UNIVERSITÀ
DI PARMA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma



Il ciclo virtuoso: bedside ↔ bench ↔ bedside

La ricerca universitaria/innovazione funziona quando il paziente resta al centro del ciclo.



1 **Osservare**
domande dalla pratica

2 **Misurare**
dati clinici e biobanca

3 **Sperimentare**
laboratorio e trial

4 **Implementare**
percorsi, audit, training

Output atteso: outcome migliori e conoscenza generalizzabile

La domanda giusta nasce in reparto e in sala operatoria

Un buon progetto chirurgico parte da un problema clinico osservabile.



Quale complicanza vogliamo ridurre?

Mappare eventi, cause e pazienti a rischio.

Quale trattamento è davvero migliore?

Confrontare tecniche con endpoint chiari.

Come portiamo l’evidenza nella routine?

Audit, formazione, checklist, percorsi ERAS, **prehabilitation**.

Il team multidisciplinare rende la domanda più robusta: chirurghi, anestesisti, infermieri, data scientist, biologi, pazienti e caregiver.

Innovazione chirurgica: entusiasmo, prove, valore

Robotica, imaging, AI e materiali ***devono essere valutati con metodo***, non solo adottati.



Innovazione

nuova tecnica, device, algoritmo o percorso

Valutazione

sicurezza, efficacia, costo, equità

Adozione

training, governance, monitoraggio

Principio chiave

Una tecnologia “più avanzata” non è automaticamente migliore: il valore si dimostra su outcome clinici, sostenibilità e benefici per pazienti reali.

Tecnologia e chirurgia

La migliore ricerca chirurgica non si ferma al paper: arriva al paziente.



Tre impegni operativi

- Partire dai bisogni clinici reali
- Misurare outcome che contano
- Implementare in modo sicuro ed equo


L’innovazione tecnologica
in chirurgia generale

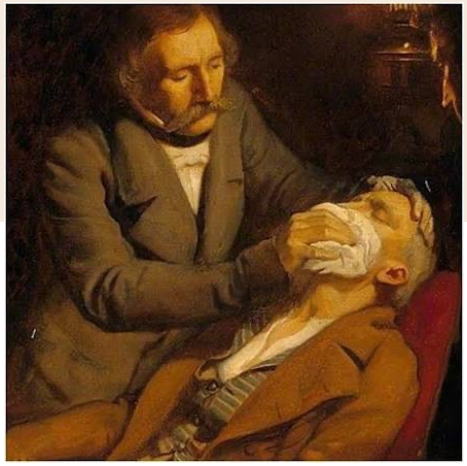
EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Prima della tecnologia moderna, il successo dipendeva soprattutto dalla rapidità

1846

Anestesia con etere

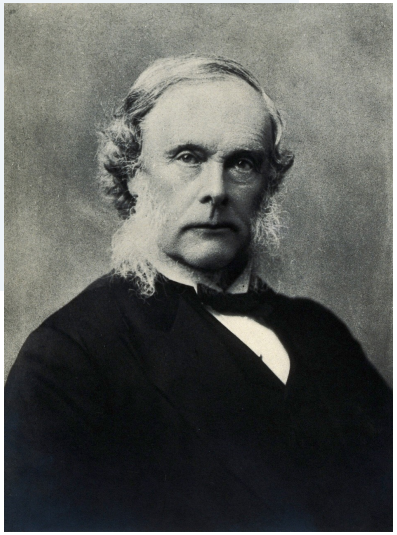
Il tempo operatorio diventa tempo clinico: esplorare, controllare, ricostruire.



1867

Antisepsi di Lister

La prevenzione dell’infezione trasforma l’intervento da gesto eroico a pratica organizzata.



EVOLUZIONE TECNOLOGICA

La chirurgia aperta costruisce standard, specializzazioni, formazione e controllo anatomico

- Incisione ampia: accesso diretto e feedback tattile
- Emostasi, suturatrici e anestesia rendono possibili resezioni maggiori
- Il risultato dipende da équipe, sterilità, monitoraggio e organizzazione

Il paradigma

Vedere con gli occhi. Sentire con le mani.

La tecnologia supporta il campo operatorio, ma resta fuori dal corpo.

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

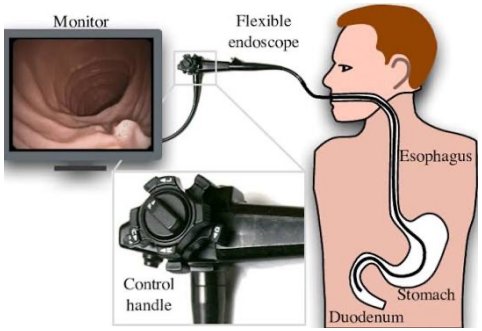
L’endoscopia cambia il principio: si entra nel corpo con la luce

1806 — **Bozzini** — Primo dispositivo per osservare cavità

1950s — **Fibre ottiche** — Luce più efficace e strumenti flessibili

1980s — **Video** — L’immagine diventa condivisa dall’équipe





La telecamera separa l’occhio del chirurgo dal punto di accesso.

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

La storia della chirurgia è la storia di quattro limiti superati

DOLORE

Anestesia

operare senza la tirannia della velocità

INFEZIONE

Asepsi

rendere la chirurgia ripetibile e più sicura

ACCESSO

Mini-invasività

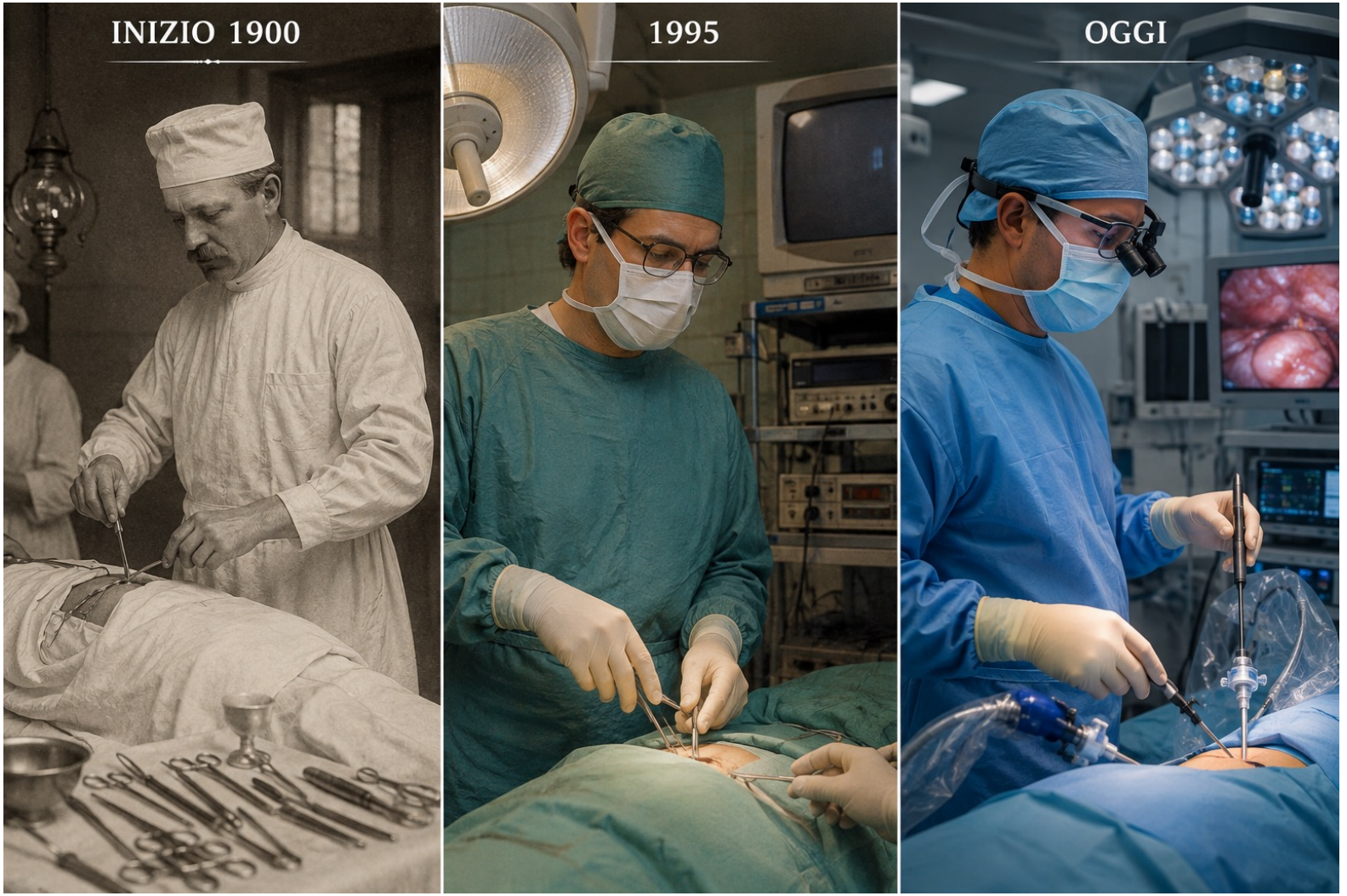
ridurre il trauma della via d'ingresso

INFORMAZIONE

Digitale + AI

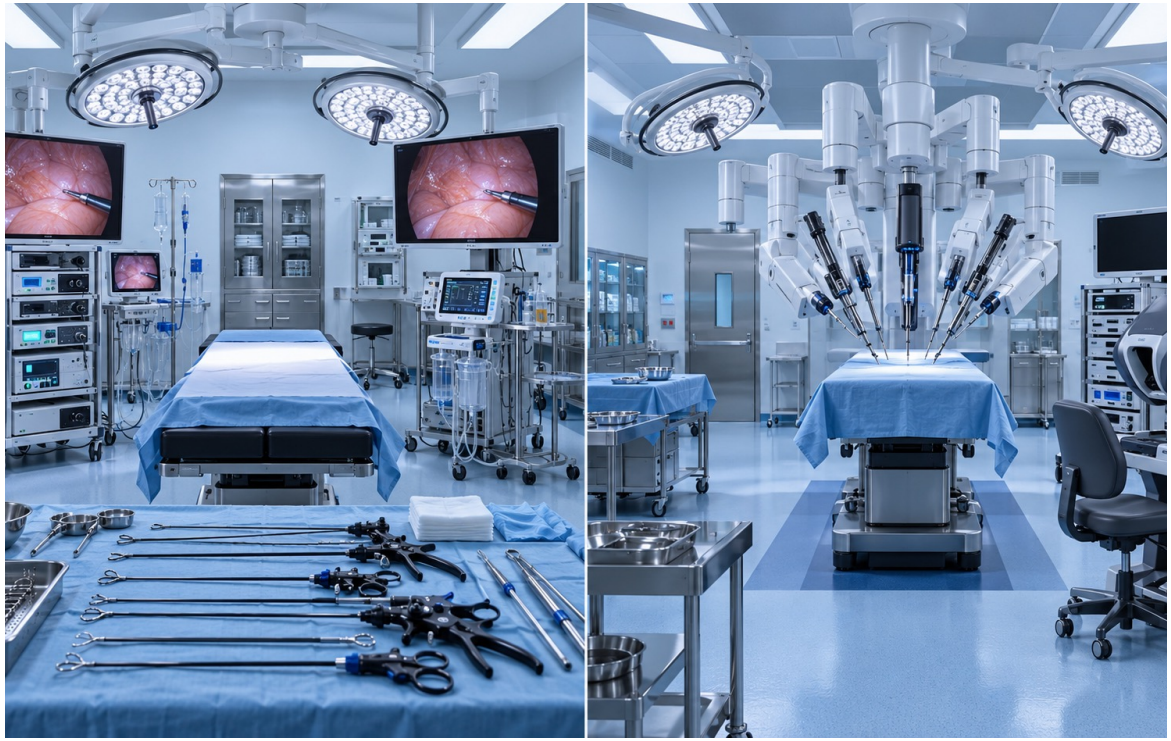
vedere, misurare e prevedere meglio

Il progresso non è una sequenza di macchine: è una sequenza di possibilità cliniche.


INIZIO 1900
1995
OGGI

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

La laparoscopia riduce il trauma d’accesso e ridefinisce il recupero del paziente – MINIINVASIVITA’



1985–1987

Colecistectomia laparoscopica

- Incisioni più piccole
- Visione ingrandita
- Nuova curva di apprendimento


CHIRURGO LAPAROSCOPISTA
Tecnica mini-invasiva laparoscopica
• Piccole incisioni (5-10 mm)
• Strumenti laparoscopici
• Visualizzazione 2D/3D su monitor
• Recupero più rapido


CHIRURGO ROBOTICO
Chirurgia robot-assistita di ultima generazione
• Massima precisione e stabilità
• Visione 3D ingrandita
• Movimenti più precisi e filtrati
• Maggiore ergonomia per il chirurgo

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Con la mini-invasività, la visione migliora mentre il tatto si riduce

Visione	*Ingrandita, condivisa, registrabile*
Accesso	Piccolo, ma vincolato dai trocar
Movimento	Strumenti lunghi e fulcro invertito
Feedback	Tattilità attenuata o assente

Ogni vantaggio tecnologico sposta — non elimina — la complessità.

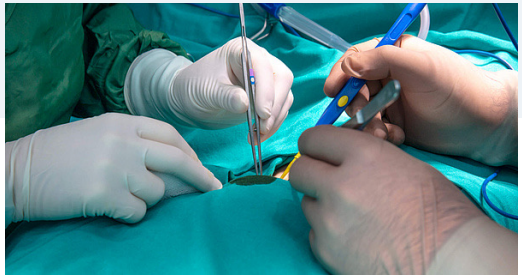
EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Energia e suturatrici trasformano la dissezione in un processo controllabile

ELETTROCHIRURGIA

Taglio + coagulazione

Rischio termico e dispersione



ULTRASUONI / BIPOLARE

Sigillatura più prevedibile

Selezione del dispositivo



STAPLING

Resezione e anastomosi standardizzate

Tessuto, spessore, perfusione





Più capacità richiede più conoscenza dei meccanismi di danno.

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

La robotica restituisce articolazione, stabilità e visione tridimensionale

2000s

- Movimenti filtrati e articolati
- Ergonomia alla console
- Campo 3D ad alta definizione
- Il chirurgo mantiene il controllo diretto







EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Robotica: valore clinico, valore organizzativo e costo non coincidono sempre

Possibile valore	Condizioni necessarie	Questioni aperte
Accesso mini-invasivo in spazi complessi	Training strutturato	Costo totale/alternative
Sutura e ricostruzione	Volume e selezione dei casi	Tempi e utilizzo della sala
Ergonomia	Équipe dedicata	Esiti a lungo termine

La domanda corretta non è “robot sì o no?”, ma “per quale paziente, procedura e sistema?”.

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

L’imaging intraoperatorio porta informazioni invisibili nel campo chirurgico

FLUORESCENZA	Perfusione, anatomia biliare, lesioni selezionate
ECOGRAFIA	Anatomia profonda e guida alla resezione
NAVIGAZIONE 3D	Relazione tra imaging preoperatorio e realtà anatomica



Non basta vedere di più: serve sapere quando l’informazione cambia una decisione.

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

La sala operatoria diventa un sistema connesso

PRE

Imaging • pianificazione • rischio

→

INTRA

video • dispositivi • fisiologia

→

POST

esiti • patologia • recupero

Il valore nasce dall’integrazione: dati giusti, nel momento giusto, alla persona giusta (tailored).

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

L’intelligenza artificiale entra in chirurgia lungo tutto il percorso

Prima

Previsione del rischio
Pianificazione

Durante

Riconoscimento delle fasi
Supporto visivo

Dopo

Analisi degli esiti
Audit video

Oggi l’AI è soprattutto supporto: amplia l’attenzione, non trasferisce la responsabilità.

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Quattro condizioni separano l’innovazione dalla buona medicina

1	**Evidenza**	Esiti clinici, non solo prestazioni tecniche
2	**Competenze**	Training, credentialing, mantenimento
3	**Equità**	Accesso, costi, rappresentatività dei dati
4	**Governance**	Responsabilità, privacy, cybersecurity

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

La simulazione sposta una parte dell’apprendimento fuori dal paziente

01

Competenze di base
prima della sala

02

Scenari rari
e gestione delle crisi

03

Valutazione oggettiva
e feedback

La tecnologia formativa è efficace quando è inserita in un percorso, non quando resta un dispositivo isolato.



EVOLUZIONE TECNOLOGICA

La curva di apprendimento riguarda l’intera équipe

Chirurgo	Strategia • tecnica • conversione
Anestesista	Fisiologia • accesso • emergenze
Infermieristica	Setup • strumenti • troubleshooting
Organizzazione	Selezione • agenda • dati • qualità

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Misurare il progresso significa guardare oltre l’incisione

PAZIENTE

complicanze • dolore • qualità di vita

PROCESSO

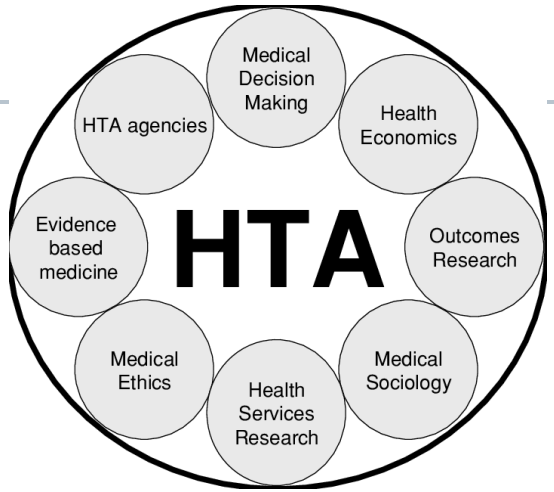
conversioni • tempi • riammissioni

SISTEMA

costi totali • accesso • sostenibilità

TEMPO

recidiva • sopravvivenza • apprendimento



EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Il futuro prossimo sarà aumentato, connesso e più misurabile

VISIONE

4K/3D • fluorescenza • overlay

AZIONE

strumenti più piccoli • autonomia vincolata

DECISIONE

modelli predittivi • supporto contestuale

APPRENDIMENTO

video analytics • feedback continuo

La direzione non è l’autonomia totale: è una collaborazione uomo–macchina verificabile.

EVOLUZIONE TECNOLOGICA

Tre domande per adottare una nuova tecnologia

1 **Quale problema clinico risolve?**

2 **Quali esiti dimostrano il valore?**

3 **Siamo pronti come équipe e sistema?**

Se manca una risposta, l’adozione è prematura — o la domanda è ancora sbagliata.

In questo contesto si inserisce anche la crisi vocazionale

Il Sole 24 Ore Giovedì 8 Ottobre 2026

La fuga dal Ssn comincia dai giovani medici

Il bando. Si scelgono sempre meno le carriere in ospedale e più quelle che sbocchi nel privato: pronto soccorso, metà borse non assegnate

Le specializzazioni mediche meno richieste e quelle più gettonate

Le scelte dei giovani medici per le borse di specializzazione

SPECIALIZZAZIONI MENO RICHIESTE	POSTI A BANDO	% NON ASSEGNATI
Microbiologia e virologia	114	87,7%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	123	77,2%
Medicina termale	8	75,0%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	276	75,0%
Statistica sanitaria e Biometria	53	73,6%
Medicina e Cure Palliative	177	66,7%
Medicina di comunità e delle cure primarie	131	64,9%
Radioterapia	151	53,0%
Chirurgia Toracica	84	50,0%
Medicina d'emergenza urgenza	1.020	49,5%
Scienza dell'alimentazione	80	48,8%
Genetica medica	77	45,5%
Nefrologia	349	41,3%
Medicina nucleare	87	37,9%
Malattie Infettive e Tropicali	244	37,3%
Chirurgia Generale	667	35,8%
Anatomia patologica	186	32,8%

SPECIALIZZAZIONI PIÙ RICHIESTE	POSTI A BANDO	% NON ASSEGNATI
Oncologia medica	317	15,1%
Ortopedia e traumatologia	505	15,0%
Medicina fisica e riabilitativa	394	15,0%
Neuropsichiatria infantile	255	14,9%
Reumatologia	122	13,9%
Neurochirurgia	141	12,1%
Radiodiagnostica	717	11,9%
Ginecologia ed Ostetricia	562	10,5%
Pediatria	865	9,1%
Malattie dell'apparato digerente	232	8,2%
Otorinolaringoiatria	193	7,8%
Neurologia	363	6,9%
Endocrinologia e malattie del metabolismo	245	6,5%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	111	5,4%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	652	3,8%
Oftalmologia	248	2,8%
Dermatologia e venereologia	158	1,3%

Marzio Bartoloni

La fuga dei camici bianchi dalla Sanità pubblica inizia subito dopo la laurea in Medicina. Quando i giovani medici devono decidere la specializzazione da seguire - un percorso formativo di 3-5 anni inevitabile per fare la pratica clinica - in molti snobbano tutte quelle carriere che hanno come sbocco professionale l'ospedale pubblico. Per molti neo dottori meglio infatti scegliere quelle specializzazioni che prevedono la possibilità di lavorare nel privato con guadagni spesso molto più alti del solo stipendio del Servizio sanitario. Un trend che dura da anni e che sembra intensificarsi ancora di più quest'anno come dimostrano i dati sulle scelte - arrivate ieri - del nuovo bando nazionale per le specializzazioni mediche che quest'anno ha messo in palio 15503 borse per i laureati in Medicina con ben una su quattro che non è stata assegnata (il 24,9% contro il 17% dell'anno scorso).

Una fuga tra l'altro che continua anche dopo quando i medici lavorano in ospedale visto che secondo gli ultimi dati per la prima volta il numero delle dimissioni volontarie dalla Sanità pubblica hanno superato quelle dei pensionamenti. Una emorragia che non fa altro che peggiorare il carico di lavoro di diversi reparti, a partire dai pronto soccorso che guarda caso continuano ad essere tra le specializzazioni mediche (emergenze-urgenza) meno scelte dai giovani medici: quest'anno sono state assegnate solo la metà delle borse a disposizione e cioè 515 su 1020 totali. I dati - raccolti da Als Anaao giovani per il Sole 24 Ore - e che nei prossimi giorni potrebbero vedere alcuni piccoli aggiustamenti migliorativi, tra scorrimenti e seconde scelte, vedono questa spaccatura evidente legata alle possibilità di guadagno troppo poco attrattive nel Ssn: tra le specializzazioni meno scelte - con posti non assegnati che vanno dal 50% all'87% - ci sono quelle per diventare microbiologi e virologi (passati del tutto di moda dopo il Covid), ma anche farmacologi, patologici clinici, radioterapisti, medici di cure primarie o palliative che lavorano in gran parte nel settore pubblico e come detto medici dei pronto soccorso. Ma anche il chirurgo perde sempre più appeal forse per i rischi di cause penali e richieste di risarcimenti.

Al contrario sono gettonatissime altre specialità dove i posti sono già quasi esauriti (tra il 99% e il 90%) come quelle per diventare dermatologi, oftalmologi, chirurghi plastici, cardiologi, pediatri o ginecologi dove l'attività privata può diventare molto remunerativa. «Si conferma una evidente dicotomia - sottolinea Giammaria Liuzzi, vice segretario Anaao - i giovani medici scelgono in maniera prioritaria le specializzazioni con sblocco totale o preferenziale verso il privato, rispetto alle specialità ospedaliere, prime tra tutte la medicina di emergenza. Occorre un cambio di paradigma che metta al centro lo specialista del domani con una riforma della formazione medica che metta fine all'esodo dagli ospedali già durante la specializzazione». In realtà il ministro della Salute Orazio Schillaci già nella manovra 2025 ha aumentato di circa 100 euro in media l'importo delle borse - soprattutto quelle meno scelte - che viaggiano intorno ai 1700-1800 euro al mese, ma l'incentivo per ora non sembra aver sortito effetto. E anche nella legge di Bilancio ora in preparazione Schillaci spera di spuntare almeno un miliardo per incentivare il personale: 500 milioni per assunzioni e liste d'attesa, 150 milioni per le indennità di infermieri e personale e 350 milioni per potenziare l'indennità di esclusiva dei medici e cioè la voce dello stipendio che premia chi "giura fedeltà" al Ssn e non lavora anche per il privato. Ieri c'è stata anche la firma nei tempi del nuovo contratto dei medici (si veda articolo a fianco), ma per il segretario di Anaao Pierino di Silverio «non è un punto d'arrivo»: gli occhi sono infatti puntati sulla manovra per «dare risposte economiche concrete ai medici e ai dirigenti sanitari. Senza investimenti adeguati sul personale nessuna riforma potrà fermare la fuga dal Servizio sanitario pubblico». Mentre il Gimbe ieri ha segnalato come il Ssn avrebbe perso 18,8 miliardi di finanziamenti sul Pil dal 2023 al 2026.

manovra il ministro illaci punta rovare 350 milioni per l'indennità di esclusiva dei medici

Il problema da affrontare

Ingresso	Nel 2023, alla prima assegnazione, resta scoperta circa metà dei posti in Chirurgia generale.
Formazione	L’accesso alla sala operatoria e la qualità del tutoraggio condizionano l’esperienza dei giovani chirurghi.
Permanenza	La risposta deve riguardare anche organizzazione del lavoro e prospettive di carriera.
Programmazione	Posti finanziati, competenze acquisite e fabbisogno del SSN devono essere valutati insieme.

2023: 359 assegnati su 724 posti

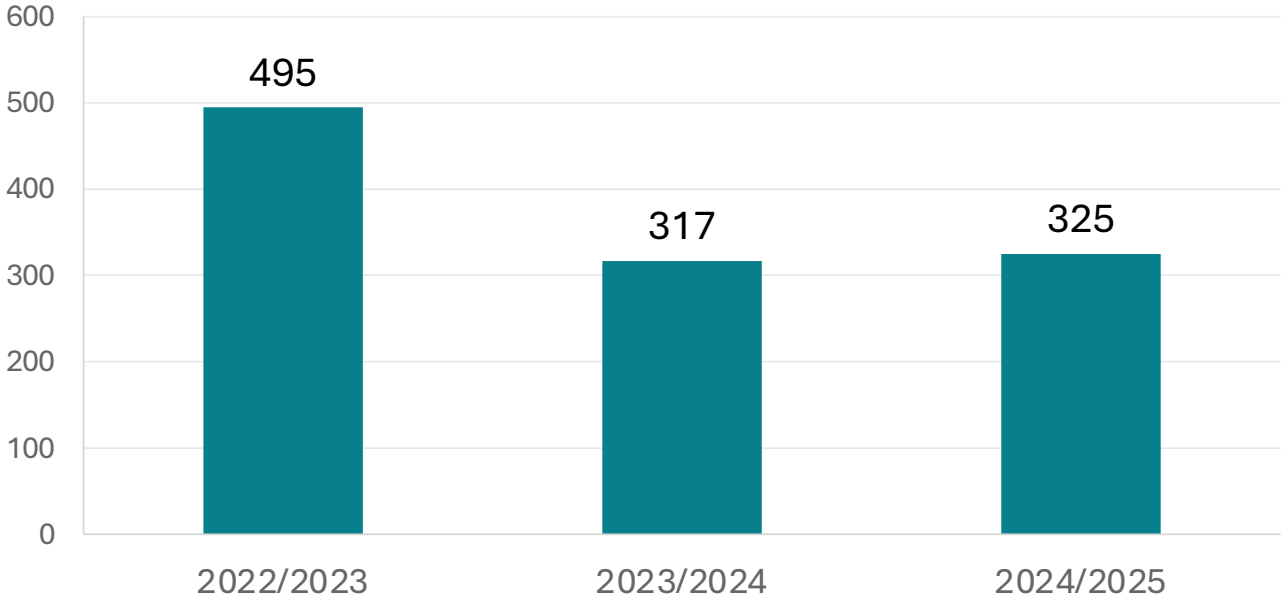
Indicatore	Numero	Quota dei posti
Posti disponibili	724	100%
Assegnati, per differenza	359	49,6%
Non assegnati	365	50,4%

Una criticità di reclutamento già visibile all’ingresso

Prima assegnazione SSM 2023. Elaborazione delle righe di Chirurgia generale, report ALS, pp. 6–7.

Chirurgia generale: iscrizioni in calo

Italia, iscritti al primo anno. Anni accademici terminanti nel 2023, 2024 e 2025



–34,3%

170 iscritti in meno rispetto al 2022/2023

Nel 2024/2025 lieve risalita:
+8 iscritti (+2,5%).

Fonte: serie MUR–USTAT, valori riportati da MedUni Exam.

Nel 2026 recuperano le assegnazioni

Contratti statali di Chirurgia generale, confronto nazionale ALS

Parma 2026: 100% saturazione
Posti in chirurgia generale

Indicatore	2025	2026
Posti disponibili	646	646
Posti assegnati	415	487
Copertura	64,2%	75,4%
Posti senza assegnazione	231	159

+11,1

punti percentuali
72 assegnazioni in più

Assegnazione e iscrizione misurano fasi diverse. Rinunce e scorrimenti modificano la copertura.

Fonte: ALS, tabella «Distribuzione posti» pubblicata il 30 settembre 2026 su Quotidiano Sanità. Soli contratti statali.

La formazione pratica è un nodo centrale

68,7%

insoddisfatti della
formazione chirurgica

Turni di lavoro senza orario
Retribuzione

Dati autoriferiti da risposte individuali

25,6%

riferisce un volume adeguato
di interventi da primo operatore

Indagine CIC: 645 risposte, gennaio–luglio 2025. Pubblicazione 2026. Più specialità chirurgiche, non solo Chirurgia generale.



I COMMENTI

MottoSalute

L'APPELLO

SERVONO CHIRURGHI 1 SU 2 HA OLTRE 60 ANNI E I PIÙ GIOVANI SCAPPANO ALL'ESTERO

LUDOVICO DOCIMO*

Secondo uno studio appena pubblicato sul *Journal of the American College of Surgeons* e presentato al congresso del Collegio americano dei Chirurghi a Washington, negli Stati Uniti 15 milioni di persone vivono in contee senza un chirurgo generale. Un rischio che potrebbero correre anche molte aree del nostro Paese, dove la crisi vocazionale per la chirurgia è ormai strutturale dal 2021, quando i contratti di specializzazione non assegnati hanno cominciato a diventare un fenomeno costante e l'esodo di chi lavora nel servizio pubblico è ormai a un punto di non ritorno.

L'Italia non dispone di studi sulla forza lavoro chirurgica equivalenti a quello americano, ma i segnali vanno nella stessa direzione, con il rischio che molte aree restino in pochi anni senza chirurghi. Idati del 2026 sulla copertura delle borse di specializzazione in chirurgia generale, infatti, pur segnando una lieve controtendenza rispetto all'anno scorso, con il 30% di posti vuoti contro il 37,8% del 2025, confermano che la crisi vocazionale è tutt'altro che superata.

A oggi, a livello nazionale, restano infatti scoperti 193 posti su 646 banditi, pari a quasi un terzo di quelli disponibili, con punte ben più gravi in alcune aree del Paese. All'Aquila, ad esempio, non è stato assegnato nessun contratto, a Udine e Genova quasi 9 posti su 10 sono rimasti vuoti, mentre a Cosenza, Sassari, Campobasso e Perugia quelli occupati non superano il 20%.

A questo si aggiunge che il 10% dei posti assegnati è destinato a essere abbandonato prima di cinque anni di corso, e il 10% di chi si specializza va a lavorare all'estero o nel privato. Inoltre, tra i primi 1.000 classificati al concorso, solo 9 hanno scelto la chirurgia generale.

I problemi non riguardano solo gli ingressi, ma anche le uscite: secondo i dati Eurostat oltre la metà dei chirurghi generali italiani che lavorano in ospedale ha più di sessant'anni, contro il 32% della Spagna e il 44% di Francia e Germania. Entro il 2030 potrebbero lasciare il servizio, spinti da stress, carico di lavoro e scarse ricorse, circa 2.800 chirurghi dei 6.500 assunti negli ospedali, mentre i giovani specialisti, in base ai posti coperti nelle scuole di specializzazione dal 2022 a oggi, non arriveranno a 1.300, con un saldo negativo di circa 1.500 chirurghi che le strutture pubbliche potrebbero avere difficoltà a compensare.

Una proiezione allarmante, frutto del divario tra un calo del 20% dell'organico e un aumento atteso del 12% della domanda di cure chirurgiche previsto nei prossimi cinque anni sulla base dell'andamento demografico, dei modelli di utilizzo dei servizi sanitari e del rapporto tra chirurghi e popolazione. Si aggiungono la mancanza di uno scudo penale, ancora all'esame del Parlamento, e un crescente contenzioso medico-legale, pari a +150% nel corso di 10 anni, che nella maggior parte dei casi si dimostra privo di fondamento, ma che fa aumentare i costi delle coperture assicurative, che superano gli stessi guadagni dei giovani specialisti.

Tutto questo si traduce per i pazienti in un accesso più critico ai bisturi con un intervento di chirurgia generale su 10 a rischio sui 650mila eseguiti ogni anno.

Diventare chirurgo generale non è più il sogno nel cassetto di chi ambisce a indossare il camice, oggi più attratto dalla cardiologia, dalla ginecologia o dalla dermatologia. I motivi del drammatico allontanamento dei giovani dalla chirurgia, fino a qualche tempo fa molto ambita e invece oggi tra le specialità chirurgiche più in crisi, sono da individuarsi nei turni di lavoro massacranti rispetto a un riconoscimento economico non adeguato, tra i più bassi dell'Europa occidentale.

Tutto questo induce i giovani a trovare collocazioni lavorative nelle strutture private o a migrare verso altri Paesi, dove vengono apprezzati ovunque, a conferma della grande tradizione formativa del nostro Paese. Occorre quindi realizzare un programma strategico che torni ad attrarre i giovani alla chirurgia, tutelandone la scelta con un accesso più ampio alle nuove tecnologie e maggiori tutele giuridiche ed economiche, prima che la carenza di specialisti diventi irreversibile.

**Presidente Società italiana di Chirurgia e ordinario di Chirurgia generale all'Università Vanvitelli di Napoli*

NEL 2026 UN TERZO DEI POSTI DI SPECIALITÀ È SCOPERTO SI ALLUNGHERANNO LE LISTE DI ATTESA PER GLI INTERVENTI

Il professore Ludovico Docimo

L'INTERVENTO

LESIONI CRONICHE POCHI CENTRI PER I DUE MILIONI DI PAZIENTI

FERDINANDO CAMPITIELLO*

Siamo di fronte alla "Cenerentola" della medicina italiana. Manca un registro nazionale dei pazienti cronici portatori di lesioni cutanee e spesso il servizio sanitario nazionale risponde fornendo mere prestazioni, senza garantire un reale percorso di guarigione. Il risultato? Ambulatori sovraffollati, pazienti, circa 2 milioni, lasciati soli con dolori invalidanti e un continuo rimpallo tra reparti di ortopedia, chirurgia vascolare, chirurgia plastica, dermatologia che non hanno posti o competenze specifiche per la presa in carico. Questa carenza organizzativa genera isolamento e una forte migrazione sanitaria.

Molti pazienti sono costretti a spostarsi anche fuori dalla propria regione di residenza, arrivando fino al 25% di affluenza extra-regionale per i centri specializzati del Sud, o a ricorrere a strutture private convenzionate per trovare cure idonee dopo anni o decenni di sofferenza inascoltata.

Anche le lesioni cutanee croniche si possono curare. Le terapie contemporanee offrono soluzioni tecnologiche d'avanguardia che spaziano dalla medicina rigenerativa basata su cellule staminali, monociti ed esosomi, fino all'impiego di sostituti dermici bioingegnerizzati. Ciononostante, la risposta tecnologica da sola non è sufficiente.

Vi è una forte discrepanza tra l'evoluzione dei dispositivi e la preparazione degli operatori, con la tecnologia che corre a velocità sostenuta mentre la formazione resta bloccata. In assenza di una corretta preparazione medica e di un'adeguata valutazione immunonutrizionale del paziente, i trattamenti avanzati rischiano di fallire, traducendosi in uno spreco di risorse per il sistema sanitario e in potenziali danni per chi soffre. L'ultimo testo universitario di chirurgia ad aver trattato la materia in modo organico risale infatti al 1960.

Noi ci poniamo come obiettivo prioritario l'istituzione del primo Registro nazionale dei pazienti affetti da lesioni croniche per tracciare l'incidenza epidemiologica del fenomeno. Parallelamente intendiamo promuovere una formazione accademica universitaria mirata a motivare e preparare medici e infermieri su diagnosi, piani terapeutici e preparazione del fondo di lesione.

Occorre impedire che i pazienti si rassegnino a convivere con il dolore o a rischiare gravi complicazioni sistemiche, offrendo un punto di riferimento scientifico e organizzativo capace di restituire speranza e guarigione.

**Presidente dell'Associazione italiana di Riparazione e Rigenerazione tissutale*

MottoSalute

DIRETTORE RESPONSABILE Roberto Napoletano
DIRETTORE EDITORIALE Massimo Martinelli

VICEDIRETTORI Barbara Jerkov, Christian Martino, Alvaro Moretti
COORDINAMENTO CENTRALE ALL NEWS Giampaolo Rossi (Responsabile)
CAPOREDATTORE SEZIONE CARTA Marco Gervasoni (Responsabile), Tiziana Testa (Vice)
CAPOREDATTORE SEZIONE WEB Guglielmo Napoli (Responsabile), Costanza Ignazzi (Vice)
IMPAGINAZIONE Alessandra Castelletti (Responsabile), Giuseppina Valensisa, Lorena Lolacono
CONCEPT E COLLABORAZIONE Di Carlo Massi

PRESIDENTE Francesco G. Caltagirone
AMMINISTRATORE DELEGATO Azzurra Caltagirone
CONSIGLIERI Francesco Caltagirone, Raffaele Racucci, Alvise Zanardi
DIRETTORE GENERALE Alvise Zanardi

IL MESSAGGERO S.P.A. Sede legale: Via del Tritone, 152 - 00187 Roma - Tel. 06/47201
© Copyright Il Messaggero S.p.A. - Tutti i diritti sono riservati
Registrazione MottoSalute n. 130 del 13.11.2020
STABILIMENTI: STAMPA SUD S.p.A. - Via Carlo De Marchi, 205 - 00181 Roma - Tel. 06/77581; STABILIMENTI: GEDIPRINT S.r.l. - Via Cristoforo Colombo, 90 - 00147 Roma; ITALIANA STAMPA S.p.A. - Via Torino, 110 - Venaria (Torino); Stampa Nord S.r.l. - Via Torino, 110 - Venaria (Torino); Stampa Napoli 2000 s.r.l. - Via Cassano, località Il Pascarola (NA); Tor. Stampa S.r.l. - viale della Manifattura 21 - Z.I. - Bari.

Soggetto designato al trattamento dei dati personali: Roberto Napoletano

Posti non coperti 2026 > 30%

Alcune sedi 0 posti coperti

Il 10% dei posti assegnati è destinato ad essere abbandonato prima dei 5 anni di corso

Più del 50% dei chirurghi generale in servizio ha una età > 60 anni (32% Spagna, 44% Francia)

Previsto che entro il 2030 circa 2800 chirurghi lasceranno il SSN mentre i giovani specialisti non arriveranno a 1300

Calo dell'organico del 20% ed aumento di domanda di prestazioni previste chirurgiche del 12%

+150% aumento del contenzioso legale negli ultimi 10 anni

Cause: condizioni di lavoro e carriera

Carico e orari	Urgenze, reperibilità e imprevedibilità possono rendere difficile conciliare lavoro e vita privata.
Responsabilità	Stress, complicanze e timore del contenzioso aumentano il costo percepito della professione.
Riconoscimento	Retribuzione e progressione possono apparire poco coerenti con impegno e responsabilità.
Prospettive	Sede di lavoro, stabilità e autonomia influenzano la scelta e la permanenza nel SSN.

Decreto Calabria (formazione in chirugia generale)
Non prima del 4° anno

Quali sfide per la formazione futura? (qualità del lavoro, riconoscimento)

Formazione

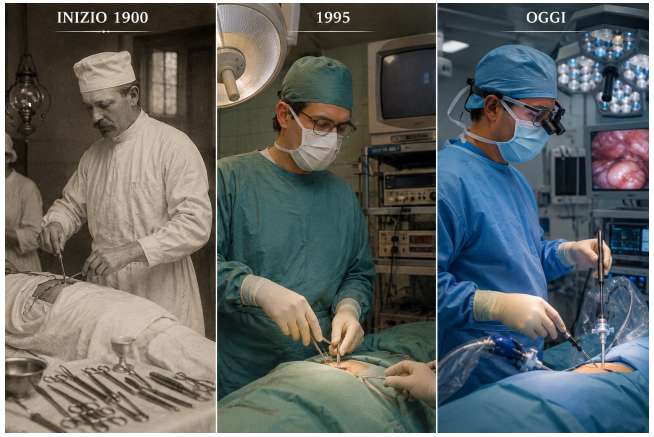
Anatomia chirurgica
Diagnostica
Patologia chirurgica
Oncologia chirurgica
Fisiopatologia chirurgica
Gestione complicanze
Etica,qualità,sicurezza

Technical Skills

Non Technical skills

Decision making
Situation awareness
Comunicazione
Lavoro in team
Leadership
Gestione dello stress
Integrità,Affidabilità
Umanizzazione delle cure

Quale chirurgo dobbiamo formare?



Operatore	In grado di come operare ma non di decidere se e quando
Chirurgo	Decide se e quando operare
Buon Chirurgo	Decide se e quando rioperare
Ottimo chirurgo	Decide se e quando non operare

Fellowship

Superspecializzazione

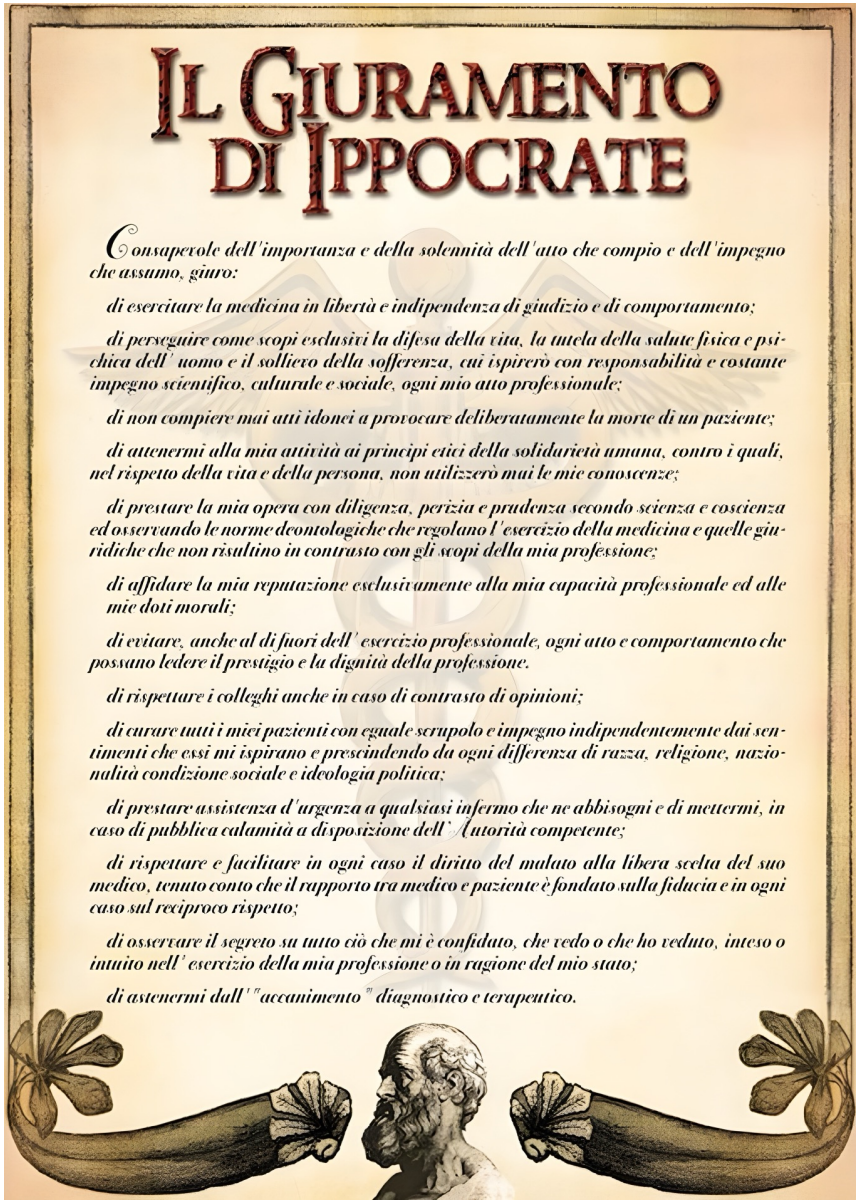
HPB (trapianti)
Upper GI
Lower GI
Endocrinochirurgia
Chirurgia Senologica
Chirurgia d’urgenza
Chirurgia del peritoneo
Endoscopia chirurgica
Chirurgia della parete addominale



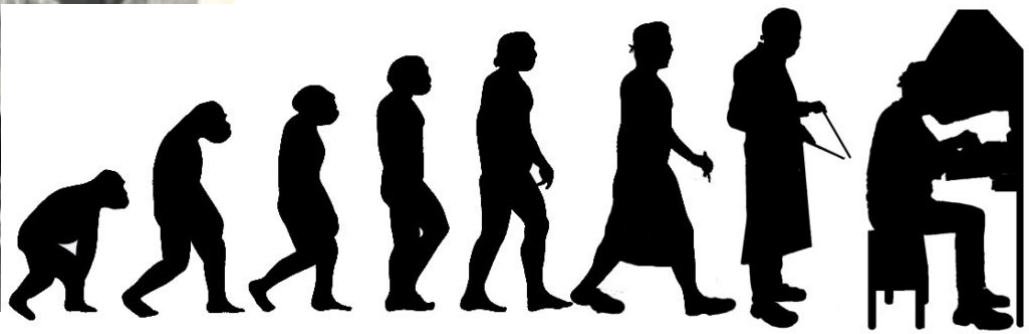

La chirurgia
tradizionale
mi ha insegnato
il coraggio,
la manualità,
il rispetto dei tessuti.
La laparoscopia
mi ha insegnato
la precisione,
la visione dall'altra parte,
la tecnologia.
Ci serviranno
nel futuro
ancora tutte e tre.

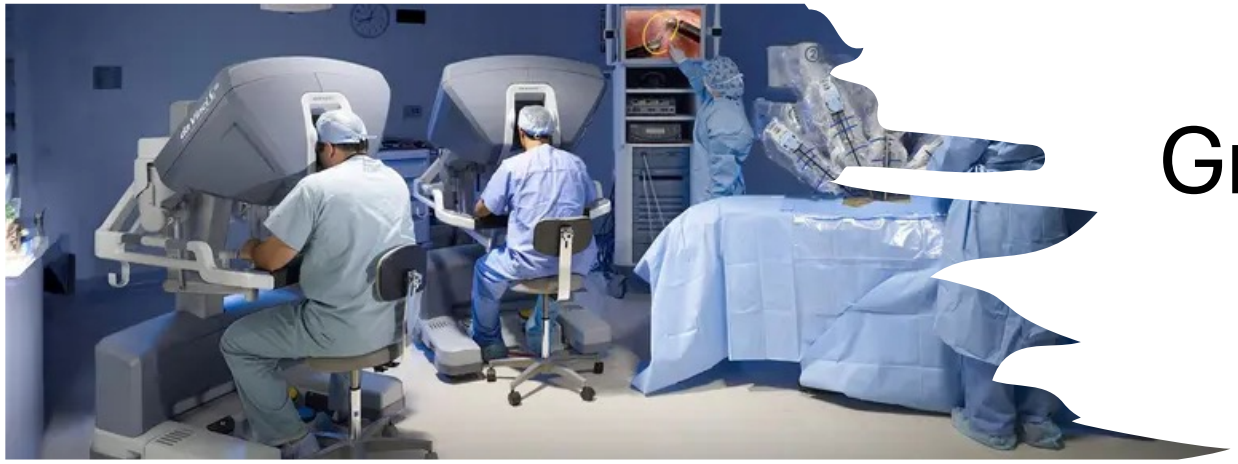
Giuramento di Ippocrate











Grazie per l’attenzione