

AOGOI PUGLIA

Trani: la prima Masterclass in Uroginecologia rivolta ad Urologi e a Ginecologi

Urologi e ginecologi insieme, per porre a confronto le differenti esperienze quotidianamente vissute nel trattamento di patologie della donna sempre più diffuse quali: l'incontinenza urinaria, il prolasso urogenitale, le infezioni delle vie urinarie, il dolore pelvico cronico e le neoplasie urogenitali. Questo lo scopo della due giorni di Trani "Uroginecologia: master class 2016", patrocinata da Aogoi e Siu, che ha affrontato in maniera interattiva temi complessi quali la prevenzione e il trattamento delle complicanze urologiche in corso di chirurgia ginecologica

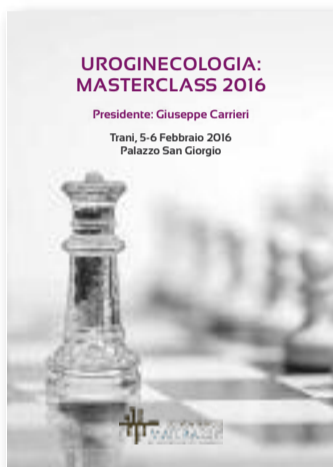
Maria Paola Simeone

Il prolasso utero-vaginale e l'incontinenza urinaria spesso si presentano alla donna che non si è curata del proprio corpo. Infatti, sin dalla maternità la donna può considerare il proprio pavimento pelvico come un trampolino elastico e dovrebbe prevenire il crollo dell'elasticità dei muscoli che sostengono il retto, la vescica e la vagina.

La causa principale del prolasso è il parto ma, anche fattori distrofici e danni secondari ad interventi chirurgici (per es. lesioni iatrogene vanno prevenute e riconosciute per evitare fistole permanenti). Danni del tessuto connettivo, dei muscoli e dei nervi sono tra le cause del cedimento del pavimento pelvico, in particolare è molto frequente la lesione del muscolo dell'elevatore dell'ano. L'anatomia del pavimento pelvico si può paragonare ad una struttura multipiano, come un garage, è costituita da tessuto connettivale, seguito da tessuto muscolare e dallo strato fasciale. La fascia connettivale che copre tutti gli organi pelvici si ispessisce in alcuni settori formando i ligamenti che sostengono gli organi stessi nell'addome. La vagina è sospesa dai ligamenti cardinali e utero sacrali. In menopausa l'ipermobilità dell'utero è dovuta ad una mancanza di sostegno e ad una rarefazione del connettivo secondaria al calo estrogenico. Quali sono le possibilità attuali di ripresa della donna dopo una gravidanza o ad un inizio di patologia del prolasso utero-vaginale di primo grado? Se ne è discusso a Trani, dal 5 al 6 febbraio scorso, nel corso del convegno organizzato dal professor **Giuseppe Carrieri** "Uroginecologia: master class 2016", al centro le tecniche riparative per conservare la sospensione dell'utero e della vescica al perineo.

La correzione del difetto vaginale anteriore, cistocele, è chirurgica con l'intervento di colpopessia per via laparoscopica o a cielo aperto. Spesso le donne subiscono un'isterectomia totale e anche un'ablazione delle ovaie per una patologia di prolasso vaginale. Le ovaie, secondo le linee guida si rimuovono nelle donne con età superiore ai 55 anni perché possono essere sede di tumori. Nella fascia di età dai 40 anni ai 55 anni la rimozione delle ovaie non è consi-

gliata. Anche se apparentemente non funzionanti, dopo i 55 anni le ovaie producono ormoni sessuali maschili, molto preziosi per la donna in menopausa. Nella



pratica clinica, le donne sessualmente attive prestano attenzione alla funzionalità vaginale con la terapia sostitutiva anche in menopausa conclamata. Quindi, la presenza di un prolasso utero-vaginale e di cistiti recidivanti sono i primi aspetti biologici di un invecchiamento del corpo femminile. Fissare una rete sulla volta vaginale con un semplice intervento per un prolasso di primo grado (lo scivolamento della vescica nella parte superiore della vagina) è un intervento di facile realizzazione e va fatto tempestivamente.

Preservare l'utero sospendendolo per ristabilire l'equilibrio delle forze nel pavimento pelvico significa conservare la meccanica della contenzione vaginale e vescicale. Quando il prolasso è utero-rettale, cioè nella parte posteriore della va-



gina, l'intervento è più complesso. Tuttavia non bisogna aver paura di sottoporsi a queste tecniche mini invasive per evitare interventi demolitivi, spesso poco riabilitanti per la funzione sessuale, come l'isterectomia totale per via vaginale. **La tecnica combinata** di correzione del difetto vaginale e incontinenza da sforzo, denominata P.C.S. (Pubo Vaginal Cistocel Sling) si esegue preso il centro del prof. Carrieri ed è stata illustrata dal prof. Luigi Cormio durante il corso. L'intervento di SLING au-

tologa con la fascia del muscolo retto dell'addome si esegue in circa 90 minuti, in una degenza operatoria di circa 4 giorni. Non ci sono rischi di erosione della parete vaginale, di recidive e di converso c'è il vantaggio della correzione della funzione vaginale senza corpi estranei e senza le conseguenze relative all'uso di mesh sintetiche. Operarsi e prevenire danni futuri: questo significa vivere meglio consegnandosi nelle mani di un uro-ginecologo esperto, naturalmente! **Y**

La vescica iperattiva, un problema sociale diffuso: terapia multimodale

L'incontinenza urinaria è, nel mondo, un problema fisico, sociale, psicologico, lavorativo e coinvolge anche la sfera sessuale. Tuttavia, nonostante la portata della problematica anche nel mondo femminile, in urologia si presta molta attenzione ai disturbi della minzione correlati alla patologia prostatica e vescicale che, spesso, sono meglio inquadrabili nella clinica della cosiddetta vescica iperattiva.

Le opzioni terapeutiche per la vescica iperattiva della donna prevedono il ricorso a numerose tecniche chirurgiche, per la terapia dell'incontinenza urinaria femminile collegata al deficit degli sfinteri, e a nuovi trattamenti farmacologici e neuro-riabilitativi.

Lo stato dell'arte delle terapie farmacologiche dell'incontinenza urinaria si basa essenzialmente sul protagonista della corretta fisiologia neuro-vescicale: il recettore muscarinico, situato nel muscolo vescicale. Il muscolo della vescica contiene alcuni recettori, in particolare il recettore M2 ed M3. L'attivazione non controllata di tali recettori determina una contrazione involontaria della muscolatura liscia che, a sua volta, può generare un'involontaria perdita di urina.

La terapia di prima linea delle forme lievi di vescica iperattiva con incontinenza urinaria può avvalersi di un approccio terapeutico comportamentale, quale training vescicale, strategia di controllo della motilità vescicale, riabilitazione del pavimento pelvico etc...

La seconda linea terapeutica, da integrare alla precedente, è costituita, appunto, dall'utilizzo di farmaci antimuscarinici, con formulazione a rilascio prolungato che consentono una finestra terapeutica più ampia ed una sensibile riduzione degli effetti collaterali, con efficacia clinica che raggiunge l'80% dei casi. La terapia della vescica

iperattiva ha, tuttavia, un costo elevato almeno nel nostro paese e presenta, in alcuni casi, una significativa incidenza di effetti collaterali. Di recente introduzione sono nuove molecole, definite nell'ambito degli agonisti B-adrenergici, con uno spazio di tollerabilità maggiore nei trattamenti a lungo termine ed effetti collaterali ridotti rispetto agli antimuscarinici.

Nei casi di vescica iperattiva neurogena, resistente alla citata terapia farmacologica, laddove il paziente lamenta urgenza incontinenza e ridotti volumi minzionali, esiste attualmente una terza linea farmacologica costituita dalla **tossina botulinica**. La tossina botulinica, già impiegata in gastroenterologia, in neurologia e in chirurgia estetica guadagna spazio, già da alcuni anni, anche in ambito urologico. Essa appare sensibilmente efficace nelle vesciche neurogene laddove fallisce l'uso cronico di anticolinergici.

Prima di eseguire l'impianto della tossina in vescica è necessaria l'esecuzione di uno studio neuro-uro-dinamico. L'intervento si esegue in regime di day hospital, in anestesia locale ed in endoscopia, mediante iniezione "a pomfo" di 300-400 UI di tossina botulinica (circa 30-40 pomfi). Ciò consente di rilasciare efficacemente il detrusore per un periodo variabile di 3-6 mesi con il vantaggio di aumentare la capacità vescicale, ridurre le pressioni di riempimento del serbatoio e gli episodi di incontinenza, aumentare gli intervalli tra una minzione e l'altra.

Un altro presidio terapeutico per la vescica iperattiva è rappresentato dalla **Neuromodulazione sacrale**, è una tecnica nata presso la scuola di San Francisco circa 25 anni fa; essa propone l'uso di un peace-maker vescicale capace di ridurre l'iperattività vescicale e migliorare anche la fase di

svuotamento vescicale. Prima questa metodica si svolgeva in maniera più invasiva, in anestesia generale, con l'applicazione di un elettrodo sul forame ovale per via percutanea. Oggi, rispetto al passato, si utilizza un elettrodo auto fissante, in anestesia locale e in radioscopia, con il posizionamento del pace maker nel forame sacrale. Di questa metodica ha parlato il dottor Michele Spinelli, urologo responsabile della Neurourologia del Niguarda, al recente Convegno di Trani Urologia Master Class; è stato infatti dimostrato che, dopo 20 anni dal posizionamento di un neuro modulatore, il 66% dei pazienti ha ridotto gli episodi di incontinenza (migliorando anche l'intervallo delle minzioni), registrando nel 34,5% una efficacia terapeutica assoluta.

Altra tecnica per il neuro-trattamento della vescica iperattiva prevede la **stimolazione pulsata del nervo pudendo**. Questa metodica risulta efficace soprattutto in pazienti con vescica iperattiva secondaria a lesioni neurologiche parziali.

Numerosi sono i vantaggi della tecnica di stimolazione del pudendo quali la semplicità della esecuzione, in mani esperte, con un elettrodo guida posizionato in sede trans rettale. Esso registra le stimolazioni del nervo e le corregge adottando correnti a frequenze terapeutiche. Questa tecnica è utilizzata soprattutto in pazienti che non riscuotono soddisfacenti risultati farmacologici o a seguito dell'impianto di neuro-modulazione sacrale.

In conclusione, il futuro apre a sistemi intelligenti che prevedono la stimolazione del nervo sacrale, pudendo o tibiale e, contemporaneamente, il controllo complesso con tecniche multifrequenza tributate dalla esperienza della neuro-modulazione.

Bari: Hot Topics in Ostetricia e Ginecologia

Una illusoria realtà quella della robotica? I nuovi orizzonti della tecnica inducono i più al desiderio di imparare, senza considerare quello che invece è possibile realizzare con la professionalità. **La mini- e micro-laparoscopia in ginecologia** è una realtà degna di eccellenza internazionale. **Fabio Ghezzi**, direttore Struttura Complessa Ginecologia e Ostetricia-ASST Settelaghi - Varese, direttore della Scuola Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli Studi dell'Insubria, ci ha condotto nel campo della chirurgia laparoscopica più innovativa e tecnologicamente avanzata, spiegando come sia tecnicamente possibile ottenere risultati di benessere della paziente con costi ridotti. Il reparto ha ottenuto lo scorso marzo l'accreditamento di Eccellenza in Chirurgia Ginecologica Mini-Invasiva (COEMIG) da parte dell'Associazione Americana dei Ginecologi Laparoscopisti (AAGL). L'equipe varesina è la prima in Italia a raggiungere questa certificazione.

In chirurgia ginecologica, dopo il cambiamento dirompente avvenuto negli anni '90 con l'introduzione della laparoscopia, abbiamo assistito nell'ultimo decennio da un lato all'implementazione delle tecniche mini-invasive per un numero crescente di procedure, via via più complesse, dall'altro al tentativo di potenziare ulteriormente gli innegabili vantaggi della chirurgia laparoscopica rispetto a quella convenzionale. Questo tentativo si è sviluppato in due direzioni: la prima è stata quella di perseguire un'ulteriore diminuzione del trauma chirurgico attraverso la riduzione del numero e/o del calibro degli accessi laparoscopici, la seconda è stata quella di ovviare ad alcune limitazioni della chirurgia laparoscopica introducendo la robotica.

Con il termine di mini-laparoscopia si intendono procedure lapa-



Le tecniche chirurgiche innovative, la diagnostica e la fertilità femminile. Questi i principali temi al centro del convegno Hot Topics in Ostetricia e Ginecologia, svoltosi a Bari il 16 febbraio scorso. Qui illustrati alcuni degli argomenti più interessanti affrontati nel corso dell'incontro patrocinato da Aogoi e Sigo

roscopiche eseguite con strumenti del diametro di 3 mm (anziché i 5-12 mm convenzionali), con l'unica eccezione dell'ottica che può essere di 5 mm, mentre si parla di micro-laparoscopia quando gli strumenti hanno un calibro inferiore o uguale a 2 mm. La miniaturizzazione degli strumenti è associata a riduzione del dolore postoperatorio (evidenza di livello I documentata in chirurgia generale) e migliori esiti estetici e minimizza il rischio di ernie incisionali, complicanza rara ma temibile della chirurgia mini-invasiva. In letteratura non sono mai state riportate ernie in sede di trocar in adulti sottoposti a procedure laparoscopiche con strumenti di diametro inferiore ai 5 mm.

Il progresso tecnologico ha consentito di disporre di strumenti miniaturizzati affidabili, sufficientemente robusti e sicuri per quanto concerne la capacità di emostasi anche in situazioni difficili. Questo ha permesso l'esecuzione di interventi ad elevata complessità, come quelli per patologia ginecologica maligna (isterectomia radicale, linfadenectomie pelviche e lombo-aortiche), con tecniche mini-laparoscopiche, ottenendo esiti chirurgici paragonabili a quelli della la-

paroscopia convenzionale, come dimostrato da plurimi studi di confronto, sia osservazionali che randomizzati. A differenza delle procedure eseguite con singolo accesso ombelicale (Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery - LESS) la mini-laparoscopia prevede esattamente la stessa successione di gesti chirurgici della laparoscopia, lo stesso assetto operatorio e sfrutta la medesima curva di apprendimento. Inoltre, in un momento in cui la medicina deve necessariamente fare i conti con una congiuntura economica non favorevole, va sottolineato come l'investimento richiesto per l'upgrade da laparoscopia a minilaparoscopia è solo quello dell'acquisto dello strumentario, che oltretutto può essere poliuso e quindi più facilmente ammortizzabile. Certamente il chirurgo che decide di perseguire la strada della miniaturizzazione degli accessi non ha i vantaggi in termini ergonomici e di postura che la chirurgia robotica può offrire e sicuramente deve avere alle spalle un background di consolidata esperienza in ambito di chirurgia mini-invasiva, ma da più parti ci si inizia a chiedere se l'agio della chirurgo e la supposta curva d'apprendimento più breve giustificano gli onerosi investimenti richiesti per acquisto e mantenimento dei sistemi robotici, a fronte di una mancanza di prove di superiorità in termini di risultati clinici, particolarmente in ambito ginecologico.

La strada della miniaturizzazione e della riduzione del numero di accessi non deve essere vista come un virtuosismo chirurgico mirato a perseguire la chimera di una "scarless surgery" e da riservare alle pazienti più giovani ed esigenti intermini di esito estetico, ma come un percorso appropriato in termini non solo di efficacia ma anche di efficienza, intesa come corretta allocazione e buon uso delle risorse economiche.

Il tema sul **cancro della mammella** è stato ampiamente sviluppato da **Fedro Peccatori**, direttore della Unità di Fertilità e Procreazione in Oncologia all'Istituto Europeo di Oncologia in tre ambiti principali: nelle giovani donne, nell'infertilità femminile e nella gravidanza. I temi si intrecciano tra di loro e seguire simbolicamente una donna su tre chiome, come quello di una treccia delicata, è un abbastanza complesso. Il tumore della mammella nelle donne giovani è quello che si verifica ad un'età inferiore ai 40 anni; in Italia ci sono circa 2500 nuovi casi ogni anno, con un tasso standardizzato per età di 13.2 per 100.000. Il numero dei tumori diagnosticati è in aumento in tutte le regioni del mondo per fattori riproduttivi, ambientali e genetici. Nelle nazioni in via di sviluppo, la percentuale di tumore della mammella nelle donne giovani arriva fino a quasi il 50% di tutti i casi. La prognosi del tumore mammario nelle giovani donne è peggiore rispetto alle meno giovani. Perché? Primo fattore è rappresentato dalla diagnosi tardiva: non c'è screening pertanto il ritardo diagnostico porta a trovare tumori più grandi, con maggiore probabilità di linfonodi interessati. Secondo fattore è costituito dall'associazione tra l'età e fattori biologici sfavorevoli: minore espressività dei recettori per estrogeni o per il progesterone, elevato indice proliferativo, elevata espressione della oncoproteina HER2. Grazie al mi-

glioramento delle terapie locali e sistemiche (prevalentemente la chemioterapia, l'ormonoterapia e la terapia anti HER2) la sopravvivenza è migliorata, con circa il 70% di pazienti vive e libere da malattia a 8 anni dalla diagnosi. In alcuni sottogruppi di pazienti la prognosi è ancora migliore, con probabilità di guarigione superiore al 90%. Purtroppo il prezzo da pagare per risultati tanto buoni è, tra gli altri, la tossicità sull'ovaio (secondaria al dosaggio, all'età e all'uso di alchilanti) per la chemioterapia e la lunga durata della terapia con aumento della età e riduzione della fertilità per le terapie ormonali. Utile quindi pensarci per tempo e mettere in atto tutte le possibili strategie preventive prima dell'inizio dei trattamenti. Sul tema dell'**infertilità e carcinoma mammario** il professore ha risposto al quesito: L'infertilità è un fattore di rischio per cancro mammario? Si parte dalla condizione di donne che: fanno terapie ormonali, hanno meno fattori protettivi (come % gravidanza ed allattamento), possono avere un meccanismo di diminuzione dell'AMH (riserva ovarica). La risposta è che l'infertilità non è associata ad un rischio maggiore di avere tumori. Le donne BRCA 1/2 positive possono essere lievemente a rischio per infertilità e mostrare ridotta risposta alla FIVET, ma i dati sono ancora controversi.

Il terzo argomento: **Gravidanza dopo tumore mammario**. La possibilità che la donna con pregresso carcinoma mammario ha di avere un figlio è ridotta al 50% rispetto ad una donna sana. In aggiunta ci sono altri fattori come: l'età, i trattamenti tossici sull'ovaio, la paura della gravidanza. Questa paura è infondata perché le evidenze scientifiche hanno dimostrato che la gravidanza non aumenta la mortalità per carcinoma mammario. Anche dopo terapia per tumore endocrino-responsivo non aumenta il rischio di recidiva. La fecondazione assistita dopo diagnosi di tumore non aumenta il rischio di recidiva, ma utilizzare FIVET o ICSI con gameti propri è poco efficiente. (M.P.S.)

Il Puerperio nel XXI secolo

Si è svolto a Maglie (Le), il 20 febbraio scorso, il Convegno "Il Puerperio nel XXI secolo". L'evento, patrocinato da Aogoi, Agite e dalla Asl Lecce e organizzato dalla segretaria Agite Puglia Annunziata Marra nella splendida cornice di Villa Zaira, ha visto la partecipazione di un folto numero di ginecologi, pediatri, medici di famiglia, ostetriche, nutrizioniste ed infermiere

L'intensa giornata di lavoro, aperta dai saluti del presidente Aogoi **Vito Troiano** e dal past president Agite **Giovanni Fattorini**, ha visto momenti di confronto sulla gestione delle puerpere, per le quali possono presentarsi non solo problematiche squisitamente ostetriche (emorragie post-partum, complicanze trombo-emboliche etc), ma anche psico neurologiche e comportamentali.

Il modello di gestione, per essere idoneo ad affrontare le reali esigenze delle puerpere, deve essere espressione di una forte integrazione Ospedale-Territorio, a partire dalla cartella clinica della gestante. Da ciò deriva la inderogabile necessità di adoperare l'Agenda della gravidanza, purtroppo non ancora usata in tutte le regioni e fra queste la Puglia.

Se quindi è vero che la fisiologia del Puerperio attiene al Territo-

rio, è assolutamente necessario che esso sia messo in condizioni di affrontarla compiutamente. Secondo alcuni la vera integrazione potrebbe essere realizzata qualora siano gli stessi operatori a svolgere la propria attività ora in ambito ospedaliero ora al di fuori di esso. In ogni caso il Team multidisciplinare di riferimento per la puerpera è composto: ginecologo, ostetrica, pediatra e, laddove si presenti una difficoltà relazionale madre-

bambino, psichiatra e psicologa. Dalle relazioni è emerso il ruolo cruciale svolto dal C.A.N. (corso di accompagnamento alla nascita), che nell'Ospedale di Scorrano vanta un'eccellenza maturata sul campo, sia per la più che ventennale presenza, sia per l'appassionata dedizione delle ostetriche.

Per quanto attiene la tutela giuridica della puerpera, risulta che nel nostro paese, pur in presenza di numerose norme di legge e interventi legislativi anche recenti, è necessario un potenziamento degli stessi per far fronte alla sempre più evidente crisi della natalità.

Al termine dei lavori, un simpatico momento musicale è stato centrato sulle ninne-nanne della tradizione popolare salentina, nella cornice della "Pizzica", con



ballerina e cantante accompagnate da tamburello chitarra ed organetto, così come suggerito nella brochure con la raffigurazione della mamma che allatta suonando. Annunziata Marra

AOGOI PUGLIA

Emergenze Ostetriche: Corsi Teorico - Pratici

Sabina Di Biase
Segretario Aogoi Foggia

Nutrita la partecipazione dei ginecologi e delle ostetriche delle province di Foggia e Bari alle due giornate teorico-pratiche fortemente volute dal Presidente Aogoi, dal Segretario Regionale Pier Luigi Sozzi e dal Segretario Provinciale di Foggia Sabina Di Biase. Il parto, come ha sottolineato il presidente Aogoi Vito Trojano in apertura dei corsi, rappresenta un passaggio fondamentale nella vita della madre e del bambino, in cui si concentrano emozioni e, a volte, anche pericoli di grande portata. Per questo le emergenze ostetriche - in primis l'emorragia post partum e la distocia di spalle - eventi per loro natura non preannunciati e imprevedibili, rappresentano un vero e proprio "incubo" per ogni ginecologo. Di qui l'importanza della realizzazione di eventi formativi come questi, dove le simulazioni con esercitazioni pratiche a piccoli gruppi su manichini e simulatori di ultima generazione rappresentano un elemento chiave per la gestione delle emergenze, che ri-

chiede di assumere decisioni in tempi rapidissimi, come evidenziato dal Segretario Regionale Aogoi Sozzi nella sua presentazione ai corsi e dal Direttore Generale della Asl di Foggia Vito Piazzolla.



Nella prima parte dei corsi, due specialisti del settore: Claudio Crescini, direttore della Uoc di Ostetrica e Ginecologia dell'Ospedale San Giovanni Bianco di Bergamo, e Marzia Maini, della U.O. di Oste-

tricia e Ginecologia dell'Ospedale "Carlo Poma" di Mantova - coadiuvati da Lucia Mirabella e Agostino Brizzi, due specialisti anestesisti-rianimatori delle strutture di riferimento di Foggia e Bari - hanno affrontato uno

gli argomenti più importanti tra le emergenze ostetriche, ovvero l'emorragia post-partum esaminando: cause, prevenzione, trattamento conservativo e demolitivo, shock emorragico, gestione dei li-

quidi, correzione della volemia e alterazioni della coagulazione. La seconda parte del corso è stata incentrata su un altro grande tema di emergenza ostetrica: la distocia di spalla, con particolare riguardo al protocollo relativo alle manovre ostetriche. Le sessioni pomeridiane sono state dedicate alle simulazioni con esercitazioni pratiche a piccoli gruppi su manichini e simulatori di ultima generazione. La partecipazione attiva agli interventi dei relatori e l'entusiasmo riservato alle simulazioni pratiche denotano il grado di interesse per un tema, quello delle emergenze ostetriche, che come più volte sottolineato nel corso dei lavori, spesso rappresenta una "dura prova" nella pratica di molti ginecologi e ostetriche. Osservare l'esecuzione di tutte le manovre pratiche medico chirurgiche, nel rispetto di protocolli in check list - che vanno rigorosamente approvati ed eseguiti anche in funzione di eventuali contenziosi medico legali - è la via maestra per prevenire e ridurre gli eventi avversi. Le questioni affrontate, pregevolmente approfondite dai relatori in un'avvincente e appassionante riflessione, arricchita dagli interventi in sede di dibattito, hanno fatto emergere diversità di posizioni e di sensibilità che, tuttavia, hanno trovato un punto d'incontro e di condivisione nel principio del rispetto delle donne durante il parto e della loro dignità di persona. **Y**



► Segue da pagina 12

I NUMERI DEL RAPPORTO

si è verificato in accesso al Pronto soccorso e nel 9,34% in ambulatorio.
Sinistri per tipo di procedimento: il 74,44% dei sinistri aperti ha un procedimento stragiudiziale, la Conciliazione è all'8,98%.
Sinistri per tipologia tramite: nel 72,34% dei casi le denunce vengono presentate tramite l'avvocato, direttamente invece nel 10,61% dei casi e 3,87% attraverso una agenzia antiinfortunistica.
Percentuale sinistri chiusi in via stragiudiziale entro l'anno: 7,87%
Rapporto tra importi liquidati e somme preventivate: 0,27. In sostanza viene liquidato in media il 27% di quanto preventivato.
Sinistri per età (del danneggiato): nel 33% dei casi riguarda persone over 65, mentre nel 17% dai 45 ai 54 anni e nel 16% la fascia di età tra i 55 e i 64 anni
Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno. L'importo massimo per lesioni personali liquidato è stato di 2,4 milioni di euro mentre il minimo è stato di 16.150 euro. Per quanto riguarda le lesioni di diritti giuridicamente rilevanti il massimo liquidato è stato di 2 milioni di euro e il minimo di 52,6 euro. Per decesso il massimo liquidato è stato di 1,4 mln.

► Segue da pagina 19

Fucci: No ai falsi problemi. Le priorità sono ben altre

rio di quanto pensa Rossi che invoca addirittura una legge di iniziativa popolare probolizione dell'intramoenia, per dotare gli ospedali di strutture in grado di garantire lo svolgimento dell'Alpi. Altrimenti, in modo realistico, bisognerà constatare che, anche senza l'abolizione dell'intramoenia frettolosamente sostenuta da Rossi, la sanità pubblica andrà depauperandosi con la trasmigrazione verso la libera professione in esclusiva di professionalità di altissimo livello. Rilanciare, anche in campo sanitario, antiche o immotivate contrapposizioni tra pubblico e privato è fuori dai tempi e alimenta conflittualità davvero inutili. Guardiamo semmai alla collaborazione e all'integrazione tra pubblico e privato. Il tutto tenendo come unico punto di riferimento il dovere, che lo Stato e le Regioni devono perseguire, di offrire agli italiani un'ampia libertà di scelta e un'offerta di tutela della salute adeguata".

Benedetto Fucci
Commissione
Affari Sociali della Camera

► Segue da pagina 19

Intramoenia: nel 2015 ha fatturato 1,018 mld.

Report della Corte dei conti. I dati economici dell'attività libero professionale in intramoenia relativi al 2015, contenuti nel rapporto 2016 della Corte dei Conti sulla finanza pubblica (vedi p. 10), indicano che complessivamente l'intramoenia ha generato ricavi per un totale di 1,018 miliardi, di cui 809,4 di spettanza del personale e 209,2 delle Asl. Rispetto al 2014 c'è stato un calo complessivo del 2,7% pari a 28,5 milioni in meno, che ha pesato quasi esclusivamente sui medici che hanno incassato 27,2 milioni in meno. Solo lo 0,63% in meno per le Asl che hanno quindi perso solamente 1,3 milioni di euro. I maggiori ricavi si concentrano nelle regioni del Nord con 611,1 milioni, di cui 478,5 ai medici, segue il Centro con 251,6 milioni di cui 198,5 ai medici e infine il Sud con 155,9 mi-

lioni di cui 132,4 ai medici. Prendendo a riferimento i dati dell'ultima Relazione al Parlamento sull'intramoenia, che risalgono però al 2013, risultavano occupati nell'attività circa 55.500 medici che in quell'anno avevano incassato 16.800 euro pro capite dall'attività libero professionale. Ipotizzando lo stesso numero di medici anche nel 2015, ma il dato attuale non è ancora noto e potrebbe essere variato probabilmente in decremento, gli incassi pro capite scenderebbero quindi a 14.500 euro a testa.

