



WWW.SIGO.IT  
**SIGO** news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO II - numero 97 - 10 maggio 2011

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

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

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

## INDICE

### Comunicazioni del Presidente

1. MODALITA' DI RICHIESTA PER PATROCINIO SIGO E DIFFUSIONE EVENTI PER MANIFESTAZIONI SCIENTIFICHE
2. ADESIONI ALLA SIGO

### News dalla ricerca

3. CONFRONTO TRA I TASSI DI EVENTI AVVERSI IN ADOLESCENTI E ADULTE SOTTOPOSTE AD ABORTO CHIRURGICO
4. CANCRO EPITELIALE OVARICO IN STADIO AVANZATO: CONFRONTO TRA CHIRURGIA ULTRA-RADICALE E STANDARD
5. MENOPAUSA PRECOCE NATURALE E CHIRURGICA: FATTORI PREDITTIVI

### News dalla professione

6. USA, RADDOPPIA IL RICORSO ALLA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA
7. SAVE THE CHILDREN: 48 MILIONI DI DONNE PARTORISCONO SENZA ASSISTENZA
8. GIOVANI MEDICI: TEMPI D'INGRESSO NEL MONDO DEL LAVORO SIANO ALLINEATI A QUELLI EUROPEI
9. SIC, LA PILLOLA ANTICONCEZIONALE SCELTA PER I BENEFICI EXTRACONTRACCETTIVI

### News di politica sanitaria

10. RICERCA: CDM APPROVA IL CREDITO D'IMPOSTA PER IMPRESE E UNIVERSITA'
11. CIPE, OK ALLA RIPARTIZIONE DI 105,6 MILIARDI DEL FONDO NAZIONALE 2010
12. FAZIO: "RIMANE IL NUMERO CHIUSO ALLE FACOLTA' DI MEDICINA"

### Segnalato a SIGO

13. PROGETTO SIGO/UNICEF: RICERCA GINECOLOGI PER LA SIERRA LEONE
14. PROTOCOLLO PER INTERVENTO DI DEINFIBULAZIONE
15. RICERCA DI UN GINECOLOGO PER COMUNITA' COMBONIANA IN ETHIOPIA
16. BANDO RICERCHE FINALIZZATE 2011
17. FIGO 2012, ROMA: ON LINE IL PRIMO ANNUNCIO

### CORSI E CONGRESSI 2011

Si avvisano tutti i soci che il sito SIGO [www.sigo.it](http://www.sigo.it) è attualmente in fase di restyling, per renderlo ancor più fruibile e ricco di contenuti e approfondimenti.

Per circa 10 giorni non sarà quindi possibile accedervi e non saranno disponibili le funzioni interattive della newsletter (link, collegamenti ipertestuali, ecc.)

Tutte le funzioni e l'archivio newsletter verranno ripristinati il prima possibile nel portale ristrutturato e rinnovato.

## Comunicazioni del Presidente

### 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

### CONFRONTO TRA I TASSI DI EVENTI AVVERSI IN ADOLESCENTI E ADULTE SOTTOPOSTE AD ABORTO CHIRURGICO

Scopo dello studio condotto dal Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'University Hospital di Oulu in Finlandia, era la valutazione dei rischi di eventi avversi a breve termine in adolescenti o adulte sottoposte ad aborto chirurgico. Lo studio di coorte retrospettivo basato sulla popolazione è stato condotto su 27.030 donne utilizzando i dati del registro finlandese degli aborti nel periodo 2000-2006. E' stato preso in analisi solo il primo aborto indotto per ogni donna. Obiettivo, verificare l'incidenza di eventi avversi (emorragia, infezione, aborto incompleto, evacuazione chirurgica, morbidità psichiatrica, lesioni, malattie tromboemboliche e morte) tra le donne adolescenti (<18 anni) e di età superiore ai 18 anni e le infezioni genitali da Clamidia trachomatis scoperte in concomitanza con l'aborto e collegate con i dati dal registro aborti tra il periodo 2004-2006. Durante il periodo 2000-2006, 3.024 adolescenti e 24.006 adulte sono state sottoposte ad almeno un aborto chirurgico. Il tasso di infezioni da Clamidia era più alto nella coorte delle adolescenti (5,7% v 3,7%, P<0.001). L'incidenza degli eventi avversi tra le adolescenti era simile o più bassa rispetto alle adulte. Il rischio di emorragia (odds ratio corretto 0.87, 95% intervallo di confidenza 0.77 a 0.99), aborto incompleto (0.69, 0.59 a 0.82), ed evacuazione chirurgica (0.78, 0.67 a 0.90) era più basso nella coorte delle adolescenti. Nelle analisi di sottogruppo di donne incinte per la prima volta, il rischio di aborto incompleto (0.68, 0.56 a 0.81) ed evacuazione chirurgica (0.75, 0.64 a 0.88) risultava inferiore nella coorte delle adolescenti. La durata della gestazione è stato il fattore di rischio più significativo per infezione, aborto incompleto ed evacuazione chirurgica. In conclusione, l'incidenza di eventi avversi dopo un aborto chirurgico è risultata simile o inferiore tra le adolescenti rispetto alle donne adulte. L'aborto chirurgico risulta perciò essere ugualmente sicuro per entrambe le categorie.

*BMJ. 2011 Apr 19;342:d2111. doi: 10.1136/bmj.d2111.*

[INDICE](#)

### CANCRO EPITELIALE OVARICO IN STADIO AVANZATO: CONFRONTO TRA CHIRURGIA ULTRA-RADICALE E STANDARD

Il cancro all'ovaio è la sesta forma più diffusa di tumore tra le donne e ne rappresenta la principale causa di morte tra le neoplasie maligne ginecologiche. Diverse sono le opinioni sul ruolo della chirurgia citoreduttiva ultra-radiale (o estensiva) nel trattamento del cancro ovarico. Scopo dello studio condotto dai ricercatori britannici del Queen Elizabeth Hospital di Gateshead (Tyne and Wear) è stato valutare l'efficacia e la morbilità associate alla chirurgia estensiva/ultra-radiale nel trattamento del tumore ovarico in stadio avanzato. I ricercatori hanno utilizzato il Cochrane Gynaecological Cancer Group Trials Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library 2010, Issue 4), MEDLINE and EMBASE (fino a novembre 2010). Sono stati inoltre consultati i registri degli studi clinici, gli abstracts di congressi scientifici, i riferimenti bibliografici inclusi negli studi e contattati esperti del settore. Sono stati inclusi gli studi controllati randomizzati o non randomizzati, utilizzato metodi di analisi multivariata che metteva a confronto la chirurgia estensiva/ultra-radiale e quella standard in

donne adulte con cancro epiteliale ovarico primario in stadio avanzato. Due revisori hanno esaminato in modo indipendente se gli studi potenzialmente rilevanti avevano rispettato i criteri di inclusione, hanno estratto i dati e valutato il rischio di errore di valutazione (bias). Un solo studio non randomizzato ha incontrato i criteri di inclusione. Questo analizzava i dati retrospettivi di 194 donne con cancro epiteliale ovarico in stadio IIC avanzato, che erano state sottoposte a chirurgia estensiva/ultra-radical o a quella standard, e riportava la sopravvivenza globale cancro-specifica e la mortalità peri-operatoria. L'analisi multivariata, aggiustata per i fattori prognostici, ha identificato una migliore sopravvivenza cancro-specifica tra le donne che avevano ricevuto chirurgia ultra-radical, anche se non è stata raggiunta la significatività statistica (hazard ratio [HR] = 0,64; intervallo di confidenza (IC) 95%: 0,40 - 1,04). In un sottogruppo di 144 donne con carcinomatosi, quelle sottoposte a chirurgia ultra-radical hanno mostrato una maggiore sopravvivenza cancro-specifica rispetto alle donne sottoposte a chirurgia standard (HR aggiustato = 0,64; IC 95% 0,41 - 0,98). La sopravvivenza libera da progressione e la qualità di vita (QoL) non erano descritte nello studio in esame e gli eventi avversi erano stati documentati in modo incompleto. Lo studio era ad alto rischio di bias. I ricercatori hanno osservato una bassa qualità dell'evidenza nel confronto tra la chirurgia ultra-radical e quella standard in donne con cancro ovarico avanzato e carcinomatosi. I risultati suggerivano che la chirurgia ultra-radical possa risultare migliore per la sopravvivenza, ma non era chiaro se ci fossero differenze nella sopravvivenza libera da progressione, nella QoL e nella morbilità tra i due gruppi. Inoltre, il rapporto costo-efficacia di questo intervento non è stato esaminato. Non è quindi possibile dedurre conclusioni definitive sui benefici relativi e sugli eventi avversi delle due tecniche chirurgiche. In conclusione, i ricercatori suggeriscono che per determinare il ruolo della chirurgia ultra-radical nel trattamento di cancro ovarico in stadio avanzato sarebbe necessario un trial randomizzato controllato, con sufficiente forza statistica, che metta a confronto la chirurgia ultra-radical con quella standard oppure altri studi non randomizzati, ma ben disegnati.

*Cochrane Database Syst Rev. 2011 Apr 13;4:CD007697.*

[INDICE](#)

## MENOPAUSA PRECOCE NATURALE E CHIRURGICA: FATTORI PREDITTIVI

Ricercatori del *centro di cure primarie dell'Università di Aberdeen* hanno valutato età e fattori associati alla menopausa, sia naturale che chirurgica, in una coorte prospettica di 5.113 donne scozzesi in post-menopausa che partecipavano al *Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study*. La regressione lineare è stata utilizzata per valutare le associazioni tra le caratteristiche socio-demografiche, lo stile di vita e l'anamnesi con il tipo di menopausa. L'età mediana alla menopausa naturale (n = 3.650) era 49,0 anni (range interquartile: 45,0 - 51,0), mentre quella alla menopausa chirurgica (n = 1.463) 42,4 anni (range interquartile: 38,0 - 46,4). Una menopausa naturale precoce è stata associata all'abitudine al fumo, a non utilizzo di contraccezione orale, alla sterilizzazione e a storia di endometriosi (tutti fattori che aumentavano gli odds ratio) e al non uso di terapia ormonale sostitutiva (diminuzione). La menopausa chirurgica è invece stata associata ad appartenenza alla classe operaia, a sterilizzazione e storia di endometriosi, menorragia e mestruazioni dolorose (tutti fattori che aumentavano gli odds ratio) e al non utilizzo di terapia ormonale sostitutiva (diminuzione). In conclusione, l'età alla menopausa naturale osservata in questa coorte era più bassa di quanto osservato in altri studi, ma un maggior numero di associazioni è stato evidenziato per la menopausa chirurgica precoce che con quella naturale.

*Factors associated with age of onset and type of menopause in a cohort of UK women. Am J Obstet Gynecol 2011 Feb 27 [Epub ahead of print]*

[INDICE](#)

## News dalla professione

### USA, RADDOPPIA IL RICORSO ALLA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

Negli Stati Uniti, nel biennio 2006-2008, il ricorso alla contraccezione di emergenza è più che raddoppiato rispetto al 2002, quando il farmaco si assumeva solo dietro prescrizione medica. E' quanto ha rilevato uno studio pubblicato da *Fertility and Sterility* che ha analizzato il consumo di contraccezione d'emergenza tra le donne americane di età compresa tra 15 e 44 anni. I ricercatori statunitensi hanno riscontrato che nel periodo di osservazione, il 10% delle donne intervistate aveva fatto ricorso alla pillola del giorno dopo, contro il 4% emerso dalla precedente edizione dell'indagine.

[INDICE](#)

### SAVE THE CHILDREN: 48 MILIONI DI DONNE PARTORISCONO SENZA ASSISTENZA

Nel mondo 48 milioni di donne partoriscono senza nessuna assistenza medico-sanitaria e due milioni partoriscono in totale solitudine, senza neanche un familiare. Sono questi alcuni dei dati che emergono dal Rapporto sullo stato delle madri nel mondo diffuso da *Save the Children*. Le percentuali più alte di parti "solitari" si registrano in Nigeria, dove 1 donna su 5 partorisce da sola. A fronte di ciò sono 358.000 ogni anno nel mondo le donne che perdono la vita in conseguenza della gravidanza o del parto, e circa 800.000 i bambini che muoiono alla nascita. Ad essi

vanno aggiunti coloro che perdono la vita entro il primo mese, per un totale di oltre 3 milioni di morti nel breve intervallo che va dalla nascita al trentesimo giorno. Nella gran parte dei casi si tratta di morti per complicazioni e patologie prevenibili e curabili. "A guardare i dati e le classifiche - afferma Valerio Neri, Direttore Generale Save the Children Italia - si rischia di farsi prendere dallo sconforto perché, da un anno all'altro, la scala di alcuni problemi rimane grande soprattutto in molti paesi subsahariani e asiatici. E anche guardando a casa nostra - ha precisato Neri - non si può nascondere una certa preoccupazione nel vederci scivolare nell'Indice delle Madri stilato da Save the Children dal 17° al 21° posto fra i paesi industrializzati per benessere materno - infantile, con alcuni indicatori, come la presenza delle donne in parlamento o il ricorso alla contraccezione, che ci vedono al di sotto di alcune nazioni in via di sviluppo".

[INDICE](#)

## GIOVANI MEDICI: TEMPI D'INGRESSO NEL MONDO DEL LAVORO SIANO ALLINEATI A QUELLI EUROPEI

Le cause della carenza di medici in Italia sono da ricercare nella non ottimale programmazione del fabbisogno medico unitamente all'attesa media di occupazione pari a 15-16 anni per uno studente iscritto al primo anno di università. E' quanto sostiene il Segretariato italiano giovani medici (Sigm). "Quello medico è l'unico ambito in cui il diritto allo studio trova un limite naturale nel diritto alla salute dei cittadini - si legge in una nota ufficiale della Sigm - La programmazione quali-quantitativa delle professionalità deve essere funzione del bisogno di salute espresso dalla popolazione e non delle potenzialità formative delle Università". Il segretariato propone l'istituzione di Osservatori regionali per monitorare lo stato occupazionale dei medici e il riordino sistema formativo-professionalizzante allineando al contesto Ue i tempi medi di ingresso dei medici italiani nel mondo del lavoro. Infine per la Sigm l'adozione di un sistema a graduatoria unica su base nazionale potrebbe introdurre criteri di valutazione oggettivi e uniformi ai fini dell'accesso alla formazione medica.

[INDICE](#)

## SIC, LA PILLOLA ANTICONCEZIONALE SCELTA PER I BENEFICI EXTRACONTRACCETTIVI

La pillola anticoncezionale è sempre più apprezzata soprattutto per i suoi effetti extracontraccettivi. Il 68% di chi la sceglie si considera fisicamente più bella di prima, il 75% si sente più sicura e 9 su 10 promuovono il proprio aspetto con una sufficienza piena (il 62% fra chi non la usa). E' quanto rivela il sondaggio condotto dalla SIC fra 600 under 30 intervistate a Milano, Roma e Firenze, presentato venerdì scorso al 4° Congresso Nazionale di Siena, che ha riunito oltre 400 esperti. "Vantaggi che si evidenziano al meglio nelle pillole a base di drospirenone - ha commentato il prof. Vincenzo De Leo, presidente del Congresso e ginecologo dell'Università di Siena -, un progestico che ha compiuto 10 anni, è il più utilizzato al mondo ed Italia ed è in particolare il preferito dalle nuove utilizzatrici (56%)". Dal sondaggio, condotto ad aprile 2011, si ricava come il 69% di chi usa altri metodi non sia del tutto soddisfatto: il 78% crede che la pillola potrebbe migliorare la propria vita sessuale ma il 59% teme una ricaduta negativa sul fisico.

[INDICE](#)

## News di politica sanitaria

### RICERCA: CDM APPROVA IL CREDITO D'IMPOSTA PER IMPRESE E UNIVERSITA'

La ricerca sanitaria svolta da imprese farmaceutiche, università ed enti di ricerca beneficerà del credito d'imposta, grazie all'approvazione del provvedimento relativo avvenuta giovedì scorso da parte del Consiglio dei ministri. E' quanto ha annunciato il ministro della Salute Ferruccio Fazio. "Il credito d'imposta è un'ulteriore azione per incentivare la ricerca farmaceutica - ha sottolineato Fazio - che si aggiunge al decreto sulla sperimentazione clinica, approvato in Cdm e ora in discussione alla Camera, ai 300 milioni di euro stanziati dal ministero della Salute e ad altri finanziamenti come quelli per i progetti bandiera del ministero dell'Istruzione, università e Ricerca". "Questo importante impegno, fortemente voluto dal presidente Berlusconi e dal Ministro Tremonti - ha concluso il ministro - contribuirà a mantenere la ricerca medica e farmaceutica italiana all'avanguardia nel mondo".

[INDICE](#)

### CIPE, OK ALLA RIPARTIZIONE DI 105,6 MILIARDI DEL FONDO NAZIONALE 2010

Il Cipe ha dato via libera alla ripartizione tra le Regioni delle risorse del Fondo sanitario nazionale per il 2010, pari a 105,6 miliardi di euro, e delle risorse per gli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale relativi allo stesso anno. E' quanto ha annunciato giovedì scorso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il Cipe ha inoltre approvato assegnazioni di risorse a valere sul Fondo sanitario nazionale 2008 e 2009 per una serie d'interventi e obiettivi specifici, al fine di consentire la piena realizzazione di alcuni segmenti delle politiche sanitarie, quali: prevenzione e cura della fibrosi cistica, lotta all'Aids, finanziamento di borse di studio in medicina generale, esclusività del rapporto del personale dirigenziale del ruolo sanitario, assistenza sanitaria agli extracomunitari occupati nella cura alla persona e il finanziamento di un progetto interregionale sul ricorso ai servizi sanitari.

[INDICE](#)

## FAZIO: "RIMANE IL NUMERO CHIUSO ALLE FACOLTA' DI MEDICINA"

"Il numero chiuso all'iscrizione dei corsi di Medicina, non va toccato. Questo è il pensiero del ministero della Salute. Il corso di laurea va bene, sono le scuole di specialità a dover essere riequilibrate". E' quanto ha dichiarato il ministro della Salute Ferruccio Fazio, la scorsa settimana, al termine di un incontro con le alcune sigle sindacali mediche. "Quello del numero chiuso non è un problema. Tra l'altro, negli ultimi tre anni - ha precisato Fazio - abbiamo aumentato il numero di accesso ai corsi da 7.500 a 9.500".

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.

## PROGETTO SIGO/UNICEF: RICERCA GINECOLOGI PER LA SIERRA LEONE

Il prof. Giuseppe Canzone, responsabile del progetto SIGO/UNICEF, evidenzia la grande necessità di personale qualificato che possa operare in Sierra Leone. Un'esigenza che ha potuto verificare personalmente, in occasione del viaggio condotto nel marzo 2010: l'intero [diario](#) di questa esperienza è disponibile nel sito [www.unicef.it](http://www.unicef.it). In particolare, Unicef Italia ha sostenuto la ristrutturazione di alcuni reparti di maternità ma esistono pochi colleghi che espletano la loro attività negli ospedali: sono circa 60 in tutta la nazione e solamente un ginecologo specialista è attualmente in servizio a Bo. Per il resto le strutture sono rette da pochi medici che si occupano di tutto. In questo contesto la necessità della formazione diventa prioritaria e la richiesta è che sia fatta in loco. Gli interessati possono mettersi in contatto con la segreteria SIGO per maggiori informazioni.

INDICE

## PROTOCOLLO PER INTERVENTO DI DEINFIBULAZIONE

In accordo con il dottor Omar Abdulcadir, responsabile Gruppo di Ginecologia e Ostetricia per l'emigrazione SIGO, si pubblica il testo integrale del protocollo per l'intervento di deinfibulazione e il Protocollo operativo tra Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze delle MGF e Consulteri.

### **Protocollo per intervento di deinfibulazione**

**Deinfibulazione:** intervento chirurgico condotto per aprire la cicatrice dell'infibulazione, è parte di un percorso più complesso che la donna infibulata intraprende e vive spesso tra dubbi, resistenze, paura di ostracismo della comunità di appartenenza e, infine, presa di coscienza.

**Scopo:** promuovere la salute della donna infibulata: rende possibili le visite ginecologiche di controllo, l'esecuzione degli strisci (PAP test e strisci batterioscopici), degli esami strumentali come l'isteroscopia o l'ecografia transvaginale, facilita e rende possibile il parto per via vaginale, è risolutiva delle infezioni croniche del tratto urogenitale e permette il trattamento delle problematiche psicosessuali come penetrazione impossibile e dispareunia.

Infine, nelle donne più consapevoli permette di sentirsi più integrate nel mondo in cui vivono. Eseguire l'intervento, se possibile, prima dell'inizio dell'attività sessuale. Nella donna gravida, se l'orificio è troppo stretto per i controlli vaginali, programmare l'intervento alla prima visita ed eseguirlo entro la 12° settimana. Evitare di dover intervenire in urgenza durante la fase espulsiva. Se non è stato possibile effettuare l'intervento prima si effettua la deinfibulazione intrapartum con le forbici o con il bisturi lungo la linea mediana della cicatrice fino al meato uretrale. Quindi si procede alla normale episiotomia. Dopo l'espulsione del feto e della placenta si procede alla sutura separata dei due lembi della deinfibulazione con punti staccati a scopo emostatico.

**Counselling pre-intervento:** momento importantissimo per l'educazione alla salute, il dialogo interculturale, l'informazione della paziente, della componente maschile della famiglia (padre, marito, fratelli) e della componente anziana, (madri, nonne, zie, suocere). È il momento per informare che le pratiche escissorie sono illegali in Italia (legge n.7 gennaio 2006), nel mondo e, ormai anche nel Paese d'origine, che sono pratiche dannose non previste dalla religione (fare riferimento anche ai leader religiosi locali).

Evitare atteggiamento di condanna o di superiorità.

Necessario fornire spiegazioni e informazioni su come apparirà la vulva dopo l'operazione, concordare con la paziente e, se richiesto, anche con il partner, il livello di apertura dell'infibulazione. Molte donne non desiderano sentirsi completamente "aperte" in questi casi è preferibile che l'incisione si arresti subito al di sopra dello sbocco uretrale per permettere una minzione normale, l'inserimento del catetere vescicale. Informare la paziente che dopo l'operazione cambierà il modo di urinare, per evitare che si spaventi di fronte ad un getto continuo e non più goccia a goccia.

**Rassicurazioni importanti per la paziente vergine, per il futuro marito, per i genitori:** durante l'intervento l'imene non deve essere danneggiato, chiarire che in ogni caso la verginità fisica non è la cucitura dell'ingresso vaginale, ma la presenza dell'imene intatto, spiegando anche che questo non è sempre presente e può avere forma variabile.

Raccomandazioni in caso di donna infibulata gravida: alcune donne infibulate appena partorito chiedono di essere richiuse, per tale motivo è importante spiegare, già prima del parto, che in Italia non è legale ripristinare l'infibulazione. Rassicurare in ogni modo la paziente che sarà garantita la normale anatomia dei genitali e si procederà in modo da non lasciare l'ingresso vaginale eccessivamente ampio. Questo è indispensabile per non creare nella paziente futuri disagi psicosessuali che si ripercuotono nella vita di coppia e spesso portano la donna a tornare nel proprio Paese per essere reinfibulata. È importante affrontare il dialogo sul cambio anatomico e fisiologico dei genitali durante il postpartum consigliando una rieducazione del pavimento pelvico con gli esercizi di Kegel per aiuterà la paziente a sentire di nuovo i suoi genitali piacevoli e "stretti".

Consenso informato e compreso.

Compilazione corretta e accurata della cartella clinica.

Prevedere un codice specifico per l'intervento di deinfibulazione (in Toscana cod.21)

Tecniche utilizzate: due tipi, entrambi ambulatoriali ed eseguiti in anestesia locale.

- Disinfezione accurata con soluzione iodata al
- Infiltrazione lungo la linea da incidere con carbocaina al 2%. Attesa dell'effetto anestetico (pochi minuti)
- Esporre il tessuto e far scivolare una pinza di Kocher (o un tamponino cotonato o la spatola di Eyre) sotto la cicatrice. Aprire la pinza e incidere con il bisturi o le forbici lungo la linea mediana, dal basso verso l'alto all'interno delle pinze. Tenere le pinze sollevate per non danneggiare il meato urinario che potrebbe essere dislocato a causa della cicatrice. Nel dubbio che il meato o l'uretra stessa siano dislocati è consigliabile inserire un catetere.
- Suturare con Monocryl 00 per evitare aderenze ed emorragie.

1) Chirurgia a lama fredda (bisturi o forbici) più semplice ed usata: quando la cicatrice è sottile e senza complicanze ed è possibile ricostruire una sorta di labbra a protezione dell'ingresso vaginale.

2) Chirurgia con laser (collaborazione del Servizio di Colposcopia): quando la cicatrice è spessa, quando c'è un cheloide o una cisti da ritenzione e quando l'amputazione dei genitali esterni è stata così ampia da non avere a disposizione residui tissutali con cui ricostruire una parvenza di labbra.

Difficoltà tecniche: possono esserci diverse varianti o complicanze dell'infibulazione (genitali reinfibulati, aderenze con le strutture sottostanti, dislocazioni uretrali, emorragie, presenza di cisti vaginali o intracicatriziali).

Raccomandazioni post-intervento per la paziente: igiene accurata e manovre giornaliere con l'ausilio di creme anestetiche e, in caso di necessità, antibiotiche per impedire che i margini della ferita chirurgica si risaldino durante il processo di guarigione, minzione con i genitali immersi in una bacinella piena di acqua tiepida, eventualmente disinfettata, per evitare il bruciore. La cicatrizzazione dura circa una settimana.

Cartella di dimissione con descrizione intervento e terapia.

### **Protocollo operativo tra CRR-MGF e Consulteri (Obiettivo 2- Progetto Conoscere per Prevenire)**

Il Centro di Riferimento ha una funzione centrale nell'accoglienza e nell'informazione di donne immigrate e dei loro familiari grazie all'elevato numero di presenze. L'accesso è spessissimo diretto per cui viene operata una selezione delle pazienti con successivo invio alle sedi appropriate (consulteri, territorio).

Fondamentale è il lavoro della mediatrice linguistico-culturale presente tutti i giorni.

Altre figure presenti sono una psicologa, una ostetrica, una specializzanda ginecologa e una laureanda in medicina che si alternano.

Ecco alcuni esempi pratici:

1) Caso di donna con MGF che accede per la prima volta al CRR:

- accoglienza e dialogo (primo colloquio di orientamento e valutazione delle sue richieste)
- anamnesi
- visita

a) problema di pertinenza consultoriale (gravidanza fisiologica, problematiche ginecologiche, richiesta di IVG, contraccezione)

La paziente viene informata e rassicurata sulla appropriatezza dei consigli, quindi viene inviata/accompagnata con lettera o con telefonata ai colleghi dei consulteri formati in MGF programmando con questi il momento della eventuale deinfibulazione se prevista (vedi protocollo interno)

b) donna con complicanze legate alle MGF, richiesta di deinfibulazione (direttamente dalla donna o dal sanitario che l'ha inviata)

Vedi protocollo per deinfibulazione

2) Caso di donna inviata dal Consultorio o da altra struttura con lettera di accompagnamento o attraverso contatto telefonico.

Presenza in carico della paziente e successivo intervento.

Rinvio al Consultorio con lettera o con cartella di dimissione in caso di day surgery per deinfibulazione.

Tutte le attività del Centro sono registrate e le pazienti vengono accompagnate o indirizzate a pagare il ticket, se dovuto.

Risulta difficile conciliare l'esigenza amministrativa della prestazione con l'esigenza dell'accoglienza e della necessità del colloquio.

In collaborazione con la Regione è stato creato il logo del Centro e predisposta la brochure da stampare e distribuire in modo capillare.

A NESSUNA DONNA VIENE NEGATA ACCOGLIENZA

[INDICE](#)

## RICERCA DI UN GINECOLOGO PER COMUNITA' COMBONIANA IN ETHIOPIA

Carissimi,  
chi scrive è una missionaria comboniana, infermiera da 25 anni in Etiopia e per caso ho incontrato l'indirizzo della vostra Associazione. Stavo cercando il modo per poter far giungere una richiesta di aiuto per le donne di questo paese, così povero e disastroso. In tutti questi anni dovunque ho lavorato, ho cercato sempre di privilegiare le donne, ed ora forse l'ultimo forte impegno è proprio per loro. Abbiamo concluso la costruzione di un piccolo ospedale con 40 letti per assistere le donne a rischio e fare tutto il possibile affinché il parto, da esperienza meravigliosa, non si trasformi in una o due disgrazie per la famiglia. Moltissime donne affette da Fistula sono state operate in Addis Abeba con ottimi risultati, ma ce ne sono ancora molte, troppe, che pagano il prezzo ancora molto caro. Noi come comunità comboniana siamo alla ricerca di un medico ginecologo in pensione, con una piccola conoscenza di inglese, disposto a condividere la nostra missione in questo campo. Abbiamo una sala operatoria da arredare, la stanza dei raggi X, ambulatori laboratorio analisi, ma è tutto da migliorare.

**Per chi desiderasse mettersi in contatto il mio indirizzo è: [lauracombona@yahoo.it](mailto:lauracombona@yahoo.it)**

Grazie per l'attenzione  
Sr.Laura Gemignani smc

[INDICE](#)

## BANDO RICERCHE FINALIZZATE 2011

CA Soci SIGO,

Sono lieto di inviarvi in allegato un Bando di concorso finalizzato a selezionare e sostenere qualificate ricerche scientifiche nell'area della prevenzione delle malattie congenite che possono influire sulla salute in gravidanza. Per scaricare il bando, [clicca qui](#).

Il Bando, emanato per il secondo anno consecutivo da ASM Onlus, l'Associazione Italiana Studio Malformazioni, che da quasi trent'anni opera con successo in questo campo, è stato preparato dal Comitato Scientifico di ASM, da me presieduto, composto da personalità di rilievo sia in campo ostetrico che genetico e chirurgico, e scadrà martedì **31 maggio 2011**.

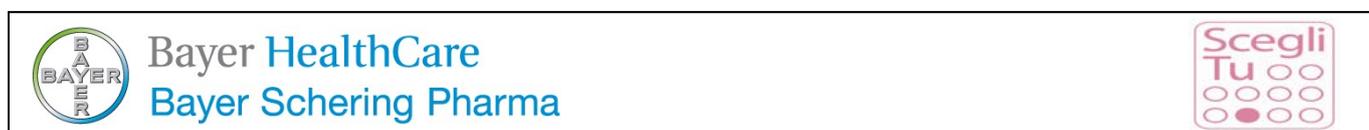
I miei più cordiali saluti  
Prof. Domenico Arduini  
Presidente del Comitato Scientifico di ASM

[INDICE](#)

## FIGO 2012, ROMA: ON LINE IL PRIMO ANNUNCIO

E' disponibile il 1° annuncio del Congresso FIGO che si terrà alla nuova Fiera di Roma dal **7 al 12 Ottobre 2012**. Per leggere l'annuncio, [clicca qui](#).

[INDICE](#)



## CORSI E CONGRESSI 2011

### Italia

#### TUMORI RECIDIVANTI DELL'OVAIO, METASTATICI DELLA MAMMELLA E SARCOMI UTERINI

Roma, 10 - 11 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [info@bluevents.it](mailto:info@bluevents.it)

[Programma](#)

#### TERZE GIORNATE SARDE DI SCIENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE

Alghero (SS), 11- 14 maggio 2011

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

[Programma](#)

**INCONTRI EDUCATIVO-INFORMATIVI SUL TEMA DELLA FERTILITA'**

Roma (Ministero della Salute), 16 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [mscarcelli@gruppodida.it](mailto:mscarcelli@gruppodida.it)

[Programma](#)

**LA GRAVIDANZA GEMELLARE - DALLA DIAGNOSI ALLA NASCITA: LE COMPLESSITÀ DI UN PERCORSO**

Padova, 16 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [gravidanzagemellare@medik.net](mailto:gravidanzagemellare@medik.net)

[Programma](#)

**GRAVIDANZA A RISCHIO: STABILITA' PRECARIA MATERNO-FETALE**

Genova, 19 - 21 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [LenaCosulich@ospedale-gaslini.ge.it](mailto:LenaCosulich@ospedale-gaslini.ge.it)

[Programma](#)

**PARTO PRETERMINE: IPOTESI E PROSPETTIVE**

Roma, 24 - 25 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [milan@fondazione-menarini.it](mailto:milan@fondazione-menarini.it)

[Programma](#)

**TERZO CONGRESSO ITALIANO DI TROMBOSI ED EMOSTASI NELLA DONNA E NEL BAMBINO**

Padova, 25 - 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [congressotrombosi@biomedia.net](mailto:congressotrombosi@biomedia.net)

[Programma](#)

**RESPONSABILITA' PROFESSIONALE IN TEMA DI ENCEFALOPATIA PERINATALE**

Napoli, 27 - 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [rferrigno@thinkthanks.it](mailto:rferrigno@thinkthanks.it)

[Programma](#)

**LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE**

Cagliari, 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [presidenza@asbi.info](mailto:presidenza@asbi.info)

[Programma](#)

**1° CORSO AVANZATO DI ECOGRAFIA, MEDICINA FETALE E INFERTILITA'**

Villasimius (CA), 29 - 31 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [imceurope@imceurope.eu](mailto:imceurope@imceurope.eu)

[Programma](#)

**AN UPDATE ON DIAGNOSIS, MANAGEMENT AND TREATMENT OF NEONATAL GROUP B STREPTOCOCCAL INFECTIONS**

Roma, 9 giugno 2011

Segreteria organizzativa: [lucilla.baldassarri@iss.it](mailto:lucilla.baldassarri@iss.it)

[Programma](#)

**INCONTRI EDUCATIVO-INFORMATIVI SUL TEMA DELLA FERTILITA'**

Roma (Ministero della Salute), 13 giugno 2011

Segreteria organizzativa: [mscarcelli@gruppodida.it](mailto:mscarcelli@gruppodida.it)

[Programma](#)

**CORSO DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA E VAGINALE**

Catania, 13 - 18 giugno 2011

Segreteria organizzativa: [info@studioexedra.it](mailto:info@studioexedra.it)

**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](#)

**87° CONGRESSO NAZIONALE SIGO**

Palermo, 25 - 28 settembre 2011

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

[Programma](#)

**EUROISSHP - 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](#)

**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](#)

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

Roma, 7 - 12 ottobre 2012

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

[Programma](#)

**Estero**

**12<sup>TH</sup> EUROPEAN CONGRESS OF PAEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNAECOLOGY**

Plovdiv (Bulgaria), 25 - 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: [bulpag@abv.bg](mailto:bulpag@abv.bg)

[Programma](#)

**CONGRESSO ANNUALE GINECOLOGIA SVIZZERA 2011**

Gossau (Svizzera), 25 - 25 giugno 2011

Segreteria organizzativa: [info@bvconsulting.ch](mailto:info@bvconsulting.ch)

[Programma](#)

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

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)**

Copenaghen (Danimarca) 8 - 11 settembre 2011

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

[Programma](#)

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

Berlino (Germania), 17 - 22 settembre 2011

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

[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](#)

[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)