



WWW.SIGO.IT  
**SIGO** news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO II - numero 108 - 26 luglio 2011

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Comitato scientifico: Nicola Surico, Herbert Valensise, Fabio Sirimarco, Elsa Viora, Salvatore Felis  
Editore Intermedia. Direttore Responsabile Mauro Boldrini

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

## INDICE

### Comunicazioni del Presidente

1. CONGRESSO FIGO
2. ITALIAN JOURNAL OF GYNÆCOLOGY AND OBSTETRICS
3. MODALITA' DI RICHIESTA PER PATROCINIO SIGO E DIFFUSIONE EVENTI PER MANIFESTAZIONI SCIENTIFICHE
4. ADESIONI ALLA SIGO

### News dalla ricerca

5. RISCHIO DI CANCRO CERVICALE IN DONNE CON LESIONI INTRAEPITELIALI DI BASSO GRADO NON CONFERMATE DA CITOLOGIA
6. LNG-IUS È UNA VALIDA OPZIONE DI TRATTAMENTO PER L'IPERPLASIA ENDOMETRIALE
7. MORBILITÀ RESPIRATORIA E INTERVALLO DI TEMPO TRA SOMMINISTRAZIONE DI CORTICOSTEROIDI E NASCITA PRETERMINE
8. INDICAZIONI AL PARTO CESAREO: LE RAGIONI DELL'AUMENTO

### News dalla professione

9. LA SIGO: "NO AL TEST DEL SANGUE PRIMA DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO"
10. DA OTTOBRE PAGAMENTI ONLINE TICKET E REFERTI MEDICI TELEMATICI
11. MANOVRA: DECRETO MINISTERO SALUTE STABILISCE ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE
12. IL BLOCCO DEL TURN OVER È DANNOSO PER LA SANITÀ

### News di politica sanitaria

13. AIDS, "QUESTIONE FEMMINILE": PRIMA CAUSA DI MORTE PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE
14. TUMORE AL SENO, LA FERTILITÀ È SALVA CON LA TECNICA "BLOCCA" OVAIE
15. SPESA SANITARIA: IN ITALIA SOLO 1% È INVESTITO NELLE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE

### SIGO informa

16. CONSENSUS STATEMENT SULLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE
17. PREMIO FIGO DI RICONOSCIMENTO ALLE DONNE OSTETRICO-GINECOLOGHE
18. BANDO REGIONE LOMBARDIA PER FORMULAZIONE GRADUATORIA DIRIGENTI MEDICI IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

### Segnalato a SIGO

19. LUISS MASTER DI II LIVELLO IN MANAGEMENT DEI PRODOTTI BIOMEDICALI PROBIOMED

## CORSI E CONGRESSI 2011

## Comunicazioni del Presidente

### CONGRESSO FIGO

Carissimo/a,  
a [questo link](#) puoi scaricare la mia lettera unitamente alla brochure FIGO2012, per ricordarti che dal **7 al 12 ottobre 2012 a Roma si celebrerà il "nostro" Congresso Mondiale**.  
Ti prego di salvare le date nella tua agenda e di darne massima diffusione a tutti i tuoi colleghi.

Ringraziando dell'attenzione, colgo l'occasione per segnalarti che **l'ufficio SIGO sarà chiuso per ferie dall'8 al 28 agosto 2011 e per augurarti buone vacanze**.  
Con ogni viva cordialità.

Nicola Surico  
Presidente SIGO



[INDICE](#)

### ITALIAN JOURNAL OF GYNÆCOLOGY AND OBSTETRICS

Cari Soci,  
Vi ricordiamo l'opportunità di sottoporre articoli da pubblicare nella nostra rivista *Italian Journal of Gynæcology and Obstetrics*, un importantissimo strumento di aggiornamento scientifico. Nel sito SIGO è possibile trovare le indicazioni complete sulle modalità da seguire per la sottomissione dei lavori. Ci auguriamo che anche questo canale, come SIGONews, possa crescere e diventare sempre più partecipato.

Nicola Surico  
Presidente SIGO



[INDICE](#)

### MODALITA' DI RICHIESTA PER PATROCINIO SIGO E DIFFUSIONE EVENTI PER MANIFESTAZIONI SCIENTIFICHE

Il patrocinio SIGO, unitamente alla richiesta di diffusione evento, è un'attestazione di apprezzamento e riconoscimento ad iniziative scientifiche di carattere nazionale ed internazionale, ritenute particolarmente meritevoli.

Gli eventi patrocinati o diffusi dalla SIGO, devono essere coerenti con i principi e le finalità istituzionali della Società, contenute nello statuto pubblicato sul sito.

Il patrocinio o la diffusione dell'evento, è concesso in riferimento alla singola iniziativa, non si estende ad altre analoghe od affini e non può essere accordato in via permanente.

Se un'iniziativa si ripete periodicamente nell'anno, devono essere specificati periodo e durata della stessa; per eventi che si ripetono annualmente, la richiesta va riformulata ogni anno.

Le domande incomplete, nonostante la richiesta di integrazione documentale da parte della SIGO, saranno ritenute inammissibili.

Per effettuare la richiesta di patrocinio o di diffusione evento, è necessario:

- l'esclusivo utilizzo del sistema telematico;
- un anticipo temporale di almeno 3 mesi dalla data dell'evento;
- l'inserimento nel modulo di richiesta del programma scientifico, completo dei nominativi dei relatori e moderatori, dei recapiti telefonici/fax/posta elettronica della segreteria scientifica e della segreteria organizzativa;
- l'eventuale URL per il link sul sito SIGO, luogo e date certe dell'evento, etc.

La richiesta verrà sottoposta per l'approvazione, alla prima riunione utile del Consiglio Direttivo della SIGO.

In caso di esito favorevole, la Segreteria provvederà all'invio della lettera di concessione patrocinio o di diffusione evento, unitamente alla richiesta di bonifico bancario di **€500,00 (Euro cinquecento/00)**, da effettuare in unica soluzione alle seguenti coordinate bancarie:

**Cassa Risparmio di Rieti, P.za Montecitorio Roma,**

**IBAN: IT88W0628003200000003032386 - BIC CRRIT22**

**intestato a SIGO- Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, Via dei Soldati 25, Roma 00186**

Il contributo derivante dalla concessione del patrocinio consentirà a SIGO di sostenere le spese relative ai costi editoriali, informatici, organizzativi senza aggravio di costi per la Società.

La concessione del patrocinio o della diffusione evento, alla manifestazione consentirà:

- a. la possibilità di utilizzo del logo SIGO sul materiale informativo dell'evento;
  - b. l'inserimento della manifestazione scientifica nella Newsletter SIGO;
  - c. la "visibilità" dell'evento sul sito SIGO, alla voce CONGRESSI/EVENTI, con relativo link di collegamento al sito segnalato;
  - d. la possibilità di pubblicazione sull'Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics di uno o più lavori relativi all'evento, tra tre proposti dagli organizzatori.
- La scelta sarà effettuata a cura del Comitato Editoriale dell'Italian Journal e i lavori diverranno proprietà della rivista previo consenso del/degli autore/i.

La concessione del Patrocinio Morale o di diffusione evento, cioè esente da alcun onere di pagamento, è riservata esclusivamente a favore di Istituzioni Nazionali, Enti senza fini di lucro e per i Congressi Nazionali Annuali delle Società Affiliate SIGO.

Il Presidente

Prof. Nicola Surico



Per scaricare il modulo di "richiesta patrocinio SIGO", [clicca qui](#).

[INDICE](#)

## ADESIONI ALLA SIGO

"Sono aperte le **iscrizioni alla SIGO**. Diventare membri di una Società scientifica con 119 anni di storia offre l'opportunità di un aggiornamento professionale puntuale e di assoluto livello, con servizi dedicati (la newsletter rappresenta un esempio) e la straordinaria possibilità di essere presenti e protagonisti ad un appuntamento epocale come il **Congresso Mondiale FIGO 2012**. Ma soprattutto, di entrare a far parte ufficialmente della grande "casa" comune della ginecologia italiana, per aumentare il peso politico della nostra categoria e rendere più forte la nostra voce nelle sedi istituzionali, a favore della promozione della salute della donna".

*Prof. Nicola Surico*

*Presidente SIGO*

Per diventare soci della SIGO è possibile stampare il [modulo di iscrizione](#) ed inviarlo via fax, completo di tutti i dati e della firma, al numero di fax della società o spedirlo all' indirizzo:

## S.I.G.O.

Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Via dei Soldati, 25

Tel: 06.6875119

Tel/Fax: 06.6868142

E-Mail: [federazione@sigo.it](mailto:federazione@sigo.it)

[INDICE](#)

## News dalla ricerca

### RISCHIO DI CANCRO CERVICALE IN DONNE CON LESIONI INTRAEPITELIALI DI BASSO GRADO NON CONFERMATE DA CITOLOGIA

Il decorso naturale delle lesioni squamose intraepiteliali di basso grado (LSIL), che non possono essere confermate istologicamente dalla biopsia effettuata contestualmente alla colposcopia, è stato esaminato in uno studio giapponese multicentrico, prospettico, di coorte. Ricercatori dell'*Università di Tsukuba* hanno analizzato i dati di follow-up di 64 donne con LSIL che risultavano negative alla biopsia effettuata durante la prima colposcopia (LSIL e biopsia negativa), rispetto ad altre 479 donne che avevano ricevuto diagnosi istologica di neoplasia intraepiteliale cervicale di I grado (LSIL/CIN1). Le pazienti sono state monitorate con citologia e colposcopia ogni 4 mesi per un periodo di follow-up medio di 39 mesi. La regressione delle lesioni citologiche è stata validata da negatività a due esami consecutivi del muco e colposcopia normale. Nelle donne con LSIL e biopsia negativa non sono stati diagnosticati casi di CIN3 o più alto (CIN3+) nei primi 2 anni: la differenza a 2 anni del rischio di CIN3+ tra i due gruppi è risultata ai limiti della significatività (0 vs 5,5%;  $p = 0,07$ ). La probabilità cumulativa di regressione citologica entro 12 mesi è risultata più alta nel gruppo di donne LSIL con biopsia negativa (71,2 vs 48,6%;  $p = 0,0001$ ). La percentuale di donne positive al virus del papilloma umano ad alto rischio (hrHPV) era significativamente più bassa nel gruppo LSIL con biopsia negativa che in quello LSIL/CIN1 (62,1 vs 78,4%;  $p =$

0,01), ma la percentuale di regressione di LSIL con biopsia negativa a 12 mesi era simile tra le donne positive e negative a hrHPV (67,3 vs 74,4%;  $p = 0,73$ ). In conclusione, i risultati dello studio indicano che il rischio di diagnosi di CIN3+ a 2 anni nelle donne con LSIL e biopsia negativa è basso e circa il 70% delle donne può mostrare regressione citologica entro 12 mesi, indipendentemente dal risultato dell'esame HPV. Queste donne possono infatti presentare lesioni che regrediscono piuttosto che lesioni non evidenziate dalla colposcopia.

*Subsequent risks for cervical precancer and cancer in women with low-grade squamous intraepithelial lesions unconfirmed by colposcopy-directed biopsy: results from a multicenter, prospective, cohort study. Int J Clin Oncol 2011 Jul 13 [Epub ahead of print]*

[INDICE](#)

## LNG-IUS È UNA VALIDA OPZIONE DI TRATTAMENTO PER L'IPERPLASIA ENDOMETRIALE

Ricercatori inglesi dello *University Hospital, Queens Medical Centre di Nottingham* hanno valutato la possibilità di trattare l'iperplasia endometriale atipica e non con un sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel (LNG-IUS) in uno studio prospettico osservazionale svolto nella clinica per disturbi mestruali del Queen's Medical Centre tra il 2001 e il 2008. Lo studio ha interessato 51 donne che sono state sottoposte a biopsia endometriale per sanguinamento anormale peri- e post-menopausale, e a successivo inserimento di LNG-IUS. L'esito dell'istologia ha indicato iperplasia complessa senza atipia in 32 pazienti (gruppo A) e iperplasia endometriale atipica in 19 (gruppo B). Le pazienti hanno scelto di essere trattate conservativamente con biopsie ripetute dell'endometrio. I risultati dello studio hanno indicato, nel gruppo A, una regressione dell'iperplasia endometriale in 28 delle 32 pazienti (87,5%) entro i primi 12 mesi di follow-up; altre 3 pazienti hanno ottenuto regressione entro 24 mesi, portando la percentuale di regressione al 96,8%, e una è stata sottoposta a isterectomia per un raro effetto collaterale. Nel gruppo B, 16 delle 19 pazienti (84,2%) hanno mostrato regressione dell'iperplasia atipica entro 12 mesi dopo trattamento con il sistema intrauterino, una paziente ha ottenuto regressione dell'iperplasia entro 24 mesi e due sono state sottoposte a trattamento chirurgico, rispettivamente per atipia persistente e grave atipia. In conclusione, lo studio fornisce un'ulteriore evidenza del potenziale ruolo benefico del sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel nelle pazienti che richiedono una gestione non chirurgica dell'iperplasia endometriale, anche se è essenziale un follow-up serrato.

*Levonorgestrel intra-uterine system as a treatment option for complex endometrial hyperplasia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011 Jul 6 [Epub ahead of print]*

[INDICE](#)

## MORBILITÀ RESPIRATORIA E INTERVALLO DI TEMPO TRA SOMMINISTRAZIONE DI CORTICOSTEROIDI E NASCITA PRETERMINE

Per valutare la relazione tra la morbidità respiratoria neonatale e l'intervallo di tempo che intercorre tra la somministrazione di corticosteroidi in gravidanza e la nascita, ricercatori del *Máxima Medical Center di Veldhoven* e dell'*Academic Medical Center di Amsterdam* hanno condotto uno studio retrospettivo di coorte in donne che sono state trattate con corticosteroidi e hanno partorito prima della 34a settimana di gestazione. Le donne sono state suddivise in 4 gruppi a seconda dell'intervallo di tempo tra somministrazione di corticosteroidi e parto (0 - 7, 8 - 14, 15 - 21 e 22 - 28 giorni). L'analisi multivariata di regressione logistica è stata utilizzata per valutare l'associazione tra intervallo dalla somministrazione di corticosteroidi al parto e morbidità respiratoria neonatale. Nello studio sono stati inclusi 254 neonati, 82 dei quali intubati alla nascita (32%). Rispetto ai nati a 0 - 7 giorni dalla somministrazione di corticosteroidi, il rischio di intubazione è aumentato in tutti gli altri gruppi (8 - 14 giorni: odds ratio [OR] 2,3; intervallo di confidenza [IC] 95%: 1,1 - 5,4; 15 - 21 giorni: OR 5,6; IC 95%: 1,8 - 18; 22 - 28 giorni: OR 4,8; IC 95%: 0,71 - 32; statisticamente non significativi). In conclusione, lo studio conferma che gli effetti della somministrazione di corticosteroidi diminuiscono quando l'intervallo fra questa e la nascita supera i 7 giorni. La prima somministrazione, secondo gli autori, dovrebbe quindi essere valutata con attenzione. Per scaricare il testo integrale, clicca qui. **Per scaricare il testo integrale, clicca qui.**

*Relationship between the time interval from antenatal corticosteroid administration until preterm birth and the occurrence of respiratory morbidity. Am J Obstet Gynecol July 2011;205:49.e1*

[INDICE](#)

## INDICAZIONI AL PARTO CESAREO: LE RAGIONI DELL'AUMENTO

Le percentuali di parto cesareo elettivo primario e ripetuto sono state esaminate da ricercatori della *Yale School of Medicine e Yale School of Public Health*, che hanno preso in considerazione 32.443 nascite in un importante ospedale universitario statunitense tra il 2003 e il 2009 per le quali esistevano le indicazioni ad eseguire taglio cesareo. Il rischio relativo annualizzato, assoluto e cumulativo, di parto cesareo nel tempo e il contributo relativo di ciascuna indicazione all'aumento globale della percentuale di parto cesareo primario nel tempo sono stati analizzati con modelli statistici. La percentuale di parto cesareo è passata dal 26 al 36,5% tra il 2003 e il 2009 e il 50% di

questo aumento era attribuibile ad un incremento dei parti cesarei primari. Le indicazioni di stato fetale non rassicurante, arresto della dilatazione, gravidanza multipla, preeclampsia, sospetta macrosomia e richiesta materna sono aumentate nel tempo, mentre la mancata discesa, la presentazione anomala, le indicazioni materno-fetali e altre condizioni ostetriche, come prolasso del cordone ombelicale e placenta previa, non sembravano innalzare la frequenza. I contributi relativi di ciascuna indicazione all'aumento totale della percentuale di tagli cesarei primari erano: stato fetale non rassicurante (32%), arresto del travaglio (18%), gravidanza multipla (16%), sospetta macrosomia (10%), preeclampsia (10%), richiesta della madre (8%), condizioni materno-fetali (5%) e altre condizioni ostetriche (1%). In conclusione, le nascite con taglio cesareo primario rappresentano circa il 50% del tasso di incremento di parto cesareo. Per il parto cesareo primario, le indicazioni più soggettive (come stato fetale non rassicurante e arresto della dilatazione) contribuirebbero maggiormente rispetto a quelle più oggettive (presentazione anomala e condizioni ostetriche). **Per scaricare il testo integrale, clicca qui.**

*Indications Contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate. Obstet Gynecol 2011 July;118(1):29*

INDICE

## News dalla professione

### LA SIGO: "NO AL TEST DEL SANGUE PRIMA DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO"

Il test del sangue per prescrivere la "pillola dei 5 giorni dopo" è inutile, anzi è un vero e proprio errore. È la posizione ufficiale della SIGO che ha istituito un gruppo di lavoro (guidato dal presidente, Nicola Surico e composto dai proff. Salvatore Dessole, Gian Benedetto Melis e Anna Maria Paoletti) per chiarire la posizione dei ginecologi italiani sul tema della contraccezione di emergenza. Il CSS recentemente ha dato parere favorevole alla pillola dei 5 giorni dopo, chiedendo però che la prescrizione venga effettuata esclusivamente dopo un test di gravidanza ematico (Beta HCG). "La pillola dei 5 giorni dopo è controindicata in gravidanza, che deve essere esclusa prima della somministrazione del farmaco - ha affermato Surico -. Nel caso di donne che non sono ancora in amenorrea perché la mestruazione è avvenuta entro le 3-4 settimane precedenti, il dato anamnestico è sufficiente per definire l'assenza di gravidanza. Eseguire il dosaggio plasmatico del Beta HCG è una scelta impropria in prima istanza. Il ginecologo lo richiede, se lo ritiene necessario, solo in casi particolari, soprattutto se ha necessità di una valutazione quantitativa dell'ormone gravidico. La prescrizione di un dosaggio del Beta HCG plasmatico nel corso di un ciclo mestruale regolare è del tutto irrituale oltre che culturalmente inadeguata poiché la gravidanza è formalmente esclusa dall'assenza di amenorrea". L'esecuzione di esami biochimici ematici per accertare la gravidanza nel periodo intermestruale di un ciclo regolare rappresenta, secondo la SIGO, un errore culturale imbarazzante. "Crea un conflitto con l'autonomia di diagnosi e cura propria del medico, con la tendenza sempre più stringente alla semplificazione delle procedure e alla riduzione dei costi - ha aggiunto il presidente SIGO -. Tutto ciò senza aggiungere nulla alla precisione diagnostica garantita dall'anamnesi. Non si comprende perché venga consigliato un esame ematico, quando, nei casi dubbi, è sufficiente un test di gravidanza su urine". Le possibilità di fallimento sono sempre presenti con la contraccezione di emergenza, ma non devono imporre un diverso comportamento clinico. La pillola dei 5 giorni dopo non va confusa con l'interruzione volontaria di gravidanza. Anzi, è una misura anti-aborto. "Rappresenta un metodo che si oppone all'utilizzo estensivo di questa pratica - ha concluso Surico - perché previene la gravidanza anche in quei casi che sarebbero inesorabilmente destinati all'IVG. Quando in Italia si parla di controllo delle nascite, troppo spesso si creano conflitti etici che utilizzano la scienza in maniera distorta manipolandola".

### Di seguito la nota integrale diffusa dal gruppo di lavoro:

NOTIZIE SULLA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA: POSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO INDICATO DAL PRESIDENTE SIGO PER UNA PRIMA RISPOSTA AD ALCUNE NOTIZIE FUORVIANI EMERSE SU ALCUNI MEDIA.

*(Consulenti del presidente: Prof. Salvatore Dessole, Prof. Gian Benedetto Melis, Prof.ssa Anna Maria Paoletti)*

È possibile ancor oggi confondere tra contraccezione e aborto? Sembra impossibile ma e' proprio così. Quando in Italia si parla del controllo delle nascite, realizzato sia con la tradizionale contraccezione preventiva che con la più recente contraccezione d'emergenza, si creano veri conflitti etici che utilizzano la scienza in maniera distorta manipolandola a proprio uso e consumo.

E' necessario pertanto chiarire che la contraccezione, anche di emergenza, è scientificamente quella che impedisce l'ovulazione o il raggiungimento dell'ovocita da parte dello spermatozoo, pur essendo entrambi presenti nelle vie genitali femminili. La contraccezione, soprattutto quella di emergenza, è per diversi motivi una misura anti-aborto. Prima di tutto rappresenta un metodo che si oppone all'utilizzazione estensiva dell'aborto in quanto previene la gravidanza anche in quei casi (violenza sessuale, errori di programmazione ecc) che sarebbero inesorabilmente destinati all'IVG. Peraltro, se dovesse avvenire il fallimento del meccanismo d'azione della contraccezione d'emergenza, cioè il ritardo dell'ovulazione, il risultato non sarebbe l'aborto, ma la gravidanza proseguirebbe il suo corso.

Addirittura il progestinico levonorgestrel, attualmente in commercio in Italia come pillola del giorno dopo, protegge dall'aborto spontaneo se somministrato su pazienti con gravidanza già instaurata anche inicialissima. Il levonorgestrel ha un'attività farmacologica simile a quella del progesterone rispetto al quale ha una maggiore potenza; il motivo per cui si continua a preferire il progesterone naturale è solo una maggiore maneggevolezza e sicurezza d'impiego. Anche l'Ulipristal acetato o ellaOne, di recente introdotto in Europa come contraccettivo di emergenza, è un farmaco simil-progestinico. Appartiene, infatti, alla categoria dei SPRMS o modulatori selettivi dei recettori del Progesterone che sono capaci di legarsi al recettore del progesterone con grande stabilità e di esercitare un effetto completo o parziale agonista o antagonista a seconda del dosaggio, del sito di azione e delle condizioni ormonali.

Ai dosaggi consigliati per esercitare gli effetti contraccettivi post-coitali, 30 mg in un'unica somministrazione, ellaOne agisce con un effetto antiovulatorio prolungato nel tempo tanto che viene considerato efficace fino a cinque giorni dal rapporto a rischio. Tale azione duratura nel tempo è la ragione per cui è stato considerato dagli Enti regolatori Europei e Americani innovativo, rappresentando, di fatto, un'evoluzione rispetto al levonorgestrel. EllaOne è controindicato in gravidanza per cui quest'ultima deve essere esclusa prima della sua somministrazione. Allorché si tratti di soggetti che non sono ancora in amenorrea perché la mestruazione è avvenuta entro le 3-4 settimane precedenti, il dato anamnestico stesso è sufficiente per definire l'assenza di gravidanza. Il test di gravidanza su urine negativo consente di escluderla anche in quei rarissimi soggetti che ricordano una mestruazione non regolare come quantità o in quelle donne che presentano amenorrea. Appare chiaro pertanto che il ginecologo abbia il dovere di accertare la gravidanza con metodi diversi da quelli anamnestici solo in presenza di dubbi sull'ultima mestruazione o in donne con amenorrea alla quale consiglierà ovviamente di non assumere farmaci di alcun tipo prima di aver verificato l'assenza di gravidanza con un test su urina autogestito. Eseguire il dosaggio plasmatico del  $\beta$ -HCG è una scelta impropria in prima istanza. Il ginecologo lo richiede, se lo ritiene necessario, solo in casi particolari, soprattutto se ha necessità di una valutazione quantitativa dell'ormone gravidico. La prescrizione di un dosaggio del  $\beta$ -HCG plasmatico nel corso di un ciclo mestruale regolare è del tutto irriuale oltre che culturalmente inadeguato poiché la gravidanza è formalmente esclusa dall'assenza di amenorrea. Il successivo instaurarsi della gravidanza, e quindi in caso di fallimento del contraccettivo di emergenza, non giustifica in alcun modo l'effettuazione di un test di gravidanza, tantomeno plasmatico.

In conclusione si possono ribadire i seguenti concetti scientifici ormai acquisiti stabilmente:

- 1) La contraccezione di emergenza nulla ha da spartire con l'aborto indotto né con la legge 194 sull'Interruzione volontaria della Gravidanza o IVG. Di quest'ultima è viceversa complementare l'uso e la diffusione dei mezzi atti a prevenirla. La facilitazione di un uso appropriato, della pubblicizzazione e della diffusione di metodiche contraccettive di routine o di emergenza, rappresentano il presupposto fondamentale per un minore ricorso all'IVG.
- 2) L'esecuzione di esami biochimici ematici per accertare la gravidanza nel periodo intermestruale di un ciclo regolare rappresenta un errore culturale imbarazzante. Crea un conflitto con l'autonomia di diagnosi e cura propria del medico, con la tendenza sempre più stringente alla semplificazione delle procedure e della riduzione dei costi. Tutto ciò senza aggiungere nulla alla precisione diagnostica che viene garantita dall'anamnesi. Non si comprende neppure come nel caso si ritenga di consigliare un test, tutt'al più, e nei casi dubbi, non si pensi ad un test di gravidanza su urine che porta le probabilità di diagnosticare una gravidanza misconosciuta al 100% in un soggetto eumenorrico.
- 3) Le possibilità di fallimento sono sempre presenti sia col Levonorgestrel che con l'ellaOne. Il raro ma possibile evento di un'assunzione di ciascuno dei farmaci durante un ciclo nel quale si instaurerà accidentalmente una gravidanza non impone un diverso comportamento clinico. Il periodo molto precoce della gravidanza e anzi l'instaurarsi della stessa successivamente all'assunzione del farmaco, imporrebbe illogici cambiamenti di comportamento clinico anche in altre condizioni, quali l'assunzione generica di farmaci, esecuzione di esami radiologici e d'interventi diagnostici, preparazione d'interventi chirurgici ecc.

[INDICE](#)

## DA OTTOBRE PAGAMENTI ONLINE TICKET E REFERTI MEDICI TELEMATICI

Dopo la recente conversione in legge del Decreto sviluppo (d.l. 70 del 13 maggio 2011), a partire da ottobre saranno possibili pagamenti online dei ticket e referti ed esami medici telematici. Il nuovo provvedimento "segna un importante passo in avanti verso la semplificazione e la digitalizzazione dei rapporti tra i cittadini e la sanità pubblica. Da un lato - riferisce in una nota il ministero della Pubblica amministrazione - i pagamenti online dei ticket diventeranno la prassi, e pertanto tutte le aziende del SSN dovranno definire le procedure per consentirne al più presto l'attivazione. Dall'altra i cittadini potranno ricevere i referti e gli esami per via telematica, e quindi le stesse aziende hanno il compito di attivarsi per consentirne la consegna tramite web, posta elettronica certificata o altre modalità digitali".

[INDICE](#)

## MANOVRA: DECRETO MINISTERO SALUTE STABILISCE ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

Le esenzioni dai ticket per le malattie croniche sono indicate nel decreto ministeriale 329 del 1999 e dalle sue modificazioni. Lo precisa, in una nota, il Ministero della Salute. Per essere incluse nell'elenco allegato al decreto,

prosegue la nota, le malattie devono presentare caratteristiche rispondenti ai criteri generali definiti dal d.lgs. 124/98: gravità clinica, grado d'invalidità e onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento. Per valutare l'entità del trattamento si prende in considerazione il ticket richiesto per l'esecuzione delle prestazioni e la frequenza con la quale esse devono essere compiute. Il provvedimento prevede il diritto all'esenzione per le prestazioni individuate tra quelle incluse nei livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché assoggettate alla partecipazione al costo ai sensi della normativa vigente (ad esempio, non è presa in considerazione l'assistenza farmaceutica che, a livello nazionale, non è assoggettata a ticket). Le prestazioni erogabili in esenzione rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e di efficacia ai fini della prevenzione degli nuovi aggravamenti (d.lgs. 124/98, art 5 comma 2). In particolare, il d.m. 329/99 e successive modifiche definisce per ogni malattia e condizione cronica ed invalidante l'insieme di prestazioni esenti, tenendo conto delle necessità di prevenire i nuovi aggravamenti e le complicanze più frequenti e monitorare gli effetti collaterali del trattamento. L'esenzione deve essere richiesta all'Azienda Usl di residenza presentando un certificato medico che attesti la presenza di una o più malattie incluse nel d.m. 28 maggio 1999, n. 329 e successive modifiche. Il certificato deve essere rilasciato da un presidio ospedaliero o ambulatoriale pubblico.

[INDICE](#)

## IL BLOCCO DEL TURN OVER È DANNOSO PER LA SANITÀ

“Mi sono convinto che il blocco del turn over può creare una serie di problemi, soprattutto alle Regioni soggette a piani di rientro e che la deroga del 10% per quelle che risultano con i conti in ordine ai tavoli di monitoraggio è insufficiente. Mi adopererò con il dicastero dell'Economia perché venga aumentata”. È quanto ha affermato il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio durante il suo intervento agli Stati Generali della Sanità che si sono tenuti a Roma giovedì scorso. Il Ministro ha poi commentato il Ddl sul Governo clinico ricordando come “il provvedimento sia fermo in commissione Affari Sociali della Camera per il parere contrario delle Regioni. La legge ha alcuni aspetti negativi e molti positivi, come il tentativo di escludere la politica dalle nomine dei primari e di coinvolgere i medici nella gestione ospedaliera. Eppure le Regioni si sono opposte a un disegno di legge giusto, che va in direzione della meritocrazia”.

[INDICE](#)

## News di politica sanitaria

### AIDS, “QUESTIONE FEMMINILE”: PRIMA CAUSA DI MORTE PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE

Nei prossimi vent'anni, ci potranno essere da un milione a un milione e mezzo di nuovi contagi e un milione di morti all'anno per Aids nel mondo. Sono questi i dati riportati al congresso 2011 dell'International AIDS Society (IAS) che si è svolto la scorsa settimana a Roma. E sempre più l'AIDS è una questione femminile: nel nostro continente, un terzo dei nuovi casi riguarda le donne e l'AIDS è la causa principale di morte per quelle in età fertile nel mondo. Al Congresso è stato presentato “SHE” (Strong, HIV Positive, Empowered Women), il primo programma educativo in Europa rivolto alle sfide sempre più grandi che le donne affette da HIV devono affrontare. Il progetto, supportato da Bristol-Myers Squibb è stato sviluppato da un comitato indipendente composto da associazioni di pazienti, donne colpite dal virus ed esperti provenienti da sei Paesi europei (inclusa l'Italia). Fortunatamente oggi le terapie garantiscono “pari opportunità”: al meeting sono stati presentati i dati su atazanavir, un inibitore della proteasi in monosomministrazione quotidiana disponibile in Italia dal 2008 per i pazienti adulti mai trattati con terapia antiretrovirale. Uno studio europeo di coorte di lungo termine ha coinvolto 1294 pazienti (336 donne e 958 uomini) precedentemente trattati con farmaci antiretrovirali. La sub-analisi sull'impatto di genere, ha evidenziato che la terapia con atazanavir in combinazione con ritonavir, dopo cinque anni, non presenta nelle donne differenze nel tempo alla soppressione virale rispetto agli uomini.

[INDICE](#)

### TUMORE AL SENO, LA FERTILITÀ È SALVA CON LA TECNICA “BLOCCA” OVAIE

Grazie a una scoperta interamente italiana sarà possibile avere una gravidanza dopo un carcinoma alla mammella: il segreto è mettere a riposo le ovaie durante la chemioterapia così da preservarle dall'attacco dei farmaci. La funzione riproduttiva rimane intatta e si evita la menopausa precoce, che ora si verifica per 4 pazienti su 10. È la straordinaria conclusione di un gruppo di oncologi del nostro Paese, pubblicata sulla prestigiosa rivista internazionale “*Jama*”. “Il tumore del seno colpisce sempre più precocemente, 6 volte su 100 prima dei 40 anni, parliamo di ben 2.300 donne l'anno nel nostro Paese - ha spiegato la dr.ssa Lucia del Mastro, dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova coordinatrice della ricerca e fra i massimi esperti mondiali del tema -. In questi casi è per noi prioritario salvaguardare la loro possibilità di diventare madri. La menopausa precoce è un'eventualità che le spaventa e nel 29% dei casi influenza addirittura la decisione riguardo ai trattamenti. Questa ricerca è un fondamentale passo avanti per garantire loro una vita come prima dopo la malattia, gravidanza compresa”. Lo studio è stato condotto dal 2003 al 2008 ed ha arruolato 281 donne in 16 centri aderenti al Gruppo Italiano Mammella (GIM). “Il nostro obiettivo - ha spiegato il prof. Marco Venturini, presidente eletto dell'AIOM - era

capire se una sospensione temporanea della funzionalità ovarica, ottenuta attraverso la somministrazione della triptorelina, un ormone analogo dell'Lhrh, permettesse di preservare le ovaie dagli attacchi dei chemioterapici: 30 giorni di terapia con questi farmaci equivalgono in media ad un anno e mezzo di vita fertile in meno. Ebbene, nel gruppo trattato appena l'8,9% è andato incontro a menopausa precoce rispetto al 25,9% di chi aveva ricevuto le cure standard, con una differenza assoluta del 17%. E non solo, all'ultimo controllo (ottobre 2010) 3 donne seguite con il nuovo approccio terapeutico avevano avuto una gravidanza. Ci auguriamo quindi che a oggi questa strategia diventi di routine per tutte le donne giovani che si trovano ad affrontare un tumore del seno". **Per scaricare il lavoro integrale clicca qui.**

[INDICE](#)

## SPESA SANITARIA: IN ITALIA SOLO 1% È INVESTITO NELLE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE

In Italia, nel settore della sanità, si spendono complessivamente 920 milioni di euro all'anno per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, l'1% circa del budget di spesa totale. E' quanto emerge dalla ricerca realizzata dall'Osservatorio Ict in Sanità del Politecnico di Milano che ha coinvolto un campione di direttori generali amministrativi e sanitari di 176 strutture sanitarie pubbliche e private su tutto il territorio nazionale, tra Asl, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ospedali privati. Analizzando lo studio, si nota che la portata degli investimenti in Ict (Information and communication technology in sanità) varia a seconda delle diverse aree del Paese. Il Nord Est spende il 25% del totale, il Nord Ovest il 39%, il Sud e le Isole il 19% e il Centro il 17%. Grandi differenze anche tra le diverse tipologie di strutture: le Asl assorbono il 48% della spesa totale, le aziende ospedaliere il 31%, gli ospedali privati il 15% e gli Irccs solo il 6%. Complessivamente vi è un maggior sforzo compiuto dalle strutture pubbliche rispetto a quello delle realtà private. La ricerca indica anche in quali ambiti viene utilizzata l'Ict e in quali sarà soggetta a sviluppo nel futuro. Sono considerati ambiti "consolidati" la gestione delle risorse umane e i sistemi di business intelligence, dove si sono già raggiunti alti livelli di maturità e dunque non si prevedono per il futuro ulteriori investimenti rilevanti. Sono invece ambiti "strategici", con alta maturità e per cui sono previsti ulteriori investimenti nei prossimi tre anni, la cartella clinica elettronica (Cce), la gestione amministrativa e i sistemi di integrazione con il fascicolo sanitario elettronico. La gestione informatizzata dei farmaci e il supporto alla relazione con il paziente sono invece indicati come ambiti "emergenti". Ancora marginali, e dunque non oggetto di investimenti nel breve periodo, i sistemi di clinical governance, la medicina sul territorio e la fatturazione elettronica.

[INDICE](#)

## SIGO informa

**La redazione comunica che le notizie di questa sezione verranno pubblicate per due numeri e poi rimosse, salvo diversa indicazione concordata con il Presidente.**

## CONSENSUS STATEMENT SULLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE

At the request of the FIGO President, Professor Gamal Serour, attached please find an important **consensus statement** issued by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), the International Confederation of Midwives (ICM) and the International Council of Nurses (ICN). A copy of the statement, which has also been translated into French and Spanish, can also be downloaded from the [FIGO website](#). Professor Serour would appreciate your disseminating it as widely as possible among your members.

Thanks and kind regards

Marie-Christine Szatybelko  
Senior Administrator and Committee Manager - FIGO

Per scaricare l'allegato, [clicca qui](#).

[INDICE](#)

## PREMIO FIGO DI RICONOSCIMENTO ALLE DONNE OSTETRICO-GINECOLOGHE

**Sono aperte le candidature per il premio FIGO Awards In Recognition of Women Obstetricians/Gynaecologists, che verrà assegnato in occasione del Congresso FIGO 2012**

Dear colleague,

You may recall that, at each FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics since 1997, FIGO has recognised publicly women gynaecologists and obstetricians who in their daily practice or in their research laboratories have contributed significantly to the improvement of health care for women.



I am delighted to inform you that the Executive Board of FIGO has decided to continue this award at the XX FIGO World Congress being held in Rome, Italy in October 2012 on the understanding **that awards will be made predominantly to women practitioners from low- and middle - income countries/territories**. The purpose of this message is therefore to ask your society whether it wishes to nominate a candidate for a FIGO Award in Recognition of Women Obstetricians/Gynaecologists.

Should you be able to identify a candidate who has made a special contribution internationally or nationally to promote the development of science and scientific research in the fields of gynaecology and obstetrics, and who, throughout her career, has promoted better health care for women, mothers and their children, please complete the enclosed Nomination Form and return it to the FIGO Secretariat to arrive **NO LATER THAN 31<sup>st</sup> OCTOBER 2011**. Late submissions will **not** be accepted.

**Please note that previous recipients of this award are not eligible for inclusion and that only one nomination may be made by each FIGO member society.**

Regrettably, FIGO is unable to provide financial assistance for award winners to attend the World Congress at which the awards ceremony will be held, but it is hoped that societies can either support their candidate's participation or identify a suitable sponsor who might be able to assist. Your assistance in this important matter is greatly appreciated.

Kind regards  
President Gamal Serour

Per scaricare l'informativa completa, [clicca qui](#).

[INDICE](#)

## BANDO REGIONE LOMBARDIA PER FORMULAZIONE GRADUATORIA DIRIGENTI MEDICI IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Regione Lombardia  
AZIENDA OSPEDALIERA  
DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA  
Sede legale e amministrativa: Via Stelvio, 25 - 23100 SONDRIO

### AVVISO PUBBLICO

PER TITOLI, PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI DIRIGENTI MEDICI AREA CHIRURGICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE  
DISCIPLINA: OSTETRICIA E GINECOLOGIA

In esecuzione dell'atto deliberativo n. **731** del **20/07/2011**, si emette Avviso Pubblico per la formulazione di una graduatoria di Dirigenti Medici area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche disciplina di Ostetricia e Ginecologia

Ruolo: **Sanitario**

Profilo professionale: **Medici**

Al posto è annesso il trattamento economico previsto dal vigente accordo di lavoro.

### **REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE:**

I candidati dovranno essere in possesso dei requisiti generali per l'ammissione agli impieghi in conformità alle norme contenute nell'art. 1 del D.P.R. 10.12.1997, n. 483.

### **PER LA QUALIFICA DI DIRIGENTE MEDICO:**

I requisiti **specifici** di ammissione all'Avviso sono i seguenti (art. 24 D.P.R. 10.12.1997, n. 483):

- Laurea in medicina e chirurgia;
- Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi;
- Specializzazione nella disciplina stessa o equipollente o affine (indicare se conseguita ai sensi del **D.Lgs. 257/91 o D.Lgs. 368/99**)

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Le istanze di partecipazione, redatte in carta semplice, devono pervenire all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna – Via Stelvio n. 25 – 23100 Sondrio -, pena esclusione, entro e non oltre le ore 16.00 del:

**8 AGOSTO 2011**

**Il termine è perentorio.**

**Nella domanda l'aspirante, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, deve dichiarare:**

- a) cognome e nome, la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) il possesso della cittadinanza italiana, ovvero della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- c) il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime, ovvero, per i cittadini di Stati Membri dell'Unione Europea, dichiarazione di godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;
- d) le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali in corso;
- e) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione;
- f) i titoli di studio posseduti;
- g) la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- h) i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
- i) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione inerente il presente avviso ed il recapito telefonico. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza di cui al punto a).

**Documentazione da allegare alla domanda di ammissione:**

- 1) Documentazione attestante il possesso dei requisiti specifici di ammissione;
- 2) Certificazioni relative ai titoli (carriera, accademici e di studio) che l'aspirante ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;
- 3) Eventuali pubblicazioni edite a stampa;
- 4) Curriculum formativo e professionale, datato e firmato, e debitamente documentato;
- 5) Elenco analitico e leggibile, in carta semplice, dei documenti presentati.

I titoli devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Alla presente procedura si applicano le norme in materia di dichiarazioni sostitutive e di semplificazioni delle domande di ammissione agli impieghi (D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Le dichiarazioni sostitutive e le autocertificazioni verranno accettate solo se redatte con specifica indicazione dei riferimenti di legge e dell'assunzione di responsabilità delle dichiarazioni rese.

Nell'elenco degli attestati relativi a corsi, convegni, congressi ecc. dovrà essere specificato titolo, data e luogo di svolgimento.

E' possibile produrre tale documentazione anche su supporto magnetico (floppy disk, formato rtf - doc- txt).

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa (non manoscritte, né dattilografate, né poligrafate). Per consentire un'adeguata valutazione le pubblicazioni devono essere prodotte in originale o in copia ai sensi della normativa vigente e non semplicemente dichiarate.

Ai sensi della legge 23.08.1988, n. 370, la domanda di ammissione all'avviso ed i relativi documenti non sono soggetti ad imposta di bollo.

Non è ammessa la produzione di documenti, pubblicazioni e titoli vari dopo la scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione.

Si precisa che, in relazione alla documentazione da allegare alla domanda di partecipazione al presente avviso, non sarà possibile fare riferimento a documentazione già presentata a questa Azienda in occasione di precedenti Avvisi o Concorsi.

I vincitori dovranno presentare, pena decadenza dalla nomina, entro 30 giorni dalla data di entrata in servizio, tutte le certificazioni richieste, secondo quanto previsto dal C.C.N.L. per l'Area della Dirigenza Medica.

L'Amministrazione si riserva la facoltà, a proprio insindacabile giudizio, di prorogare, sospendere, modificare, annullare o revocare il presente Avviso.

Per quanto non contemplato nel presente avviso valgono le norme vigenti in materia, in particolare il DPR 10.12.1997 n° 483.

**Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 i dati personali forniti dai candidati saranno utilizzati per l'espletamento del presente avviso e successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, nonchè alla gestione del medesimo.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla S.C. Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna - via Stelvio n. 25 – 23100 Sondrio (SO) - Tel. 0342/521083 - Ufficio Concorsi -.

Sondrio, 21 luglio 2011

Responsabile Procedimento: dott. Fabio Agrò  
Responsabile dell'atto: Sig.a Morena Prandi

IL DIRETTORE GENERALE  
f.to dott. Luigi Gianola

Per scaricare la domanda, [clicca qui](#).

[INDICE](#)

## Segnalato a SIGO

La redazione comunica che le notizie di questa sezione verranno pubblicate per due numeri e poi rimosse, salvo diversa indicazione concordata con il Presidente.

## LUISS MASTER DI II LIVELLO IN MANAGEMENT DEI PRODOTTI BIOMEDICALI PROBIOMED



Cari Soci,

siamo lieti di comunicarvi che **sono aperte le selezioni** per la II edizione del **Master di II livello in Management dei Prodotti Biomedicali (PROBIOMED)**, in partenza a gennaio 2012.

PROBIOMED, Master Universitario di II livello organizzato da **LUISS Business School - Divisione di LUISS Guido Carli** e in collaborazione con Johnson&Johnson Medical S.p.A. , si propone di formare la figura professionale del *Product Specialist*, esperto di prodotti ad alta tecnologia, ampiamente diffusa nel settore biomedicale.

Il Master fornisce le competenze manageriali per operare nel settore biomedicale, attraverso la trasmissione di conoscenze approfondite di prodotto e di mercato, sui comportamenti e sulle procedure di acquisto nei mercati di riferimento.

La informiamo che PROBIOMED rientra nella categoria dei **corsi finanziabili con voucher dalla Regione Calabria** e nella categoria dei **corsi finanziabili presenti nel Catalogo Interregionale dell'Alta Formazione (Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto)**.

Siamo disponibili per fornirvi maggiori informazioni ed, eventualmente, assistenza per la procedura di richiesta dei voucher.

Vi ringraziamo per l'attenzione e vi inviamo i nostri migliori saluti.

Area PA e Sanità LUISS Business School

Contatti Master PROBIOMED:

Tel: 06 85222 241/394/314 - email: [sanita@luiss.it](mailto:sanita@luiss.it)

Per visitare il sito, [clicca qui](#).

[INDICE](#)



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



## CORSI E CONGRESSI 2011

### Italia

#### **17<sup>TH</sup> INTERNATIONAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY (ESGO)**

Milano, 11 - 14 settembre 2011

Segreteria organizzativa: [esgo17@esgo.org](mailto:esgo17@esgo.org)

[Programma](#)

#### **XXI CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA**

Cernobbio (CO), 18 - 20 settembre 2011

Segreteria organizzativa: [congressi@aliwest.com](mailto:congressi@aliwest.com)

[Programma](#)

#### **87° CONGRESSO NAZIONALE SIGO**

Palermo, 25 - 28 settembre 2011

Segreteria organizzativa: [sigo2011@triumphgroup.it](mailto:sigo2011@triumphgroup.it)

[Programma](#)

#### **GIORNATE GINECOLOGICHE: DONNA E DOLORE. IL SINTOMO CHE È MALATTIA**

Castrocaro Terme (Forlì), 30 settembre - 1 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [congressi@cgmkt.it](mailto:congressi@cgmkt.it)

[Programma](#)

#### **EUROISSH - EUROPEAN CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF HYPERTENSION IN PREGNANCY**

Roma, 5 - 7 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [alfa@alfaservice.com](mailto:alfa@alfaservice.com)

[Programma](#)

#### **VIII CORSO DI COLPOSCOPIA E PREVENZIONE GINECOLOGICA**

Roma, 13 - 15 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [congressi@cgmkt.it](mailto:congressi@cgmkt.it)

[Programma](#)

#### **XXXIX MEETING OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF ONCOLOGY AND BIOMARKERS - ISOBM 2011**

Firenze, 14 - 19 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [info@isobm2011.org](mailto:info@isobm2011.org)

[Programma](#)

#### **GIORNATE S.I.d.R.**

Taormina (ME), 21 - 22 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [congressi@cgmkt.it](mailto:congressi@cgmkt.it)

[Programma](#)

#### **CONVEGNO PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE**

Roma, 24 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [acido.folico@iss.it](mailto:acido.folico@iss.it)

[Sito web](#)

#### **L'ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA OGGI, RICERCA ED EVIDENZA SCIENTIFICA**

Bologna, 17 - 19 novembre 2011

Segreteria organizzativa: [congressi@cgmkt.it](mailto:congressi@cgmkt.it)

[Programma](#)

#### **SCUOLA INTERNAZIONALE DI MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE – III° CORSO TEORICO E PRATICO DI MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE**

Roma, 16 - 29 marzo 2012

Segreteria organizzativa: [info@isoivf.com](mailto:info@isoivf.com)

[Programma](#)

## **XX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS**

Roma, 7 - 12 ottobre 2012

Segreteria organizzativa: [federazione@sigo.it](mailto:federazione@sigo.it)

[Programma](#)

## **Estero**

### **8<sup>TH</sup> SINGAPORE INTERNATIONAL CONGRESS OF OBSTETRICS AND GINAECOLOGY**

Singapore, 25 - 27 agosto 2011

Segreteria organizzativa: [info@sicog2011.com](mailto:info@sicog2011.com)

[Programma](#)

### **9<sup>TH</sup> CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GYNECOLOGY (ESG)**

Copenhagen (Danimarca) 8 - 11 settembre 2011

Segreteria organizzativa: [reservations@ics.dk](mailto:reservations@ics.dk)

[Programma](#)

### **27<sup>TH</sup> INTERNATIONAL PAPILOMAVIRUS CONFERENCE & CLINICAL WORKSHOP**

Berlino (Germania), 17 - 22 settembre 2011

Segreteria organizzativa: [hpv2011@destinationoresund.com](mailto:hpv2011@destinationoresund.com)

[Programma](#)

### **GYNECOLOGIC CANCER: UNIVERSAL ACCESS TO MINIMALLY INVASIVE SURGERY**

Montreal, Quebec (Canada), 14 - 16 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [misgynonc@mcgill.ca](mailto:misgynonc@mcgill.ca)

[Programma](#)

### **XVI WORLD CONGRESS ON GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASES**

Budapest (Ungheria), 16 - 19 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: [info@hbl.t-online.hu](mailto:info@hbl.t-online.hu)

### **THE 14<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS ON CONTROVERSIES IN OBSTETRICS, GYNECOLOGY & INFERTILITY (COGI)**

Parigi (Francia), 17 - 20 novembre 2011

Segreteria organizzativa: [cogi@congressmed.com](mailto:cogi@congressmed.com)

[Programma](#)

### **CPP 2012 - THE 2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL CONGRESS ON CARDIAC PROBLEMS IN PREGNANCY**

Berlino (Germania), 17 - 20 maggio 2012

Segreteria organizzativa: [secretariat@cppcongress.com](mailto:secretariat@cppcongress.com)

[Programma](#)

[INDICE](#)

---

Per i numeri arretrati di SIGOnews consultare il sito web: [www.sigo.it](http://www.sigo.it)

Per sospendere la ricezione di questa newsletter scrivere a: [info@sigo.it](mailto:info@sigo.it)