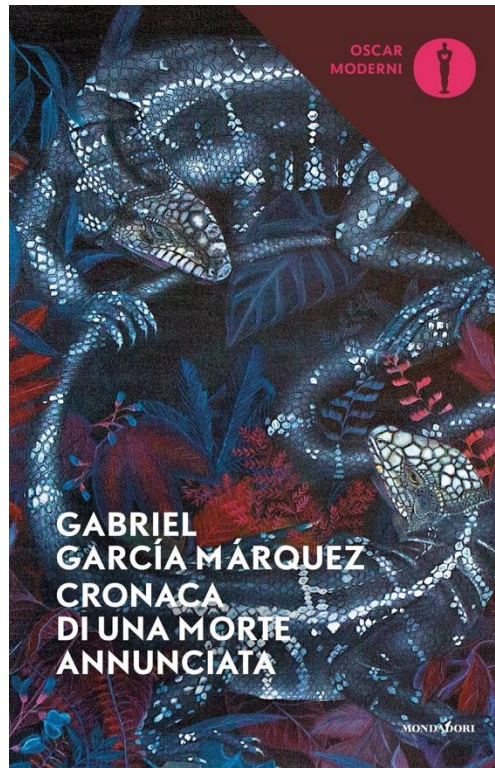
The Intercollegiate Surgical Curriculum

- Complex and structured system
- Progressive system with parameters for acquiring prerequisite skills for the next step
- Parameters for trainers: annual declaration of % of procedures performed/supervised
- External monitoring systems
- Possibility of modifying the training path along the way
- Personalization of the curriculum
- Progressive remuneration
- Possibility of part-time work



An application will not be approved unless:

- Every rotation completed during residency training is listed separately and consecutively.
- All time away from training of two days or more for vacation, medical leave, etc., is reported accurately.
- Documentation of current or past certification in ACLS, ATLS, FLS and FES is provided.
- The resident has completed:
 - At least **850 total cases.**
 - At least **200 chief cases.**
 - At least **25 teaching assistant cases.**
- Cases are listed for patient care/nonoperative trauma, in addition to the **40 cases required in surgical critical care patient management.**



TOT: 2 pagine

<p>ginecologica, i trapianti, l'endoscopia urologica (sia diagnostica che operativa, l'ecografia urologica, la radiologia interventistica, la laparoscopia, la chirurgia robotica, la litotrissia extracorporea con onde d'urto).</p> <p>OBIETTIVI FORMATIVI</p> <p>Obiettivi formativi integrati (avere tronc 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 intermediche 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; familiarizzare 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.</p> <p>1. Per la tipologia CHIRURGIA GENERALE (articolata in cinque anni di corso) gli obiettivi formativi sono:</p> <p>obiettivi formativi di base: l'approfondimento 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.</p> <p>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;</p> <p>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 cura nonché le tecniche e metodiche chirurgiche tradizionali ed alternative.</p> <p>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, metodologie 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 rimusti 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.</p> <p>Avere le conoscenze adeguate per affrontare le problematiche relative all'impostazione e gestione del decorso post-operatorio e dei controlli a distanza.</p> <p>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 equipe che si faccia carico, in senso complessivo, della fase pre e post operatoria.</p> <p>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 ricorrenza in chirurgia generale (chirurgia plastica e ricostruttiva, toracica, vascolare, pediatrica, urologia, ginecologica, ortopedia) o caratterizzate dall'indifferibilità di un trattamento in urgenza;</p> <p>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).</p> <p>Sono attività professionalizzanti obbligatorie per il raggiungimento delle finalità didattiche della tipologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>Potrà concorrere al diploma dopo aver completato l'attività chirurgica.</p> <p>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.</p> <p>Lo specializzando potrà concorrere al diploma dopo aver completato le attività professionalizzanti.</p> <p>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.</p>
---	---

- “REQUISITI”
- ALTA: 30, 10% primo operatore= 3
- MEDIA: 80, 25% primo operatore= 20
- BASSA: 325, 40% primo operatore= 130



PER DIVENTARE
CHIRURGI

150 ore di interventi



**Collegio Italiano
dei Chirurghi**

Scientific
society
database

All surgical
specialties

Under 40 yo

Survey on
state-of-art of
surgical
training in Italy

Baseline characteristics	
	Responders n (%)
All Regions	645 (100%)
Abruzzo	7 (1.1%)
Basilicata	2 (0.3%)
Calabria	7 (1.1%)
Campania	43 (6.7%)
Emilia Romagna	49 (7.6%)
Friuli Venezia Giulia	32 (5%)
Lazio	110 (17.1%)
Liguria	21 (3.3%)
Lombardia	113 (17.5%)
Marche	10 (1.6%)
Molise	1 (0.2%)
Piemonte	29 (4.5%)
Puglia	35 (5.4%)
Sardegna	9 (1.4%)
Sicilia	60 (9.3%)
Toscana	38 (5.9%)
Trentino	1 (0.2%)
Umbria	6 (0.9%)
unknown	13 (2.0%)
Valle D'Aosta	1 (0.2%)
Veneto	58 (9.0%)
Specialty	
General Surgery	219 (34.0%)
Urology	121 (18.8%)
Gynecology and obstetrics	80 (12.4%)
Cardiac surgery	76 (11.8%)
Otorhinolaryngology	45 (7.0%)
Orthopedics and traumatology	28 (4.3%)
Pediatric surgery	24 (3.7%)
Ophthalmology	8 (1.2%)
Plastic surgery	8 (1.2%)
Digestive system surgery	6 (0.9%)
Thoracic surgery	5 (0.8%)
Emergency surgery	4 (0.6%)
Vascular surgery	4 (0.6%)
Unknown / missing	
Age (years, median, IQR)	33 (30-38)
Gender	
Male	365 (56.6%)
Female	265 (41.1%)
Non binary	1 (0.2%)
Non responder	14 (2.2%)

PERCEIVED STRENGTHS AND WEAKNESS OF TRAINING - 1		
Responses	Count (n)	%
Perceived weaknesses		67.8%
Inadequate surgical volume	224	34.7%
Poor teaching attitude among faculty	335	51.9%
Poor extra-network training opportunities	114	17.7%
Overcrowding of trainees in the same surgical department	156	24.2%
Other (free-text responses)	81	12.5%
Remuneration and working conditions:		
– perception of inadequate salary	25/81	30.9%
– excessive workload without proper recognition		
– absence of contractual protections		
Organization and governance:		
– lack of official logbook and objective evaluation tools	20/81	24.7%
– marked heterogeneity between training schools		
– opaque criteria for assigning responsibilities and operative opportunities		
Research and academic career		
– limited value placed on clinical research	12/81	14.8%
– few opportunities for publication		
– academic progression perceived as dependent on personal relationships		
Rotations and mobility		
– absence of mandatory rotations in high-volume centers	14/81	17.3%
– difficulty in arranging international training experiences		
Relational and cultural aspects		
– perception of limited respect for junior trainees	10/81	12.3%
– hierarchical or hostile workplace atmosphere		

PERCEIVED STRENGTHS AND WEAKNESS OF TRAINING - 2		
Perceived Strengths		31%
Adequate case volume as primary operator	165	25.6%
Availability and supportive attitude of faculty	190	29.5%
Extra-network training opportunities	225	34.9%
Other (free-text responses)	42	6.5%
Exposure to advanced technology		
– access to robotic or laparoscopic platforms	12/42	28.6%
– opportunities to participate in innovative surgical procedures		
Team environment		
– supportive colleagues	10/42	23.8%
– collaborative and inclusive working environment		
Institutional reputation		
– training in high-volume, nationally recognized centers	9/42	21.4%
– prestige of the surgical school		
Opportunities for research and academic activity		
– possibility to participate in clinical trials	11/42	26.2%
– encouragement to publish scientific work.		

NEED FOR REFORM		
Responses	Count (n = 645)	%
Do you consider a reform of post-graduate surgical training necessary?		
– Yes	566	87.8%
– No	23	3.6%
– Missing	56	8.7%
Proposed measures		
– Regulation of the current residency training system	478	74.1%
– Introduction of paid fellowship programs after residency	454	70.4%
– Reduction in length of residency	36	5.6%
– Extension of length of residency	29	4.5%

Fellowship proposal		
Responses	Count (n)	%
Support for introduction		
Yes	454	70.4%
No/Missing	191	29.6%
Preferred duration		
1 year	210	32.6%
2 years	298	46.2%
3 years	52	8.1%
≥4 years	12	1.9%
Missing	73	11.3%
Expected advantages		
Opportunity to operate as first surgeon	507	78.6%
Personalized training curriculum	402	62.3%
Research opportunities	239	37.1%
Higher scores in job recruitment competitions	180	27.9%
Higher earnings	147	22.8%
Selection criteria		
Interview and CV evaluated by director	405	62.8%
Public competition	142	22.0%
Missing	80	12.4%
Other	18	2.8%

Free-text comments clusters around four themes: (1) merit-based selection through structured interviews and curriculum evaluation; (2) the need for independent or external committees to ensure fairness; (3) calls for national-level competitive examinations; and (4) skepticism regarding the necessity of fellowships, with some respondents arguing that high-quality residency training would make additional fellowships redundant.

When asked about possible reforms, respondents prioritized:

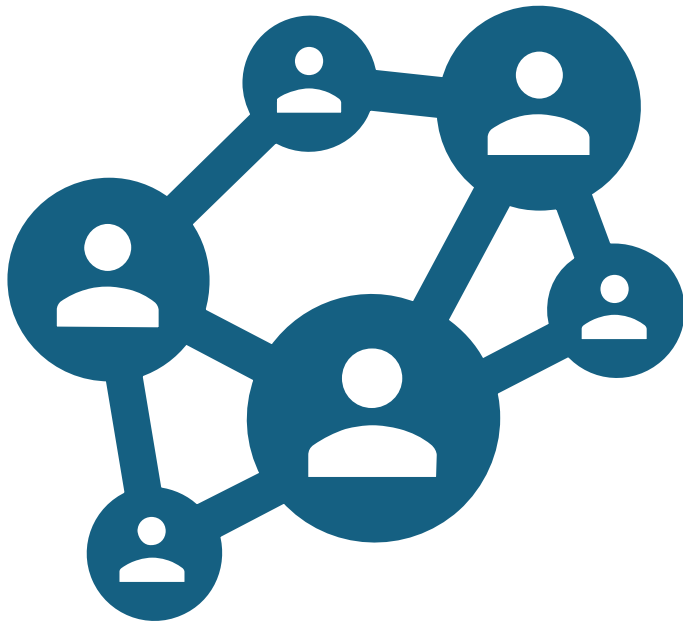
Regulation of the current residency system (eg, mandatory logbook, feedback mechanisms, opening to multiple accredited centers): $\approx 75\%$;

Introduction of paid fellowship programs: $\approx 70\%$;

Modifying residency length: minority support only (both shortening and lengthening were marginal preferences).

Interpretation: the dominant message is that quality assurance and standardisation of residency are more urgent than changes in programs length.

CLUSTERS OF FREE TEXT – 67 risposte



- **Mentorship** (67%): need for accountable tutors, operating opportunities
- **Mobility** (19.4%): access to high-volume centers, experience abroad, exposure to simulation and cadaver labs
- **Governance** (7.5%): concerns about nepotistic practices, merit-based curriculum with external commission
- **Quality control** (6%): mandatory logbooks, accreditation, periodic audits
- **Contract** (4.5%): heavy on-call burden, misaligned salary

		Nord: n=304	Centro: n=164	Sud: n=164	P value
Age (years, median, IQR)		33 (30–37)	33 (30–38)	33 (30–38)	0.862* Kruskal–Wallis
Sex	Male	170 (55.9%)	91 (55.5%)	97 (59.1%)	0.357
	Female	132 (43.4%)	71 (43.3%)	62 (37.8%)	
	Non-binary	0	0	1 (0.6%)	
	Non responder	2 (0.7%)	2 (1.2%)	4 (2.4%)	
Surgical training satisfaction	Yes	103 (33.9%)	45 (27.4%)	47 (28.7%)	0.258
	No/ Non responder	200 (65.8%)	119 (72.6%)	115 (70.1%)	
Perceived weaknesses					
Inadequate surgical volume	Yes	92 (30.3%)	64 (39.0%)	65 (39.6%)	0.057
	No/ Non responder	212 (69.7%)	100 (61.0%)	99 (60.4%)	
Poor teaching attitude among faculty	Yes	144 (47.4%)	95 (57.9%)	92 (56.1%)	0.049
	No/ Non responder	160 (52.6%)	69 (42.1%)	72 (43.9%)	
Scarce extra-network training opportunities	Yes	50 (16.4%)	36 (22.0%)	27 (16.5%)	0.297
	No/ Non responder	254 (83.6%)	128 (78.0%)	137 (83.5%)	
Overcrowding of trainees in the same surgical department	Yes	72 (23.7%)	45 (27.4%)	38 (23.2%)	0.613
	No/ Non responder	232 (76.3%)	119 (72.6%)	126 (76.8%)	
Perceived strengths					
Adequate case volume as primary operator	Yes	42 (13.8%)	33 (20.1%)	20 (12.2%)	0.094
	No/ Non responder	262 (86.2%)	131 (79.9%)	144 (87.8%)	
Availability and supportive attitude of faculty	Yes	53 (17.4%)	24 (14.6%)	27 (16.5%)	0.731
	No/ Non responder	251 (82.6%)	140 (85.4%)	137 (83.5%)	
Extra-network training opportunities	Yes	60 (19.7%)	23 (14.0%)	26 (15.9%)	0.249
	No/ Non responder	244 (80.3%)	141 (86.0%)	138 (84.1%)	
Abroad		91(37.6%)	65 (45.8%)	68 (48.6%)	0.079
Extra-network		87 (40.8%)	61 (48.8%)	77 (55.0%)	0.030

		Nord: n=304	Centro: n=164	Sud: n=164	P value
Do you consider a reform of post-graduate surgical training necessary?	Yes	267 (87.8%)	148 (90.2%)	563 (89.1%)	0.894
Proposed measures					
Regulation of the current residency training system		224 (73.7%)	137 (83.5%)	116 (70.7%)	0.016
Introduction of paid fellowship programs after residency		208 (68.4%)	119 (72.6%)	125 (76.2%)	0.192
Reduction in length of residency		19 (6.3%)	8 (5.5%)	8 (4.9%)	0.822
Extension of length of residency		13 (4.3%)	7 (4.3%)	9 (5.5%)	0.815
Expected advantages of Fellowship					
Personalized training curriculum		192 (63.2%)	114 (69.5%)	94 (57.3%)	0.072
Research opportunities		112 (36.8%)	67 (40.9%)	59 (36.0%)	0.607
Higher scores in job recruitment competitions		76 (25.0%)	54 (32.9%)	49 (29.9%)	0.169
Higher earnings		73 (24.0%)	30 (23.8%)	35 (21.3%)	0.795

Respondent distribution and core outcomes by gender				
		Male	Female	P value
Age (years, median, IQR)		34 (31- 40)	31 (29-35)	<0.001
Surgical training satisfaction	Yes	128 (35.1%)	71 (26.8%)	0.038
	No/ Non responder	235 (64.4%)	194 (73.2%)	
Perceived weaknesses				
Inadequate surgical volume	Yes	133 (36.4%)	86 (32.5%)	0.310
	No/ Non responder	232 (63.6%)	179 (67.5%)	
Poor teaching attitude among faculty	Yes	170 (46.6%)	154 (58.1%)	0.004
	No/ Non responder	195 (53.4%)	111 (41.9%)	
Scarce extra-network training opportunities	Yes	68 (18.6%)	43 (16.2%)	0.460
	No/ Non responder	297 (81.4%)	222 (83.8%)	
Overcrowding of trainees in the same surgical department	Yes	75 (20.5)	74 (27.9%)	0.037
	No/ Non responder	290 (79.5%)	191 (72.1%)	
Lack of incentives for high-performing training programmes	Yes	164 (44.9%)	103 (38.9%)	0.142
	No/ Non responder	201 (55.1%)	162 (38.9%)	0.142
Limited opportunities to personalise the training curriculum	Yes	93 (25.5%)	86 (32.5%)	0.060
	No/ Non responder	272 (74.5%)	179 (32.5%)	

Perceived strengths				
		Male	Female	
Adequate case volume as first surgeon	Yes	67 (18.4%)	30 (11.3%)	0.019
	No/ Non responder	298 (81.6%)	235 (88.7%)	
Availability and supportive attitude of faculty	Yes	60 (16.4%)	45 (17%)	0.914
	No/ Non responder	305 (83.6%)	220 (83.0%)	
Extra-network training opportunities	Yes	70 (19.2%)	42 (15.8%)	0.293
	No/ Non responder	295 (80.8%)	223 (84.2%)	
Abroad training opportunities	Yes	120 (40.8%)	102 (45.3%)	0.325
	No/ Non responder	174 (59.2%)	123 (54.7%)	
Do you consider a reform of post-graduate surgical training necessary?	Yes	318 (87.1%)	238 (89.8%)	0.459
	No/ Non responder			
Proposed measures				
Regulation of the current residency training system	Yes	268 (73.4%)	203 (76.6%)	0.403
Introduction of paid fellowship programs after residency	Yes	254 (69.6%)	194 (73.2%)	0.329
Reduction in length of residency	Yes	23 (6.3%)	12 (4.5%)	0.382
Extension of length of residency	Yes	15 (4.1%)	13 (4.9%)	0.697
Expected advantages of Fellowship				
Opportunity to operate as first surgeon	Yes	287 (78.6%)	212 (80.0%)	0.692
Personalized training curriculum	Yes	220 (60.3%)	176 (66.4%)	0.133
Research opportunities	Yes	136 (37.3%)	97 (36.6%)	0.933
Higher scores in job recruitment competitions	Yes	86 (23.6%)	90 (34.0%)	0.005
Higher earnings	Yes	81 (22.2%)	62 (23.4%)	0.722

DOMANDE APERTE

La formazione deve essere riservata agli ospedali universitari?

Che modi abbiamo per certificare l'idoneità dei centri e dei tutors?

Abbiamo bisogno di riformare il Sistema o semplicemente applicare correttamente le regole?

Come possiamo ridurre le disparità regionali o le differenze di genere?

L'introduzione del Sistema Fellowship potrebbe incrementare la qualità del curriculum o è il solito "escamotage" all'italiana?

31/05/2024

Sondaggio Anaao. La sconcertante realtà degli specializzandi in Italia: sfruttati, sottopagati e con una formazione carente.

Il sondaggio Anaao presentato agli Stati Generali della Formazione Specialistica svela le condizioni precarie degli specializzandi medici e dirigenti sanitari in Italia: in servizio prestano fino a 50 ore a settimana e il 97% chiede una riforma del sistema formativo.

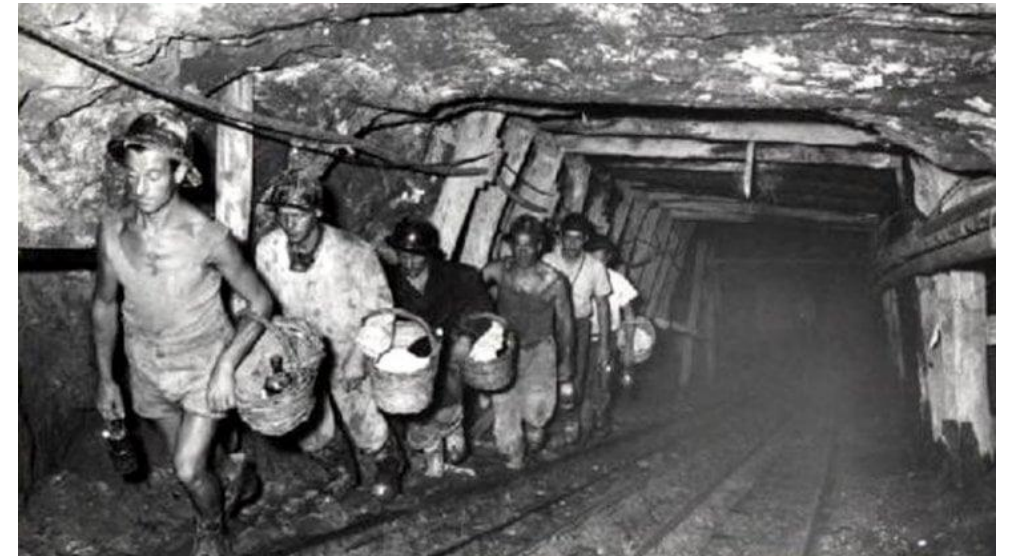
Un sistema da riformare

L'80% degli specializzandi si sente un tappabuchi sfruttato dall'università, anziché un medico in formazione.

Il 97% degli intervistati vede nel c.d decreto Calabria un'opportunità per migliorare la propria situazione, grazie alla possibilità di partecipare a concorsi aperti.

Il 90% degli specializzandi ritiene che la formazione pratica debba svolgersi in ospedale, dove possono acquisire le competenze necessarie sul campo. Infatti ben il 99% degli specializzandi auspica una riforma del sistema formativo che ponga fine al monopolio dell'università e apra le porte al learning by doing, come negli altri paesi europei, direttamente negli Ospedali.

TEACHING HOSPITALS e LEARNING HOSPITALS



THE LANCET

Volume 400 · Number 10 364 · Pages 1655-1740 · November 12-18, 2022

www.thelancet.com

"Science is important. But education is the vector that transmits to every new generation curiosity, passion, and commitment to reimagine the future, extend the limits of human possibility, and achieve a more just social world."

See Comment page 1666

Editorial

Why is health literacy failing so many?
 See page 1655

Articles

Balloon catheters versus vaginal prostaglandins for labour induction
 See page 1581

Articles

Personalised cycler dialysate in maintenance haemodialysis
 See page 1593

Articles

Q-122 for vasomotor symptoms after breast cancer
 See page 1704

Seminar

Haemolytic uraemic syndrome
 See page 1722

£5.00 Registered as a newspaper · ISSN 0140-6736
 Founded 1823 · Published weekly

NOVEMBRE 2025
 SEMINARI E CONGRESSI

20 Years
 2006-2025

**BOTH TRAINEES AND TRAINERS
HAVE A CURRICULUM TO BUILD**

A conceptual image featuring two men in white lab coats, one older and one younger, looking at a human brain placed between them. A fountain pen is positioned over a card labeled 'CURRICULUM'.

CURRICULUM



CONCLUSIONI

- La rete formativa va implementata e regolamentata...l'intero SSN può essere rete formativa
- Organismo di controllo qualità: scuole, centri, tutor
- Incentivi e sanzioni
- Il sistema formativo può contemplare una riforma con percorsi differenziati per interesse o patologia (3+2)
- L'istituzione delle fellowship ministeriali aumenterebbe la possibilità di personalizzare il curriculum e potrebbero essere attrattive
- Ridisegno del compenso dei medici in formazione

THANKS FOR THE
ATTENTION



Kintsugi (金継ぎ): riunire con l'oro