



SIGO news

SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO I - numero 19 - 8 settembre 2009

Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Comitato scientifico: Giorgio Vittori, Emilio Arisi, Fabio Sirimarco

Editore Intermedia. Direttore Responsabile Mauro Boldrini

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

News dalla ricerca

1. L'ESCISSIONE PROVOCA PIÙ PROBLEMI DURANTE IL PARTO
2. MENARCA NON INFLUISCE SU FREQUENZA CEFALEE
3. CONTRACCEZIONE: SESSO PRECOCE AUMENTA RISCHI MALATTIE E GRAVIDANZE

News dalla professione

4. RISCHI CLINICI: DAL 2010 GESTIONE DIRETTA IN TOSCANA PER RIDURRE CONTENZIOSI
5. INFLUENZA "A": MASCHERINE ESSENZIALI PER PROTEGGERE OPERATORI SANITA'
6. RADIOFARMACI: SIFO, APPLICARE SUBITO LE NORME

News di politica sanitaria

7. EDITORIALE DEL PRESIDENTE GIORGIO VITTORI SULLA RU486

SIGO informa

CORSI E CONGRESSI 2009

News dalla ricerca

L'ESCISSIONE PROVOCA PIÙ PROBLEMI DURANTE IL PARTO

Le donne che hanno subito mutilazioni genitali corrono rischi maggiori di complicazioni durante il parto. È quanto ha messo in luce uno studio condotto all'Inselspital di Berna in Svizzera. L'equipe di Annette Kuhn, primario del dipartimento di ginecologia dell'ospedale bernese, ha seguito durante la gravidanza ed il parto 122 donne, provenienti principalmente da Somalia, Sudan e Etiopia. I risultati, pubblicati su *BJOG/An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, sono poi stati paragonati con quelli di un gruppo di 110 donne della stessa età che non avevano subito un'escissione. Dallo studio è emerso che il tasso di interventi cesarei urgenti (18 nel primo gruppo, tre nel secondo) e di lesioni gravi al perineo (9/1) sono nettamente più elevate tra le donne che hanno subito mutilazioni genitali. La differenza è da imputare soprattutto al fatto che gli esami durante le contrazioni sono più difficili da effettuare sulle donne escisse. Per questa ragione si deve più spesso optare per un parto cesareo. Le lesioni al perineo sono invece dovute soprattutto alle cicatrici prodotte dall'infibulazione, ossia la cauterizzazione delle grandi labbra e la cucitura della vulva, effettuata spesso con l'escissione. "Il tessuto diventa in questo modo meno elastico e si dilata meno durante il parto", ha spiegato Annette Kuhn.

Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland, BJOG/An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

[INDICE](#)

MENARCA NON INFLUISCE SU FREQUENZA CEFALEE

Il mal di testa nelle adolescenti, specialmente l'emigrania, ha meno a che fare con la pubertà rispetto a quanto finora ritenuto. Lo sostiene uno studio diretto da Birgit Kroner-Herwig e Nuria Vath dell'Università di Gottingen in Germania. Più di 2.000 adolescenti tra 9 e 14 anni hanno completato un questionario 'ad hoc' per 3 anni. La frequenza di cefalee risultava del 60% più elevata nelle femmine che avevano avuto il menarca uno o più anni prima dell'inizio dello studio. I ricercatori hanno comparato gli effetti del menarca sulla frequenza dei mal di testa trovando che la pubertà non influenza la predisposizione alla cefalea. Inoltre è stato rilevato che il 34% dei ragazzi e il 40% delle femmine aveva mal di testa ricorrenti. "I risultati ridimensionano il ruolo del menarca sulla cefalea e anche l'ipotesi che l'emigrania aumenti con la pubertà - concludono gli autori - mentre servono ulteriori ricerche in parallelo su aspetti e cambiamenti psicosociali caratteristici di questa età".

Menarche in Girls and Headache – A Longitudinal Analysis. Headache, Volume 49 Issue 6, Pages 860 - 867

[INDICE](#)

CONTRACCEZIONE: SESSO PRECOCE AUMENTA RISCHI MALATTIE E GRAVIDANZE

I rapporti sessuali tra gli adolescenti aumentano i rischi relativi a una contraccezione non efficace e ai partner multipli, comportamenti che espongono a malattie sessualmente trasmesse e gravidanze. E' quanto dichiarato all'agenzia Reuters Health da Maureen M. Black dell'Università del Maryland, Baltimore, Usa, a commento di un lavoro da lei diretto e pubblicato su Pediatrics dello scorso mese. Inoltre, ha spiegato la ricercatrice, "ogni tipo di maltrattamento – abuso fisico, sessuale, psichico o stato di abbandono – produce aumento del rischio di stress emozionale a 12 anni e di rapporti sessuali a 14-16 anni". Per giungere a queste conclusioni la Black ha studiato più di 1.300 bambini di 14 e 16 anni. Ad esempio i bambini di 14 anni che avevano subito abusi psicologici avevano una possibilità doppia di avere avuto rapporti sessuali, un rischio simile per abusi fisici o per l'abbandono.

Sexual Intercourse Among Adolescents Maltreated Before Age 12: A Prospective Investigation Pediatrics, Sep 2009; 124: 941 - 949.

[INDICE](#)

News dalla professione

RISCHI CLINICI: DAL 2010 GESTIONE DIRETTA IN TOSCANA PER RIDURRE CONTENZIOSI

Risarcimento dei cittadini che hanno subito un danno sanitario in sei mesi e non dopo cinque o sei anni, come accade oggi. Tutela a tutto campo per i professionisti sanitari coinvolti in un sinistro e riduzione del contenzioso penale. Sono questi alcuni dei vantaggi della gestione diretta del rischio sanitario da parte delle Asl, un progetto (partirà da gennaio 2010) voluto dall'assessore toscano per il diritto alla salute Enrico Rossi con l'obiettivo di accelerare e semplificare le procedure, liberare risorse consistenti e preziose da investire nei servizi (si prevede di risparmiare circa 30 milioni di euro), tutelare i diritti del cittadino e la professionalità degli operatori sanitari e infine diminuire il numero degli errori in sanità con un monitoraggio costante delle aree critiche. "Non è soltanto opportuno ma doveroso per chi amministra i soldi pubblici verificare che siano spesi bene nell'interesse esclusivo dei cittadini - afferma Rossi -. Nel corso degli anni ci siamo resi conto che era necessario intervenire in un meccanismo che non ci dava più le necessarie garanzie. La forbice tra i costi sostenuti dal Servizio sanitario regionale per la copertura assicurativa e l'ammontare liquidato dalle compagnie per i sinistri si è allargata a dismisura: 42 milioni, a cui vanno aggiunti costi dei pagamenti in franchigia fino a 10 milioni di euro, contro 5/6 milioni. Senza contare il 22% di imposte e i 5-6 anni di attesa a cui è costretto il 60% dei cittadini. Tutto questo, oltre a costituire un onere insostenibile per le Aziende, non le aiuta affatto a valorizzare quelle azioni di prevenzione dei sinistri che pure svolgono con buoni risultati nell'ambito delle attività di gestione del rischio clinico. Le Aziende e gli Estav dispongono di strutture e professionalità perfettamente in grado di gestire il contenzioso. Da qui l'idea di passare alla gestione diretta, che la Regione sosterrà economicamente e in maniera assai più vantaggiosa rispetto alle condizioni dettate oggi dalle compagnie assicurative. La tutela del paziente danneggiato e quella del professionista per noi vanno di pari passo. Gli operatori già attualmente pagano di propria tasca l'assicurazione per colpa grave, e quindi per loro non cambierà assolutamente nulla. Anzi, probabilmente vedranno ridursi il contenzioso penale, mentre il monitoraggio che le aziende potranno realizzare sui sinistri aiuterà tutti a affrontare le criticità, a ridurre gli eventi avversi e in sostanza a fare meno sbagli e a migliorare i servizi".

[INDICE](#)

INFLUENZA "A": MASCHERINE ESSENZIALI PER PROTEGGERE OPERATORI SANITA'

Medici, infermieri e altri lavoratori del settore sanitario che curano le persone infette dalla nuova influenza dovrebbero indossare mascherine speciali note come respiratori e in più devono proteggersi anche in altri modi, secondo un nuovo studio. L'Institute of Medicine americano sottolinea il fatto che gli scienziati ancora non sanno

molto su come i virus dell'influenza vengano trasmessi e che gli operatori sanitari in genere non sono molto bravi a proteggere se stessi e i loro pazienti da queste infezioni.

[INDICE](#)

RADIOFARMACI: SIFO, APPLICARE SUBITO LE NORME

"Esprimiamo viva preoccupazione per lo slittamento dell'entrata in vigore delle norme di buona preparazione dei radiofarmaci per Medicina nucleare (Nbp-Mn)". La Società italiana di farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie (Sifo) si rivolge così al viceministro della Salute, Ferruccio Fazio, per far sentire la propria voce dopo l'approvazione del Decreto di proroga delle norme che sarebbero dovute diventare operative dallo scorso 5 agosto. "I radiofarmaci sono medicinali utilizzati a scopo diagnostico e nella terapia di patologie importanti quali varie forme di tumore - spiega Laura Fabrizio, presidente Sifo -. La loro particolare natura implica l'osservanza di specifiche procedure a garanzia della qualità del prodotto e della sicurezza del paziente". "Vanno assolutamente considerate - spiega Pietro Finocchiaro, segretario nazionale Sifo - le criticità nell'ambito delle preparazioni dei radiofarmaci nelle unità di Medicina nucleare del nostro paese".

[INDICE](#)

News di politica sanitaria

EDITORIALE DEL PRESIDENTE GIORGIO VITTORI SULLA RU486

Ringrazio il Professor Umberto Veronesi perché con il suo articolo del 21 agosto 2009 *"la forza delle donne in dieci punti. Ora serve un nuovo femminismo"* ha riportato aspetti importanti della questione femminile al centro della attenzione mediatica.

Sono stato lieto di seguire sulla stampa i vari commenti di Biancamaria Frabotta, Daniela Santanchè, Lea Melandri, Alessandra Kustermann, Ruth Stammah, Eugenia Roccella, Susanna Camusso, Livia Pomodoro, Laura Ravetto nell'articolo di Paola D'Amico del Corriere della Sera del giorno dopo, il 22 di agosto.

In realtà la parte iniziale dell'articolo del Prof. Veronesi cita Paul Ricoeur, quando a proposito della polemica di Ru 486, la terapia medica per indurre aborto, affermava che la società si trova a dover scegliere il "male minore". Nel caso dell'aborto Veronesi afferma che "tutti siamo contrari all'idea dell'interruzione di gravidanza perché è un atto contro natura e che comporta conseguenze traumatiche di ordine psicologico" e di seguito "condannare l'aborto legalmente non impedisce che gli aborti avvengano...".

Desidero esprimere la mia opinione su due degli aspetti citati nell'articolo e nei successivi commenti: la RU 486 e alcuni aspetti di antropologia ed economia sanitaria dedicata alla donna.

- **Prestazione medica e chirurgica vs. interruzione di gravidanza.** L'evoluzione delle tecnologie, ed in particolare **l'utilizzo di terapia medica in alternativa a quella chirurgica**, ha determinato conseguenze assistenziali importanti nella pratica clinica quotidiana. Nell'ambito del settore di cui mi occupo, l'ostetricia e la ginecologia gli esempi a disposizione sono moltissimi: ricordo per esempio il methotrexate nella terapia di casi selezionati di **gravidanza extra-uterina** e la terapia con farmaci analoghi del gn-rh (gli ormoni ipofisari che modulano la produzione naturale di estrogeni e progesterone) o con ultrasuoni focalizzati nella terapia della **fibromatosi uterina**. L'aumento delle **tecniche di fecondazione assistita** è parallelo all'aumento **della percentuale delle gravidanze extra-uterine considerate complesse** dai ginecologi, quando la gravidanza si annida in sedi anormale e particolarmente difficili da trattare (il collo dell'utero, la parete dell'utero oppure nella cavità addominale, tra le anse intestinali). In questi casi, la terapia medica ha permesso di trattare favorevolmente pazienti altrimenti destinate a **terapia demolitiva**. La **comunità scientifica internazionale**, prima di permettere l'introduzione nella pratica clinica di qualsiasi terapia, medica o chirurgica, effettua una serie di valutazioni molto rigorose in fasi successive per valutare l'effetto terapeutico, gli effetti collaterali e le conseguenze. Alla fine di questo lungo processo, che ormai è totalmente sotto controllo di un ente terzo, la rete dei **comitati etici nazionali ed internazionali**, il farmacista o la tecnologia chirurgica ottiene l'autorizzazione all'uso clinico e comincia la sua vita nella comunità medica assistenziale, in altre parole in prima linea, e comincia la sua carriera. Le molecole farmaceutiche o le tecniche chirurgiche particolarmente efficaci, con pochi effetti collaterali o le tecniche ad alto tasso di successo (non esiste il 100% in medicina e in biologia) sono come i campioni dello sport o i grandi personaggi, si comincia con il passaparola e si finisce sulle grandi riviste. In medicina c'è un processo simile, che noi chiamiamo **"medicina basata sull'evidenza"** che consiste nel filtrare la vita di un farmaco o di una tecnica chirurgica secondo criteri scientifici (basati sulla statistica medica, sulla qualità della registrazione dei dati clinici ma soprattutto sulla molteplicità dei ricercatori che assicura neutralità di giudizio e punti di vista diversi) e i **migliori ricercatori** sono quelli in grado di progettare e realizzare ricerche in grado di verificare in modo attendibile quale trattamento sia migliore o con minori complicanze o effetti collaterali. **Nel caso della terapia medica della gravidanza extra-uterina la comunità scientifica mondiale, dopo molti anni di valutazione, ha dichiarato che questa alternativa ha raggiunto livelli "di prima qualità" ed è fortemente raccomandata in casi selezionati.** Questo risultato scientifico permette al medico e alla paziente di avere una valida alternativa alla terapia chirurgica, che deve essere accompagnata da **"istruzioni per l'uso"** completamente differenti rispetto al percorso chirurgico tradizionale, con modalità di esecuzione, esami strumentali e di laboratorio e tempi di degenza e di guarigione, controlli pre/post terapia specifici per il trattamento medico e che richiedono preparazione specifica per il personale sanitario (medico e paramedico) e

ottima comunicazione con la paziente che diventa molto più corresponsabile di tutto quello che noi definiamo “percorso diagnostico-terapeutico”.

In poche parole, la paziente affetta da gravidanza extra uterina (se non trattata in modo appropriato può mettere in pericolo la vita) non **“subisce” un intervento chirurgico**, che viene sempre percepito come ultima spes e in ogni caso “aggressivo” ma assume un farmaco (in questo caso una o più iniezioni intramuscolari) che in casi selezionati ha dimostrato di essere altrettanto efficace della terapia considerata **“la terapia di riferimento”**.

- Vi è un **altro aspetto della terapia medica della gravidanza extra-uterina** che deve essere preso in considerazione: **il contesto sociale, legale ed economico in cui il Sistema Sanitario Nazionale opera**, ovvero gli infiniti fattori che determinano la scelta terapeutica. Se il farmaco per il trattamento della gravidanza extra-uterina non fosse stato approvato dalle Autorità Italiane non potrebbe essere usato, nonostante la migliore evidenza scientifica della Comunità Scientifica Internazionale. **Se le strutture sanitarie italiane non organizzassero un “percorso diagnostico terapeutico e assistenziale” adeguato, ovvero se in un ospedale fosse possibile effettuare l'intervento chirurgico, ma non fosse possibile seguire ambulatoriamente una paziente sottoposta alla terapia medica intramuscolare, la paziente dovrebbe esserne informata e dovrebbe potere avere una alternativa di almeno uguale efficacia, ma secondo le proprie scelte o preferenze.**

Il farmaco Ru 486 o mifepristone ha l'obiettivo di interrompere la gravidanza in casi selezionati, è una alternativa all'intervento chirurgico che la ricerca ha messo a disposizione del medico e della paziente e che oggi ha superato non solo la primissima fase di valutazione, ma in alcuni paesi è già utilizzata nella pratica clinica. In Europa, la Commissione Europea prima di approvare l'uso del farmaco, ha posto filtri ulteriori con l'obiettivo di migliorare la garanzia per le pazienti e in ottemperanza alle leggi e i regolamenti nazionali e quindi ha dato origine ad un processo di valutazione da parte di tutti i paesi Europei e delle Istituzioni preposte che per l'Italia si è conclusa in luglio 2009, con una serie di puntualizzazioni sull'uso e sulla informazione, anche quella allegata al farmaco, per paziente e medico specifiche per la nazione italiana.

Questo farmaco, il mifepristone o Ru 486, non è la “cosiddetta pillola del giorno dopo”, brutta definizione di una contraccezione di emergenza e non può essere confusa da nessuno, medici, pazienti o media.

L'utilizzo dell'Ru 486 è stato approvato solo nell'ambito della legge 194 e quindi può avvenire solo ed esclusivamente nell'ambito delle strutture indicate in tale legge e viene inteso solo come un ulteriore strumento a disposizione per ottemperare a tale legge. Negli anni passati ad uno strumento chirurgico denominato “curette” è stato affiancato un nuovo strumento denominato “isterosuttore” caratterizzato da efficacia ed effetti collaterali migliori in casi selezionati. La terapia medica con Ru 486 è il primo strumento non chirurgico che viene introdotto in ottemperanza alla legge dello Stato, e che in taluni casi affianca la curette e l'isterosuttore e la sua utilizzazione richiede organizzazione di “percorsi assistenziali” specifici come descritto precedentemente: sono da definire in modo adeguato molte variabili importanti, ad esempio **come organizzare la struttura assistenziale in funzione del tempo di azione della procedura**, pochi minuti nel caso dell'intervento chirurgico ed alcuni giorni nel caso della terapia medica, **chi** prepara il personale a fornire alla paziente l'informazione specifica e articolata necessaria, molto diversa da quella dell'intervento chirurgico, **chi** rimane a disposizione della paziente per fornire tutta l'assistenza necessaria, **chi** si occupa di quella percentuale, prevista, di pazienti per le quali è necessario ricorrere alla chirurgia tradizionale? Ma soprattutto **chi si occuperà in modo adeguato della donna-paziente nei vari momenti di questo nuovo percorso e, in caso di complicazioni o problemi, come si regolerà il problema delle responsabilità e della obiezione nella realtà pratica degli ospedali?** Oggi questi aspetti non mi sono chiari, anche perché saranno necessari specifici corsi di aggiornamento per le strutture e per il personale che si occupano della 194, probabilmente previsti dai protocolli operativi indicati dalle Istituzioni competenti.

- **Antropologia culturale ed economia sanitaria.** La 194, la legge sull'aborto, ha determinato effetti e risultati sensibili, come puntualmente indicato dal Prof. Veronesi, dimostrando a tutti i cittadini italiani di varie religioni ovvero laici, **una diminuzione straordinaria del numero delle interruzioni di gravidanza**, passate da circa 240mila degli anni 80 a meno di 130mila nell'ultimo anno 2008 e **la quasi totale scomparsa della clandestinità** di un fenomeno che ha accompagnato l'evoluzione antropologica di tutte le etnie di tutti i tempi. Se facciamo un piccolo sforzo ulteriore ed analizziamo meglio i dati a nostra disposizione, già caratterizzati da grande qualità e completezza, notiamo che le **“donne italiane residenti”** che ogni anno si sottopongono alla interruzione di gravidanza sono meno di 90mila, in **diminuzione di quasi il 5%** rispetto all'anno precedente, che la quota rimanente ed in crescita è a carico delle interruzioni di gravidanza richieste da **donne immigrate o addirittura provenienti da altri paesi** dove la pratica abortiva avviene ancora nella clandestinità e che preferiscono utilizzare le strutture italiane. Un dato allarmante riguarda quella che noi indichiamo **come “fascia a rischio” ovvero le adolescenti**, per le quali non abbiamo notato alcun sostanziale miglioramento o diminuzione nel corso degli anni e che per la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) costituisce un interesse etico e scientifico fondamentale e motivo di azioni positive di sensibilizzazione. Sempre il Prof. Veronesi ci ricorda che **tra gli obiettivi non completamente colti della 194**, vi siano le **strategie di informazione e di prevenzione della gravidanza indesiderata**. Le ricerche che la SIGO ha fatto su campioni di adolescenti hanno dimostrato che la prevenzione, l'informazione in ambito di educazione sessuale ma soprattutto alla corretta gestione del proprio programma riproduttivo sono del tutto insufficienti, anche per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmesse. I dati dell'Osservatorio sulle Malattie Sessualmente Trasmesse forniti dall'Istituto Superiore di Sanità non sono rassicuranti. Oggi i dati ISTAT dimostrano che l'età media alla prima gravidanza per le donne italiane residenti è molto vicina ai 35 anni, (20 anni fa definita gravida attempata) che le percentuali di ricorso alla fecondazione assistita stanno inevitabilmente crescendo per colmare questo

handicap e ritardo biologico e che si sta ponendo un nuovo problema “confessionale e religioso” per le coppie osservanti che si sottopongono a tali metodiche.

E da questo punto in poi, non entro in merito ai commenti sul femminismo e mi limiterò ad alcune valutazioni di antropologia, demografia ed economia sanitaria: la nostra nazione è passata da circa 1 milione e 200mila nascite degli anni '60 a circa 550mila del 2008. Circa il **13% delle nascite avviene grazie alle donne immigrate (meno del 5-6% della popolazione italiana)**. La rete italiana dedicata alla medicina della donna e al materno infantile non ha ancora reagito completamente a questo brusco mutamento demografico: **oggi sarebbe necessaria una rete dedicata alla nascita più orientata alla qualità e alla organizzazione che alla quantità. Le percentuali elevate di ricorso al taglio cesareo del nostro paese** sono da considerare anche come indicatore di disagio professionale, di una richiesta di aiuto oltre che di cambiamento di richieste sociali. **Sarebbe necessario investire in formazione medica professionale e mentalità dedicata alla conservazione della integrità genitale** per una donna che per motivi sociali e personali decide di concepire il primo figlio tardi, quando il tempo, le malattie come endometriosi, fibromatosi, la clamidia o altre malattie sessualmente trasmesse hanno messo a repentaglio la possibilità di concepire naturalmente. **Oggi per una donna di 35 anni, affetta da fibromi, che deve ancora decidere di avere una gravidanza la asportazione dell'utero non è più l'indicazione considerata appropriata solo 20 anni fa** e talora anche oggi. Ma come sappiamo bene in Italia, così ricca di patrimonio culturale ricco di storia antica, **conservare è più difficile che distruggere, richiede competenza e costa di più.**

Come **conciliare la realizzazione la realizzazione procreativa e lavorativa per la donna?** Dal punto di vista dell'economia sanitaria e delle proposte future non mi sembra che stiamo andando nella giusta direzione: le prestazioni dedicate alla donna sono quasi il 20% di tutte le prestazioni sanitarie e sono molto distribuite tra l'Università, l'Ospedale, il territorio (privato e pubblico) e attraversa tutte le fasi della vita, dalla adolescenza alla menopausa attraverso la fase dell'età fertile, si occupa di medicina fetale, di medicina della riproduzione, di endocrinologia, di chirurgia conservativa e demolitiva, benigna o tumorale, di pianificazione familiare e di malattie sessualmente trasmesse, di osteoporosi e di incontinenza urinaria, di vaccinazioni anti virus HPV e di seno. Mica male no!

Perché parlare di economia sanitaria e prestazioni al femminile? Secondo alcuni grandi leaders politici, capi di stato, l'efficienza delle prestazioni materno infantili è un **indicatore molto importante della qualità e del futuro di una nazione** e dovrebbe essere tra gli obiettivi prioritari delle strategie assistenziali. Quanto sta succedendo da troppi anni in Italia va nella **direzione opposta**, nella ultima proposta delle tariffario nazionale dedicato alle prestazioni sanitarie dedicate alla donna, sia alla donna in gravidanza (prestazioni ostetriche) che per le prestazioni ginecologiche **siamo ben al di sotto del minimo accettabile** e perdiamo anche nel confronto con prestazioni di altre branche. **Oggi un parto spontaneo vale meno di un'appendicectomia non complicata, un intervento per conservare l'utero e la possibilità di procreare in modo naturale vale meno della asportazione di una colecisti, di un pezzo di intestino o della apposizione di una protesi di anca.** Tutto questo mi sembra inaccettabile e intollerabile da un punto di vista professionale ma soprattutto mi sembra un piedistallo mancante, un valore di fondamentale importanza non riconosciuto oppure volutamente umiliato e quindi un altro episodio di violenza sulla donna che si aggiunge alla cronaca quotidiana. L'undicesimo punto dopo i 10 indicati dal Prof. Veronesi, è la grande capacità della donna di tollerare l'ingiustizia.

INDICE

SIGO informa

PROSEGUE LA RACCOLTA DEI CONTRIBUTI PER L'INDAGINE SUL PARTO CESAREO

La SIGO ha messo a punto un questionario per comprendere meglio alcuni aspetti relativi al parto cesareo in Italia, indagando elementi non facilmente ricavabili dai mezzi ufficiali di indagine, quali le schede di dimissioni ospedaliere o altro. Un vivo ringraziamento a chi ha già aderito, a tutti gli altri l'invito a mandare il proprio contributo il prima possibile.

Il questionario è rivolto a tutti i soci SIGO, ospedalieri e universitari, liberi professionisti e convenzionati, che svolgono, in strutture pubbliche o private, attività di sala parto. I risultati saranno presentati al Congresso Nazionale SIGO di Bari (28-31 ottobre 2009), con il ringraziamento ufficiale a coloro che vi avranno contribuito. Il questionario è scaricabile dal sito della SIGO all'indirizzo <http://www.sigo.it/sondaggiocesareo.asp>.

Una volta compilato, andrà inviato a SIGO via fax al numero 06 6868142 ovvero all'indirizzo e-mail federazione@sigo.it, entro il 30 settembre 2009.

SIGO PRESENTA IL LIBRO “LA PRIMA CASA”

“La donna è la nostra prima casa, ma oggi è una casa sotto assedio: la fertilità è in calo, la violenza in aumento, il suo peso sociale viene continuamente ridimensionato. È urgente e necessaria un'inversione di marcia e una riflessione collettiva – è il commento di Giorgio Vittori, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) a commento del libro “La prima casa” (Poletto Editore), scritto dal prof. Salvatore Mancuso, Presidente del Comitato Etico dell'Ospedale Universitario Agostino Gemelli di Roma, e da Mariella Zezza, giornalista. Il volume verrà presentato mercoledì 9 settembre alle 20 presso il Circolo Ufficiali di Marina “Caio Duilio” di Roma.

“Assistiamo ad una grave devalorizzazione delle problematiche femminili: nei Paesi in via di sviluppo, dove ogni 8 minuti una donna muore per complicanze correlate ad aborti compiuti in condizioni di non sicurezza e ogni 40, una

viene uccisa dal partner, ma anche qui, in Italia. La percentuale di infertilità continua a crescere: una coppia su 5 presenta difficoltà legate al concepimento. Anche perché nessuno spiega alle donne come proteggere il loro apparato riproduttivo. La violenza continua a rappresentare la principale minaccia al loro benessere, fisico e psichico: sono più di mezzo milione (520mila) quelle dai 14 ai 59 anni che nel corso della vita hanno subito una violenza tentata o consumata, il 3% del totale in quella classe d'età. E la salute femminile riveste un peso diverso, ed inferiore, come si deduce dallo scarso valore economico attribuito alle prestazioni di ginecologia e ostetricia. Oggi il loro rimborso, misurato in DRG, è stato ridotto, in media del 25-30%, con il risultato di ipotecare il futuro della attività del materno infantile. Ci auguriamo che questo libro, in vendita nelle librerie, possa rappresentare una guida utile ma anche uno spunto per promuovere una riflessione più profonda. Anche, e soprattutto, fra le Istituzioni". Il volume è il racconto dell'origine della vita, attraverso le tappe più remote e più significative della formazione prenatale con informazioni utili per ogni donna e riflessioni sulla ricaduta sociale della maternità. È possibile acquistare il libro anche on-line <http://www.deastore.com/libro/la-prima-casa-salvatore-mancuso-mariella-zezza-poletto/9788895033228.html>

IL 12 SETTEMBRE VERRA' PREMIATA ALL'ALCATRAZ DI MILANO LA "FRASE DELL'ESTATE"

Travelsex, la campagna promossa da SIGO e realizzata in collaborazione con il CTS (Centro Turistico Studentesco e giovanile), partita a livello nazionale il 16 giugno da Roma, ha toccato 10 città di tutta Italia e si è chiusa il 22 agosto a Venezia con grande successo: sono state raccolte più di 1.000 foto di ragazzi con la maglietta *Scrivi la tua pillola d'amore estivo*. Ognuno ha ideato il proprio slogan, si è fatto fotografare, e poi votare sul sito www.sceglitu.it. L'opera migliore verrà premiata durante una serata speciale *Scegli tu* a Milano il 12 settembre presso la discoteca Alcatraz. L'ingresso è aperto dalle 22.

CONVENZIONE SIGO-LUISS BUSINESS SCHOOL PER EMPHA

Executive Master in Health and Pharmaceutical Administration (EMPHA), formula week- end, della LUISS Business School. ([leggi](#) articolo)

COMITATO FIGO PER GLI ASPETTI ETICI DELLA RIPRODUZIONE UMANA E DELLA SALUTE DELLE DONNE:

linee Guida Etiche. ([leggi](#) articolo)

RECENSIONE: "L'UOMO CHE CURAVA LE DONNE", IL NUOVO ROMANZO DI ROMANO FORLEO

Amori, politica e medicina nell'epoca d'oro dell'impero romano ovvero vivere a Roma nel 100 dopo Cristo. E' questo il sottotitolo del nuovo romanzo storico di Romano Forleo uscito questo mese per i tipi delle OGE Edizioni Milano. Dopo il suo trattato di storia dell'ostetricia, che segna una tappa fondamentale nella storiografia ginecologica, Romano Forleo ci trasporta ora nei suoi sogni. I pochi che non conoscono questo autore, rimarranno stupiti della sua abilità di trascinarci nel periodo più fulgido dell'Impero Romano, facendoci rapire dalle corse nelle principali città del mediterraneo e preoccupare della fissazione di Traiano di occupare l'Iraq (il paese del Parti di allora), o gioire della ricchezza delle mense e della bellezza della vita quotidiana. Denso di avventure e di amori, ma anche ricco di interrogativi etici e di drammi spirituali. Leggendolo tutto di un fiato (perché così si fa leggere questo romanzo), abbiamo percorso, dall'infanzia ai suoi 50 anni, la vita "inventata" di Sorano di Efeso, il primo estensore di un trattato di ginecologia in greco, la lingua dei grandi medici di allora. L'accurata ricerca storica, dalla descrizione delle case, delle città e delle mense, alla quotidiana realtà della vita nelle principali metropoli mediterranee, ci fanno sentire immersi nelle problematiche del primo secolo dell'era cristiana, come se fossero quelle di oggi. Un libro che si fa leggere non solo da noi ginecologi, ma da tutti coloro che condividono la battuta di Einstein : "l'immaginazione è più importante della conoscenza". Un'unica pecca: la distribuzione è un po' lenta e l'editore, da poco affacciato sulla scena dei romanzi storici (OGE Milano, redazione@edizioni-oge.it), è spesso costretto a mandare personalmente il libro richiesto. Basta però insistere con il proprio libraio per avere una copia per questa estate. A Roma è già presente da Coletti in via della Conciliazione e nel Gruppo Aron, a Milano ovunque.

PRESENTAZIONE DEL CORSO SIGO 'LE INFEZIONI MATERNO-FETALI', MANTOVA 25 - 26 SETTEMBRE 2009, a cura del Direttore, Fabrizio Taddei. a cura del Direttore, Fabrizio Taddei. "L'intento del Corso è quello di delineare i nuovi orientamenti riguardo a tre malattie infettive rilevanti nella trasmissione verticale, Citomegalovirus, Toxoplasma e HIV che, seppur in modo diverso, sono spesso oggetto di gestioni complesse per gli operatori sanitari, che necessariamente devono agire in modo multidisciplinare nell'interesse della gestante e del feto. L'intervento dei maggiori esperti nazionali tra Ostetrici, Infettivologi, Neonatologi, Pediatri e Laboratoristi contribuirà a definire in tre sessioni di presentazioni e discussioni, quali percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali possono essere proposti in caso delle suddette infezioni in gravidanza. Nella sessione conclusiva una tavola rotonda sarà dedicata alla sintesi dei lavori, per l'applicazione nella pratica clinica delle conoscenze acquisite. ... E tutto questo nella storica, preziosa e affascinante cornice della Città di Mantova".

Al Workshop sono stati attribuiti 7 crediti ECM per i medici e 9 crediti ECM per gli ostetrici.

PROGETTO 'MIRABILIA VITAE': un opuscolo a fumetti racconta ai bambini dai 6 ai 9 anni la meraviglia della loro nascita. E' un'iniziativa del Dipartimento della Salute dell'Associazione Laici Cattolici Italiani (ALCI), realizzata grazie alla stretta collaborazione di un gruppo di professionisti costituito da medici ginecologi e psicologi dell'Università di Roma e da esperti del settore grafico e della comunicazione, per affrontare una materia difficile da rappresentare ai bambini, proponendola in un modo piacevole e giocoso pur garantendone il contenuto sotto il profilo scientifico.

Per informazioni più dettagliate: Silvia Lovergine cell. 339.8086090, e-mail: segreteria@laicattolici.it

I SALOTTI DI PREVENZIONE E SALUTE

L'associazione culturale prevenzione e salute promuove ad agosto e settembre incontri informativi in luoghi di villeggiatura e al Salone del Naturale che si terrà a Bologna dal 10 al 13 settembre (www.sana.it).

Per saperne di più www.prevenzionesalute.it.

INDICE



CORSI E CONGRESSI 2009

Italia

8TH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GYNECOLOGY

Roma, Complesso Monumentale di Santo Spirito in Saxia, 10 - 13 settembre 2009

Segreteria organizzativa: clarap@wanadoo.fr

Programma

LA DIAGNOSTICA FETALE DEL TERZO MILLENNIO: DAL VISIBILE ALL'INVISIBILE IN MEMORIA DI UMBERTO NICOLINI

Milano, 19 settembre 2009

Segreteria organizzativa: nicolini@primordiasrl.it

LE INFEZIONI MATERNO-FETALI, CORSO SIGO

Mantova, 25 - 26 settembre 2009

Segreteria organizzativa: caterina@incentivecongressi.com

"TERAPIA DELLA STERILITÀ E DIAGNOSI PRENATALE: PRESENTE E FUTURO"

Trento, 10 ottobre 2009

Segreteria organizzativa: educational@gynepro.it

LXXXV CONGRESSO NAZIONALE SIGO

Bari, 28 - 31 ottobre 2009

Segreteria organizzativa: sigo2009@gruppotriumph.it

Programma

14TH WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY

Firenze, 4 - 7 marzo 2010

Programma

Estero

OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Londra (UK) 10 - 11 settembre 2009

Segreteria organizzativa: conferences@markallengroup.co.uk

DEFINING PATIENT SUBGROUPS TO PERSONALIZE INFERTILITY TREATMENT

Stoccolma (Svezia) 11 - 12 settembre 2009

Segreteria organizzativa: info@seronosymposia.org

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF VULVOVAGINAL DISEASE: XX POSTGRADUATE COURSE AND WORLD CONGRESS

Edimburgo (Scozia) 11 - 17 settembre 2009

Segreteria organizzativa: issvd@carolina.rr.com

19TH WORLD CONGRESS ON ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Amburgo (Germania) 13 - 17 settembre 2009

Segreteria organizzativa: congress@isuog.org

8TH GERMAN CONGRESS OF ENDOMETRIOSIS

Muenster (Germania) 16 settembre 2009

Target groups: Gynecology, Reproductive Medicine, Surgery, Pain Therapy, Female Urology, Endocrinology

Segreteria organizzativa: endometriose@conventus.de

Programma

OVARIAN TUMOURS - A ROUGH GUIDE

Leeds (Inghilterra) 18 settembre 2009

Segreteria organizzativa: meetings@rcpath.org

10TH ESC SEMINAR, BARRIERS TO MODERN CONTRACEPTION USE AND POSSIBLE SOLUTIONS

Belgrado (Serbia) 18 - 19 settembre 2009

Segreteria organizzativa: congress@contraception-esc.com

Programma

35TH EUROPEAN CONGRESS OF CYTOLOGY

Lisbona (Portogallo) 27 - 30 settembre 2009

Segreteria organizzativa: cytologylisboa2009@forumdideias.com

Programma

12TH EUROPEAN HEALTH FORUM GASTEIN, FINANCIAL CRISIS AND HEALTH POLICY

Bad Hofgastein (Austria) 30 settembre - 3 ottobre 2009

Segreteria organizzativa: office@ehfg.org

XIX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Cape Town (Sud Africa) 4 - 9 ottobre 2009

Segreteria organizzativa: dudleyr@turnergroup.co.za

Programma

21ST EUROPEAN CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY (EBCOG 2010)

Antwerp (Belgio) 5 - 8 maggio 2010

Segreteria organizzativa: EBCOG2010@semico.be

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