SIUNEWS
SPECIALE CONGRESSO
NUMERO 1
OTTOBRE 2026

**99° Congresso Nazionale**
Riccione, 28-31 Ottobre 2026

# BENVENUTI AL 99° CONGRESSO NAZIONALE SIU
## HOT TOPICS DELLE PRIME DUE GIORNATE

### Il congresso ritorna a Riccione per una nuova visione dell'Urologia



*Prof. Giuseppe Carrieri.*

**Il 99° Congresso Nazionale della Società Italiana di Urologia torna a Riccione dopo quattro anni, tra tradizione, innovazione e nuove prospettive scientifiche.**
Dopo l'ultima edizione del 2022 e le successive tappe di Roma, Bari e Sorrento, il Congresso Nazionale SIU torna a Riccione, una sede storicamente legata alla comunità urologica italiana. Un ritorno alle origini, ma soprattutto un'occasione per guardare al futuro con una visione diversa dell'Urologia.

Ne parliamo con Giuseppe Carrieri, Presidente SIU, Salvatore Micali, Presidente del Congresso, e Francesco Porpiglia, Responsabile dell'Ufficio Scientifico SIU.

**Prof. Carrieri, quale ruolo deve avere oggi la SIU nel panorama urologico nazionale?**

«*La SIU deve essere la casa comune degli urologi italiani, un interlocutore autorevole delle istituzioni e un protagonista delle scelte che riguardano il futuro della nostra professione. È fondamentale promuovere il riconoscimento del ruolo dell'urologo, sostenere la formazione delle nuove generazioni e favorire pari opportunità di crescita scientifica e professionale. Il Congresso rappresenta il momento più significativo per consolidare questa visione condivisa*».

**Prof. Carrieri, qual è il bilancio di questo primo anno alla guida del nuovo Consiglio Direttivo SIU?**

«*È stato un anno di intenso lavoro e di rinnovamento. Abbiamo rafforzato la struttura della Società, coinvolgendo nuove figure e istituendo nuovi uffici dedicati alle realtà regionali, alla Fondazione, ai pazienti e alle nuove tecnologie, affidati a colleghi di riconosciuta esperienza. Abbiamo inoltre investito molto nella comunicazione e nel dialogo con i soci. Durante la cerimonia inaugurale avremo l'occasione di condividere i risultati raggiunti e presentare le prossime iniziative*»

**Prof. Carrieri, che significato ha il ritorno a Riccione?**

«*Riccione rappresenta una parte importante della storia della nostra Società e un luogo di incontro per intere generazioni di urologi. Tornare qui, alla vigilia della centesima edizione, significa riaffermare l'identità e la centralità della SIU nel panorama scientifico nazionale. Vogliamo una Società sempre più autorevole, inclusiva e rappresentativa, capace di valorizzare tutte le anime dell'Urologia italiana*».

**Prof. Micali, quale sarà lo spirito del Congresso da lei presieduto?**

«*Abbiamo immaginato un Congresso che superi il tradizionale modello di aggiornamento frontale, privilegiando il confronto scientifico e la discussione critica. Il programma integra evidenze cliniche, innovazioni tecnologiche ed esperienze chirurgiche, con particolare attenzione alla multidisciplinarietà e all'interazione tra esperti. L'obiettivo è offrire un aggiornamento rigoroso, ma soprattutto utile per orientare le decisioni nella pratica clinica quotidiana*».

**Prof. Porpiglia, quali saranno i temi al centro del programma scientifico?**

«*Vogliamo proporre una lettura dell'Urologia che vada oltre la tradizionale suddivisione per patologie, affrontando le grandi sfide che stanno trasformando la nostra disciplina. Dall'intelligenza artificiale alla chirurgia del futuro, dalla medicina di precisione alle nuove frontiere della diagnostica e delle terapie, il programma dell'Auditorium sarà pensato per stimolare il confronto tra innovazione, evidenze scientifiche e pratica clinica. Non soltanto presentazioni, ma dibattiti, visioni differenti e discussioni aperte*».

**Prof. Porpiglia, cosa vorrebbe che i giovani urologi portassero a casa da Riccione?**

«*Vorrei che i giovani urologi trovassero nel Congresso non soltanto risposte, ma soprattutto stimoli per porsi nuove domande. La nostra disciplina evolve rapidamente e oggi è fondamentale sviluppare spirito critico, capacità di interpretare le evidenze e apertura verso l'innovazione*».

**Prof. Porpiglia, quale controversia pensa farà discutere maggiormente?**

«*Credo che una delle sfide più interessanti per il futuro dell'Urologia sarà l'integrazione tra innovazione tecnologica e conoscenza della biologia tumorale. Intelligenza artificiale, chirurgia avanzata e medicina di precisione stanno trasformando la nostra disciplina, ma la vera evoluzione richiederà all'urologo di ampliare le proprie competenze, non soltanto tecnologiche, ma anche biologiche, molecolari e genetiche. Comprendere l'eterogeneità dei tumori e i meccanismi che ne guidano l'evoluzione sarà fondamentale per sviluppare strategie diagnostiche e terapeutiche sempre più personalizzate. L'urologo del futuro dovrà saper integrare queste conoscenze, mantenendo un ruolo centrale nelle decisioni cliniche e terapeutiche*».

**Benvenuti a Riccione. Benvenuti al 99° Congresso Nazionale SIU!**



*Prof. Salvatore Micali.*

# Il paziente al centro: decidere insieme nell'Urologia che cambia

*Vincenzo Mirone (Napoli)*



*Prof. Vincenzo Mirone.*

L'urologia, come tutta la medicina, sta vivendo una stagione di profonda trasformazione grazie al progresso scientifico e tecnologico degli ultimi anni. La tecnologia e l'avvento dell'intelligenza artificiale, hanno in pochi anni cambiato il modo di diagnosticare, classificare e trattare le principali patologie urologiche, basti pensare alla chirurgia mini-invasiva e robotica, alla medicina di precisione, genomica e alle nuove terapie farmacologiche. In questo nuovo scenario in continua evoluzione, assume un nuovo ruolo la figura del paziente.

La domanda, oggi, non è più soltanto "*qual è il trattamento migliore?*", ma anche "*qual è il trattamento migliore per questo paziente, in questo momento della sua vita, alla delle sue aspettative e qualità di vita, del rapporto con il partner, la famiglia, la società?*".
Tutto questa significa ripensare il percorso di cura e riconoscere che la persona assistita non è soltanto il destinatario di una decisione clinica, ma parte integrante del processo decisionale. Significa passare da un modello nel quale il medico "*decide per*" il paziente a un modello nel quale medico ed il paziente "*decidono con*" il paziente, sulla base delle migliori evidenze disponibili e di un confronto autentico. Si deve passare quindi dalla malattia alla persona.
Molte patologie urologiche non riguardano soltanto la sopravvivenza o la guarigione dalla malattia, ma coinvolgono dimensioni intime dell'esistenza: la continenza urinaria, la funzione sessuale, la fertilità, l'immagine corporea, la capacità di svolgere le normali attività quotidiane. Sono aspetti che spesso il paziente può avere difficoltà a esprimere e che, tuttavia, possono determinare il modo in cui vivrà il risultato di una terapia.
Per questo motivo la qualità della cura non può essere valutata esclusivamente attraverso un parametro clinico, ma deve comprendere anche ciò che quella cura significa nella vita della persona.
Decidere insieme non significa trasferire la responsabilità della scelta dal medico al paziente.
Al contrario, significa valorizzare le competenze di entrambi. Il medico porta nel processo decisionale la conoscenza scientifica, l'esperienza clinica, la capacità di interpretare i dati diagnostici, di valutare rischi e benefici e di proporre le alternative appropriate.
Il paziente porta qualcosa che nessun algoritmo, nessuna linea guida e nessuna tecnologia possono sostituire: la conoscenza di sé, delle proprie priorità, delle proprie paure, dei propri obiettivi e di ciò che considera accettabile.

# La parola alla nuova generazione: quale Urologia vogliamo per il futuro?

Intervista di Rocco Simone Flammia a
*Bruno Bucca (Bolzano), Ilaria Liburdi (Roma) e Rossella Nicoletti (Palermo).*



*Dr.ssa Ilaria Liburdi.*

## Che cosa rappresenta per te il Congresso SIU?

**B. Bucca**: "*Al Congresso del 2022, all'inizio della specializzazione, ho incontrato il mio futuro mentore e scoperto la branca dell'urologia diventata il mio lavoro e la mia passione. Da allora, ogni edizione è un passo avanti nella mia carriera*".

**I. Liburdi**: "*È un'occasione di confronto e crescita: conoscere nuovi scenari, ascoltare punti di vista diversi e capire verso quale ambito indirizzarmi*".

**R. Nicoletti**: "*Un'occasione di incontro con i colleghi di tutta Italia, di aggiornamento e di scoperta di come le innovazioni internazionali vengano adottate nel nostro Paese.*

## Cosa ti aspetti da questa edizione?

**B. Bucca**: "*Mi aspetto più spazio per i giovani chirurghi italiani: una fonte di ispirazione vicina e diretta, capace di coinvolgere altri giovani nella ricerca e nella nostra società*".

**I. Liburdi**: "*Scoprire prospettive e tecnologie, confrontarmi con esperienze diverse e trovare stimoli per definire la direzione del mio percorso*".

**R. Nicoletti**: "*Aggiornamento, networking e contatti di ricerca*".

## Quali innovazioni del programma ritieni più interessanti?

**B. Bucca**: "*Le nuove piattaforme robotiche e il training. Da urologo ricostruttore, mi interessano anche l'andrologia clinica e chirurgica e la ricostruzione genitale, soprattutto nel trattamento della disfunzione erettile. Spero trovino sempre più spazio*".

**I. Liburdi**: "*La chirurgia robotica e mini-invasiva, le tecnologie digitali, l'intelligenza artificiale e la personalizzazione della diagnosi e delle cure*".

**R. Nicoletti**: "*Il ruolo del team multidisciplinare in oncologia, le nuove terapie e i bersagli molecolari, la chirurgia mini-invasiva per l'iperplasia prostatica benigna*".

## Come immagini l'Urologia dei prossimi 10-15 anni?

**B. Bucca**: "*Sempre piú attenta agli approcci mini-invasivi, alla preservazione d'organo, agli esiti funzionale, ai percorsi riabilitativi ed alla qualità di vita tanto nella patologia oncologica quanto in quella benigna*".

**I. Liburdi**: "*Sempre più tecnologica, digitale e personalizzata. Guardo con curiosità a questi cambiamenti per capire quali competenze sviluppare*".

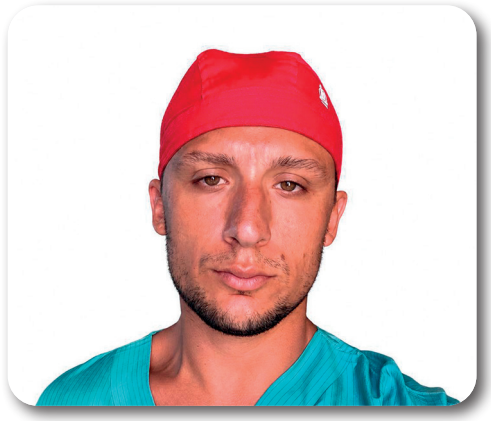


*Dr.ssa Rossella Nicoletti.*

**R. Nicoletti**: "*Questi temi orientano la mia formazione: chirurgia mini-invasiva, robotica, laser, terapie focali e trattamenti sempre più conservativi.*

Tre giovani voci, unite dal desiderio di crescere e contribuire ad un'urologia sempre più attenta alla qualità ed alla personalizzazione delle cure.

Rocco Simone Flammia



*Dr. Bruno Bucca.*

## *INFORMAZIONI UTILI*

**SCARICA L'APP E VISUALIZZA IL NUOVO DESIGN:**
Come usare l'App: "Fai una domanda"
Tramite il tuo smartphone potrai interagire LIVE,
in alcune sessioni previste in Auditorium Roth, segnalate con il logo,
inviando direttamente alla Faculty quesiti sulla tematica dibattuta in quel momento.

**CORSI CONGRESSUALI ECM**
**I corsi hanno inizio alle ore 7:30**
Tutti i corsi sono accreditati ECM, con 2 crediti formativi.

## APPUNTAMENTI DA NON PERDERE

Il Congresso SIU è scienza e aggiornamento, ma anche partecipazione, appartenenza e condivisione. Tre appuntamenti accompagneranno la comunità SIU durante le giornate di Riccione: dalla Cerimonia Inaugurale alla vita istituzionale della Società, fino alla sessione dedicata ai migliori contributi scientifici del Congresso.

### AUDITORIUM ROTH

- **GIOVEDÌ DALLE 18.30**
  Cerimonia Inaugurale, uno dei momenti più attesi di SIU 2026. Ad accompagnare la serata ci saranno Ale e Franz, per un'apertura capace di unire il momento istituzionale a quello più leggero e conviviale. Nel corso della cerimonia saranno inoltre consegnati il Premio Roth, il Premio Matula e i Rising Star Awards, celebrando personalità, percorsi e giovani talenti dell'Urologia.
- **VENERDÌ ORE 9:30**
  Assemblea Generale Ordinaria (AGO) e la consegna dei Premi SIU istituzionali: Premio Bracci, Premio Massimino D'Armiento, Premio Vincenzo Disanto, Best Video, Premio Barbara Grossetti e Premio Andrea Tamagnone. Un momento per partecipare alla vita della SIU e valorizzare persone, ricerca e contributi di particolare rilievo.
- **SABATO ORE 12:30**
  Infine, sabato dalle 12.30, sempre in Auditorium, spazio alla Best Abstract Session. Saranno presentate le cinque migliori short communications in ambito oncologico e le cinque migliori in ambito non oncologico. A scegliere il miglior contributo di ciascuna categoria sarà direttamente il pubblico attraverso la votazione in aula (mediante l'App).





# Neoplasia vescicale non responsiva al BCG: trattamenti standard e nuovi orizzonti terapeutici



*Prof. Paolo Gontero.*

Il carcinoma vescicale non muscolo-invasivo ad alto rischio non responsivo al BCG rappresenta oggi uno degli scenari più complessi e, allo stesso tempo, più dinamici dell'uro-oncologia. Alla cistectomia radicale, che rimane il riferimento oncologico nei pazienti candidabili alla chirurgia, si affianca infatti un numero crescente di strategie bladder-sparing, dalla chemioterapia endovescicale alle nuove forme di immunoterapia, gene therapy e drug delivery intravescicale.
La disponibilità di nuove opzioni apre però interrogativi altrettanto importanti: chi possiamo realmente trattare conservativamente? Quando dobbiamo smettere di tentare di preservare la vescica? E come orientarsi tra trattamenti sempre più numerosi e difficilmente confrontabili tra loro?
Ne parliamo con il Prof. Paolo Gontero, Direttore della Clinica Urologica della Città della Salute e della Scienza di Torino.

*Intervista a cura del Prof. Simone Albisinni, Professore Associato presso l'Università di Tor Vergata di Roma.*

**Professore, fino a pochi anni fa, di fronte a un paziente BCG-unresponsive la strada sembrava quasi obbligata: cistectomia radicale. Oggi abbiamo realmente cambiato paradigma o la chirurgia rimane ancora, nella maggior parte dei pazienti fit, la scelta con cui tutte le alternative devono confrontarsi?**

La cistectomia radicale rimane il trattamento di riferimento dal punto di vista oncologico. Questo, però, non significa che debba essere proposta automaticamente a tutti i pazienti né che le strategie conservative siano riservate esclusivamente a chi non può essere operato. Oggi le alternative bladder-sparing devono essere discusse anche con i pazienti fit, purché la decisione sia realmente condivisa. Bisogna considerare le condizioni generali, le caratteristiche biologiche ed endoscopiche della malattia, l'efficacia attesa del trattamento conservativo e la disponibilità del paziente ad affrontare un monitoraggio molto rigoroso.
Un confronto diretto tra cistectomia radicale e strategie conservative è, peraltro, molto difficile. Lo dimostra il BRAVO trial di Catto, che aveva provato a confrontare BCG e cistectomia nei pazienti con tumore vescicale ad alto rischio BCG naive, trial chiuso in anticipo perché troppo pochi pazienti accettavano di essere assegnati casualmente a uno dei due trattamenti. Non possiamo quindi aspettarci uno studio randomizzato capace di stabilire in maniera definitiva quale sia la strategia migliore. Dobbiamo interpretare le evidenze disponibili e adattarle al singolo paziente, ricordando sempre che la conservazione della vescica non deve compromettere le possibilità di guarigione.

**Il punto più delicato è capire quali pazienti possano conservare la vescica senza compromettere le possibilità di guarigione. Chi può essere oggi un buon candidato a una strategia di bladder sparing? E quali sono, invece, le principali red flags che dovrebbero indirizzare senza ulteriori tentativi verso la cistectomia?**

La prima distinzione da fare è tra una malattia T1 e una malattia limitata a Ta e carcinoma in situ. Una red flag è soprattutto la presenza di un T1 ad alto grado, perché indica che il tumore ha già superato la mucosa e possiede un comportamento biologico più aggressivo.
Nei dati disponibili, la mortalità tumore-specifica a cinque anni può arrivare a circa il 25% nei pazienti con T1, rispetto a valori intorno all'8% nei pazienti con malattia TaHG. Naturalmente si tratta di popolazioni eterogenee, ma la differenza dà bene la misura del problema.
Una strategia conservativa è quindi più ragionevole nei pazienti con Ta associato a carcinoma in situ oppure con carcinoma in situ isolato, sempre dopo una resezione adeguata e una stadiazione accurata.
Nel T1 bisogna essere molto più prudenti, soprattutto in presenza di malattia persistente, multifocale, estesa, associata a varianti istologiche e/o invasione linfovascolare. In questi casi il rischio è quello di prolungare inutilmente i tentativi conservativi e arrivare alla cistectomia quando la malattia è già progredita.
Il bladder sparing non è quindi una semplice alternativa terapeutica: è un percorso che richiede selezione, informazione completa del paziente e controlli molto ravvicinati.

**Per il paziente che sceglie o necessita di preservare la vescica, quali sono oggi le alternative più interessanti? E quale spazio può avere, nella pratica italiana, la combinazione endovescicale di gemcitabina e docetaxel?**

Oggi ci troviamo davanti a un panorama terapeutico estremamente ricco. Abbiamo la chemioterapia endovescicale sequenziale, l'immunoterapia sistemica, la gene therapy, i virus oncolitici e nuovi sistemi che permettono una somministrazione prolungata del farmaco all'interno della vescica.
Tra le strategie più utilizzate nella pratica clinica vi è la combinazione sequenziale endovescicale con gemcitabina e docetaxel. È un trattamento relativamente semplice, basato su farmaci già conosciuti e accessibili, che ha mostrato risultati interessanti nelle esperienze retrospettive e nelle casistiche real-world.
Accanto a Gem/Doce stanno emergendo strategie innovative. Penso, per esempio, alla terapia genica con nadofaragene firadenovec, all'immunoterapia con N-803, ai virus oncolitici e ai sistemi di rilascio intravescicale prolungato come TAR-200, che consente di mantenere elevate concentrazioni locali di gemcitabina. Sono trattamenti molto diversi tra loro per meccanismo d'azione, modalità di somministrazione, tossicità e organizzazione del percorso terapeutico. Il punto non sarà soltanto stabilire se funzionano, ma capire quale opzione sia più adatta a ciascun paziente e quale sarà realmente disponibile nel nostro sistema sanitario.

**Gli studi sulla malattia BCG-unresponsive utilizzano endpoint differenti: risposta completa, durata della risposta, disease-free survival, avoidance of cystectomy. Quali risultati contano davvero per il paziente e quanto è corretto confrontare direttamente studi diversi?**

L'endpoint dipende innanzitutto dal tipo di malattia. Nel carcinoma in situ l'obiettivo iniziale è ottenere una risposta completa, cioè la scomparsa della malattia alla cistoscopia, alla citologia e alle eventuali biopsie. Ma la risposta a tre mesi, da sola, non è sufficiente: dobbiamo sapere quanto a lungo viene mantenuta.
Per il paziente contano soprattutto la durata del controllo oncologico, l'assenza di progressione verso la malattia muscolo-invasiva e la possibilità di evitare o ritardare la cistectomia senza ridurre le probabilità di guarigione. A questi aspetti si aggiungono la qualità di vita, la tossicità e il carico organizzativo del trattamento.
I confronti indiretti tra studi devono essere fatti con grande cautela. Le popolazioni possono essere differenti per presenza di carcinoma in situ, T1, numero di precedenti cicli di BCG, intervallo dall'ultima instillazione e modalità di valutazione della risposta. Anche la definizione di recidiva o fallimento non è sempre identica.
Dire che un trattamento ha una percentuale di risposta superiore a un altro, semplicemente affiancando i risultati di due studi, può quindi essere fuorviante.

**Se domani avesse davanti un giovane urologo che deve gestire il suo primo paziente BCG-unresponsive, quali sono le tre cose che gli direbbe di non sbagliare?**

La prima cosa è una stadiazione impeccabile. Serve una valutazione endoscopica eseguita in sala operatoria, accurata e completa. Inoltre, bisogna escludere con attenzione la presenza di malattia uroteliale extravescicale, valutando l'uretra prostatica, l'alta via escretrice e i linfonodi. Non dimentichiamo, infatti, che anche una neoplasia T1 ad alto grado presenta un rischio non

trascurabile di coinvolgimento linfonodale, nell'ordine del 8-10%.

**La seconda è parlare con chiarezza al paziente.** La malattia uroteliale può riservare sorprese e il trattamento conservativo non deve essere percepito come una scelta "meno impegnativa". È fondamentale spiegare l'aggressività della malattia e la necessità di un follow-up estremamente rigoroso. Conservare la vescica non significa ridurre l'intensità dei controlli.

**La terza è scegliere il trattamento conservativo con realismo.** Le nuove opzioni terapeutiche possono essere considerate in pazienti selezionati, ma bisogna discutere apertamente i limiti delle evidenze disponibili. In Europa, al momento, non disponiamo ancora di trattamenti innovativi approvati per questa indicazione.

Queste è altre questioni attinenti al tema saranno affrontate nella sequente sessione:

AUDITORIUM ROTH - GIOVEDÌ 29 OTTOBRE (14:00 - 15:00)

**SESSIONE DIBATTITO**

**NEOPLASIA VESCICALE NON RESPONSIVA A BCG: TRATTAMENTI STANDARD E NUOVI ORIZZONTI TERAPEUTICI**

*Moderatore: M. Brausi (Modena)*

*Panelist: P. Gontero (Torino), A. Mari (Firenze), F. Turri (Roma)*

- Perché dobbiamo continuare ad usare il BCG e come ottimizzare i risultati (*F. Del Giudice, Roma*)
- Early cistectomy: come massimizzare la preservazione dei tessuti e migliorare i risultati funzionali? (*G. Novara, Padova*)
- Bladder preservation dopo fallimento del BCG: quali soluzioni possiamo realmente offrire oggi. (*M. Moschini, Milano*)
- La nuova era delle terapie per i BCG-unresponsive: che cosa ci aspettiamo in futuro? (*F. Soria, Torino*)

*Panel Discussion*



*Prof. Lorenzo Masieri.*

## *Intervista al Prof. Lorenzo Masieri*

# Carcinoma prostatico ormono-sensibile metastatico: l'era della personalizzazione

Ne parliamo con il Prof. Lorenzo Masieri, Struttura organizzativa dipartimentale Urologia e Trapianti Renali, Dipartimento Oncologico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze; Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze.

*Intervista a cura del Dr. R. Campi, urologo presso la Struttura organizzativa dipartimentale Urologia e Trapianti Renali, Dipartimento Oncologico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze; Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze.*

**Il trattamento del carcinoma prostatico ormono-sensibile metastatico (mHSPC) è cambiato radicalmente negli ultimi anni. Oggi la sfida è individualizzare la terapia e ottimizzare il percorso di diagnosi e cura. Qual è il ruolo dell'urologo moderno?**

Sono fermamente convinto che proprio nel setting metastatico ormono-sensibile l'urologo debba mantenere oggi un ruolo cardine, dalla diagnosi al trattamento e, non da ultimo, nel follow-up. Si stima che la malattia metastatica ormono-sensibile coinvolga circa il 20% dei pazienti entro i primi 5 anni dalla diagnosi; si tratta di un numero consistente, specialmente se consideriamo i circa 50.000 nuovi casi annui di tumore alla prostata in Italia. Questi pazienti possono presentarsi con malattia metastatica fin dall'esordio (casi oggi sempre più rari), ma più spesso giungono alla nostra attenzione in seguito al trattamento della patologia localizzata, come ad esempio dopo una prostatectomia radicale. L'urologo deve assumere un ruolo di coordinamento di tutte le opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili, guidando il percorso diagnostico e definendo il trattamento più opportuno in stretta sinergia con il team multidisciplinare.

**Diagnostica del mHSPC, tra TC, scintigrafia e PET-PSMA: quanto è importante la qualità degli esami di imaging e disporre di radiologi dedicati?**

Di fontamentale importanza. Credo che, se vogliamo adottare un approccio moderno e ragionare all'interno di team specializzati, la presenza di un radiologo e, aggiungerei, di un medico nucleare dedicati sia fondamentale. Lo stesso principio vale, a mio parere, per gli altri specialisti. Disporre di radioterapisti e oncologi esperti nella gestione delle neoplasie urologiche è una conditio sine qua non per una discussione proficua di ogni singolo caso. Aggiungerei inoltre che, anche tra noi urologi, in futuro emergeranno figure professionali dedicate in modo specifico all'oncologia. Dobbiamo tutti comprendere che studiare e orientarsi verso un'oncologia moderna rappresenta un'opportunità irrinunciabile; all'interno delle unità operative potremmo individuare personale esclusivamente dedicato a questo ambito (come già avviene per altre branche come l'andrologia o l'endourologia). Tutto ciò richiede uno sforzo culturale collettivo, necessario per evitare di essere interpellati solamente quando "altri" pongono un'indicazione chirurgica. Naturalmente, anche le strumentazioni diagnostiche devono essere all'avanguardia e di altissima qualità.

**Terapia ormonale: come superare l'undertreatment causato dall'errata somministrazione di ADT in monoterapia? Quali sono i messaggi da trasmettere agli urologi che desiderano occuparsi del mHSPC?**

Il messaggio è semplice: riprendere in mano la gestione della patologia prostatica, che è sempre stata e deve continuare ad essere di pertinenza urologica; studiare e conoscere a fondo le attuali opzioni diagnostico-terapeutiche e coordinare i team multidisciplinari, con la preparazione culturale necessaria per essere sempre parte attiva nelle discussioni cliniche.

**Come ottimizzare la collaborazione tra urologo e oncologo nel mHSPC, superando il dibattito tra specialità e mettendo al centro il paziente?**

Oggi credo sia giunto il momento di abbandonare l'idea che un solo specialista possa gestire in autonomia ogni fase della malattia. Tutto evolve molto rapidamente e le terapie diventano sempre più complesse: basti pensare, ad esempio, alla recente introduzione della teranostica nel trattamento del mHSPC. Pertanto, credo pienamente nella necessità di mettere al centro il paziente, e non lo specialista, guidando il team multidisciplinare verso la soluzione terapeutica più appropriata.

**Team multidisciplinare per il mHSPC: è davvero necessario per tutti i pazienti? Se sì, come migliorare la collaborazione tra ospedali Hub e ospedali Spoke al fine di offrire un trattamento di reale valore?**

Credo che la direzione giusta sia quella di discutere collegialmente tutti i casi, anche per consolidare uno standard of care che permetta di minimizzare gli errori. Sicuramente dovremmo superare la logica campanilistica del "mio" o "tuo" ospedale: discutere un caso in un centro di riferimento non deve necessariamente tradursi nel trattare il paziente all'interno di quella stessa struttura. Potremmo identificare sottogruppi di pazienti che necessitano di apparecchiature, approcci innovativi o trial clinici disponibili solo nei grandi centri Hub, e altri casi che possono essere discussi e gestiti efficacemente nei centri Spoke. Ricollegandomi alla risposta precedente, se mettiamo davvero

il paziente al centro del percorso di cura, diventerà del tutto naturale fare rete e ottimizzare le risorse disponibili.

**mHSPC: dal punto di vista clinico e chirurgico, in attesa dei risultati dei trial clinici in corso, c'è spazio per la prostatectomia nell'ambito di un trattamento multimodale? Quali sono i pazienti che possono beneficiarne maggiormente?**

La mia risposta è sì. Peraltro, se in un'ottica moderna consideriamo la radioterapia e la prostatectomia come due trattamenti sovrapponibili per il controllo locale della malattia, tutte le evidenze scientifiche che dimostrano un vantaggio nell'associazione delle terapie si applicano anche alla chirurgia, con benefici evidenti soprattutto nei pazienti sintomatici.Il perfezionamento delle tecniche chirurgiche ha drasticamente ridotto, e in alcuni casi azzerato, gli effetti collaterali dell'intervento; pertanto, soprattutto nei pazienti più giovani, un'operazione ben eseguita e un efficace controllo locale possono avere un impatto estremamente positivo sulla qualità della vita. Naturalmente, anche questo rappresenta un tema di discussione multidisciplinare, poiché ogni caso clinico è a sé stante. L'urologo moderno, per tornare alla domanda iniziale, rimane un eccellente chirurgo, ma deve impegnarsi a fondo per comprendere e gestire al meglio sia le terapie mediche sia le indicazioni per gli altri trattamenti locali (come la radioterapia o il Lutezio). Si tratta di uno sforzo culturale importante, ma indispensabile per continuare ad elevare il livello della nostra disciplina e per garantire una gestione a 360 gradi della patologia prostatica.

Queste è altre questioni attinenti al tema saranno affrontate nella sequente sessione:

AUDITORIUM ROTH - GIOVEDÌ 29 OTTOBRE (8:30 - 9:30)

**SESSIONE TEMATICA**

**TUMORE PROSTATICO METASTATICO ORMONOSENSIBILE: DALLA DIAGNOSI ALLA PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA**

*Moderatori: L. Masieri (Firenze), G. Procopio (Milano)*

- Presentazione caso clinico (*E. Rosato, Roma*)
- PSMA PET/TC: Quando L'imaging Diventa Decisione Clinica (*M. Bauknecht, Genova*)
- La terapia medica: doppietta o tripletta o target therapy? (*G. Gandaglia, Milano*)
- Chirurgia del primitivo: rivoluzione o illusione? (*V. Ficarra, Messina*)
- Radioterapia delle metastasi: tra opportunità terapeutica e rischio di overtreatment (*G. Marvaso, Milano*)
- Deintensificazione delle cure: come, quando e per chi? (*C. Ciccarese, Roma*)

*Discussione*



*Prof. Andrea Tubaro.*

## *Intervista al Prof. Andrea Tubaro*

# Nuove prospettive nella gestione della vescica ipocontrattile nell'IPB

Ne parliamo con il Prof. Andrea Tubaro, Professore Ordinario di Urologia presso l'Università La Sapienza di Roma, e direttore dell'Unità Operativa Complessa di Urologia presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di Roma.

*Intervista a cura del Prof. Giacomo Novara, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche - Clinica Urologica, Università di Padova*

**Definizione e terminologia**

**Continuiamo a usare in modo intercambiabile termini come detrusor underactivity (DU), underactive bladder (UAB) e vescica ipocontrattile, ma indicano piani diversi — urodinamico l'uno, sindromico-sintomatologico l'altro. Come inquadra oggi queste entità, e quanto è ancora attuale la definizione ICS del 2002 alla luce del tentativo di costruire una vera symptom syndrome attorno alla UAB?**

La distinzione fra DU e UAB resta fondamentale: la prima descrive ciò che documentiamo all'urodinamica, la seconda ciò che riferisce il paziente. Usarle come sinonimi significa attribuire ai sintomi un meccanismo che non abbiamo ancora dimostrato.

La detrusor underactivity è un'osservazione urodinamica della fase di svuotamento. La definizione ICS del 2002 descrive una contrazione di forza e/o durata ridotte, associata a svuotamento prolungato o incompleto. Il suo merito, ancora attuale, è riconoscere che la prestazione detrusoriale comprende anche la capacità di sostenere la contrazione nel tempo. Per questo "ipocontrattilità detrusoriale", se intesa soltanto come riduzione della forza, non restituisce interamente il concetto di DU.

La underactive bladder, invece, è una sindrome sintomatologica. Il report del gruppo di lavoro ICS del 2018 la caratterizza attraverso flusso lento, esitazione e necessità di spingere, con o senza sensazione di incompleto svuotamento e talvolta con sintomi di riempimento. L'obiettivo è legittimo: dare un nome all'esperienza del paziente e consentirne lo studio anche prima dell'urodinamica. "Vescica ipocontrattile" rimane un'espressione clinica comprensibile, ma ambigua se non specifichiamo quale dei due piani intendiamo.

La difficoltà è costruire una sindrome riconoscibile senza trasformarla in una diagnosi implicita di insufficienza detrusoriale. Flusso lento, esitazione e spinta possono derivare anche da ostruzione o da alterato rilasciamento dell'outlet. La sensazione di incompleto svuotamento non equivale a un residuo elevato. Viceversa, un paziente con DU può avvertire poco il riempimento e riferire disturbi modesti. La corrispondenza fra UAB e DU è quindi imperfetta.

Il parallelismo con OAB e iperattività detrusoriale è utile, ma ha un limite: nell'OAB l'urgenza è il sintomo cardine; nella UAB manca un sintomo altrettanto discriminante. Inoltre, sintomi di riempimento e difficoltà di svuotamento possono coesistere: urgenza e frequenza non escludono una DU.

Quanto alla definizione del 2002, la considero ancora valida come cornice concettuale, ma insufficiente come criterio operativo uniforme. Non stabilisce quanto debbano essere ridotte forza e durata, quale tempo di svuotamento sia normale o come incorporare il carico uretrale. Le formulazioni successive hanno esplicitato pressione detrusoriale ridotta o contrazione breve in rapporto al flusso e allo svuotamento, senza risolvere completamente il problema delle soglie e della standardizzazione.

Nella pratica terrei quindi distinti tre livelli: sintomi compatibili con UAB, segni oggettivi di alterato svuotamento e DU documentata allo studio pressione-flusso. A questi aggiungerei l'inquadramento eziologico e l'eventuale ostruzione concomitante. Costruire una vera **symptom syndrome** è utile per riconoscere il problema e misurarne l'impatto; richiede però strumenti validati che descrivano il paziente senza presumere il meccanismo della sua disfunzione.

**La diagnosi differenziale critica**

**Il cuore del problema è distinguere il paziente ostruito da quello ipocontrattile — o quantificare i due fenomeni quando coesistono. Lo studio pressione-flusso resta il gold standard: quale valore attribuisce oggi a indici come il BCI, il PIP1 e il BOOI, e quali sono i loro limiti nel paziente con quadro misto?**

Attribuisco a questi indici un grande valore descrittivo, ma un valore diagnostico e prognostico che dipende dal contesto. Lo studio pressione-flusso resta il riferimento perché mette in relazione la pressione generata dal detrusore con il flusso ottenuto. Gli indici sintetizzano quella relazione; non sostituiscono l'interpretazione dell'intero esame. Nell'uomo, BOOI e BCI rispondono a due domande diverse:

- BOOI = PdetQmax − 2 × Qmax: quantifica l'ostruzione secondo il modello pressione-flusso. Un valore >40 indica ostruzione, 20–40 una condizione equivoca, <20 assenza di ostruzione secondo il nomogramma;
- BCI = PdetQmax + 5 × Qmax: stima la forza contrattile. Convenzionalmente, <100 indica contrattilità debole, 100–150 normale e >150 forte.

Sono classificazioni utili soprattutto nell'uomo con LUTS, ma BCI <100 non esaurisce la diagnosi di DU, che comprende anche durata della contrazione ed efficacia dello svuotamento.
Il PIP1, calcolato come PdetQmax + Qmax, è una stima della pressione isovolumetrica proiettata, studiata soprattutto nelle donne, inizialmente anziane con incontinenza da urgenza. Nasce anche dall'osservazione che gli indici con coefficiente 5 sovrastimano la pressione isovolumetrica in questa popolazione. Non lo considererei quindi una versione intercambiabile del BCI, né trasferirei automaticamente alle donne le soglie maschili di contrattilità e ostruzione.
Nel quadro misto, il limite fondamentale è che pressione e flusso dipendono contemporaneamente dal detrusore e dall'outlet. BCI e BOOI derivano dagli stessi due valori: sono due letture della stessa minzione, non misure indipendenti di muscolo e resistenza.
Un esempio aiuta: un uomo con PdetQmax di 60 $cmH_2O$ e Qmax di 5 mL/s ha un BOOI di 50 e un BCI di 85. È quindi classificabile come ostruito e con contrattilità debole. Una pressione apparentemente elevata non basta a concludere che il detrusore sia adeguato.
Infine, nessuno di questi numeri misura direttamente la "riserva recuperabile" del detrusore. Dopo disostruzione, un aumento del BCI può riflettere anche l'aumento del flusso incluso nella formula: non dimostra, isolatamente, un recupero della contrattilità intrinseca.
Userei dunque BOOI per caratterizzare il carico ostruttivo e BCI o PIP1, nella popolazione appropriata, per descrivere la prestazione contrattile. La decisione clinica richiede poi di ricomporre quei numeri nel tracciato e nella storia del paziente, soprattutto quando i due fenomeni coesistono.

### Il dilemma decisionale

Veniamo alla domanda che ogni urologo si pone in ambulatorio: ha senso disostruire un paziente con DU documentata e BPO? Su quali parametri urodinamici e clinici basa la predizione di un recupero contrattile post-operatorio, e quanto è affidabile il concetto di "detrusore recuperabile"?

Sì, può avere senso disostruire un paziente con DU documentata e BPO: l'ipocontrattilità non è, di per sé, una controindicazione. Ma distinguerei subito due obiettivi: migliorare lo svuotamento e recuperare la contrattilità. La chirurgia può ottenere il primo riducendo le resistenze, anche senza normalizzare il detrusore. Le EAU raccomandano di discutere i possibili benefici della disostruzione in questi pazienti, riconoscendo la limitata qualità delle evidenze.
Il parametro sul quale baserei maggiormente la previsione del beneficio è la presenza e l'entità dell'ostruzione allo studio pressione-flusso. Nell'uomo, un BOOI superiore a 40 sostiene la diagnosi di ostruzione; fra 20 e 40 il quadro è equivoco. Le coorti disponibili mostrano generalmente risultati migliori quando alla DU si associa un'ostruzione rispetto alla DU senza ostruzione. Questo predice soprattutto il beneficio della riduzione delle resistenze, non la rigenerazione del muscolo. Nei pazienti che non riescono a urinare durante l'esame, invece, non possiamo applicare meccanicamente questi indici: occorre integrare qualità del tracciato, anatomia e contesto clinico.
Valuterei poi la contrattilità residua nel suo insieme: presenza e durata della contrazione, pressione detrusoriale, flusso, efficienza di svuotamento e contributo della spinta addominale. Il BCI aiuta a descrivere il quadro, ma non offre una soglia validata che separi il detrusore "recuperabile" da quello "irrecuperabile". Inoltre, contiene il flusso nella propria formula: un suo aumento dopo la disostruzione non dimostra, da solo, un recupero della contrattilità intrinseca.
Il concetto di "detrusore recuperabile" è quindi un'ipotesi prognostica, non una diagnosi affidabile e binaria. Un'assenza di contrazione durante un singolo esame non equivale necessariamente a perdita definitiva della funzione; allo stesso tempo, non disponiamo di un test capace di garantire che la contrazione tornerà.
Nel counselling direi: «**Possiamo ridurre l'ostacolo e aumentare la possibilità di uno svuotamento utile; non possiamo promettere che il muscolo recuperi né che il catetere diventi sicuramente superfluo**». Concorderei quindi obiettivi distinti — sintomi, residuo, cateterismi e autonomia minzionale — e un piano in caso di recupero incompleto. È su questi risultati che valuterei il successo dell'intervento, riservando l'affermazione di un vero recupero contrattile a una documentazione funzionale adeguata.

### Scelta della tecnica disostruttiva

Se si decide di operare, la tecnica conta? Tra TURP, Green laser, HoLEP e le terapie mini-invasive che risparmiano la componente attiva (UroLift, Rezum, iTIND, Aquablation), esistono dati che orientino la scelta specificamente nel detrusore ipocontrattile, o parliamo ancora prevalentemente di estrapolazione dalla popolazione ostruita "standard"?

La tecnica probabilmente conta, ma nella DU abbiamo dati sufficienti per orientare la scelta, non per stabilire una graduatoria definitiva. Il primo determinante resta la presenza di un'ostruzione effettivamente correggibile: nessuna tecnica può compensare un'indicazione poco fondata. Preciserei anche che le procedure citate non costituiscono una categoria omogenea. UroLift divarica il tessuto, iTIND rimodella l'outlet, Rezūm determina ablazione termica e Aquablation asporta tessuto con un getto d'acqua. Se per "risparmio" intendiamo la preservazione eiaculatoria, questa non equivale a preservazione o recupero della funzione detrusoriale.
Per TURP, GreenLight e soprattutto HoLEP esistono studi specifici in pazienti con DU documentata all'urodinamica. Quindi non parliamo soltanto di estrapolazione. Il limite è che prevalgono studi osservazionali, con definizioni di DU, selezione dei pazienti e follow-up differenti.
TURP e fotovaporizzazione GreenLight possono migliorare sintomi e svuotamento anche in presenza di ipocontrattilità. Per HoLEP, il razionale è ottenere una disostruzione ampia e duratura, riducendo il carico contro cui deve lavorare un detrusore debole. Nella mia scelta, quindi, DU importante, ostruzione dimostrata e priorità di liberarsi dal catetere orienterebbero verso una disostruzione affidabile e duratura, spesso enucleativa se anatomia, condizioni cliniche ed esperienza del centro lo consentono. È un orientamento sostenuto dal razionale e dai dati osservazionali, non da confronti randomizzati definitivi. Fragilità, rischio anestesiologico e priorità sessuali possono giustificare altre scelte, purché si espliciti l'incertezza e si concordi anche la possibilità di cateterismo persistente o ritrattamento.

### Messaggio finale e formazione

Se dovesse sintetizzare un messaggio per lo specializzando: quali sono gli errori più frequenti nella gestione della vescica ipocontrattile associata a IPB — dalla mancata diagnosi urodinamica pre-operatoria all'aspettativa irrealistica sul recupero — e come dovrebbe cambiare la cultura urologica per non trattare questi pazienti "come se fossero solo ostruiti"?

Il primo errore è attribuire automaticamente tutti i sintomi all'IPB. Un flusso basso può dipendere da ostruzione, ipocontrattilità o dalla loro associazione; il residuo non permette di distinguerle. Anche l'anamnesi deve andare oltre la prostata: diabete, patologie neurologiche, farmaci, precedenti interventi pelvici e storia di ritenzione possono cambiare l'interpretazione del quadro.
Il secondo errore è omettere lo studio pressione-flusso quando l'incertezza funzionale può modificare la decisione chirurgica. Questo non significa eseguire l'urodinamica prima di ogni intervento per IPB: le linee guida ne raccomandano un uso selettivo. Ma nel paziente con sospetta DU, quadro discordante o precedente trattamento invasivo inefficace, conoscere il contributo dell'ostruzione e quello del detrusore può essere decisivo. L'esame va interpretato nella sua interezza, considerando anche qualità della minzione, spinta addominale e fase di riempimento; un singolo valore di BCI non esaurisce la diagnosi.
Il terzo errore è confondere il beneficio della disostruzione con il recupero della contrattilità. Ridurre le resistenze può consentire a un detrusore debole di svuotare meglio, anche senza normalizzarne la funzione. La DU non è dunque una controindicazione automatica alla chirurgia: nei pazienti con ostruzione concomitante il beneficio può essere significativo. Tuttavia, non possiamo promettere il recupero completo o l'indipendenza dal catetere. Le EAU raccomandano di discutere i possibili benefici della chirurgia, riconoscendo i limiti delle evidenze.
Il quarto errore è fare questo counselling soltanto dopo l'intervento. Prima bisogna concordare obiettivi realistici: miglioramento dei sintomi, riduzione del residuo o dei cateterismi, eventuale autonomia minzionale. Va spiegato che il recupero può essere incompleto e che potrebbe restare necessario il cateteri-

smo intermittente. Questo è parte del percorso terapeutico e deve essere preparato, anche sul piano pratico.
Infine, eviterei di considerare conclusa la gestione con un intervento tecnicamente riuscito. La persistenza del residuo o dei sintomi richiede una rivalutazione funzionale, senza presumere automaticamente un'ostruzione residua e proporre subito un nuovo intervento. Il follow-up deve verificare lo svuotamento, i sintomi, le infezioni e, quando indicato, la funzione renale e le alte vie.

Queste è altre questioni attinenti al tema saranno affrontate nella sequente sessione:
AUDITORIUM ROTH - GIOVEDÌ 29 OTTOBRE (15:00 - 15:45)
**SESSIONE TEMATICA**
**UROLOGIA FUNZIONALE: NUOVE PROSPETTIVE NELLA GESTIONE DELLA VESCICA IPOCONTRATTILE NELL'IPB**
*Moderatore: G. Del Popolo (Firenze)*
*Panelist: A. Giammò (Torino), M. Tutolo (Milano)*
- BPO nel tempo: quando l'ostruzione diventa danno vescicale? (*A. Tubaro, Roma*)
- Ipocontrattilità detrusoriale: è un'entità ancora sfuggente? (*E. Costantini, Terni*)
- Quando disostruire i pazienti con ipocontrattilità detrusoriale (*E. Finazzi Agrò, Roma*)

*Panel Discussion*



*Dr. Enrico Checcucci.*

## *Intervista al Dr. Enrico Checcucci*

# Il ruolo presente e futuro dell'intelligenza artificiale in urologia

Ne parliamo con il Dr. Enrico Checcucci, Specialista in Urologia presso l'Istituto Nazionale Oncologico di Candiolo (TO) e Chairman YAU-EAU Urotechnology and Digital Health.

*Intervista a cura del Prof. Giacomo Novara, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche - Clinica Urologica, Università di Padova.*

**Inquadramento generale**

Quando parliamo di "intelligenza artificiale in urologia" rischiamo di mettere sotto la stessa etichetta strumenti molto diversi tra loro: dal machine learning classico ai modelli di deep learning per l'imaging, fino ai large language model. Come definirebbe il perimetro reale dell'AI oggi rilevante per l'urologo, distinguendo ciò che è già maturo da ciò che resta sperimentale o puramente promozionale?

Oggi l'intelligenza artificiale in urologia non è una singola tecnologia, ma un insieme di strumenti con livelli di maturità molto diversi tra loro. Le applicazioni più concrete sono quelle che lavorano su dati già digitali e strutturati: imaging, anatomia patologica, cartella clinica elettronica, video chirurgici e dati generati dalle piattaforme robotiche. In questi ambiti l'AI può già svolgere un ruolo di supporto, riducendo le attività ripetitive, evidenziando le informazioni rilevanti e rendendo più standardizzati alcuni passaggi del percorso clinico. Diverso è invece il discorso sui sistemi completamente autonomi: oggi l'AI può assistere il medico, ma non sostituirne il giudizio. Il punto non è chiedersi se l'algoritmo sia "più bravo" dell'urologo, ma se gli consenta di prendere decisioni migliori, più rapide e più riproducibili. La vera maturità di una tecnologia si misura sulla sua capacità di integrarsi nel workflow e di produrre un beneficio clinico dimostrabile, non sull'effetto "wow" che può suscitare.

**Diagnostica per immagini e uropatologia**

Uno degli ambiti più avanzati è l'analisi automatizzata delle immagini: mpMRI prostatica, TC e, più di recente, la digital pathology con quantificazione del Gleason/ISUP. Quali applicazioni ritiene già affidabili per la pratica quotidiana e dove invece la performance dei modelli non regge ancora il confronto con il giudizio dell'esperto?

Nell'imaging, l'AI è già in grado di affiancare il radiologo come "second reader", aiutandolo a focalizzare l'attenzione sulle aree sospette e, in prospettiva, a filtrare e prioritizzare gli esami che richiedono maggiore attenzione. Nel tumore della prostata, uno scenario particolarmente interessante è quello della cosiddetta "virtual biopsy": usare le informazioni della risonanza magnetica non solo per identificare una lesione, ma per stimare la probabilità di un tumore clinicamente significativo e, potenzialmente, anche alcune caratteristiche di aggressività. Un'evoluzione analoga sta avvenendo in anatomia patologica. La digital pathology permetterà di archiviare in modo sistematico enormi quantità di immagini istologiche, creando dataset su cui addestrare algoritmi sempre più accurati. I nuovi scanner consentono già oggi di ottenere immagini digitali in tempi molto rapidi; il passo successivo sarà affidare all'AI una prima classificazione automatica, inizialmente almeno sulla positività o negatività del campione e in seguito su elementi più complessi come grading e pattern istologici, così da poter guidare il chirurgo durante l'intervento stesso. Esperienze preliminari molto promettenti sono in corso anche per le masse renali. In questa fase, però, il controllo dell'esperto resta indispensabile, soprattutto nei casi borderline o biologicamente complessi.

**Carcinoma prostatico**

Nel percorso del paziente con sospetto carcinoma prostatico l'AI viene proposta a più livelli: stratificazione del rischio pre-biopsia, refertazione PI-RADS assistita, biopsia fusion, integrazione di modelli genomici e radiomici. Dove vede il maggior guadagno clinico concreto in termini di riduzione delle biopsie inutili e dell'overtreatment?

Nel nostro gruppo abbiamo affrontato direttamente diversi di questi aspetti. Un primo vantaggio concreto riguarda l'assistenza alla lettura della risonanza magnetica, con la possibilità di ridurre i tempi di refertazione e aumentare la standardizzazione. Un secondo elemento è la segmentazione automatica: se il software riconosce prostata e lesione sulla RM, può facilitare una fusione sempre più automatizzata tra risonanza ed ecografia durante la biopsia prostatica, riducendo i passaggi manuali e la variabilità operatore-dipendente.
Il terzo ambito, a mio avviso ancora più interessante, è quello dei personalized predictive models (PPM). Integrando caratteristiche cliniche, laboratoristiche e radiologiche è possibile stimare il rischio individuale di tumore clinicamente significativo prima della biopsia. In una nostra precedente esperienza, un modello sviluppato in collaborazione con il Politecnico di Torino ha raggiunto una sensibilità del 92%, con la possibilità teorica di evitare circa il 15% delle biopsie nei pazienti a basso rischio. È questo il tipo di applicazione che può realmente tradursi in un beneficio: non semplicemente "predire meglio", ma ridurre le procedure inutili mantenendo un'elevata sicurezza diagnostica.

**Urologia funzionale e LUTS**

L'oncologia domina il dibattito, ma quali spazi realistici vede per l'AI nell'urologia funzionale, dall'interpretazione dell'urodinamica alla fenotipizzazione dei LUTS, dalla predizione dei responder alle diverse terapie fino alla gestione dei dati da dispositivi wearable e diari minzionali digitali?

È un campo probabilmente meno visibile, ma con un grande potenziale. Nell'urologia funzionale l'AI può essere utile soprattutto nell'integrazione di informazioni molto eterogenee: sintomi, questionari, uroflussometria, urodinamica, diari minzionali digitali e, in prospettiva, dati provenienti da wearable. Il valore non starà soltanto nell'automatizzare l'interpretazione di un tracciato: l'integrazione di tutti questi dati porterà a una classificazione e a un inquadramento più corretto del singolo

paziente, e quindi alla possibilità di modulare la scelta del trattamento più adatto. Questo potrebbe consentire una selezione più precisa dei pazienti per la terapia farmacologica, riabilitativa o chirurgica, oltre a un monitoraggio più continuo della risposta. È però un'area in cui siamo ancora più vicini alla fase di sviluppo e validazione che a un impiego routinario. Inoltre, il percorso di alfabetizzazione digitale della popolazione deve continuare, per rendere davvero fruibili le diverse app e i dispositivi per il monitoraggio clinico a casa. L'obiettivo ultimo deve quindi essere identificare meglio chi beneficerà di un trattamento, non semplicemente produrre un'altra classificazione algoritmica.

**Chirurgia robotica e training**

Come chirurgo robotico: al di là del marketing, quale valore aggiunto reale offrono oggi l'analisi automatizzata dei video chirurgici, la valutazione oggettiva delle surgical skills e i sistemi di surgical data science per il training degli specializzandi e per il feedback intraoperatorio?

Possiamo immaginare due direttrici principali. La prima è quella della cosiddetta Ambient AI: la sala operatoria diventa essa stessa un sensore. I dati del paziente, della piattaforma robotica, del chirurgo e dell'ambiente possono essere registrati in modo continuo e analizzati per comprendere cosa sta accadendo durante la procedura. Questo può servire sia in tempo reale, per supportare il percorso del paziente, sia in un secondo momento, per analizzare criticità, performance e dinamiche dell'équipe.
La seconda direttrice è quella del "co-pilot". L'AI può riconoscere strutture anatomiche, integrare e sovrapporre modelli 3D, migliorare la qualità dell'immagine e fornire al chirurgo informazioni contestuali direttamente alla console. Le nuove piattaforme robotiche hanno inoltre una capacità computazionale tale da registrare in tempo reale i dati dei bracci e restituire metriche oggettive. Un esempio particolarmente intuitivo è la misurazione delle forze applicate ai tessuti: le tecnologie di force feedback hanno mostrato la possibilità di ridurre in maniera significativa, nell'ordine di circa il 40%, la forza esercitata durante alcune manovre. Per il training, questo significa passare da una valutazione prevalentemente soggettiva della performance a un feedback basato su dati misurabili e confrontabili.

**Modelli linguistici e pratica quotidiana**

I LLM stanno entrando nella refertazione, nella sintesi delle cartelle, nella comunicazione con il paziente e nel supporto alla ricerca. Quali usi ritiene già proponibili in sicurezza nella pratica ambulatoriale, e quali sono i rischi principali, dalle allucinazioni alla responsabilità medico-legale sulla decisione finale?

Anche qui l'Ambient AI rappresenta probabilmente una delle applicazioni più concrete. Esistono software capaci di ascoltare, previo consenso, la conversazione tra medico e paziente e di trasformarla automaticamente in una bozza strutturata del referto. Nella nostra esperienza, su circa 140 visite condotte con questo approccio, la risposta dei pazienti a un questionario dedicato è stata estremamente positiva. Il vantaggio non è soltanto risparmiare tempo: significa ridurre la necessità di digitare durante la visita e riportare l'attenzione sulla relazione con il paziente.
I large language model sono inoltre strumenti molto potenti per la ricerca, la sintesi della letteratura, la scrittura e il supporto all'analisi dei dati. Richiedono però una supervisione critica costante: possono produrre informazioni plausibili ma errate, semplificare eccessivamente problemi complessi o proporre conclusioni non adeguatamente supportate. La responsabilità della decisione clinica resta quindi del medico. C'è poi un rischio più sottile, quello dell'"impoverimento" del ricercatore e del professionista che, delegando sistematicamente ragionamento, scrittura e analisi, può progressivamente perdere autonomia critica. L'AI deve amplificare le nostre capacità, non sostituirle.

**Prospettive e messaggio finale**

Guardando ai prossimi cinque-dieci anni, dove pensa che l'AI trasformerà davvero la pratica urologica e dove invece resterà un ausilio marginale? Quale messaggio darebbe a un giovane specializzando su come approcciarsi a questi strumenti senza né demonizzarli né sopravvalutarli?

Credo che l'AI permeerà progressivamente l'intero percorso urologico. Radiologia e anatomia patologica sono gli sbocchi più immediati, perché lavorano già su dati digitali, ma la chirurgia non sarà da meno. L'AI potrà contribuire alla selezione del trattamento, assistere il chirurgo come un vero "co-pilot" in sala operatoria, supportare le decisioni postoperatorie e accompagnare il follow-up oncologico e funzionale. Il chirurgo resterà il pilota e il protagonista della decisione, ma avrà accanto un copilota digitale capace di sintetizzare informazioni, riconoscere i contesti e restituire feedback.

Queste è altre questioni attinenti al tema saranno affrontate nella sequente sessione:

AUDITORIUM ROTH - GIOVEDÌ 29 OTTOBRE (9:45 - 11:00)

**SESSIONE TEMATICA**

**AI IN UROLOGIA: OPPORTUNITÀ, LIMITI E APPLICAZIONI NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA**

*Moderatore: A. Antonelli (Verona)*
*Discussant: A. Antonelli (Verona), E. Checcucci (Torino), A. Di Nardo (Napoli - Ass. AITT)*

- Dai modelli predittivi al supporto decisionale basato sull'ai: implementazione clinica, criticità e preparazione al futuro (*A. Celani, Torino*)
- AI in ambulatorio: ci aspetta un futuro con meno burocrazia e più tempo per il paziente? (*T. Silvestri, Bassano del Grappa*)
- AI e imaging: cosa c'è di nuovo per l'urologo (*A. Mottaran, Bologna*)
- AI in sala operatoria: siamo pronti per essere supportati nelle decisioni chirurgiche? (*D. Amparore, Torino*)
- AI e team multidisciplinare: come i big data posso aiutare a indirizzare le scelte nei casi complessi (*R. Nicoletti, Palermo*)

*Discussione*



*Prof. Umberto Capitanio.*

## *Intervista al Prof. Umberto Capitanio*

# Innovazioni nella diagnosi e gestione del carcinoma renale

Ne parliamo con il Prof. Umberto Capitanio, Urologo presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, Group Leader della ricerca sul tumore del rene presso l'IRCCS Ospedale San Raffaele, Professore Associato di Urologia presso l'Università Vita-Salute San Raffaele e membro dell'Executive Committee delle Linee Guida Europee (EAU) sul tumore del rene.

**Il problema della massa renale piccola e dell'overdiagnosis**

L'incidentaloma renale ha spostato l'epidemiologia verso SRM a basso stadio, gonfiando l'incidenza senza un impatto proporzionale sulla mortalità. Come inquadra oggi il problema dell'overdiagnosis e dell'overtreatment delle SRM, e quanto ha realmente modificato la nostra pratica l'evidenza che una quota rilevante di queste lesioni è benigna o indolente?

L'incidentaloma renale ha spostato l'epidemiologia verso SRM a basso stadio, gonfiando l'incidenza senza un impatto proporzionale sulla mortalità. Come inquadra oggi il problema dell'overdiagnosis e dell'overtreatment delle SRM, e

quanto ha realmente modificato la nostra pratica l'evidenza che una quota rilevante di queste lesioni è benigna o indolente? L'incidentaloma ha spostato la curva verso masse piccole, in gran parte a basso potenziale metastatico (circa 20% benigne all'istologia definitiva, quota crescente al decrescere della dimensione). Questo ha cambiato realmente la pratica: oggi la sorveglianza attiva, la biopsia e la terapia focale sono opzioni codificate nelle linee guida (EAU, AUA), non più eccezioni.

### Caratterizzazione non invasiva e imaging avanzato

Tra contrast-enhanced ultrasound, multiphase CT/MRI, i sistemi di risk stratification radiologica (ccLS/clear-cell likelihood score per la RM), la radiomica e più recentemente la PET con $^{89}$Zr-girentuximab (studio ZIRCON) — quali strumenti ritiene già pronti a discriminare le lesioni benigne e i sottotipi istologici?

La TAC e la RM multiparametrica con ccLS sono discretamente accurate nella pratica quotidiana nel discriminare lesioni cistiche complesse e sottotipi (oncocitoma vs cromofobo vs clear-cell). La radiomica resta promettente ma non ancora standardizzata/validata esternamente in modo sufficiente per l'uso clinico routinario. La PET con $^{89}$Zr-girentuximab e in generale la medicina nucleare con target CAIX rappresentano probabili game changers del prossimo futuro nella caratterizzazione della massa e per la stadiazione sistemica.

### Il ruolo (ridefinito) della biopsia renale

La biopsia percutanea della SRM ha guadagnato terreno ma resta sottoutilizzata per timori di sampling error, non-diagnosticità e undergrading. In quali scenari decisionali la considera oggi realmente dirimente, e come si integra con l'ipotesi della liquid biopsy (ctDNA, ctRNA) in una neoplasia notoriamente poco "sheddante"?

La biopsia oggi è dirimente soprattutto in tre scenari: nel paziente con metastasi, prima di terapia ablativa nelle piccole masse renali, e nel paziente con comorbidità severe dove la scelta terapeutica dipende dall'istologia/grading. Resta sottoutilizzata per il timore di non-diagnosticità (5-15%) più che per rischio reale di seeding (trascurabile con tecnica coassiale). La liquid biopsy (ctDNA/ctRNA) è concettualmente interessante ancora applicabile solo in ambito di ricerca.

### Sorveglianza attiva e stratificazione del rischio

La active surveillance è ormai un'opzione codificata per SRM selezionate e per il paziente fragile o anziano. Su quali criteri costruisce la selezione e il trigger all'intervento (dimensione, growth rate, istologia da biopsia)?

I criteri di selezione classici rimangono la dimensione (<3 cm), la cinetica di crescita (<5 mm/anno come soglia di attenzione più che regola assoluta considerando che anche la patologia benigna cresce) e istologia favorevole da biopsia. Il registro DISSRM offre dati rassicuranti su cancer-specific survival a lungo termine, sovrapponibile al trattamento immediato nella popolazione selezionata — ma il follow-up mediano resta relativamente limitato per parlare di sicurezza oltre i 10-15 anni, quindi la rassicurazione al paziente va data con onestà su questo limite.

### Innovazioni nella chirurgia conservativa

La nefrectomia parziale robotica è lo standard per il nephron-sparing. Quale valore aggiunto concreto attribuisce oggi alle tecnologie di supporto sul duplice obiettivo di margini negativi e preservazione della funzione renale?

La nefrectomia parziale robotica è lo standard per il nephron-sparing. Quale valore aggiunto concreto attribuisce oggi alle tecnologie di supporto — 3D virtual modeling, near-infrared fluorescence con indocianina, chirurgia off-clamp/selective clamping, modelli stampati in 3D — sul duplice obiettivo di margini negativi e preservazione della funzione renale?
Il vero valore aggiunto oggi è la pianificazione 3D/virtual modeling per il piano di clampaggio e la profondità di resezione nei casi complessi (RENAL/PADUA alto). L'ICG-fluorescenza aiuta soprattutto nella selective/super-selective clamping per ridurre l'ischemia del parenchima sano. La stampa 3D resta più utile in formazione/pianificazione di casi eccezionali che nella pratica quotidiana. Il vero salto in termini di preservazione funzionale è stato l'approccio multidisciplinare nefrologico e il fatto di limitare il tempo di ischemia sempre più.

### Terapie ablative e focali

Termoablazione (radiofrequenza, microonde), crioablazione e le tecniche emergenti (stereotactic body radiotherapy, IRE) sono sempre più proposte oltre il paziente non chirurgico. Dove colloca oggi l'ablazione nell'algoritmo delle SRM, e per quali profili di paziente rappresenta un'alternativa realmente competitiva con la chirurgia?

I dati oncologici a medio-lungo termine mostrano local recurrence più alta con ablazione ma cancer-specific survival sostanzialmente sovrapponibile nelle masse <3 cm. Colloco oggi l'ablazione come alternativa solida nel paziente anziano/fragile o con rene singolo/multiple comorbidità, per masse piccole periferiche. SBRT e IRE restano ancora in fase di raccolta dati maturi, promettenti ma non a livello di evidenza delle altre tecniche.

### Classificazione molecolare e patologia di nuova generazione

La WHO 2022 ha ridisegnato la tassonomia introducendo entità molecularly-defined (RCC TFE3/TFEB-alterati, FH-deficient, SMARCB1-deficient, ecc.). Quanto sta cambiando questo nella pratica il percorso diagnostico e prognostico, e quale peso avranno le signature trascrittomiche/di angiogenesi-immunità nel guidare la scelta terapeutica?

Sta cambiando concretamente il workup diagnostico nei tumori "atipici" o ad alto grado in pazienti giovani (necessità di IHC mirata e talora FISH per TFE3/TFEB, screening FH in sospetto di sindrome ereditaria). Sul piano terapeutico l'impatto pratico oggi è ancora limitato — le signature trascrittomiche tipo IMmotion151/JAVELIN restano strumenti di ricerca/stratificazione prognostica, non hanno ancora un test validato prospetticamente per la scelta terapeutica di routine.

### Terapia adiuvante: la questione aperta

Il landscape adiuvante è stato scosso da dati discordanti: pembrolizumab ha mostrato un beneficio in DFS e, più recentemente, in OS, mentre altri trial con IO sono risultati negativi. Come gestisce oggi questa apparente contraddizione nella selezione del candidato all'adiuvante, e quali sono i biomarker che ci mancano per non trattare in eccesso?

KEYNOTE-564 è oggi l'unico trial con beneficio sia in DFS che in OS (HR 0.62 a 4 anni di follow-up, riduzione del rischio di morte del 38%). La contraddizione con gli altri studi di adiuvante si gestisce restringendo l'indicazione al profilo di rischio intermedio-alto/alto della popolazione arruolata in KEYNOTE-564, senza estrapolare a popolazioni diverse. Il vero limite è l'assenza di biomarcatori predittivi validati per selezionare chi beneficia realmente ed evitare overtreatment nel paziente a basso rischio di recidiva. A questo si è aggiunto di recente LITESPARK-022 (pembrolizumab + belzutifan vs pembrolizumab da solo) che ha evidenziato una riduzione del rischio di recidiva/morte del 28% (HR 0.72), ma per ora il beneficio è dimostrato solo in DFS — l'OS resta un endpoint secondario ancora immaturo.

### Malattia metastatica e ruolo della chirurgia

Nel setting metastatico, le combinazioni di prima linea (IO-IO e IO-TKI) hanno ridefinito lo standard e ridimensionato il ruolo della nefrectomia citoriduttiva dopo CARMENA e SURTIME. Come colloca oggi la deferred cytoreductive nephrectomy, la metastasectomia e l'upfront systemic therapy?

CARMENA e SURTIME hanno ridimensionato la nefrectomia citoriduttiva upfront, spostando il paradigma verso systemic therapy first, con CN differita riservata ai rispondenti/pazienti selezionati con basso burden extra-renale e buon performance status. La metastasectomia mantiene un ruolo in malattia oligometastatica. Il tumor board multidisciplinare è oggi imprescindibile per sequenziare correttamente terapia sistemica, timing chirurgico e ruolo di radioterapia/ablazione sulle singole lesioni.

### Prospettive e messaggio formativo

Guardando ai prossimi anni dove pensa che avverrà la vera trasformazione e dove invece resteremo su promesse non mantenute? E quale messaggio darebbe allo specializzando per muoversi tra nephron-sparing, sorveglianza e e nuove terapie senza né eccesso né inerzia terapeutica?

La trasformazione reale la vedo nell'imaging molecolare per la selezione pre-

operatoria, più che nei biomarcatori circolanti — che nell'RCC restano limitati dal basso shedding tumorale — o nelle terapie neoadiuvanti per il downsizing, ancora un'area di ricerca con risultati eterogenei. Il messaggio allo specializzando: la nephron-sparing surgery non è un dogma tecnico ma una decisione oncologica-funzionale caso per caso; la sorveglianza attiva richiede più disciplina di follow-up che coraggio; e l'entusiasmo per le nuove terapie non deve anticipare l'evidenza — "practice-changing" si dimostra con studi metodologicamente corretti e dati forti.

Queste è altre questioni attinenti al tema saranno affrontate nella sequente sessione:

**AUDITORIUM ROTH - GIOVEDÌ 29 OTTOBRE (16:45 - 17:50)**

**FOCUS ON**

**INNOVAZIONI NELLA DIAGNOSI E GESTIONE DEL CARCINOMA RENALE**

*ModeratorI: U. Capitanio (Milano), G. Simone (Roma)*

- Imaging molecolare per la diagnosi del carcinoma renale: gamechanger rispetto alla biopsia percutanea? (*C. Palumbo, Novara*)
- Gold standard e nuove frontiere nella terapia adiuvante e neoadiuvante del carcinoma renale ad alto rischio (*R. Campi, Firenze*)
- Chirurgia robotica del tumore renale: sfide attuali e opportunità future (*R. Bertolo, Verona*)
- Trattamento del carcinoma renale localizzato nel 2026: quale alternative alla chirurgia? (*N. Pavan, Palermo*)

Discussione




# SIU LIVE

## DOVE L'INNOVAZIONE INCONTRA LA SALA OPERATORIA



*Dr.ssa Maria Chiara Sighinolfi.*

Un altro momento di grande interesse del congresso sarà rappresentato dalle chirurgie in diretta, un appuntamento pensato per portare i partecipanti direttamente nel cuore della sala operatoria e mostrare concretamente come le più recenti innovazioni tecnologiche e chirurgiche trovino applicazione nella pratica clinica quotidiana.

Attraverso la trasmissione degli interventi sarà possibile seguire da vicino le diverse fasi della procedura, osservando non solo l'esecuzione tecnica, ma anche il ragionamento che accompagna ogni scelta intraoperatoria. Saranno presentati approcci e strategie operatorie differenti, con particolare attenzione all'impiego di piattaforme robotiche di nuova generazione, caratterizzate da soluzioni tecnologiche e architetture diverse, e all'integrazione di tecnologie avanzate a supporto della precisione chirurgica. Accanto alla chirurgia robotica, saranno inoltre esplorate opzioni terapeutiche minimamente invasive, ampliando il confronto sulle possibilità di trattamento di diverse patologie urologiche ad alta prevalenza e rilevanza clinica.




La sala operatoria diventerà così il vero spazio di confronto: le immagini in diretta permetteranno di comprendere come il chirurgo affronta le diverse situazioni, come adatta la strategia alle caratteristiche del caso e come gestisce eventuali criticità o imprevisti. Il valore della chirurgia in diretta risiede infatti nella possibilità di andare oltre la presentazione teorica delle singole tecniche, mettendo in evidenza il processo decisionale, la manualità, le scelte tecniche e l'interazione con le tecnologie disponibili.

Il confronto tra differenti approcci e piattaforme consentirà inoltre di valutarne direttamente potenzialità e limiti, collegando l'innovazione tecnologica ai suoi effetti concreti sul percorso operatorio e sugli outcome. SIU LIVE si conferma così un'importante occasione di aggiornamento e confronto scientifico, nella quale l'esperienza maturata sul campo e l'innovazione diventano elementi di una discussione condivisa, con un obiettivo comune: ottimizzare la qualità e la sicurezza dell'intervento e gli outcome perioperatori della patologia urologica benigna e maligna.

99° Congresso Nazionale
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA

# CORSI CONGRESSUALI

## 29-31 OTTOBRE 2026

## FORMAZIONE IN PRIMO PIANO: I CORSI CONGRESSUALI SIU 2026

### Quest'anno, dalle 7:30 alle 9:30 di giovedì, venerdì e sabato

Anche quest'anno il Congresso Nazionale SIU rappresenta un'importante occasione di formazione pratica e aggiornamento professionale. Il programma dei Corsi Congressuali è stato pensato per approfondire temi di immediata rilevanza per la pratica urologica, attraverso il confronto diretto con esperti nei diversi ambiti della disciplina. I corsi attraversano l'intero spettro dell'Urologia contemporanea: dall'uro-oncologia all'endourologia, dalla chirurgia robotica all'andrologia e all'urologia funzionale, fino alle nuove tecnologie mini-invasive e ai più moderni percorsi diagnostici. L'obiettivo è offrire appuntamenti focalizzati, concreti e con un forte taglio pratico. Alcuni corsi sono pensati per consolidare le conoscenze di specializzandi e giovani urologi; altri consentiranno a chi possiede già competenze avanzate di approfondire aspetti specifici della propria pratica clinica e chirurgica. I coordinatori hanno costruito ogni corso con l'obiettivo di affiancare alle evidenze scientifiche indicazioni pratiche, soluzioni tecniche e strumenti immediatamente trasferibili nell'attività quotidiana, affinché quanto appreso durante il Congresso possa tradursi in nuove competenze. Tutti i corsi sono accreditati ECM e consentono di conseguire 2 crediti formativi.
I posti sono limitati: scegli il tuo corso e iscriviti!

GIOVEDÌ 29 OTTOBRE · 07:30–09:30

- ENDOSCOPIA DELLE BASSE VIE URINARIE. PRIMA PUNTATA: TURB, ERBT CON LASER E TERAPIA ENDOCAVITARIA TRADIZIONALE
  Coordinatore: Rodolfo Hurle (Milano)
- CARCINOMA RENALE LOCALIZZATO, LOCALMENTE AVANZATO E METASTATICO: APPROCCIO CLINICO MODERNO
  Coordinatore: Alessandro Volpe (Novara)
- LE SFIDE IN ENDOUROLOGIA E CHIRURGIA PERCUTANEA
  Coordinatore: Silvia Proietti (Milano)
- DOLORE PERINEALE E SINDROMI CHE MIMANO LA PROSTATITE: ANATOMIA, DIAGNOSI DIFFERENZIALE E STRATEGIE TERAPEUTICHE
  Coordinatore: Sabrina De Cillis (Orbassano)

VENERDÌ 30 OTTOBRE · 07:30–09:30

- LE TERAPIE ULTRA-MINI-INVASIVE NEL TRATTAMENTO DELL'ADENOMA PROSTATICO: TECNICHE A CONFRONTO
  Coordinatore: Silvia Secco (Milano)
- LA GESTIONE DEL PAZIENTE CANDIDATO A TERAPIA ORMONALE DI VECCHIA E NUOVA GENERAZIONE: UNA GUIDA PRATICA PER L'UROLOGO
  Coordinatore: Alessandro Sciarra (Roma)
- DISFUNZIONE ERETTILE: SOLUZIONI INNOVATIVE NON INVASIVE E STRATEGIE TERAPEUTICHE AVANZATE
  Coordinatore: Carlo Bettocchi (Foggia)
- NEOVESCICHE E DERIVAZIONI URINARIE INTRACORPOREE IN CHIRURGIA ROBOTICA: SOLUZIONI TECNICHE INNOVATIVE
  Coordinatore: Fabrizio Dal Moro (Padova)

SABATO 31 OTTOBRE · 07:30–09:30

- SOLUZIONI CHIRURGICHE DELLE PATOLOGIE ANDROLOGICHE PIÙ COMUNI: COME AFFRONTARLE AL MEGLIO
  Coordinatore: Giovanni Liguori (Trieste)
- CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA URETERALE: NUOVE SOLUZIONI CHIRURGICHE
  Coordinatore: Nicolò Maria Buffi (Milano)
- PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA: NUOVE SOLUZIONI TECNICHE E NUOVI APPROCCI CHIRURGICI
  Coordinatore: Maria Chiara Sighinolfi (Roma)
- DALLA BIOPSIA ALLO STAGING DEL CARCINOMA PROSTATICO NEL 2026: PSA, IMAGING, BIOPSIA, PET-TC CON PSMA
  Coordinatore: Giancarlo Marra (Torino)

## INDICE


1 IL CONGRESSO RITORNA A RICCIONE PER UNA NUOVA VISIONE DELL'UROLOGIA
2 IL PAZIENTE AL CENTRO: DECIDERE INSIEME NELL'UROLOGIA CHE CAMBIA
2 LA PAROLA ALLA NUOVA GENERAZIONE: QUALE UROLOGIA VOGLIAMO PER IL FUTURO?
3 INFORMAZIONI UTILI
3 APPUNTAMENTI DA NON PERDERE
3 SIU: UNA SQUADRA AL SERVIZIO DELL'UROLOGIA
4 NEOPLASIA VESCICALE NON RESPONSIVA AL BCG: TRATTAMENTI STANDARD E NUOVI ORIZZONTI TERAPEUTICI
5 CARCINOMA PROSTATICO ORMONO-SENSIBILE METASTATICO: L'ERA DELLA PERSONALIZZAZIONE
6 NUOVE PROSPETTIVE NELLA GESTIONE DELLA VESCICA IPOCONTRATTILE NELL'IPB
8 IL RUOLO PRESENTE E FUTURO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN UROLOGIA
9 INNOVAZIONI NELLA DIAGNOSI E GESTIONE DEL CARCINOMA RENALE
11 SIU LIVE: DOVE L'INNOVAZIONE INCONTRA LA SALA OPERATORIA
12 CORSI CONGRESSUALI



A cura del

*UFFICIO SCIENTIFICO*

Consigliere Ufficio:
*Francesco Porpiglia*

*SEZIONE CONGRESSO NAZIONALE ED EDITORIALE*

Responsabile:
*Giacomo Novara*

*COMITATO CONGRESSO NAZIONALE*

*Simone Albisinni*
*Riccardo Campi*
*Marco Capece*
*Savio Domenico Pandolfo*
*Salvatore Micali*
(Presidente Onorario 2026)

*COMITATO EDITORIALE*

*Elisa De Lorenzis*
*Alessandro Larcher*
*Nicola Pavan*
*Giorgio Ivan Russo*

*Design e Produzione*

EDIZIONI MINERVA MEDICA S.p.A.
Corso Bramante 83/85
10126 Torino
www.minervamedica.it
minervamedica@minervamedica.it

*Stampa*

EDIZIONI MINERVA MEDICA S.p.A.
Corso IV Novembre 29/31
12037 Saluzzo (CN)