



SIGO news

SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ANNO I - numero 33 - 22 dicembre 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

**Il prossimo numero sarà pubblicato martedì 12 gennaio  
Buon Natale e felice anno nuovo dalla redazione di SIGO News**

#### News dalla ricerca

1. PARTO: PIU' RISCHI DI COMPLICANZE PER STADIO PROLUNGATO DOPO INDUZIONE
2. GRAVIDANZA: MANAGEMENT DELLA CALCOLOSI, L'URETEROSCOPIA E' SICURA
3. CONTRACCETTIVO CON ESTRADIOLO EFFICACE, SICURO E AD ALTA COMPLIANCE

#### News dalla professione

4. RETTORI: RETRIBUZIONI PER ASSISTENZA DA IMPUTARE A SSN, FONDI AL MINIMO
5. QUASI 70 MANAGER SANITA' A GIUDIZIO A MILANO, IPOTESI CARTELLE FALSE

#### News di politica sanitaria

6. DRG DA AGGIORNARE
7. SINDACATI MEDICI APRONO 'VERTENZA SALUTE' PER SALVARE SSN A RISCHIO
8. DA CONFERENZA REGIONI OK A RIPARTO FONDO SANITARIO NAZIONALE
9. UE: 1 MORTO OGNI 2 MINUTI, 35 MLN L'ANNO AL PRONTO SOCCORSO
10. ISS: GIOVANI POCO INFORMATI SU ANTIBIOTICI

#### SIGO informa

#### CORSI E CONGRESSI 2009

#### News dalla ricerca

##### **PARTO: PIU' RISCHI DI COMPLICANZE PER STADIO PROLUNGATO DOPO INDUZIONE**

Le donne con un prolungato primo stadio del parto dopo induzione, rischiano di più il cesareo e cause di morbidità. Ma, nonostante ciò, anche tra quelle con un primo stadio del parto più lungo di 24 ore, più della metà riuscirebbe eventualmente a partorire per via vaginale. Sono le principali evidenze di una ricerca condotta da Yvonne W. Cheng della University of California, San Francisco School of Medicine. "Perciò noi non raccomandiamo che l'intervento chirurgico sia deciso semplicemente basandosi sull'eventuale ritardo del parto – commentano Cheng e il suo team sull'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Inoltre, proseguono i ricercatori nell'articolo – l'associazione tra gli outcome perinatali e la durata dell'induzione è ancora largamente da esplorare". Per lo studio sono stati analizzati i dati di 3.620 gravidanze a termine indotte e concluse durante il secondo stadio. La durata del primo stadio è stata definita come l'intervallo tra inizio del parto (non dell'induzione) e dilatazione cervicale completa. Per la maggior parte delle donne (64,2% delle primipare e 82,6% delle multipare), il primo stadio del parto è durato meno di 12 ore. Confrontate con queste donne, quelle che hanno avuto un primo stadio con durata tra 12 e 24 ore, avevano dovuto ricorrere al cesareo in frequenza doppia, mentre tale probabilità aumentava a 7,44 volte per quelle il cui primo stadio era superiore a 24 ore. L'odds ratio, corretto, per emorragia post partum tra donne con il primo stadio più lungo, era 3,16 volte maggiore, mentre l'OR per corioamnioniti era 2,83 maggiore. I nati di donne con un primo stadio più lungo di 24 ore avevano una probabilità 2,03 volte maggiore di incorrere in terapie intensive. Ciononostante, delle multipare il cui parto è durato più di 24 ore (cioè il 3% delle multipare), il 53,5% ha partorito per via vaginale, il 34,9% con cesareo e l'11,6% con parto vaginale strumentale. Il 43,5% delle

primipare, il 6,5% delle quali ha avuto un primo stadio superiore alle 24 ore, ha partorito per via vaginale, il 45,6% con cesareo. "Sebbene non raccomandiamo un limite di tempo specifico per l'induzione – concludono i ricercatori – la questione di quando intervenire dovrebbe comprendere una valutazione dei rischi derivanti da un prolungato management delle donne versus il rischio di intervento chirurgico, oltre che l'inclusione delle preferenze della paziente nel processo decisionale".

*Induction of labor and mode of delivery: differences stratified by indication for induction  
American Journal of Obstetrics & Gynecology. December 2009 (Vol. 201, Issue 6, Supplement, Page S119)*

[INDICE](#)

## GRAVIDANZA: MANAGEMENT DELLA CALCOLOSI, L'URETEROSCOPIA E' SICURA

In gravidanza la calcolosi renale è una complicanza non rara e in grado di produrre una situazione clinica complessa. E' perciò importante una chiara comprensione delle opzioni disponibili e dei vantaggi e svantaggi di tali scelte. Quando le misure iniziali e conservative sono fallite, l'approccio tradizionale, improntato all'osservazione, prevede generalmente il posizionamento di uno stent uretrale o un drenaggio nefrostomico. Ma, grazie agli avanzamenti della tecnica chirurgica, oggi si adottano approcci più definitivi. Più nello specifico, numerosi recenti interventi di ureterosopia in gravidanza hanno evidenziato un basso tasso di complicanze. Inoltre, una meta analisi di serie di casi di ureterosopia in gravidanza suggerisce che un trattamento endoscopico definitivo è ben tollerato in queste pazienti. Perciò in una donna incinta senza controindicazioni per l'ureterosopia, il trattamento endoscopico definitivo di una calcolosi acuta, dopo il fallimento delle misure conservative, rappresenta una ragionevole strategia di management. Sebbene più ricerche randomizzate controllate siano auspicabili per confermare tali risultati, attualmente le meta analisi di serie di casi pubblicate confermano la sicurezza della ureterosopia. Un approccio multidisciplinare è comunque la chiave per un management con esiti di successo per questa complessa popolazione.

*Management of stone disease in pregnancy. Curr Opin Urol. 2009 Dec 4.*

[INDICE](#)

## CONTRACCETTIVO CON ESTRADIOLO EFFICACE, SICURO E AD ALTA COMPLIANCE

Uno studio multicentrico, open-label, non-comparativo, condotto in Germania, Austria e Spagna, ha valutato efficacia e sicurezza della nuova formulazione contraccettiva orale (OC) contenente estradiolo valerato (E2V; 1mg di E2V equivalente a 0.76mg di 17beta-estradiolo) e dienogest (DNG) in donne tra 18 e 50 anni d'età per 20 cicli. Nello studio, pubblicato su *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* a cura dei ricercatori dell'Istituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer di Madrid, la preparazione E2V/DNG è stata prescritta secondo due approcci, uno estrogenico step-down e uno progestinico step-up per 26 giorni (E2V 3mg in giorni 1 e 2, E2V 2mg/DNG 2mg in giorni 3-7, E2V 2mg/DNG 3mg in giorni 8-24, E2V 1mg in giorni 25 e 26 e placebo in giorni 27 e 28). L'outcome primario era il numero di gravidanze in corso di trattamento nell'intera popolazione dello studio e nel sottogruppo 18-35 anni. L'efficacia del contraccettivo è stata stimata calcolando il Pearl Index. A un esame finale è stata misurata la soddisfazione delle utilizzatrici. Quasi 1.400 (1377) donne hanno assunto la pillola. Nel corso dello studio si sono avute 13 gravidanze (Pearl Index non corretto: 0.73). Sei di queste erano dovute a fallimento del metodo (Pearl Index corretto: 0.34). Nel sottogruppo di quasi 1000 donne di 18-35 anni si sono avute 12 gravidanze (Pearl Index non corretto: 0.94), 5 delle quali per fallimento del metodo (Pearl Index corretto: 0.40). La stragrande maggioranza delle donne (79.5%) erano soddisfatte o molto soddisfatte del trattamento. Gli eventi avversi collegati al trattamento sono risultati nel 19,8% dei casi. Durante 20 cicli di trattamento solo il 10,2% delle donne ha smesso prematuramente il trattamento per evento avverso. Gli autori concludono che la nuova formulazione contraccettiva orale basata sull'estradiolo fornisce una contraccezione altamente efficace ed affidabile. Ciò si realizza mediante combinazione di estradiolo valerato e dienogest assunti con un approccio estrogenico step-down e uno progestinico step-up per 26 giorni di trattamento attivo seguito da 2 giorni di placebo. La preparazione è ben tollerata ed è associata con un elevato grado di soddisfazione e ad un'alta compliance.

*Efficacy and safety of a novel oral contraceptive based on oestradiol (oestradiol valerate/dienogest): A Phase III trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 Dec 5.*

[INDICE](#)

## News dalla professione

### RETTORI: RETRIBUZIONI PER ASSISTENZA DA IMPUTARE A SSN, FONDI AL MINIMO

La Conferenza dei Rettori delle Università Italiane (CRUI) ribadisce la richiesta non più prorogabile di imputare al Sistema sanitario le spese retributive del personale universitario riferito all'assistenza, anche in applicazione del comma 5 dell'art. 8 del decreto legislativo n. 517/1998. La CRUI si farà promotrice di un'immediata apertura di un

tavolo di confronto con il MiUR e il MEF, al fine di mettere inequivocabilmente in evidenza il complesso delle esigenze vitali e non sopprimibili del sistema e di individuare le modalità e i canali di intervento. La CRUI ribadisce, a questo riguardo, l'esigenza di una più corretta identificazione degli indicatori di valutazione della ricerca e della didattica anche a correzione di quelli utilizzati nell'ultima assegnazione. Inoltre la CRUI rileva che la Finanziaria approvata dalla Camera attribuisce alle Università statali 400 milioni di euro a parziale reintegro, per il solo 2010, del taglio di 678 milioni previsto dalla manovra dell'anno scorso e non prevede alcuna integrazione per gli atenei non statali. Per quanto superiore alle ipotesi iniziali ed a una prima versione dell'emendamento governativo in materia, "l'assegnazione rimane al di sotto del fabbisogno minimo complessivo, responsabilmente indicato dalla CRUI in 500 milioni per le Università statali e in 50 milioni per le Università non statali". E' quanto si legge in un comunicato della stessa conferenza dei rettori. "Le Università - si legge ancora nella nota - sono impegnate a gestire con il massimo rigore le risorse a disposizione: ma deve essere chiaro che, senza fondi integrativi assegnati a breve termine, tenendo eventualmente conto delle eventuali revisioni del carico Irap e dei maggiori introiti già assicurati o che potrebbero ulteriormente derivare dallo scudo fiscale, e senza altre misure compensative, peggioreranno seriamente e, in alcune situazioni in modo irrimediabile, l'efficienza, la qualità e l'equilibrio finanziario degli Atenei.

[INDICE](#)

### QUASI 70 MANAGER SANITA' A GIUDIZIO A MILANO, IPOTESI CARTELLE FALSE

La procura di Milano ha notificato l'avviso di chiusura indagini nei confronti di 68 persone, tra cui vertici amministrativi e medici di tre istituti clinici milanesi per i reati di falso in atto pubblico e truffa aggravata ai danni dello Stato. L'ipotesi al vaglio degli inquirenti è che venissero truccate le cartelle cliniche per ottenere rimborsi maggiori di quelli dovuti dall'Ssn, "ad esempio indicando l'avvenuto ricovero di alcuni pazienti per necessità terapeutiche mentre in realtà le prestazioni venivano erogate in regime ambulatoriale", come si legge nella nota della Gdf. Nel corso delle indagini, inoltre, sono stati sottoposti a sequestro circa 6,5 milioni di euro, "somme ritenute il profitto illecito delle strutture ospedaliere ottenuto grazie alle cartelle cliniche 'gonfiate'", come conclude la nota.

[INDICE](#)

### News di politica sanitaria

#### DRG DA AGGIORNARE

Dall'introduzione, nel 1994, del nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera a DRG (Diagnosis Related Group), è ancora aperto il dibattito sulle soluzioni che consentano una corretta gestione dello strumento. Nel corso degli anni, infatti, l'architettura generale del sistema è rimasta sostanzialmente invariata. La fisiologica evoluzione che avrebbe dovuto vedere - come linea di indirizzo - modalità di finanziamento diverse a seconda della complessità assistenziale della casistica trattata, tenendo in considerazione non solo gli aspetti quantitativi ma anche qualitativi delle prestazioni, ancora oggi non riesce ad affermarsi efficacemente ed uniformemente nel nostro Paese. I ritardi negli aggiornamenti hanno, poi, generato un'estrema variabilità di scenari nell'ambito della determinazione delle tariffe, con un alternarsi di "soluzioni" diverse anche all'interno di una stessa Regione. Questa disomogeneità nell'applicazione del Sistema di Codifica ha portato a una difficile integrazione e utilizzazione del Sistema stesso. Ad oggi, dopo l'introduzione della nuova versione 24 dei DRG, sull'intero territorio nazionale, a partire dal 1° gennaio 2009, le corrispettive tariffe non sono state ancora emanate. Questa carenza determina, quindi, un ulteriore rallentamento nell'aggiornamento del Sistema con obiettive difficoltà per gli ospedali a garantire le prestazioni innovative e ad alto valore clinico e per il cittadino ad accedere a livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale. Il tema è stato al centro, a Roma, del Convegno *"Le nuove tariffe per i DRG. Implicazioni per il governo dell'innovazione tecnologica e delle cure nel Servizio Sanitario Nazionale. Il Caso della Regione Lazio"* cui hanno partecipato esponenti del mondo istituzionale, medico-sanitario, accademico e imprenditoriale.

[INDICE](#)

#### SINDACATI MEDICI APRONO 'VERTENZA SALUTE' PER SALVARE SSN A RISCHIO

"Nessuna risposta alle esigenze dei cittadini e degli operatori che vogliono un servizio più efficiente, moderno e di qualità in tutto il Paese. Nuove chiusure di posti letto ospedalieri senza prevedere alcun servizio alternativo. Risposte inadeguate alla impellente domanda di assistenza per gli anziani ed i non autosufficienti. Nessuna risposta alla piaga delle liste d'attesa che le Regioni scaricano su medici ed operatori costretti a lavorare in condizioni inaccettabili. E intanto continua lo scandalo delle nomine politiche di primari e direttori generali, dove si guarda più alla tessera di partito che alla qualità delle persone". Un quadro "allarmante e drammatico", quello che ha portato i sindacati dei medici e degli altri dirigenti delle Asl e degli ospedali pubblici italiani ( ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID - FESMED - SDS SNABI - AUPI - SINAFO - FEDIR SANITA' - SIDIRSS), ad aprire una vera e propria "vertenza salute" per richiamare l'attenzione di Governo, Parlamento, Regioni ed opinione pubblica sul progressivo e apparentemente inarrestabile degrado della sanità

pubblica italiana. "Il rischio più grande - denunciano i 130 mila dirigenti del Ssn - è quello di arrendersi di fronte a una realtà di disfacimento del sistema sanitario pubblico italiano, che ormai non offre più neanche la consolazione di un Centro-Nord che 'tutto sommato se la cava'. Dinanzi a scelte di basso profilo per la sanità, è tutto il sistema ad andare in crisi. Anche nelle realtà fino ad oggi considerate di buon livello". E - spiegano - anche il nuovo Patto per la Salute non risolve il problema ormai cronico dello spreco di risorse da parte di molte Regioni, che, in accordo con il Governo, preferiscono fare ricorso, ancora una volta, a tagli indiscriminati delle voci di spesa, quali la rottamazione dei Medici invece di predisporre piani di risanamento gestionale e di ristrutturazione dei servizi, con il risultato che molti cittadini vedranno messa in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali. L'ulteriore riduzione del numero di posti letto per acuti (3,3 per mille abitanti) ne produrrà un ulteriore taglio (si calcolano quasi 10 mila letti in meno) che in presenza di un forte ritardo della riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali rischia di provocare un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate prioritariamente le fasce di popolazione più deboli, gli anziani, i malati cronici, i portatori di polipatologie.

[INDICE](#)

## DA CONFERENZA REGIONI OK A RIPARTO FONDO SANITARIO NAZIONALE

La Conferenza delle Regioni ha raggiunto l'intesa "sull'assetto complessivo" del riparto del fondo sanitario nazionale. Lo ha spiegato il presidente della Conferenza, Vasco Errani, al termine della riunione della scorsa settimana. Le Regioni avevano già raggiunto un'intesa di massima sul riparto del fondo da 106,2 miliardi di euro.

[INDICE](#)

## UE: 1 MORTO OGNI 2 MINUTI, 35 MLN L'ANNO AL PRONTO SOCCORSO

Ogni anno, nell'Unione Europea, circa 7 milioni di persone sono ricoverate in ospedale e 35 milioni giungono in pronto soccorso a causa di un traumatismo (od avvelenamento) conseguente ad incidente o violenza. Sono i dati 2005-2007 di Eurosafe, l'associazione europea per la prevenzione degli infortuni e la promozione della sicurezza, e la rete del sistema europeo di sorveglianza degli incidenti "Injury DataBase" (IDB) supportato dalla Commissione Europea, che hanno presentato il Rapporto 2009 "Infortuni nell'Unione Europea". Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, coordinatore per l'Italia dell'IDB nell'ambito delle attività del Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA), i gruppi di popolazione a maggior rischio di incidente sono i bambini, i giovani (in particolare adolescenti), gli anziani e gli utenti deboli della strada quali pedoni e ciclisti. Le attività prevalenti sono quelle legate all'uso di prodotti per il consumatore, quelle sportive, unitamente al suicidio e alla violenza interpersonale. Dal rapporto emerge come ogni due minuti una persona muoia per infortunio, per un totale di un quarto di milione di morti per infortunio ogni anno nell'Unione Europea. Ma c'è una forte differenza nei tassi di mortalità tra i Paesi dell'Unione. Più di 100.000 persone ogni anno potrebbero essere salvate ogni anno se ciascuno dei 27 Paesi membri riducesse il proprio tasso di mortalità per infortuni al livello minimo di mortalità osservato tra i paesi dell'Unione.

[INDICE](#)

## ISS: GIOVANI POCO INFORMATI SU ANTIBIOTICI

I giovani italiani sono meno informati e consapevoli degli adulti sul ruolo e sull'uso degli antibiotici. Lo rivela un'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità su un campione di 2.200 persone in tutto il Paese. I dati mostrano che l'uso degli antibiotici in Italia è migliorato globalmente per alcuni aspetti come per esempio quello che riguarda l'associazione tra la prescrizione del farmaco e il suo utilizzo in particolare in ambito pediatrico (ormai più dell'80% della popolazione lo associa alla prescrizione medica), mentre rimane critica, soprattutto nei giovani, la conoscenza del fenomeno dell'antibioticoresistenza e dei suoi rischi e si è ancora lontani da un approccio consapevole e corretto all'uso di questi farmaci. Il rapporto con gli antibiotici, inoltre, è reso un po' più complicato anche dall'ondata influenzale del nuovo virus pandemico A sul quale c'è molta incertezza rispetto al ruolo terapeutico di questi farmaci. Tra i giovani, infatti, solo poco più del 30% ha sentito parlare di antibioticoresistenza, contro circa il 70% degli adulti e il 47% degli anziani e ancora oltre il 40% di loro crede di poterlo acquistare autonomamente. Anche sull'influenza e gli antibiotici appare asimmetrica la consapevolezza riguardo il ruolo dell'antibiotico. Nell'influenza stagionale, infatti, almeno la metà degli italiani sa che l'antibiotico deve essere somministrato solo in caso di complicanze mentre solo il 30% degli italiani sanno che la stessa regola vale anche per l'influenza A e un altro 30% invece è indeciso su cosa fare degli antibiotici in caso di pandemia.

[INDICE](#)

## SIGO informa

### IN AUMENTO I PARTI UNDER 19 IN ITALIA, LA SIGO CHIEDE INTERVENTI DI TUTELA

Dal 2006 al 2007 i parti delle under 19 in Italia sono aumentati dello 0,5%, un incremento dovuto alle immigrate o alle loro figlie. Individuare strategie di prevenzione e assistenza al fenomeno dei parti tra le adolescenti è stato l'obiettivo dell'incontro organizzato da SIGO che si è svolto la scorsa settimana all'Istituto nazionale per la

promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP). “Sono necessari ed urgenti interventi di tutela – ha affermato Giorgio Vittori – per educare ad una pianificazione familiare informata e protetta e preservare la fertilità delle ragazze dall’aggressione di malattie sessualmente trasmissibili, frutto di comportamenti troppo “disinvolti”. Un compito a cui noi ginecologi non possiamo sottrarci, indispensabile a garantire la salute delle nostre pazienti e dei loro figli”. “Oltre ai potenziali problemi fisici connessi alla nascita pretermine o al basso peso, questi bambini possono presentare difficoltà di inserimento, di sviluppo e di integrazione sociale – ha spiegato Emilio Arisi, consigliere SIGO -. Inoltre, tendono a diventare a loro volta madri/padri adolescenti. Non solo, sono più esposti a rischi del maltrattamento, violenza, abuso e abbandono e, una volta cresciuti, hanno maggiori possibilità di assumere atteggiamenti di delinquenza giovanile, come osservato soprattutto negli USA”. Inoltre al convegno è stato evidenziato che sono circa 70 mila, nel mondo, le giovanissime che muoiono per via di una gravidanza, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Le madri adolescenti tra i 15 e i 19 anni rischiano nel parto esattamente il doppio, rispetto alle donne in gravidanza che abbiano superato i 20 anni di età. E la mortalità materna connessa alle madri di età 10-14 anni è 5 volte quella manifestata dalle donne over 20

## EDUCAZIONE SESSUALE A SCUOLA: IN DISTRIBUZIONE IL KIT DELLA SIGO

Disponibile su richiesta il kit strutturato per l’educazione sessuale nelle scuole realizzato dalla SIGO per tutti i ginecologi che si recano nelle classi per parlare di questi temi. Comprende un cortometraggio animato firmato dal vignettista Bruno Bozzetto, per smentire i luoghi comuni sulla pillola anticoncezionale, una guida ad hoc per gli insegnanti, un magazine per i ragazzi, poster, schede di valutazione pre e post intervento e un set di slide da modulare e personalizzare.

Per visualizzare i materiali [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it)

Per richiedere il kit inviare una mail a [intermedia@intermedianews.it](mailto:intermedia@intermedianews.it)

## AL VIA MASTER IN EPIDEMIOLOGIA E BIostatISTICA

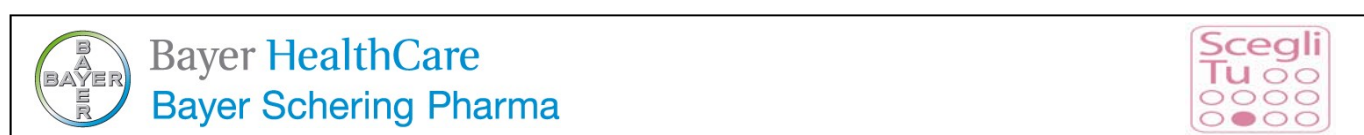
Il Master di II livello in “Epidemiologia e Biostatistica” dell’Università Cattolica di Roma - diretto dal prof. Walter Ricciardi - ha lo scopo di fornire una preparazione professionale che garantisca un pronto inserimento nel mondo del lavoro nell’ambito delle aziende sanitarie pubbliche e private, negli enti pubblici e privati interessati alle attività di ricerca in campo epidemiologico e in tutte le aziende industriali e di servizi operanti nel settore biomedico allargato. Il numero di ammessi è fissato in 25 posti. L’ammissione si realizza tramite il superamento di una prova orale volta ad accertare le motivazioni nel campo dell’epidemiologia, la buona conoscenza della lingua inglese, le conoscenze informatiche e la valutazione del curriculum di studio e scientifico/ professionale.

Per saperne di più [scarica la locandina](#)

## CONVENZIONE SIGO-LUISS BUSINESS SCHOOL PER EMPHA

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

[INDICE](#)



## CORSI E CONGRESSI 2009

### Italia

#### **LA GESTIONE CLINICA DEL LUTTO PERINATALE, STRATEGIE DI INTERVENTI E LINEE GUIDA**

Bolzano, 13 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: [monikastablum@yahoo.it](mailto:monikastablum@yahoo.it)

#### **MANTENIMENTO E MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA GESTIONE QUALITA' (SGQ) NELLA S.C. GINECOLOGIA-OSTETRICIA**

Savona, 13 (e 27) gennaio 2010

[Programma](#)

#### **LA REGIONE ABRUZZO E LO SCREENING DEL FUTURO**

Pescara, 14 gennaio 2010

[Programma](#)

## **LE PATOLOGIE DELL'ETÀ FERTILE: ASPETTI FISIOLGICI E PSICO-EMOZIONALI**

Roma, 14 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: [nobileco@yahoo.it](mailto:nobileco@yahoo.it)

## **L'IMPIEGO ATTUALE E FUTURO DELLE CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE: COSA ASPETTARSI?**

Napoli, 21 gennaio 2010

[Programma](#)

## **DIAGNOSI E TERAPIA FETALE, MASTER IN BIOETICA**

Roma, 21 gennaio 2010

## **XII CORSO PERMANENTE UNIVERSITARIO DI PERFEZIONAMENTO IN CARDIOTOCOGRAFIA CONVENZIONALE E COMPUTERIZZATA**

Napoli, 21 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: [dilieto@unina.it](mailto:dilieto@unina.it)

## **ASSISTERE SECONDO LA TEORIA DELLA CULTURE CARE. PROMOZIONE DELL'ACCESSO DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA AI SERVIZI SOCIO SANITARI.**

Crotone, 26 - 27 gennaio 2010

Giulianova Lido (TE) 30 gennaio 2010

[Programma](#)

## **MANAGEMENT DEGLI EFFETTI COLLATERALI DELL'ORMONOTERAPIA ADIUVANTE NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA**

Roma, 30 gennaio 2010

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

[Programma](#)

## **LA GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: UNA DISCIPLINA AL SERVIZIO DELLA SALUTE DELLA DONNA GIOVANE**

Giulianova Lido (TE) 30 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: [gildadipaolo@libero.it](mailto:gildadipaolo@libero.it)

## **MASTER UNIVERSITARIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatISTICA, VII EDIZIONE**

Roma, I blocco 1 - 19 febbraio 2010

[Programma](#)

## **APPUNTI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA IN VALLE SERIANA**

Bratto (BG), 5 febbraio 2010

[Programma](#)

## **CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN GINECOLOGIA INFANZIA E ADOLESCENZA**

Firenze, 15 - 17 febbraio 2010 e 15 - 17 marzo 2010

[Programma](#)

## **L'ASSISTENZA DEL NEONATO SANO IN SALA PARTO**

Bolzano, 22 febbraio 2010

Segreteria organizzativa: [monikastabulum@yahoo.it](mailto:monikastabulum@yahoo.it)

## **GRANDANGOLO 2010: UN ANNO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA. *LE NUOVE FRONTIERE DELLA DIAGNOSTICA D'IMMAGINI***

Roma, 25 - 26 febbraio 2010

[Programma](#)

## **14<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY**

Firenze, 4 - 7 marzo 2010

[Programma](#)

## **LA DIMISSIONE A CASA DELLA MAMMA E DEL NEONATO (CASI CLINICI)**

Bolzano, 15 - 16 marzo 2010

Segreteria organizzativa: [monikastabulum@yahoo.it](mailto:monikastabulum@yahoo.it)

**ALLATTAMENTO MATERNO E OSPEDALI AMICI DEI BAMBINI: DIECI PASSI INSIEME PER LA QUALITÀ DEL PERCORSO NASCITA**

Palermo, 26 - 27 marzo 2010

[Programma](#)

**Estero**

**BRITISH FERTILITY SOCIETY (BFS) ANNUAL MEETING 2010**

Bristol, England (UK) 6 - 7 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: [bfs@bioscientifica.com](mailto:bfs@bioscientifica.com)

**2ND WORLD CONFERENCE: HORMONAL AND GENETIC BASIS OF SEXUAL DIFFERENTIATION DISORDERS AND HOT TOPICS IN ENDOCRINOLOGY**

Miami Beach, Florida (Usa) 15 - 17 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: [mmarino@med.miami.edu](mailto:mmarino@med.miami.edu)

**2010 FACULTY DEVELOPMENT SEMINAR OF ASSOCIATION OF PROFESSORS OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS (APGO)**

Scottsdale (Usa) 16 - 19 gennaio 2010

**THE FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON WOMEN'S HEALTH AND UNSAFE ABORTION**

Bangkok (Thailandia) 20 - 23 gennaio 2010

[Programma](#)

**BGICC BREAST GYNE INTERNATIONAL CANCER CONFERENCE**

Cairo (Egitto) 21 - 22 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: [bgicc2010@gmail.com](mailto:bgicc2010@gmail.com)

**6TH ANNUAL OPTIMIZING MINIMALLY INVASIVE GYNECOLOGY**

Fort Lauderdale (Usa) 22 - 25 gennaio 2010

**7<sup>TH</sup> EUROPEAN CONGRESS: PERSPECTIVES IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY**

Barcelona (Spagna) 29 - 30 gennaio 2010

[Programma](#)

**1<sup>ST</sup> EUROPEAN CONFERENCE ON SIMULATION IN WOMEN'S HEALTH**

London (UK) 25 - 26 febbraio 2010

[Programma](#)

**21<sup>ST</sup> EUROPEAN CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY (EBCOG 2010)**

Antwerp (Belgio) 5 - 8 maggio 2010

Segreteria organizzativa: [EBCOG2010@semico.be](mailto:EBCOG2010@semico.be)

[Programma](#)

**11<sup>TH</sup> CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CONTRACEPTION**

L'Aia (Olanda) 19 - 22 maggio 2010

[Programma](#)

**16<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS ON PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY**

Montpellier (Francia) 22 - 25 maggio 2010

Segreteria organizzativa: [c-sultan@chu-montpellier.fr](mailto:c-sultan@chu-montpellier.fr)

[Programma](#)

**WOMAN 2010**

Washington, DC (Usa) 7 - 9 giugno 2010

[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)