



25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

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

ROADMAP



CARENZA DI CHIRURGHI 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**

326.640
in attività

227.921
nel SSN

98.719
fuori dal SSN

89.228
pensionati

209.631

i medici effettivamente
attivi nel SSN

18.290

nel privato
accreditato

40.588

liberi
professionisti

19.146

nel privato puro

38.985

all'estero o privato puro

41.623

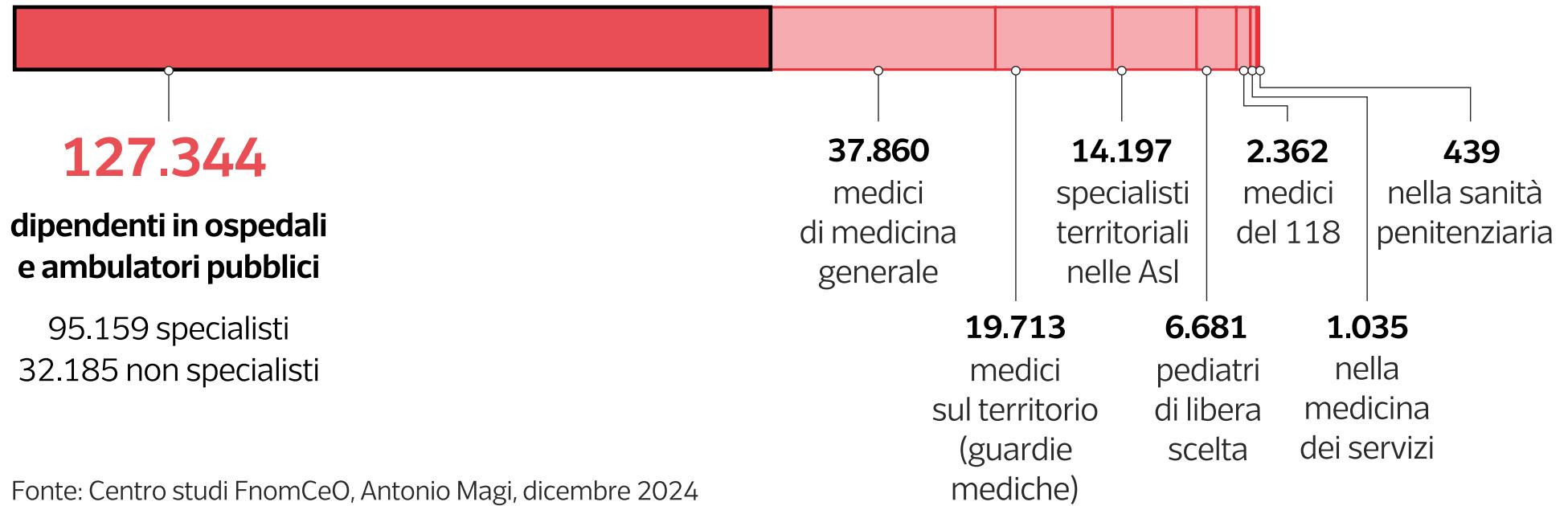
lavorano
nel privato
accreditato
o privato puro

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)

Grecia

Germania

ITALIA

Spagna

Portogallo

Regno Unito

Olanda

Belgio

Francia

Irlanda

5,18

3,49

3,31 → **1,61**

2,78

2,76

2,36

2,07

2

1,8

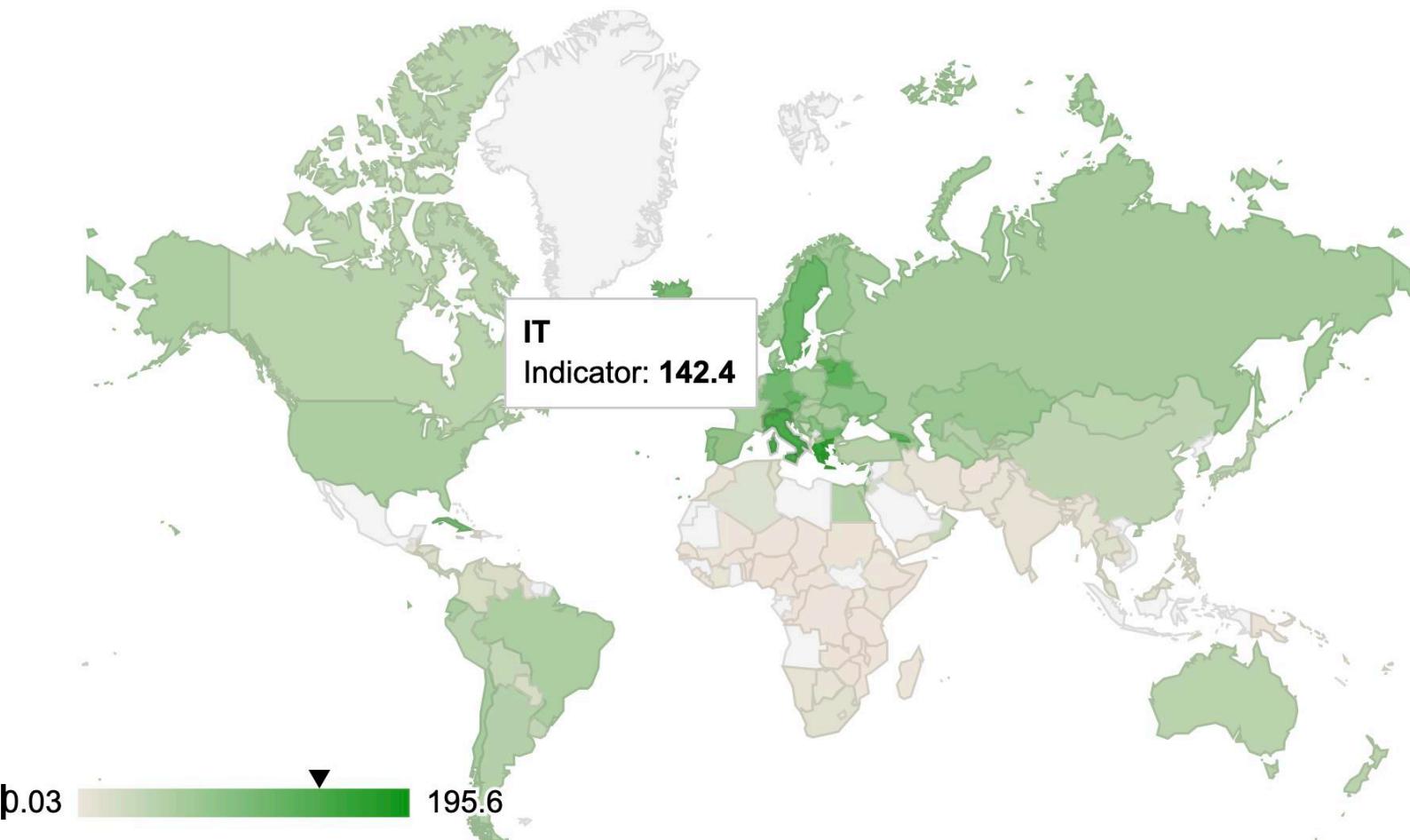
1,69

**specialisti
assunti dal SSN**



Fonte: Centro studi FnomCeO, Antonio Magi, dicembre 2024

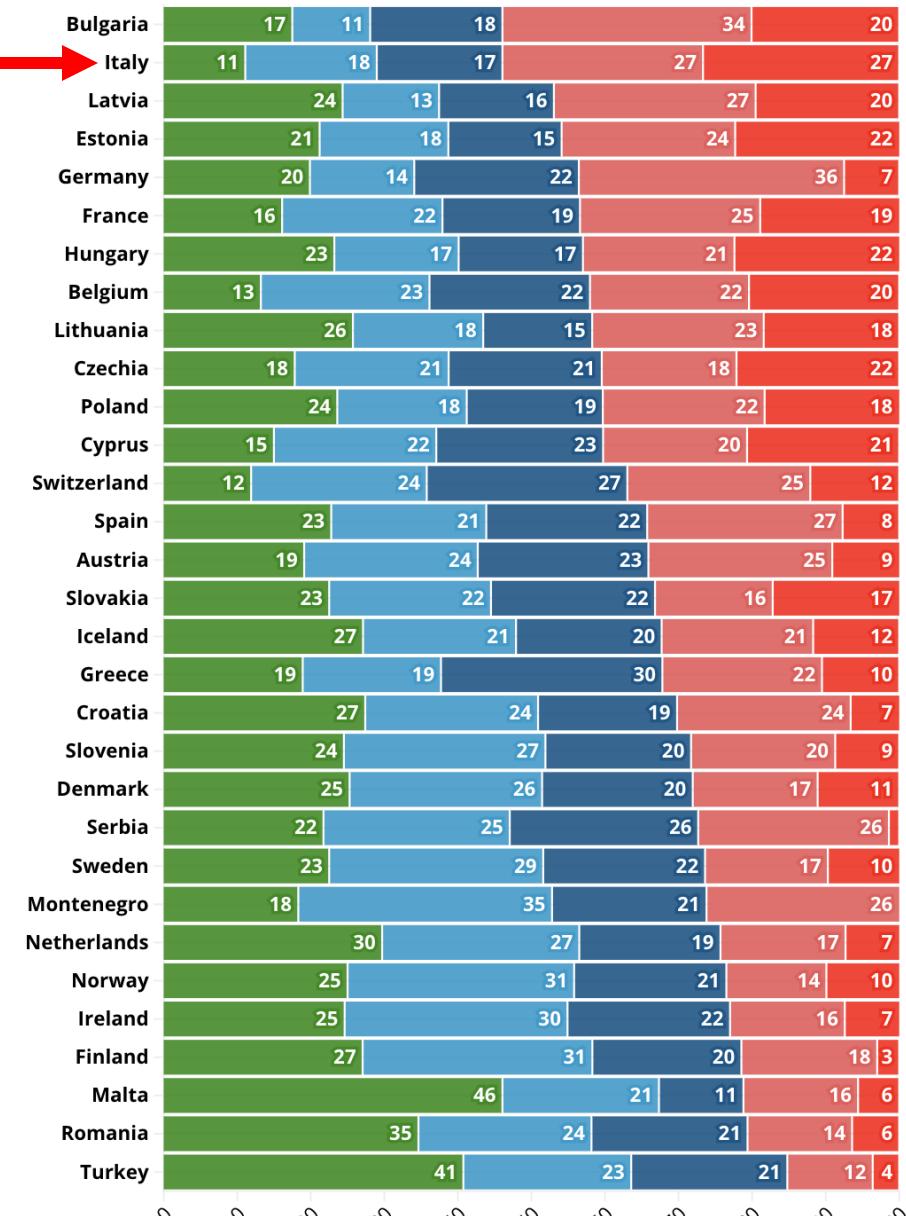
Infografica: Sabina Castagnaviz



CHIRURGI 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

Scuola di Specializzazione	Contratti di specializzazione			Scuola di Specializzazione	Contratti di specializzazione		
	Banditi	Non Assegnati	%		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 foniatría	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 i 16mila posti. Le ragioni

Il caso all'Università

Medicina, nuova bufera: specializzandi in rivolta

«Basta fare i segretari»

ar epopea degli specializzandi

Stress e lavoro, speciali dagli os

di M. M.

CORRIERE
Salute

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

di Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anao 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

COMPLETAMENTE IGNORATI

Mariana Piccioni

dici e borse di

quotidiano **sanità.it**

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

verata presso una casa di cura che, dopo
i 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



Sanità: 41

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

BBANDO
MAZION
O DI RISCO

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



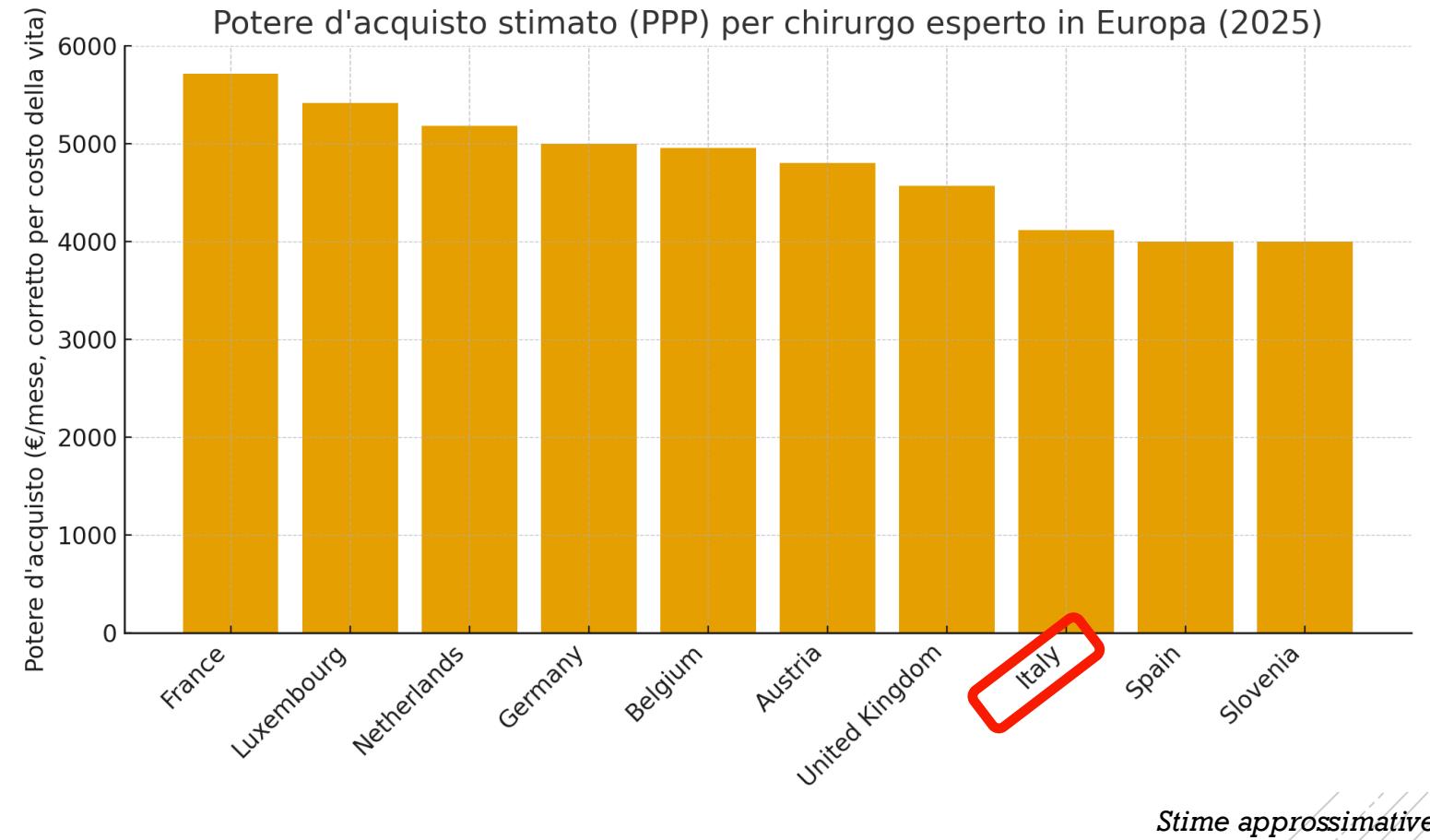
AGI - La manifestazione degli specializzandi in Medicina

CRISI VOCAZIONALE

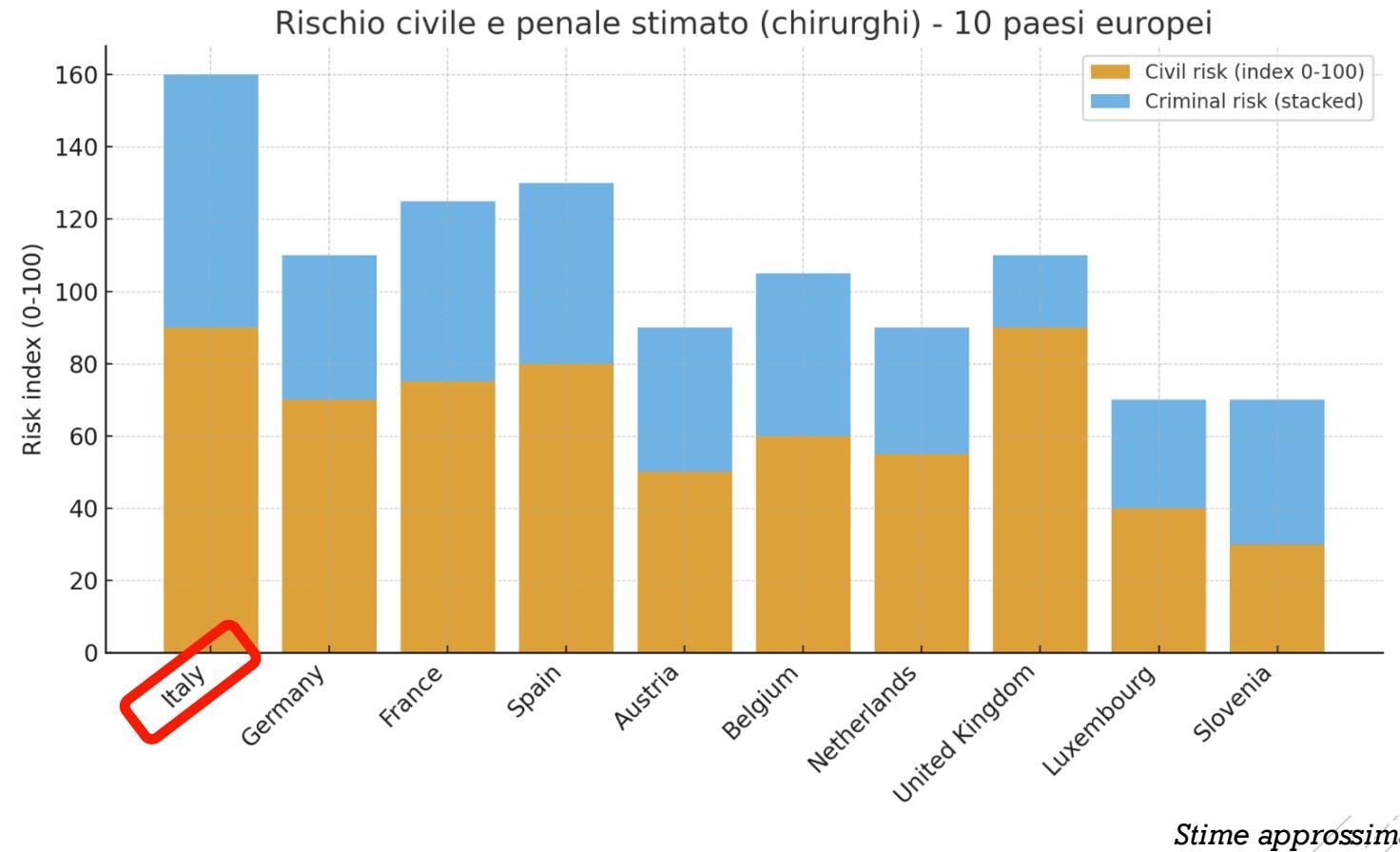
PERCHÈ?

SI PUÒ INVERTIRE?

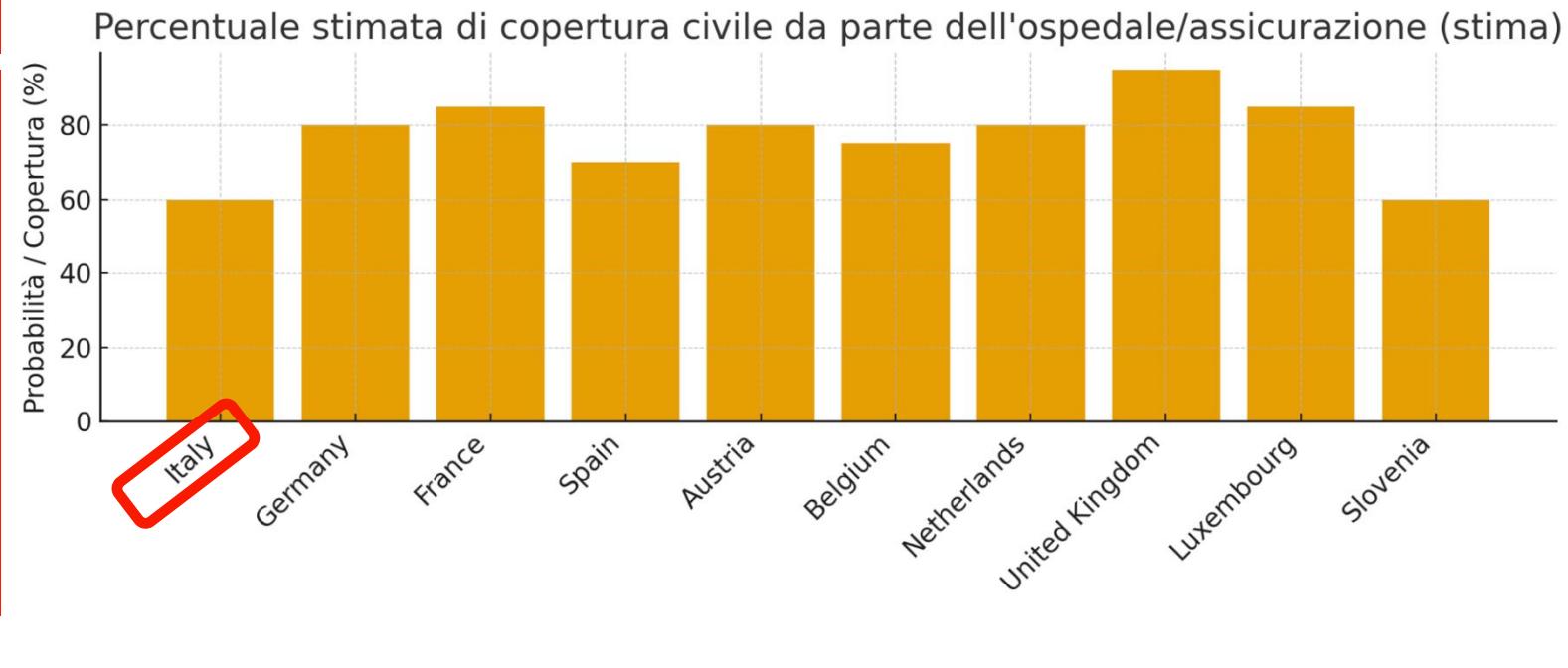
SALARIO



RISCHIO LEGALE-1



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

SOFT SKILLS

behavior, which is human behavior under stress and strain.

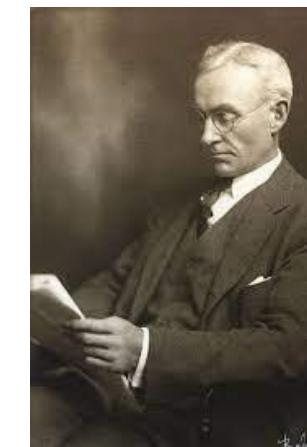
SCIENZE DI BASE

ECM – formazione
continua

WORK-LIFE
BALANCE

The Training of the Surgeon*

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



LOGBOOK CHIRURGICO

3
of
of
trai
cipl
trai
residency program.

ETICA

ith the
tions to
as well
as his relations with his associates and fellow prac-
titioners.

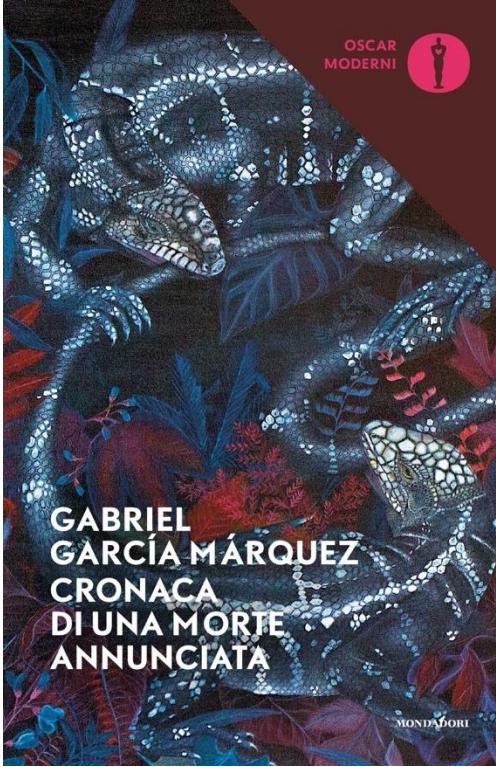
The Intercollegiate Surgical Curriculum

- 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**.



OSCAR
MODERNI

GABRIEL
GARCÍA MÁRQUEZ
CRONACA
DI UNA Morte
ANNUNCIATA

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

OBETTIVI FORMATIVI

Obiettivi formativi integrati (ovvero franco comune): lo specializzato deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenze professionali nella diagnostica clinica e strumentale e nel trattamento, anche in condizioni di emergenza urgente, delle più diffuse patologie chirurgiche. Lo specializzato 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 interistiche 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 manifestare 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 riconoscere le indicazioni e contraindicationi, così come gli effetti di interazione e i possibili incidenti nello stesso; acquisire le nozioni fondamentali relative alle metodologie di ricerca clinica ed etica, comprendendo le procedure di formazione critica, preventiva e di controllo della sicurezza del paziente e medicina sociale. Lo specializzato deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenze professionali nel riconoscimento e nel trattamento, in condizioni di emergenza/urgenza, delle più diffuse patologie. Infine lo specializzato 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'approfondimento di approfondite conoscenze di fisiopatologia, anestesia 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 Specializzato deve acquisire la base di conoscenza necessaria ad organizzare e gestire la propria attività di chirурgo in rapporto alle caratteristiche delle strutture e del territorio nelle quali è tenuto ad operare, la conoscenza degli aspetti socio-politici relativi alla propria professione, le leggi e i regolamenti che governano l'assistenza sanitaria; obiettivi formativi della tipologia della Scuola apprendendo le conoscenze fondamentali di Anatomia Topografica rilevanti per l'aspetto clinico-operatorsivo di Medicina operatoria, i principi di asepsi e antisepsi, le problematiche inerenti l'organizzazione e l'igiene ambientale della Sala Operatoria. Conoscere lo strumentario chirurgico sia il materiale di cura 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, la conoscenza delle norme di sicurezza clinica, diagnostica e tali da inserirlo in un lavoro di equipe che si svolga carico, in senso complessivo, della fase pre e post operatoria.

Sono obiettivi affini o integrativi: acquisire le conoscenze di base e l'esperienza necessarie per diagnosticare e trattare anche chirurgicamente le patologie di competenza specialistica di più frequente ricorso in chirurgia generale (chirurgia plastica e ricostruttiva, toracica, vascolare, pediatrica, urologia, ginecologia, ortopedia) o caratterizzate dall'indifferibilità di un trattamento in urgenza;

riconoscere, diagnosticare ed impostare il trattamento definitivo in una visione complessiva la priorità nei casi di patologia o lesioni multiple, in pazienti che richiedono l'impiego necessario di altri specialisti (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia maxillofacciale).

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 Specializzato 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 specializzato potrà concorrere al diploma dopo aver completato le attività professionalizzanti.

Lo specializzato, 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.

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

TOT: 2 pagine

PER DIVENTARE
CHIRURGI

A photograph taken from an airplane window, showing the wing of the aircraft on the left. The sky is a clear, pale blue above a layer of white, fluffy clouds. The text is overlaid on this image.

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%)
Speciality		
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		Count (n)	%
Responses			
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	12/42	28.6%	
– access to robotic or laparoscopic platforms			
– opportunities to participate in innovative surgical procedures			
Team environment	10/42	23.8%	
– supportive colleagues			
– collaborative and inclusive working environment			
Institutional reputation	9/42	21.4%	
– training in high-volume, nationally recognized centers			
– prestige of the surgical school			
Opportunities for research and academic activity	11/42	26.2%	
– possibility to participate in clinical trials			
– 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		Count (n)	%
Responses			
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%)	
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?

Sondaggio Anaa. La sconfortante realtà degli specializzandi in italia: sfruttati, sottopagati e con una formazione carente.

Il sondaggio Anaa 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 10364 · 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 1681

Articles

Personalised cooler dialysate in maintenance haemodialysis
See page 1693

Articles

Q-122 for vasomotor symptoms after breast cancer
See page 1764

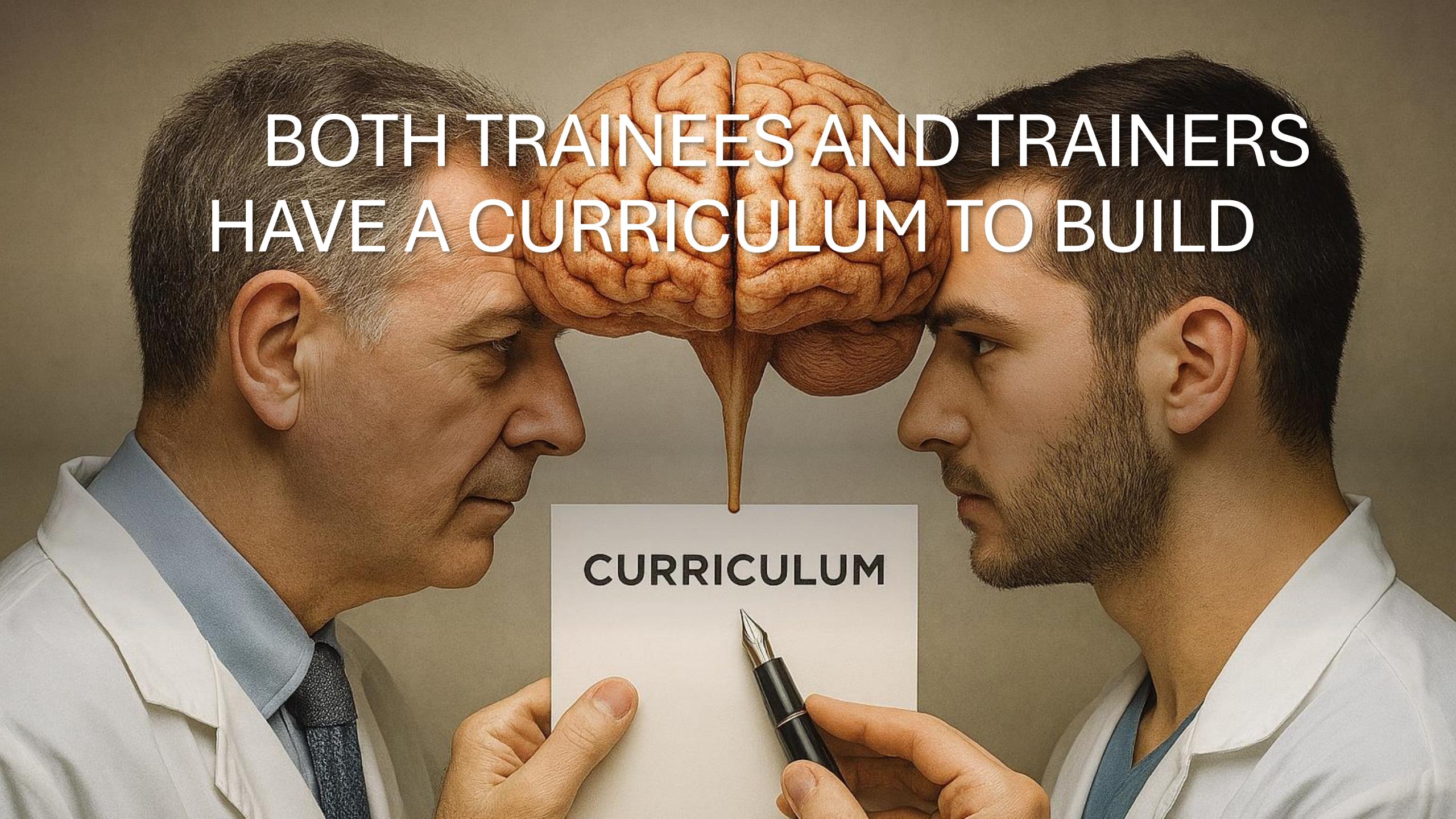
Seminar

Haemolytic uraemic syndrome
See page 1722

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

VEMBRE 2025
ERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

A photograph of two men in white lab coats looking down at a table. In the center is a large, detailed diagram of a human brain. Below the brain is a white rectangular card with the word "CURRICULUM" printed on it in a bold, black, sans-serif font. A man's hand is visible at the bottom right, holding a black fountain pen. The man on the left is an older man with grey hair and a white lab coat over a blue shirt and tie. The man on the right is a younger man with dark hair and a beard, also in a white lab coat over a blue shirt.

BOTH TRAINEES AND TRAINERS
HAVE A CURRICULUM TO BUILD

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