



La SIdA inaugura il secondo anno della rubrica **frANCAMENTE**, intervista scientifica -e non- sui temi delle patologie e del trattamento dell'anca, con un'intervista a Biagio Moretti, Presidente dell'Accademia Universitaria di Ortopedia e Traumatologia, ed a Laura Ramponi, Presidentessa della Associazione Italiana Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia.



“L'anca in formazione”



SIdA: Nell'ultimo congresso nazionale della SIdA a Milano, congiunto con la BHS, ci si è potuti confrontare con i *residents* anglosassoni. Quali sono le principali differenze nel programma formativo?

BM: innanzitutto mi piace sottolineare che il congresso congiunto della SIdA con la British Hip Society è stata una splendida occasione di confronto, ma non solo per gli specializzandi. Rimanendo comunque nell'ambito formativo, credo che il primo passo che noi dobbiamo compiere -come istituzione universitaria- è quello di cercare di uniformare realmente i programmi di studio dei nostri specializzandi fra le varie sedi italiane; fare in modo, cioè, che non vi siano differenze nella crescita culturale e professionale ortopedica fra un ragazzo che abbia frequentato la Scuola a Bari con uno che è stato a Varese... In tale ottica, risulta fondamentale creare un link interattivo e di frequenza che consenta a tutti i medici in formazione del territorio di interfacciarsi con i colleghi delle altre scuole in modo da poter scambiare esperienze e conoscere i programmi formativi di altre sedi cercando di “rubare” ciò che sembra rappresentare “il meglio”. Tutto ciò è in grado di creare una sana competizione nella programmazione formativa tra le differenti scuole e, una volta raggiunto questo obiettivo, potremo guardare al confronto con gli altri Paesi europei, non solo la Gran Bretagna.

LR: nel Regno Unito si raggiunge un'autonomia chirurgica nettamente superiore. Questo perché i *residents*, soprattutto agli ultimi anni di specialità, operano abitualmente da primo operatore con il supporto del consultant che li segue.

SIdA: Ci sono *gap* da colmare con i colleghi dei Paesi europei?

LR: all'estero la ricerca è solitamente pianificata a progetto con durata semestrale o annuale e non ci sono particolari differenze con quello che accade in Italia. Nemmeno a livello di conoscenze



teoriche credo ci siano gap importanti mentre a livello pratico i colleghi stranieri sono indubbiamente molto avvantaggiati.

BM: io sono fermamente convinto che, per quanto concerne la preparazione teorica, gli specializzandi italiani non abbiano alcun gap da colmare con i loro colleghi europei; purtroppo, però, non possiamo disconoscere l'esistenza di difficoltà ad essere al passo con loro per quanto riguarda la parte pratica, clinica e chirurgica. Credo però che possa trattarsi di un problema di metodo e di tradizione che si riscontra già durante il percorso di studi per la laurea in medicina: impossibilità ad effettuare le dissezioni anatomiche, troppe nozioni "da libro" e poca praticità "sull'ammalato", che è il vero protagonista del nostro lavoro, e, non ultima, la scarsa propensione individuale dei docenti a svolgere una attività di vero tutoraggio nel senso più completo del termine.

SidA: Ritenete che un training sull'ecografia, dell'anca neonatale innanzitutto, ma anche di altri segmenti corporei debba essere inserito nel programma delle scuole di specializzazione in ortopedia?

BM: direi proprio di sì e soprattutto perché l'ecografia dell'anca neonatale è stata sistematizzata in modo scientifico da Reinhard Graf che non era né pediatra né radiologo, ma un nostro collega ortopedico; a mio parere, tale metodica di diagnosi deve essere gestita direttamente dall'ortopedico, che deve per lo meno assistere alle varie fasi di questo esame dinamico, in modo da poter programmare la cura di un'anca eventualmente displasica. Per tali motivi, nella Scuola di Specializzazione che dirigo, questo rappresenta un argomento di didattica integrativa. Parimenti, anche in altri distretti corporei, l'esame ecografico dovrebbe essere eseguito -o almeno "supervisionato"- dall'ortopedico che, in tal modo, può verificare la congruenza del quadro clinico con quello strumentale per poi poter trattare al meglio la patologia (muscolare, tendinea o articolare) riscontrata.

LR: sono assolutamente d'accordo: credo che lo studio e l'interpretazione dell'imaging ecografico possano essere un'importante risorsa per gli specializzandi. Il suo utilizzo a scopo diagnostico ed interventistico possono concorrere al completamento della nostra formazione.

SidA: Rimanendo in ambito di ortopedia pediatrica, pensate che le patologie dell'anca neonatale ed in fase di crescita siano sufficientemente considerate nel piano formativo degli specializzandi?

LR: i piani formativi non sono uniformi tra le varie Scuole di specializzazione italiane, pertanto vi sono realtà in cui è possibile ottenere una buona preparazione su questi specifici temi, mentre in altri casi rimangono delle lacune difficili da colmare, specie in caso di Scuole dove non vi sia la possibilità di frequentare presso un reparto dedicato di Ortopedia pediatrica. La stesura e l'implementazione su scala nazionale di programmi di formazione comuni è un importante obiettivo da perseguire per standardizzare ed uniformare la preparazione degli Specializzandi, al fine di formare delle figure capaci di muoversi con sufficiente competenza in ogni ambito "super-specialistico".

BM: anche se l'ortopedia pediatrica sta diventando sempre più una patologia superspecialistica trattata presso centri di riferimento, abbiamo il dovere di continuare ad assicurarle la dignità che da sempre ha avuto nell'ambito della Ortopedia e Traumatologia generale. E' opportuno quindi che permettiamo ai medici in formazione di conoscere, diagnosticare e porre le basi di trattamento per



la malattie muscolo-scheletriche dell'accrescimento; le Unità Operative che si in particolare si dedicano a questo settore -i cui Direttori dovranno svolgere le funzioni di "tutor"- devono essere necessariamente coinvolte come Ospedali di Insegnamento dove i giovani colleghi possano frequentare durante la "rotazione" prevista nei nostri piani di studio per apprendere le problematiche e le risoluzioni delle patologie non traumatiche dell'anca in età pediatrica.

SidA: I *cadaver lab* sono una opportunità importante per "allenarsi" alla chirurgia. Sull'anca, per la verità, sembra che ce ne siano pochi rispetto ad altre articolazioni....

BM: credo molto nella possibilità di "imparare a fare" grazie ai corsi su cadavere; purtroppo la legislazione italiana, e forse anche la cultura degli italiani, hanno impedito che in Italia ci si potesse allenare alla chirurgia come è stato fatto altrove. Altrettanto vero è che i corsi, di solito, si interessano di distretti come il ginocchio e la spalla dove le moderne tecniche chirurgiche miniinvasive sono più ampiamente diffuse, a differenza di altre sedi (anca, caviglia, gomito e polso) per le quali è ancora in corso una curva di apprendimento. E' chiaro, comunque che, essendo l'organizzazione spesso gestita dalle industrie del settore, è necessario incentivare collaborazioni in grado di favorire percorsi di formazione su patologie prima sconosciute e che vengono alla ribalta proprio a seguito di tali metodiche; per tali motivi, dobbiamo finalizzare in tal senso i nostri sforzi e i programmi formativi delle Società scientifiche superspecialistiche per fare in modo che la chirurgia di tali distretti, tra i quali l'anca, venga inserita tra i topics di questi corsi.

LR: per gli specializzandi sono opportunità insostituibili poiché danno la possibilità di potersi esercitare in sicurezza sotto la supervisione di tutor esperti. Soprattutto in un sistema come il nostro in cui gli interventi di protesizzazione eseguiti dallo specializzando come primo operatore sono scarsi, i *cadaver lab* sono risorse fondamentali.

SidA: Anche perché l'anca non è solo protesi. Specialmente nella coxartrosi iniziale e nella sindrome femoro-acetabolare del giovane adulto c'è anche la chirurgia non sostitutiva, che forse si tralascia un po' di insegnare...

LR: paragonate alla protesica queste tecniche sono "agli esordi". La diagnosi ed il trattamento delle suddette patologie in Italia risultano spesso confinati a Centri di eccellenza. Ritengo che la possibilità di frequentare queste strutture attraverso rotazioni durante la specialità sia uno strumento importante per la formazione degli ortopedici di domani.

BM: sono assolutamente d'accordo. L'artroscopia dell'anca è una metodica che affascina e che sempre più colleghi sono capaci di eseguire con risultati lusinghieri nel rispetto delle indicazioni cliniche, e direi anche dell'età del paziente. Ma non bisogna dimenticare il ruolo della chirurgia aperta dell'anca: le osteotomie direzionali periacetabolari, del bacino e del terzo prossimale del femore sono interventi che si eseguono sempre di meno ma che, soprattutto per questo, purtroppo, si insegnano ancor meno.



SidA: L'evoluzione delle tecniche, ma soprattutto delle tecnologie, ci impone un costante aggiornamento. Nei piani di studio c'è abbastanza spazio per l'insegnamento dei biomateriali degli impianti protesici e di osteosintesi?

BM: insegnamenti di biomeccanica sono previsti nei piani di studio, sia durante il corso di laurea che durante la specializzazione. Ho però l'impressione che non rispondano pienamente a quelle che sono le nostre domande e le attese dei discenti. In altri termini, perché un insegnamento sia "concreto", io auspicherei addirittura di farci affiancare, eventualmente con seminari appositi finalizzati ad affrontare problematiche ortopediche chirurgiche giornaliere, dai bioingegneri delle diverse Aziende di apparecchiature biomedicali che, non dimentichiamolo, spesso già partecipano di fatto alla formazione degli specializzandi e dei neospecialisti ortopedici attraverso varie forme di "educational".

LR: la formazione a tal riguardo spesso è limitata alla frequenza di congressi e corsi tematici (cui non tutti gli specializzandi per varie ragioni, economiche ed organizzative, hanno modo di partecipare) o alla particolare predisposizione del proprio tutor.

SidA: La chirurgia come primo operatore, specie in interventi di elezione come l'artroprotesi d'anca, è sempre stato un problema per gli specializzandi. Qual è la situazione in Italia?

LR: ad oggi il numero di interventi da primo operatore degli specializzandi è variabile da Scuola a Scuola. In generale si tratta di traumatologia di base con pochissimi spazi per la protesica. In tal senso la protesi d'anca risulta uno degli interventi meno "concessi".

BM: nella chirurgia protesica dell'anca l'equipe ha un ruolo importante; il feeling che si instaura tra primo operatore ed aiuti è di fondamentale importanza. Nel tempo, ciò consente di ridurre la durata dell'intervento, standardizzando la procedura e dunque rendendola per certi versi ripetibile e più sicura. Molti chirurghi alle prime armi, tra cui i miei specializzandi, si avvicinano con me alla chirurgia protesica; ritengo di fondamentale importanza, specie nelle fasi iniziali, far comprendere come il loro ruolo sia attivo e possa agevolare tutti gli operatori durante l'intervento attraverso una accurata preparazione pre-operatoria e la progressiva conoscenza delle diverse fasi dell'intervento, per noi a volte scontate, con i rischi ad esse connesse. Conoscere le strutture vascolari e nervose, oltre che il planning dell'approccio chirurgico rappresenta, per me, prerogativa fondamentale per un apprendimento intelligente e critico della procedura da parte loro. Ciò detto, è vero che, in effetti, gli specializzandi, nel prosieguo del percorso formativo, fanno poco questo tipo di chirurgia in prima persona; come ho già detto in precedenza, dobbiamo capire che è nostro dovere far vedere e far fare per cui diventa di fondamentale importanza la figura del tutor, dal Direttore ad un collaboratore strutturato ovvero un collega che dirige una unità operativa in un altro ospedale compreso nella rete formativa, che ha il compito istituzionale di guidare il collega specializzando attraverso il suo training chirurgico, in uno spirito "europeistico", senza cioè la gelosia di insegnare. L'artroprotesi di anca è un intervento ormai quasi routinario, ma sempre da pianificare ed eseguire con la massima attenzione; nell'ultimo anno di specializzazione, è giusto soddisfare le aspettative di chi ha mostrato dedizione ed interesse nel corso degli anni.



SidA: L'osteosintesi per frattura di collo femore è un intervento molto frequente. Almeno in questo caso si riesce a dare soddisfazione agli specialisti in formazione?

BM: anche in questo caso il rapporto fra tutor e specializzando non deve essere dimenticato. L'intervento per frattura di collo femore, si tratti di un inchiodamento, di un osteosintesi con placca e/o con viti cannulate o di un'endoprotesi, non può essere interpretato come una procedura alla mercè dei più inesperti; il collega più anziano deve spiegare rischi e trucchi di un atto chirurgico solo all'apparenza facile o ancor peggio da eseguire nel minor tempo possibile perché magari effettuato in urgenza di notte o durante i giorni festivi. Certamente i dati di cui disponiamo, riferiti allo scorso anno, come esperienza nella Clinica che io dirigo, mostrano come gli specializzandi con l'aiuto di un tutor operano circa due terzi delle fratture laterali (quasi tutte di inchiodamento) e circa un terzo di quelle mediali (di endoprotesi o di osteosintesi con viti). E i dati del nostro registro operatorio nel 2016 mostrano un incremento di queste percentuali...

LR: questo intervento è solitamente alla portata di tutti gli specializzandi a livello nazionale. Il problema è che un chiodo endomidollare per una frattura pertrocanterica di femore, per quanto intervento delicato, non può e non deve essere il contentino dello specializzando nel corso dei suoi 5 anni di formazione. Teniamo presente che in paesi come la Francia, l'Inghilterra, l'Olanda, gli specializzandi "anziani" eseguono regolarmente interventi di traumatologia anche complessa (fratture di piatto tibiale o di gomito, ad esempio), che rappresentano la base per costruire le proprie abilità chirurgiche ancor prima di dedicarsi alla "ortopedia elettiva".

SidA: Un'ultima domanda. Contento di aver scelto di fare l'ortopedico?

LR: Il mio percorso è solo all'inizio. Se con l'aiuto di tutte le parti coinvolte riusciremo a raggiungere il livello dei colleghi europei saremo in tanti ad essere contenti.

BM: ritengo di essere fortunato, svolgendo un'attività che mi appassiona. Mi piace sia l'ortopedia che la traumatologia, e credo fermamente che i principi di biologia e meccanica nel trattamento delle patologie dell'apparato locomotore debbano essere strettamente interconnessi tra loro, inscindibili come lo sono ricerca, didattica e clinica per la figura del docente universitario. Sento altrettanta soddisfazione per un intervento ben riuscito e per la conseguente felicità del paziente di quanta ne provo quando uno studente, o uno specializzando, dimostra di avere interesse nel seguirvi in un percorso condiviso. Sì, sono proprio contento di aver scelto di fare l'ortopedico.

SidA: grazie professor Moretti, grazie dottoressa Ramponi!