



## Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità

rev. 02  
del 2014-12-11

### QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

pag. 1 di 7

Candidato n.	Nome	Cognome	@-mail
--------------	------	---------	--------

La Qualifica Professionale è riservata a soci AISF da almeno 2 anni, afferenti esclusivamente ad un Dipartimento/Unità operativa medico/a al momento della presentazione della domanda.

## 1 PROFILO EDUCATIVO

1a	REQUISITI MINIMI INDISPENSABILI	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
<b>Titolo</b>	<b>Laurea in Medicina e Chirurgia</b>	<input type="checkbox"/> Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia	
<b>Specializzazione</b>	<b>Diploma di Specializzazione</b> in una delle seguenti discipline: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Gastroenterologia</li><li>◆ Medicina Interna</li><li>◆ Malattie Infettive</li></ul>	Diploma di Specializzazione: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Gastroenterologia</li><li><input type="checkbox"/> Medicina Interna</li><li><input type="checkbox"/> Malattie Infettive</li></ul>	

1b	ULTERIORI TITOLI SPECIALISTICI	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
<b>Specializzazione in ambito trapiantologico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ <b>Diploma di Master in Medicina dei Trapianti d'Organo di I o II livello</b> con specifica menzione di fegato (Italia / Estero).</li><li>◆ <b>Diploma di Master in argomenti affini</b></li><li>◆ <b>Dottorato di Ricerca in argomenti affini</b></li></ul>	Diploma Master Medicina dei Trapianti d'Organo <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> I Livello</li><li><input type="checkbox"/> II Livello</li></ul> Master in _____ Dottorato di Ricerca in _____	



## Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità

rev. 02  
del 2014-12-11

### QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

pag. 2 di 7

2

## PROFILO FORMAZIONE

2a	FORMAZIONE EPATOLOGICA	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
<b>Attività clinica certificata *</b>	♦ <b>3 anni di attività clinica</b> ambulatoriale e in regime di degenza inerente la diagnosi e la terapia della malattia epatica acuta e cronica.	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ anni di attività clinica	
<b>Livello IV di autonomia certificata *<sup>■</sup></b>	♦ Gestione ambulatoriale e in regime di ricovero del <b>paziente con malattia epatica acuta e cronica</b> .	<input type="checkbox"/> Autocertificazione	
<b>Autonomia / Esecuzione Certificata *</b>	♦ <b>Autonomia</b> nella capacità di riconoscere le <b>indicazioni</b> e le <b>controindicazioni</b> al trapianto di fegato in <b>almeno 50 pazienti adulti</b>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ pazienti adulti	
<b>Esecuzione certificata*</b>	♦ <b>Esecuzione di procedure diagnostiche e terapeutiche:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ ecografia epatica</li><li>♦ eco-doppler dei vasi addominali</li><li>♦ fibroscan</li><li>♦ paracentesi</li><li>♦ toracentesi</li><li>♦ cateterismi venosi centrali</li><li>♦ endoscopia tratto digestivo superiore</li><li>♦ endoscopia tratto digestivo inferiore</li><li>♦ sclerosi e legatura varici esofagee e gastriche</li><li>♦ posizionamento di TIPS</li><li>♦ biopsia transgiugulare</li><li>♦ ERCP</li><li>♦ cateterismi venosi centrali</li><li>♦ biopsia osteomidollare</li></ul>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ecografia epatica</li><li><input type="checkbox"/> eco-doppler dei vasi addominali</li><li><input type="checkbox"/> fibroscan</li><li><input type="checkbox"/> paracentesi</li><li><input type="checkbox"/> toracentesi</li><li><input type="checkbox"/> cateterismi venosi centrali</li><li><input type="checkbox"/> endoscopia tratto digestivo superiore</li><li><input type="checkbox"/> endoscopia tratto digestivo e inferiore</li><li><input type="checkbox"/> sclerosi e legatura varici esofagee e gastriche</li><li><input type="checkbox"/> posizionamento di TIPS</li><li><input type="checkbox"/> biopsia transgiugulare</li><li><input type="checkbox"/> ERCP</li><li><input type="checkbox"/> cateterismi venosi centrali</li><li><input type="checkbox"/> biopsia osteomidollare</li></ul>	

■ **Livello IV di Clinical Competence:** competente per formare altri ad effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura).

\* La Certificazione dell'esecuzione / coinvolgimento diretto / livello di autonomia di tutte le suddette attività deve essere rilasciata e firmata dal Direttore di Strutture operative complesse (SOC), Unità operative complesse(UOC) o strutture autonome dipartimentali (SSD, SOS etc.) con conferma del Direttore Generale o Direttore Sanitario dell'Azienda di appartenenza.



## Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità

rev. 02  
del 2014-12-11

### QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

pag. 3 di 7

2

#### PROFILO FORMAZIONE *(continua dalla pag. precedente .../...)*

2b	FORMAZIONE EPATOLOGICA INERENTE IL TRAPIANTO DI FEGATO	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
<b>Autonomia clinica certificata *</b>	♦ Coinvolgimento personale nella valutazione di <b>almeno 100 candidati</b> a trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ candidati a trapianto	
<b>Autonomia clinica certificata *</b>	♦ Autonomia nella <b>selezione del candidato</b> ed attribuzione della <b>priorità in lista di attesa in almeno 50 pazienti adulti</b>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ pazienti adulti	
<b>Autonomia clinica certificata *</b>	♦ Autonomia nel riconoscimento e nella gestione delle <b>complicanze mediche nel paziente in lista di attesa</b>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ pazienti adulti	
<b>Autonomia clinica certificata *</b>	♦ Coinvolgimento personale nella gestione clinica del follow-up di <b>almeno 75 pazienti adulti trapiantati</b>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ pazienti adulti trapiantati	
<b>Autonomia clinica certificata *</b>	♦ Autonomia nel <b>riconoscimento</b> e nella <b>gestione delle complicanze</b> mediche a breve e lungo termine in <b>almeno 30 pazienti adulti trapiantati</b>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ pazienti adulti trapiantati	
<b>Autonomia/ Esecuzione certificata *</b>	Il candidato dichiara il ♦ <b>Numero di biopsie</b> epatiche in <b>pazienti adulti trapiantati</b> ♦ <b>Numero di ecografie epatiche</b> ♦ <b>Numero di ecodoppler dei vasi addominali</b>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ biopsie epatiche ____ ecografie epatiche ____ ecodoppler vasi addominali	

\* La Certificazione dell'esecuzione / coinvolgimento diretto / livello di autonomia di tutte le suddette attività deve essere rilasciata e firmata dal Direttore Sanitario o suo delegato della Struttura Ospedaliera su richiesta del Direttore di Struttura operativa complessa (SOC), Unità operativa complessa (UOC) o strutture autonome dipartimentali (SSD, SOS etc.) con conferma del Direttore Generale o Direttore Sanitario dell'Azienda di appartenenza.



## Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità

rev. 02  
del 2014-12-11

### QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

pag. 4 di 7

2

#### PROFILO FORMAZIONE *(continua dalla pag. precedente .../...)*

2c	GESTIONE PROBLEMATICHE EPATOLOGICHE NEI TRAPIANTI D'ORGANO (escluso il fegato)	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
<b>Autonomia clinica certificata *</b>	Autonomia nel <b>riconoscimento</b> e nella <b>gestione</b> delle <b>patologie epatiche</b> in corso di: <ul style="list-style-type: none"><li>♦ <b>insufficienza acuta d'organo</b> (escluso il fegato)</li><li>♦ <b>insufficienza cronica d'organo</b> (escluso il fegato)</li><li>♦ <b>trapianto d'organo</b> (escluso il fegato)</li></ul>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ insufficienza acuta d'organo ____ insufficienza acuta d'organo ____ trapianto d'organo	

\* La Certificazione dell'esecuzione / coinvolgimento diretto / livello di autonomia di tutte le suddette attività deve essere rilasciata e firmata dal Direttore di Strutture operative complesse (SOC), Unità operative complesse(UOC) o strutture autonome dipartimentali (SSD, SOS etc.) con conferma del Direttore Generale o Direttore Sanitario dell'Azienda di appartenenza.

3

#### PROFILO ESPERIENZA

3	REQUISITI MINIMI INDISPENSABILI	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
<b>Frequenza certificata *</b>	Presso uno o più Centri Trapianto di Fegato (sia Italiani che Esteri): <ul style="list-style-type: none"><li>♦ di almeno <b>1 anno</b> se, nel periodo di frequenza, sono stati eseguiti <b>almeno 25 trapianti in uno o più centri</b></li><li>♦ di almeno <b>2 anni</b> se, nel periodo di frequenza, sono stati eseguiti <b>almeno di 25 trapianti in uno o più centri</b></li></ul>	<input type="checkbox"/> Autocertificazione ____ anni      ____ centri ____ trapianti ____ anni      ____ centri ____ trapianti	

\* La Certificazione dell'esecuzione / coinvolgimento diretto / livello di autonomia di tutte le suddette attività deve essere rilasciata e firmata dal Direttore di Strutture operative complesse (SOC), Unità operative complesse(UOC) o strutture autonome dipartimentali (SSD, SOS etc.) / SC .



## Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità

rev. 02  
del 2014-12-11

### QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

pag. 5 di 7

4

#### PROFILO SCIENTIFICO

4a	REQUISITI MINIMI INDISPENSABILI	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
Lavori Scientifici pubblicati	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ Pubblicazione <b>come autore o coautore di almeno 5 lavori scientifici pubblicati in Pub Med</b> su argomento epatologico riguardante il trapianto di fegato, dalla presentazione della domanda (allegare elenco)</li></ul>	<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> Autocertificazione/Elenco lavori _____ lavori scientifici su Pubmed	La Commissione valuterà l'apporto personale del candidato nei lavori scientifici presentati unitamente alla continuità dimostrata nell'impegno scientifico.
4b	ULTERIORI TITOLI VALUTABILI	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
Attività di ricerca	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ Partecipazione a <b>trials clinici multicentrici</b> sulle malattie epatiche e trapianto di fegato</li><li>♦ Partecipazione a <b>studi osservazionali</b> sulle malattie epatiche e trapianto di fegato</li><li>♦ Collaborazione e/o gestione <b>registri</b> sulle malattie epatiche e trapianto di fegato</li></ul>	_____ trials multicentrici _____ studi osservazionali _____ registri	
Attività scientifica	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ <b>Iscrizione a Società Scientifiche affini</b> alla qualifica professionale in oggetto</li><li>♦ <b>Revisore di riviste peer review</b> attinenti alla qualifica professionale in oggetto</li></ul>	Società Scientifica: _____ _____  Riviste Peer review _____ _____ _____	



## Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità

rev. 02  
del 2014-12-11

### QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

pag. 6 di 7

5

#### PROFILO CREDITI

Sono necessari almeno 30 crediti, calcolati in base ai sotto elencati punteggi:

REQUISITI	CREDITI	EVIDENZE OGGETTIVE	Note / Osservazioni
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Partecipazione a Corsi di formazione nazionali relativi alla qualificazione professionale in oggetto negli ultimi 3 anni</li></ul>	<b>2 crediti /corso</b>	_____ crediti	
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Docente/Tutore in Corsi di formazione nazionali relativi alla qualificazione professionale in oggetto negli ultimi 3 anni</li></ul>	<b>4 crediti /corso</b>	_____ crediti	
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Partecipazione a Corsi di formazione internazionali relativi alla qualificazione professionale in oggetto negli ultimi 3 anni</li></ul>	<b>3 crediti /corso</b>	_____ crediti	
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Docente/Tutore in Corsi di formazione internazionali relativi alla qualificazione professionale in oggetto negli ultimi 3 anni</li></ul>	<b>6 crediti /corso</b>	_____ crediti	
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Partecipazione a Congressi e/o Simposi di Società Nazionali relativi alla qualificazione professionale in oggetto negli ultimi 3 anni<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Partecipazione (attestato di frequenza)</li><li>◆ Presentazione di lavori (orale o poster)</li><li>◆ Relatore su invito</li></ul></li></ul>	<b>1 credito/evento</b> <b>2 crediti /evento</b> <b>4 crediti /evento</b>	_____ crediti _____ crediti _____ crediti	
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Partecipazione a Congressi e/o Simposi di Società Trapiantologiche Internazionali negli ultimi 3 anni<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Partecipazione (attestato di frequenza)</li><li>◆ Presentazione di lavori (orale o poster)</li><li>◆ Relatore su invito</li></ul></li></ul>	<b>2 credito/evento</b> <b>4 crediti /evento</b> <b>6 crediti /evento</b>	_____ crediti _____ crediti _____ crediti	
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Autore o coautore di lavori scientifici pubblicati su Pub Med inerenti il trapianto di fegato negli ultimi 7 anni:<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Primo, secondo o ultimo nome</li><li>◆ Coautore in altra posizione</li></ul></li></ul>	<b>1 credito / ogni lavoro pubblicato</b> <b>0.50 crediti /ogni lavoro pubblicato</b>	_____ crediti _____ crediti	



## Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità

rev. 02  
del 2014-12-11

### QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

pag. 7 di 7

#### SPAZIO RISERVATO alla COMMISSIONE AISF

**AMMESSO**

**GIUDIZIO COMPLESSIVO:**

**NOTE / OSSERVAZIONI:**

**NON AMMESSO**

**MOTIVAZIONI:**

**NOTE / OSSERVAZIONI:**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firme (Segretario AISF, Coordinatore e Membri AISF-CPT)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_