



futuro

n. 53 Aprile 2015

Stati Generali SIU



Riardo 12 marzo 2015

pag. 8

uroStoria

Interviste ai grandi
personaggi che hanno
segnato l'evoluzione
dell'urologia

pag. 22

eUrology

Personal Branding Web
e Identità:
le frontiere digitali
della professione

pag. 26

Fondazione SIU

Un nuovo strumento
per far vivere l'urologia, la
ricerca e la divulgazione
scientifica



Sommario

STATI GENERALI SIU

STATI GENERALI SIU 2015, UN ANNO DENSO DI PROGETTI *di Antonio Luigi Pastore*

3

FORMAZIONE

HANDS-ON TRAINING E-BLUS CERTIFICATION - CONGRESSO SIU 2015 *di Domenico Veneziano*

7

QUESTIONARI E DINTORNI

CIFU UN ALTRO GENERE DI UROLOGIA - PERCHÈ INSISTIAMO CON QUESTI QUESTIONARI? *di Maria Teresa Filocamo*

16

URO-RUBRICHE

UROSTORIA - INTERVISTE AI PERSONAGGI CHE HANNO SEGNA TO L'EVOLUZIONE DELL'UROLOGIA *di Angela Maurizi*

8

UROLOGIA DI CONFINE - CACCIA A GLOBULO ROSSO CON MARCO PAVESI *di Serena Maruccia*

10

FUTURO INCONTRA FRANCA NATALE *di Serena Maruccia*

12

PANE, AMORE E UROLOGIA - RECUPERARE LA FORMA IN 4 MOSSE *di Angela Maurizi*

14

UROSCOPO - FIORI TRA LE STELLE *di Angela Maurizi*

18

E-UROLOGY - PERSONAL BRANDING, WEB E IDENTITÀ *di Angela Maurizi*

22

INTERVISTE ECCELLENTI: CARLO PONTECORVO *di Serena Maruccia*

24

UNA VENTATA DI NOVITÀ PER IL NOSTRO FUTURO *di Elisabetta Costantini*

27

FOCUS-ON - XIV CONGRESSO IEA *di Serena Maruccia*

6

ACQUA, SALUTE & UROLOGIA. QUALE RELAZIONE? *di Serena Maruccia*

13

NOVITÀ NEL TRATTAMENTO DELLA COLICA RENALE *di Alberto Saita*

20

FONDAZIONE SIU *di Angela Maurizi*

26

L'UROLOGIA PER I GIOVANI OGGI *di Andrea Cocci*

28

PILLOLE DI SEGRETERIA

31

Stati Generali SIU 2015

**Un anno denso di progetti,
specchio di una società
in continua crescita**



di **Antonio Luigi Pastore**

3



Riardo (CE) 12-13 marzo 2015 Stabilimento Ferrarelle

Si sono appena conclusi i lavori degli Stati Generali SIU presso lo Stabilimento Ferrarelle di Riardo, scenario di una nuova e preziosa partnership con l'affermatissimo brand tutto italiano dell'acqua della salute urinaria, riconosciuta dalla nostra Società e dal Ministero della Salute. Tante novità, dunque, e numerosi progetti, segno di una società con la continua voglia di rinnovarsi. Si parte con un report dello studio CONDUCT sul trattamento precoce in pazienti naïve con sintomi moderati delle basse vie urinarie, a cura del Prof. Stephan Madersbacher (Vienna, AU), in collegamento streaming, grazie al consolidato supporto offerto dalla Glaxo Smith & Kline.

Apri i lavori della SIU il **Presidente Prof. Maurizio Brausi** che ci presenta una novità, già anticipata via mail a tutti i Soci, ossia la costituzione dei TMD "Team Multi-Disciplinari" per la diagnosi, trattamento e follow-up dei tumori urologici, le cosiddette





Ufficio comunicazione web team



dette Uro-Onco Units. Il progetto, molto ambizioso, sembra finalmente realizzabile e su questa strada la SIU si sta impegnando in modo determinante. Altri programmi in itinere sono quello dei “Giovani Urologi Italiani”, mirato al sostegno ed inserimento degli urologi in formazione ed, infine, la prosecuzione del progetto SIU - Bocconi, iniziato e fortemente voluto dal **Past President Prof. Giuseppe Martorana**.

Segue la relazione del **Segretario, Prof. Vincenzo Mironi**, che ci illustra le numerose iniziative della Società, uno scenario variegato, segno della vitalità e dei molteplici impegni profusi in questo anno: **1)** i DBC - Dipartimenti Benessere di Coppia; **2)** il “neonato” Senato degli Specializzandi, grande scommessa della Società, che ha visto il suo primo coinvolgimento a Vicenza sulle infezioni urinarie. L’evento, che è stato un vero successo, vedrà ora al lavoro i senatori che dovranno diventare i portavoce nelle loro realtà, mediante seminari o incontri sul tema; **3)** le TMD Uro-Onco, appena presentate dal Presidente; **4)** la creazione di Stone Units in collaborazione con i Nefrologi (con Vitasnella quale possibile motore delle nuove Stone Units); **5)** il progetto SIU - Bocconi, i cui primi sorprendenti risultati saranno spunto di molte riflessioni e di un lavoro che continuerà al servizio degli urologi italiani e soprattutto delle nuove generazioni al fine di individuare le prospettive future della nostra disciplina; **6)** i rapporti con Federazioni; **7)** la collaborazione con il Collegio degli Ordinari per un condiviso ruolo degli specializzandi; **8)** il contratto con Ferrarelle ed il rinnovo con Emilia Viaggi, segni importanti di un rinnovato supporto, fondamentale per la nostra Società. Il Segretario ha sottolineato in particolare la necessità di una attenta rilettura della

Disciplina, al passo con i tempi. I nodi da sciogliere, in relazione al “preoccupante” report del Progetto SIU - Bocconi, sono il rapporto tra anima medica e chirurgica della disciplina, la varietà/omogeneità delle strutture urologiche, le relazioni di collaborazione/competizione con le altre comunità professionali (ad es. oncologi, radioterapisti). Si sottolinea come vi siano enormi differenze tra regione e regione, come il mercato dell’urologia oggi sia dominato dall’oncologia, seguita da calcolosi, urologia funzionale, andrologia ed infezioni con la necessità di nuove competenze urinarie soprattutto nell’ambito medico della disciplina.

Segue il **Prof. Giuseppe Carrieri**, che relaziona sui progetti educazionali svolti nel 2014 ed i progetti del 2015 di cui sicuro fiore all’occhiello sarà la Summer School SIU - AUA che si terrà a Montegridolfo subito prima del Congresso Nazionale con un expert panel SIU-EAU-AUA.

Quindi la parola alla **Prof.ssa Elisabetta Costantini**, responsabile dell’Ufficio Comunicazione, Comitato FutURO-WEB, che ha messo in luce come la rivista della Società sia tornata ad essere sfogliata, letta e scaricata online. Il sito WEB ha visto un incremento delle visite pari al 57%, questo grazie soprattutto all’entusiasmo dei ragazzi del web, che ci spingono a migliorare e a perfezionare la forma e i contenuti, quindi nuove vesti grafiche e nuovi argomenti sia per il nostro sito che per FutURO. Grande il lavoro svolto nel 2014 con la rivisitazione completa del nostro sito che dovrebbe portare a breve all’aggiornamento completo del sito www.siu.it insieme a quello di **Pianeta Uomo** e della nuova **Fondazione SIU**. In breve, potenziamento della sezione news, dei social network e dell’area pazienti, al fine di offrire sia sul web che sulla nostra rivista un prodotto sempre



IMPEGNI, ATTIVITÀ, PROGETTI SIU IN 8 PUNTI:

1. DBC Dipartimenti Benessere Coppia
2. Senato degli Specializzandi
3. TMD Dipartimenti Multidisciplinari
4. Stone Units in collaborazione con i Nefrologi
5. SIU Bocconi
6. Federanziani
7. Collegio degli Ordinari
8. Contratto Ferrarelle, rinnovo Emilia Viaggi

più fruibile ed aperto a tutti i Soci, aumentando i benefits per gli iscritti e creando piattaforme dove tutti gli stakeholders possano trovare le loro risposte in ambito urologico. Un grande lavoro di equipe quindi dove il comitato di FutURO, grazie alle sue personalità innovative continuerà a stupire i Soci per le proposte originali e per la sua capacità di dar voce a tutti gli urologi, mentre il comitato web, grazie ai nostri ragazzi, riuscirà a rinnovarsi proiettandosi nel futuro.

La **Prof.ssa Donata Villari** ci ha poi illustrato il progetto “Urologi Italiani” in collaborazione con SIU, SIUT, UROP al fine di fornire un’anagrafica istantanea della condizione urologica italiana, una mappa capillare dell’urologia che comprenda anche la realtà privata e quella sul



territorio. Altro importante progetto ongoing è URO STReGA, che vede in corso la validazione del PUF (questionario sul pelvic pain e corredo sintomatologico urgenza – frequenza), la valutazione dell’efficacia della riabilitazione del pavimento pelvico per il recupero di continenza ed erezione dopo prostatectomia radicale ed infine l’organizzazione della Seconda Giornata Nazionale delle Donne Urologo. Quest’ultimo è un progetto ambizioso, fondamentale oggi nella realtà urologica dove le donne, sempre più presenti, devono però trovare la loro identità e la loro collocazione.

Il **Prof. Giuseppe Morgia** interviene invece sul Progetto “Pianeta Uomo”, comunicando che il sistema si è completamente rinnovato con l’istituzione di un nuovo Comitato Scientifico insediatosi lo scorso gennaio. A breve le novità e le iniziative per il 2015.

Infine il **Prof. Andrea Tubaro** relaziona sulla Fondazione LUNA, che si rinnoverà completamente, lasciando il posto alla nuova Fondazione SIU Urologia Onlus. Ambizioso è il progetto per dare nuovo impulso soprattutto alla ricerca ed ai giovani ricercatori italiani. Prima grande iniziativa sarà quella, presentata al Ministero della Salute, in collaborazione con i Colleghi ginecologi sulle malattie sessualmente trasmissibili. La nuova Fondazione avrà un nuovo sito ed insieme al comitato scientifico lavorerà con uno spirito intraprendente, al fine di restare al passo con i tempi e con le nuove prospettive dell’Urologia Italiana.

Quindi, spazio ai tavoli UROLab per permettere a ciascun comitato di progettare e definire le idee per quest’anno e per i prossimi.

Il bilancio societario è sicuramente in attivo, come riportato dal nostro Tesoriere **Prof. Giuseppe Ludovico**, ma in quanto a progetti in corso, futuri e futuribili possiamo senza dubbio affermare che gli Stati Generali della SIU ritraggono una società in salute, viva e, così come anticipato nel titolo, in continua crescita.



di Serena Maruccia

XIV Congresso IEA Associazione Italiana di Endourologia Milano 26-28 febbraio 2015

Che cosa è cambiato rispetto alla tradizione?

Abbiamo voluto introdurre dei cambiamenti rispetto all'abituale format del convegno prendendoci qualche rischio, ma alla fine siamo contenti di averlo fatto.

A che cosa ti riferisci in particolare?

La prima sfida è stata quella di annullare le comunicazioni/poster. Le classiche aulette semi-deserte, dove un moderatore e pochi relatori si confrontano con scarso entusiasmo, non ci convincevano. Certo il rischio era quello di disincentivare l'afflusso, ma volevamo soprattutto qualità.

E poi?

La grande novità è stata quella di trasmettere tanti interventi in diretta e ciascuno con un moderatore e una linea di commento e discussione dedicata. Chiunque ha potuto seguire l'intervento che più lo interessava senza perdere passaggi chiave legati alla discrezionalità della regia.

Senza dubbio un'innovazione! Una bella idea. Ma alla fine quale è stato il risultato?

Ho visto per la prima volta questo sistema "Challenge in laparoscopy" a Barcellona. L'idea mi era piaciuta, anche se il silenzio in aula è strano. Si perde la possibilità di una discussione collegiale e quel senso di convivialità a cui siamo abituati, ma nel complesso la formula è vincente.

E le domande?

Microfono dedicato, email o Twitter, anche se ci siamo resi conto che Twitter non è ancora molto diffuso nell'ambiente urologico.

Un totale di 122 specializzandi sono tanti. Circa il 25% di tutti gli specializzandi italiani. Come mai un'affluenza così rilevante?

Abbiamo voluto che i giovani fossero protagonisti, sul serio. Infatti ogni intervento aveva uno specializzando in sala come provoker; è stata allestita una sala Hands-On davvero completa. A tale proposito non posso non ringraziare il gruppo AGILE ed in particolare Domenico Veneziano per la loro disponibilità! Abbiamo cercato di creare un clima ospitale e di ottenere iscrizioni

Bernardo Rocco



**La parola a Bernardo Rocco IRCCS
Ospedale Maggiore Policlinico
Mangiagalli - Milano**

400 iscritti, **122** specializzandi, **48** aziende, **22** interventi di chirurgia dal vivo trasmessi via satellite da due sale operatorie del Policlinico di Milano e da una del Humanitas. Questi in sintesi i numeri del **XIV Congresso IEA** che si è tenuto a **Milano dal 26 al 28 febbraio 2015** presieduto da Guido Giusti e Bernardo Rocco, con il coordinamento del **Prof. Bianchi, Segretario Generale della IEA.**

piuttosto favorevoli da un punto di vista economico. L'ultimo giorno abbiamo previsto una sessione di "live surgery" a scopo didattico, al fine di capire come il tutor aiuta il chirurgo in formazione.

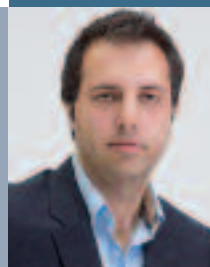
Prossima edizione?

Nel 2016 a Roma. A breve inizieremo a riunirci per organizzarlo! Sarà una bella sfida cercare di fare meglio di quest'anno.

Un'ultima cosa: un doveroso ringraziamento a tutto lo staff del Policlinico ed Humanitas per l'enorme lavoro "dietro le quinte".

HANDS-ON TRAINING e E-BLUS Certification

Il Congresso SIU 2015 a Riccione è la tappa nazionale dove poter partecipare alle prove di esame E-BLUS



di Domenico Veneziano

Anche nel 2015, per la terza volta consecutiva, il Congresso Nazionale della Società Italiana di Urologia offrirà sessioni Hands-on training, divenute ormai uno dei punti di forza dell'evento. La collaborazione con EAU e la European School of Urology (ESU) si rinnova anche quest'anno grazie alle prove pratiche d'esame E-BLUS, ad oggi una delle più importanti certificazioni di abilità chirurgiche pratiche al mondo, riconosciuta da una società scientifica urologica.

Grazie al mio impegno come **Coordinatore Hands-on training**, l'Italia si conferma ancora una volta sul territorio europeo come unica tappa nazionale dell'esame, alternativamente fruibile solo durante il Congresso EAU e negli ultimi giorni del corso EUREP.

Le prove da superare si concentreranno ancora una volta su skill di base, come suggerito dallo stesso acronimo E-BLUS (European Basic Laparoscopic Urological Skills): precisione bi-manuale, trazione e taglio, percezione della profondità di campo, applicazione del punto con nodo intracorporeo secondo Rosser.

Per prendere parte all'esame sarà necessario eseguire la **registrazione online** e superare la prova teorica sul sito <http://hot.uroweb.org/>. Secondo le ultime normative dettate dalla Società Europea di Urologia, la partecipazione alla prova pratica avrà un costo di Euro 50,00 utile alla copertura delle spese di gestione e verifica. In abbinamento alle prove d'esame, saranno inoltre presenti le consuete sessioni Hands-on, concentrate sui più attuali temi della chirurgia urologica. I protocolli di training laparoscopico saranno conformi agli standard EUREP, da quest'anno con sessioni "one-on-one" di 45 minuti. Sarà inoltre possibile eseguire un addestramento mirato all'uso della consolle Da Vinci, grazie ai simulatori virtuali con tecnologia Mimic. La parte endoscopica, curata da Davide Arcaniolo, darà inoltre spazio a training pratico focalizzato sulle differenti tecniche di trattamento dell'IPB e della calcolosi urinaria. La partecipazione ai corsi sarà regolata da un'iscrizione gratuita on-line.

Il prossimo **Congresso SIU** si configura sin da ora come un momento di intenso carattere formativo, con la possibilità di vedere all'opera gli "experts" durante la chirurgia live e di apprendere nuovi "tips'n'tricks" grazie alle collaudate sessioni Hands-on.



Hands-on training

Un addestramento relativo ad una tecnica chirurgica, eseguito utilizzando gli strumenti con le proprie mani e provando le suddette tecniche in prima persona.



uroStoria

Intervista ai personaggi che hanno segnato l'evoluzione dell'urologia

8



Buonasera Dr Frederic, grazie per avermi concesso questa intervista.

Buonasera a lei Dottoressa, sono lieto di poter parlare, attraverso le sue parole ad un gruppo di colleghi cari. Mi scusi per il mio italiano, ma come le dicevo poco prima nel telefono, a proposito dottoressa, non trova sia una gran bella invenzione questa diavoleria dei telefoni? Continuando, come le spiegavo poc'anzi la mia prima laurea fu a Yale. Cancellare questo accento tedesco mi richiese molti anni. Ma la passione per la scienza mi portò ad una seconda laurea nel giro di 5 anni. In quel periodo conobbi e divenni amico di Harvey, lo conosce Dottoressa?

No, non credo.

Un internista, simpatico e arguto, Harvey Cushing, dovrò presentarglielo.

Internista? Ma come, lei non ha una formazione chirurgica specifica?

Ah, ah, ah. Questi neofiti della medicina. Per due anni fui al fianco del Dr William Halsted nei reparti di chirurgia generale e sono stato membro dello staff chirurgico di Pietro Brigham Hospital di Boston. Non ho mai avuto una vera formazione urologica, se è questo quello che vuole sapere, ma le mie conoscenze sono state certificate dal Consiglio di Urologia Americano.

Come le avevo preannunciato, mi sono messa in contatto con lei per saperne di più sul brevetto.

Il brevetto. La storia è piena di esempi come il mio. Questa diavoleria del telefono... non affermavate di averla inventata voi italiani? Dottoressa cosa vuole che le dica, la Davol Rubber Co. di Providence e una divisione di BF Goodrich di Akron, ci misero uno contro l'altro, Hobart Belknap da una parte, ed io dall'altra.

di Angela Maurizi



Ma esiste uno studio pubblicato sulla rivista scientifica "Urological Cutaneous Review" che presenta la stessa sua idea di un dispositivo medico di gomma a palloncino per controllare l'emorragia secondaria nei casi in cui non esiste nessuna apertura sovrapubica. Ed è antecedente alla sua proposta per la Goodrich.

Fui contattato dal Sig Bard, un industriale che lavorava per la Davol. I cateteri già erano distribuiti con il mio nome, e lo mantennero. L'ampio contenzioso che seguì per l'acquisto del brevetto fu risolto da un accordo di cross-license.

Cosa è una cross-license?

Talvolta avviene che l'impresa detenga già alcune conoscenze al proprio interno ma non sia in grado di utilizzarle nell'attività produttiva perché l'uso è impedito dall'esistenza di un brevetto di terzi. In tali casi, per evitare conflitti brevettali ed il costo del relativo contenzioso alcuni operatori scelgono di concedersi reciprocamente licenze. Ma non si può dimenticare che sono stato uno degli urologi più determinanti del millenovecento.

Questo è fuori discussione. La ringrazio dott. Frederic Eugene Basil Foley per il tempo che mi ha dedicato.

La saluto con una frase a me molto cara..."in medicina non bisogna temporeggiare, mentre i medici si consultano, il paziente muore" Herzliche Grüße.



L'evoluzione delle sonde nel corso del tempo

Gli Egizi ne fabbricarono in rame e/o stagno (3.000 a.C.).

Gli Indù utilizzarono cannule d'oro, di ferro o di legno per dilatare le uretre stenotiche.

I Cinesi costruirono le loro sonde con buccia di cipolla arrotolata e rivestita di lacca.

I Romani utilizzarono sonde in rame e/o bronzo, con le estremità ricurve.

Nel 1844 Goodyear consentì alla Medicina grandi progressi grazie alla scoperta della gomma vulcanizzata.

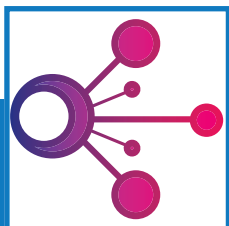
Il primo catetere in caucciù di utilità veramente pratica, fu quello di August Nélaton (1807 - 1873) utilizzato anche oggi.

Nel 1877 a New York, Tiemann e coll. modificano la sonda di Nélaton smussando gli orifizi perché risultavano meno traumatizzanti per l'uretra.

Nel 1836 Auguste Mercier inventò la sonda a gomito.

La sonda a palloncino di Foley ebbe un immediato, considerevole ed evidente successo.

Le vendite di cateteri Foley decollarono quando Harris Willits scoprì che un chirurgo a Flint, Michigan, stava utilizzando il Foley di routine come un catetere di ritenzione per i pazienti in fase post-operatoria.



urologia di confine

10

Nell'ambito di una corretta indicazione alla trasfusione di sangue è ancora opportuno fare riferimento al tradizionale esame emocromocitometrico oppure per una maggiore appropriatezza di trattamento occorrono altre evidenze cliniche?

L'emocromocitometrico comprende concentrazione di emoglobina ([Hb]) ed ematocrito (Ht%) che servono come indicatori più o meno diretti del contenuto di globuli rossi. Questi ultimi svolgono l'importante funzione di trasportare l'ossigeno a tutte le cellule del corpo per garantirne il corretto funzionamento. In realtà la loro funzione rappresenta solo uno dei vari meccanismi che sono direttamente coinvolti nella realizzazione della disponibilità di ossigeno per l'attività cellulare. Una condizione di anemia moderata (12-8 g/dl di Hb) non limita la disponibilità di ossigeno alle nostre cellule perché può essere garantita dal compenso offerto da altri meccanismi. La massima resa di tale sistema si concretizza nel paziente in condizioni di benessere in cui si riconosce il massimo coinvolgimento di questi meccanismi. E' quindi opportuno conoscere le condizioni cliniche del paziente per individuare il suo grado di tolleranza alla condizione anemica ed il livello di adeguatezza individuale alle esigenze di ossigeno. L'emocromocitometrico offre una minima informazione sulle potenzialità di trasporto di ossigeno, sui mezzi disponibili, i restanti meccanismi coinvolti partecipano alla sua disponibilità e cessione alle cellule.

Il rilevamento di segni e sintomi caratteristici di inadeguato trasporto di ossigeno testimoniano un difetto di funzione sistemica. Pallore, ridotta perfusione periferica, tachicardia, astenia, difficoltà a svolgere attività fisica o mentale sono tutte condizioni che non vengono riconosciute leggendo gli esami del sangue ma si ottengono attraverso una adeguata valutazione del paziente. Le Linee Guida internazionali sono tutte concordi nel tracciare dei riferimenti di trattamento definendo trigger trasfusionali verosimilmente uniformi. Tuttavia concordano anche nell'indicare quanto la presenza di comorbidità rappresenti una condizione che richiede la necessità di incrementare le soglie di indicazione alla tra-

Caccia al Globulo Rosso



Marco Pavesi

IRCCS Policlinico San Donato

Responsabile Buon Uso del Sangue

sfusione. Mentre un giovane può tollerare anche valori di [Hb] di 6 g/dl, un paziente anziano cardiopatico o diabetico o broncopneumopatico ha indicazione ad essere trasfuso anche a valori più alti sulla base delle sue capacità di tolleranza riconoscibili attraverso la comparsa di segni obiettivi di inadeguatezza dell'ossigeno alle esigenze dei tessuti periferici.

L'appropriatezza dei trattamenti viene definita dal beneficio che si ottiene con l'indicazione che è stata posta e i benefici si ottengono quando il trattamento è necessario. Overtransfusion e undertransfusion rappresentano i due estremi di una indicazione inappropriata ed entrambe possono indurre a rischi di complicanze. L'evidenza scientifica dimostra questo, il buon senso e la nostra professionalità ci impongono di evitare problemi legati alla non conoscenza o all'emotività.

Quali complicanze possono derivare da trasfusioni di sangue inappropriate?

I tanto temuti rischi di contrarre infezioni a seguito di trasfusioni si sono notevolmente ridotti sino a raggiungere livelli di incidenza vicini a 1 su un milione di trasfusioni. Questo livello di sicurezza è stato raggiunto grazie ai numerosi test di controllo che ormai vengono applicati di routine in ogni Centro Trasfusionale. Questa riduzione ha tuttavia consentito il riconoscimento di una parte di complicanze tanto frequenti quanto insidiose legate fisiopatologicamente all'effetto di immunomodulazione provocata dalle trasfusioni. In questo caso il coinvolgimento del sistema immunitario crea reazioni



di **Serena Maruccia**

di tipo infiammatorio atipico che possono favorire l'insorgenza di condizioni patologiche a carico del sistema cardiocircolatorio e respiratorio nonché predisporre a infezioni perioperatorie. Pertanto più che mai l'appropriatezza trasfusionale deve essere raggiunta considerando che la scelta di un trattamento trasfusionale non offre solo il vantaggio di migliorare la disponibilità di ossigeno ai tessuti periferici ma anche il rischio di creare condizioni che possono inficiare l'outcome del paziente.

Come può essere evitata la necessità di trasfusioni?

Partiamo dal concetto che un paziente che deve essere sottoposto ad un intervento chirurgico dovrebbe essere valutato adeguatamente nel preoperatorio in modo da essere inquadrato sui rischi cardiocircolatori e ventilatori. A questa valutazione dovrebbero seguire trattamenti rivolti alla risoluzione delle problematiche cliniche riconosciute. L'opportunità di valutare un paziente preoperatoriamente ci permette di estendere la sua valutazione anche al settore ematico riconoscendo precocemente una condizione preesistente di anemia o una condizione non francamente anemica ma di potenziale rischio trasfusionale. Quest'ultima condizione si evidenzia in un paziente da sottoporre ad interventi ad alta invasività e traumaticità tessutale tali da generare ingenti perdite ematiche e quindi anemizzazioni gravi nel postoperatorio. Sia la prima che la seconda condizione sono spesso frequenti nel paziente urologico per cui l'avvio di una attività di consulenza preoperatoria anche nel settore ematologico deve essere considerata fondamentale nella realizzazione di un programma rivolto alla minimizzazione del rischio trasfusionale. In molti Centri questa attività viene svolta dallo stesso anestesista che realizza la visita preoperatoria che, sulla base degli esami ematochimici, del riconoscimento delle condizioni cliniche del paziente e del tipo d'intervento previsto, è in grado di definire un rischio di anemizzazione e quindi trasfusionale e quindi proporre un trattamento. In alternativa la consulenza ematologica potrebbe rappresentare una routine che oltre a quella del cardiologo e del

Associazione Anemo

Nel 2009 un gruppo multidisciplinare formato da medici provenienti da tutta Italia ha creato una Associazione denominata ANEMO (www.anemo.it). In questi anni ANEMO si è fatto promotore della Patient Blood Management organizzando incontri e corsi in Italia. Grazie al patrocinio di due Società Scientifiche italiane (SIAARTI e SIdEM) ANEMO cerca di divulgare ed approfondire le strategie di risparmio del sangue come alternative trasfusionali. Il 6 e 7 Marzo 2015 si è tenuto Anemo15 che, sfruttando una piattaforma web, ha potuto realizzare l'incontro contemporaneamente su tre sedi Milano, Roma e Napoli e consentire il collegamento con relatori di fama internazionale. La multidisciplinarietà di questo gruppo rappresenta il futuro della medicina: applicare evidenze cliniche per trovare soluzioni ed ottenere risultati positivi confrontando vari aspetti dello stesso problema. Scopo ultimo è il benessere del paziente ed il suo buon outcome.

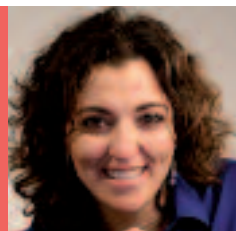
pneumologo può offrire l'adeguata competenza per il trattamento soprattutto di condizioni anemiche ignote.

Esistono alternative alla trasfusione di sangue?

In questi ultimi anni anche in Italia è cresciuta la sensibilità verso le alternative trasfusionali. La complessità delle complicanze post-trasfusionali sopracitate e del rischio che tali condizioni possano determinare conseguenze sul decorso post-operatorio di un intervento chirurgicamente perfettamente realizzato giustifica questo crescente interesse. Molti Centri e soprattutto molti colleghi si sono dedicati allo studio e all'applicazione di programmi di gestione perioperatoria rivolti ad evitare le trasfusioni di sangue e di emoderivati. In genere tali programmi si fondano sull'applicazione di trattamenti rivolti ad evitare condizioni di anemia preoperatoria e garantire un'adeguato contenuto di emoglobina nel decorso postoperatorio. A questi vanno aggiunti un buon controllo del sanguinamento perioperatorio e il rispetto di indicazioni trasfusionali basate non solo su trigger trasfusionali standard ma sul riconoscimento di un livello di tolleranza individuale dettata dalle condizioni cliniche del paziente e dal tipo di attività fisica prevista nei programmi di riabilitazione postoperatoria. I programmi di Patient Blood Management hanno trovato ampi consensi all'estero dove la loro applicazione ha mostrato l'evidenza clinica di una best practice che conduce ad un outcome favorevole per il paziente oltre a stabilire un equilibrio ottimale nell'asse costi-efficacia.

Per maggiori informazioni

<http://www.blood.gov.au/pbm-guidelines>



futuro incontra

di **Serena Maruccia**

Franca Natale

Nome Franca
Cognome Natale
Dove lavori Uroginecologia, Ospedale San Carlo, Roma
Età anagrafica 56
Età cerebrale 26!!! Mi sento ancora studente in Medicina, con lo stupore e la curiosità di chi ha tutto da imparare

Il mio motto AD ASTRA PER ASPERA



La cosa di cui vai orgogliosa

La tenacia. Quando sono entrata nella Specializzazione di Urologia c'erano davvero poche donne, vita dura!!! Eravamo considerate di serie B così come di serie di B era anche il "funzionale". Proprio questa urologia alternativa è diventata poi la mia passione ed ha caratterizzato tutto il mio percorso professionale.

Il grande rimpianto

Non avere abbastanza tempo per la ricerca. L'Ospedale e la sua routine assorbono tutto il tuo tempo, e la "ricerca" è sempre relegata al di fuori del normale orario di lavoro: di notte e al week end.

Il ricordo più dolce

Me bambina in braccio a mio papà. Ho perso mio padre da bambina, e da allora non ho mai provato quella sensazione di protezione, di calore, di casa.

Il prossimo acquisto

Un nuovo computer Apple, per me un'assoluta mania. Mi sembra di non riuscire a lavorare su nessun altro computer. Forse dovrei parlarne al mio analista?

Il peggior investimento

Dare credito a chi non lo merita. Ho sempre fortemente creduto nel lavoro di gruppo, ma dare non significa anche ricevere? Non è nello scambio reciproco che si può crescere? Forse mi sono persa qualcosa...

Non ho mai tempo per...

Imparare a cucinare.

Il mio ultimo libro

"Fai bei sogni" di Gramellini.

Non ho mai detto grazie a...

A chi per primo mi ha dato fiducia, a chi mi ha messo in mano il primo apparecchio di riabilitazione e di urodinamica, a chi mi ha messo in mano il primo bisturi, a chi mi ha dato il mio primo lavoro, a chi mi ha insegnato l'onestà ed il rispetto per i pazienti, a chi mi ha insegnato il mestiere. Grazie, Professor Furbetta.

La mia carta vincente

La passione per il mio lavoro.

Il prossimo obiettivo

Un altro dottorato? ...per restare studente a vita.

Acqua, salute & urologia: quale relazione?



di **Serena Maruccia**

Parlando di rapporto “acqua-calcolosi renale” non stupisce la grande diversità di opinioni ed indicazioni che emergono a livello medico-scientifico.

Che l'acqua da bere sia in qualche modo legata alla formazione e alla prevenzione dei calcoli delle vie urinarie è una nozione condivisa sia a livello medico scientifico che a livello di vissuto dei pazienti; è piuttosto riguardo a quale acqua scegliere, quando assumerla, in quali quantità e eventualmente in quali combinazioni (infusi, tisane) che le idee su cosa si debba realmente consigliare ai pazienti si fanno più difficili. La letteratura scientifica non è vastissima mentre le domande da parte di pazienti attenti a temi di salute, prevenzione e benessere diventano sempre più frequenti e, talvolta, incalzanti.

Acqua, calcio e calcolosi renale, un difficile ménage à trois.

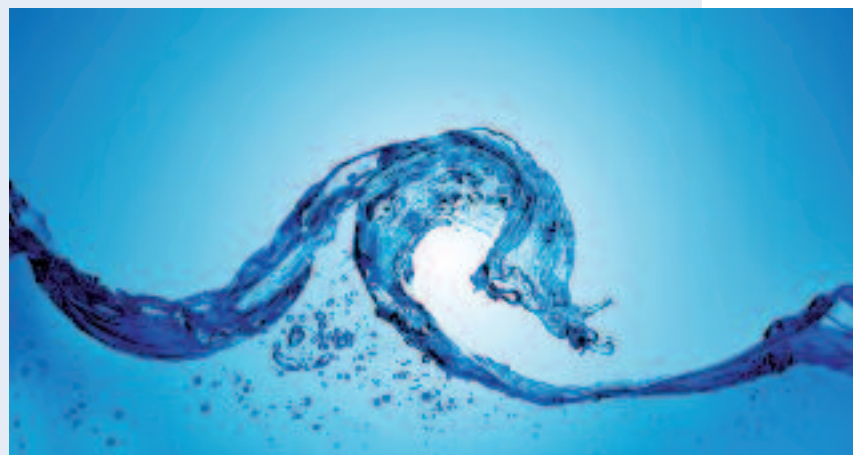
Spesso l'assunzione di calcio con la dieta e la calcolosi renale vengono erroneamente associati e il calcio svolge il ruolo dell'imputato principale. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato una correlazione negativa fra durezza dell'acqua e calcolosi renale mentre la maggiore incidenza di calcoli di calcio è stata riscontrata in alcune particolari aree geografiche come India, Thailandia e stati meridionali degli USA, in cui si consuma acqua leggera (oligominerale). Da ciò si deduce che la quantità di acqua sia più importante della sua composizione e ciò a causa dell'effetto diluente sulla sovrassaturazione urinaria nei confronti dei sali litogenetici. Considerato che in passato è stato attribuito un ruolo centrale nella formazione di calcoli all'assunzione di calcio sia perché i calcoli renali sono composti principalmente di sali di calcio e sia perché l'ipercalciuria rappresenta una alterazione metabolica più comune in questo tipo di pazienti, un metodo classico, universalmente usato, consiste nel prescrivere una dieta a basso contenuto di calcio.

Ettinger (*Recurrent nephrolithiasis: natural History and effect of phosphate therapy. A doubleblind controlled study. Am J Med 1976; 61:200-206*) ha osservato che i pa-

zienti che seguivano una dieta a basso contenuto di calcio non presentavano un miglioramento della storia naturale nella malattia litiasica rispetto a quelli che mantenevano la loro dieta abituale. I pazienti affetti da ipocalciuria renale e/o sottoposti a dieta ipocalcica mostrano una riduzione, tra l'altro, maggiore o più frequente della Densità Minerale Ossea. Questo fenomeno spiega anche il ruolo aggravante svolto da una dieta a basso contenuto di calcio sulla massa ossea; infatti, nei pazienti calcolotici con ipercalciuria che seguono una dieta a basso contenuto di calcio, la diminuzione dell'escrezione di calcio nell'urina è inferiore ai soggetti sani.

Concludendo, in pazienti affetti da calcoli di ossalato calcico non si deve prescrivere una dieta povera di calcio e ciò al fine di evitare effetti negativi sul processo di cristallizzazione, tramite l'aumento dell'escrezione di ossalato con l'urina, e sulla densità minerale ossea. Inoltre alcuni autori (Curhan GC, Willet WC, Rimm EB, Stampfer MJ. *A Prospective study of dietary calcium and other nutrient and the risk of symptomatic kidney stones. N.Eng. J. Med 1993; 328:333-838.*) hanno sottolineato che una elevata assunzione di calcio può anche produrre un effetto positivo sulla prevenzione della nefrolitiasi, in contrasto con la comune opinione secondo la quale una dieta ricca di calcio costituisce un forte fattore di rischio per la formazione di calcoli.

Fonte: L'acqua minerale in medicina – Sete di Vita a cura del FO-SAN Gruppo di studio Acque Minerali (Ferrarelle 1999)





Recuperare la forma in 4 mosse

Chi non è mai stato vittima di tensione addominale, acidità di stomaco, sovrappeso dovuti a combinazioni alimentari sbagliate, brindisi e assaggi multipli tra un punto di cottura e l'altro, piccoli o grandi buffet di reparto, aperitivi in stanza infermieri?

Cari colleghi, in questo numero vi darò qualche consiglio per potervi riappropriare dell'agilità necessaria per scattare dall'ambulatorio alla sala operatoria, magari riuscendo anche a schivare gli informatori.

Risveglia il tuo metabolismo con le spezie

Una delle strategie possibili per riprendere il peso forma è aumentare l'apporto di complementi nutrizionali che accelerano il metabolismo, come le spezie. I semi di coriandolo, ad esempio, ottimi su insalata, carne e pesce, o usati per insaporire pane, pasta e torte, riscaldano l'intestino senza irritare le mucose, favorendo la distensione della muscolatura addominale.

Molto prezioso è anche lo zenzero, che stimola il metabolismo e attiva gli enzimi della digestione; si può bere sotto forma di tè o se ne può assumere uno spicchio senza la buccia prima dei pasti.

...o con le piante medicinali

Per quanto riguarda i rimedi fitoterapici, va menzionata la quercia marina (*Ficus vesiculosus*), alga bruna della famiglia delle Fucacee. A battezzarla fu Plinio il Vecchio, mentre, nel 1862, il medico Duchesne-Duparc ne descrisse l'azione catalizzatrice sul metabolismo generale. La posologia media è di 50 gocce di tintura madre, una volta al giorno al risveglio. Per preparare un infuso, versare 2-3 cucchiaini da tè e lasciar riposare in acqua bollente per 10 minuti (al massimo 3 tazze al giorno). L'azione della quercia marina è potenziata dall'uso congiunto della pilosella (*Pilosella hieracium*).

Sciogliere le scorie in acqua...

L'idroterapia casalinga è ottima per sciogliere i ristagni e le adiposità. In parafarmacia e nelle erboristerie si può trovare

Tutto quello che avreste voluto sapere su...

il Coriandolo



Curiosità

- Nel 1500 era nata l'usanza di rivestire i frutti di coriandolo con dello zucchero colorato ottenendo in questo modo dei piccoli confetti variopinti. E' da questa tradizione che derivano i coriandoli di carta usati a carnevale per la gioia dei grandi e dei piccini.
- Il coriandolo ne "Le mille e una notte" è ricordato come pianta afrodisiaca per il fatto che il succo delle parti verdi provoca uno stato di ebbrezza simile a quello provocato dal vino.
- Frutti di coriandolo sono stati trovati nelle tombe dei faraoni egizi presso i quali godeva grande considerazione.
- In Algeria viene cosperso sulle carni da conservare insieme a sale e pepe. Aggiunto al pane lo mantiene fresco più a lungo.
- Come Filtro d'Amore: macinare sette semi di coriandolo pronunciando il nome della persona desiderata con le parole "Seme caldo, cuore caldo, mai siano separati". Far macerare la polvere ottenuta in acqua di sorgente, filtrare e somministrare alla persona amata il liquido mischiato a cibi o bevande.

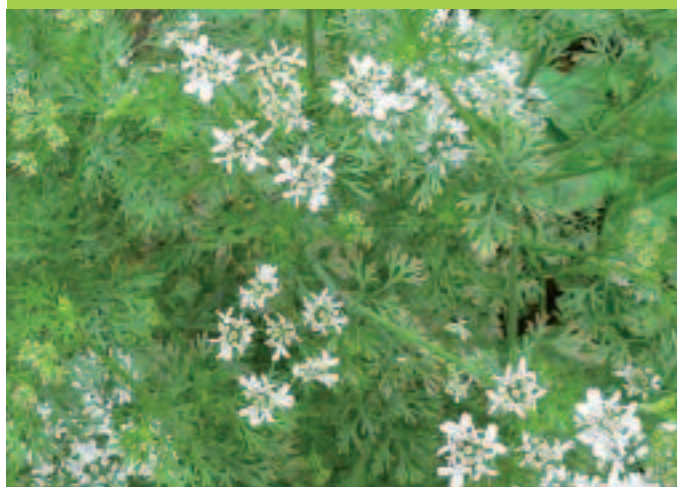


Conosciuto anche con il nome di prezzemolo cinese, è una pianta spesso utilizzata in cucina, soprattutto come spezia per i piatti della tradizione indiana e orientale in generale.

Il **Coriandrum sativum**, questo il nome scientifico, è una pianta erbacea della famiglia delle Apiaceae, quindi parente lontano del finocchio, del prezzemolo, dell'aneto e via dicendo.

Dalle foglie decisamente simili proprio al prezzemolo, si caratterizza per fiori bianchi con disposizione a ombrello, mentre i frutti sono dei licheni fortemente aromatici. In cucina si utilizzano normalmente sia le foglie, dal sapore molto intenso, che i frutti. Questi ultimi, spesso chiamati impropriamente semi del coriandolo, sono invece gli unici utilizzati a scopo di cura.

Nell'ambito dei rimedi naturali, del coriandolo si utilizzano i frutti ben maturi: si tratta di piccoli granelli dal colore giallastro, simili al pepe o ai semi del limone, dal sapore sia dolce che amaro. Tali frutti sono ricchi di olio essenziale a base di linalolo, alcoli, aldeidi e terpeni, ma anche di flavonoidi e steroli. Questi componenti esprimono un ottimo potere antispasmodico, utile per controllare i movimenti involontari della muscolatura liscia dell'intestino, ma anche qualità che favoriscono la digestione e tutte le problematiche connesse allo stomaco. Per questo motivo, sin dai tempi antichi il coriandolo è impiegato come aiuto per il riequilibrio delle funzioni dell'apparato digerente, dal semplice gonfiore intestinale alla cattiva digestione.



il Moor, agglomerato di muschi, foglie e radici decomposte, ricco di silice, zinco, ferro, resine. Se ne versano 250 ml nella vasca riempita di acqua calda (una temperatura tra i 36,7 e i 40°C: il calore drena le impurità, aiuta a espellere il muco) e ci si concede 20 minuti di immersione prima dell'arrivo di Morfeo.

... ma non solo

Ideale anche una tisana depurativa: mescolate 40 g di rosmarino, 40 di tarassaco, 30 di menta. Portate a ebollizione l'acqua e versatela sulle erbe. Fate riposare per 10-15 minuti, filtrate e bevete. In alternativa, il classico canarino: tagliate la parte gialla della buccia di limone e fatela bollire in acqua per qualche minuto. Se avete foglie d'alloro, aggiungetele, lo stomaco si calmerà subito.

E per finire...

Le rape disintossicano l'organismo perché riattivano reni e intestino. Si possono consumare crude, in insalata, oppure cotte, in umido o sbollentate a vapore. A fronte di uno scarso apporto calorico, la rapa ha un elevato contenuto di acqua e fibre ad azione diuretica ed è un serbatoio naturale di sali minerali, selenio e vitamine, utili a ripulire il sangue.





Perché insistiamo con i questionari?

16

In ambito medico vi sono condizioni cliniche – per esempio malattie di elevato grado di complessità o a bassa prevalenza – le cui diagnosi e cura presentano maggiori fattori di difficoltà, in alcuni casi anche per lo scarso supporto del marketing.

Si tratta spesso di malattie croniche, debilitanti e invalidanti, in alcuni casi degenerative che possono esitare in disabilità. In questi casi è necessario fare ricerca e creare cultura scientifica con metodo, imparzialità e correttezza, cercando il più possibile di tenere lontani pregiudizi e luoghi comuni, ad esempio la donna con dolore pelvico cronico e l'uomo con prostatismo spesso etichettati come affetti da isteria o depressione.

I questionari ben si prestano a valutare queste condizioni in quanto sono “strumenti di raccolta delle informazioni, definiti come un insieme strutturato di domande - risposte, definite a priori da chi lo costruisce, ovvero di domande cosiddette ‘chiuse’ dove all'intervistato viene richiesto di individuare tra le risposte presentate quella che più si avvicina alla propria posizione” (Zammuner, 1996). Un questionario può essere utilizzato nell'indagine clinica, nella stesura di linee guida e protocolli terapeutici, nella ricerca epidemiologica e nella valutazione della qualità della vita.

Vi sarà certo capitato di consultare dei questionari, per esigenze cliniche o di ricerca. Ma i vostri soggetti/pazienti raramente conoscono bene l'inglese, lingua in cui sono stati sviluppati la maggior parte dei test in circolazione. E vi sarete anche detti “problema risolto: si traduce il test!”. Ed è qui che casca l'asino: sviluppare la versione italiana di un test originariamente in un'altra lingua comporta un lavoro pressoché identico a quello dello sviluppare un test da zero, eccezion fatta, forse, per l'individuazione del dominio di contenuto.

Infatti, la semplice traduzione degli item non comporta automaticamente la traduzione di tutte quelle caratteristiche del test che sono state dimostrate per la versione nella lingua originale.

Alcuni item sono facili da tradurre perché rappresentano la semplice descrizione di comportamenti, per i quali potrebbero non esistere sfumature di significato

o ambiguità di sorta. I problemi sorgono quando gli item contengono aggettivi che descrivono stati d'animo o proprietà psicometriche, dato che ogni cultura ha sviluppato termini che potrebbero non avere un esatto corrispondente.

La traduzione deve anche avere equivalenza concettuale nel senso di una diversa formulazione degli item che potrebbe allontanarsi, anche notevolmente, dal testo originale. E' famoso l'esempio della traduzione americana di un item della scala d'intelligenza di Binet, originariamente in francese, che recitava: “È stato trovato il corpo di una sfortunata ragazza, tagliato in 18 parti. Si ritiene che si sia suicidata”. L'individuazione dell'assurdità dell'affermazione era l'obiettivo dell'item mentre l'effetto fu quello di provocare ilarità tra i ragazzi francesi e spavento tra quelli americani.

L'International Testing Commission (ITC) ha individuato vari metodi per validare le traduzioni di test; in ambito medico i più usati sono i seguenti (vedi Tabella):

- **simple direct translation**
- **forward translation**
- **translation/back-translation**
- **parallel blind technique**
- **Random Probe Technique**

Non sempre gli autori delle versioni tradotte dei questionari seguono alla lettera una delle procedure sopraelencate, ma possono realizzare versioni “miste”.



Una forma mista molto utilizzata è somministrare una versione intermedia, ottenuta dalla traduzione del bilingue e revisionata da un gruppo di esperti del settore a soggetti della popolazione target (20-50 persone), il più possibile

Tabella International Testing Commission: metodi di traduzione



METODO	MODALITÀ OPERATIVE
SIMPLE DIRECT TRANSLATION	Un individuo bilingue traduce il test dalla lingua originale. Limite: non produce informazioni oggettive circa la qualità della traduzione o degli specifici problemi che il traduttore può aver incontrato.
FORWARD TRANSLATION	Prevede la traduzione da parte di un bilingue. Poi un gruppo di esperti esamina la traduzione e successivamente vengono scritte e condivise le varie osservazioni, commenti e perplessità. Traduttore ed esperti si incontrano per discutere e risolvere di comune accordo le divergenze. Infine la versione finale viene controllata da un ulteriore giudice che ha il compito di controllare che gli item non suonino “strani” o poco comprensibili.
TRANSLATION/ BACK-TRANSLATION	Probabilmente il metodo più diffuso e popolare, prevede quattro diverse fasi: 1. Un traduttore bilingue traduce il test (translation). 2. Un secondo traduttore bilingue, che non conosce la versione originale, traduce la versione italiana nella lingua di origine (back-translation). 3. La versione originale e quella back-translated vengono confrontate da un gruppo di esperti. 4. Gli item che presentano differenze sostanziali fra le due versioni vengono esaminati e modificati e viene prodotta una nuova versione italiana. La disponibilità di materiale scritto (le varie translation e back-translation) rende la procedura molto informativa. Questa procedura permette di ottenere una sostanziale trasparenza, gli autori possono confrontare le versioni e intervenire per risolvere le discrepanze.
PARALLEL BLIND TECHNIQUE	Prevede che almeno due bilingui producano indipendentemente l'uno dall'altro una traduzione italiana del test. Successivamente confrontano le proprie versioni e giungono ad una versione finale di comune accordo, che viene poi sottoposta all'attenzione di uno o più ricercatori, che ne esamineranno l'appropriatezza sul piano clinico, oltre che linguistico. Tale tecnica presenta un buon livello di sicurezza, praticità e trasparenza.
RANDOM PROBE TECHNIQUE	Il ricercatore produce una versione italiana del test e la somministra ad un gruppo di soggetti della popolazione target, che vengono successivamente intervistati su come e perché hanno fornito le loro risposte agli item. Se dalle interviste emerge qualcosa di strano o incoerente, allora significa che non è stato raggiunto l'obiettivo.

varia, che devono esprimersi su ciò che comprendono dell'item. In caso di problemi, la traduzione viene corretta in collaborazione con il traduttore bilingue. Infine un altro bilingue esegue la back-translation per dimostrare l'equivalenza con la versione originale.

Non sempre una back-translation sovrapponibile alla versione originale è una prova sufficiente di equivalenza. Può esserlo dal punto di vista semantico, ma potrebbe anche essere una traduzione troppo letterale. Occorre sempre verificare la comprensibilità degli item in un campione di soggetti della popolazione target prima e dopo l'esecuzione della back translation.

In definitiva l'adattamento in italiano di un questionario da una lingua straniera è un processo complesso, ma ancora poco considerato. Basti pensare all'ampia produzione italiana di lavori scientifici su dolore pelvico

cronico e disfunzioni sessuali sia maschili che femminili senza che siano ancora disponibili i questionari di riferimento validati in italiano! Riteniamo indispensabile che una società scientifica di riferimento come la SIU fornisca agli urologi italiani gli strumenti necessari a svolgere nel miglior modo possibile il proprio lavoro, sia nella pratica clinica sia nell'attività di ricerca scientifica.

Il Comitato Italiano Femminile Urologia (CIFU) ha già sviluppato e validato in italiano il questionario sulla sessualità femminile, il **Female Sexual Function Index (FSFI)** e siamo ora impegnate nella validazione del questionario sul dolore pelvico cronico **Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale (PUF)**. In questi ambiti la multidisciplinarietà è fondamentale: per l'FSFI sono stati coinvolti i ginecologi mentre alla validazione del PUF stanno partecipando anche fisiatri, terapisti del dolore e fisioterapisti.



Fiori tra le stelle: il nuovo oroscopo di primavera



Lo sapevate che nascendo in un determinato Segno ci troviamo ad essere “in sintonia” con determinati fiori? Facendone uso per fini terapeutici, o semplicemente circondandoci della loro presenza, saremo in armonia con il nostro habitat e quindi con noi stessi. Considerando che tale l’equilibrio passa anche attraverso l’amore per la Natura e i suoi più profumati rappresentanti, scopriamo insieme quali sono gli accostamenti floreali migliori per ciascun segno zodiacale.



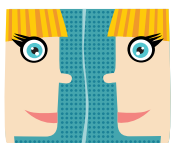
Qual è il fiore da regalare all’**Ariete**? Sicuramente il narciso è una buona scelta, in omaggio al loro lato un po’ narcisistico. Anche l’agrifoglio è perfetto, perché simboleggia la tendenza a mostrare le “spine” e stare sulla di-

fensiva per proteggere i propri sentimenti. Quello che proprio non potete sbagliare è il colore: assolutamente, tassativamente rosso!

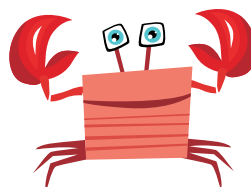


Passionali, indolenti, possessivi e sensuali: i nati sotto il segno del **Toro** sono difficili da accontentare.

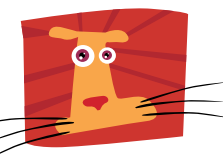
Nel linguaggio dello zodiaco il fiore del Toro è la rosa: simbolo dell’amore, della bellezza e dell’estetica principesca tanto cara a questo segno, la rosa rappresenta la dolcezza racchiusa tra le spine. Per lanciare un messaggio chiaro al Toro, inoltre, potete optare per i fiori d’arancio, che rappresentano la fedeltà e le unioni durature; se invece volete sedurlo/la, scegliete l’orchidea, fiore simbolo della sensualità indolente di questo segno zodiacale.



Due anime: razionalità e emozione, cambiamento e stabilità, petali e spine. I mutevoli e duplici **Gemelli** sono tutto questo e molto di più. Secondo l’oroscopo dei fiori, i portafortuna dei Gemelli sono il fiordaliso, simbolo di quiete e serenità; il giglio, che simboleggia l’eleganza e la forza, ma anche la freddezza; il mirto, e il garofano. Tra le erbe aromatiche, la menta è cara ai Gemelli e può portare loro fortuna coltivarne un po’ in un piccolo orto in vaso sul davanzale.



I nati sotto il segno del **Cancro** sono romantici, tranquilli, persi in un mondo tutto loro. In altre parole sono creature un po’ “lunari”. Nell’oroscopo dei fiori, le piante portafortuna per i Cancro sono le ortensie (fiori dai colori lunari che nel linguaggio dei fiori simboleggiano la freddezza e l’astrazione), la magnolia e tutte le piante che amano l’ombra, la quiete e crescono negli angoli più nascosti dei giardini, come le ninfee e le piante acquatiche.



Impulsivi, leali, irascibili e carismatici: i nati sotto il segno del **Leone** hanno tutte le caratteristiche dei Re dello Zodiaco. Nel linguaggio dei fiori, la loro pianta-simbolo è il girasole, corrispettivo vegetale del pianeta dominante di questo segno. Anche la rosa rossa, regina dei bouquet e il giglio, spesso associato alla nobiltà, sono fiori principeschi che ben si sposano con il carattere del Leone. Se cercate un fiore da regalare a un Leoncino, ricordate di sceglierlo a gambo lungo e di optare sempre per un colore deciso.



Precisi, puntigliosi e molto critici: chi è nato sotto il segno della **Vergine** non scherza! Il fiore portafortuna della Vergine è la gardenia che nel linguaggio dei fiori simboleggia purezza e sincerità, due qualità che non mancano a questo



segno. Anche il giglio è un fiore che si addice a questo segno: non solo simboleggia come la gardenia la purezza, ma racchiude anche il simbolo di fedeltà e di nobile fierezza.



I nati sotto il segno della **Bilancia** sono persone equilibrate, diplomatiche, vere amanti della bellezza ma anche un po' pigre. La rosa è uno dei fiori che meglio esprime le qualità della bilancia: la rosa è infatti il fiore sacro a Venere e simbolo per eccellenza dell'amore, di cui i nati della Bilancia non sanno proprio fare a meno. Anche il giglio è spesso associato alla Bilancia grazie al significato di purezza che porta con sé, qualità che ben si identifica con la sete di giustizia e uguaglianza dei nati sotto questo segno.

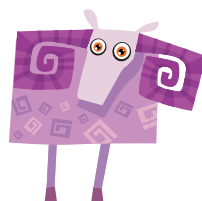


Chi è nato sotto il segno dello **Scorpione** non manca certo di fascino e un alone di mistero che circonda il suo passato e il suo carattere, lo rende ancora più irresistibile. Tra tutti i segni dello Zodiaco, lo scorpione è quello più sensuale ma ha l'innegabile difetto di cadere facilmente vittima della gelosia. Il mistero e la sensualità dello Scorpione sono ben rappresentati dall'orchidea, ma anche il rododendro è un fiore che si lega alle qualità dello scorpione. I fiori del rododendro, con i loro petali color rosa intenso, sono simbolo di amore e di una bellezza in cui è facile cadere in tentazione.



Il **Sagittario** è un segno allegro e vivace, alla costante ricerca di qualche cosa di nuovo da scoprire: qual è il fiore portafortuna nell'oroscopo dei fiori? Il garofano rosso: simbolo di nobiltà, il suo colore purpureo ben

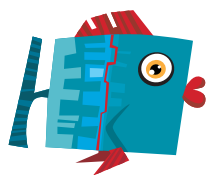
rappresenta la passionalità con cui il sagittario vive la sua vita e le novità. Anche il fiore di loto è un portafortuna per il sagittario: fiore sacro nella tradizione indiana, viene associato all'evoluzione della coscienza umana.



I **Capricorno** sono pronti a sacrificare tutto per raggiungere il loro obiettivo, ma in amore si trasformano in teneri orsacchiotti. Il fiore del Capricorno è il papavero rosso simbolo del potere che egli ricerca sul campo lavorativo e della fedeltà, elemento che caratterizza la sua vita affettiva. Un altro fiore portafortuna è il caprifoglio, simbolo della dolcezza d'animo di questo segno!



Tra tutti i segni zodiacali l'**Acquario** si distingue per essere il più anticonformista: se c'è una cosa che sa fare davvero bene è andare controcorrente e dimenticarsi di qualunque regola. Veri spiriti liberi, gli acquari hanno delle idee spesso innovative e rivoluzionarie. Il fiore portafortuna dell'Acquario è il geranio, fiore che simboleggia l'amicizia. Anche il muglietto con le sue campanelle bianche, porta particolarmente fortuna ai nati del segno.



Titubanti e sognatori, i **Pesci** possiedono il dono della creatività: lo spirito artistico non manca mai a un nato dei Pesci. Il fiore portafortuna di un segno così sensibile e fedele è il glicine: fiore delicato che simboleggia riflessione e meditazione, ma anche simbolo di caducità e rinnovamento per la rapidità con cui fiorisce e perde i suoi petali.

Novità nel trattamento della colica renale



di Alberto Saita

La più frequente causa di dolore in urologia è sicuramente la colica renale, considerata come almeno un terzo degli accessi di pronto soccorso. Il dolore è dovuto all'aumento della pressione intrapielica e alla conseguente distensione della capsula renale. La sintomatologia algica può essere anche di origine ureterale, causata dalla distensione acuta dell'uretere e dalla iperperistalsi e spasmo della muscolatura liscia nel tentativo di vincere una ostruzione (litiasi o coagulo). La presenza di un'ostruzione, indipendentemente dalla causa, determina una cascata di eventi rappresentati dallo spasmo, flogosi locale, essudazione, proliferazione uroteliale, aumento della pressione intraluminale e distensione capsulare. Conseguentemente a 90 min. dall'inizio della colica si osserva l'aumento del flusso ematico preglomerulare mentre dopo 5 h inizia la riduzione del flusso arteriolare che determinerà la riduzione della diuresi fino al 12% a due settimane. La risposta fisiologica è altresì caratterizzata dall'incremento di flusso ematico nel rene controlaterale. Solitamente la sintomatologia è caratterizzata dalla comparsa di dolore alla regione lombare che si irradia anteriormente verso il fianco e la zona inguinale fino a raggiungere lo scroto o le grandi labbra. Il corteo sintomatologico si accompagna altresì a disturbi gastroenterici, quali nausea, vomito e distensione addominale. Le linee guida dell'EAU sono chiare sul trattamento da effettuare in caso di colica renale. I farmaci di prima scelta sono i FANS da preferire agli oppioidi, in quanto causano con meno frequenza effetti collaterali (in particolare nausea e vomito dovuti alla loro azione centrale). Nello specifico tra le molecole più utilizzate ricordiamo il diclofenac, il ketorolac, l'ibuprofene e meno frequentemente l'indometacina. Il meccanismo d'azione dei FANS sfrutta l'inibizione della sintesi di prostaglandine a livello locale bloccando la cascata dei fattori impegnati nell'effetto di flogosi (Cicloossigenasi 1 e 2) destando quindi non soltanto un sollievo immediato ma avendo anche un effetto di riduzione sull'edema locale. La somministrazione abituale di questi farmaci è intramuscolare e l'ingresso in

commercio della formulazione per impiego sottocutaneo (**Akis – IBSA**) rappresenta oggi un'ottima opzione anche in autosomministrazione specialmente in tutte quelle condizioni di necessità in cui non si può accedere facilmente ad un'assistenza medica o infermieristica. La somministrazione sottocutanea sfrutta la complessazione del principio attivo (diclofenac) alle idrossi-propil-beta-ciclodestrine, consentendo una maggiore rapidità d'azione e biodisponibilità tale da permettere la riduzione del dosaggio a parità di efficacia. Le formulazioni in commercio sono da 25, 50 e 75 mg, tali dosaggi permettono una migliore gestione dell'analgesico in relazione anche al peso corporeo, alle caratteristiche generali del paziente o in casi in cui non si vogliono utilizzare alte dosi di FANS. Altri farmaci impiegati nel trattamento della colica renale sono gli spasmolitici, anche se il loro utilizzo non è condiviso da tutti gli specialisti per l'inibizione peristaltica e la conseguente stipsi. In serie ristrette di pazienti è stato riferito l'impiego della desmopressina che, mediante l'effetto antidiuretico, ridurrebbe le pressioni intrarenali con conseguente beneficio sul dolore. Negli ultimi anni, alla terapia analgesica si sono affiancati altri farmaci per facilitare l'espulsione spontanea del calcolo ma che nello stesso tempo per gli effetti di riduzione sulle pressioni intrapieliche in maniera indiretta contribuiscono alla sedazione del dolore. Tra questi quelli di più comune utilizzo sono gli alfa litici, i calcio antagonisti, gli antiedemigeni, e il cortisone. Molecole di seconda scelta sono la morfina, la pentazocina ed il tramadolo. In conclusione i FANS restano oggi le molecole di più largo impiego nell'affrontare l'episodio algico acuto. Tuttavia se da un lato la risposta clinica è immediata e ciò ne favorisce il largo utilizzo, d'altra parte, la considerazione degli effetti collaterali tra i quali la gastro tossicità e la nefrotossicità vanno tenuti sempre presenti, pertanto avere a disposizione una nuova formulazione farmaceutica con dosaggi differenti da poter modulare di volta in volta in relazione ai casi si presenta come un'ulteriore risorsa nel trattamento di una patologia così frequente.

Akis

Diclofenac HPBCD

Uso sottocutaneo o intramuscolare

21

La
**soluzione
su misura**
per il paziente
con **dolore acuto**¹



Disponibile anche
in confezione singola

Akis è disponibile in 3 differenti dosaggi
che permettono di somministrare la minima dose
efficace, riducendo il rischio di effetti indesiderati.¹

Efficacia^{2,3,5}, rapidità^{5,6} e sicurezza³⁻⁵ per i tuoi pazienti

1. Akis. Riassunto delle caratteristiche del prodotto. 2. Chiarello E et al. Pain Pract 2013 Nov 27. doi: 10.1111/papr.12140. [Epub ahead of print]. 3. Dietrich T et al. Pain Pract 2014;14:315-23. 4. Rajewski RA, Stella VJ. J Pharmaceutical Sci 1996;85:1142-69. 5. Zeitlinger M et al. Int J Clin Pharmacol Therapeut 2012;50:303-90. 6. Del Valle Martin EM. Process Biochemistry 2004;39:1033-46.





e-urology

personalBranding

Web e identità: nuove frontiere della professione

L'informatizzazione ha modificato il nostro modo di comunicare e di assumere informazioni. In quest'ottica è ovvio che si è modificata anche la modalità con cui affrontiamo le questioni mediche sia come singoli professionisti sia come comunità scientifica.

La Rete può rappresentare, però, una grande e confusa vetrina, che ha scarsa visibilità all'infuori di se stessa. La sua fruibilità è spesso problematica, se solo si pensa che la maggior parte degli utenti visita i siti casualmente. Inoltre abitualmente è un particolare utente che cerca una specifica informazione e ciò ribalta il tradizionale modello della pubblicità e della editoria libraria.

È lecito, dunque, che io vi parli di marketing, perchè, cari colleghi, nel momento in cui scegliete di farvi conoscere, di comunicare il vostro know-how alla community dei vostri possibili pazienti, voi scegliete di fare marketing.

Ma che cosa è il marketing?

Molti di voi penseranno al marketing come alla pubblicità. Magari vi sembreranno sinonimi.

In realtà non è così. Il marketing è ogni contatto.

Mi spiego meglio. Affinchè il vostro messaggio di professionalità e di conoscenze arrivi all'utente finale, deve passare attraverso modelli di comunicazione che possono variare a seconda della persona. Il vostro marketing è costituito da ogni contatto che ciascuna persona della vostra organizzazione ha con ciascuna persona del mondo esterno.

Possono sembrarvi concetti ostici, ma provo a scomporli, vi appariranno più chiari:

OGNI CONTATTO



CIASCUNA PERSONA DELLA TUA ORGANIZZAZIONE



CIASCUNA PERSONA DEL MONDO ESTERNO

Vi invito a prendere in esame gli interrogativi qui di seguito, solo a scopo riflessivo.

È marketing il modo in cui vi presentate, vi vestite?

È marketing il modo in cui salutate, in cui rispondete al telefono?

È marketing la qualità del vostro biglietto da visita?

È marketing il tuo sito web?

La risposta è sempre Sì.

Se iniziate a pensare al marketing come ciascun contatto, comincerete a considerare attentamente attività tradizionalmente classificate e trattate in modo diverso e disgiunte rispetto al marketing.

E' ovvio che vi è richiesto di eccellere, nelle vostre competenze, nei servizi che siete in grado di offrire e nel modo in cui siete in grado di offrirli. Vi è richiesto di eccellere nel vostro marketing.

Un sito web costituisce per un medico, esattamente come per un'azienda o un avvocato, una grande opportunità per farsi conoscere, per comunicare al mondo ciò che è in grado di fare.

Essere in rete permette di creare una linea diretta con la propria clientela nel caso di una società, con i soci nel caso di una associazione, con gli utenti nel caso di una organizzazione od una struttura di servizi, con i pazienti nel caso di un medico.

Per questo numero mi sono avvalsa delle competenze di **Marco Alfonsi**, consulente informatico per le aziende. Ha iniziato a sviluppare applicazioni sul finire degli anni '90, a seguire l'esperienza decennale verso diverse aziende, fino alla strada della libera professione nel 2006. La sua attività principale, ad oggi, è quella di trovare le soluzioni più congeniali, misurate alle esigenze specifiche del cliente, fornendo le risorse per avviare nuovi progetti in ambito WEB.



interviste **eccellenti**

24



di **Serena Maruccia**

Carlo Pontecorvo

Uomo, medico, armatore, imprenditore. Com'è Carlo Pontecorvo come paziente?

Scarsamente motivato a diventarlo! Me lo lasci dire con un po' di sana scaramanzia alla quale le mie origini mi impongono di non rinunciare. Mi capita spesso di avere a che fare con colleghi medici per consigli e pareri, ma più rimango lontano dalle corsie, meglio sto. Io mi sono formato in un'epoca in cui la diagnosi veniva fatta con le mani sulla pancia del paziente e nonostante ora faccia altro nella vita, sento più familiare l'immagine di me come medico che come paziente. Se dovessi però immaginarmi da paziente, mi vedrei a compiere un atto di fiducia nei confronti del mio curante, e mi affiderei a lui, perché credo in questa professione e negli uomini che la conducono.

La sua scelta nel 1990 di lasciare la sala operatoria si è rivelata vincente per la sua carriera. Qualche rimpianto?

Un po' tardi per i rimpianti. La scelta di studiare medicina è stata naturale: vengo da una famiglia di medici. Nei miei ricordi di bambino mio padre aveva un camice bianco che nei miei sogni avrei indossato anch'io. Poi vicende familiari legate alla donna che ho sposato, mi hanno portato ad un bivio in cui la scelta imprenditoriale è stata dapprima una necessità con non pochi rimpianti, e poi una sfida. Amavo il mio lavoro e mi sono dedicato con passione alla pratica clinica così come all'attività scientifica con molte soddisfazioni. Poi la vita ci pone davanti a scelte importanti ed una volta presa la mia decisione, mi ci sono dedicato con tutte le mie energie. Avevo 39 anni, una carriera chirurgica avviata e la responsabilità di 3 figli. Approcciarsi ad un ambito così lontano da quello a me più familiare non è stato semplice. Ho indossato un'altra casacca, ho iniziato a frequentare fabbriche ed operai ed a fare i conti con l'ammortamento piuttosto che con la patologia del colon discendente. Non sono mancati i momenti di ripensamento o sconforto. Cosa me ne importa di tutto questo, mi dicevo... Tuttavia la volontà di far bene è stata più forte di qualsiasi cosa ed ora l'unico rimpianto è forse quello di non aver iniziato prima questa carriera per poter fare sempre di più e meglio. Chissà dove sarei potuto arrivare...



Carlo Pontecorvo è nato a Napoli il 5 gennaio 1951 e si è laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Chirurgia Generale nel 1979. Dopo aver esercitato la professione presso la divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale Universitario di Napoli fino al 1990, lascia l'ospedale per seguire le imprese della sua famiglia, tra cui un'azienda di contenitori in vetro per uso alimentare con più di venti stabilimenti in Europa e vendite che superavano i 600 milioni di Euro. Dopo aver ceduto nel 1997 l'attività alla multinazionale americana Owens Illinois, nel 1998 Carlo Pontecorvo costituisce e diventa Presidente e Amministratore Delegato di LGR Holding che controlla LGR di Navigazione, società armatrice e di gestione tecnica di navi cisterna: operativa dal 2001, la sua flotta è composta da 8 navi, 4 cisterne e 4 gasiere, tutte battenti bandiera italiana.

Nel gennaio 2005 con LGRH ha acquistato dal Gruppo Danone la società Italaquae, cambiandone il nome in **Ferrarelle SpA**, di cui è **Presidente e Amministratore Delegato**.

Nel 2011 ha ottenuto l'onorificenza di **Cavaliere del Lavoro**.



Personaggio eclettico ed istrionico, frutto di quella terra campana che sa far parlare di sé per cose straordinarie.

25



Immagini di Magmatika ADV

Ai medici, soprattutto agli apicali, è chiesto in modo sempre più insistente di essere meno clinico e più manager senza che ci sia dietro un background culturale ed una preparazione specifica. Qual è il consiglio per i futuri primari?

Questo orientamento è dovuto al fatto che l'Italia si interroga sulle spese in sanità e si accorge che ci sono delle eccellenze così come investimenti non sostenibili. Pensiamo poi che le cariche sanitarie sono state per troppo tempo considerate cariche politiche, merce di scambio per obiettivi lontani da quelli sanitari. Non sempre queste scelte erano dettate da reali competenze dei primari e questo non ha certo favorito né la qualità delle cure, né la corretta gestione delle risorse. L'evoluzione in campo medico negli ultimi decenni è paragonabile a quella che abbiamo vissuto con l'avvento del telefonino ed un medico deve potersi concentrare sul proprio lavoro in modo totale. Più che un consiglio al medico manager, io auspico l'introduzione in sanità di figure ponte che abbiano una formazione in ingegneria gestionale e che affianchino le figure sanitarie. Io sono l'esempio vivente che le figure possono mutare ed evolversi ma questo non è scevro da conseguenze: chiedere al medico di fare il manager significa sacrificare la parte clinica. Quando io ho iniziato a lavorare, operavamo in sale operatorie che erano degli appartamenti adattati ed ora abbiamo delle strutture straordinariamente complesse. La gestione di tutto

questo, così come lo studio della sua sostenibilità economica, deve essere affidata non a manager improvvisati ma a figure ad hoc che inizino a valutare la qualità della prestazione sanitaria.

Puntare sulla qualità del lavoro è il modo migliore per gestire al meglio le risorse, ma fino a quando l'orientamento economico è quello di un rimborso su numero di procedure piuttosto che sulla loro effettiva riuscita, non possiamo aspettarci un concreto miglioramento.

Per finire, se dovesse dare un consiglio a un giovane medico?

Una sola cosa: la motivazione. In passato la professione medica era un obiettivo sociale. Durante le sedute di laurea ai miei tempi mi ponevo grossi dubbi su quante di quelle lauree erano realmente conseguite per passione, e quante perché "io sarò il padre del dottore". Quando mia figlia ha lasciato medicina dopo 12 esami ed una media altissima, non nego un po' di rammarico. Parlando con lei e comprendendo le sue motivazioni, sono felice della scelta che ha fatto. La professione medica è prima di tutto passione e nessun medico può permettersi di essere mediocre! La motivazione deve guidare l'impegno e la dedizione che sono richiesti da questa professione. Rimane comunque una strada che consiglierai perché il mondo avrà sempre bisogno di grandi medici che si ricordino però, di essere prima grandi uomini.

Fondazione SIU Urologia

Attività di ricerca e finalità della Fondazione SIU Urologia ONLUS, il tuo nuovo strumento per far vivere l'Urologia.

Perché la decisione di trasformare la Fondazione Luna?

La Fondazione SIU Urologia rinasce dall'esperienza decennale maturata con l'attività della Fondazione LUNA, fondata a Roma nel 2006 dalla Società Italiana di Urologia. Accompagnata dalla SIU, la fondazione LUNA ha dimostrato di saper condurre ricerca ad un altissimo livello scientifico: lo studio Mirror (primo ed unico registro italiano sulla chirurgia del tumore prostatico); gli studi Saturn (Saturn 1 studio retrospettivo sui pazienti operati di tumore renale e Saturn 2 studio prospettico osservazionale sui pazienti trattati per tumore del rene); lo studio Record (studio prospettico osservazionale sulla chirurgia di risparmio del rene); lo studio Choice (primo registro italiano sulla terapia ormonale dei tumori prostatici). Inoltre la partecipazione ad incontri, convegni, campagne, corsi di formazione nel campo della ricerca clinica hanno permesso di gettare le fondamenta per instaurare un rapporto fra fondatori e soci, e spostando l'asticella delle nostre ambizioni un po' più in alto, fino alla volontà di raggiungere e sensibilizzare i pazienti colpiti da patologie urologiche, le loro famiglie e la società nel suo complesso.

Perché non costituire una Società di Capitali?

La Società di Capitali è riconosciuta dalle leggi italiane, con la qualifica di Persona Giuridica. In effetti la Società di Capitali vive di vita propria quasi fosse una persona a tutti gli effetti. Essa ha una data di nascita (che si estrinseca nell'Atto Costitutivo), una sua Residenza (la Sede legale o operativa), è soggetta alle imposte, può avere uno o più numeri di telefono, un suo codice fiscale, delle utenze intestate, un'assicurazione, una o più automobili, può possedere beni mobili ed immobili e più o meno tutte le cose che il singolo individuo può avere.

La persona giuridica può potenzialmente vivere in eterno (se non subisce fallimenti).

La persona giuridica può espandersi a dismisura stando contemporaneamente in più nazioni (multinazionali).

La persona giuridica non prova emozioni (amore, dolore, pietà, sentimenti di amicizia ecc)

La Società di Capitali ha un DNA programmato con l'unico compito del profitto che la obbliga a muoversi verso il suo unico scopo con fermezza, con lucida freddezza, incurante di qualunque ostacolo.

Andrea Tubaro



**Presidente
Fondazione SIU Urologia**

Per destinare il 5 per mille del proprio IRPEF alla Fondazione SIU, bastano due semplici gesti:

- Firmare il riquadro dedicato alle Organizzazioni Non Lucrative (Onlus)
- Indicare il codice fiscale della Fondazione SIU: 09223251001

Non può esserci etica che tenga, quando lo scopo di vita di un Essere sia esclusivamente il Profitto.

E' questa la prima motivazione che ci ha spinto a proseguire con un'Organizzazione Non Profit, con degli end point ben diversi dal mero profitto.

Perché la fondazione ha bisogno dei soci SIU?

Una Fondazione che ha nella propria Mission la ricerca di base, la creazione di eccellenze su territorio nazionale, la continua tutela della supremazia e dell'indipendenza della nostra specialità, ma che rimane comunque una entità separata dalla SIU, deve essere supportata da tutti noi Soci.



di **Angela Maurizi**

Le Fondazioni Onlus, in quanto caratterizzate da attività non lucrativa, non è un mistero che per vivere abbiano bisogno di donazioni (Enti, persone fisiche, aziende) e contributi volontari.

La capacità di sopravvivere attraverso i contributi interni impedisce che influenze esterne possano deviarne gli sforzi e la mission iniziale.

Un sistema che si automantiene è una struttura non ricattabile e totalmente autonoma.

Come sostenere la fondazione?

Indirizzando il 5 per mille che di default viene “stor-nato” dalla dichiarazione dei redditi.

Apporre una firma, indicando il codice fiscale della Fondazione SIU Urologia Onlus, non vuol dire semplicemente indirizzare una donazione alla Fondazione, ma rappresenta una scelta, la vostra scelta consapevole di finanziare la promozione e la realizzazione di importanti progetti di ricerca nel campo urologico.

Come la fondazione può aiutare i soci SIU?

La fondazione SIU Urologia ONLUS ha degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi. Entrambi mirano alla tutela delle attività che giornalmente ognuno di noi, socio SIU e non, va a svolgere con il proprio camice. Ma la fondazione non va interpretata soltanto come uno strumento da cui ricevere informazioni sull’esito degli studi condotti.

Può costituire una possibilità per quanti abbiano l’aspirazione, l’ambizione e la volontà di perseguire ricerca in ambito urologico.

Le newsletter periodiche saranno lo stimolo continuo e costante a rinnovare l’invito della Fondazione a prendere parte alle sue attività, o a proporle delle altre.

La SIU è la casa di tutti e la Fondazione è uno dei suoi strumenti, come soci SIU vi scriveremo, vi scriveremo ancora, vi coinvolgeremo, insisteremo fino a quando non verrete a lavorare insieme a noi per far crescere insieme l’Urologia italiana.

La Fondazione SIU Urologia Onlus è il fuoco che illumina la casa.



di **Elisabetta Costantini**

Una ventata di novità per il nostro **Futuro**

27

Pieno di novità, sempre aggiornato e con la passione per l’urologia. Ecco l’idea che futuro vuole esprimere al meglio.

Un **futuro** che si rinnova è sempre una buona notizia, soprattutto all’indomani di un incontro come quello degli Stati Generali così inteso di emozioni, di progettualità e di idee da realizzare.

Il nuovo layout grafico di Futuro vuole innanzitutto rispettare la tradizione di essenzialità che lo ha caratterizzato sin dal suo esordio; nello stesso tempo, però, ci siamo posti l’obiettivo di renderlo ancora più accattivante, più “colorato” e ricco di elementi grafici usati come punti di attenzionalità: un esempio per tutti, le citazioni degli autori degli articoli.

Ma è soprattutto nei contenuti che il lavoro di questa redazione si è concentrato nell’anno appena trascorso. La newsletter SIU guarda oggi agli argomenti di maggiore interesse nazionale e internazionale e alle notizie più innovative in campo urologico attraverso una lente d’ingrandimento diversa. Un esempio? Le interviste eccellenti a professionisti, urologi e pazienti. In una parola, all’universo di persone che sempre più interagiscono con la nostra Società.

Infine, lasciatemi spendere qualche parola per le URO-rubriche...sono interessanti e divertenti, una vera e propria pausa di leggerezza per la mente. E ce ne sono per tutti i gusti!

L’innovazione è un processo che non si ferma mai e noi tutti del Comitato Editoriale abbiamo energia e voglia di fare per trasmetterla a tutti coloro che ci leggono. Non perdetevi i prossimi numeri, mi raccomando!



di Andrea Cocci

L'Urologia per i giovani oggi

Dalle scuole di specialità all'inserimento nel mondo del lavoro

In uno scenario socio-sanitario complesso e ancora fluido, per poter fotografare la nostra disciplina attraverso lo sguardo degli Specializzandi, ho voluto fare una breve premessa che passa dall'analisi del percorso formativo delle nostre scuole, per arrivare all'occupazione del successivo post-specializzazione.

1. Crisi economico-finanziaria

La tenuta del SSN (equità ed uguaglianza di accesso alle cure) è messa a dura prova dal crescente bisogno di salute e da un forte cambiamento che è in atto negli ultimi anni. In sintesi:

- Aumentata aspettativa di vita alla nascita.
- Mutato scenario socio-demografico ed epidemiologico: elevato impatto malattie croniche, cronico degenerative ed invalidanti.
- Lenta evoluzione dal modello ospedale-centrico ad un sistema integrato ospedale-territorio
- Inarrestabile innovazione tecnologica e scientifica.
- Problematiche assistenziali ed etiche prima inimmaginabili.
- Sempre più marcate disuguaglianze di Salute, geografiche e sociali, deriva burocratico-normativa, mancata depenalizzazione atto medico e medicina difensiva.

2. Sistema formativo universitario e sue criticità

Nota critica del sistema formativo italiano rimane la laurea non adeguatamente professionalizzante con un peso eccessivo dedicato ai saperi di base del triennio pre-clinico a discapito della componente clinica pratica di base. (vedi figura 1 e 2)

Un interessante studio di Latocca R. (2003) "Criticità della professione medica in Italia: confronto europeo e prospettive future" stima in 15-16 anni la media occupazionale di uno studente di medicina che si accinge a iniziare la carriera medica. (vedi figura 3)

Figura 1

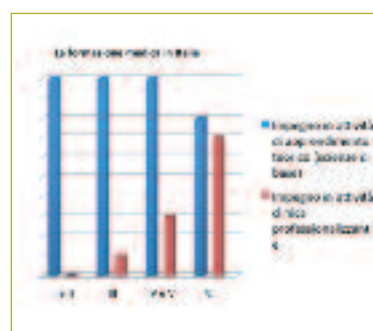


Figura 2

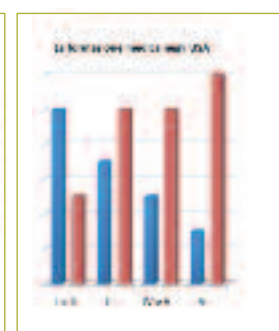


Figura 3

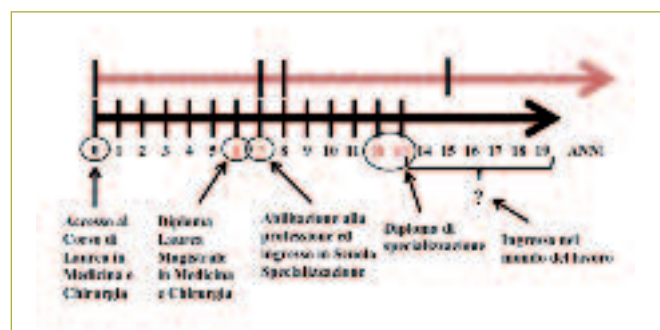


Figura 4



Survey 1. "La Formazione urologica italiana - valuta la tua scuola"

1) Che percentuale di specializzandi è coinvolta nella chirurgia robotica nell'arco dei 5 anni?	35% come secondo operatore, 4% come primo operatore
2) Che percentuale di specializzandi è coinvolta nella chirurgia laparoscopia (dove essa presente)?	58% come terzo operatore, 23 % come secondo operatore
3) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire un intervento endoscopico (URS, TURB, TURP, stenting) in autonomia?	88% TURB, 23% TURP, 80% stenting e URS
4) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire un intervento chirurgico minore (circoncisione, varicocele, idrocele) in autonomia?	24%
5) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire un intervento chirurgico maggiore (prostatectomia open, nefrectomia open, cistectomia radicale ucs) in autonomia?	0%
6) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire un litotrixxia extracorporea?	28%
7) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire una cistoscopia?	94%
8) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire un esame urodinamico?	60%
9) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire una valutazione ecografica urologica di base?	80%
10) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per eseguire una biopsia prostatica transrettale/transperineale?	85%
11) Che percentuale di specializzandi esce dalla vostra scuola di specializzazione con la competenza necessaria per una valutazione completa del paziente urologico?	77%
12) Che percentuale di specializzandi nella vostra scuola è coinvolto attivamente nell'attività scientifica?	40%
13) A vostro avviso che percentuale di specializzandi della vostra scuola desidera una carriera universitaria?	20%
14) Che percentuale di specializzandi della vostra scuola ha avuto esperienze all'estero?	38%
15) Quanti a vostra avviso vorrebbero lavorare in un paese diverso dall'Italia?	3%
16) Cosa ti preoccupa di più del mondo del lavoro post specializzazione?	Impreparazione chirurgica, realtà contrattuali svantaggiose, strutture lavorative non dignitose, costi eccessivi.

3. Formazione specialistica

La formazione specialistica in urologia rappresenta l'inizio della carriera professionale. L'anno appena passato è stato ricco di novità passando, dall'istituzione del concorso di selezione alle specializzazioni su base nazionale, al Decreto Interministeriale del 4 febbraio 2015, n. 68 che ha introdotto il riordino delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria con una rimodulazione dell'assetto formativo. Anche l'urologia sarà toccata dalla riforma con una modifica del piano di studi sulle linee guida stilate dal Ministero.

Se il percorso formativo universitario italiano, per quanto perfettibile, rappresenta ancora un'eccellenza a livello internazionale in termini di formazione teorica, mancano dati a supporto della formazione specialistica delle diverse facoltà (vedi figura 4).

Si riportano i dati della Survey 1 "La Formazione urologica italiana - valuta la tua scuola", proposta ad alcuni rappresentanti del Senato degli Specializzandi alle rispettive scuole di appartenenza.

L'Urologia per i giovani oggi

30

4. Cosa ci aspetta dopo la specializzazione?

Cinquantanove medici su cento in Toscana dichiarano di fatturare meno di 49 mila euro l'anno. Il 27,9% sta sotto i 19.000,00 euro e il 31% tra i 20.000,00 e i 49.000,00.

In questa quota il 48,5% dei professionisti ha meno di 40 anni (17,1% è sotto i 30 e il 31,4% tra 30 e 39) e il 28,6% ne ha meno di 50.

Nel 2013 in una regione di tre milioni e mezzo di abitanti (Toscana) si contavano 31.708 tra medici e dentisti: troppi medici e poca offerta lavorativa.

In appena cinque anni i medici italiani, che hanno chiesto al Ministero della Salute i documenti necessari per ottenere un impiego all'estero, sono sestuplicati. Erano 396 nel 2009, sono stati la bellezza di 2.363 nell'anno appena concluso, che ha segnato un vero boom di espatri.

Alla Survey 2 "Giovani urologi – cosa c'è dopo la specializzazione?" hanno partecipato 89 medici specialisti degli ultimi 5 anni appartenenti alle regioni Toscana, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna:

Lo scenario che traspare non è certo dei migliori: per quanto il campione sia ridotto ed appartenente solo ad una limitata area geografica italiana, riflette le esi-

genze e le difficoltà a cui il giovane urologo deve far fronte. In primis la mancanza di un'offerta lavorativa e di uno stipendio dignitoso e utile a far fronte agli immediati costi che l'attività specialistica stessa impone. Per quanto il Ministero abbia il dovere di monitorare la programmazione dei fabbisogni specialistici, al fine di non formare più professionista di quanto il territorio abbia bisogno, è altrettanto importante che le società scientifiche prendano atto del problema e forniscano ai propri iscritti i mezzi per sopperire in parte a queste gravi lacune. Un aspetto rilevante è, ad esempio, l'assicurazione professionale la quale rappresenta uno dei più grandi oneri a cui fra fronte una volta conclusa la specializzazione.

L'urologia è uno dei fiori all'occhiello della sanità italiana, al centro dell'attenzione per la chirurgia mini invasiva e proiettata verso il principio di tutela della salute passando anche attraverso una forte attenzione allo stile di vita.

Gli urologi di domani si formano oggi, crediamo quindi che un'analisi critica del percorso formativo e dell'attività lavorativa post specializzazione siano il primo passo per incentivare i giovani colleghi a scegliere l'urologia come loro indirizzo specialistico.

Survey 2 "Giovani urologi cosa c'è dopo la specializzazione"	
Attualmente il tuo stipendio è superiore a quello che percepivi come specializzando?	SI 73%
Ritieni di essere un urologo formato alla fine della tua specializzazione?	NO 76%
Quale attività incrementeresti nel tuo periodo di formazione?	100% attività chirurgica!
Consigliaresti la tua scuola di specializzazione ad un amico?	SI 61%
Sei soddisfatto della scelta della tua specializzazione?	SI 74%
Attualmente sei firmatario di un contratto di frequenza volontaria nell'ospedale in cui hai svolto la specializzazione?	SI 58%
Attualmente sei in possesso di una borsa di ricerca/dottorato?	SI 17%
Hai avuto modo di ricevere uno stipendio nell'immediato post specializzazione?	SI 78%
Attualmente in che struttura lavori?	8% struttura pubblica-universitaria, 10% struttura pubblica 14% struttura pubblica convenzionata, 68% struttura privata



pillole di segreteria



Barbara Fiorani
SIU Executive Manager
Capo Segreteria
educational@siu.it



Carla Ceniccola
Amministrazione Soci
segreteria@siu.it



Davide Frasca
Webmaster
webmaster@siu.it

31

Caro Socio,

anche quest'anno la quota associativa SIU darà diritto a ritirare le Pocket Guidelines EAU 2015.

Il volume verrà consegnato a Riccione, dal 10 al 13 Ottobre, in occasione del prossimo Congresso della Società Italiana di Urologia. Inoltre a breve sarà disponibile l'APP per IOS ed Android con le linee guida EAU che permetterà a tutti i soci di consultarle direttamente dal proprio smartphone.



futuro

Periodico della Società Italiana di Urologia

Editore



Società Italiana di Urologia
Via Giovanni Amendola, 46
00185 Roma
Tel. 06 8620 2637
www.siu.it

Nr. 53 - Aprile 2015 - Anno 13
Poste Italiane SpA - Spedizione in
abbonamento postale - 70% Roma
n° 93/2007

Direttore Responsabile
Maurizio Comelli

Direttore Scientifico
Elisabetta Costantini

Comitato di Redazione
Elisabetta Costantini,
Serena Maruccia,
Angela Maurizi,
Antonio Luigi Pastore

Hanno collaborato
a questo numero:
A. Cocci, M.T. Filocomo,
A. Saita, D. Veneziano

**Segreteria di Redazione,
Progetto Grafico
e Impaginazione**



Viale Gianluigi Bonelli, 40
00127 Roma
tel. 06.657 487 450
info@eventimmagine.it

Stampa
Tipolitografia Trullo
Via Ardeatina, 2479
00134 Santa Palomba - Roma



88° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA

Riccione - Palazzo dei Congressi
10-13 Ottobre 2015