

RAPPORTO
SDO 2016

RAPPORTO SULLE ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO 2016

Rispetto al 2015 il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza mostra una diminuzione di circa il 2,7%, mentre il corrispondente volume complessivo di giornate si riduce di circa il 2,1%. Migliora l'appropriatezza. La remunerazione teorica passa da 30,9 miliardi nel 2010 a 28,6 miliardi nel 2016

DISTRIBUZIONE
DELLE DIMISSIONI
NEONATI SANI PER
TIPO DI ISTITUTOISTITUTI PUBBLICI
289.121ISTITUTI PRIVATI
74.170TOTALE DIMISSIONI
364.378DEGENZA MEDIA
3 GIORNIPUNTI NASCITA
IN ITALIATOTALE P.N.
485% CON 500 PARTI E OLTRE
74,4DIMISSIONI
PER PARTOISTITUTI PUBBLICI
377.673ISTITUTI PRIVATI
ACCREDITATI
84.069ISTITUTI PRIVATI NON
ACCREDITATI
424TOTALE PARTI
464.477

A POCO PIÙ DI SEI MESI dal Rapporto sulle attività di ricovero ospedaliero 2015 (Sdo 2015), il ministero della Salute (Ufficio 6 della Direzione generale della Programmazione sanitaria) ha già predisposto e pubblicato le Sdo 2016 in cui si osserva una generale, ulteriore, diminuzione del volume di attività dagli ospedali. Rispetto al 2015 infatti, il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza mostra una diminuzione di circa il 2,7%, mentre il corrispondente volume complessivo di giornate si riduce di circa il 2,1%. La riduzione più consistente si osserva nella riabilitazione in regime diurno (-6,4% per le dimissioni e -3,3% per il numero di accessi), poi per l'attività per acuti in regime diurno (-5,7% per le dimissioni e -6,4% per il numero di accessi) e la lungodegenza (-5,3% per le dimissioni e -4% per il numero di giornate). Più contenuta la riduzione per gli acuti in regime ordinario (-1,7% per le dimissioni e -1,5% per le giornate) e infine per la riabilitazione in regime ordinario (il numero di dimissioni è sostanzialmente sovrapponibile all'anno precedente, mentre il numero di giornate si riduce del 1,3%).

IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

Rispetto al 2015, nel 2016 il tasso di ospedalizzazione per acuti si riduce da 129,9 a 126 dimissioni per 1.000 abitanti, articolato in 95 dimissioni (per 1.000 abitanti) in regime ordinario e 31 in regime diurno (nell'anno precedente i valori erano, rispettivamente, 97 e 32,9 dimissioni per 1.000 abitanti); si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale. Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso mostra un andamento decrescente, che interessa sostanzialmente l'attività per Acuti, sia in regime ordinario che diurno, che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 95 e 31 nel 2016. Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 132,5 nel 2016.

L'APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza del ricovero ospedaliero migliora ulteriormente, come indica l'andamento dei ricoveri che riguardano i Drg a rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario: in particolare, confrontando i dati del 2016 con quelli del 2015, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 45 dei 108 Drg a rischio inappropriatezza. Inoltre, tra i restanti 63 Drg, ulteriori 51 Drg, pur presentando una quota di regime diurno inferiore rispetto al 2015, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è del 6,3%. Infine, si può osservare che 98 Drg mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente.

Complessivamente, quindi, per i 108 Drg LEA si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.

LA MOBILITÀ

La mobilità interregionale, anche se con qualche leggera variazione, si mantiene sostanzialmente costante per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, rispettivamente, nell'intorno del 8% per l'attività per acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e del 5% per l'attività di lungodegenza.

Più in dettaglio, la mobilità per acuti in regime ordinario passa dal 7,4% nel 2010 al 8,2% nel 2016, la mobilità per acuti in regime diurno passa dal 7,4% nel 2010 al 9,1% nel 2016; la mobilità per riabilitazione in regime ordinario passa dal 14,7% nel 2010 al 16,3% nel 2016, mentre la mobilità per riabilitazione in regime diurno è pari al 9,2% nel 2010, tocca un massimo

Si riducono i ricoveri, cala la spesa ma migliora l'appropriatezza.

Ancora troppi i cesarei

La percentuale media in assoluto più alta di Tc si riscontra negli Istituti privati non accreditati (67,9% su un totale di 424 parti) e nelle Case di cura private accreditate, con una percentuale media che è del 53,4 nelle strutture con > 500 parti (su un totale di 45.597 parti) e del 48,1 in quelle con meno di 500 parti all'anno (su un totale di 2.072).

Alta anche la percentuale di cesarei negli Istituti pubblici (Aziende ospedaliere, Az. Ospedaliero-universitarie, Policlinici e Irccs pubblici e Ospedali a gestione diretta), con la media più alta registrata nelle aziende ospedaliere, sia in quelle con < 500 parti all'anno (40,6% su un totale di 493 parti) sia in quelle con > 500 parti all'anno (37,2% su un totale di 100.452

parti). La percentuale in assoluto più alta di tagli cesarei si registra in Campania: 59% su un totale di 50.901 parti (contro una media nazionale del 34,9%), con una media del 32,3 per il primo cesareo.

Per quanto riguarda la media nazionale del primo parto cesareo è del 21,7% nelle strutture con > 500 parti e del 22,3% in quelle con < 500 parti.

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, le tabelle relative ai "Neonati sani" - SDO 2016

STRUTTURE < 500 PARTI ALL'ANNO

TOTALE PARTI
28.788

% CESAREI
36,3

STRUTTURE > 500 PARTI ALL'ANNO

TOTALE PARTI
435.689

% CESAREI
34,8

di 11,8% nel 2012 e si attesta al 9,3% nel 2016. Infine, la mobilità per lungodegenza è pari al 4,7% nel 2010 e, con piccole oscillazioni, si attesta al 4,9% nel 2016.

LA REMUNERAZIONE TEORICA

Analizzando il trend della remunerazione teorica negli anni 2010-2016, per tipo attività e regime di ricovero, si osserva una graduale riduzione dell'ammontare complessivo, che passa da 30,9 miliardi nel 2010 a 28,6 miliardi nel 2016.

La componente per acuti in regime ordinario è ovviamente preponderante, con, a seguire, la componente per acuti in regime diurno e per Riabilitazione in regime ordinario.

Più in dettaglio, per il 2016 la remunerazione complessiva si attesta a circa 26,1 miliardi per l'attività per acuti (di cui 23,5 miliardi in regime ordinario e 2,6 miliardi in regime diurno), circa 2,1 miliardi per l'attività di riabilitazione (di cui 2 miliardi in regime ordinario e 91 milioni in regime diurno), e circa 428,9 milioni per l'attività di lungodegenza, per un totale di circa 28,6 miliardi.

Tra il 2015 ed il 2016 si osserva, per il totale della remunerazione, una diminuzione di circa lo 0,8%.

LA QUALITÀ DELLA RILEVAZIONE

Anche per il 2016, la banca dati Sdo è caratterizzata da un elevato livello di completezza della rilevazione: il 99,4% per gli istituti pubblici e 99,1% per gli istituti privati accreditati, con una copertura complessiva del 98,1% e una qualità della compilazione in costante miglioramento.

Il numero di errori per 100 schede si riduce da 27,6 nel 2015 a 25 nell'anno 2016, con una diminuzione di 2,6 punti, e si riduce il numero complessivo di schede con almeno un errore di compilazione, passando dal 19,9% nel 2015 al 18,8% delle schede 2016, con una diminuzione di 1,1 punti percentuali.

Il ricorso al cesareo è sceso di oltre il 25% nel 2017 tra le primipare in Campania



Rispetto ai dati allarmanti del 2016 relativi all'eccessivo ricorso ai tagli cesarei nelle strutture pubbliche e convenzionate della regione Campania, è emerso da gennaio ad ottobre 2017, un trend in diminuzione significativo sui parti cesarei sul primo figlio

Nel 2016 la Regione Campania, in riferimento all'elevata percentuale di parti cesarei, aveva già predisposto un provvedimento che aveva l'obiettivo di portare la percentuale dei tagli cesarei nella media nazionale, grazie anche all'introduzione del parto in analgesia in tutti gli ospedali pubblici campani e ad una capillare azione osservazionale, analitica e formativa, delle direzioni strategiche aziendali sui tagli cesarei evitabili nelle primigravide.

In particolare, nei punti nascita dell'Asl Salerno, sia pubblici che privati, grazie a tali iniziative si è registrato il sensibile decremento dei casi di ricorso al parto cesareo, trend confermato dalla stessa Regione Campania, laddove "...si rileva, nel complesso, un recupero forte dell' "anomalia" parti cesarei (circa 20% in meno)". Che la soglia prevista sia stata superata in soli due strutture (Vallo della Lucania e Battipaglia), e per un valore, peraltro, non eccessivamente rilevante, costituisce la riprova della validità delle iniziative messe in atto da questa Azienda su tale fronte; inoltre c'è da sottolineare che il trend degli ultimi mesi è in netto miglioramento anche nelle due strutture, e sicuramente il dato su cui ragioniamo non tiene conto di comorbilità e complicanze, che per un problema di codifica non sono state rilevate e che abbassano significativamente l'indicatore. È da sottolineare l'atteggiamento vir-

tuoso delle strutture convenzionate (Casa di Cura Malzoni di Agropoli e Clinica del Sole) appartenenti all'Asl Salerno che hanno registrato una riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei nelle primigravide addirittura del 30%. Già nel marzo 2017, nel corso del Congresso Regionale Aogoi Campania e Basilicata, svoltosi a Caserta, al quale hanno partecipato oltre 600 tra ostetrici professionisti ospedalieri, del territorio e liberi professionisti, avevamo evidenziato che "Nei primi due mesi del 2017 negli ospedali campani in cui era già partito questo progetto regionale, la percentuale del taglio cesareo nelle primigravide era diminuito già del 10%, evidenziando un'inversione di tendenza significativa resa possibile anche grazie ai corsi periodici svolti sul territorio dall'Aogoi su simulazione in sala parto e sinergia con i neonatologi, che hanno portato ad aumentare la sicurezza di tutti i professionisti, protagonisti dei Punti Nascita, perché solo aumentando la professionalità e la sicurezza si può contribuire a ridurre l'eccessiva tendenza ai tagli cesarei, senza aumentare la morbilità e mortalità materna e neonatale".

DAVIDE DE VITA

Segretario Regionale AOGOI Campania

PAOLA DE DOMENICO

Referente Strutture Convenzionate ASL Salerno

Cesarei in calo ma lentamente. In Campania le maggiori criticità



SE I CESAREI SONO PRESSOCHÉ STABILI da un anno all'altro (ma non hanno subito riduzioni evidenti negli ultimi 10 anni (sono il 34,9% nel 2016, erano il 35,4% nel 2015, il 38,2% nel 2010 e il 38,4% nel 2007), le Regioni come sempre, a macchia di leopardo, vanno in altalena e c'è chi scende (poco) e chi sale (otto Regioni) negli interventi chirurgici per un parto. Migliora l'appropriatezza nelle Sdo 2016, ma non in modo evidente per tutti i parametri che la caratterizzano. I cesarei, infatti, si riducono, ma solo dello 0,47% nel 2016 rispetto all'anno precedente.

IN SOSTANZA SE NE SONO FATTI 12.355 IN MENO su un totale nel 2016 di 464.477, il 34,9% di tutti i parti: oltre una donna su tre finisce sotto i ferri e il 21,7% per un primo cesareo (era il 22,2 nel 2015). Il problema in realtà è che se i cesarei sono pressoché stabili da un anno all'altro (ma non hanno subito riduzioni evidenti negli ultimi 10 anni (sono il 34,9% nel 2016, erano il 35,4% nel 2015, il 38,2% nel 2010 e il 38,4% nel 2007), le Regioni come sempre, a macchia di leopardo, vanno in altalena e c'è chi scende (poco) e chi sale negli interventi chirurgici per un parto.

LA SITUAZIONE PEGGIORE È TUTTA NEL SUD (anzi, dal Lazio in giù a essere esatti), con la Campania che quasi raddoppia la media nazionale dei cesarei e la Regione che nel 2016 (solo nel 2016) sta meglio è l'Abruzzo, in media nazionale. Tutti gli altri sono al di sopra della media e ben distanti dalle Regioni del Centro Nord (vanno un po' peggio, ma in media negli ultimi due anni, Liguria e Marche) con performance che si avvicinano alle percentuali indicate a livello internazionale (l'Italia con la Polonia e l'Ungheria è il paese europeo con la percentuale più alta con il 35,7% di cesarei nel 2014, mentre c'erano paesi come la Finlandia e la Svezia fermi rispettivamente al 15,8% e 17%.

LE RIDUZIONI IN TERMINI PERCENTUALI rispetto al 2015 sono maggiori lo scorso anno a Trento, che già ben sotto la media nazionale, riduce ancora del

-3,17% i cesarei nell'ultimo anno. In Campania con il -2,16% che però non riesce a far scendere la Regione al di sotto del 59% di cesarei su tutti i parti effettuati e l'Abruzzo che fa registrare il -1,48% di parti in sala operatoria. Ma in otto Regioni (Valle d'Aosta, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria), al contrario, le percentuali salgono. Con il picco massimo di aumento in Valle d'Aosta (+2,43%) e quello minimo in Friuli Venezia Giulia (+0,09%). Sono sopra l'1% Basilicata e Calabria (che sfiora il 2%), mentre le altre Regioni registrano aumenti comunque dal +0,58% (Molise) in giù.

A LIVELLO DI AREE GEOGRAFICHE, il Nord si ferma al 26,3% di media dei cesarei, mentre il Centro sale al 31,6%, ancora sotto la media nazionale, quindi. Ma il Sud, nonostante i cali di alcune Regioni, resta al 42,3% di media, 7,4 punti percentuali in più della media italiana. In questo senso il calo più vistoso negli anni è quello del Sud, passato da una media del 48,1% di cesarei nel 2007 al 42,3% del 2016, che resta tuttavia al di sopra della media nazionale del 7,4% nel 2016 mentre era al +9,7% rispetto alla media nazionale nel 2007. Una riduzione quindi in 10 anni del 2,3%, lo 0,23% l'anno.

Non considerando i valori assoluti che ovviamente fanno prevalere le strutture di ricovero pubbliche, nel 2016 i cesarei sono stati il 37,2% dei parti nelle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, Irccs pubblici e fondazioni pubbliche, il 30,6% negli ospedali a gestione diretta delle Asl, il 36,7% nei policlinici privati, Irccs privati e fondazioni private, ospedali classificati, presidi Usl ed Enti di ricerca, ma balzano al 53,2% dei parti effettuati nelle case di cura accreditate (la maggior parte nel Sud) e al 67,9% in quelle non accreditate (poche e tutte nel Centro-Nord: Piemonte, Lombardia, Toscana e Lazio e del tutto assenti nel Sud).



**RAPPORTO SULLE ATTIVITÀ
DI RICOVERO
OSPEDALIERO
2016**

SDO 2016

I ricoveri calano ma le infezioni ospedaliere no

Negli ultimi dieci anni incremento del 79,6% dei casi medici e del 61,2% per quelli chirurgici

IL RAPPORTO SDO OFFRE L'OCCASIONE di analizzare diversi fenomeni emergenti in ambito ospedaliero, come quello relativo alle infezioni ospedaliere. Un fenomeno apparentemente sotto controllo, se analizziamo i dati medi di confronto tra 2015 e le ultime schede di dimissione ospedaliera del 2016 che registrano un leggerissimo incremento dei casi di infezioni mediche (da 12,36 casi a 12,39 per 100mila dimessi) e per quelle chirurgiche (passate da 229,74 a 233,07 casi sempre per 100mila dimessi). Ma, oltre al fatto che la situazione varia di molto se andiamo a vedere i dati delle singole Regioni, il dato sconcertante è che se l'analisi si sposta indietro nell'ultimo decennio registriamo che, nonostante dal 2007 ad oggi ci siano stati 3 milioni di ricoveri in meno, le infezioni ospedaliere sono aumentate e di molto.

IN ITALIA NEL 2015, secondo l'Istat e l'ultimo rapporto di Epicentro, il portale curato dal Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, le infezioni ospedaliere causano ogni anno più vittime degli incidenti stradali: tra 4.500 e 7mila decessi contro 3.419 vittime della strada. Circa il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera. Quasi 500mila casi, dovuti soprattutto a infezioni urinarie, di ferite chirurgiche, polmoniti e sepsi. Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili (dalle 135 alle 210mila) e che siano direttamente causa del decesso nell'1% dei casi.

IN APPARENZA, come abbiamo detto, il rapporto per 100mila dimissioni ad esempio di quelle dovute a cure mediche è, a livello nazionale, relativamente basso, ma in realtà le cose vanno ben diversamente da Regione a Regione dove si va dai +7,24 casi per centomila dimessi del Molise ai -11,25 del Friuli Venezia Giulia. Situazione analoga per le infezioni post chirurgiche, dove questa volta si registra ad esempio una aumento molto forte (ma la Regione ha pochi abitanti e incide meno a livello nazionale) in Valle d'Aosta con +318,68 casi per 100mila dimessi a -195,90 casi della Basilicata.

AL NORD le infezioni mediche nel 2016 rispetto al 2015 calano ovunque meno che in Lombardia e Veneto, al Centro aumentano solo in Umbria e al Sud diminuiscono solo in Molise, Puglia e Sicilia. Quelle chirurgiche invece si sono ridotte al contrario in Lombardia e Veneto al Nord, in Umbria, Marche e Lazio al Centro, Abruzzo, Basilicata, Sicilia e Sardegna al Sud, mentre sono aumentate in tutte le altre Regioni.

Fin qui il confronto tra 2016 e 2015. Ma se il confronto si allarga agli anni precedenti, fino ad arrivare all'ultimo anno senza piani di rientro per nessuna Regione (il 2007) e quindi con

organici a pieno regime e senza carenze, ci si accorge che la situazione delle infezioni ospedaliere è andata via via peggiorando contemporaneamente con la riduzione di personale che quindi, probabilmente, dovendo affrontare la necessità di copertura sempre maggiore di servizi con unità sempre minori, alla fine ha ridotto quasi fisiologicamente l'attenzione alle norme di prevenzione delle infezioni ospedaliere.

AD ESEMPIO, rispetto al dato nazionale, nel 2016 rispetto al 2007 le infezioni mediche sono salite a 12,39 casi ogni centomila dimissioni (erano 6,9 nel 2007) con un aumento del 79%, mentre quelle chirurgiche, nonostante il numero di ricoveri sia molto diminuito (3 milioni in meno) sono passate in dieci anni da 144,59 casi ogni centomila dimissioni a 233,07 casi, con un incremento del 61,2%.

Analizzando la situazione nelle Regioni, il confronto tra il 2016 e il 2007 mostra che per le infezioni mediche le uniche Regioni a registrare un calo sono Trento, Friuli Venezia Giulia e Liguria, mentre per quelle chirurgiche Toscana, Abruzzo e Molise. Con la particolarità però che, analizzando per grandi linee i risultati della mobilità ospedaliera dei due anni a confronto, si vede che a Trento, Friuli Venezia Giulia e Toscana il dato è andato sempre migliorando negli anni, cosa che non è accaduta in Liguria dove la mobilità passiva è peggiorata di oltre 7.500 ricoveri nel 2016 rispetto al 2007, in Molise di quasi 4.500 ricoveri e in Abruzzo di oltre 11.000 ricoveri. Un segnale questo che il miglioramento nelle prestazioni potrebbe essere legato anche a un ridotto numero di ricoveri rispetto alle condizioni originarie del 2007.

NEL 2016, comunque, le Regioni con un saldo di mobilità attiva erano 8 contro le dieci del 2007 (nove nel 2010 e ancora 8 nel 2015). Dal punto di vista economico, secondo la ricerca Burden economico delle infezioni ospedaliere in Italia del maggio 2017, realizzata dal Ceis dell'Università di Roma Tor Vergata, per ogni infezione ospedaliera si stimano tra i 9mila e 10.500 euro.

Partendo dal presupposto che, come prova lo studio, le infezioni ospedaliere compaiono in circa 3 casi ogni 1.000 ricoveri acuti in regime ordinario (in aumento nel 2017 in media dello 0,035 ogni mille ricoveri), la loro valorizzazione mediante valutazione delle giornate aggiuntive per singolo Drg ha comportato una stima media annua di 69,1 milioni. Mentre la **valorizzazione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza)** sempre mediante Drg specifici (418 e 579) **ha comportato una stima media annua di 21,8 milioni**. Nel 2016 questo valore è ormai prossimo ai 30 milioni di euro.

**COLLEGIO ITALIANO
DEI CHIRURGI:**

Filippo La Torre è il nuovo Presidente

L'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo è avvenuto l'11 novembre scorso a Roma. La Torre ritiene che mai come in questo momento "Bisogna fare squadra". Ogni Società Scientifica, da sola, rischia di diventare autoreferenziale poiché, qualora anche riesca a sedersi ad un tavolo istituzionale, sarà tenuta in conto, talvolta e non sempre, soltanto per il proprio aspetto specialistico

Filippo La Torre, Professore di Ruolo di Chirurgia Generale presso la "Sapienza" Università di Roma e Direttore della Uoc di Chirurgia Generale d'Urgenza e del Trauma, Policlinico Umberto I di Roma, è entrato in carica in qualità di Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic) l'11 novembre scorso. Il Cic rappresenta l'aggregazione di quasi tutte le Società Scientifiche di Area Chirurgica distribuite su tutto il territorio nazionale. Del nuovo Consiglio Direttivo fanno parte, in rappresentanza delle Società Scientifiche di riferimento: **Luigi Presenti**, CIC-Collegio Italiano dei Chirurghi; **Marco Piemonte**, SIO e ChCF-Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico Facciale; **Maurizio Brausi**, SIU-Società Italiana Chirurgia Urologica; **Massimo Misiti**, SIA-Società Italiana Artroscopia; **Vincenzo Bottino**, ACOI-Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani; **Ferdinando Cafiero**, SIPAD-Società Italiana di Patologia Apparato Digerente; **Michele Gallucci**, AURO-Associazione Urologi Italiani; **Pierluigi Granone**, SICT-Società Italiana di Chirurgia Toracica; **Franco Marincolo**, AOGOI-Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani; **Ascanio Martino**, SICP-Società Italiana di Chirurgia Pediatrica; **Alberto Momoli**, SIOT-Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia; **Luigi Piazza**, SICOB-Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità; **Franco Roviello**, SICO-Società Italiana di Chirurgia Oncologica; **Gianandrea Baldazzi**, SITOP-Società Italiana Chirurgia Ospedalità Privata; **Vittorio Creazzo**, SICCH-Società Italiana di Chirurgia Cardiaca; **Vito d'Andrea**, SIRC-Società italiana di Ricerche in Chirurgia; **Paolo Palombo**, SICPRE-Società Italiana di Chirurgia Plastica Estetica e ricostruttiva; **Nicola Surico**, SIGO-Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia; **Piergaspare Palumbo**, CUDS-Club delle Unità di Day Surgery; **Gianfranco Silecchia**, SICE-Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie.