



WWW.SIGO.IT
SIGO news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO V - numero 177 - 22 gennaio 2013

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Comitato scientifico: Salvatore Felis, Fabio Sirimarco, Nicola Surico, 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. LETTERA DEL PRESIDENTE SURICO AI PRESIDENTI DELLE SOCIETÀ AFFILIATE SIGO
2. LETTERA DI RINGRAZIAMENTI DEL PRESIDENTE FIGO
3. ITALIAN JOURNAL OF GYNÆCOLOGY AND OBSTETRICS
4. MODALITA' DI RICHIESTA PER PATROCINIO SIGO E DIFFUSIONE EVENTI PER MANIFESTAZIONI SCIENTIFICHE
5. ADESIONI ALLA SIGO

News dalla ricerca

6. MENORRAGIA: SISTEMA INTRAUTERINO A RILASCIO DI LEVONORGESTREL VS TERAPIA MEDICA
7. SISTEMA INTRAUTERINO A RILASCIO DI LEVONORGESTREL NELLA TERAPIA DI PRIMA LINEA PER FLUSSI MESTRUALI ABBONDANTI
8. REVISIONE SISTEMATICA DELLA METODOLOGIA UTILIZZATA IN STUDI ECOGRAFICI PER CREARE TABELLE DI CRESCITA FETALE
9. RELAZIONE TRA INDICE DI MASSA CORPOREA E QUALITÀ DI VITA IN DONNE SOPRAVVIVENTI AL CANCRO DELL'ENDOMETRIO

News dalla professione

10. SURICO: "ADESSO SI TAGLINO I PICCOLI PUNTI NASCITA"
11. PROCLAMATO IL PRIMO SCIOPERO NAZIONALE DI GINECOLOGI E OSTETRICI
12. SIGO: "NOI GINECOLOGI DA ANNI DENUNCIAMO I TROPPI PARTI CESAREI. IL FENOMENO SI CONTRASTA APPLICANDO LA RIFORMA PUNTI NASCITA 2010"

News di politica sanitaria

13. AGGIORNAMENTO DELL'EMA SU CONTRACCETTIVI COMBINATI
14. MINISTERO DELLA SALUTE: IL 43% DEI PARTI CESAREI SONO INUTILI
15. BALDUZZI: IN RIFORMA PIÙ TRASPARENZA SU NOMINE IN SANITÀ

SIGO informa

16. APPELLO DEL COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGHI A ISTITUZIONI E CITTADINI
17. PROVVEDIMENTO ASSOBIOMEDICA PER EVENTI 2013
18. I CHIRURGHI: MACELLAI E RAZZA CIALTRONA? DELEGITTIMAZIONE E VILIPENDIO DI UN PATRIMONIO SOCIALE
19. FIGO GUIDELINE MANAGEMENT OF THE SECOND STAGE OF LABOUR
20. INTERNATIONAL CONSORTIUM ON EMERGENCY CONTRACEPTION - NEW GUIDELINES ON EMERGENCY CONTRACEPTION
21. PRESENTAZIONE DELLA QUINTA EDIZIONE DEL MASTER IN HEALTHCARE & PHARMACEUTICAL ADMINISTRATION (EMPHA)
22. INDAGINE CONOSCITIVA SULLE INFEZIONI A TRASMISSIONE VERTICALE DA STREPTOCOCCO DI GRUPPO B (SGB)
23. DISPONIBILE SU RICHIESTA IL KIT PER L'EDUCAZIONE SESSUALE

Segnalato a SIGO

24. MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO PER MEDICI E GINECOLOGI
25. MASTER DI II LIVELLO IN MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E TECNICHE DI FECONDAZIONE IN VITRO
26. OFFERTE DI IMPIEGO

CORSI E CONGRESSI 2013

Comunicazioni del Presidente

LETTERA DEL PRESIDENTE SURICO AI PRESIDENTI DELLE SOCIETÀ AFFILIATE SIGO

Carissimi Presidenti,
finalmente, dopo la realizzazione del FIGO 2012 che ha rappresentato un grande successo per tutta la ginecologia italiana, si torna alla vita odierna e con essa all'organizzazione dei congressi nazionali delle nostre società in un clima di post evento bellico a causa delle sofferenze economico/finanziarie delle aziende farmaceutiche e della posizione recentemente assunta da Assobiomedica...

Per leggere il seguito della lettera, [clicca qui](#).

[INDICE](#)

LETTERA DI RINGRAZIAMENTI DEL PRESIDENTE FIGO

A [questo link](#), potete scaricare la lettera di ringraziamenti del Presidente FIGO Gamal Serour alla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia per il supporto, la dedizione e l'impegno prestati al XX Congresso FIGO, rendendo l'evento un successo.

[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, [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](#)

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.

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, 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.

[INDICE](#)

News dalla ricerca

MENORRAGIA: SISTEMA INTRAUTERINO A RILASCIO DI LEVONORGESTREL VS TERAPIA MEDICA

La menorragia è un problema ginecologico comune, tuttavia l'evidenza sulla scelta della terapia è ancora limitata. In uno studio randomizzato, multicentrico, gli investigatori afferenti al *Gruppo dello Studio ECLIPSE* hanno comparato l'efficacia del sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel (LNG-IUS) con quella del trattamento medico usuale (acido tranexamico, acido mefenamico, combinazione estro-progestinica o progesterone da solo) in 571 donne con menorragia che si erano rivolte a medici di medicina generale (cure primarie). Esito primario dello studio era il punteggio, dato dalla paziente, alla scala Menorrhagia Multi-Attribute Scale (MMAS), che varia da 0 a 100, con il valore più basso corrispondente a una severità maggiore, valutato in un periodo di 2 anni. Esiti secondari includevano i punteggi generali di qualità di vita e attività sessuale e l'intervento chirurgico. I risultati indicano che i punteggi alla scala MMAS sono migliorati dal momento iniziale (basale) a 6 mesi dopo, sia nel gruppo trattato con LNG-IUS che in quello in terapia medica usuale (incremento medio, rispettivamente, di 32,7 e 21,4 punti; $p < 0,001$ per entrambe le comparazioni). I miglioramenti si sono mantenuti per 2 anni, ma erano significativamente maggiori nel gruppo trattato con LNG-IUS che in quello randomizzato alla terapia usuale (differenza media tra gruppi 13,4 punti; intervallo di confidenza 95%: 9,9 - 16,9; $p < 0,001$). In tutti i domini della scala MMAS (difficoltà pratiche, vita sociale, vita familiare, lavoro e routine quotidiana, benessere psicologico e salute fisica), i miglioramenti erano significativamente più evidenti nel gruppo randomizzato a LNG-IUS che in quello al trattamento medico usuale e questo valeva anche per 7 degli 8 domini relativi alla qualità di vita. Dopo 2 anni, un numero maggiore di donne utilizzava LNG-IUS rispetto a quelle in terapia medica usuale (64 vs 38%; $p < 0,001$). Non sono invece state osservate differenze significative tra i due gruppi nei tassi di intervento chirurgico o nei punteggi relativi all'attività sessuale e nemmeno differenze tra gruppi negli eventi avversi gravi. In conclusione,

nelle donne con menorragia che si erano rivolte al medico di medicina generale il sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel è risultato più efficace del trattamento medico usuale nel ridurre gli effetti dei flussi mestruali abbondanti sulla qualità di vita.

Per scaricare il testo integrale, clicca qui

Levonorgestrel Intrauterine System versus Medical Therapy for Menorrhagia. New England Journal of Medicine 2013 January 10;368(2):128

[INDICE](#)

SISTEMA INTRAUTERINO A RILASCIO DI LEVONORGESTREL NELLA TERAPIA DI PRIMA LINEA PER FLUSSI MESTRUALI ABBONDANTI

Flussi mestruali abbondanti (menorragia) interessano fino al 30% delle donne in età riproduttiva e influiscono negativamente sulla loro qualità di vita, con costi elevati per il sistema sanitario pubblico. Vari studi hanno esaminato efficacia e costo-efficacia di diverse terapie farmacologiche e chirurgiche, ma non è ancora stato individuato un approccio nettamente superiore per il trattamento delle mestruazioni abbondanti. La professoressa Eve Espey dell'*Università del New Mexico di Albuquerque* ha commentato, in un editoriale, i dati dell'articolo (riportato in questo numero di SIGOnews) pubblicato sul *New England Journal of Medicine* e relativi a uno studio multicentrico, randomizzato, controllato che ha mostrato la superiorità del sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel (LNG-IUS) sui consueti trattamenti farmacologici in termini di qualità di vita nelle donne che si erano rivolte al medico di medicina generale (cure primarie) per flussi mestruali abbondanti, misurati con scala MMAS (Menorrhagia Multi-Attribute Scale, che valuta gli effetti della menorragia sulla vita sociale, sulla routine lavorativa e sulla vita familiare). In sintesi, le donne assegnate al trattamento con LNG-IUS hanno ottenuto risposte migliori nelle misure della qualità di vita, rispetto alle terapie usuali, con una percentuale quasi doppia di pazienti che continuavano il trattamento dopo 2 anni (64 vs 38%) e con metà di quelle che utilizzavano terapie mediche che sceglievano di passare a LNG-IUS. Le terapie mediche usuali comprendevano anti-fibrinolitici (acido tranexamico), anti-infiammatori non steroidei (acido mefenamico), contraccettivi orali combinati, iniezioni deposito di medrossiprogesterone e combinazioni di altri metodi. Anche una meta-analisi di studi randomizzati, controllati, ha suggerito che tali trattamenti riducono la perdita ematica mestruale, ma sono meno efficaci di LNG-IUS; tuttavia, la maggior parte delle donne incluse nello studio (75%) ha assunto acido tranexamico o acido mefenamico o entrambi. I clinici statunitensi raramente prescrivono questi due tipi di farmaci e preferiscono i contraccettivi orali come prima linea di terapia. I pochi studi che hanno comparato questi ultimi con altri trattamenti per ridurre i flussi mestruali abbondanti hanno suggerito un effetto ridotto dei contraccettivi orali rispetto all'acido tranexamico. La valutazione dell'efficacia delle terapie per la menorragia è passata dalla determinazione quantitativa del sanguinamento all'osservazione degli esiti nella paziente e, specificamente, alle misure della qualità di vita. Identificare i trattamenti più efficaci è materia complessa per l'eterogeneità degli studi sia in termini di misura degli esiti che di definizione della patologia. Molti studi hanno utilizzato l'entità della perdita mestruale come misura primaria di 'outcome', tuttavia, metà delle donne che cercano cure per i flussi mestruali abbondanti perdono meno di 80 mL di sangue per ciclo mestruale, limite minimo per definire la menorragia. Inoltre, la soddisfazione del trattamento non sempre correla con una riduzione del sanguinamento: linee guida cliniche raccomandano l'uso di misure degli esiti nelle pazienti perché queste catturano gli effetti sul benessere psicologico e fisico delle donne. Studi comparativi hanno stabilito la superiorità di LNG-IUS sugli altri trattamenti per ridurre la perdita ematica nelle donne con menorragia. Lo studio ECLIPSE aggiunge forte evidenza dell'efficacia di LNG-IUS sulla qualità di vita rispetto ai trattamenti usuali e, anche se nessuna misura degli esiti nella paziente abbia raggiunto consenso universale, i parametri riportati in questo studio sono ampiamente utilizzati e forti dal punto di vista psicometrico. Lo studio aveva previsto un follow-up di 2 anni, ma le donne con menorragia richiedono trattamenti più lunghi, quindi gli autori hanno pianificato un follow-up di 5 - 10 anni sulla stessa coorte per valutare gli effetti a lungo termine di LNG-IUS sulla qualità di vita. Una revisione di studi su donne randomizzate alla terapia medica orale o chirurgica ha indicato che il 58% delle donne nel primo gruppo si è sottoposto a intervento chirurgico, ablazione dell'endometrio o isterectomia, entro 2 anni. Diversamente, solo il 10% delle donne in entrambe i gruppi dello studio esaminato nell'editoriale è stato sottoposto a chirurgia, anche se gli investigatori suggeriscono che l'esclusione delle donne con nota malattia uterina possa aver contribuito a ridurre il tasso di procedure chirurgiche. Un altro fattore importante in questo studio è che le donne hanno ricevuto le cure dal medico di medicina generale. In alcuni paesi, le donne con flussi mestruali abbondanti sono inviate a specialisti chirurgici (ostetrici-ginecologi) che posseggono conoscenze più specifiche e hanno maggiore propensione a consigliare l'inserimento di dispositivi intrauterini, ma al tempo stesso probabilità più alte di raccomandare trattamenti chirurgici. Sebbene gli autori non abbiano comparato i diversi approcci di somministrazione delle cure, le loro osservazioni suggeriscono che gli esiti centrati sulla paziente e il quoziente costo-efficacia possono migliorare se si enfatizza il ruolo del medico generico nella gestione della malattia e si assicura un 'training' adeguato per il 'counselling' e la distribuzione dei dispositivi intrauterini. Negli Stati Uniti, LNG-IUS è attualmente approvato per flussi mestruali abbondanti solo nelle donne che

lo scelgono come metodo contraccettivo: i dati quindi supportano l'ampliamento delle indicazioni alla menorragia in generale, che si usi o meno LNG-IUS come metodo contraccettivo.

Per scaricare il testo integrale, clicca qui

Levonorgestrel Intrauterine System - First-Line Therapy for Heavy Menstrual Bleeding. New England Journal of Medicine 2013 January 10;368(2):184

[INDICE](#)

REVISIONE SISTEMATICA DELLA METODOLOGIA UTILIZZATA IN STUDI ECOGRAFICI PER CREARE TABELLE DI CRESCITA FETALE

Tabelle ecografiche affidabili sono necessarie per la valutazione prenatale delle dimensioni fetali, ma tuttora esiste ampia variabilità delle metodologie utilizzate per la loro creazione. I ricercatori dell'*Università di Oxford (Regno Unito)* e colleghi statunitensi dello *Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development/National Institutes of Health/Department of Health and Human Services di Bethesda e Detroit* hanno valutato la qualità metodologica degli studi di biometria fetale, utilizzando un gruppo di criteri di qualità predefiniti sul disegno dello studio, sulle analisi statistiche e sui metodi di descrizione dei dati, attraverso una ricerca nei database di MEDLINE, EMBASE e CINAHL e dei riferimenti bibliografici contenuti negli articoli. Hanno quindi selezionato gli studi osservazionali il cui scopo primario era la creazione di tabelle di dimensioni ecografiche per il diametro biparietale, la circonferenza cranica, la circonferenza addominale e la lunghezza del femore in feti di gravidanze singole. Agli studi sono stati conferiti punteggi, rispetto a un gruppo predefinito di criteri metodologici indipendentemente concordati, riassunti poi in un punteggio globale di qualità per ogni singolo studio. È stata condotta un'analisi di regressione multipla tra punteggi di qualità e caratteristiche dello studio. Nei criteri di eleggibilità sono rientrati 83 studi. Il più alto potenziale di bias è stato osservato nei seguenti campi: 'criteri di inclusione/esclusione', perché nessuno studio definiva un gruppo rigoroso di condizioni prenatali o fetali per l'esclusione dall'analisi; 'misure di controllo ecografico di qualità', perché nessuno studio ha dimostrato una strategia esauriente di assicurazione della qualità; 'calcolo delle dimensioni del campione', disponibile solo in 6 studi. In analisi di regressione multipla, è stata rilevata una correlazione positiva tra punteggi di qualità e anno di pubblicazione: la qualità è migliorata negli studi più recenti, ma un'alta eterogeneità della metodologia è ancora oggi osservata. In conclusione, esiste ancora ampia eterogeneità metodologica negli studi di biometria fetale. È quindi necessaria una standardizzazione delle metodologie per ottenere corrette interpretazioni e comparazioni tra le diverse tabelle. Gli autori suggeriscono la formulazione di una lista delle metodologie raccomandate.

Per scaricare il testo integrale, clicca qui

Systematic review of methodology used in ultrasound studies aimed at creating charts of fetal size. British Journal of Obstetrics & Gynecology 2012;119:1425

[INDICE](#)

RELAZIONE TRA INDICE DI MASSA CORPOREA E QUALITÀ DI VITA IN DONNE SOPRAVVIVENTI AL CANCRO DELL'ENDOMETRIO

Per valutare l'associazione tra indice di massa corporea (BMI) e qualità di vita correlata alla salute (HRQoL) e l'importanza relativa del BMI nello spiegare le variazioni della QoL nel tumore endometriale in stadio I o II, indipendentemente dalle comorbilità e dalle caratteristiche socio-demografiche e cliniche, i ricercatori del *Comprehensive Cancer Center South, Eindhoven Cancer Registry*, hanno condotto nel 2008 uno studio di popolazione, 'cross-sectional', dal registro PROFILES (Patient Reported Outcomes Following Initial treatment and Long term Evaluation of Survivorship) in donne sopravvissute che avevano ricevuto diagnosi di cancro dell'endometrio tra il 1999 e il 2007 e iscritte nel Registro dei Tumori di Eindhoven. I questionari su HRQoL (SF-36), HRQoL specifico per il cancro endometriale (EORTC-QLQ-EN24), comorbilità (SCQ) e fatigue (FAS) sono stati completati da 666 sopravvissute al cancro dell'endometrio. Analisi di regressione multivariata sono state usate per determinare le associazioni della HRQoL con BMI, calcolato al momento della compilazione del questionario, e per valutare la percentuale di varianza degli esiti di HRQoL spiegati dal BMI (R^2 , controllato per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche e le comorbilità). Sul totale delle donne che avevano compilato i questionari, 432 (67,6%) erano definite pre-obese (BMI = 25 - 30) od obese (BMI > 30). Un aumentato BMI è stato associato a: ridotta funzionalità fisica, ridotta vitalità, più sintomi legati al linfedema, ridotti problemi sessuali/vaginali, minore alterazione del gusto e più sintomi legati a fatigue. Il BMI ha spiegato significativamente la varianza osservata nella funzionalità fisica (4,3%), limitazioni fisiche della vita quotidiana (ruolo fisico; 0,7%), dolore fisico (1,5%), vitalità (1,6%), limitazioni emotive della vita quotidiana (ruolo emotivo; 0,9%), sintomi di linfedema (5,2%), problemi sessuali/vaginali (3,2%), problemi urologici (0,7%) e fatigue (1,4%). In conclusione, esisterebbe una correlazione tra BMI e i diversi esiti della HRQoL. È, quindi, necessario considerare il BMI negli studi della HRQoL. Secondo gli autori, la ricerca futura dovrà valutare se gli interventi volti a diminuire il BMI nelle sopravvissute obese, dal cancro dell'endometrio, possano migliorare la HRQoL.

The relationship of Body Mass Index with quality of life among endometrial cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. Gynecological Oncology 2013 Jan 4 [Epub ahead of print]

[INDICE](#)

SURICO: "ADESSO SI TAGLINO I PICCOLI PUNTI NASCITA"

A questo [link](#) puoi scaricare l'intervento del prof. Nicola Surico pubblicato su Il Sole 24 ore Sanità del 15 gennaio scorso.



I GINECOLOGI SIGO

«Adesso si taglino i piccoli punti nascita»

DI NICOLA SURICO *

Il Ssn è stato una grande conquista degli anni 70, che va difesa e salvaguardata come ha recentemente ricordato il presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**. Purtroppo negli ultimi anni nella Sanità pubblica e privata abbiamo assistito a un sempre maggiore numero di episodi di grave inefficienza, corruzione, sprechi e clientelismo. La dimostrazione più palese è l'aumento del disavanzo totale in Sanità che nel 2011 ammonta a 1,7 miliardi di euro. La spesa sanitaria pubblica sostenuta lo scorso anno è stata di 112.889 miliardi, pari a un valore medio pro capite di 1.862 euro. L'incremento è stato dell'1,4% rispetto al 2010.

Di fronte a questi numeri e alla luce della disastrosa situazione economica finanziaria nazionale e internazionale è fondamentale ottimizzare e razionalizzare tutte le risorse a nostra disposizione. La sfida sarà riuscire a fornire alla cittadinanza servizi efficienti al minor costo possibile.

Uno dei principali problemi della nostra Sanità è l'eccessivo numero di ospedali di piccole e medie dimensioni. La Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) ha accolto con favore la decisione presa dal Governo Monti di effettuare una revisione della spesa sanitaria. Già nei mesi scorsi, come società scientifica, avevamo rivolto un appello alle istituzioni affinché portasse avanti con maggiore determinazione la riforma sui punti nascita. L'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 prevede la soppressione di tutti quei reparti materno-infantili che effettuano meno di 500 parti l'anno. Purtroppo dopo due anni dobbiamo constatare che gran parte di quelle decisioni è rimasta sulla carta.

Oggi in Italia quasi l'8% dei parti ha luogo in piccoli ospedali che accolgono meno di 500 parti annui, troppo pochi per poter garantire la sicurezza delle

nostre pazienti. Circa il 67% delle nascite avviene in strutture con almeno 1.000 parti annui. Dovremmo aumentare questa percentuale almeno fino al 90%. Le criticità sono evidenti: il parto per via chirurgica è spesso usato per compensare le carenze di punti nascita non adeguati. Il tasso dei cesarei nel nostro Paese, pari al 38%, è il più alto d'Europa ed è il chiaro segno di problemi organizzativi.

In base all'articolo 15, comma 13 del decreto sulla spending review i posti letto ospedalieri italiani diminuiranno di almeno 7.389 unità. Ridurre il numero di letti non significa fornire meno servizi alla collettività. Per la ginecologia, tagli di spesa mirati e la chiusura di piccoli e inefficienti reparti aumenterebbero la sicurezza delle madri e dei nascituri, ci sarebbe un notevole risparmio della spesa pubblica e si aprirebbero nuove possibilità di impiego per i ginecologi nelle strutture più grandi, dove aumenterebbe il numero delle nascite. Solo così le donne in Italia potranno partorire in reparti sicuri in cui lavora personale esperto e competente. Non solo, l'accorpamento degli organici potrebbe rappresentare una soluzione al problema della cronica carenza di specialisti in ginecologia.

Non è quindi una questione di accanimento contro i piccoli presidi dei tanti paesini che popolano l'Italia. Si tratta di mettere in moto un circolo virtuoso che assumerebbe un grande valore considerando il delicato momento di crisi

che stiamo vivendo. Per fare un esempio, nella Regione dove lavoro da tanti anni, il Piemonte, saranno circa 800 i posti letto eliminati. La riprogrammazione complessiva è la conseguenza della riduzione degli standard da 3,82 a 3,7 dei posti letto per 1.000 abitanti. Si tratta di un buon punto di partenza per la riorganizzazione di un sistema sanitario regionale che nei mesi scorsi cominciamo a vedere. Per fare un esempio, nella Regione dove lavoro da tanti anni, il Piemonte, saranno circa 800 i posti letto eliminati. La riprogrammazione complessiva è la conseguenza della riduzione degli standard da 3,82 a 3,7 dei posti letto per 1.000 abitanti. Si tratta di un buon punto di partenza per la riorganizzazione di un sistema sanitario regionale che nei mesi scorsi cominciamo a vedere.



va il serio rischio di essere commissariato.

Non va però dimenticato come al nostro Ssn destiniamo una quota di risorse inferiore rispetto a quelle di altri Paesi. Secondo i dati più recenti la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta solo dell'1,6% l'anno, a fronte del 4% osservato nel complesso degli Stati Ocse. In Italia sono presenti strutture sanitarie d'avanguardia riconosciute in tutto il mondo per la qualità dell'assistenza

fornita e per l'ottimo livello di ricerca svolta. È quindi necessario che le istituzioni continuiamo a investire in queste eccellenze invece che disperdere risorse in piccoli ospedali. Bisogna infine mettere in atto un processo di informazione alle donne gravide in modo che si rendano conto che non è una penalizzazione non avere l'ospedale sotto casa, perché percorrere 30 km per scegliere il punto nascita più sicuro è un elemento di maggiore garanzia.

Un altro capitolo importante riguarda le donne straniere che partoriscono nelle nostre strutture sanitarie. Secondo l'ultimo censimento Istat, in Italia risiedono 59.433.744 persone, circa 15mila in meno rispetto all'anno precedente. La riduzione dei concepimenti è da attribuire soprattutto alla diminuzione dei nati da genitori italiani e di quelli da coppie miste. I bambini messi al mondo da coppie straniere sono aumentati, anche se in misura più contenuta rispetto agli anni precedenti, e ammontano a 79mila (il 14,5% del totale). Se a questi si sommano anche i figli di coppie miste si ottengono 106mila nati da almeno un genitore straniero (il 19,4% del totale delle nascite). Le immigrate in Italia sono generalmente giovani in gran parte in buona salute, ma all'arrivo nel nostro Paese il loro stato può peggiorare in considerazione di condizioni socio-economiche svantaggiate, a causa dello sradicamento culturale e di uno scarso livello di integrazione e di accesso ai

servizi socio-sanitari. Sono quindi persone particolarmente vulnerabili e un dato su tutti lo dimostra: le straniere sono responsabili di un terzo delle interruzioni volontarie di gravidanza effettuate nel nostro Paese. La Sigo è consapevole dell'importanza di farsi carico di questa emergenza e ha attivato, da anni, politiche volte a migliorare l'accesso ai servizi e a facilitare una pianificazione familiare consapevole.

Per contrastare il ricorso all'aborto e assicurare la migliore assistenza alle pazienti di origine straniera è indispensabile riorganizzare i servizi e garantire nei reparti di ginecologia la presenza di professionisti adeguatamente formati e di mediatori culturali. Riteniamo però fondamentale anche coinvolgere le seconde generazioni di stranieri. Un figlio può essere un ottimo "mediatore culturale" nei confronti dei propri genitori. I minorenni stranieri nati nel nostro Paese sono oltre 500.000. Come ha sottolineato Napolitano nel suo discorso di fine anno, si tratta di cittadini italiani a tutti gli effetti. Le problematiche di accesso ai servizi socio-sanitari sono dovute in gran parte alla carenza d'informazioni e di collegamenti con le strutture sanitarie, alle difficoltà di rapporto con gli operatori, a ostacoli burocratici, alla mancanza di comunicazione tra il Ssn e le associazioni di volontariato, alla carenza di personale. Tutto ciò porta a una non corretta comunicazione medico-paziente. Per questo è fondamentale utilizzare vari approcci: nei nostri ambulatori, nella formazione dei ginecologi di domani, in collaborazione con le istituzioni, con un'informazione diffusa sui media (Internet e la tv in primo luogo). La Sigo ha scelto di puntare sui nuovi italiani: è questa la via più efficace da seguire.

* Presidente Sigo
© INFODIAGNOSTICA

INDICE

PROCLAMATO IL PRIMO SCIOPERO NAZIONALE DI GINECOLOGI E OSTETRICI

Il prossimo 12 febbraio i ginecologi ed ostetrici italiani si asterranno dal lavoro. Saranno bloccati i parti programmati (fatte salve le emergenze), gli esami e le visite, negli ospedali pubblici e privati. Si tratta del primo sciopero nazionale indetto dalla categoria. Alla protesta parteciperanno, oltre alla SIGO l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI), Associazione ginecologi universitari (AGUI), Federazione sindacale medici dirigenti (FESMED), Associazione ginecologi territoriali (AGITE), Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica e metodologie biofisiche (SIEOG) e Associazione italiana di ostetricia (AIO). Tre sono i principali motivi della protesta: i recenti tagli al sistema sanitario nazionale, la mancata attuazione della riforma dei punti nascita del 2010 e l'insostenibile crescita del contenzioso medico-legale. "Questa nostra scelta può apparire estrema - ha affermato il Presidente SIGO Nicola Surico -, ma nasce dall'urgente esigenza di far conoscere all'opinione pubblica la disastrosa situazione nella quale i ginecologi si trovano ad operare quotidianamente. Le ultime manovre finanziarie stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria anche in settori chiave come quello del percorso nascita. Secondo noi le forze politiche devono inserire il tema del contenzioso medico-legale nei programmi di governo e prevedere l'obbligatorietà della polizza assicurativa, da parte delle aziende sanitarie, ed un tetto ai risarcimenti come avviene in altri Stati. Infine - ha concluso Surico - un'altra nostra richiesta è un forte impegno affinché sia immediatamente applicata la riforma dei punti nascita. Dopo due anni dobbiamo constatare che gran parte di quella riforma è rimasta solo sulla carta. Risanare il sistema sanitario nazionale è possibile, manca "solo" la volontà politica di farlo".

INDICE

SIGO: “NOI GINECOLOGI DA ANNI DENUNCIAMO I TROPPI PARTI CESAREI. IL FENOMENO SI CONTRASTA APPLICANDO LA RIFORMA PUNTI NASCITA 2010”

In Italia troppi neonati vengono al mondo tramite parto cesareo. Per contrastare questo fenomeno è fondamentale applicare la riforma dei punti nascita del 2010, che prevede la riorganizzazione su tutto il territorio nazionale dei reparti materno-infantili”. E’ questo il monito lanciato dal Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) Nicola Surico dopo la pubblicazione della ricerca dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Secondo l’ente del Ministero della Salute in Italia il 43% dei parti cesarei sarebbero “ingiustificati” e provocherebbero uno spreco di 85 milioni di euro. “Noi ginecologi non vogliamo essere accusati di truffare il sistema sanitario nazionale - sottolinea con forza Surico -. La SIGO da anni denuncia l’eccessivo ricorso alla via chirurgica nei reparti materno-infantili. Bisogna partire dal dato oggettivo che la maggior parte dei cesarei inappropriati non è legata alla professionalità del singolo operatore ma a questioni di sistema oltre che organizzative dei reparti e alle modalità dei rimborsi. Molte criticità avvengo in strutture sanitarie private accreditate. Chiediamo quindi che la revisione delle tariffe Drg venga applicata a livello nazionale sia nel settore pubblico che privato. Questo provvedimento potrebbe ottenere risultati significativi sul contenimento delle nascite per via chirurgica. In sintesi bisogna riorganizzare l’intero sistema. Per questo chiediamo alle forze politiche, che vinceranno le prossime elezioni, di applicare immediatamente la riforma dei punti nascita del 2010 che prevedeva la chiusura di tutti i reparti che svolgono meno di 500 parti l’anno. Dopo due anni dobbiamo constatare con grande rammarico che gran parte di quei provvedimenti sono rimasti solo sulla carta”. L’indagine dell’AGENAS è stata resa nota venerdì scorso prima di un incontro tra il Ministro della Salute Renato Balduzzi e i rappresentanti dei ginecologi ed ostetrici. L’obiettivo del meeting era discutere dello sciopero del 12 febbraio, indetto dalle associazioni che rappresentano la neonatologia italiana. Tra le ragioni che hanno indotto i camici bianchi a sospendere il lavoro c’è anche la questione del contenzioso medico legale. “In Italia sprechiamo ogni anno 12-14 miliardi di euro per esami e terapie inutili che sanitario prescrive solo per il timore di una denuncia o causa legale - ricorda il Presidente SIGO -. E’ la così detta “medicina difensiva” che è all’origine anche dell’oltre 30% dei tagli cesari effettuati ogni anno. E’ necessario prevedere l’obbligatorietà della polizza assicurativa, da parte delle aziende sanitarie, ed un tetto ai risarcimenti. Per la realizzazione di questo provvedimento sarà necessario coinvolgere, oltre che al ministero della salute, anche il dicastero della giustizia in quanto le leggi italiane sono diverse da quelle negli Stati Uniti e quindi non è facile attuare questa decisione”. “L’incontro con il Ministro è stato teso ma produttivo - aggiunge Surico -. Ciò nonostante noi ginecologi incroceremo lo stesso le braccia per protestare contro la disastrosa situazione nella quale dobbiamo operare quotidianamente. Abbiamo deciso di proseguire nella nostra protesta non per difendere interessi particolari o di casta. Sciopereremo, anche e soprattutto, perché sia garantita la totale sicurezza alle migliaia di madri che ogni giorno partoriscono nel nostro Paese”.

[INDICE](#)

I GINECOLOGI INCONTRANO IL MINISTRO BALDUZZI, SCIOPERO CONFERMATO

Due giorni dopo la proclamazione dello sciopero dei ginecologi ed ostetrici, il Ministro della Salute Renato Balduzzi ha voluto incontrare i rappresentanti della categoria. Nonostante questo incontro lo sciopero del 12 febbraio è stata confermato. “Il meeting con il Ministro - ha affermato il Presidente SIGO Nicola Surico - è andato bene nel senso che il prof. Balduzzi ha recepito le nostre richieste, ma manteniamo la posizione di protesta. Il ministro - ha poi aggiunto Surico - ha detto che ci convocherà a breve per definire delle modifiche da apportare in un decreto che sta preparando”. Prima dell’incontro Balduzzi si era detto “disponibile ad ascoltare molto attentamente il mondo dei ginecologi e delle ostetriche, a sentire tutte le proposte volte a migliorare il quadro normativo. Tutte le decisioni su come rendere più sereno il lavoro sono presenti nel Decretone Sanità convertito in legge”.

[INDICE](#)

News di politica sanitaria

AGGIORNAMENTO DELL’EMA SU CONTRACCETTIVI COMBINATI

“Le donne non hanno motivo di smettere di prendere i contraccettivi combinati, poiché non vi sono elementi che suggeriscono una modifica del profilo di sicurezza di questi farmaci”. E’ quanto afferma una [nota ufficiale](#) dell’EMA. L’Agenzia Europea per i Medicinali ha così risposto alle recenti polemiche esplose in Francia circa l’uso della contraccettazione orale e il rischio di tromboembolismo venoso. Nelle scorse settimane il Governo transalpino aveva annunciato l’intenzione di voler limitare il consumo delle pillole contraccettive di terza e quarta generazione e aveva chiesto all’Europa di fare altrettanto. “L’EMA non ha ricevuto nessuna nuova prova da parte degli Stati membri - afferma l’Agenzia -. Ogni nuova informazione sarà prontamente comunicata”.

[INDICE](#)

MINISTERO DELLA SALUTE: IL 43% DEI PARTI CESAREI SONO INUTILI

Nel nostro Paese il 29,3 % dei parti avviene tramite cesareo. Il 43% di questi è inutile. E' quanto emerge da un controllo a campione su 1.117 cartelle cliniche del 2010 distribuite in 78 strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. La ricerca è stata attivata dal Ministero della Salute in seguito a una segnalazione dell' AGENAS sulle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera con procedura di parto cesareo per quanto riguarda le diagnosi di "posizione e presentazione anomala del feto". In particolare, tale condizione era in alcune strutture molto rappresentata, raggiungendo spesso valori superiori al 20% e in alcuni casi addirittura superiori al 50%. "Questi risultati, che sono molto preoccupanti - ha affermato il Ministro della Salute Renato Balduzzi -, ci inducono a intervenire ulteriormente sulla questione dei parti cesarei. Questa indagine è una conferma positiva del buon funzionamento del SSN, per quanto riguarda gli strumenti disponibili per intervenire, ma anche un campanello di allarme perché nonostante le linee guida esistenti per fare bene le cose abbiamo questi risultati. L'inappropriatezza del parto cesareo - ha rilevato il Ministro - è qualcosa che va a incidere pesantemente sulla salute della donna quindi è evidente che bisogna intervenire".

[INDICE](#)

BALDUZZI: IN RIFORMA PIÙ TRASPARENZA SU NOMINE IN SANITÀ

"Nella riforma abbiamo messo più trasparenza per quanto riguarda le nomine dei direttori generali che sono nomine fiduciarie". E' quanto ha affermato il Ministro della Salute Renato Balduzzi rispondendo alle domande dei giornalisti a margine di un incontro che si è svolto in Sicilia. "Il direttore generale - ha proseguito Balduzzi - ha un compito importante perché risponde alla Regione, e la Regione risponde ai cittadini. Però nomina fiduciaria non vuol dire arbitrarità o mancanza di trasparenza. Noi abbiamo messo delle norme per la scelta dei primari, norme che dovrebbero evitare, semmai ci possa essere questa tentazione, di scegliere sulla base di criteri che non siano quelli del merito e della attitudine rispetto a quel certo incarico".

[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.

APPELLO DEL COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGHI A ISTITUZIONI E CITTADINI

A [questo link](#) puoi scaricare la lettera del presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC) prof. Marco d'Improrano. La missiva vuole, in occasione della prossima scadenza elettorale, portare all'attenzione delle Istituzioni e dei cittadini, la crisi profonda della sanità e della chirurgia italiana.

[INDICE](#)

PROVVEDIMENTO ASSOBIOMEDICA PER EVENTI 2013

A [questo link](#) puoi scaricare la lettera del dottor Matteo Piovella Presidente Società Oftalmologica Italiana riguardante la decisione assembleare di Assobiomedica su sponsorizzazioni eventi ecm per l'anno 2013.

[INDICE](#)

I CHIRURGHI: MACELLAI E RAZZA CIALTRONA? DELEGITTIMAZIONE E VILIPENDIO DI UN PATRIMONIO SOCIALE

"Ogni atto chirurgico può avere delle complicità incompressibili ed ineludibili. L'errore è, quasi sempre, non del singolo operatore, ma il frutto di una catena di eventi. La cultura della colpa e non dell'errore ha peggiorato, perversamente, questa situazione". E' quanto sostiene il prof. Pietro Forestieri nella sua ultima pubblicazione: *I chirurghi: macellai e razza cialtrona? Delegittimazione e vilipendio di un patrimonio sociale*. Pietro Forestieri è Past President del Collegio Italiano dei Chirurghi, consulente del Consiglio Superiore di Sanità e della Commissione Parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario.



[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 line 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](#)

PRESENTAZIONE DELLA QUINTA EDIZIONE DEL MASTER IN HEALTHCARE & PHARMACEUTICAL ADMINISTRATION (EMPHA)

Egregio dottore, gentile dottoressa,
augurandoci di farle cosa gradita, siamo lieti di presentarle la *IV edizione dell'Executive Master in Healthcare and Pharmaceutical Administration (EMPHA)*, organizzato da LUISS Business School - Divisione dell'Università LUISS Guido Carli.

EMPHA è un Master di alta formazione che mira a fornire le competenze, le conoscenze e gli strumenti manageriali necessari per un'efficace gestione delle organizzazioni pubbliche e private che operano nella filiera della salute. In particolar modo si rivolge a tutti coloro che, impegnati nello svolgimento della propria attività, clinica o manageriale, in istituzioni, organizzazioni sanitarie pubbliche e private, società di consulenza, aziende farmaceutiche e biomedicali, farmacie, intendano migliorare la propria performance e quella dell'organizzazione in cui sono inseriti. Il Master, iniziato il 29 novembre scorso, ha una durata complessiva di 12 mesi e si propone di conciliare formazione personale e continuità dell'impegno professionale attraverso una **formula week-end** che prevede l'alternarsi di lezioni in aula e online.

La collaborazione della SIGO con EMPHA, consente ai soci SIGO, anche per quest'anno, la riduzione del 20% sulle quote di iscrizione al Master che aumenta al 33% nel caso di due o più iscrizioni e ad accogliere esperti per eventuali testimonianze, finalizzate al trasferimento di esperienze e best practice, durante le lezioni d'aula.

Per maggiori informazioni sul Master può contattare i recapiti che trova in calce o consultare il sito web www.mba.luiss.it/empha.

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

Prof. Franco Fontana
Direttore LUISS Business School

Cristina Gasparri
Responsabile Area PA e Sanità
LUISS Business School

Contatti Master EMPHA:

LUISS Business School
Via Alberoni, 7
00198 Roma
Email: empha@luiss.it
Office: +39 06 85 222 394/303

[INDICE](#)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE INFEZIONI A TRASMISSIONE VERTICALE DA STREPTOCOCCO DI GRUPPO B (SGB)

Cari colleghi,
vi allego il questionario sull'infezione da Streptococco gruppo G predisposto dalle Società di Neonatologia (SIN) e dall'AMCLI (Associazione Microbiologi Clinici Italiani), inviatici dal Dott. Mauro Stronati, Direttore Dipartimento Materno Infantile, Direttore S. C. di Neonatologia, Patologia Neonatale, Terapia Intensiva, Direttore S. C. di Pediatria Ospedaliera della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.
Il questionario è stato preparato in tre versioni (per i laboratoristi, per i neonatologi e per gli ostetrici) e a noi è richiesto di completare la parte relativa alla gestione della gravidanza/parto.

La compilazione richiede pochi minuti e andrà poi inviato a SGBginecologia@gmail.com.
Per scaricare il questionario, [clicca qui](#).

Grazie per la collaborazione.

Nicola Surico
Presidente SIGO



[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.

MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO PER MEDICI E GINECOLOGI

E' attivato presso l'Università degli Studi di Torino per l'anno accademico 2012-13 il Master *Universitario di II livello rivolto a Medici e Ginecologi dal titolo "MEDICINA MATERNO FETALE"*. Il corso si propone di trasmettere le più recenti tecniche della medicina e della biologia consentendo di esercitare in maniera autonoma, con originalità,

creatività e rigore metodologico, l'attività clinica e di ricerca. Il Master è diretto a soddisfare la diffusa richiesta di approfondimento culturale, nonché le esigenze di aggiornamento e qualificazione professionale degli operatori del settore. Oggigiorno il professionista ha bisogno di una formazione continua che permetta di raggiungere un elevato grado di specializzazione, così come gli viene quotidianamente richiesto dagli stessi utenti-clienti-pazienti con i quali interagisce e dalle strutture pubbliche e/o private nelle quali esercita. I limiti delle varie metodiche e la gestione delle possibili complicanze saranno oggetto di discussione interdisciplinare. Il Master è articolato in 60 CFU (1.500 ore) comprendenti lezioni, tirocinio, seminari, studio e tesi finale. Sono previste 5 settimane di lezioni teoriche e presentazione di casi clinici, seguite da esercitazioni pratiche nella quale i partecipanti frequentano il Centro di Ecografia con rapporto 1 docente/1 discente ed eventualmente i reparti specialistici pediatrici (chirurgia, neurochirurgia, cardiocirurgia, urologia).

Per informazioni: dottoressa Sabina Rollo tel. 011.3134403/1572, fax 011.6964022, e-mail: sabina.rollo@unito.it

Sito web: <http://www.ddgo.unito.it>

Per scaricare il master, [clicca qui](#).

[INDICE](#)

MASTER DI II LIVELLO IN MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E TECNICHE DI FECONDAZIONE IN VITRO

E' istituita per l'anno accademico 2012-13 la seconda edizione del *Master di II livello in Medicina della Riproduzione Umana e Tecniche di Fecondazione in Vitro*. Il Master si propone come un'occasione formativa rivolta a tutti coloro che intendano acquisire competenze nell'ambito della Medicina della Riproduzione Umana. Inoltre fornisce attraverso il percorso formativo le conoscenze e le tecniche fondamentali per condurre autonomamente le tecniche per la procreazione assistita. L'obiettivo del Master è quello di diffondere le conoscenze tecnologicamente all'avanguardia della Procreazione Medicalmente Assistita, attraverso la condivisione di un approccio multidisciplinare che valorizzi la componente professionale nella procedura analitica e che al contempo si avvalga delle recenti acquisizioni nell'ambito delle scienze mediche e biotecnologiche. Sono ammessi laureati in medicina e chirurgia, biologia, biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche e lauree triennali delle professioni sanitarie tecniche assistenziali.

Per scaricare il master, [clicca qui](#).

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

[INDICE](#)

OFFERTE DI IMPIEGO

- Studio ginecologico in Lugano cerca una specialista in Ginecologia e Ostetricia per collaborazione. Per candidature attendiamo con interesse un vostro dossier al seguente indirizzo: Umax Savia Torricelli 316900 Lugano.
- Bionac Instituto de Biotecnologia Aplicada, Sevilla (Spagna), ricerca ginecologi e ostetrici anche senza formazione. Tutti gli interessati potranno inviare la propria candidatura al seguente indirizzo: rrhh@bionac.eu.

[INDICE](#)



CORSI E CONGRESSI 2013

Nazionali

MASTER IN HOSPITAL RISK MANAGEMENT

Milano, 1 febbraio - 28 giugno 2013

Segreteria organizzativa: info@cineas.it

[Programma](#)

MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN MEDICINA MATERNO FETALE

Torino, 4 febbraio - 4 novembre 2013

[Programma](#)

GENDER AND SCIENCE

Roma, 14 - 16 febbraio 2013

Segreteria organizzativa: milan@fondazione-menarini.it

[Programma](#)

MASTER DI II LIVELLO IN MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E TECNICHE DI FECONDAZIONE IN VITRO

Torino, 25 febbraio 2013

Segreteria organizzativa: sabina.rollo@unito.it

[Programma](#)

LA SALUTE DELLA DONNA, TRA EVIDENZE SCIENTIFICHE E NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE

Capri, 9 – 11 maggio 2013

Segreteria organizzativa: info@euromedicalservice.it.

[Programma](#)

COME RIORGANIZZARE IL PERCORSO NASCITA PER UNA GESTIONE SICURA E APPROPRIATA DELL'EVENTO PARTO E DELL'EMERGENZA

29 Maggio 2013, Milano

Segreteria organizzativa: iscrizioni@iir-italy.it

[Programma](#)

Internazionali

FETAL MEDICINE COURSE ON PLACENTAL DISEASE: INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION AND PREECLAMPSIA UPDATE IN CLINICAL MANAGEMENT

Barcellona (Spagna), 21 - 22 marzo 2013

[Sito web](#)

FETAL MEDICINE COURSE ON PLACENTAL DISEASE: INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION AND PREECLAMPSIA UPDATE IN CLINICAL MANAGEMENT

Barcellona (Spagna), 18 - 19 aprile 2013

[Programma](#)

RCOG WORLD CONGRESS 2013

Liverpool (UK), 24 - 26 giugno 2013

Segreteria organizzativa: info@rcog2013.com

[Programma](#)

[INDICE](#)

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