



**SIGO** news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO V - numero 212 - 8 ottobre 2013

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Comitato scientifico: Nicola Surico, Salvatore Felis, Fabio Sirimarco Herbert Valensise, Elsa Viora

Editore: Intermedia - Direttore Responsabile: Mauro Boldrini

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di Bayer Healthcare

## INDICE

### Comunicazioni del Presidente

1. ITALIAN JOURNAL OF GYNÆCOLOGY AND OBSTETRICS
2. MODALITA' DI RICHIESTA PER PATROCINIO SIGO E DIFFUSIONE EVENTI PER MANIFESTAZIONI SCIENTIFICHE
3. PROGETTO WEB IN SALUTE - LA TUA OPINIONE CONTA
4. ADESIONI ALLA SIGO

### News dalla ricerca

5. STUDIO PERINATALE NAZIONALE 2010: DETERMINANTI MATERNI E SANITARI DEL SUPPLEMENTO DI ACIDO FOLICO PRIMA DEL CONCEPIMENTO IN FRANCIA
6. VALIDAZIONE CLINICA DEI CRITERI DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DI EMORRAGIA PERIPARTUM
7. MISOPROSTOLO VAGINALE PRIMA DELL'INSERZIONE DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO IN NULLIGRAVIDE: STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO
8. REM (RISK OF ENDOMETRIAL MALIGNANCY): NUOVO SISTEMA DI PUNTEGGIO PER VALUTARE IL RISCHIO DI NEOPLASIE MALIGNHE DELL'ENDOMETRIO

### News dalla professione

9. IN ITALIA MADRI SEMPRE PIÙ ANZIANE, CALANO ABORTI E CESAREI. I GINECOLOGI: "SUBITO UNA RIFORMA CHE TUTELI MEDICI E DONNE"
10. ITALIA TERZ'ULTIMA IN EUROPA PER L'ACCESSO ALLA CONTRACCEZIONE MODERNA

### News di politica sanitaria

11. AGENAS: SU PRESTAZIONI OSPEDALI TROPPIA DISTANZA TRA NORD E SUD
12. RAGIONERIA DI STATO: BENI E SERVIZI SANITARI COSTANO 21 MILIARDI

### SIGO informa

13. NOTA INFORMATIVA CONCORDATA CON L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)
14. FIGO GUIDELINE MANAGEMENT OF THE SECOND STAGE OF LABOUR
15. INTERNATIONAL CONSORTIUM ON EMERGENCY CONTRACEPTION - NEW GUIDELINES ON EMERGENCY CONTRACEPTION
16. DISPONIBILE SU RICHIESTA IL KIT PER L'EDUCAZIONE SESSUALE

### Segnalato a SIGO

17. 3° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE
18. MINICORSO CONGIUNTO AME-SIGO DIAGNOSI E TERAPIA DELL'AMENORREA PRIMARIA
19. IV CORSO INTERATTIVO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA CAPRI 15/17 MAGGIO 2014 - HOTEL LA RESIDENZA

### CORSI E CONGRESSI 2013-2015

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, [a questa pagina](#), 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 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, 00186 Roma**

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, fra 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 dell'/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](#)

## PROGETTO WEB IN SALUTE - LA TUA OPINIONE CONTA

Stiamo svolgendo, nell'ambito del progetto "Web in Salute", ideato e coordinato dalla Dr.ssa Letizia Affinito, PhD e MD BNMC, un'indagine sulla ricerca di informazioni di salute in Internet con l'obiettivo di analizzarne l'impatto su:

- pratica medica
- salute dei propri pazienti
- rapporto medico-paziente
- gestione malattia e comportamento di salute da parte del paziente
- approccio prescrittivo

Ti chiediamo di essere parte attiva di questo ambizioso progetto di ricerca rispondendo al questionario totalmente anonimo la cui compilazione richiederà meno di 10 minuti.

Il Tuo contributo sarà prezioso per il perseguimento dei risultati attesi.

[Cliccare qui](#) per compilare il questionario.

Per eventuali chiarimenti e/o informazioni aggiuntive inviare una mail a [rc@brandnewmc.com](mailto:rc@brandnewmc.com), oppure, telefonare ai seguenti numeri: +39 06 88659903/+39 06 95061569.

Grazie per la Tua partecipazione!

Il Presidente  
Prof. Nicola Surico



[INDICE](#)

## ADESIONI ALLA SIGO

Carissimo/a,

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). 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.

Il Presidente  
Prof. Nicola Surico



Per diventare soci della SIGO è possibile stampare il modulo di iscrizione ed inviarlo via fax, completo di tutti i dati e della firma, o spedirlo all'indirizzo: **SIGO Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia**, via dei Soldati 25, Roma tel. 06 6875119, fax 06 6868142, email: [federazione@sigo.it](mailto:federazione@sigo.it).

[INDICE](#)

## News dalla ricerca

### STUDIO PERINATALE NAZIONALE 2010: DETERMINANTI MATERNI E SANITARI DEL SUPPLEMENTO DI ACIDO FOLICO PRIMA DEL CONCEPIMENTO IN FRANCIA

Per stimare la prevalenza nazionale e analizzare i fattori associati alla somministrazione di un supplemento di acido folico prima del concepimento, includendo le caratteristiche materne socio-demografiche, la regione di residenza, l'applicazione di metodi per il controllo delle nascite e le malattie croniche che richiedono cure mediche prima del concepimento, ricercatori dell'*INSERM, Epidemiological Research Unit on Perinatal and Women's and Children's Health*, e *Université Pierre et Marie Curie di Parigi* hanno condotto uno studio di popolazione 'cross-sectional' in reparti di maternità in Francia. Gli autori hanno identificato un campione rappresentativo nazionale di 12.646 donne che hanno partorito nel 2010 e i dati sono stati ottenuti con colloqui 2 - 3 giorni dopo il parto. L'esito principale dello studio, cioè il supplemento di acido folico iniziato almeno un mese prima del concepimento, è stato analizzato con regressione logistica multivariata. I risultati indicano che il 14,8% delle donne (intervallo di confidenza [IC] 95%: 14,2 - 15,4) ha assunto acido folico prima della gravidanza: questa percentuale variava dal 10,4 al 18,7% tra le regioni. La supplementazione era più frequente nelle primipare, nelle cittadine francesi, nelle donne con più alto grado di istruzione e in quelle che avevano bisogno di monitoraggio medico o di trattamento prima del concepimento. Le donne che avevano interrotto la contraccezione per rimanere incinte (75% della popolazione in studio) avevano utilizzato acido folico (19% dispositivo intrauterino o impianto, 17% pillola, 17% altri metodi che non richiedevano monitoraggio medico) più spesso rispetto alle altre (7%): gli odds ratio aggiustati erano 3,3 (IC 95%: 2,6 - 4,3) per il dispositivo intrauterino e l'impianto; 2,2 (IC 95%: 1,8 - 2,6) per la pillola e 1,9 (IC 95%: 1,5 - 2,4) per gli altri metodi, rispetto alle donne che non avevano usato metodi di controllo delle nascite. In

conclusione, la mancata supplementazione di acido folico prima del concepimento nella maggior parte delle donne, anche in quelle che richiedono consultazioni specialistiche prima della gravidanza, indica che le campagne di promozione per la supplementazione di acido folico dovrebbero rivolgersi non solo alle donne ma anche ai professionisti coinvolti nel controllo delle nascite e nelle cure ostetriche prima della gravidanza.

**Per scaricare il testo integrale, clicca qui.**

*Maternal and health care determinants of preconceptional use of folic acid supplementation in France: results from the 2010 National Perinatal Survey. BJOG 2013; Published Online 10 Sep DOI: 10.1111/1471-0528.12414*

[INDICE](#)

## VALIDAZIONE CLINICA DEI CRITERI DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DI EMORRAGIA PERIPARTUM

Ricercatori della *University of Pittsburgh School of Medicine e Institute for Transfusion Medicine di Pittsburgh* hanno esaminato se i gruppi di rischio del California Maternal Quality Care Collaborative potessero predire il rischio di emorragia peripartum e hanno determinato quali donne dovrebbero essere sottoposte al test di compatibilità pre-trasfusionale peripartum. In questo studio retrospettivo di coorte sono state incluse 10.134 donne che hanno partorito in un unico ospedale nel periodo di un anno. La maggior parte dei fattori di rischio del California Maternal Quality Care Collaborative è stata valutata retrospettivamente e ogni donna è stata assegnata a uno dei tre gruppi di rischio di emorragia peripartum, secondo le linee guida. I fattori di rischio individuali di emorragia peripartum e i tre gruppi di rischio correlavano con la manifestazione di un'emorragia peripartum significativa (cioè un'emorragia che richiedeva la trasfusione di una unità o più di globuli rossi). Sono stati determinati altri fattori di rischio di emorragia peripartum ed è stata creata una categoria modificata di alto rischio. I risultati indicano che l'incidenza di un'emorragia peripartum significativa in ciascun gruppo era bassa (0,8%), media (2,0%) e alta (7,3%); quest'ultimo gruppo mostrava un aumento statisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Tutti i criteri di rischio del California Maternal Quality Care Collaborative valutati erano significativamente associati a un aumentato tasso di emorragia peripartum ( $p \leq 0,02$ ), eccetto macrosomia e obesità come morbidità. Anche altri fattori di rischio non inclusi nei criteri del California Maternal Quality Care Collaborative, come parto pretermine, rottura d'utero, ipertensione, precedente parto cesareo e modello di placenta accreta o percreta, erano correlati all'emorragia peripartum. Il gruppo di rischio modificato includeva l'85% di queste donne con emorragia significativa; tuttavia, è stato incluso il 45% delle donne e solo il 2,6% di questo gruppo modificato ha manifestato emorragia. In conclusione, la stratificazione del rischio del California Maternal Quality Care Collaborative ha evidenziato un maggiore rischio di trasfusione con l'aumento del grado di rischio. Le donne nel gruppo ad alto rischio del California Maternal Quality Care Collaborative (o come determinato dagli specialisti) dovrebbero quindi essere sottoposte a un esame di compatibilità pre-trasfusionale.

**Per scaricare il testo integrale, clicca qui.**

*Clinical Validation of Risk Stratification Criteria for Peripartum Hemorrhage. Obstet Gynecol July 2013;122(1):120–6 DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182941c78*

[INDICE](#)

## MISOPROSTOLO VAGINALE PRIMA DELL'INSERZIONE DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO IN NULLIGRAVIDE: STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO

Ricercatori brasiliani afferenti al *Postgraduate Program on Maternal and Child Health* si sono chiesti quanto sia efficace la somministrazione vaginale di misoprostolo per dilatare la cervice prima dell'inserzione di un dispositivo intrauterino (IUD) in donne nulligravide. L'uso di questo farmaco al dosaggio di 400 µg per via vaginale, somministrato 4 ore prima dell'inserzione di IUD, ha aumentato la facilità di inserzione e ridotto l'incidenza di dolore durante la procedura, sebbene abbia favorito la manifestazione di crampi. Il misoprostolo è stato ampiamente utilizzato in ostetricia e ginecologia, tuttavia, la sua utilità ed efficacia nel facilitare l'inserzione di IUD in nulligravide non era stata confermata. Lo studio randomizzato, in doppio cieco, suggerisce che i benefici dell'utilizzo di misoprostolo prima dell'inserzione di IUD includono la facilitazione dell'inserzione e la riduzione del dolore durante la procedura. Quindi, pesando i benefici ottenuti contro l'unico effetto collaterale negativo (crampi prima dell'inserzione), i dati dello studio suggeriscono che il suo utilizzo dovrebbe diventare pratica standard per facilitare l'inserzione di IUD in nulligravide. In totale 179 donne nulligravide in età fertile sono state sottoposte a inserzione di IUD tra luglio 2009 e novembre 2011 presso l'*Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) di Recife, Pernambuco, Brazil* e randomizzate a due gruppi: 86 hanno ricevuto 400 µg di misoprostolo per via vaginale 4 ore prima dell'inserzione di IUD e 93 hanno ricevuto placebo. I rapporti di rischio (RR) sono stati calcolati come misure del rischio relativo, assieme agli intervalli di confidenza al 95% (IC 95%); è stato calcolato il numero necessario per il trattamento (NNT) e il numero necessario per arrecare danno (NNH). I risultati indicano differenze significative tra i gruppi per tutti gli endpoint immediati esaminati, con un'inserzione meno difficoltosa dello IUD (RR = 0,49 [23 di 86 vs 51 di 93]; IC 95%: 0,33 - 0,72;  $p = 0,00005$ ), un più basso rischio di dilatazione < 4 mm (RR = 0,48 [24 di 86 vs 54 di 93]; IC 95%: 0,33 - 0,70;  $p = 0,0001$ ), una riduzione del dolore da moderato a grave durante l'inserzione di IUD (RR = 0,56 [32 di 86 vs 62 di 93]; IC 95%: 0,41 - 0,76;  $p = 0,00008$ ) e una probabilità più bassa di avere sensazione spiacevole o molto spiacevole (RR = 0,49 [29 di 86 vs 64 di 93]; IC 95%: 0,35 - 0,68;  $p = 0,000004$ ) nel gruppo che ha ricevuto misoprostolo, rispetto al gruppo placebo. Non è stata osservata differenza significativa tra i gruppi in relazione alle complicanze manifestate durante l'inserzione di IUD e non si sono verificati casi di perforazione uterina nei due gruppi. La frequenza dei crampi è risultata il 40% più

elevata nel gruppo trattato con misoprostolo. Lo studio ha mostrato un bilancio positivo tra benefici e rischi con uso di misoprostolo; tuttavia, non è possibile affermare che il suo utilizzo prima dell'inserzione di IUD in donne nulligravide sia imperativo e che l'inserzione di IUD dovrebbe essere cancellata quando il farmaco non è disponibile. D'altra parte, considerando le proprietà di facilitazione della dilatazione cervicale, misoprostolo può essere consigliato prima dell'inserzione di IUD sia in nulligravide che nelle donne che presentano stenosi cervicale, indipendentemente dalla parità.

*Misoprostol prior to inserting an intrauterine device in nulligravidas: a randomized clinical trial. Hum Reprod. 2013 Jun 5. [Epub ahead of print]*

[INDICE](#)

## REM (RISK OF ENDOMETRIAL MALIGNANCY): NUOVO SISTEMA DI PUNTEGGIO PER VALUTARE IL RISCHIO DI NEOPLASIE MALIGNI DELL'ENDOMETRIO

È spesso difficile distinguere tra malattia endometriale benigna e tumore maligno e sono perciò necessari strumenti per aiutare il medico a selezionare (triage) le pazienti in classe ad alto e basso rischio di tumore dell'endometrio. Scopo di questo studio era ottenere un modello predittivo per valutare il rischio di tumore endometriale maligno (Risk of Endometrial Malignancy, REM) in donne che presentavano anomalie ecografiche dell'endometrio. Le donne, di 45 - 80 anni, con diagnosi ecografica di anomalie endometriali, per le quali era stato programmato l'intervento chirurgico, sono state arruolate in questo studio prospettico presso il *Dipartimento di Ginecologia Oncologica dell'Università Campus Bio-Medico di Roma*. Sono state considerate le caratteristiche cliniche, ecografiche e laboratoristiche preoperatorie e un algoritmo di regressione logistica è stato utilizzato per classificare le pazienti in gruppi a basso e alto rischio di tumore dell'endometrio. In totale, per l'analisi, sono state considerate 675 pazienti: 88 con tumore dell'endometrio e 587 con patologia endometriale benigna. Le pazienti sono state suddivise in due gruppi: gruppo di studio e gruppo di verifica. L'età preoperatoria, i sintomi, i livelli di HE4 e lo spessore ecografico dell'endometrio erano statisticamente significativi e sono stati quindi inclusi nel modello di regressione logistica multivariata per calcolare la probabilità di avere un tumore dell'endometrio. Nel gruppo di studio, REM ha manifestato sensibilità pari al 93,3% e specificità del 97,1% (PPV = 0,83; NPV = 0,98; AUC = 0,957; IC 95%: 0,908 - 0,984), mentre, nel gruppo di verifica, REM aveva una sensibilità dell'89,3% e una specificità del 95,4% di (PPV = 0,73; NPV = 0,98; AUC = 0,919; IC 95%: 0,829 - 0,970). In conclusione, i dati supportano l'utilizzo di REM per il triage delle pazienti in gruppo a basso o alto rischio di cancro dell'endometrio, anche se è necessaria la validazione esterna del modello.

*REM (Risk Of Endometrial Malignancy): A Proposal For A New Scoring System To Evaluate Risk Of Endometrial Malignancy. Clin Cancer Res. 2013 Aug 27. [Epub ahead of print]*

[INDICE](#)

## News dalla professione

### IN ITALIA MADRI SEMPRE PIÙ ANZIANE, CALANO ABORTI E CESAREI. I GINECOLOGI: "SUBITO UNA RIFORMA CHE TUTELI MEDICI E DONNE"

In Italia si fanno figli sempre più tardi. L'età media delle donne al primo parto è di 32,6 anni (31,8 nel 2004). La mortalità neonatale è 2,5 per mille quella infantile 3,4 per mille, mentre nell'Unione Europa si attesta al 4,3. Diminuisce del 4,9% il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, ma nel 2011 abbiamo comunque avuto oltre 9.000 baby mamme con meno di 19 anni (erano 10.000 nel 2010). Si riduce lievemente il ricorso al parto cesareo che passa dal 38% all'attuale 37,5%. Però ancora 38mila bambini su 540mila nascono in strutture che eseguono meno di 500 parti l'anno. E in più i ginecologi sono assillati dal contenzioso medico-legale che aumenta il ricorso alla medicina difensiva. Con la conseguenza di troppi esami prescritti spesso superflui che incrementano di 12 miliardi le spese a carico dell'intero servizio sanitario nazionale. E che porta invece a 33.700 denunce contro i camici bianchi che, nel 98,8% dei casi, finiscono in una bolla di sapone. Da ultimo, il ginecologo è una specie in via d'estinzione e nei prossimi 10 anni si rischia di avere le corsie sguarnite. "Di fronte a questo quadro di luci e ombre, lanciamo un appello alle Istituzioni perché sia tutelata la ginecologia italiana, un'eccellenza del nostro sistema sanitario. Dopo tanti tagli si torni a investire nella formazione di giovani medici, si dia seguito alla riorganizzazione dei punti nascita del 2010 e si giunga finalmente a una riforma del contenzioso medico-legale. L'Italia è il solo Paese dove gli errori clinici sono perseguibili penalmente". Con queste richieste si è aperto, domenica scorsa a Napoli, il congresso nazionale dei ginecologi italiani SIGO-AGOI-AGUI intitolato "L'Universo Femminile: un Infinito da Esplorare". "La riforma dei punti nascita del 2010 - ha sottolineato il Presidente della SIGO Nicola Surico - è rimasta in gran parte sulla carta e ancora troppi bimbi nascono in reparti materno-infantili non adeguati. La SIGO aveva applaudito a quella giusta e utile riorganizzazione. Dopo tre anni però solo una minima parte di queste strutture sanitarie è stata effettivamente chiusa. Manca (ed è mancata) la volontà politica di andare contro piccoli interessi locali. Per questo lo scorso 12 febbraio, per la prima volta nella storia, i ginecologi hanno scioperato". "Il 10% delle denunce contro i camici bianchi è a carico di noi ginecologi - ha affermato Presidente AOGOI Vito Trojano -. Nella stragrande maggioranza delle volte i casi di presunta malasanità si risolvono con un'archiviazione e il 62,7% delle strutture sanitarie sono prive di assicurazione per colpa grave. Una possibile soluzione è stabilire un tetto massimo dei risarcimenti come già avviene per esempio negli Stati Uniti. L'Italia è l'unico Paese al mondo (insieme, solo per certi versi, a Polonia e Messico) in cui gli errori clinici sono perseguibili penalmente. Un'anomalia

che rende sempre più difficile svolgere in tranquillità il nostro lavoro". E il futuro non si presenta roseo. "Secondo le nostre previsioni nel prossimo decennio mancheranno all'appello oltre 500 specialisti - ha avvertito il Presidente AGUI Massimo -. È necessario che il Ministero dell'Istruzione preveda già dal prossimo anno accademico un aumento del numero di specializzandi in ginecologia ed ostetricia che, nell'aprile 2013, è stato solo di 211 nuovi studenti".

[INDICE](#)

## ITALIA TERZ'ULTIMA IN EUROPA PER L'ACCESSO ALLA CONTRACCEZIONE MODERNA

Prima la Germania (73%), poi i Paesi Bassi (69%) e la Francia (67%), con l'Italia che si colloca al terz'ultimo posto nella classifica europea per l'accesso alla contraccezione moderna. In tema di salute e diritti sessuali e riproduttivi siamo, quindi, ancora lontani dai migliori, ma recuperiamo posizioni (quinto posto) nella graduatoria dedicata all'educazione sessuale tra i giovani. Sono alcuni dei risultati dell'indagine "*Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 10 EU Countries*", presentata a Giugno al Parlamento Europeo e domenica mattina al congresso nazionale SIGO – AOGOI – AGUI di Napoli. "Quello relativo all'educazione sessuale è un dato molto positivo per il nostro Paese – ha spiegato il Presidente SIGO Nicola Surico –, perché gratifica gli sforzi profusi in questi anni dalle Associazioni dei ginecologi italiani. Con 'Scegli Tu' ([www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it)) siamo al fianco delle nostre giovani con l'obiettivo di promuovere una miglior cultura sulla sessualità". Uno strumento per rendere la donna più informata. "Sono 5 priorità che vogliamo mettere in pratica con il sostegno e il coinvolgimento delle Istituzioni – ha dichiarato Surico –: perfezionare la formazione degli specialisti, già a partire dalle Università; introdurre l'educazione sessuale come materia obbligatoria nelle scuole; migliorare la situazione qualitativa e quantitativa dei nostri consultori; condividere un'Agenda della Salute per accompagnare le donne nelle diverse età della vita riproduttiva; migliorare l'assistenza post-partum e proseguire sulla strada intrapresa con il calo delle interruzioni volontarie di gravidanza". "Vogliamo far sapere che la contraccezione ormonale è amica della salute riproduttiva – ha sottolineato la Vice Presidente AOGOI Valeria Dubini –, ma troppo spesso non si valorizzano i benefici della pillola per esempio su regolarità del ciclo, mestruazioni dolorose e/o abbondanti, sindrome premestruale. I suoi punti di forza sono l'elevata sicurezza, l'alta tollerabilità, il ridottissimo impatto metabolico e la sua totale reversibilità. Tutte caratteristiche che la rendono l'alleata della salute di una donna, un metodo contraccettivo valido a tutte le età e particolarmente indicato per le giovani".

[INDICE](#)

## News di politica sanitaria

### AGENAS: SU PRESTAZIONI OSPEDALI TROPPIA DISTANZA TRA NORD E SUD

La rete degli ospedali italiani presenta ancora troppe differenze tra nord e sud. E' quanto è emerso dai Piano nazionale esiti 2013 redatto e pubblicato dall'AGENAS e riferito agli esiti delle prestazioni ospedaliere del 2012. "Dai dati emergono importanti miglioramenti - ha affermato il Presidente dell'agenzia governativa Giovanni Bissoni -, ma anche il permanere di differenze tra le diverse strutture all'interno della stessa regione, e una forte differenza tra le regioni, con risultati peggiori in molte di quelle del Sud Italia. Migliorano alcune attività di assistenza a grande impatto, come i parti cesarei e gli interventi sulle fratture al femore entro 48 ore, e diminuiscono i ricoveri". Il Piano nazionale esiti 2013 mette a confronto le performance di 1.440 ospedali in base a 41 indicatori che vanno dalla mortalità a 30 giorni per ictus a quella per infarto, dalla proporzione dei parti con taglio cesareo alle complicanze a 30 giorni per colecistectomia. L'obiettivo è fare partire un portale dove mettere a disposizione questi dati per la consultazione dei cittadini. "Quando verranno assegnati i finanziamenti e arriverà il mandato istituzionale - ha spiegato il direttore AGENAS Fulvio - ci impegniamo a far partire il portale come da programma. E anzi, può darsi che l'anno prossimo una parte dei risultati possa essere già a disposizione dei cittadini".

[INDICE](#)

### RAGIONERIA DI STATO: BENI E SERVIZI SANITARI COSTANO 21 MILIARDI

La sanità è sotto a dieta stretta, diminuisce l'incremento della spesa per prestazioni private, ma soprattutto per beni e servizi. La spesa annua per prestazioni erogate da privati accreditati in convenzione è scesa dall'8% del 2006-2008 al 3,7% del 2008-2010, fino allo 0,6% del periodo 2010-2012. E' quanto emerge dal documento della Ragioneria generale dello Stato illustrato oggi dall'ispettore generale capo Francesco Massicci davanti alle Commissioni riunite Bilancio e Affari sociali della Camera. "Attraverso l'attribuzione di tetti di spesa e la programmazione di limite di budget, la situazione ha visto un deciso miglioramento - ha spiegato Massicci -. Ancora più dibattuta e delicata è la questione della spesa per beni e servizi, che ammonta complessivamente a 21 miliardi, al netto dei farmaci ospedalieri e ridotta abbondantemente dalle manovre di contenimento degli ultimi anni. L'incremento della spesa era del 7,6% nel periodo 2000-2006, e' sceso al 4,4% nel periodo 2006-2010 e al 2,8% per il 2010-2012". Un aggregato di spesa, quello dei beni e servizi, per i quali secondo Massicci "sono previste le più rilevanti e ambiziose manovre di contenimento. Nel 2011, infatti, sono stati decisi tagli per circa 1,5 miliardi per il 2013 e 1,8 miliardi per il 2014. Subito dopo però, nel 2012, il settore è stato interessato da ulteriori risparmi, che di fatto hanno raddoppiato l'effetto della prima manovra senza che vi fosse stata una preliminare verifica. Sommandole si prevede un taglio complessivo di circa il 18%, con conseguenti ricadute dell'attività industriale del settore".

[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.

### NOTA INFORMATIVA CONCORDATA CON L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)

A [questo link](#) puoi scaricare la nota informativa concordata con AIFA sull'uso di Beta-agonisti a breve durata d'azione nelle indicazioni ostetriche.

[INDICE](#)

### FIGO GUIDELINE MANAGEMENT OF THE SECOND STAGE OF LABOUR

Dear colleagues,  
at the request of Professor Sir Sabaratnam Arulkumaran, the new FIGO President, attached please find important guidelines on the management of the second stage of labour which have been developed by the FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health and which he would appreciate your circulating as widely as possible among your own society members as well as to any other organisations or individuals who you think may derive some benefit from them.

The guidelines can also be found on the FIGO website, the address of which is: <http://www.figo.org>.

Kind regards  
Marie-Christine Szatybelko  
Senior Administrator and Committee Manager  
Per scaricare le linee guida, [clicca qui](#).

[INDICE](#)

### INTERNATIONAL CONSORTIUM ON EMERGENCY CONTRACEPTION - NEW GUIDELINES ON EMERGENCY CONTRACEPTION

For your information, attached please find the latest guidelines on emergency contraception that have been created by a group of experts working with the International Consortium for Emergency Contraception and that have been endorsed by FIGO and which can also be found on the FIGO website, the address of which is <http://www.figo.org>.

It would be very helpful if you could arrange for this document to be circulated to all your members.

Thanks and kind regards  
Marie-Christine Szatybelko  
Senior Administrator and Committee Manager – FIGO

Per scaricare le linee guida, [clicca qui](#).

[INDICE](#)

### DISPONIBILE SU RICHIESTA IL KIT PER L'EDUCAZIONE SESSUALE



Nel sito **Scegli Tu** è disponibile il KIT SULL'EDUCAZIONE SESSUALE, un "pacchetto" pensato per tutti i ginecologi e gli operatori che si recano nelle scuole per interventi formativi.

Il KIT comprende:

- presentazioni con slide complete e modulabili per adattarle agli interlocutori
- test di ingresso e in uscita per stabilire un contatto con i ragazzi e valutare il livello di conoscenza
- un poster di anatomia femminile e maschile, e uno sulla contraccezione
- una guida per gli insegnanti
- il "magazine" informativo e gli opuscoli da lasciare ai ragazzi

Per richiedere il kit, [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.

### 3° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE

A [questo link](#) puoi scaricare il programma del 3° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere che avrà luogo a Padova (Palazzo del Bo - Università di Padova) il **10 e 11 ottobre 2013** e al Corso Interattivo "Il Percorso Interattivo della Medicina di Genere nel Sistema Diabete" il **12 ottobre 2013**.

[INDICE](#)

### MINICORSO CONGIUNTO AME-SIGO DIAGNOSI E TERAPIA DELL'AMENORREA PRIMARIA

A [questo link](#) puoi scaricare il programma del minicorso congiunto AME-SIGO "Diagnosi e terapia dell'amenorrea primaria" del prossimo **7 novembre**. L'evento si svolgerà all'interno del 12° Congresso Nazionale AME che si terrà a Bari dal **7-10 novembre 2013**.

[INDICE](#)

### IV CORSO INTERATTIVO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA CAPRI 15/17 MAGGIO 2014 - HOTEL LA RESIDENZA

Il corso si terrà a Capri dal **15 al 17 maggio 2014** e gode del patrocinio SIGO. Il suo obiettivo è quello di ottimizzare i percorsi diagnostico- terapeutici per una migliore qualità di vita della donna, attraverso il confronto tra evidenze scientifiche e nuove proposte di cura, senza lasciarsi andare a facili entusiasmi o eccessi di protagonismo. Direttore del corso è il prof. Fabio Sirimarco. A [questo link](#) puoi scaricare il programma.

[INDICE](#)



## CORSI E CONGRESSI 2013-2015

### Nazionali

#### 3° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE

Padova, 10-11 ottobre 2013

Segreteria organizzativa: [lc@lccongressi.it](mailto:lc@lccongressi.it)

[Programma](#)

#### IL PERCORSO INTERATTIVO DELLA MEDICINA DI GENERE NEL SISTEMA DIABETE

Padova, 10-11 ottobre 2013

Segreteria organizzativa: [lc@lccongressi.it](mailto:lc@lccongressi.it)

#### 5° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DELLA CONTRACCEZIONE (SIC)

Bologna, 17-19 ottobre 2013

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

[Programma](#)

#### DIECIMILA DONNE, DIECIMILA STORIE. I CENTRI DI SALUTE E ASCOLTO PER LE DONNE MIGRANTI E I LORO BAMBINI

Milano, 18 ottobre 2013

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

[Programma](#)



### **ISTEROSCOPIA OFFICE**

Borgosesia (VC), 22-23 ottobre 2013

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

[Programma](#)

### **PARTORIRE CON IL SORRISO: LA PARTOANALGESIA CON IL PROTOSSIDO DI CARBONIO**

Vercelli, 24 ottobre 2013

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

[Programma](#)

### **MINICORSO CONGIUNTO AME-SIGO DIAGNOSI E TERAPIA DELL'AMENORREA PRIMARIA**

Bari, 7 novembre 2013

Segreteria organizzativa: [mail@nordestcongressi.it](mailto:mail@nordestcongressi.it)

[Programma](#)

### **SIMMED 2013 - CONFERENZA NAZIONALE DELLA SIMULAZIONE MEDICA**

Firenze, 8-9 novembre 2013

Segreteria Organizzativa: [info@regiacongressi.it](mailto:info@regiacongressi.it)

[Programma](#)

### **XLII CONGRESSO NAZIONALE AMCLI**

Vercelli, 12-15 novembre 2013

Segreteria organizzativa: [amcli2013@mzcongressi.com](mailto:amcli2013@mzcongressi.com)

[Programma](#)

### **CORSO AVANZATO DI ECOGRAFIA TRANSVAGINALE IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA**

Bologna, 15-16 novembre 2013

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

[Programma](#)

### **4° CONGRESSO NAZIONALE AIPE - ASSOCIAZIONE ITALIANA PREECLAMPSIA**

Torino, 24-26 novembre 2013

Segreteria organizzativa: [toscano@mafservizi.it](mailto:toscano@mafservizi.it)

[Programma](#)

### **EVENTO PARTO NASCITA ORGANIZZAZIONE E PROTOCOLLI ASSISTENZIALI NEL NEONATO COMPROMESSO**

Foligno (PG), 25-26 novembre 2013

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

[Programma](#)

### **LE LESIONI DERMATOLOGICHE DEL PERINEO E DEL SOLCO INTERGLUTEO: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE**

Roma, 18 dicembre 2013

Segreteria Organizzativa: [info@asefmed.com](mailto:info@asefmed.com)

[Programma](#)

### **LA SALUTE DELLA DONNA TRA EVIDENZE SCIENTIFICHE E NUOVE OPPORTUNITA' TERAPEUTICHE**

Capri (NA), 15-17 maggio 2013

Segreteria Organizzativa: [info@msgroup.it](mailto:info@msgroup.it)

[Programma](#)

### **Internazionali**

### **CPP 2014 - THE 3RD INTERNATIONAL CONGRESS ON CARDIAC PROBLEMS IN PREGNANCY**

Venice (VE), 20-23 febbraio 2014

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

[Programma](#)

### **DIAGNOSTIC PATHWAYS AND MANAGEMENT OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS**

Bertinoro (FC), 4-6 giugno 2014

Segreteria organizzativa: [rpartisani@ceub.it](mailto:rpartisani@ceub.it)

[Programma](#)

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

Vancouver (Canada), 4-9 ottobre 2015

[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)