



SIGO news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO II - numero 36 - 26 gennaio 2010

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Comitato scientifico: Giorgio Vittori, Emilio Arisi, Fabio Sirimarco

Editore Intermedia. Direttore Responsabile Mauro Boldrini

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di Bayer Schering Pharma

News dalla ricerca

1. ENDOMETRIOSI: CO-MORBIDITA' E LEGAMI COL SISTEMA IMMUNITARIO
2. PARTO, REV. COCHRANE: ALIMENTAZIONE PERMESSA SE LA DONNA LO DESIDERA
3. CARCINOMA CERVICALE: ETEROGENEA LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DOPO ISTERECTOMIA
4. SUTURA UTERINA: PUBBLICATO REPORT SU 4 METODI AGGIUNTIVI ALLA B-LYNCH

News dalla professione

5. RIFORMA 'BRUNETTA': AL VIA SPERIMENTAZIONE IN 17 ASL E AO, A MAGGIO IL PRIMO REPORT APRIRA' CON LA SANITA'
6. MEDICI: "NO AD ACCORDI SENZA DI NOI"
7. MEDICI: ANAAO, SUBITO LEGGE SUL RISCHIO, IN PROGRAMMA MOBILITAZIONE
8. CERTIFICATI: I MEDICI INVITANO CITTADINANZATTIVA A NON BANALIZZARE
9. SCREENING IN AUMENTO MA RESTA DIVARIO SUD-NORD
10. IN 5 ANNI DIMEZZATI I MEDICI NELLE STRUTTURE SANITARIE
11. INDAGINE FEDERSPECIALIZZANDI, GIOVANI CHIRURGHI SFRUTTATI E MAL SEGUITI

News di politica sanitaria

12. LISTE D'ATTESA: PIANO DEL MINISTERO PARTE A INIZIO FEBBRAIO
13. NUOVO PIANO ONCOLOGICO (PON) : PIU' QUALITA' PER ASSISTENZA E RICERCA
14. NUOVE REGOLE PER ACCREDITAMENTO E RIMBORSI PRESTAZIONI
15. PIANI DI RIENTRO, CORTE DEI CONTI: "A RISCHIO FALLIMENTO"
16. SPESA SANITARIA IN ITALIA: 1.800 EURO PRO CAPITE, MA E' MINORE DI ALTRI PAESI UE

SIGO informa

CORSI E CONGRESSI 2010

News dalla ricerca

ENDOMETRIOSI: CO-MORBIDITA' E LEGAMI COL SISTEMA IMMUNITARIO

Uno studio dell'Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, del National Institutes of Health di Bethesda in Maryland, Usa, ha misurato la prevalenza delle condizioni di comorbidità nelle donne con endometriosi. I ricercatori si sono basati su report compilati dalle pazienti stesse e sulle diagnosi cliniche relative a malattie infettive, tumori e malattie endocrine. Il data base era costituito da un'indagine condotta con la collaborazione dei membri della Endometriosis Association (EA) comprendente report chirurgici relativi a 4.331 casi di endometriosi. All'incirca i due terzi delle donne hanno dichiarato e descritto una o più co-patologie. Infezioni ricorrenti dell'alto tratto respiratorio e infezioni vaginali ricorrenti erano frequenti e più comuni nelle donne della survey dell'EA rispetto alla popolazione generale. Il melanoma era riscontrato nello 0,7% (n=29) dei casi, il cancro alla mammella nello 0,4% (n=16) e quello ovarico nello 0,2% (n=10). Mentre il carcinoma ovarico e il melanoma erano significativamente più probabili nel gruppo dell'EA che nella popolazione generale, quello del

seno era meno frequente. La malattia di Addison e la sindrome di Cushing risultavano rare (0.2% e 0.1%, rispettivamente). Tali risultati documentano altre potenziali associazioni tra endometriosi e sistema immunitario, ciò che potrebbe in futuro rappresentare un settore di approfondimento della ricerca su questa patologia.

Cancers, infections, and endocrine diseases in women with endometriosis. Fertil Steril. 2009 Nov 26.

[INDICE](#)

PARTO, REV. COCHRANE: ALIMENTAZIONE PERMESSA SE LA DONNA LO DESIDERA

Le donne devono essere lasciate libere di bere e mangiare durante il travaglio, se lo desiderano. Lo affermano ricercatori della Cochrane Collaboration, basandosi su una nuova revisione sistematica dei trial sul tema. La scelta del 'niente per bocca' si basa sul rischio delle complicanze in anestesia generale (sindrome di Mendelson). Nel Regno Unito la scelta di mangiare e bere durante il travaglio viene ora lasciata alle donne. La revisione sistematica Cochrane - prosegue la nota - risponde alla domanda se sia necessario limitare il cibo e le bevande alle donne che molto probabilmente non subiranno anestesia. 3.130 donne sono state coinvolte in 5 studi: i risultati dimostrano che assumere cibo o bevande durante il travaglio non comporta né maggiori rischi né benefici. Anche considerando diversi tipi di alimenti e bibite. "Dati i risultati - spiega la ricercatrice sudafricana Mandita Singata, dell'East London Hospital Complex (Gb) - non c'è giustificazione per la politica del 'nulla per bocca' per le donne a basso rischio di complicazione. Per le donne a rischio di subire l'anestesia durante il parto, invece, non è stato trovato nessuno studio che valuti i rischi del bere e del mangiare durante il travaglio. Per questo gruppo di donne saranno quindi necessari approfondimenti, prima di poter definire delle raccomandazioni". Per concludere, sottolinea Singata: "la sindrome di Mendelson è una manifestazione rara, che va prevenuta. L'approccio migliore, però, non è valutare se mangiare e bere sia di beneficio per la maggior parte delle donne, ma trovare modi di prevenire il rigurgito durante l'anestesia per le pazienti che ne hanno bisogno".

Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2.

[INDICE](#)

CARCINOMA CERVICALE: ETEROGENEA LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DOPO ISTERECTOMIA

Nelle pazienti linfonodo-positivo con stadio iniziale di carcinoma cervicale sottoposte a isterectomia radicale (RH), la determinazione dei fattori prognostici è di fondamentale importanza in quanto permette di suddividere le pazienti in diversi gruppi di rischio. Tale stratificazione è finalizzata alla ricerca di una terapia adiuvante individualizzata. Questo il principale obiettivo dello studio condotto dai ricercatori del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia della University of Ulsan College of Medicine, Asian Medical Center di Seul, in Corea. Sono state retrospettivamente analizzate pazienti con stadio iniziale di carcinoma cervicale con metastasi linfonodale, sottoposte a isterectomia radicale. L'analisi multivariata ha evidenziato che l'istologia non squamosa, la dimensione del tumore e il coinvolgimento parametriale erano significativamente associati con la sopravvivenza libera da recidive (RFS) e con la sopravvivenza totale (OS). Sono stati calcolati i punteggi prognostici per tali fattori e le pazienti sono state suddivise in gruppi a rischio basso (punteggio 0; n=74), intermedio (punteggio 1-2; n=100) e alto (punteggio 3-4; n=14). La probabilità di recidiva del tumore era significativamente più elevata nei gruppi a rischio alto (OR=10.87, 95% CI=4.22-28.0, P<.001) e intermedio (OR=3.01, 95% CI=1.37-6.58, P=.006) rispetto al gruppo a rischio basso. Inoltre la probabilità di decesso da tumore era significativamente più elevata nei gruppi a rischio alto (OR=9.88, 95% CI=3.76-25.94, P<.001) e intermedio (OR=2.49, 95% CI=1.12-5.55, P=.026), sempre rispetto al gruppo a basso rischio. E' stato anche evidenziato che i tassi di coinvolgimento pelvico e di recidive a lungo termine aumentano all'elevarsi del rischio. In base a tali risultati, i ricercatori indicano pertanto che le pazienti linfonodo-positivo rappresentano un gruppo eterogeneo con prognosi e pattern di recidiva differenti, conclusioni che sono in accordo con i fattori di rischio clinico-patologici. Ulteriori studi sono però necessari per sviluppare strategie individualizzate di trattamento adiuvante per ciascun gruppo di rischio.

Further stratification of risk groups in patients with lymph node metastasis after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. Gynecologic Oncology, In Press, Corrected Proof, Available online 12 January 2010

[INDICE](#)

SUTURA UTERINA: PUBBLICATO REPORT SU 4 METODI AGGIUNTIVI ALLA B-LYNCH

L'ampia applicazione della sutura di B-Lynch o a bretella per il controllo dell'emorragia post-parto ha innescato l'interesse nei confronti di una varietà di altre metodiche utilizzate da sole o in combinazione per il controllo del sanguinamento uterino. Nonostante la sutura di B-Lynch sia largamente utilizzata con buoni risultati in tutto il mondo, in rare circostanze possono verificarsi degli insuccessi, specialmente quando la sutura non è correttamente posizionata per l'utilizzo indicato. Ricercatori del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia del St George's University Hospital di Londra hanno analizzato i risultati di 4 metodiche addizionali per il controllo dell'emorragia post-parto. I report su ciascuno dei quattro metodi messi a confronto sono pubblicati nell'ultimo numero di International Journal of Gynecology & Obstetrics. Tre delle metodiche studiate utilizzano la sutura B-Lynch in combinazione con altre

tecniche. La necessità di metodi aggiuntivi pone all'attenzione del lettore l'importanza dell'applicazione della sutura appropriata all'indicazione. L'articolo mette inoltre in evidenza le potenziali ragioni dei fallimenti della sutura di B-Lynch o a bretella.

The B-Lynch uterine brace suture, and a bit of this and a bit of that...International Journal of Gynecology & Obstetrics, In Press, Corrected Proof, Available online 13 January 2010

[INDICE](#)

News dalla professione

RIFORMA 'BRUNETTA': AL VIA SPERIMENTAZIONE IN 17 ASL E AO, A MAGGIO IL PRIMO REPORT APRIRA' CON LA SANITA'

Migliorare le prestazioni individuali, utilizzando la valutazione come un'opportunità; premiare il merito individuale; favorire la crescita professionale e disporre di informazioni per la migliore gestione delle risorse umane. Sono i quattro obiettivi del protocollo d'intesa per la sperimentazione dell'applicazione della Riforma Brunetta nell'ambito della valutazione del personale delle aziende sanitarie e ospedaliere, firmato la scorsa settimana dal ministro della Pubblica amministrazione Renato Brunetta, dai presidenti di Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) e dai direttori generali di 17 aziende sanitarie e ospedaliere. Secondo quanto previsto dal documento, saranno i direttori generali di Asl e ospedali a individuare le unità organizzative complesse e i dipartimenti presso i quali avviare la sperimentazione – la cui durata è prevista di 7 mesi - sulla base delle indicazioni fornite da un Comitato di indirizzo del quale fanno parte il ministro e i firmatari del protocollo. Il Foromez avrà il compito di formare il personale che, a sua volta, dovrà preparare i 'valutatori' di medici, infermieri, tecnici e amministrativi sanitari. I 'valutatori' assegneranno gli obiettivi da perseguire a ciascun dipendente i cui risultati saranno giudicati anche in base a delle schede di valutazione. "Grazie all'avvio della sperimentazione - ha commentato Brunetta nel corso della firma del protocollo - Asl e ospedali saranno più a misura di cittadino". Il ministro ha spiegato che, per il momento, il documento non avrà effetti giuridici o economici sul personale ma servirà a mettere a punto il nuovo sistema di valutazione e incentivazione individuale che entrerà a regime al termine della sperimentazione. "Dirigenti, medici, infermieri, tecnici e amministrativi sanitari - ha tenuto a sottolineare Brunetta - per la prima volta vedranno valutate le loro performance individuali anche in rapporto al grado di cortesia. Puntualità, presenza e disponibilità nelle risposte ai bisogni degli utenti". Il presidente di Fiaso Giovanni Monchiero ha osservato che "il protocollo firmato oggi rappresenta una importante arma in più per migliorare l'offerta sanitaria pubblica, motivando singolarmente medici, infermieri, tecnici e amministrativi del Ssn. La sperimentazione - ha concluso - fornirà sicuramente anche elementi preziosi alle Regioni che devono deliberare i nuovi criteri di distribuzione degli incentivi entro il primo gennaio 2011". Infine, ha spiegato il ministro Brunetta, "A maggio, trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore della riforma della Pubblica amministrazione, riferirò sull'andamento della stessa con una relazione al Parlamento. Mi piacerebbe che il primo capitolo della relazione fosse dedicato proprio all'applicazione della riforma in sanità".

[INDICE](#)

MEDICI: "NO AD ACCORDI SENZA DI NOI"

Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn giudicano "gravissimo" il metodo che ha portato alla firma del protocollo d'intesa sulla valutazione del personale delle aziende sanitarie la scorsa settimana. "E' inaccettabile - scrive l'intersindacale - che non siano state consultate preventivamente le Associazioni che rappresentano i professionisti della sanità che avrebbero potuto dare un giusto e opportuno contributo alla stesura del testo".

[INDICE](#)

MEDICI: ANAAO, SUBITO LEGGE SUL RISCHIO, IN PROGRAMMA MOBILITAZIONE

L'approvazione della legge sul Rischio Clinico. Dovendo decidere un tema solo da porre all'attenzione del Governo, sarebbe questo quello che sceglierebbe Carlo Lusenti, segretario nazionale ANAAO ASSOMED, l'Associazione Sindacale dei medici Dirigenti ospedaliere, il quale sottolinea però anche altri temi 'scottanti'. "Il problema cronico delle risorse insufficienti, un precariato ormai intollerante all'interno degli ospedali, le leggi ferme ed un regionalismo che non funziona - ha dichiarato Lucenti - Non possiamo essere solo noi medici sul banco degli imputati, proprio noi che ogni giorno ci assumiamo le nostre responsabilità e ci mettiamo al servizio dei cittadini." Previste giornate di mobilitazione. "Saremo a Napoli il 4 febbraio e a Milano il 16 - ha spiegato Vincenzo Carpino, segretario nazionale dell'AAROI - EMAC, l'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedaliere Italiani ed Emergenza Area critica - poi il 9 marzo a Roma, per la manifestazione nazionale dei camici bianchi".

[INDICE](#)

CERTIFICATI: I MEDICI INVITANO CITTADINANZATTIVA A NON BANALIZZARE

Prima del decreto Brunetta le disposizioni normative e la giurisprudenza consentivano di giustificare l'assenza per malattia anche sulla base di sintomi soggettivi e dell'anamnesi. Si trattava in sostanza di un'attestazione più che di un vero e proprio certificato. Con il decreto legislativo del 2009 viene invece sancita per legge l'impossibilità di certificare l'assenza per malattia sulla base di dati anamnestici e vengono introdotte pesanti sanzioni in caso di inadempienza (radiazione d'ufficio, revoca della convenzione e addirittura carcere), anche in caso di errori involontari. E' quanto ha spiegato il segretario nazionale della FIMMG, Giacomo Milillo, commentando una recente nota dell'associazione Cittadinanzattiva che, prosegue Milillo, "banalizza le problematiche di ordine legale alla nuova normativa sulla certificazione di malattia per i dipendenti pubblici. E' un atteggiamento dannoso per i medici e soprattutto per i cittadini. Tocca a noi tutelare la categoria e continueremo a farlo con passione e responsabilità".

[INDICE](#)

SCREENING IN AUMENTO MA RESTA DIVARIO SUD-NORD

La rete di copertura dei programmi di screening "si è estesa a ritmi sostenuti", nel corso degli ultimi anni, ma presenta ancora "diversi 'buchi' che lasciano in condizioni di potenziale svantaggio una parte delle donne italiane". Tutte le regioni centro-settentrionali sono sostanzialmente coperte, mentre quelle del sud, dove pure l'attività è cresciuta a ritmi notevoli in questi ultimi anni, l'opportunità dello screening raggiunge solo il 40% delle donne. A Napoli i programmi di screening alla mammella hanno avuto inizio nel 2004. E nel 2008, il tasso di adesione della popolazione femminile, nelle fasce di età target, è stato del 31,4% per la mammografia preventiva e del 66,3% per il pap test. Il dato è contenuto nel "Rapporto screening" presentato la scorsa settimana a Napoli.

[INDICE](#)

IN 5 ANNI DIMEZZATI I MEDICI NELLE STRUTTURE SANITARIE

Crolla il numero dei medici in Italia. In 5 anni, dal 2002 al 2007, l'"esercito" dei camici bianchi si è quasi dimezzato: da 616 si è passati a 363 per centomila abitanti. Una 'sforbiciata' netta, figlia della volontà di ridurre la spesa sanitaria nazionale, che riporta il numero complessivo dei dottori italiani in linea con quello degli altri Paesi europei. E' quanto emerge ancora dall'analisi Ced-Fnomceo. Nel 2007 ci sono stati 363,5 medici nelle strutture sanitarie ogni centomila abitanti. Tra i Paesi comunitari il primo posto spetta al Belgio, che ha 401,6 medici ogni centomila abitanti, seguito dall'Austria e dalla Lituania (con valori rispettivamente pari a 374,2 e 371,1). I valori più bassi si registrano in Polonia (219,1) e Romania (222,0). Le regioni del nord Italia, a eccezione dell'Emilia-Romagna e della Liguria, avevano già nel 2002 una dotazione inferiore a quella media nazionale e nel 2007 presentano valori anche minori di 300. Il Centro, al contrario, parte da dotazioni molto elevate e a tutt'oggi presenta l'offerta maggiore, dovuta soprattutto al contributo del Lazio, con 511,1 medici per centomila abitanti. Numeri significativi si osservano anche in Umbria e Toscana. Infine il Mezzogiorno presenta un'offerta di camici bianchi che si aggira intorno alla media nazionale, ma con valori piuttosto diversi nelle singole regioni. La Basilicata mostra un andamento che si allinea con quello delle regioni settentrionali, con valori contenuti nel 2002 che si riducono sensibilmente nel 2007 attestandosi su 207,3 medici per centomila abitanti. La Sicilia, al contrario, dimostra una certa inerzia rispetto agli orientamenti che prevalgono a livello nazionale e nel 2007 dispone ancora di 425 medici ogni centomila abitanti.

[INDICE](#)

INDAGINE FEDERSPECIALIZZANDI, GIOVANI CHIRURGHII SFRUTTATI E MAL SEGUITI

Pur ribadendo la buona qualità della chirurgia erogata in Italia, non si può chiudere un occhio sulla realtà del chirurgo in formazione. I dati risultanti da una nuova indagine di Federspecializzandi su 600 medici in formazione universitaria, evidenziano che il 65% giudica insufficiente la sua partecipazione all'attività chirurgica, mentre il 59% bocchia la struttura dove lavora, ritenendola inadeguata alla sua formazione. "Questi numeri già sconcertanti di per sé (e qualsiasi industria fallirebbe se il suo prodotto avesse un così basso indice di gradimento) - commenta Rodolfo Vincenti, presidente dell'Associazione chirurghi ospedalieri italiani (Acoi) - sono purtroppo accompagnati e peggiorati da vere inadempienze rispetto alle normative vigenti: il 60% dei chirurghi specializzandi dichiara la non esistenza del log-book (registro delle prestazioni svolte); il 66% ritiene di essere stato sostitutivo del personale strutturato e nel 64% ha dovuto fare guardie interne in modo autonomo. E' superfluo aggiungere altro".

[INDICE](#)

News di politica sanitaria

LISTE D'ATTESA: PIANO DEL MINISTERO PARTE A INIZIO FEBBRAIO

Suddivisione delle liste d'attesa in base all'urgenza della prestazione e realizzazione di un nuovo Cup nazionale per razionalizzare e coordinare le prenotazioni su base regionale. Sono le due "gambe" su cui si regge il nuovo piano sulle liste d'attesa, che sarà pronto, come ha annunciato venerdì scorso il ministro della Salute Ferruccio

Fazio a margine della presentazione del nuovo piano oncologico, "al massimo entro dieci giorni". Il primo punto, ha spiegato Fazio, consiste nel "dividere le liste d'attesa in base all'urgenza. Per esempio, se abbiamo due mammografie di cui una per verificare se un nodulo è neoplastico e una a scopo preventivo, è ovvio che non possono essere sullo stesso piano, e che la precedenza va data alla prima". Per ora questa parte "sarà limitata a cardiovascolare, ematologia e oncologia, poi andrà ampliata". Il piano prevede inoltre "la realizzazione di un Cup per far parlare tra loro i Cup regionali, per ovviare a uno dei più grandi problemi delle liste d'attesa, ossia le doppie prenotazioni".

[INDICE](#)

NUOVO PIANO ONCOLOGICO (PON) : PIU' QUALITA' PER ASSISTENZA E RICERCA

Standard diagnostici e terapeutici sempre più all'avanguardia, riducendo gli sprechi, ma anche rottamando i vecchi macchinari per far spazio alle nuove tecnologie. Riduzione del tasso di mortalità e del divario fra regioni evitando la "migrazione sanitaria"; incrementare la copertura del territorio da parte dei Registri dei Tumori, facilitando anche la creazione di reti telematiche oncologiche per lo sviluppo e l'applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche'. E poi grande spazio alla prevenzione. Con il nuovo sistema per le liste d'attesa, sono questi i cardini e gli intenti del Piano Oncologico Nazionale presentato venerdì scorso dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Oltre all'aspetto assistenziale, il Piano punta molto sulla ricerca clinica. "L'Italia è un paese altamente competitivo a livello internazionale - ha detto tra l'altro Fazio -. Per rimanere competitivi è però indispensabile snellire le procedure di approvazione dei progetti di ricerca specie per le fasi 1 e 2."

[INDICE](#)

NUOVE REGOLE PER ACCREDITAMENTO E RIMBORSI PRESTAZIONI

Nell'accreditamento degli ospedali privati il Ministero intende apportare innovazioni che dovrebbero riguardare anche i meccanismi di retribuzione delle prestazioni erogate. Lo ha spiegato la scorsa settimana il ministro della Salute Ferruccio Fazio. "Crediamo – ha sottolineato Fazio - in una sanità italiana a governance pubblica in cui il privato può intervenire". Tre, in particolare, le possibili 'forme' di alleanza: "Le sperimentazioni gestionali miste come le Fondazioni, con la presenza nei Consigli di amministrazione sia del pubblico che del privato – ha ricordato il ministro - Le joint-venture (service e project financing) e l'accreditamento, cioè la tecnica più utilizzata, che permette a una struttura privata di svolgere attività pubblica". Proprio su quest'ultimo fronte il ministero sta studiando possibili migliorie. "L'accreditamento dovrà essere più dinamico – ha detto Fazio - non deve limitarsi solo alle verifiche sulle strutture", ma deve prevedere anche "verifiche sull'attività svolta e sul modo in cui vengono eseguite le prestazioni". Prestazioni che "potrebbero essere diversamente retribuite a seconda dell'attività anno per anno". L'obiettivo finale è "gestire la sanità in modo più virtuoso", ha precisato il ministro.

[INDICE](#)

PIANI DI RIENTRO, CORTE DEI CONTI: "A RISCHIO FALLIMENTO"

Rischio fallimento per le manovre messe in atto dalle regioni finite in 'rosso' in sanità nel 2005. A lanciare l'allarme è la Corte dei conti che ha passato al Parlamento un dossier completo con un bilancio delle attività di Lazio, Campania, Sicilia, Abruzzo e Molise dal 2001 al 2005. Il dossier contiene l'elenco dei prestiti ricevuti da ogni area in extradeficit. L'obiettivo iniziale era quello di riqualificare il sistema entro il 2010: per la magistratura contabile si tratta ormai di una meta irraggiungibile. Secondo la Corte poi, il governatore di una Regione non dovrebbe, per conflitto di interessi, essere anche nominato commissario ad acta per la sanità, come invece avviene in Lazio, Campania, Abruzzo e Molise. «In un quadro di gravi carenze nei controlli - si legge nel dossier - in molti casi non è stato possibile neppure avere certezza sulla fondatezza delle pretese creditorie delle Regioni».

[INDICE](#)

SPESA SANITARIA IN ITALIA: 1.800 EURO PRO CAPITE, MA E' MINORE DI ALTRI PAESI UE

Aumenta la spesa sanitaria pubblica in Italia. Nel 2008 è stata pari a circa 109 miliardi di euro, corrispondente al 6,55% del Pil e a circa 1.800 euro annui per abitante, circa 100 euro in più rispetto al 2007. E' quanto emerge da un'analisi condotta dal Centro elaborazione dati (Ced) della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), che ha preso in esame i dati di diverse fonti: Istat, Indagine sulle forze di lavoro, Eurostat, Public health. Malgrado gli alti costi, però, la spesa sanitaria pubblica nazionale è comunque inferiore rispetto a quella di altri importanti Paesi europei. A fronte dei poco più di 2.000 dollari pro capite in parità di potere d'acquisto spesi in Italia nel 2007 - si legge nel report della Fnomceo - la Francia ne spende 2.844, la Germania 2.758 dollari e il Regno Unito 2.446. Spagna, Paesi Bassi, Grecia e Portogallo hanno livelli di spesa per abitante inferiori a quelli italiani.

[INDICE](#)

L'ASSOCIAZIONE ITALIANA ENDOMETRIOSI ONLUS PARTNER DELLA RICERCA EUROPEA 'ENDOCARE'

Lo studio epidemiologico finanziato dalla UE mira a indagare la percezione della qualità delle cure. Un invito a partecipare a tutte le donne colpite

Al via in questi giorni un importante studio europeo, finanziato dal Fondo Europeo di Salute Pubblica dell'UE. L'Associazione Italiana Endometriosi Onlus è stata ingaggiata come *collaborating partner* in qualità di associazione di pazienti maggiormente rappresentativa della realtà italiana. Dopo aver partecipato alla fase preliminare di messa a punto dello strumento di indagine, un questionario articolato in tre sezioni, ora passiamo alla fase operativa vera e propria.: "L'obiettivo di questo progetto di ricerca - ha spiegato il prof. Thomas D'Hooghe dell'Università di Leuven (Belgio), coordinatore dello studio - è quello di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari rispetto alla percezione di qualità che le donne affette da endometriosi hanno sui più importanti aspetti della cura e su ciò che ancora è di ostacolo ad una presa in carico adeguata... Perciò esorto tutte le donne affette da endometriosi ad aiutarci a raggiungere l'ambizioso obiettivo dei 10.000 questionari compilati in Europa: lavorare sui grandi numeri significa avere una maggiore garanzia di attendibilità dei risultati ottenuti."

Invitiamo pertanto tutte le donne colpite da endometriosi a rispondere al questionario e a chiunque legga questa notizia chiediamo la cortesia di diffonderla: la nostra esperienza servirà alle donne affette da endometriosi di domani a soffrire un po' di meno!

Per maggiori informazioni e per accedere al questionario: www.endoassoc.it

Compilazione possibile fino ad inizio marzo 2010.

EDUCAZIONE SESSUALE A SCUOLA: IN DISTRIBUZIONE IL KIT DELLA SIGO

Disponibile su richiesta il kit strutturato per l'educazione sessuale nelle scuole realizzato dalla SIGO per tutti i ginecologi che si recano nelle classi per parlare di questi temi. Comprende un cortometraggio animato firmato dal vignettista Bruno Bozzetto, per smentire i luoghi comuni sulla pillola anticoncezionale, una guida ad hoc per gli insegnanti, un magazine per i ragazzi, poster, schede di valutazione pre e post intervento e un set di slide da modulare e personalizzare.

Per visualizzare i materiali www.sceglitu.it

Per richiedere il kit inviare una mail a intermedia@intermedianews.it

LA SIGO INVITA I SOCI A PARTECIPARE AL PROGETTO SUL TROMBOEMBOLISMO

La SIGO in collaborazione con il Centro di Ricerca sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria (CERGAS) dell'Università Bocconi, invita tutti i soci a partecipare al progetto di ricerca PRIN, finanziato dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, e dal titolo "Health Technology Assessment per la valutazione dei test genetici predittivi di malattia tromboembolica venosa".

Per partecipare è sufficiente compilare un breve questionario (10-15 min. massimo) che consentirà al gruppo di lavoro di meglio comprendere la pratica diagnostica relativa a questa patologia nel nostro Paese. I soci SIGO contattabili per email hanno già ricevuto richiesta di partecipazione. Coloro che non hanno fornito indirizzo email ma sono interessati a partecipare sono pregati di contattare la dr.ssa Amelia Compagni, ricercatrice della Bocconi, allo 02/58362643 oppure amelia.compagni@unibocconi.it, indicando un recapito telefonico. La dottoressa Compagni è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00-10.00 oppure si può lasciare un messaggio alla segreteria telefonica e verrete richiamati dal personale di ricerca Bocconi per la compilazione telefonica del questionario. SIGO ringrazia in anticipo tutti i soci per la disponibilità.

MANAGEMENT DEGLI EFFETTI COLLATERALI DELL'ORMONOTERAPIA ADIUVANTE NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Sabato 30 Gennaio 2010 a Roma presso la sede del Centro Congressi Bastianelli dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (Via Fermo Ognibene, 23) a Mostacciano, si terrà l'incontro sul management del carcinoma del seno in terapia adiuvante. Il convegno inizierà alle ore 9 con la prolusione di Paola Muti, Direttore Scientifico dell'IRE, cui seguirà l'intervento del prof. Giorgio Vittori presidente SIGO. La lettura plenaria, dal titolo "Adjuvant endocrine treatment of breast cancer: results" sarà tenuta da Jack Cuzick del Cancer Research UK Centre for Epidemiology, Mathematics and Statistics, della Queen Mary University di Londra. La prima sessione tratterà delle problematiche cardiovascolari ed osteo-articolari, la seconda affronterà le problematiche ginecologiche, la terza quelle relative a fertilità e alterazioni cognitive mentre nella IV sessione conclusiva si parlerà della simulazione di casi clinici complessi.

Il programma completo della giornata è consultabile sul sito SIGO all'indirizzo

<http://www.sigo.it/Documenti/Congressi/IFO2010.pdf>

IL PROF. VITO TROJANO CONSULENTE DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ

Come da nota datata 1 Luglio 2009 del sen. Antonio Tomassini, Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, il prof. Vito Trojano, direttore del Dipartimento Donna di Bari dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - IRCCS è stato nominato consulente tecnico in materia di Ginecologia ed Ostetricia presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica.

[INDICE](#)



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



CORSI E CONGRESSI 2010

Italia

TEST GENETICI: STANDARDIZZAZIONE E ASSICURAZIONE DI QUALITÀ

Roma, Istituto Superiore di Sanità, 27 gennaio 2010

[Programma](#)

MANTENIMENTO E MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA GESTIONE QUALITÀ (SGQ) NELLA S.C. GINECOLOGIA-OSTETRICIA

Savona, 27 gennaio 2010

[Programma](#)

ASSISTERE SECONDO LA TEORIA DELLA CULTURE CARE. PROMOZIONE DELL'ACCESSO DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA AI SERVIZI SOCIOSANITARI

Crotone, 26 - 27 gennaio 2010

Giulianova Lido (TE) 30 gennaio 2010

[Programma](#)

CORSO TEORICO PRATICO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA

Milano, 28 - 29 gennaio 2010

[Programma](#)

MANAGEMENT DEGLI EFFETTI COLLATERALI DELL'ORMONOTERAPIA ADIUVANTE NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Roma, 30 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: info@ellesseeventi.it

[Programma](#)

ISTEROSCOPIA OFFICE - FILOSOFIA DEL SEE AND TREAT

Grosseto, 30 gennaio 2010

[Programma](#)

LA GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: UNA DISCIPLINA AL SERVIZIO DELLA SALUTE DELLA DONNA GIOVANE

Giulianova Lido (TE) 30 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: gildadipaolo@libero.it

MASTER UNIVERSITARIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatISTICA, VII EDIZIONE

Roma, I blocco 1 - 19 febbraio 2010

[Programma](#)

APPUNTI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA IN VALLE SERIANA

Bratto (BG) 5 febbraio 2010

[Programma](#)

DISORDINI DELLA GRAVIDANZA: DALLO SCREENING AL TRATTAMENTO

Firenze, 6 febbraio 2010

[Programma](#)

INFEZIONE DA HPV: DALLA DIAGNOSI PRECOCE ALLA PREVENZIONE PRIMARIA

Roma, Istituto Superiore di Sanità, 8 febbraio 2010

[Programma](#)

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN GINECOLOGIA INFANZIA E ADOLESCENZA

Firenze, 15 - 17 febbraio 2010 e 15 - 17 marzo 2010

[Programma](#)

LE INFEZIONI IN GINECOLOGIA

Mestre (VE) 19 febbraio 2010

Segreteria organizzativa: congressi@mkt-consulting.it

APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO AI SANGUINAMENTI UTERINI ANOMALI

San Daniele del Friuli (UD) 20 febbraio 2010

[Programma](#)

L'ASSISTENZA DEL NEONATO SANO IN SALA PARTO

Bolzano, 22 febbraio 2010

Segreteria organizzativa: monikastabulum@yahoo.it

GRANDANGOLO 2010: UN ANNO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA.

LE NUOVE FRONTIERE DELLA DIAGNOSTICA D'IMMAGINI

Roma, 25 - 26 febbraio 2010

[Programma](#)

XXV CONVEGNO MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE

Abano Terme (PD) 26 - 27 febbraio 2010

Segreteria organizzativa: alessandro.turetta@unipd.it

[Programma](#)

INTERNATIONAL WORKSHOP OF SURGICAL ANATOMY: EMBRYOLOGIC RATIONALE OF GYNECOLOGIC SURGERY

Roma, 5 marzo 2010

[Programma](#)

14TH WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY

Firenze, 4 - 7 marzo 2010

[Programma](#)

L'IMMAGINE RITROVATA: LA CENTRALITÀ DELLA QUALITÀ DI VITA DELLA PAZIENTE ONCOLOGICA

Roma, Milano, Napoli 8 marzo 2010

[Programma](#)

CORSO DI AGGIORNAMENTO NAZIONALE - DAYSURGERY DONNA: PREVENZIONE DIAGNOSI E TERAPIE

Rovereto, 8 marzo 2010

[Programma](#)

LA DIMISSIONE A CASA DELLA MAMMA E DEL NEONATO (CASI CLINICI)

Bolzano, 15 - 16 marzo 2010

Segreteria organizzativa: monikastabulum@yahoo.it

ENDOMETRIOSIS 2010: FROM BENCH TO PATIENT

Milano, San Raffaele Congress Centre, 18 - 20 marzo 2010

ALLATTAMENTO MATERNO E OSPEDALI AMICI DEI BAMBINI: DIECI PASSI INSIEME PER LA QUALITÀ DEL PERCORSO NASCITA

Palermo, 26 - 27 marzo 2010

[Programma](#)

VI CORSO DI FORMAZIONE IN GINECOLOGIA ENDOCRINOLOGICA

Trani, 14 - 16 aprile 2010

[Programma](#)

7TH CONFERENCE EUROPEAN SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Trieste, 18 - 21 settembre 2010

Segreteria organizzativa: congressi@ekipeventi.it

16TH INTERNATIONAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Venezia, 28 - 31 ottobre 2010

[Programma](#)

Estero

7TH EUROPEAN CONGRESS: PERSPECTIVES IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY

Barcelona (Spagna) 29 - 30 gennaio 2010

[Programma](#)

80TH SEMI-ANNUAL MEETING OF GYNECOLOGIC ONCOLOGY GROUP

San Diego (Usa) 29 - 31 gennaio 2010

[Programma](#)

30TH ANNUAL MEETING OF THE SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE

Chicago (Usa) 1 - 6 febbraio 2010

[Programma](#)

ANKARA UROGYNECOLOGY SYMPOSIUM-2

Ankara (Turchia) 6 - 7 febbraio 2010

[Programma](#)

BRITISH MATERNAL AND FETAL MEDICINE SOCIETY 14TH ANNUAL CONFERENCE

Gateshead (UK) 10 - 11 febbraio 2010

[Programma](#)

OBS-GYNE EXHIBITION & CONGRESS

Dubai, 14 - 16 febbraio 2010

[Programma](#)

EUROGIN 2010 CERVICAL CANCER PREVENTION: 20 YEARS OF PROGRESS & PATH TO THE FUTURE

Monte Carlo (Monaco) 17 - 20 febbraio 2010

Segreteria organizzativa: eurogin@tradotel-riviera.com

33RD ANNUAL ADVANCED ULTRASOUND SEMINAR: OB/GYN

Orlando (Usa) 18 - 20 febbraio 2010

[Programma](#)

MAYO CLINIC MOLECULAR MARKERS AND MANAGEMENT OF BREAST CANCER

Jacksonville, Florida (Usa) 20 febbraio 2010

Segreteria organizzativa: cme-jax@mayo.edu

1ST EUROPEAN CONFERENCE ON SIMULATION IN WOMEN'S HEALTH

London (UK) 25 - 26 febbraio 2010

[Programma](#)

1ST INTERNATIONAL CONGRESS ON CARDIAC PROBLEMS IN PREGNANCY

Valencia, (Spagna) 25 - 28 febbraio 2010

[Programma](#)

WOMEN'S HEALTH 2010: THE 18TH ANNUAL CONGRESS

Scottsdale, (Usa) 4 - 6 marzo 2010

[Programma](#)

21ST EUROPEAN CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY (EBCOG 2010)

Antwerp (Belgio) 5 - 8 maggio 2010

Segreteria organizzativa: EBCOG2010@semico.be

[Programma](#)

11TH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CONTRACEPTION

L'Aia (Olanda) 19 - 22 maggio 2010

[Programma](#)

16TH WORLD CONGRESS ON PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY

Montpellier (Francia) 22 - 25 maggio 2010

Segreteria organizzativa: c-sultan@chu-montpellier.fr

[Programma](#)

WOMAN 2010

Washington (Usa) 7 - 9 giugno 2010

[Programma](#)

8TH MEETING ANDROGEN EXCESS-PCO SOCIETY

Monaco (Germania), 12 settembre 2010

Segreteria organizzativa: info@ae-society.org

[INDICE](#)

Per i numeri arretrati di SIGOnews consultare il sito web: www.sigo.it
Per sospendere la ricezione di questa newsletter scrivere a: info@sigo.it