



WWW.SIGO.IT
SIGO news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO II - numero 98 - 17 maggio 2011

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

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

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

INDICE

Comunicazioni del Presidente

1. ON LINE IL NUOVO SITO WWW.SIGO.IT
2. MODALITA' DI RICHIESTA PER PATROCINIO SIGO E DIFFUSIONE EVENTI PER MANIFESTAZIONI SCIENTIFICHE
3. ADESIONI ALLA SIGO

News dalla ricerca

4. ECOGRAFIA TRANSVAGINALE PER LA CLASSIFICAZIONE DEL TUMORE ENDOMETRIALE
5. CONFERMA DELL'EFFICACIA DI REGIMI 24+4 PER LA COC NEGLI ADOLESCENTI
6. NUOVI MARCATORI PROGNOSTICI BIOCHIMICI INDIPENDENTI PER IL PARTO PRETERMINE IN DONNE ASINTOMATICHE
7. MODELLO PREDITTIVO DEL RISCHIO DI PRE-ECLAMPSIA IN NULLIPARE

News dalla professione

8. L'AIFA ESPRIME PREOCCUPAZIONI SULL'USO DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO
9. ABORTO: A BREVE I DATI SULL'USO DELLA RU486
10. LAMPADE SOLARI VIETATE ALLE DONNE INCINTE

News di politica sanitaria

11. L'ITALIA E' TRA I PRIMI PAESI IN UE PER INFORMATIZZAZIONE DELLA SANITÀ
12. FARMACI: PER 1 ITALIANO SU 2 QUELLI INNOVATIVI CAMBIERANNO LA VITA
13. RAPPORTO LEA, PRESTAZIONI E SERVIZI GARANTITI AL 100% SOLO IN 8 REGIONI
14. RAPPORTO ISFOL, OCCUPAZIONE E MATERNITÀ: MODELLI TERRITORIALI E FORME DI COMPATIBILITÀ
15. OMS, MORTALITA' INFANTILE: OGNI GIORNO 7.200 DECESSI

SIGO informa

16. GLI ATTI DI MILANO 2010 DA OGGI DISPONIBILI SUL SITO

Segnalato a SIGO

17. FIGO 2012, ROMA: ON LINE IL SITO www.figo2012.org
18. PROGETTO SIGO/UNICEF: RICERCA GINECOLOGI PER LA SIERRA LEONE
19. CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE COMPLICANZE DELLE MGF
20. BANDO RICERCHE FINALIZZATE 2011

CORSI E CONGRESSI 2011

Comunicazioni del Presidente

ON LINE IL NUOVO SITO WWW.SIGO.IT

Cari soci,

è attivo il nuovo sito internet www.sigo.it.

Un portale ancora più ricco ed aggiornato, per offrire in tempo reale ai professionisti ed ai cittadini uno spaccato della vita della Società scientifica, con le attività in corso, i congressi, il servizio "l'esperto risponde" (In collaborazione con repubblica.it), video, approfondimenti e la sezione scientifica "SIGO update".

Il restyling del sito ha comportato un breve periodo di disagio, ma siamo certi che oggi troverete il nostro portale più fruibile e interessante. Ricordiamo a tutti la possibilità di scaricare la rassegna stampa giornaliera, la newsletter settimanale e l'*Italian Journal of Gynecology & Obstetrics*. Vi invitiamo inoltre a seguire le attività della SIGO anche su facebook e a segnalarci eventuali notizie o suggerimenti per rendere il sito uno strumento ancor più dinamico e a servizio dei soci.

Un ringraziamento al Vicepresidente prof. Paolo Scollo che ha curato il restyling del sito.

Il Presidente

Prof. Nicola Surico



[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

[INDICE](#)

News dalla ricerca

ECOGRAFIA TRANSVAGINALE PER LA CLASSIFICAZIONE DEL TUMORE ENDOMETRIALE

Lo studio prospettico multicentrico, condotto da ricercatori del *Karolinska University Hospital di Stoccolma*, ha interessato 144 donne con cancro endometriale che sono state sottoposte a ecografia transvaginale 2D/3D (scala dei grigi o colori) prima della procedura di asportazione chirurgica. Le caratteristiche ecografiche valutate sono state: ecogenicità, contorni di endometrio/miometrio, fibroidi, caratteristiche vascolari, scala dei colori e rapporto tumore / utero antero-posteriore (AP). È stata anche eseguita la valutazione istologica di stadio, grado di differenziazione e dimensioni del tumore e delle caratteristiche di crescita. Tumori iper- e isoecogeni erano più spesso osservati in stadio IA, mentre quelli misti o ipoecogeni erano più frequentemente in stadio \geq IB ($p = 0,003$). Tumori iperecogeni erano più comunemente caratterizzati da un grado di differenziazione 1 e 2 ($p = 0,02$), con rapporto tumore/utero AP $< 50\%$ dell'utero ($p = 0,002$), mentre l'aspetto non-iperecogeno era più frequentemente osservato in tumori di grado 3 o in quelli con rapporto tumore/utero AP $\geq 50\%$. Vasi multipli globali caratterizzavano più spesso i tumori in stadio \geq IB che in stadio 1A ($p = 0,02$), di grado 3 piuttosto che di grado 1 e 2 e con rapporto tumore/utero AP $\geq 50\%$ ($p < 0,001$). Una colorazione moderata/alta era significativamente più comune nei tumori in stadio più elevato ($p = 0,03$) e di dimensioni maggiori ($p = 0,001$). In conclusione, i ricercatori svedesi hanno osservato un'associazione statisticamente significativa tra aspetto ecogeno del cancro endometriale e stadio, grado di differenziazione e dimensioni del tumore. I tumori in stadio più avanzato presentano spesso una ecogenicità mista o bassa, una maggior vascolarizzazione (color score più elevato e vasi afferenti multipli), mentre quelli in stadio meno avanzato sono più spesso iperecogeni e presentano scarsa vascolarizzazione (color score più basso).

Grayscale and color Doppler ultrasound characteristics of endometrial cancer in relation to stage, grade and tumor size. Ultrasound Obstet Gynecol 2011 May 5 [Epub ahead of print]

[INDICE](#)

CONFERMA DELL'EFFICACIA DI REGIMI 24+4 PER LA COC NEGLI ADOLESCENTI

In una lettera all'editore del *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* il dott. Juergen Dinger del ZEG, Berlin Center for Epidemiology and Health Research risponde alle richieste di ulteriori informazioni relative allo studio recentemente pubblicato sulla rivista *Obstetrics and Gynecology* (news di ricerca in SigoNews n. 82 del 25 gennaio 2011: Efficacia contraccettiva con progestinici e regimi orali diversi). In sintesi, l'articolo riportava una comparazione tra diversi regimi contraccettivi orali combinati (COC) in relazione al tipo di progestinico contenuto (drospirenone vs noretisterone), alla lunghezza dell'intervallo tra cicli di COC (4 vs 7 giorni) e all'indice di massa corporea (IMC). I risultati qui riportati riguardano principalmente l'uso di COC nelle adolescenti e sono stati ottenuti dalle analisi dello studio prospettico, controllato, a lungo termine International Active Surveillance of Women Taking Oral Contraceptives (INAS), in cui sono state esaminate 52.218 donne statunitensi attraverso sorveglianza attiva. L'abbandono durante il follow-up è stato basso e le percentuali di fallimento della contraccezione sono state descritte con indice di Pearl e con analisi delle tabelle di vita ('life-table'). Per la statistica inferenziale sono stati usati modelli di regressione di Cox. L'autore conferma che, dal rilevamento di 1.634 gravidanze indesiderate in 73.269 donne-anno di esposizione a COC, i regimi contenenti progestinici a più lunga emivita (come drospirenone) in combinazione ad una somministrazione protratta per 24 giorni sembravano offrire una migliore efficacia contraccettiva, rispetto a COC in regime standard di 21 giorni. Le stime 'lifetime' del fallimento contraccettivo con il regime di 24 giorni di drospirenone e etinilestradiolo e con regimi di 21 giorni contenenti progestinici diversi erano rispettivamente 2,1% e 3,5%, dopo il primo anno, e 4,7% e 6,7% dopo il terzo anno. Il rischio (hazard ratio, HR) aggiustato per età, IMC, parità e livello di istruzione era 0,7 (IC 95%: 0,6 - 0,8). Inoltre, la comparazione diretta dei regimi 24+4 e 21+7, rispettivamente con drospirenone e noretisterone, ha indicato percentuali più basse di fallimento della contraccezione con il regime protratto per 24 giorni. In 8.252 donne-anno di esposizione delle adolescenti a COC, si sono verificate 228 gravidanze indesiderate con le combinazioni contenenti 20 µg etinilestradiolo. Nelle adolescenti si è verificato solo il 7% di gravidanze indesiderate, con aderenza completa all'uso e basandosi su criteri molto stretti e in accordo con il foglietto illustrativo; dato molto inferiore a quello già basso osservato nelle donne adulte (14%). L'indice di Pearl nelle adolescenti che hanno utilizzato regimi di 21 e 24 giorni è stato rispettivamente 5,1 (IC 95%: 3,7 - 6,8) e 2,5 (IC 95%: 2,1 - 2,9). Per i regimi 21+7, l'indice di Pearl nelle adolescenti era superiore del 75% rispetto alle adulte, mentre con il regime 24+4 l'indice risultava maggiorato solo del 34%. L'HR aggiustato per tutti i regimi 24+4 e 21+7, nelle adolescenti, era 0,5 (IC 95%: 0,4 - 0,7). Limitando la comparazione ai regimi COC di 24 giorni che contenevano un progestinico a emivita lunga (nello studio pubblicato su *Obstetrics and Gynecology* è stata utilizzata la combinazione di drospirenone 3 mg ed etinilestradiolo 20 µg), rispetto ai regimi di 21 giorni contenenti progestinici diversi, l'HR aggiustato è risultato 0,4 (IC 95%: 0,3 - 0,5). Una comparazione diretta nelle adolescenti utilizzatrici di regimi 24+4 contenenti drospirenone e noretisterone acetato ha indicato che l'uso di un progestinico a emivita lunga permette un ulteriore miglioramento dell'efficacia contraccettiva (HR aggiustato 0,5; IC 95%: 0,4 - 0,7). Nel complesso, le sotto-analisi confermano una migliore efficacia contraccettiva nelle adolescenti che usano COC con la riduzione dell'intervallo libero da pillola e l'uso di progestinici a emivita lunga e suggeriscono un effetto ancora più pronunciato rispetto a quello osservato nelle donne adulte.

Comparative effectiveness of combined oral contraceptives in adolescents. J Fam Plann Reprod Health Care 2011;37:118

[INDICE](#)

NUOVI MARCATORI PROGNOSTICI BIOCHIMICI INDIPENDENTI PER IL PARTO PRETERMINE IN DONNE ASINTOMATICHE

Lo studio condotto da ricercatori dell'*Università di Novara* ha valutato le possibili alterazioni di alcuni marcatori biochimici per la previsione del parto pretermine in donne che non presentano sintomi. A questo scopo, hanno esaminato 491 donne asintomatiche alla 24ma settimana di gestazione, che sono state sottoposte a esame della proteina endocervicale fosforilata di legame del fattore di crescita simile all'insulina (pHIGFBP-1), delle interleuchine 6 (IL-6) e 8 (IL-8) nel fluido cervico-vaginale e della proteina C reattiva (CRP) nel siero. Per determinare il cut-off più valido è stata utilizzata una curva ROC (receiver-operating characteristics), mentre un modello multivariato di regressione logistica è stato applicato per analizzare la combinazione di variabili predittive significative per il parto pretermine, seguito da analisi univariata. Per la previsione del parto pretermine, le curve ROC hanno indicato un valore ottimale di cut-off di 33 µg/l per il test di pHIGFBP-1, di 21,3 ng/l per IL-6, 324 ng/l per IL-8 e 8,42 mg/l per CRP. L'analisi univariata di regressione logistica ha rivelato un odds ratio di 3,04 per il test di pHIGFBP-1, di 4,82 per IL-6 e 3,08 per CRP. L'analisi multivariata del test di pHIGFBP-1, di IL-6 e CRP ha confermato l'indipendenza di queste variabili e la loro utilità, in combinazione, per la previsione del parto pretermine. In conclusione, gli autori dello studio suggeriscono il test di pHIGFBP-1, IL-6 nel fluido cervico-vaginale e CRP nel siero quali variabili indipendenti per la previsione del parto pretermine in donne asintomatiche.

Combination of biochemical markers in predicting pre-term delivery. Arch Gynecol Obstet 2011 May 3 [Epub ahead of print]

[INDICE](#)

MODELLO PREDITTIVO DEL RISCHIO DI PRE-ECLAMPSIA IN NULLIPARE

Attraverso uno studio multicentrico prospettico di coorte condotto in cinque centri (*Auckland in Nuova Zelanda, Adelaide in Australia, Manchester e Londra in Gran Bretagna e Cork in Irlanda*) è stato sviluppato un modello predittivo di pre-eclampsia che si basa su fattori di rischio clinico in donne nullipare. I ricercatori hanno, inoltre, cercato attraverso questo modello di identificare un sottogruppo di donne a maggiore rischio, alle quali potrebbe essere consigliata una visita medica specialistica. Da un ampio studio internazionale sono state identificate 3.572 nullipare 'sane' con gravidanza singola; di 3.529 (99%) si conoscevano gli esiti della gravidanza. La pre-eclampsia è stata definita come pressione arteriosa ≥ 140 mmHg o diastolica ≥ 90 mmHg, o entrambe, manifestatasi in almeno due occasioni a distanza di 4 ore dopo la 20ma settimana di gestazione, ma prima dell'inizio del travaglio, o nel post-parto con proteinuria o altra complicanza multisistema. La pre-eclampsia pretermine era caratteristica nelle donne che partorivano prima della settimana 37+0 di gestazione. Nella regressione logistica 'stepwise', il gruppo di comparazione era costituito da donne che non mostravano segni di pre-eclampsia. Delle 3.529 donne, 186 (5,3%) hanno sviluppato pre-eclampsia e includevano 47 pazienti (1,3%) con pre-eclampsia pretermine. I fattori di rischio clinico di pre-eclampsia alle settimane 14-16 di gestazione erano età, pressione arteriosa media, indice di massa corporea (IMC), storia familiare di pre-eclampsia o di malattia coronarica, peso materno alla nascita e sanguinamento vaginale per almeno 5 giorni. I fattori associati a un rischio ridotto erano un precedente aborto singolo con lo stesso partner, un tempo per il concepimento di almeno 12 mesi, un elevato consumo di frutta, l'abitudine al fumo e il consumo di alcool nel primo trimestre. L'AUC (area under the curve) di ROC (receiver operating characteristics), dopo validazione interna, era 0,71. L'utilizzo degli indici Doppler sull'arteria uterina non ha migliorato questo valore (validazione interna AUC 0,71). Un quadro di riferimento specialistico è stato sviluppato in un gruppo di donne con singoli fattori di rischio basandosi sulla probabilità di pre-eclampsia, generata dal modello, di almeno il 15% o di presentare un'alterazione degli indici Doppler sull'arteria uterina. Secondo gli autori, il 9% delle nullipare dovrebbe essere inviato per un parere specialistico e il 21% di queste potrebbe sviluppare pre-eclampsia. Il rischio relativo di sviluppare pre-eclampsia o pre-eclampsia pretermine nelle donne riferite allo specialista, rispetto al ricevimento delle cure standard, è risultato rispettivamente del 5,5 e 12,2. In conclusione, la capacità di prevedere lo sviluppo di pre-eclampsia in donne nullipare sane, attraverso il fenotipo clinico, è modesta e richiede una validazione esterna in popolazioni diverse. Se validato, però, il metodo potrebbe permettere la definizione di un profilo di rischio clinico personalizzato in nullipare, a cui potrebbero essere aggiunti anche biomarcatori specifici.

Clinical risk prediction for pre-eclampsia in nulliparous women: development of model in international prospective cohort. BMJ 2011; 342:d1875 (Published 7 April 2011)

[INDICE](#)

News dalla professione

L'AIFA ESPRIME PREOCCUPAZIONI SULL'USO DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO

La Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'Aifa ha espresso "preoccupazione riguardo alle eventuali conseguenze di un uso ripetuto della pillola dei 5 giorni dopo". È quanto si legge in un documento dell'Agenzia che ripercorre l'iter legislativo del farmaco. Nel maggio 2010, dopo aver sentito il parere di un esperto ginecologo, la commissione ha, infatti, ritenuto opportuno sospendere la valutazione e sottoporre al CSS un quesito specifico circa la compatibilità con la normativa vigente in tema di contraccezione ed interruzione volontaria di gravidanza. "L'azione dell'ulipristal - si legge nel documento - va ad alterare la maturazione secretiva dell'endometrio sia a ritardare l'ovulazione a livello ovarico, causando l'effetto contraccettivo". Per questo, la Commissione "esprime preoccupazione riguardo alle eventuali conseguenze di un uso ripetuto per il quale non si hanno dati disponibili circa la sicurezza e gli eventuali effetti collaterali possibili". Dopo una prima trasmissione informale del quesito al CSS, l'Aifa in data 15 marzo 2011, alla sua ricostituzione, ha provveduto "ad un nuovo inoltro formale al Segretariato Generale" del CSS".

[INDICE](#)

ABORTO: A BREVE I DATI SULL'USO DELLA RU486

Il Ministero della Salute renderà noti, nelle prossime settimane, i dati sugli aborti effettuati con la Ru486 in Italia nel suo primo anno di commercializzazione. E' quanto ha riferito il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella. In seguito alla morte di una ragazza portoghese avvenuta dopo un aborto farmacologico, la senatrice Roccella chiederà all'Ena, un supplemento di indagine e un aggiornamento sulle segnalazioni di decessi e complicanze. "Un recente studio australiano, ha segnalato che le complicazioni dopo l'aborto medico - ha sostenuto la Roccella - sono molto più frequenti di quelle a seguito di aborto chirurgico, in base ai risultati di 7.000 aborti effettuati con la Ru486 nel sud dell'Australia, confermando i dati già noti della letteratura scientifica".

[INDICE](#)

LAMPADE SOLARI VIETATE ALLE DONNE INCINTE

Il Ministro della Salute Ferruccio Fazio ha firmato mercoledì scorso il Decreto interministeriale che aggiorna le caratteristiche tecnico-dinamiche, le modalità di esercizio e di applicazione e le cautele d'uso degli apparecchi elettromeccanici per uso estetico indicati dalla legge 1/1990 che disciplina le attività di estetista. L'abbronzatura artificiale viene così vietata a minorenni, donne in gravidanza e a tutti gli individui che hanno sofferto o soffrono di neoplasie o che si scottano con facilità seguito dell'esposizione a raggi solari. Nel mirino del decreto alcuni tipi di Solarium, ma anche saune e bagno di vapore, oltre a numerose altre apparecchiature utilizzate per le cure estetiche. "Con il provvedimento - ha affermato Fazio - abbiamo compiuto un passo in avanti per la tutela del cittadino che vede così garantito in modo ancora più stringente il livello di sicurezza degli apparecchi elettromeccanici per uso estetico come le lampade abbronzanti, i depilatori elettrici, le saune e i bagni turchi. La regolamentazione dell'utilizzo delle lampade - ha sottolineato il ministro - è particolarmente importante per la dimostrata nocività, soprattutto nelle persone più giovani, delle radiazioni ultraviolette che espongono a un aumento del rischio di melanoma cutaneo statisticamente significativo.

[INDICE](#)

News di politica sanitaria

L'ITALIA E' TRA I PRIMI PAESI IN UE PER INFORMATIZZAZIONE DELLA SANITÀ

"Fino a pochi anni fa eravamo tra gli ultimi paesi in Europa per informatizzazione nella sanità, ma grazie alla collaborazione tra il nostro ministero e quello della Pubblica amministrazione, siamo ormai tra i primi in Europa". E' quanto ha ricordato a margine di un convegno, il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio. "Ci sono una serie di norme che cambiano la faccia della sanità italiana, - ha ribadito il ministro - come quelle che introducono il fascicolo elettronico, i certificati e le ricette online, l'informatizzazione delle asl, i pagamenti online, la telemedicina". A proposito dell'arretratezza di qualche anno fa, Fazio ha sottolineato che questa era dovuta anche al fatto che "ai primi posti c'erano paesi magari molto piccoli, come la Danimarca, in cui è facile arrivare a un'informatizzazione completa". Un risultato già raggiunto in Lombardia una regione che da sola vale come alcuni paesi europei. "Quindi - ha terminato Fazio - in tre anni abbiamo fatto un passo avanti enorme".

[INDICE](#)

FARMACI: PER 1 ITALIANO SU 2 QUELLI INNOVATIVI CAMBIERANNO LA VITA

Per il 54,3% degli italiani, intervistati dal Censis, i nuovi farmaci rappresentano le innovazioni tecnologiche e sociali che daranno maggiore impulso al cambiamento della vita in Italia, nel prossimo futuro. Le terapie innovatrici segneranno "la svolta di vita più delle energie rinnovabili (54%), il riciclaggio dei rifiuti (49,4%), i mezzi di trasporto ecologici (31,3%), i nuovi modelli di welfare (26%), la banda larga (9,8%) e dei nuovi strumenti wireless e mobile (9,2%). E' quanto emerge dall'indagine Censis effettuata su 1.200 italiani, presentata la scorsa settimana al Senato e contenuta nel *Terzo rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*. "Occorre definire il concetto d'innovatività così che si fissino dei paletti, all'interno di una discussione di analisi costi-benefici. - ha dichiarato il ministro della Salute Ferruccio Fazio -. Inoltre è necessario lavorare meglio sui meccanismi di rimborso. Siamo lieti di ricevere suggerimenti da parte delle associazioni per arrivare velocemente a soluzioni condivise".

[INDICE](#)

RAPPORTO LEA, PRESTAZIONI E SERVIZI GARANTITI AL 100% SOLO IN 8 REGIONI

In Italia le prestazioni e servizi sanitari sono garantiti al 100% solo in otto regioni: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Veneto e Liguria hanno, infatti, erogato i Lea in modo efficiente. Altre tre (Basilicata, Sardegna e Puglia) sono adempienti ma con riserva, mentre in sei regioni (Molise, Abruzzo, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia) la situazione è piuttosto critica. E' quanto emerge dal rapporto sull'adempimento del mantenimento dei Lea riguardante il 2009, che ha analizzato la situazione di diciassette enti regionali (mancano i dati di Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Trento e Bolzano). Nel rapporto, realizzato dalla *Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema* del Ministero della Salute, sono specificati per ogni Regione gli aspetti più critici emersi dal monitoraggio. Dalla relazione, si scopre che la percentuale di anziani over 65 trattati in assistenza domiciliare integrata è pari all'8,35% in Emilia Romagna e solo all'1,08% in Sicilia. Stesso discorso per quanto riguarda il numero dei posti in strutture residenziali. Se in Lombardia per 1000 over 65 ci sono 29,51 posti, la Sicilia si ferma a 0,7, la Campania a 0,71 e la Calabria a 2,1. Dall'analisi del ministero emerge anche l'alto tasso di ospedalizzazione nel sud dello Stivale: 223 in Campania, 213,19 in Sicilia e 195,34 in Puglia. In Toscana è invece pari a 148,56, in Veneto a 150,49 e in Piemonte 159,26.

[INDICE](#)

RAPPORTO ISFOL, OCCUPAZIONE E MATERNITÀ: MODELLI TERRITORIALI E FORME DI COMPATIBILITÀ

Il rapporto "Occupazione e maternità: modelli territoriali e forme di compatibilità" dell' I'Isfol (Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori) ha evidenziato che in Italia il 37% delle donne lavoratrici decide di avere figli solo se familiari "non conviventi" sono disponibili a farsi carico del lavoro di cura della prole. Secondo l'istituto, nello Stivale solo il 12,7% di bambini riesce ad accedere alla rete pubblica dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, e nelle regioni più fortunate questa percentuale raggiunge appena il 28%. L'indagine Isfol conferma che una maggiore diffusione dei servizi per l'infanzia potrebbe incentivare le donne a fare più figli, con un conseguente aumento della fecondità in Italia. Nelle regioni che si distinguono per la migliore offerta in termini di servizi per l'infanzia, il tasso di occupazione femminile si colloca sui livelli europei. In Emilia Romagna e Trentino Alto Adige, il 60% delle donne sono lavoratrici, contro il 46% della media nazionale. In alcune regioni, le domande di accesso agli asili nido sono inferiori rispetto alla loro capienza. Ad esempio, sempre in Trentino-Alto Adige, su 100 domande ne vengono accolte altrettante e rimangono 11 posti disponibili. Nelle famiglie in cui entrambi i genitori lavorano, in tre casi su dieci i principali baby sitter sono i nonni. Nel 46% delle occasioni sono presenti almeno una volta a settimana, il 27,5% delle volte custodiscono quotidianamente i nipoti.

[INDICE](#)

OMS, MORTALITA' INFANTILE: OGNI GIORNO 7.200 DECESSI

Ogni giorno 7.200 bambini, nel mondo, muoiono poco dopo aver visto la luce. Nel 2009 sono morti 2,6 milioni di bimbi entro il primo anno di vita, soprattutto nei Paesi a basso reddito. E' quanto sostiene la rivista *Lancet* che ha pubblicato le stime aggiornate sulla mortalità neonatale, rilevando il preoccupante dato sul lento calo dei decessi. Nel 1995 si erano registrati tre milioni di casi, nel 2009 si è arrivati a 2,6 milioni. Una sottile percentuale al ribasso, solo l'1,1% all'anno. Il 98% delle morti si verifica nei Paesi a basso e medio reddito ma anche quelli sviluppati non sono immuni dal fenomeno. Nelle zone ricche del pianeta, il rapporto con quelle povere è di 1 caso a 320. Le principali ragioni di mortalità sono cinque: complicazioni del parto, infezioni materne in gravidanza, disturbi della madre (soprattutto ipertensione e diabete), restrizione della crescita fetale e anomalie congenite. Secondo un'analisi dell'Oms, adottando alcune misure di prevenzione sulle madri e sui bambini si potrebbe salvare oltre un milione di neonati all'anno. Quasi la metà delle morti neonatali, 1,2 milioni, avviene quando la donna è in travaglio. Si tratta di episodi direttamente connessi con la mancanza di assistenza qualificata in un momento critico per madri e bambini. Due terzi dei casi avviene nelle zone rurali, dove il personale ostetrico e i medici non sono sempre disponibili per le cure essenziali durante il parto e per le emergenze, come la necessità di effettuare un parto cesareo.

[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.

GLI ATTI DI MILANO 2010 DA OGGI DISPONIBILI SUL SITO

Si comunica che sul sito SIGO ristrutturato, sono stati pubblicati gli atti del Congresso Nazionale SIGO Milano 2010. Per accedervi, cliccare Congressi SIGO nella parte sinistra della homepage e poi su Nazionali. Nella parte dedicata al Congresso di Milano 2010 cliccare sull'icona degli atti e selezionare la voce desiderata.

[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.

FIGO 2012, ROMA: ON LINE IL SITO 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 **7th to 12th 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](#)

PROGETTO SIGO/UNICEF: RICERCA GINECOLOGI PER LA SIERRA LEONE

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

[INDICE](#)

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE COMPLICANZE DELLE MGF

In accordo con il dottor Omar Abdulcadir, in qualità di responsabile Gruppo di Ginecologia e Ostetricia per l'emigrazione SIGO, si pubblica il protocollo operativo tra CRR-MGF e Consulitori. Per ulteriori informazioni, [clicca qui](#)

[INDICE](#)

BANDO RICERCHE FINALIZZATE 2011

CA Soci SIGO,

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

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

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

[INDICE](#)



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



CORSI E CONGRESSI 2011

Italia

GRAVIDANZA A RISCHIO: STABILITA' PRECARIA MATERNO-FETALE

Genova, 19 - 21 maggio 2011

Segreteria organizzativa: LenaCosulich@ospedale-gaslini.ge.it
Programma

PARTO PRETERMINE: IPOTESI E PROSPETTIVE

Roma, 24 - 25 maggio 2011

Segreteria organizzativa: milan@fondazione-menarini.it

[Programma](#)

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

Padova, 25 - 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: congressotrombosi@biomedia.net

[Programma](#)

RESPONSABILITA' PROFESSIONALE IN TEMA DI ENCEFALOPATIA PERINATALE

Napoli, 27 - 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: rferrigno@thinkthanks.it

[Programma](#)

LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE

Cagliari, 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: presidenza@asbi.info

[Programma](#)

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

Villasimius (CA), 29 - 31 maggio 2011

Segreteria organizzativa: imceurope@imceurope.eu

[Programma](#)

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

Roma, 9 giugno 2011

Segreteria organizzativa: lucilla.baldassarri@iss.it

[Programma](#)

INCONTRI EDUCATIVO-INFORMATIVI SUL TEMA DELLA FERTILITA'

Roma (Ministero della Salute), 13 giugno 2011

Segreteria organizzativa: mscarcelli@gruppodida.it

[Programma](#)

CORSO DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA E VAGINALE

Catania, 13 - 18 giugno 2011

Segreteria organizzativa: info@studioexedra.it

17TH INTERNATIONAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY (ESGO)

Milano, 11 - 14 settembre 2011

Segreteria organizzativa: esgo17@esgo.org

[Programma](#)

87° CONGRESSO NAZIONALE SIGO

Palermo, 25 - 28 settembre 2011

Segreteria organizzativa: sigo2011@triumphgroup.it

[Programma](#)

EUROISSHP - EUROPEAN CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF HYPERTENSION IN PREGNANCY

Roma, 5 - 7 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: alfa@alfaservice.com

[Programma](#)

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

Firenze, 14 - 19 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: info@isobm2011.org

[Programma](#)

XX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Roma, 7 - 12 ottobre 2012

Segreteria organizzativa: federazione@sigo.it

[Programma](#)

Estero

12TH EUROPEAN CONGRESS OF PAEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNAECOLOGY

Plovdiv (Bulgaria), 25 - 28 maggio 2011

Segreteria organizzativa: bulpag@abv.bg

[Programma](#)

CONGRESSO ANNUALE GINECOLOGIA SVIZZERA 2011

Gossau (Svizzera), 25 - 25 giugno 2011

Segreteria organizzativa: info@bvconsulting.ch

[Programma](#)

8TH SINGAPORE INTERNATIONAL CONGRESS OF OBSTETRICS AND GINAECOLOGY

Singapore, 25 - 27 agosto 2011

Segreteria organizzativa: info@sicog2011.com

[Programma](#)

9TH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GYNECOLOGY (ESG)

Copenhagen (Danimarca) 8 - 11 settembre 2011

Segreteria organizzativa: reservations@ics.dk

[Programma](#)

27TH INTERNATIONAL PAPILOMAVIRUS CONFERENCE & CLINICAL WORKSHOP

Berlino (Germania), 17 - 22 settembre 2011

Segreteria organizzativa: hpv2011@destinationoresund.com

[Programma](#)

XVI WORLD CONGRESS ON GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASES

Budapest (Ungheria), 16 - 19 ottobre 2011

Segreteria organizzativa: info@hbl.t-online.hu

THE 14TH WORLD CONGRESS ON CONTROVERSIES IN OBSTETRICS, GYNECOLOGY & INFERTILITY (COGI)

Parigi (Francia), 17 - 20 novembre 2011

Segreteria organizzativa: cogi@congressmed.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