



**SIGO** news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO II - numero 105 - 5 luglio 2011

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

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

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

## INDICE

### Comunicazioni del Presidente

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

### News dalla ricerca

4. EFFETTI DELLO SCREENING SULLA MORTALITÀ PER IL CANCRO OVARICO
5. CONTRACCETTIVO ORALE IN REGIME 24+4 EFFICACE CONTRO IL DISTURBO DISFORICO PREMESTRUALE (PMDD)
6. POSSIBILI FATTORI PRECOCI DI RISCHIO DI DIABETE IN SEGUITO A DIABETE GESTAZIONALE
7. SCREENING UNIVERSALE PER LUNGHEZZA DELLA CERVICE E PROGESTERONE VAGINALE PREVENGONO PARTI PRETERMINE, RIDUCONO MORBILITÀ NEONATALE E COSTANO MENO

### News dalla professione

8. SONDAGGIO SIGO: SOLO IL 12% DEI GIOVANI MATURANDI SI PROTEGGE IN MODO ADEGUATO
9. PMA: 10.819 NASCITE NEL 2009, IN AUTUNNO NUOVE LINEE GUIDA
10. "DALLA PARTE DEL PAZIENTE", ARRIVA LA GUIDA DEL GARANTE DELLA PRIVACY

### News di politica sanitaria

11. MOZIONE BIPARTISAN PER FERMARE LA DISTRIBUZIONE DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO
12. INDAGINE COMMISSIONE SENATO: 240 MINUTI D'ATTESA IN PRONTO SOCCORSO
13. MANOVRA ECONOMICA: DAL 2012 TICKET SU PRONTO SOCCORSO E VISITE SPECIALISTICHE
14. CORTE EUROPEA DI STRASBURGO ACCOGLIE IL RICORSO CONTRO LA LEGGE 40

### SIGO informa

15. PROGETTO TUMORE DELL'OVAIO

### Segnalato a SIGO

16. CONVEGNO PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE
17. PROGETTO SIGO-UNICEF PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ MATERNA IN SIERRA LEONE
18. FIGO 2012, ROMA: ON LINE IL SITO [www.figo2012.org](http://www.figo2012.org)
19. IN MEMORIA DEL PROF. FRANCESCO DI RE

### CORSI E CONGRESSI 2011

## Comunicazioni del Presidente

### ITALIAN JOURNAL OF GYNÆCOLOGY AND OBSTETRICS

Cari Soci,

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

Nicola Surico

Presidente SIGO



[INDICE](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**IBAN: IT88W0628003200000003032386 - BIC CRRIT22**

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

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

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

- a. la possibilità di utilizzo del logo SIGO sul materiale informativo dell'evento;
- b. l'inserimento della manifestazione scientifica nella Newsletter SIGO;
- c. la "visibilità" dell'evento sul sito SIGO, alla voce CONGRESSI/EVENTI, con relativo link di collegamento al sito segnalato;
- d. la possibilità di pubblicazione sull'*Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics* di uno o più lavori relativi all'evento, tra tre proposti dagli organizzatori.

La scelta sarà effettuata a cura del Comitato Editoriale dell'*Italian Journal* e i lavori diverranno proprietà della rivista previo consenso del/degli autore/i.

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

Il Presidente  
Prof. Nicola Surico



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

[INDICE](#)

## ADESIONI ALLA SIGO

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

*Prof. Nicola Surico*  
*Presidente SIGO*

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

### **S.I.G.O.**

Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Via dei Soldati, 25

Tel: 06.6875119

Tel/Fax: 06.6868142

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

[INDICE](#)

## News dalla ricerca

### EFFETTI DELLO SCREENING SULLA MORTALITÀ PER IL CANCRO OVARICO

Scopo dei ricercatori dello Huntsman Cancer Institute, e dell'Università di Utah Health Sciences Center di Salt Lake City era verificare gli effetti dell'esame transvaginale ultrasonico e del test del sangue con marker tumorale 125 (CA-125) sulla mortalità in donne con tumore all'ovaio. Il trial ha preso in esame circa 80.000 donne tra i 55 e i 74 anni, sottoposte a un intervento con screening annuali oppure a normali cure in 10 centri negli Stati Uniti, tra novembre 1993 e luglio 2001. Il primo gruppo è stato sottoposto a screening annuale transvaginale ultrasonico per 4 anni consecutivi e a screening annuale con CA-125 per 6 anni. All'altra metà non è stato offerto alcuno screening ma l'assistenza ordinaria. Le partecipanti sono state seguite per un massimo di 13 anni fino a febbraio 2010. Il cancro ovarico è stato diagnosticato a 212 donne nel gruppo con screening e a 176 nel secondo gruppo (rate ratio [RR], 1.21; 95% intervallo di confidenza [CI], 0.99-1.48). Nel primo gruppo si sono verificate 118 morti per neoplasia ovarica, 100 nel secondo gruppo (RR mortalità, 1.18; 95% CI, 0.82-1.71). Delle 3.285 donne con risultati falsi-positivi, 1080 sono state sottoposte a follow-up chirurgico e di queste 163 hanno riportato almeno una complicazione (15%).

Outcome secondari includevano l'incidenza del cancro ovarico e complicazioni associate a screening e procedure diagnostiche. In conclusione, non si è osservata alcuna riduzione di mortalità per tumore ovarico fra le donne sottoposte a screening simultaneo transvaginale ultrasonico e con CA-125 rispetto a quelle del gruppo di controllo, cui non era stato offerto alcuno screening. Le valutazioni diagnostiche basate sui risultati di test falso-positivi sono inoltre risultate associate a complicazioni.

*Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. JAMA 2011 Jun 8;305(22):2295*

[INDICE](#)

## CONTRACCETTIVO ORALE IN REGIME 24+4 EFFICACE CONTRO IL DISTURBO DISFORICO PREMESTRUALE (PMDD)

Questa sub-analisi di uno studio di Fase III, in doppio cieco, multicentrico condotto negli Stati Uniti ha dimostrato gli effetti di un contraccettivo orale combinato, che comprende etinil-estradiolo (EE) 20 µg / drospirenone 3 mg in regime 24+4, sui sintomi associati al disturbo disforico premenstruale (PMDD). 449 donne sono state divise in due gruppi e sottoposte a tre cicli di trattamento con EE 20 µg/drospirenone 3 mg in regime 24+4 o placebo. A tutte è stato chiesto di compilare il *Daily Record of Severity of Problems (DRSP) scale* e 10 dei 21 item previsti sono stati accorpatis per valutare tre cluster di sintomi: (a) emozionali; (b) alterazioni dell'appetito; (c) ritenzione idrica. Il cambiamento di valutazione basale in ogni ciclo di trattamento era confrontato tra i due gruppi utilizzando analisi ponderate di modelli di covarianza. I punteggi hanno indicato, per ogni gruppo, sintomi significativamente ridotti in entrambi i gruppi, EE 20 µg/drospirenone 3 mg 24+4 e placebo ( $p < .0001$  for all). I miglioramenti sintomi più significativi si sono verificati nel primo ciclo di trattamento e sono continuati durante il secondo e terzo. La media tra la differenza di trattamento era significativa in favore dell' EE 20 µg/drospirenone 3 mg in regime 24+4 per tutti i 3 cluster di sintomi nei tre i cicli di trattamento ( $p \leq .0001$  vs. placebo in cambiamento percentuale dalla valutazione basale). In conclusione, la pillola contraccettiva con Etinil-estradiol 20 µg / drospirenone 3 mg in regime 24+4 ha significativamente migliorato l'insieme di sintomi comunemente riconoscibili del PMDD, rispetto al placebo, durante tutti i tre i cicli di trattamento.

*Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with the combined oral contraceptive ethinylestradiol 20 mcg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen. Contraception 2011 Jul;84(1):81*

[INDICE](#)

## POSSIBILI FATTORI PRECOCI DI RISCHIO DI DIABETE IN SEGUITO A DIABETE GESTAZIONALE

Ricercatori dell'Università di Vienna e di Padova hanno esaminato un insieme di fattori di rischio, inclusi i parametri della sindrome metabolica, subito dopo il parto in donne con diabete mellito gestazionale (DMG), per verificare la possibilità di prevedere un futuro sviluppo del diabete. Donne con DMG tra i 3 e i 6 mesi successivi alla gravidanza, hanno ricevuto una caratterizzazione metabolica completa, ripetuta poi annualmente per 10 anni. Sono stati utilizzati parametri descrivevano caratteristici della sindrome metabolica insieme a variabili demografiche per prevedere lo sviluppo di diabete. Si è osservato che i disturbi metabolici e i trattamenti insulinici durante la gravidanza sono associati in modo significativo a diabete. La circonferenza addominale pari o superiore a 80 cm non si è invece dimostrata un parametro predittivo anche se risulta significativa quando valori pari o superiori a 88 cm vengono considerati come cutoff. Tra i fattori di rischio più significativi riscontrati vi è l' intolleranza al glucosio (hazard ratio 6.77, intervallo di confidenza [CI] 2.96 –15.45,  $P < .001$ ), il colesterolo (HDL) inferiore a 50 mg/dL (hazard ratio 2.88, CI 1.24–6.67,  $P = .010$ ) e l'età superiore ai 35 anni (hazard ratio 3.06, CI 1.32–7.12,  $P = .006$ ). Donne con almeno due fattori di rischio avevano maggiori probabilità di sviluppare la malattia rispetto a quelle che ne presentavano soltanto uno (hazard ratio 3.2, CI 1.4 –7.7,  $P = .008$ ). In conclusione, l'intolleranza al glucosio, il colesterolo HDL inferiore a 50 mg/dL, e l' età superiore a 35 anni sono stati riconosciuti come i maggiori indicatori di sviluppo di diabete dopo DMG.

*Early Possible Risk Factors for Overt Diabetes After Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol 2011 July;118 (1):71*

[INDICE](#)

## SCREENING UNIVERSALE PER LUNGHEZZA DELLA CERVICE E PROGESTERONE VAGINALE PREVENGONO PARTI PRETERMINE, RIDUCONO MORBILITÀ NEONATALE E COSTANO MENO

L'editoriale di Stuart Cambell *Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option* pubblicato sulla rivista *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* descrive come negli ultimi quarant'anni i pediatri abbiano largamente contribuito a migliorare i trattamenti neonatali con riduzione della morbilità e mortalità neonatale in particolare per quanto riguarda il peso ridotto dei nuovi nati. L'ultrasonografia prenatale ha anche contribuito maggiormente alla riduzione della disabilità infantile non solo attraverso la scoperta di anomalie fetali e interruzioni selettive di gravidanza ma anche maggiori previsioni e monitoraggi di IUGR (Intrauterine Growth Restriction). Il parto prematuro (Preterm birth, PTB) spontaneo, è sempre stato di gran lunga la principale causa, spesso ignorata, di morte neonatale, morbilità e danni a lungo termine o irreversibili dei bambini. Pochi credono che l'ultrasonografia possa contribuire alla prevenzione di una condizione complessa che compete con la pre-eclampsia. Tuttavia l'attuazione dell'accorciamento e del restringimento della cervice è la strada comune a molti se non alla maggior parte dei casi di PTB spontaneo. L'ultrasonografia adesso darà un maggiore contributo alla riduzione di questi problemi non curabili identificando gravidanze ad alto rischio di parto pretermine tramite la misurazione di routine della lunghezza della cervice tra la diciannovesima e la ventiquattresima settimana e somministrando progesterone a donne con cervice corta. L'importante studio di Hassan et al. (*Ultrasound Obstet Gynecol 2011;38:18*) fornisce prove schiaccianti dell'efficacia di questi regimi in termini di riduzione dell'incidenza di parto pretermine e sottolinea

per la prima volta il miglioramento di indici neonatali di morbilità come la sindrome respiratoria acuta. Si spera che questo studio insieme ai precedenti dell' FMF possa portare ad un ripensamento sulla pianificazione del monitoraggio prenatale, facilitando l'attuazione di programmi che potrebbero salvare vite e prevenire in modo significativo disabilità irreversibili dei nuovi nati. Il metodo screening è semplice e può sostituire ecografie di routine del secondo trimestre. Il calcolo dettagliato di Werner et al. (Ultrasound Obstet Gynecol 2011;38:32) dimostra che un tale programma è efficace in termini di costo. Il trattamento a base di progesterone vaginale si è dimostrato sicuro e privo di effetti collaterali anche in dosi elevate somministrate durante le prime gravidanze per supporto luteale in programmi ART. (Anti-retroviral therapy). Studi futuri definiranno lunghezze ottimali della cervice per l'inclusione in programmi di trattamento e anche nella gestazione gemellare debba essere inclusa.

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

*Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38: 1*

[INDICE](#)

## News dalla professione

### SONDAGGIO SIGO: SOLO IL 12% DEI GIOVANI MATURANDI SI PROTEGGE IN MODO ADEGUATO

I giovani sono "immaturi" in fatto di sesso sicuro. Vi è uno scarso utilizzo dei contraccettivi, solo un giovane su tre afferma che li porterà con sé in vacanza e una ragazza su quattro ha fatto ricorso, almeno una volta, alla "pillola del giorno dopo". È questa la fotografia ottenuta da Sigo, che giovedì scorso ha presentato i risultati di un sondaggio condotto su oltre 1.000 ragazzi di 14-19 anni. "Solo il 12% utilizza abitualmente la doppia protezione" ha affermato il segretario nazionale Sigo Herbert Valensise. Secondo i dati, le minorenni sono responsabili da sole del 3,4% del totale delle interruzioni di gravidanza in Italia e 3 volte su 4 chi contrae un'infezione a causa di rapporti sessuali non protetti è un giovane tra i 15 e i 24 anni. I contraccettivi sembra che non piacciono ai giovani italiani: solo il 16% delle donne prende la pillola mentre il 19% non li usa perché non li ama, il 49% non li ha a portata di mano quando servono e il 23% li dimentica. Da anni la Sigo, tramite il progetto [Scegli Tu](#), è impegnata nell'educazione sessuale dei giovani. Per incentivarli a una sessualità consapevole durante i mesi estivi, la Società scientifica in collaborazione con la casa editrice Giunti ha realizzato la guida "Travelsex".

[INDICE](#)

### PMA: 10.819 NASCITE NEL 2009, IN AUTUNNO NUOVE LINEE GUIDA

Nel 2009 grazie alla PMA sono nati in Italia 10.819 bambini, un numero in aumento rispetto al 2008 quando furono 10.212. Sono questi i dati emersi dalla [Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40](#), presentata alle camere dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella; Assuntina Morresi, membro del Comitato nazionale di bioetica; Giovanni Ascone, direttore dell'Ufficio X sulla salute della donna del ministero e Giulia Scaravelli, direttore del Centro operativo legge 40 e del Registro nazionale PMA. Dal rapporto emerge chiaramente la crescita dell'età media delle aspiranti madri: nel 2009 è stata di 36,2 anni mentre nel 2008 era di 35,9 contro una media Ue del 34,3. "Il 28% dei cicli - ha rilevato Morresi - riguarda pazienti over 40, erano il 26,8% nel 2008, ma più aumenta l'età della donna, più si riducono le gravidanze e aumentano anche gli aborti. I trend, sono in aumento su tutti i parametri. E' aumentata l'età delle donne così com'è aumentata l'efficacia della PMA il che attesta il buon lavoro fatto dai centri". Secondo il Presidente Sigo Nicola Surico "la letteratura scientifica lo dice chiaramente: più si è mature più le possibilità di successo della PMA si riducono al minimo. C'è inoltre un costo personale e collettivo non trascurabile, le risorse pubbliche devono essere investite per proteggere la fertilità femminile". Il sottosegretario Roccella ha annunciato la pubblicazione, per il prossimo autunno, di nuove linee guida sulla legge 40 e la PMA. "Implicheranno degli assestamenti dopo la sentenza della Consulta e l'applicazione del decreto 191 - ha sottolineato la senatrice - che prevede la tracciabilità e la sicurezza dei tessuti e delle cellule crioconservati e quindi anche dei gameti".

[INDICE](#)

### "DALLA PARTE DEL PAZIENTE", ARRIVA LA GUIDA DEL GARANTE DELLA PRIVACY

Il Garante per la protezione dei dati personali ha realizzato un vademecum intitolato "[Dalla parte del paziente. Privacy: le domande più frequenti](#)". Si tratta di uno strumento attraverso cui l'autorità di garanzia offre indicazioni affinché alle persone che entrano in contatto con il personale medico, paramedico e con le strutture sanitarie sia garantita la più assoluta riservatezza. L'opuscolo vuole anche agevolare le attività degli operatori del settore e contribuire a migliorare la qualità dei servizi offerti a chi accede a studi medici, ospedali e farmacie. Una parte dell'opuscolo è riservata alla pubblicazione di questi dati sensibili sul web. Ad esempio: "L'elenco dei degenti di un ospedale può essere pubblicato sul web?". La risposta è no: "E' vietata - si legge nel vademecum - la diffusione di dati idonei a rivelare lo stato di salute. Non possono quindi essere resi disponibili a chiunque su internet i dati anagrafici, l'indicazione delle diagnosi o i risultati delle analisi cliniche delle persone che si recano presso un

ospedale". Il divieto vale naturalmente anche per la pubblicazione d'informazioni o foto su Facebook o altri social network.

[INDICE](#)

## News di politica sanitaria

### MOZIONE BIPARTISAN PER FERMARE LA DISTRIBUZIONE DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO

"Il Governo deve impegnarsi a fermare l'introduzione della pillola dei cinque giorni dopo". E' questo l'invito rivolto a Palazzo Chigi da una mozione bipartisan, depositata martedì scorso al Senato, da Laura Bianconi e Claudio Gustavino. "Il via libera da parte del Consiglio superiore di Sanità a questa pillola - hanno spiegato in una nota i due senatori - per la contraccezione d'emergenza è un ulteriore passo verso la trasformazione dell'aborto in contraccezione. Per questo motivo chiediamo al Governo risposte certe, al fine di evitare che ciò accada". Secondo i due firmatari della mozione "la molecola alla base della pillola dei cinque giorni dopo appartiene allo stesso gruppo farmacologico della Ru486 e il meccanismo d'azione è praticamente sovrapponibile. Le donne devono essere informate che questo non è un banale contraccettivo ma un potenziale farmaco abortivo che, se si deciderà di mettere in commercio, dovrà seguire le linee guida adottate per la Ru486".

[INDICE](#)

### INDAGINE COMMISSIONE SENATO: 240 MINUTI D'ATTESA IN PRONTO SOCCORSO

Martedì scorso a Roma sono stati presentati tre volumi che compongono l'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza, promossa dalla Commissione igiene e sanità del Senato. Lo studio ha permesso di fotografare la situazione dei pronto soccorso italiani. Il dato principale riguarda l'attesa nei Dea con una media di 241 minuti in Italia e punte di 451 minuti in Abruzzo. "Dobbiamo razionalizzare i servizi - ha spiegato il ministro Ferruccio Fazio - e spostare i codici verdi sul territorio perché c'è un rapporto difficile con l'ospedale. E serve anche una divisione netta tra i team, per spazi e competenze. Queste misure - ha concluso - possono servire per evitare le code e immettere nel territorio le patologie meno gravi".

[INDICE](#)

### MANOVRA ECONOMICA: DAL 2012 TICKET SU PRONTO SOCCORSO E VISITE SPECIALISTICHE

Ticket di 10 euro sulla ricetta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di 25 euro per i codici bianchi al pronto soccorso. E' quanto prevede la bozza di manovra, in discussione alle Camere in questi giorni, nel capitolo dedicato alla razionalizzazione della spesa sanitaria. Le nuove norme dovrebbero entrare in vigore al partire dall'inizio del 2012. La nuova manovra economica conferma le disposizioni previste dalla Finanziaria 2007. Per il 2011, come già previsto dall'accordo Stato-Regioni sul Patto della salute per il 2010-2012, il finanziamento al SSN è incrementato di 486,5 milioni di euro. Tra le altre misure previste per contenere la spesa sanitaria vi sono: blocco del turn over, definizione di prezzi di riferimento in attesa dell'adozione dei costi standard, introduzione di un tetto di spesa, dal primo gennaio 2013, per l'acquisto dei dispositivi medici e di misure di compartecipazione sui farmaci e sulle altre prestazioni del SSN dal 2014. "

[INDICE](#)

### CORTE EUROPEA DI STRASBURGO ACCOGLIE IL RICORSO CONTRO LA LEGGE 40

La Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo ha deciso di accogliere il ricorso presentato da una coppia italiana contro la legge 40. I due ricorrenti, sono entrambi affetti da fibrosi cistica e vorrebbero quindi poter ricorrere alla fecondazione in vitro per poter fare uno screening embrionale. Ma attualmente la legislazione non consente questa pratica e quindi la coppia si è a Strasburgo sostenendo che, in base alla sua attuale formulazione, la legge 40 viola il loro diritto alla vita privata e familiare e quello a non essere discriminati rispetto ad altre coppie, diritti sanciti dagli articoli 8 e 14 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Nel comunicato con cui ha reso noto di aver accolto il ricorso della coppia italiana, la Corte sottolinea come coppie nella stessa situazione possano già ricorrere alla fecondazione in vitro in 15 Paesi europei (Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Grecia, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo, Russia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Regno Unito).

[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.

### PROGETTO TUMORE DELL'OVAIO

Cari soci,

il tumore dell'ovaio è una patologia importante su cui si sono registrate recentemente importanti innovazioni terapeutiche, dopo anni di immobilismo. Questo rende necessaria una sempre più stretta collaborazione fra ginecologi ed oncologi, e un nostro sempre maggiore coinvolgimento.

Vi invitiamo pertanto a **compilare il sondaggio promosso da SIGO**.

Il vostro contributo è importante per meglio capire come orientare la campagna educativa e scientifica che la nostra associazione attiverà su questo tema.

Prof. Nicola Surico  
Presidente SIGO

[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.

### CONVEGNO PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE

Si comunica a tutti i soci SIGO che è ancora in atto la chiamata agli abstract (**fino al giorno 11 luglio 2011**) per l'evento:

**CONVEGNO PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE**  
in collaborazione con  
**Network italiano promozione acido folico per la prevenzione primaria di difetti congeniti**  
**Coordinamento nazionale dei registri delle malformazioni congenite**  
*Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità – Roma, 24 ottobre 2011*

I migliori lavori selezionati dal Comitato Scientifico saranno inseriti nel programma e pubblicati negli atti del convegno (volume della serie **ISTISAN Congressi** dell'Istituto Superiore di Sanità).

Le presentazioni dovranno avere coerenza scientifica secondo le seguenti tematiche:

- 1) Stato dell'arte e aspetti emergenti nell'eziopatogenesi delle malformazioni congenite**
- 2) Aggiornamenti su fattori protettivi e di rischio per le malformazioni congenite (malattie infettive, stili di vita e fattori ambientali)**
- 3) Nuove acquisizioni nella ricerca scientifica su acido folico e malformazioni congenite**
- 4) Donne e acido folico: conoscenze, informazioni e prassi per una corretta supplementazione**

Note per l'invio degli abstract:

**I contributi scientifici devono essere inviati entro e non oltre l'11 luglio 2011**, utilizzando esclusivamente l'apposito modulo guidato in allegato alla presente. Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti e inviato in formato elettronico all'indirizzo della Segreteria Scientifica: [acido.folico@iss.it](mailto:acido.folico@iss.it).

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

Con i più cordiali saluti

Dott.ssa Domenica Taruscio

[INDICE](#)

### PROGETTO SIGO-UNICEF PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ MATERNA IN SIERRA LEONE

Nel quadro del Protocollo di Intesa tra la Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia e il Comitato italiano per l'UNICEF, dal 28 febbraio al 7 marzo 2011, il Dottor Giuseppe Canzone, in rappresentanza della SIGO, si è recato in Sierra Leone insieme ad una delegazione del Comitato italiano per l'UNICEF in visita ai progetti di lotta alla mortalità materna e infantile che l'organizzazione sostiene nel Paese. Per sfogliare la galleria fotografica e leggere il diario del viaggio che la delegazione ha compiuto nel Paese, [clicca qui](#).

In Sierra Leone, dove vive una popolazione di circa sei milioni di abitanti, il tasso di rischio di mortalità materna nel corso della vita è di 1 su 21, muoiono 970 puerpere ogni 100.000 parti, ed è il quinto paese al mondo per tasso di

mortalità infantile sotto i 5 anni. Le cause principali di mortalità infantile sono la diarrea, la malaria e la polmonite. Mentre le principali cause della mortalità materna sono in gran parte riconducibili al “modello dei tre ritardi”:

1. La prima causa è determinata dal fatto che le donne non sono consapevoli dell’insorgenza di una patologia nel corso della gravidanza. Molte donne non riconoscono la **morte intrauterina del feto**, anche a causa della mancanza di disponibilità di **strumenti diagnostici** a livello locale. Nella maggior parte dei casi insorge una setticemia che spesso porta a morte la donna.

2. La seconda causa è la **difficoltà di raggiungere gli ospedali**. Mancano i mezzi e le condizioni delle strade che collegano i villaggi agli ospedali più attrezzati sono proibitive, soprattutto in certi periodi dell’anno.

3. La terza causa è, molto spesso, la **mancanza di personale ginecologico ed ostetrico negli ospedali**. Quando una donna arriva in ospedale è possibile che non ci sia nessun medico né ostetrica in grado di assisterla. In tutta la sanità pubblica della Sierra Leone si contano circa sessanta medici (circa 1 medico ogni 100.000 abitanti) e non esistono scuole di specializzazione. È in servizio un solo ginecologo in tutto il Paese mentre tutti gli altri medici fanno esperienza di ostetricia e ginecologia direttamente sul campo.

Da alcuni mesi il Governo ha reso gratuite le prestazioni sanitarie per tutta l’area materno infantile, con l’obiettivo di portare a partorire in ospedale un maggior numero di donne. In tale contesto quindi sarà assolutamente necessario migliorare l’offerta delle strutture ospedaliere sia dal punto di vista qualitativo ma anche dal punto di vista quantitativo, aumentando il numero di operatori che abbiano competenza in ambito ostetrico ginecologico.

Per tale motivo il Comitato italiano per l’UNICEF e la SIGO stanno mettendo a punto un progetto per inviare ginecologi ed ostetriche nel Paese al fine di assicurare una formazione sul campo al personale medico e ostetrico locale. Al momento attuale si ritiene che un team formato da un ginecologo e da una ostetrica con maturata esperienza, accompagnati da un ginecologo e da una ostetrica in formazione, potranno recarsi nel Paese per almeno tre settimane al fine di espletare un’attività formativa sul campo al personale medico ed ostetrico del luogo oltre che per assicurare un supporto lavorativo diretto. Tali attività saranno svolte presso una struttura che l’UNICEF Sierra Leone individuerà di concerto con le autorità governative del Paese.

Nel corso del prossimo Congresso Nazionale SIGO, che si terrà a Palermo nel prossimo mese di settembre, si svolgerà una sessione SIGO-UNICEF durante la quale saranno presentate modalità e tempi degli interventi. Sarà importante che tutti i ginecologi e le ostetriche che desiderassero aderire al progetto diano per tempo la loro disponibilità inviando una mail all’indirizzo [federazione@sigo.it](mailto:federazione@sigo.it), specificando chiaramente i loro recapiti, in maniera da essere informati sull’evoluzione delle successive fasi del progetto.

[INDICE](#)

[FIGO 2012, ROMA: ON LINE IL SITO www.figo2012.org](http://www.figo2012.org)

Dear colleague,

You will be aware from previous information sent to you that Rome, Italy has been selected as the location for the XX FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics.

Planning for the event is now very well advanced and a first class scientific programme is being developed that will cover various topics of interest to the obstetric and gynaecologic community and our various sub-specialties.

We are also working hard to ensure that detailed plans are put in place to make your stay in Rome during the Congress most enjoyable, comfortable and affordable.

The Second Announcement for the Congress will be published very soon. In the meantime, **the dedicated FIGO World Congress 2012 website is now available at <http://www.figo2012.org>**, providing a wealth of easily accessible information on all activities and logistics concerning this high-profile triennial event.

I am very pleased to report that the request issued by the FIGO President in February seeking the cooperation of FIGO member societies and regional federations in ensuring that any national or regional meetings that might be being planned avoid a clash with the dates of the XX FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics – which are **7<sup>th</sup> to 12<sup>th</sup> October 2012** – was met with a highly positive response. I very much hope that, if you have not already done so, you will take the FIGO World Congress dates into consideration when planning your 2012 meetings to ensure that your members are able to enjoy the FIGO Congress’s many and varied benefits.

I look forward to seeing you and your colleagues in Rome next year!

Warmest regards

Hamid Rushwan

Chief Executive – FIGO

[INDICE](#)

[IN MEMORIA DEL PROF. FRANCESCO DI RE](#)

Domenica 29 maggio si è spento improvvisamente il Prof. Francesco Di Re. Laureato presso l’Università di Milano nel 1951 si era poi specializzato in Ostetricia e Ginecologia in cui aveva conseguito la Libera docenza, e successivamente in Oncologia. Appena laureato era entrato a far parte dello staff di Ginecologia oncologica dell’Istituto Tumori di Milano, diretta dal Prof. Natale. Dal 1962 al 1964 aveva frequentato il Radiumhemmet Karolinska Hospital a Stoccolma, allora Ospedale d’avanguardia nella Radioterapia dei tumori ginecologici, sotto la guida del Prof. H.Ludwig Kottmeier e del Prof. Josef Zajicek. In seguito a quest’esperienza era stata introdotta in



Istituto la brachioterapia e fu avviato in Lombardia il primo programma di screening per il tumore della cervice che registrò una partecipazione assai alta (attorno al 70%) e fu quindi estesa ad altre regioni.

Membro dell'EORTC e dell'ESGO il Prof. Di Re è stato Presidente della Società di Oncologia Ginecologica (SIOG), membro straniero della Facoltà di Medicina dell'università di Praga e del Consiglio dell'ESGO. Dal 1971 al 1996 è stato il Direttore del reparto di Ginecologia Oncologica dell'Istituto ed ha dedicato tutta la sua carriera alle problematiche chirurgiche dell'oncologia ginecologica .

Fra i primi nel mondo ha introdotto la dissezione radicale linfatica lombo-aortica e pelvica nel carcinoma dell'ovaio sistematizzandone la tecnica chirurgica e sostenendo l'importanza della diffusione retro peritoneale anche nelle neoplasie del tumore epiteliale dell'ovaio. Un altro aspetto per lui prioritario è stato quello della chirurgia conservativa sia nei tumori ovarici che nella chirurgia del carcinoma della cervice uterina . Già dagli anni '70 ha iniziato ad effettuare trattamenti conservativi dell'utero nei casi iniziali della cervice uterina e se oggi tutto ciò appare normale , bisogna ricordare che in quegli anni l'isterectomia era il trattamento standard nelle forme di carcinoma in situ e displasia grave, anche in giovani donne.

“Per quanto mi riguarda ho percorso con lui ogni aspetto della mia carriera di medico: entrata in reparto ancora studentessa, sotto la sua guida ho fatto la tesi di Laurea e di Specialità, ho imparato l'importanza del rigore e dell'onestà intellettuale e soprattutto ho potuto realizzare il mio obiettivo di essere un chirurgo oncologo preparato e professionalmente serio. E di tutto ciò gli sarò sempre grata.”

**Rosanna Fontanelli**

“Il mio “Prof” è stato un uomo determinato, intelligente, colto, irascibile, ma soprattutto, coraggioso nel perseguire le proprie idee. E' lui che mi ha insegnato il mestiere dentro e fuori la sala operatoria, a scrivere con meno aggettivi, a guardare le cose da punti di vista diversi. Mi ha insegnato a non aver paura della battaglia ed a condurre con onestà la ricerca clinica. Da lui ho appreso la vera ospitalità, il piacere di conversare, l'importanza della cravatta. Con lui ho imparato a sciare; con enorme sofferenza, ma alla fine ho imparato. Sempre lui mi ha proposto la fuga, dall'altare, il giorno del mio matrimonio, preparando una macchina fuori dalla chiesa. Con lui ho iniziato a fumare per sopravvivenza. Nel corso dei primi anni, spesso, mi è stato padre adottivo come tale l'ho amato e contestato. Devo a lui moltissime cose e per un sacco di motivi, in effetti, continuerà a farmi compagnia ogni giorno della mia futura vita.

Grazie,”

**Francesco Raspagliesi**

[INDICE](#)



**Bayer HealthCare**  
**Bayer Schering Pharma**



## CORSI E CONGRESSI 2011

### Italia

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

Milano, 11 - 14 settembre 2011

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

[Programma](#)

#### XXI CONGRESSO NAZIONALE ACOI DI VIDEOCHIRURGIA

Cernobbio (CO), 18 - 20 settembre 2011

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

[Programma](#)

#### 87° CONGRESSO NAZIONALE SIGO

Palermo, 25 - 28 settembre 2011

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

[Programma](#)

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

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

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

[Programma](#)

**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](#)

**VIII CORSO DI COLPOSCOPIA E PREVENZIONE GINECOLOGICA**

Roma, 13 - 15 ottobre 2011

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

[Programma](#)

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

Firenze, 14 - 19 ottobre 2011

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

[Programma](#)

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

Taormina (ME), 21 - 22 ottobre 2011

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

[Programma](#)

**CONVEGNO PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE**

Roma, 24 ottobre 2011

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

[Sito web](#)

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

Bologna, 17 - 19 novembre 2011

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

[Programma](#)

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

Roma, 16 - 29 marzo 2012

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

[Programma](#)

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

Roma, 7 - 12 ottobre 2012

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

[Programma](#)

**Estero**

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

Singapore, 25 - 27 agosto 2011

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

[Programma](#)

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

Copenhagen (Danimarca) 8 - 11 settembre 2011

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

[Programma](#)

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

Berlino (Germania), 17 - 22 settembre 2011

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

[Programma](#)

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

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

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

[Programma](#)

**XVI WORLD CONGRESS ON GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASES**

Budapest (Ungheria), 16 - 19 ottobre 2011

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

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

Parigi (Francia), 17 - 20 novembre 2011

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

[Programma](#)

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

Berlino (Germania), 17 - 20 maggio 2012

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

[Programma](#)

[INDICE](#)

---

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

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