SIUNEWS
SPECIALE CONGRESSO
NUMERO 2
OTTOBRE 2026
99° Congresso Nazionale
Riccione, 28-31 Ottobre 2026

# IL CONGRESSO ENTRA NEL VIVO

## *"LE IDEE SI INCONTRANO, IL CONFRONTO SI ACCENDE E L'UROLOGIA GUARDA AL FUTURO"*

## Due giornate di scienza, incontri e dibattiti: Riccione si accende di nuove idee.

## *Cosa pensano i giovani del congresso*

Dr.ssa Federica Passarelli,
Specializzanda del III anno presso la Scuola di Specializzazione in Urologia, Università degli Studi di Milano

Credo che il congresso SIU debba essere un luogo in cui sentirsi parte attiva della comunità scientifica: un'occasione per imparare, presentare il proprio lavoro e condividere idee. La presentazione degli abstract è un momento fondamentale in questo senso: permette di condividere i risultati della ricerca, confrontarsi con colleghi ed esperti e imparare a comunicare dati scientifici, rispondere alle domande e accogliere suggerimenti.
Altrettanto importanti sono la formazione pratica e le relazioni con colleghi di altri centri. I corsi congressuali offrono uno spazio prezioso per sviluppare competenze e approfondire tecniche e casi clinici. Discussioni interattive, simulazioni e confronto diretto con gli esperti rendono la formazione più concreta e vicina alle sfide che incontriamo durante la specializzazione.
Valorizzare gli specializzandi e favorire il dialogo tra generazioni significa investire nel futuro dell'urologia. Il congresso ideale è quello da cui tornare con nuove conoscenze, relazioni e motivazione a contribuire attivamente alla comunità scientifica.

Dr.ssa Greta Gaggiato,
Medico in formazione specialistica del IV anno presso la Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università degli Studi di Padova

Per i miei colleghi ed io, il congresso nazionale della Società Italiana di Urologia è da sempre un appuntamento fisso e irrinunciabile che attendiamo ogni anno con grandissimo entusiasmo! Ciò che ci piace di più è avere l'opportunità di aggiornarci sulle nuove tecniche e scoperte in ambito urologico, poter ascoltare le opinioni e discutere con i maggiori esperti della materia ed entrare direttamente in contatto con le nuove tecnologie, vederle con i nostri occhi e provarle con mano, vista l'importanza cruciale che ricoprono nella nostra pratica clinica quotidiana e nella nostra branca specialistica.
Ma il congresso nazionale SIU non è solo questo: è anche grande aggregazione! Ogni anno abbiamo la possibilità di riunirci con gli specializzandi provenienti da tutte le scuole di urologia in Italia, un momento unico, creando network e legami interpersonali profondi che costituiscono elementi indispensabili per la nostra crescita come futuri professionisti. Infine, l'evento ci permette anche di vivere momenti di sano svago con i nostri colleghi, rafforzando amicizie e legami sia dentro che fuori l'ospedale.

Dr. Federico Lucchesi,
Specializzando del IV anno presso la Scuola di Specializzazione in Urologia, Università degli Studi di Catania

Per me il congresso SIU è prima di tutto l'occasione per fermarsi un attimo e approfondire. Tra reparto e sala operatoria non sempre c'è il tempo di tornare su concetti e nozioni che diamo per scontati, o di soffermarsi su argomenti che vanno oltre la routine di tutti i giorni. Le sessioni scientifiche, le letture e la discussione degli abstract servono proprio a questo: rinfrescare quello che sappiamo e scoprire cose nuove.
La parte che apprezzo di più però è il confronto con le altre realtà. Vedere come lavorano gli altri centri, ascoltare esperienze diverse e fare domande ai relatori dà spunti che nascono solo dallo scambio con chi lavora in contesti diversi dal nostro. E spesso sono proprio quelli che ci riportiamo a casa e mettiamo in pratica.
C'è poi l'aspetto umano. Qui a Riccione ritroviamo specializzandi di tutte le scuole d'Italia e di ogni anno di corso. Ci confrontiamo sui nostri percorsi formativi, ci scambiamo consigli e nascono collaborazioni e amicizie che durano ben oltre i giorni del congresso. Ne sono convinto: questi legami fanno parte della nostra crescita come futuri urologi quanto le nozioni che impariamo.



*Dr.ssa Federica Passarelli.*



*Dr.ssa Greta Gaggiato.*



*Dr. Federico Lucchesi.*



*Prof. Emanuele Montanari.*

## *Intervista al Prof. Emanuele Montanari*

# Approcci chirurgici e tecnologie emergenti a confronto nella calcolosi renale

La gestione della calcolosi renale sta vivendo una delle fasi di maggiore trasformazione tecnologica dell'urologia: gli strumenti a disposizione dell'urologo si sono moltiplicati con una rapidità senza precedenti, ampliando le possibilità di trattamento ma rendendo anche più complessa la scelta.
Quali innovazioni stanno cambiando davvero la pratica clinica? Come orientarsi tra tecniche diverse per lo stesso calcolo? E cosa deve imparare oggi chi si sta formando?
Ne parliamo con il Prof. Emanuele Montanari, Direttore della SC Urologia IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e Direttore della Scuola di Specializzazione di Urologia dell'Università degli Studi di Milano. Intervista a cura di Elisa De Lorenzis, Professoressa associata dell'Università degli Studi di Milano.

**Il programma SIU di quest'anno dedica un'intera sessione al confronto tra approcci chirurgici e tecnologie emergenti nella calcolosi renale: cosa è cambiato realmente negli ultimi 2-3 anni nella pratica clinica quotidiana, e cosa invece è ancora più "hype" congressuale che realtà nelle sale operatorie italiane?**

La storia della urolitiasi si misura in millenni. Facendola breve, la vera rivoluzione nel trattamento avviene agli inizi del '900, con la comparsa in clinica della radiologia, dell'antisepsi e dell'anestesia. Nel 1978 Arthur Smith definisce una nuova branca dell'urologia e la battezza Endourologia (closed and controlled manipulation of the genitourinary tract); i detrattori, malignamente, la definiscono "the end of Urology". Da allora le concitate evoluzioni tecniche hanno reso la vita dei pazienti, e anche degli urologi, molto più semplice ed interessante.
Questa premessa per dire che le "novità'" nella terapia della litiasi si misurano in tempi lunghi e che molte proposte tecniche non sempre reggono il vaglio del tempo.
Negli gli ultimi anni direi che quello che è cambiato è la maggior cultura degli urologi in campo fisico: conosciamo molto meglio i nostri strumenti, parliamo di fisica dei laser, di pressioni, siamo ormai familiari con l'ecografia e con le tecniche di imaging avanzato. Abbiamo quindi iniziato una collaborazione con le aziende che propongono gli strumenti e non siamo più "passivi utilizzatori di tecnologia proposta", ma "attivi propositori di novità tecniche". Questa competenza ci permette di interpretare se ogni nuova proposta tecnologica sia ispirata da un reale vantaggio o da un semplice motivo di marketing. La nostra responsabilità è grande perché le risorse non sono infinite. Quindi alla tua domanda risponderei che il ruolo dei diversi tipi di laser sembra ormai ben definito, a patto di non chiedere loro ciò che resta affidato all'abilità e all'esperienza del chirurgo; e che il concetto di litotrissia e lapassi a pressione negativa, che si è imposto nella percutanea, si è esteso alla RIRS e sembra destinato a restare.

**Oggi un urologo che deve trattare un calcolo renale ha davanti a sé più opzioni che mai — PCNL standard, mini-PCNL, RIRS, ECIRS, pielolitotomia robotica. Come si orienta nella scelta, e quanto pesa in questa decisione la dotazione tecnologica del centro rispetto alle caratteristiche del paziente e alla esperienza chirurgica?**

Questa domanda richiederebbe come risposta un trattato di Urologia. Avere molte scelte non significa possedere competenza in tutte le tecniche disponibili, e del resto non è detto che tutti gli urologi dispongano di ognuna di esse nella propria sede. La raccomandazione è quindi di fare ciò che si sa fare meglio, ma senza trattare sempre tutti i pazienti e tutti i calcoli con la stessa tecnica. Nella scelta sono naturalmente utili le linee guida, che tuttavia lasciano un discreto spazio all'esperienza clinica. La calcolosi è una patologia benigna resa spesso maligna da un'errata indicazione al trattamento: valgano come esempi le sedute ESWL reiterate per un calcolo "duro" di dimensioni inadeguate, o le ripetute ureterorenoscopie per calcoli di dimensioni o sede inadatte alla tecnica. Per un trattamento efficace e non complicato della calcolosi bisogna considerare il paziente, il rene e il calcolo, e scegliere un approccio realmente "economico" in senso biologico.

**La chirurgica robotica della calcolosi sta guadagnando spazio nei calcoli complessi. È una tecnica destinata a diventare mainstream o resterà una nicchia per casi selezionati in centri ad alto volume?**

A mio parere la chirurgia laparoscopica - più o meno robot assistita - rappresenta una tecnica formidabile nel trattamento di nicchia della calcolosi urinaria. Nell'istituto da me diretto, che ha una particolare attrattività per la calcolosi complessa e per il trattamento delle complicanze ad essa correlate, viene utilizzata in circa 1:60 casi. In generale la chirurgia robotica trova indicazione quando sia necessario correggere chirurgicamente e contestualmente un'alterazione anatomica di cui il calcolo è la complicanza (stenosi del giunto pielo-ureterale con calcolo), quando il calcolo sia inaccessibile per via endoscopica/percutanea (diverticolo caliciale sintomatico, calcolosi in rene a ferro di cavallo), quando il calcolo sia di dimensioni inadatte alla litotrissia (ureterolitotomia) oppure quando il calcolo ureterale o le complicanze correlate a trattamenti pregressi abbiano determinato una stenosi ureterale (uretero-ureteroanastomosi, ureterocistoneostomia). In buona sostanza, nella calcolosi la chirurgia robotica trova indicazione - come è logico - quando sia prevista una fase ricostruttiva.

**Le "camicie aspiranti" sono uno dei temi caldi dell'endourologia attuale. Rappresentano davvero un'alternativa alla mini-PCNL? In quali casi le preferisce?**

La RIRS rappresenta la perfetta key-hole surgery perché sfrutta un accesso anatomico naturale al rene. Detto ciò, sembrerebbe logico pensare che debba soppiantare la mini-percutanea nel trattamento della calcolosi renale. In realtà limitano la tecnica le differenze in termini di stone-free rate, la frequente necessità di re-do surgery, la lunga durata dell'intervento, lo scarso controllo della pressione intrapielica, il coinvolgimento di un organo "innocente ma molto permaloso" come l'uretere e la necessità di stenting postoperatorio. La mini-percutanea non presenta nessuno di questi limiti. L'introduzione dell'aspirazione nelle camicie e negli strumenti endoscopici, mutuata dalla vacuum-assisted mini-PCNL, si propone di ridurre o azzerare molti di questi aspetti negativi. Essendo di recente applicazione, la metodica necessita ancora di una valutazione in termini di risultati e complicanze. Direi che stiamo ancora prendendo le misure: si diceva che la camicia non dovesse essere posizionata oltre il giunto e invece ora si posiziona, non sono chiare le modalità di controllo di infusione e aspirazione, e devono ancora essere definite la necessità e le modalità di controllo della temperatura intrapielica. Insomma, per ora la percutanea - meglio se vacuum-assisted - è qui per restare.

**Se un giovane urologo le chiedesse "che ureteroscopio flessibile compro, monouso o riutilizzabile?", cosa risponderebbe oggi, considerando costi, sostenibilità e outcome clinici?**

Gli ureterorenoscopi flessibili multiuso sono strumenti straordinariamente preziosi ma delicatissimi, soprattutto quando utilizzati nel trattamento della calcolosi. Consiglierei l'acquisto - ma più spesso non lo decidiamo noi - di strumenti single use: visione ottima, calibri infinitesimali, meccanica molto efficiente in termini di flessibilità e torque, leggerezza, sterilità. Facendo un serio health technology assessment, ritengo che i single use risultino più convenienti dei multiuso, soprattutto ora che vengono proposti strumenti in materiale riciclabile ed ecocompatibile.

**Per gli specializzandi che assistono a sessioni come questa: quali competenze/tecniche ritiene indispensabile acquisire oggi per non rischiare di trovarsi "indietro" tra 5 anni?**

Il mio consiglio è di acquisire e mantenere la coordinazione occhio-mano, che è alla base delle capacità di un bravo endourologo; questo è possibile grazie ai numerosissimi programmi di dry-lab offerti nei vari corsi e promossi anche dalla SIU. Raccomando inoltre di non perdere la capacità di accedere al rene per via percutanea. La percutanea ha già conosciuto una fase di tramonto negli anni '80, con la comparsa dell'ESWL, ma ha vissuto una nuova alba dieci anni dopo. L'accesso percutaneo resta una via essenziale per l'urologo, non solo per la litotrissia ma anche per il drenaggio, le manovre anterograde e così via. Quindi: non perdete l'occasione di eseguire una nefrostomia, per qualsiasi ragione. Chi sa mettere una nefrostomia saprà fare la PCNL.

## *Intervista al Prof. Alchiede Simonato*

# UTUC: cosa c'è di nuovo nel 2026



*Prof. Alchiede Simonato.*

Il carcinoma uroteliale dell'alta via escretrice (*upper tract urothelial carcinoma*, UTUC) è oggetto di crescente personalizzazione terapeutica. Le linee guida dell'*European Association of Urology* 2026 (LG-EAU) distinguono strategie consolidate e approcci sperimentali.

### Diagnosi e rischio

Urografia mediante tomografia computerizzata (uro-TC), citologia e ureteroscopia (URS) con biopsia selettiva restano i riferimenti diagnostici. I test urinari di metilazione dell'acido desossiribonucleico (DNA) mostrano risultati promettenti, ma non sostituiscono la diagnostica convenzionale. DNA tumorale circolante e profili molecolari richiedono ulteriore validazione.

### Conservazione renale

Il trattamento kidney-sparing (KSS) è raccomandato nei tumori a basso rischio; la URS di controllo entro otto settimane ha raccomandazione debole. Il thulium fiber laser (TFL) amplia le opzioni endoscopiche senza superiorità oncologica dimostrata. Nello studio di Pierorazio il gel termoreversibile di mitomicina (UGN-101) ha prodotto il 58% di risposte complete e nei responder la durata mediana è stata di 47,8 mesi tuttavia l'alta incidenza di stenosi ureterali ne limitano l'impiego. Le instillazioni di bacillo di Calmette-Guérin (BCG) o mitomicina nell'alta via, anche nel carcinoma in situ (CIS), hanno evidenze limitate.

### Chirurgia

La nefroureterectomia radicale (RNU) con asportazione completa della pastiglia vescicale viene considerata lo standard nell'alto rischio anche se ancora oggetto di discussione. La robotica offre vantaggi perioperatori, senza superiorità oncologica dimostrata. L'ureterectomia distale con reimpianto ureterovescicale è sicuramente un'alternativa in casi selezionati. Dopo resezioni di lesioni estese, la sostituzione ureterale ileale, anche robot-assistita, può preservare il rene perchè tecnicamente fattibili: recentemente sono descritte ricostruzioni con ileo demucosalizzato e interposizioni ileali in una coorte prospettica di 41 pazienti ad alto rischio. La sicurezza oncologica a lungo termine resta da definire. Gli innesti buccali e appendicolari, impiegati nelle stenosi benigne, non sono validati negli UTUC. La linfoadenectomia secondo template migliora la stadiazione e potrebbe favorire il controllo oncologico, ma ha raccomandazione debole nelle LG-EAU.

### Terapie perioperatorie

Il trial POUT conferma il vantaggio del platino adiuvante nella sopravvivenza libera da malattia (disease-free survival, DFS) a cinque anni (62% contro 45%). La chemioterapia neoadiuvante resta priva di conferma randomizzata specifica. L'instillazione intravescicale postoperatoria riduce le recidive vescicali; REBACARE non ha raggiunto l'endpoint primario con mitomicina preoperatoria, pur suggerendo un beneficio esplorativo nei pazienti senza URS diagnostica.

### Prospettive

Uno studio riporta 33 pazienti ad alto rischio selezionati e trattati con ablazione al tulio, disitamab vedotin e immunoterapia hanno ottenuto a due anni il 94% di sopravvivenza libera senza ricorrere alla chirurgia radicale, ma solo il 64% libera da recidiva locale. Sono risultati preliminari, non una nuova indicazione standard.
L'innovazione negli UTUC consiste soprattutto nell'integrazione tra trattamento locale e sistemico. L'ampliamento delle indicazioni conservative richiede una stratificazione prognostica più affidabile e studi prospettici capaci di dimostrarne la sicurezza oncologica.
La priorità rimane preservare il rene senza compromettere il controllo oncologico.

| Strategia | Evidenza scientifica | Implicazione clinica |
|---|---|---|
| Test urinari di metilazione del DNA | Sensibilità 89%, specificità 91% | Non sostitutivi della diagnostica standard |
| Ablazione endoscopica | TFL e altri laser; confronti limitati | Opzione conservativa nel basso rischio |
| Chemoablazione UGN-101 | Risposta completa 58%; durata mediana 47,8 mesi nei responder | Selezione rigorosa; rischio di stenosi |
| BCG/mitomicina nell'alta via | Evidenze limitate | Impiego individualizzato |
| Ureterectomia distale | Serie selezionate | Alternativa alla RNU in casi appropriati |
| Sostituzione ureterale ileale | Case report e coorte prospettica | Possibile dopo resezioni estese; dati oncologici immaturi |
| Linfoadenectomia secondo template | Possibile beneficio oncologico | Raccomandazione debole |
| Platino adiuvante | POUT: DFS a 5 anni 62% vs 45% | Trattamento consolidato negli eleggibili |
| Mitomicina intravescicale preoperatoria | REBACARE: recidiva a 2 anni 24% | Endpoint primario non raggiunto |
| Ablazione + disitamab vedotin + immunoterapia | 33 pazienti; controllo locale a 2 anni 64% | Sperimentale |



# L'innovazione non si aspetta, si costruisce?



*Prof. Alessandro Antonelli.*



*Prof. Alberto Bianchi.*

L'innovazione non è un esito spontaneo del progresso tecnico. È un'impresa intellettuale e collettiva: nasce dalla capacità di interrogare la pratica clinica e tradurre il sapere in soluzioni verificabili, sostenibili e accessibili. L'Urologia, protagonista di rivoluzioni terapeutiche, ha oggi una responsabilità peculiare: governare, anziché semplicemente assecondare, la trasformazione in atto.

Dall'endoscopia alla robotica, la disciplina urologica ha anticipato mutamenti decisivi. Oggi l'innovazione trascende il gesto operatorio e investe la conoscenza stessa della malattia. Microecografia ad alta risoluzione e imaging molecolare ne affinano il riconoscimento; biopsia liquida e organoidi prospettano una caratterizzazione biologica individuale. La teranostica coniuga l'identificazione del bersaglio e il trattamento, delineando una medicina di precisione.

Sul versante terapeutico, intelligenza artificiale (IA), ricostruzioni tridimensionali e realtà aumentata affinano la pianificazione e la navigazione chirurgica. In endourologia, nuovi laser, aspirazione navigabile dei frammenti e monitoraggio della pressione intrarenale concorrono a rendere le procedure più controllate. Terapie focali, rilascio farmacologico mirato e neuromodulazione miniaturizzata perseguono efficacia e preservazione funzionale. Gemelli digitali e medicina rigenerativa dischiudono prospettive ulteriori, ancora sperimentali.

Il paradosso del presente emerge con nitidezza. Secondo AGENAS, gli interventi robot-assistiti urologici sono cresciuti da 8.551 nel 2018 a 22.880 nel 2023 (+167,6%). Tra 125 unità urologiche italiane, l'81,6% dispone di una piattaforma robotica, mentre il 49,6% non eroga prestazioni di telemedicina; l'impiego consolidato dell'IA non supera il 5,6%. Emergono due profili, avanzato (53,6%) e in sviluppo (46,4%), non associati alle macroaree geografiche; i data manager sono presenti nel 64,2% e nel 10,3% delle strutture, rispettivamente. Alla sofisticazione chirurgica non corrisponde, quindi, una pari maturità digitale. Il divario fra potenzialità e pratica quotidiana incide sulla qualità assistenziale: possedere gli strumenti del futuro non equivale a saperli integrare nei processi di cura.

La telechirurgia è paradigma di tale transizione: nel mondo sono documentate 443 procedure espletate sull'uomo; il 58% delle quali in ambito urologico. Si prefigura il superamento delle distanze nell'assistenza specialistica. Eppure, la fattibilità tecnica non è sinonimo di sicurezza e validazione clinica: affidabilità delle connessioni, protezione dei dati, sistemi ridondanti, équipe locali e valutazione comparativa degli esiti restano presupposti inderogabili per una diffusione responsabile.

Costruire innovazione significa sostituire alla fascinazione per il nuovo una progettualità fondata sulle evidenze. L'algoritmo deve corroborare, non surrogare, il giudizio clinico; il modello tridimensionale deve raffinare, non sostituire, la comprensione anatomica. Registri interoperabili, studi prospettici, audit e formazione continua trasformano la promessa tecnologica in beneficio dimostrabile. L'innovazione autentica non teme la valutazione critica: ne fa il proprio criterio di legittimazione.

Gli ostacoli più tenaci non risiedono tanto nella diffidenza dei clinici, quanto nella frammentazione organizzativa, nell'incertezza regolatoria e nell'accesso diseguale alle risorse. Occorre coesione multisettoriale, promuovendo cultura condivisa dei dati, sicurezza e responsabilità. L'accesso all'innovazione non può divenire un ulteriore fattore di disparità fra pazienti e territori.

Alla comunità urologica e alla sua Società scientifica compete non la contemplazione del futuro, ma la definizione dei suoi criteri di qualità, sicurezza ed equità. Il progresso diviene autentica innovazione soltanto quando attraversa la soglia dell'evidenza e si traduce in un beneficio concreto per il paziente. Il futuro non è ciò che attendiamo: è ciò che, con responsabilità, scegliamo di costruire.

**Tabella 1. I presupposti per costruire innovazione**

| Pilastro | Traduzione operativa |
|---|---|
| Governance | Programmazione e sostenibilità |
| Competenze | Formazione e multidisciplinarietà |
| Evidenze | Validazione prospettica e audit |
| Equità | Reti e accessibilità delle cure |




**Figura** - Dalla tecnologia al valore clinico: il percorso dell'innovazione responsabile.

# Screening del tumore della prostata: sì, ma come?



*Prof. Ugo Giovanni Falagario.*

Il carcinoma prostatico è il tumore più frequente negli uomini italiani, con oltre 41.000 nuovi casi e circa 8200 decessi l'anno. Quasi un caso su tre viene diagnosticato quando la malattia è già extraprostatica. In assenza di un programma organizzato, la diagnosi precoce è affidata all'uso opportunistico del PSA, con marcate differenze geografiche, eccessivo utilizzo di risorse e ridotta efficacia.
Le evidenze a favore di uno screening organizzato sono solide. Nel follow-up a 23 anni dello studio ERSPC (Roobol *et al*., NEJM 2025), lo screening con PSA ha ridotto la mortalità specifica del 13% (RR 0,87; IC 95% 0,80–0,95): per evitare un decesso occorre invitare 456 uomini e diagnosticare 12 tumori. La sovradiagnosi resta il limite principale, ma la risonanza magnetica (RM) può contenerla. In GÖTEBORG-2, RM e biopsia mirata hanno dimezzato le diagnosi di tumori non significativi (0,6% contro 1,2%); in STHLM3-MRI, il percorso con RM ha ridotto gli esiti bioptici benigni dal 43% all'11%. La Raccomandazione del Consiglio UE (2022) invita quindi a valutare programmi organizzati basati su PSA, stratificazione del rischio e RM come triage, con sorveglianza attiva per i tumori a basso rischio. Il Piano nazionale della prevenzione 2026–2031 prevede progetti pilota per la prostata, con attenzione all'equità e alle Regioni del Sud.
Il modello proposto adatta il percorso al rischio. Prevede l'invito degli uomini di 50–69 anni ogni quattro anni, anticipando a 45 anni in presenza di familiarità o origine africana e a 40 nei portatori di mutazione BRCA2. Gli uomini con PSA elevato, circa il 12% secondo la letteratura, accedono alla valutazione urologica per stratificare il rischio mediante densità del PSA e biomarcatori sierici e urinari. Seguono la RM e, quando indicata, la biopsia prostatica.
La popolazione target comprende 8,7 milioni di uomini residenti in Italia, pari a circa 2,2 milioni di inviti annui con cadenza quadriennale. Applicando il tariffario nazionale e i tassi di positività dei test riportati in letteratura, il costo stimato è di 31,82 € per partecipante. La spesa complessiva dipende dall'adesione, che negli studi internazionali varia dal 15% al 50% secondo le strategie d'invito: circa 10–35 milioni di euro l'anno, con 39.000–130.000 RM e 13.000–44.000 biopsie.
Per attuare questo percorso servono inviti organizzati, standard di qualità per RM, biopsia e anatomia patologica, strutture dedicate (Prostate Unit), registri e indicatori per monitorare sovradiagnosi e mortalità. La comunicazione deve chiarire benefici e rischi e sostenere una decisione condivisa. La RM rappresenta la principale voce di costo e di carico organizzativo: i biomarcatori sierici e urinari potrebbero ridurne il ricorso, alleggerendo la spesa e l'impegno del sistema sanitario.
Lo screening deve poter essere offerto a tutti. Spetta a noi tradurre le evidenze in un programma efficace, sostenibile e accessibile.

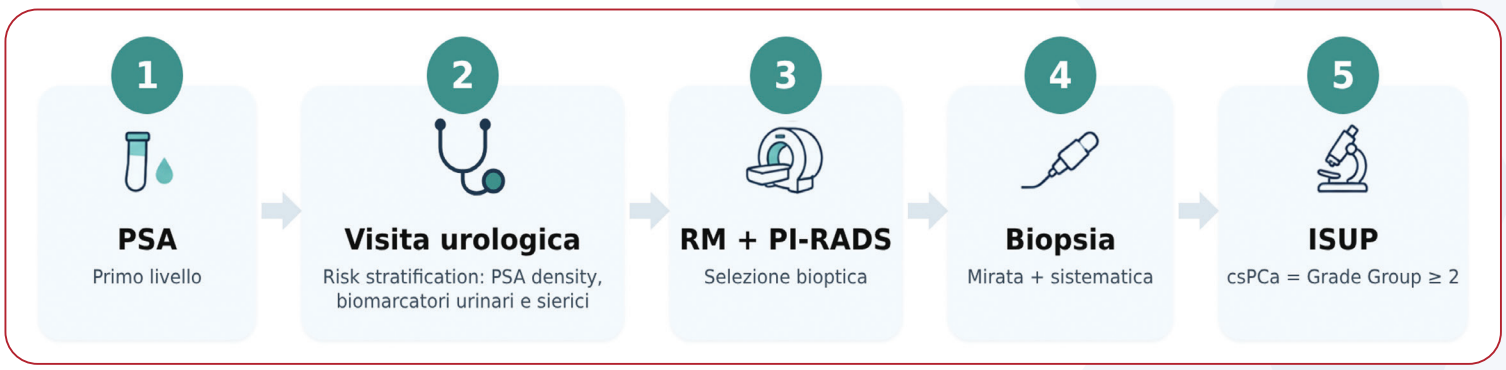



**Figura** - Percorso diagnostico dello screening.

# Infezioni urinarie: cosa cambia nel 2026



*Prof. Tommaso Cai.*

In urologia, prevenire un'infezione non significa necessariamente prescrivere un antibiotico. È questo il messaggio che emerge dalle linee guida EAU 2026 sulle infezioni urologiche, aggiornate alla luce di 36 nuovi studi. In un contesto segnato dall'antibiotico-resistenza e dall'impiego frequente di cateteri, stent e procedure invasive, la sfida è riconoscere chi necessita davvero di trattamento e chi, invece, rischia di essere sovratrattato.
Un passaggio importante riguarda il modo in cui definiamo le infezioni urinarie: la classificazione EAU, introdotta nel 2025 e confermata nel 2026, distingue tra infezioni localizzate e sistemiche, da interpretare alla luce dei fattori di rischio. Non basta un'urinocoltura positiva: sintomi, condizioni cliniche e presenza di dispositivi devono guidare la diagnosi. Nei pazienti cateterizzati, piuria, urine torbide o maleodoranti non giustificano da sole un antibiotico. Ridurre i giorni di cateterismo resta una misura essenziale di prevenzione.
Una delle novità più rilevanti del 2026 è l'introduzione di un capitolo dedicato alle infezioni urinarie fungine, particolarmente importanti nei pazienti ospedalizzati, fragili o portatori di dispositivi. Anche in questo caso, isolare Candida nelle urine non equivale a diagnosticare un'infezione da trattare: la funguria asintomatica, salvo specifiche eccezioni, non richiede terapia antifungina. La rimozione o sostituzione del catetere può essere decisiva.
Un cambiamento di grande impatto interessa la biopsia prostatica. Le evidenze aggiornate rafforzano la preferenza per l'accesso transperineale, associato a meno complicanze infettive rispetto a quello transrettale. Un'ampia revisione riporta tassi di sepsi dello 0,1% contro lo 0,9%. Nei pazienti senza fattori di rischio infettivo, le EAU 2026 suggeriscono di omettere la profilassi antibiotica perioperatoria nella biopsia transperineale: una raccomandazione debole, ma rilevante per la pratica clinica.
Anche per la cistite le raccomandazioni 2026 aggiornano diagnosi e trattamento: nelle donne senza particolari fattori di rischio e con sintomi tipici la valutazione clinica ha un ruolo centrale, mentre l'urinocoltura va riservata alle situazioni indicate, tra cui sospetto di infezione sistemica, sintomi atipici, recidiva precoce e rischio di resistenze.
Per l'urologia ospedaliera, la direzione è chiara: profilassi calibrate sulla procedura, terapie mirate e di durata adeguata, rivalutazione dopo l'antibiogramma e controllo tempestivo della fonte infettiva quando necessario. La qualità della prevenzione non si misura dal numero di antibiotici prescritti, ma dalla capacità di usarli quando servono, senza ritardare il trattamento delle infezioni gravi.

# PREMI SIU 2026

CELEBRARE L'ECCELLENZA

## CERIMONIA INAUGURALE

### PREMIO ROTH 2026

Premio intitolato al primo Presidente della Società Italiana di Urologia.
Il Consiglio Direttivo ogni anno assegna questo premio al Socio che nel corso della sua carriera si è distinto per la sua attività nel campo dell'urologia.



**VINCITORE**

**Prof. Francesco Rocco**

### PREMIO MATULA SIU 2026

Al miglior Curriculum Scientifico tra i Soci under 40.



**VINCITORE**

**Prof. Daniele Amparore**
Università di Torino
INOC Candiolo

### PREMIO RISING STAR SIU 2026

Assegnato agli urologi under 33 con miglior curriculum scientifico afferenti alle seguenti macroaree: nord, centro e sud.

**VINCITORI NORD ( ex aequo)**



**Luca Afferi**
Kantonsspital Aarau
Aarau, Switzerland



**Luigi Nocera**
ASST Spedali Civili
Brescia

**VINCITORE CENTRO**



**Antonio Grosso**
Azienda Ospedaliera Universitaria
Careggi, Firenze

**VINCITORE SUD**



**Roberto Contieri**
IRCCS Istituto Nazionale Tumori
Fondazione "G. Pascale", Napoli

## INTERVISTA AL PROF. F. ROCCO

**Prof. perché ha scelto l'urologia e la carriera accademica?**
Perché volevo fare l'architetto! Quando lo dissi a mio padre, chirurgo appassionatissimo e direttore della Patologia Chirurgica a Siena, rispose: «Bellissima scelta. Però ti ho già iscritto a Medicina!». Dopo la laurea, mio suocero, il professor Bartorelli, mi consigliò Milano e l'urologia, una specialità allora poco diffusa ma promettente. Entrai così nella Clinica di Edoardo Lasio: non mi sono mai pentito di questa mia... quasi libera scelta.

**In che cosa era diverso il passato rispetto a oggi?**
Nel 1970 era un altro mondo: aghi bolliti e riutilizzati, cateteri rigidi conservati con formalina, interventi oggi impensabili. Ho visto adenomectomie prostatiche in due tempi: il paziente tornava a casa per mesi con il tubo epicistostomico di Marion, grosso quasi come quello di una stufa, per "mettere a riposo" la vescica prima di essere di nuovo ricoverato per l'adenomectomia! Un momento per me molto significativo fu assumere la direzione del Reparto di Urologia del Policlinico di Milano, intitolato a Cesarina Riva. Il reparto era malridotto, le degenze erano in grandi cameroni e il lettino radiologico era quello paracadutato dagli Americani durante la guerra! Grazie alla Ca' Granda, al professor Giuseppe Guzzetti, presidente della Fondazione Cariplo, e alla generosità di Giancarlo e Monica Rampezzotti, due magnifici industriali lombardi, il reparto fu completamente rinnovato e attrezzato: grazie ai Rampezzotti arrivò anche il primo robot chirurgico dell'Ospedale Maggiore. Dal tubo di Marion al robot: che viaggio!

**Dalla calcolosi al Rocco Stitch: ci racconti le difficoltà e gli entusiasmi.**
Le difficoltà? L'entusiasmo forse me le ha fatte dimenticare! Studiai la vascolarizzazione renale per incidere il parenchima senza danneggiarlo, giungere nella profondità dell'ilo renale e eseguire pielocalicolitotomie molto complesse. A un congresso il professore Alfiero Costantini, vedendo le immagini di un rene prima e dopo l'intervento, esclamò: «Ma è lo stesso rene?». Mi sentii accusato: «Glielo giuro, professore!». E lui: «Strullo, era un complimento! Non sembra neppure operato!». Per verificare quelle tecniche finanziai anche uno studio su dieci maialini: mia moglie ci rimise la pelliccia che le avevo promessa! Poi la litotrissia mandò in pensione la mia amata chirurgia intrarenale. Ma un'altra gioia venne dai "Rocco Stitches", sviluppati con mio figlio Bernardo e descritti nel trattato Campbell-Walsh Urology. Mio padre, vedendoci insieme, scherzava: «Rocco e Rocchetto, punto perfetto!». Mai battuta fu più azzeccata.

**Prof. cosa rappresenta il premio Roth?**
Un'emozione enorme: entrare idealmente tra i maestri che ho ammirato. Per primo penso a Michele Pavone Macaluso, incontrato a Erice al Centro Ettore Majorana. Ero giovane: conoscere lì i grandi dell'urologia fu una scossa elettrica, che accese il desiderio di «seguir virtute e canoscenza». Grazie di cuore al Direttivo della SIU per questo onore che mi rende felice.

**Come vede il futuro dell'urologia italiana?**
Con fiducia. Dai miei maestri Lasio e Pisani, a Giuliani, Rocca Rossetti, Costantini, Lotti, Pagano e Selvaggi e tanti altri, i nostri grandi ci hanno trasmesso soprattutto la voglia di superarci. Oggi le domande cambiano: chi farà diagnosi, l'urologo o il computer? Chi opererà, il chirurgo o il robot? Sono entusiasta, ma anche un po' inquieto. La sfida sarà tenere insieme conoscenza e responsabilità.

**Cosa significa per Lei essere Maestro oggi?**
Non credo ci si possa proclamare maestri: lo decidono gli allievi. Significa condividere ciò che si sa, accettare di essere contraddetti e gioire quando un giovane va più lontano di noi. Se ho trasmesso un po' della mia passione, ho ottenuto un gran bel risultato.

# ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

## PREMIO BRACCI

Miglior lavoro scientifico originale pubblicato nell'arco dell'anno 2025 su una rivista internazionale peer reviewed.



**VINCITORE**

**Enrico Checcucci**
Istituto Nazionale Oncologico, Candiolo (Torino)

**Titolo del lavoro**
*Artificial Intelligence 3D Augmented Reality-guided Robotic Prostatectomy Versus Cognitive MRI Intervention: Results of the Prospective Randomized RIDERS Trial.*

## PREMIO MASSIMINO D'ARMIENTO

Miglior contributo scientifico originale in tema di endourologia pubblicato nell'arco dell'anno 2025 su una rivista internazionale peer reviewed.



**VINCITORE**

**Daniele Castellani**
Libera Università Mediterranea (LUM), Casamassima (Bari)

**Titolo del lavoro**
*To stop or not to stop. Endoscopic enucleation of the prostate in patients on blood thinners: outcomes, a real-life prospective multicenter study of 932 cases.*

## PREMIO VINCENZO DISANTO

Miglior contributo scientifico originale in tema di laparoscopia e robotica pubblicato nell'arco dell'anno 2025 su una rivista internazionale peer reviewed.



**VINCITORE**

**Ivano Morra**
AO Santa Croce e Carle, Cuneo

**Titolo del lavoro**
*Vesical Mucosal Graft for the Treatment of Ureteral Strictures with a Total Robot-assisted Approach.*

## PREMIO BEST VIDEO

Assegnato all'Autore del miglior contributo video inviato al 99° Congresso.



**VINCITORE**

**Marco Paciotti**
Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)

**Titolo del lavoro**
*Single-Port Retroperitoneal Ureteral Surgery: Surgical Technique and Clinical Outcomes from a Multi-Institutional Study.*

## PREMIO BARBARA GROSSETTI

Assegnato all'autrice della migliore tesi di specializzazione in Urologia discussa nel corso dell'anno 2025.



**VINCITRICE**

**Carlotta Nedbal**
Università Politecnica delle Marche

**Titolo del lavoro**
*Predizione del rischio settico dopo ureteroscopia flessibile e litotrissia laser: sviluppo di uno strumento digitale basato su machine learning.*

## PREMIO ANDREA TAMAGNONE

Assegnato all'autore della migliore tesi di specializzazione in Urologia discussa nel corso dell'anno 2025.



**VINCITORE**

**Marco Finati**
Università di Foggia

**Titolo del lavoro**
*Validating Active Surveillance Criteria in Intermediate-Risk Non-Muscle Invasive Bladder Cancer: Prospective Eligibility Assessment Using Outcomes from Standard Management.*

# RICCIONE LIVE: IL CONGRESSO OLTRE LE SESSIONI

## Una serata da ricordare: SIU 2026, a Riccione la cerimonia inaugurale tra eccellenza scientifica e spettacolo

Il 99° Congresso Nazionale della Società Italiana di Urologia (SIU), in programma a Riccione dal 28 al 31 ottobre 2026, celebra l'eccellenza della ricerca, della formazione e della pratica clinica con una cerimonia inaugurale che unisce scienza, riconoscimenti e intrattenimento.
L'appuntamento è fissato per giovedì 29 ottobre, alle ore 18:30, presso l'Auditorium Roth del Palazzo dei Congressi di Riccione. Un momento simbolico per la comunità urologica italiana, chiamata a confrontarsi sulle nuove frontiere della specialità e a valorizzare i professionisti che contribuiscono quotidianamente al suo sviluppo.
Tra i momenti centrali della serata, la consegna di tre prestigiosi riconoscimenti: il Premio Roth 2026, dedicato alla carriera urologica, il Matula Italian Award 2026, rivolto ai migliori talenti under 40, e il Premio Rising Star 2026, che valorizza i giovani urologi under 33 provenienti dalle tre macroaree italiane.
A rendere ancora più speciale l'inaugurazione sarà la partecipazione di Ale e Franz, il celebre duo comico, che porterà sul palco un momento di leggerezza e spettacolo.
La cerimonia rappresenterà così un'occasione per celebrare la storia e il futuro dell'urologia italiana, riconoscendo il valore dell'esperienza e, al contempo, investendo simbolicamente sulle nuove generazioni. Un'apertura all'insegna della condivisione, dell'innovazione e del senso di appartenenza alla comunità scientifica.




## Innovazione in mostra




Al terzo livello, a ridosso dell'Auditorium, l'area espositiva del Congresso Nazionale SIU riunisce quest'anno 37 aziende su 56 stand: uno spazio di incontro tra clinici, ricercatori e industria, dove l'innovazione tecnologica e farmacologica si traduce in strumenti concreti per la pratica quotidiana.
La chirurgia robotica occupa una posizione di rilievo, con i sistemi da Vinci di Intuitive, e con la presenza di CMR Surgical, EDGE Medical e Microport, segno di un mercato sempre più competitivo. Per l'endourologia e l'endoscopia espongono, tra gli altri, Karl Storz, Olympus, Boston Scientific e Ambu, mentre Esaote presenta le sue soluzioni di imaging ecografico. Teleflex e Coloplast completano il panorama dei dispositivi, dall'ipertrofia prostatica benigna all'incontinenza.
Altrettanto ricco il fronte farmaceutico: dall'uro-oncologia, con Astellas, Bayer | Orion Pharma, Johnson & Johnson e Ipsen, alla terapia endovescicale con Medac, fino a Recordati, IBSA, Fidia, Zambon e a numerose realtà italiane attive nell'urologia funzionale e nella nutraceutica.
L'area espositiva non è però solo una vetrina: è un luogo di confronto diretto, in cui specialisti e specializzandi possono dialogare con i tecnici, vedere da vicino le apparecchiature e approfondire aspetti applicativi che raramente trovano spazio nelle sessioni scientifiche. Lo stand della SIU e il Social Corner sono il punto di ritrovo per soci e congressisti.
In un'urologia che evolve rapidamente, il dialogo tra mondo clinico e industria resta essenziale perché l'innovazione si traduca in un beneficio reale per i pazienti.

*Intervista al Prof. Riccardo Campi*

## Abstract: cambia il formato, cresce il confronto?

*Le comunicazioni scientifiche si rinnovano: prime impressioni sul nuovo modello congressuale. Intervista a Riccardo Campi.*

### Perché è stato introdotto il nuovo formato?

Quest'anno il Comitato Congresso dell'Ufficio Scientifico della Società Italiana di Urologia (SIU), coordinato dal Prof. Porpiglia, ha introdotto un nuovo concept per la presentazione delle Short Communications e dei Video durante il Congresso Nazionale SIU 2026.
Perché cambiare? Perché dobbiamo evolvere, migliorare, con umiltà e determinazione, ispirandosi a modelli virtuosi internazionali (es. congressi ESMO e ASCO-GU).
Il nuovo formato nasce dall'idea che le sessioni abstract e vide, quota importante del tempo passato al congresso, rappresentino un'opportunità per creare valore per la comunità scientifica Urologica e per gli urologi nella loro individualità.
Al di là delle novità specifiche sull'organizzazione delle sessioni, il nuovo formato stimola la comunità urologica e i membri della SIU presenti al congresso nazionale a pensare e partecipare alle sessioni realmente insieme, come una comunità. Per questo abbiamo inserito il ruolo del discussant, figura chiave nelle sessioni abstract nei più importanti congressi scientifici internazionali.
Il nuovo formato si propone di rappresentare un forum accademico dove i risultati degli studi clinici non sono solo presentati ma anche discussi, contestualizzati, e criticati, al fine di traslare i dati in migliore pratica clinica.

### Che cosa cambia per i giovani ricercatori?

Il nuovo formato introduce delle novità e delle sfide.
I cambiamenti non riguardano solo i giovani ricercatori, bensì l'intera comunica urologica che partecipa al congresso nazionale.



*Prof. Riccardo Campi.*

Le sessioni, suddivise per aree tematiche e di durata complessiva di 60 o 90 minuti, hanno una struttura a "blocchi" di 30 minuti. Ogni blocco prevederà la presentazione di 3-5 Short Communications o Video, un intervento mirato di 5 minuti da parte di un Discussant, e uno spazio finale di discussione di 10 minuti con l'audience, gestito e coordinato dai Moderatori. L'idea è che questo format possa permettere

# RICCIONE LIVE: IL CONGRESSO OLTRE LE SESSIONI

di creare uno spazio di informazione e dialogo scientifico ad alti livelli dove il confronto apre le porte al progresso.
Per raggiungere questo obiettivo è necessario bilanciare due esigenze: da una parte presentare i risultati degli abstract, valorizzando i presentatori; dall'altra, quella di contestualizzare i dati per renderli fruibili all'audience e per creare opportunità di discussione sulla loro validità clinica. Tre sono i cardini principali a cui ci siamo ispirati:

1. il valore della discussione (ruolo chiave del discussant per contestualizzare gli studi presentati);
2. il valore del tempo (per la discussione);
3. la necessità di preparazione delle sessioni prima del congresso attraverso lo studio e la prioritizzazione degli abstract più importanti da discutere da parte dei discussants e dei moderatori.

Gli obiettivi ultimi del nuovo format sono contestualizzare le presentazioni (alla luce delle evidenze attuali e delle Linee Guida più recenti) per permettere una discussione proficua sulle implicazioni degli studi presentati per la comunità urologica; stimolare la discussione tra i presentatori, moderatori, e audience, e migliorare l'esperienza complessiva delle sessioni rendendole più dinamiche e arricchendole con opportunità di apprendimento per tutti, stimolando nuove idee per la ricerca futura.
Il Comitato Congresso Nazionale dell'Ufficio Scientifico SIU crede fermamente in questi obiettivi, ma successo del nuovo formato dipenderà in maniera determinate dalla collaborazione di tutte le figure coinvolte, dalla voglia di mettersi in gioco e collaborare per un fine comune.
Rinnovare format stabiliti da tempo richiede infatti tempo, flessibilità e spirito di adattamento.

### Quali sono le prime impressioni?

Le prime impressioni sul nuovo formato da parte dei presentatori, discussant e moderatori sono generalmente positive.
Al congresso si respira aria di novità e di opportunità, nonostante alcune critiche, peraltro ben accette e sempre costruttive.
Il primo obiettivo raggiunto è la partecipazione di tutte le figure coinvolte ai meeting virtuali preliminari che l'Ufficio Scientifico ha organizzato per condividere il nuovo formato.
Il nuovo formato richiede sicuramente maggiore preparazione rispetto al passato ma speriamo possa rappresentare una reale opportunità di crescita per la comunità urologica e uno stimolo a valorizzare ancor di più il patrimonio culturale e scientifico della SIU.



*Prof. Marco Carini, professore emerito di urologia presso l'Università di Firenze.*

*È stato professore ordinario di Urologia presso l'Università degli Studi di Firenze, Primario della SOD Urologia Oncologica Mininvasiva Robotica e Andrologica e Direttore del Dipartimento Oncologico e di Chirurgia a indirizzo robotico di Careggi; Direttore della Scuola di Specializzazione in Urologia, Presidente del Collegio dei professori ordinari di Urologia, Presidente e Fondatore dell'Accademia Italiana di Urologia.*

## Due generazioni, un Congresso

### Che cosa rappresenta per Lei il congresso SIU?

Il congresso SIU è, prima di tutto, la casa comune dell'urologia italiana. È il momento dell'anno in cui la nostra comunità si ritrova per intero: gli accademici e gli ospedalieri, chi è a fine carriera e chi sta appena iniziando. Ho sempre pensato che la SIU non sia soltanto una società scientifica, ma una rete di relazioni umane e professionali costruita negli anni. Il congresso è il luogo dove questa rete si rende visibile e dove, soprattutto, si tramanda un modo di intendere la professione.

### Ricorda il suo primo congresso SIU? Che impressione le aveva fatto?

Lo ricordo molto bene. Ero uno specializzando e arrivai con il timore reverenziale di chi entra per la prima volta in un luogo dove conosce tutti i nomi ma nessuno conosce il suo. Scoprii che nei corridoi, davanti a un caffè, le stesse persone che intimidivano dal podio erano disponibili ad ascoltare un giovane, a rispondere a una domanda, a dare un consiglio. Tornai a casa con la convinzione che quella era la comunità a cui volevo appartenere, e con un entusiasmo che non si è mai spento.

### Qual è la cosa che le piace di più del congresso SIU?

Se devo scegliere una cosa sola, dico il confronto diretto. In sala operatoria ciascuno di noi lavora con la propria équipe e con le proprie certezze; al congresso quelle certezze vengono messe alla prova. E mi piace moltissimo osservare i giovani: vedere uno specializzando che presenta il suo primo lavoro, con la voce che trema un poco, e poi ritrovarlo qualche anno dopo che modera una sessione con naturalezza. Questo passaggio generazionale è per me la cosa più bella.

### Perché, oggi, vale ancora la pena venire di persona al congresso?

Sono convinto che la presenza fisica resti insostituibile. Il video di un intervento mostra la tecnica, ma è il dialogo con chi l'ha eseguita che trasforma un'informazione in un apprendimento vero. Nessuno studio multicentrico è mai partito da una videoconferenza programmata. E uno specializzando che partecipa da remoto apprende contenuti, ma non entra in una comunità. Le relazioni sono ancora la vera infrastruttura della nostra professione.



*Dr. Matteo Facco, neo-specialista in urologia, urologo presso la Clinica urologica dell'azienda ospedale Università di Padova.*

### Che cosa rappresenta per Lei il congresso SIU?

Un appuntamento fisso, di quelli che nel calendario si segnano prima ancora delle vacanze. Ogni anno è l'occasione per ritrovarsi, conoscere colleghi da tutta Italia e fare il punto sulla nostra disciplina. È aggiornamento continuo e un momento scientifico di rilevanza nazionale, ma anche il luogo in cui l'urologia italiana si riconosce come comunità.

### Ricorda il suo primo congresso SIU? Che impressione le aveva fatto?

Certo: era sempre a Riccione, 2021; quest'anno direi che è un bel cerchio che si chiude. Ero uno specializzando da pochi mesi, ancora alle prime armi con questo mestiere. Ricordo la sensazione di un mondo enorme, tutto da scoprire. Fino ad allora l'urologia per me era quella della mia clinica o dei manuali; al congresso ho visto quanto potesse essere più grande, quante scuole, approcci e persone ci fossero oltre le mura del mio reparto. Mi ha dato un'idea di quello che sarei potuto diventare.

### Qual è la cosa che le piace di più del congresso SIU?

Da sempre la sezione video, e in particolare i nightmare videos. Vedere discussi in modo aperto e sempre costruttivo errori, complicanze e "incubi" di sala operatoria è una lezione di onestà e di crescita. Si impara moltissimo da chi ha il coraggio di mostrare ciò che non è andato come previsto, e questo rende la nostra comunità più forte e i nostri pazienti più sicuri.

### Perché, oggi, vale ancora la pena venire di persona al congresso?

Perché i contenuti si possono seguire anche da casa, ma le occasioni no. Una chiacchierata davanti a un caffè, una domanda fatta a un maestro, un confronto nato per caso in corridoio: è lì che nascono collaborazioni, idee e spesso anche amicizie. Venire di persona significa crescere, costruire una rete e portarsi a casa un po' di quell'emozione che nessuno streaming riesce a restituire.



*Prof. Andrea Salonia.*
*Consigliere Ufficio Formazione*

## *UFFICIO FORMAZIONE*

# Cosa fare oggi per formare gli urologi di domani

La formazione del futuro specialista in Urologia non può essere considerata un semplice percorso di acquisizione di conoscenze e abilità tecniche. Richiede la costruzione di una figura professionale completa, capace di integrare rigore scientifico, competenza clinica, capacità decisionale, padronanza delle tecnologie e sensibilità umana.
Il primo pilastro è rappresentato dalla conoscenza. L'Urologia evolve con una rapidità senza precedenti e impone un aggiornamento continuo, fondato sullo studio costante e sulla lettura critica della letteratura scientifica. Studiare non deve essere percepito come un obbligo limitato agli anni della formazione specialistica, ma come un atteggiamento permanente che accompagna l'intera vita professionale. In questa prospettiva, la Società Italiana di Urologia promuove e continuerà a promuovere percorsi formativi sempre più strutturati e personalizzati per i giovani e i giovanissimi urologi, protagonisti del futuro della nostra disciplina.
Accanto alla preparazione generale, è necessario sviluppare competenze specialistiche e, quando opportuno, ultraspecialistiche. La crescente complessità della disciplina richiede professionisti in grado di raggiungere elevati livelli di competenza in specifiche aree tematiche, senza che ciò si traduca in una visione ristretta della materia. Ogni urologo deve conservare una conoscenza ampia e trasversale dell'intero panorama urologico, indispensabile per comprendere la complessità clinica di ciascun paziente. Per questo la Società Italiana di Urologia investe costantemente in programmi formativi residenziali e a distanza, caratterizzati da un approccio sempre più interattivo, pratico e orientato all'approfondimento specialistico.
Un ulteriore pilastro è rappresentato dall'acquisizione di competenze tecniche e tecnologiche. Non è sufficiente imparare a eseguire procedure e interventi; è necessario comprenderne indicazioni, limiti, rischi e potenzialità. Tale crescita richiede esperienza diretta, confronto con centri di eccellenza e opportunità formative nazionali e internazionali. In questo ambito la Società Italiana di Urologia sostiene attività pratiche, webinar, programmi di training avanzato e borse di studio competitive.
Parallelamente, non è più possibile trascurare il ruolo dell'intelligenza artificiale. Essa è destinata a permeare tutti gli ambiti del sapere medico, dalla ricerca alla clinica. L'intelligenza artificiale non sostituisce il medico, ma ne amplifica le capacità quando è guidata da solide conoscenze, spirito critico e utilizzo consapevole. La formazione specialistica dovrà quindi educare i futuri urologi a governare questi strumenti e non a esserne governati.
Infine, la formazione non può prescindere dall'essere medici. Nessuna innovazione tecnologica potrà sostituire la capacità di comprendere il paziente, condividere il suo percorso di cura e comunicare in modo efficace. La cum-patio, l'intelligenza relazionale, la capacità di lavorare in équipe e le competenze comunicative rappresentano elementi essenziali della pratica clinica moderna. Formare specialisti eccellenti significa formare professionisti capaci di ascoltare, spiegare, accompagnare e costruire una reale alleanza terapeutica.
La sfida dei prossimi anni sarà dunque coniugare conoscenza, specializzazione, tecnologia e umanità, per garantire una nuova generazione di urologi preparati ad affrontare la medicina del futuro senza smarrire i valori fondanti della professione medica.



*Prof. Vincenzo Ficarra*
*Consigliere Ufficio Affari Regionali*

## *UFFICIO AFFARI REGIONALI*

# Una sola SIU, tante realtà: fare rete nei territori

L'urologia italiana è ormai da qualche decennio indiscussa protagonista nel panorama internazionale. Tuttavia, differenze emergono tra le diverse realtà urologiche regionali. Differenze in parte dovute ad elementi demografici ed economici ed in parte alle differenti fasi di investimento in tecnologia e formazione. I dati aggiornati al mese di gennaio del 2025 evidenziano come la densità di popolazione vari dai 420 ab/km2 della Lombardia ai 264 del Veneto, ai 408 della Campania, ai 331 del Lazio, ai 185 della Sicilia, ai 65 della Sardegna e fino ai 53 della Basilicata, per citare alcune delle regioni italiane. I valori di PIL-procapite (ISTAT 2022) sono pari a 123,9 per il Nord-Ovest, 119,1 per il Nord-Est, 106,4 per il Centro e solo 65,8 per il Sud e le isole. Nel 2023 l'Indice di Sviluppo Umano (ISI) era pari a 0,936 per la regione Lombardia, a 0,938 per la regione Lazio, a 0,867 per la regione Calabria. La situazione economica delle singole regioni italiane è uno dei fattori principali che condiziona in generale le strategie di politica sanitaria e di conseguenza l'attribuzione delle risorse per l'investimento in tecnologia. L'accessibilità su scala regionale a moderni ed efficaci mezzi diagnostici così come ad un'adeguata strumentazione chirurgica rende conto di aspetti critici quali le liste di attesa e la migrazione intra- ed extraregione. Un esempio di discrepanza nella diffusione tecnologica è rappresentato dal numero di robot chirurgici presenti nelle diverse regioni italiane con aree metropolitane che offrono piattaforme robotiche in numero decuplicato rispetto a quello di intere macroaree. Ma evidenti disparità regionali riguardano anche il campo della prescrivibilità dei farmaci impiegati nel campo della terapia medica del tumore della prostata. Situazione quest'ultima di evidente ed ingiustificata disparità in ambito regionale.
È proprio a partire da questa consapevolezza che l'Ufficio Affari Regionali della SIU ha intrapreso come prima azione quella di effettuare un vero e proprio censimento di tutti i centri urologici e degli specialisti che operano nelle diverse realtà regionali con l'intento di effettuare una fotografia quanto più capillare possibile della mappa urologica nazionale, indipendentemente dall'affiliazione degli interpreti alle diverse società scientifiche. Il censimento deve essere considerato come in essenziale punto di partenza per comprendere come sia organizzata l'assistenza urologica nel nostro Paese, quali siano i suoi punti di forza e dove, invece, emergano carenze strutturali, organizzative o professionali.
L'analisi dei primi dati conferma l'eterogeneità tra le diverse regioni per quanto riguarda la distribuzione delle strutture pubbliche e private. In alcune regioni, la presenza di grandi ospedali privati accreditati contribuisce in maniera significativa all'erogazione delle prestazioni urologiche, sia in regime di ricovero sia in ambito ambulatoriale. In altre realtà, invece, l'assistenza risulta affidata prevalentemente alle strutture pubbliche. Si tratta di modelli organizzativi differenti, ciascuno caratterizzato da specifiche peculiarità, che devono essere valutati considerando la distribuzione della popolazione, le caratteristiche geografiche del territorio, la disponibilità delle risorse e l'effettiva capacità di risposta ai bisogni assistenziali.
La presenza di una rete articolata di strutture pubbliche e private accreditate può ampliare le possibilità di accesso alle cure e contribuire alla capacità complessiva del sistema di rispondere alla domanda sanitaria. Tuttavia, il semplice numero dei centri non è sufficiente a descrivere la qualità e l'efficienza dell'offerta. È necessario considerare anche la tipologia delle prestazioni erogate, le competenze disponibili, la dotazione tecnologica, la capacità di presa in carico del paziente e il grado di integrazione tra i diversi livelli assistenziali. Una distribuzione apparentemente adeguata delle strutture può infatti nascondere differenze importanti nella disponibilità di trattamenti complessi, nella continuità delle cure e nei tempi necessari per ottenere una prestazione.
Accanto alla rete ospedaliera, un ruolo centrale è svolto dall'Urologia territoriale, la cui organizzazione presenta a sua volta differenze significative tra le diverse realtà regionali. La presenza di specialisti sul territorio può favorire l'accesso alla prima valutazione urologica, il

monitoraggio delle patologie croniche, l'inquadramento dei disturbi a minore complessità e il follow-up dei pazienti già trattati in ambito ospedaliero. Un sistema territoriale ben organizzato può inoltre contribuire a rendere più appropriato l'invio alle strutture ospedaliere, riservando a queste ultime le attività che richiedono risorse diagnostiche, tecnologiche e professionali più complesse.
Non meno importante è la questione delle risorse umane. Il ricambio generazionale, la necessità di garantire un adeguato numero di specialisti e professionisti infermieristici e la crescente complessità delle attività assistenziali rendono indispensabile una valutazione attenta della distribuzione del personale. Il numero di centri presenti in una determinata area, infatti, non sempre corrisponde alla reale capacità di erogare prestazioni: una struttura può essere formalmente attiva, ma incontrare difficoltà nel garantire un'offerta adeguata a causa della carenza di personale o della limitata disponibilità di determinate competenze. Per questo motivo, la conoscenza della distribuzione degli specialisti costituisce un passaggio essenziale per individuare le criticità e orientare le future strategie di sviluppo.
Un altro aspetto da considerare nell'interpretazione delle diversità regionali è rappresentato dal progressivo processo di capillarizzazione dell'offerta urologica nelle diverse aree geografiche italiane che mette ad un tempo a confronto reparti con tradizione pluridecennale e realtà di più giovane creazione in fase di sviluppo e crescita. La SIU ha il compito di valorizzare e promuovere le realtà più giovani che si affacciano sul territorio nazionale.
In questo scenario, la SIU con la creazione dell'ufficio affari regionali si prefigge il compito di facilitare tutti quei meccanismi di tipo formativo, regolatorio ed istituzionale che possano essere utili a migliorare la qualità dell'assistenza urologica nelle diverse aree regionali creando un'efficace rete di collaborazione a livello locale, regionale e macroregionale. La realizzazione e la comparazione dei PDTA delle diverse realtà regionali così come la promozione del ruolo delle urologie in ambito istituzionale rappresentano punti cardini nel processo di progressiva omogenizzazione delle diverse realtà urologiche esistenti.



*Prof. Andrea Minervini.*
*Consigliere Ufficio Ricerca*

## *UFFICIO RICERCA*

# Urologia, la ricerca italiana fa squadra: dal rene alla prostata

*L'Ufficio Ricerca della Società Italiana di Urologia mette in rete gli ospedali di tutta Italia per rispondere a una domanda semplice: quale cura funziona meglio, e per chi.*

Una società scientifica non deve limitarsi ad aggiornare i medici: deve produrre conoscenza utile ai pazienti. Capire che cosa succede davvero ai pazienti dopo una cura, non in un singolo ospedale ma in tutta Italia. È una delle missioni dell'Ufficio Ricerca della Società Italiana di Urologia (SIU), diretto dal Prof Andrea Minervini, che promuove grandi studi prospettici, che seguono i pazienti nel tempo, e analisi dei dati già raccolti nei centri urologici italiani.
La storia parte dal rene. Con RECORD 1 (circa 800 pazienti in 19 centri) gli urologi italiani hanno iniziato a misurare in modo sistematico i risultati della nefrectomia parziale. RECORD 2 ha alzato l'asticella: oltre 4.000 pazienti in 26 ospedali, confrontando interventi conservativi e radicali. Poi è arrivato i-RECORD, che ha portato il modello oltre confine e si avvia a chiudere l'arruolamento con più di 7.000 pazienti. Il registro raccoglie soprattutto i casi operati — con chirurgia tradizionale (open) e robotica — per tumore del rene: dalla nefrectomia parziale alla nefrectomia radicale e citoriduttiva nei tumori più avanzati; a margine, le terapie ablative e la sorveglianza attiva. In questo studio, sono i numeri e la qualità dei dati a fare la differenza, nonché il disegno dello studio multi harm multi stage.
Accanto al rene è nato il SIU Research Network, una rete di centri con due anime, una oncologica e una dedicata alle malattie benigne, che alimenta registri nazionali di patologia: tumore della prostata, delle alte vie escretrici, del testicolo e del pene, e trattamenti mini-invasivi dell'ipertrofia prostatica benigna. A coordinare questo lavoro è la dottoressa Sabrina De Cillis, responsabile della Sezione Real World Data: il compito è trasformare l'attività quotidiana dei reparti in dati affidabili e confrontabili.
Nei prossimi mesi i riflettori si sposteranno sulla prostata, il tumore più frequente nell'uomo. Il primo studio valuterà l'elettrochemioterapia, una tecnica che con brevi impulsi elettrici aiuta il farmaco a entrare nelle cellule tumorali. Il secondo metterà a confronto radioterapia e chirurgia in uomini con tumore localizzato o localmente avanzato: una scelta che oggi divide specialisti e pazienti. A guidare questo filone di Ricerca è il professor Andrea Mari, responsabile della Sezione Trial Clinici e Ricerca Traslazionale.
Il filo che lega tutti questi studi è lo stesso: partiamo da domande cliniche precise, disegno dello studio e sample size adeguata per dare risposte solide con l'obiettivo di produrre una ricerca di alto livello in ambito SIU.



*Prof. Bernardo Rocco.*
*Consigliere Ufficio Comunicazione*

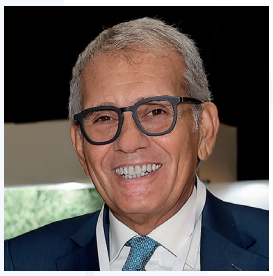
## *UFFICIO COMUNICAZIONE*

# La SIU si racconta: comunicare per essere più vicini

Per una società scientifica comunicare non è un esercizio di immagine: è parte della cura. Per questo abbiamo scelto di vivere la comunicazione come uno strumento di vicinanza, che si muove lungo due direttrici: verso i pazienti e verso i nostri soci.
Più vicini ai pazienti. La sfida è culturale prima ancora che clinica: superare il pudore e la reticenza che portano ancora molti uomini dall'urologo solo quando i disturbi sono conclamati. Per farlo abbiamo scelto linguaggi diversi da quelli tradizionali della medicina: campagne dal tono empatico e diretto, pensate per i social e per i luoghi della vita quotidiana. E abbiamo coinvolto volti noti al grande pubblico, capaci di portare il tema della prevenzione dove la comunicazione medica fatica ad arrivare, con la naturalezza di una conversazione. Il "Decalogo della Longevità Uro-Andrologica", che abbiamo presentato in occasione della 6ª Giornata Nazionale dell'Urologia al Ministero della Salute, riassume bene questo approccio: dieci indicazioni semplici, pensate per essere comprese, condivise e ricordate. Dalla valutazione del rischio prostatico che non si ferma al solo PSA all'attenzione alla nicturia, dagli stili di vita alla funzione sessuale come spia della salute generale, il messaggio è uno: la visita urologica periodica deve diventare un gesto ordinario di prevenzione, anche in assenza di sintomi. Accanto alle campagne lavorano con continuità SIU Talks e il podcast SIU Urologia, che portano informazione scientifica corretta direttamente nelle case, in un ambiente digitale dove la disinformazione sanitaria corre veloce. È qui che, giorno dopo giorno, si costruisce l'alleanza tra urologo e paziente.
Più vicini fra noi. C'è però un secondo destinatario della nostra comunicazione: noi stessi. Ogni messaggio che arriva ai cittadini vive grazie ai soci che lo portano nei propri ambulatori e territori. E la comunicazione deve servire anche ad ascoltare: va in questa direzione la mappatura delle tecnologie digitali ed emergenti, intelligenza artificiale compresa, che abbiamo avviato tra i centri SIU, perché conoscere come lavoriamo è il primo passo per accompagnare tutti nel cambiamento. Vicinanza ai pazienti e vicinanza fra noi hanno trovato un momento di particolare significato nell'udienza con cui Papa Leone XIV ha ricevuto in Vaticano la SIU, insieme ai colleghi dell'Associazione Spagnola di Urologia: un riconoscimento istituzionale e insieme un richiamo a non perdere mai di vista i più fragili, che è il senso di tutto ciò che comunichiamo.
A Riccione, dal 28 al 31 ottobre, chiediamo a ogni socio di essere parte di questo racconto: condividete, taggate la SIU con #SIU26, raccontate i vostri centri.

# ROMA 2027: CENTO EDIZIONI DI CONGRESSO SIU

## Un traguardo che non è soltanto memoria, ma soprattutto responsabilità e visione



*Prof. Giuseppe Carrieri.*



*Prof. Francesco Porpiglia.*

A Roma, nel 2027, il centesimo Congresso della Società Italiana di Urologia rappresenta un'occasione unica per ripercorrere il cammino compiuto, riflettere su ciò che abbiamo costruito e, soprattutto, guardare con coraggio al futuro che ci attende.

L'Urologia di domani non sarà definita soltanto dalle tecnologie più avanzate, dalla chirurgia di precisione o dalle nuove frontiere della diagnostica. Sarà una disciplina chiamata a evolvere profondamente, seguendo e, possibilmente, anticipando le trasformazioni della medicina e le straordinarie acquisizioni della ricerca scientifica.

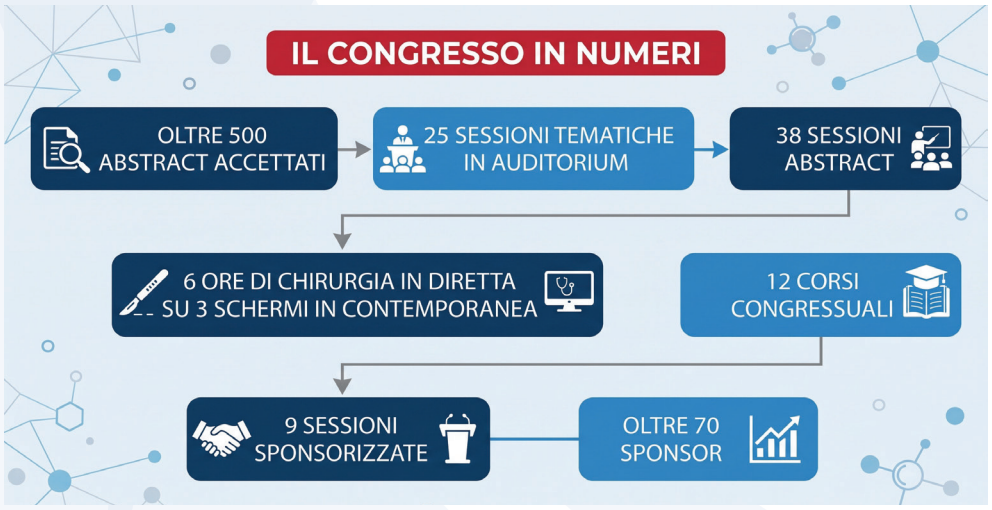
In questo scenario, anche la figura dell'urologo dovrà necessariamente cambiare. Non sarà più sufficiente essere un eccellente chirurgo, padroneggiare le tecniche più innovative o saper interpretare con precisione le immagini diagnostiche. L'urologo del futuro dovrà possedere una conoscenza sempre più approfondita della biologia molecolare, dei meccanismi che governano lo sviluppo e la progressione delle neoplasie urologiche, delle nuove terapie biologiche e dei trattamenti a bersaglio molecolare. Dovrà comprendere non soltanto come trattare una malattia, ma anche perché quella malattia insorge, evolve e risponde in modo diverso alle terapie.

Dovrà inoltre saper dialogare con l'oncologo, il biologo molecolare, il genetista, il biostatistico, il bioingegnere e con tutte le figure che contribuiscono allo sviluppo della medicina di precisione, condividendone conoscenze, linguaggi e strumenti. Non per rinunciare alla propria identità specialistica, ma, al contrario, per rafforzarla, ampliando le proprie competenze e preservando il ruolo centrale dell'urologo nella gestione delle patologie di cui è da sempre protagonista.

È questa la sfida che abbiamo davanti: costruire una nuova visione dell'Urologia, capace di integrare chirurgia, clinica, diagnostica, biologia, oncologia e ricerca in un percorso sempre più interdisciplinare, senza mai perdere di vista il paziente, i suoi bisogni, le sue fragilità e la qualità della sua vita.

Il centesimo Congresso non vuole dunque essere soltanto la celebrazione di una storia prestigiosa. Vuole rappresentare un punto di svolta, un momento di riflessione collettiva nel quale la nostra comunità scientifica sia chiamata a interrogarsi sulle nuove necessità che caratterizzeranno l'urologia del futuro.

Da Roma, dal cuore della nostra storia, vogliamo così proiettare l'Urologia verso una nuova stagione. I cento Congressi raccontano ciò che è stato fino ad oggi, il domani dipenderà dalla nostra capacità di accogliere e diventare interpreti del Cambiamento.






*Segreteria SIU*

## INDICE


1 Due giornate di scienza, incontri e dibattiti: Riccione si accende di nuove idee: cosa pensano i giovani del congresso

**INTERVISTE**

2 Approcci chirurgici e tecnologie emergenti a confronto nella calcolosi renale

3 UTUC: cosa c'è di nuovo nel 2026

**APPROFONDIMENTI**

4 L'innovazione non si aspetta, si costruisce?

5 Screening del tumore della prostata: sì, ma come?

**PREMI SIU 2026**

6 Intervista al Prof. F. Rocco

6 Consegna in cerimonia inaugurale

7 Consegna in Assemblea Generale Ordinaria

**REPORTAGE DAL CONGRESSO**

8 Innovazione in mostra

8 Abstract: cambia il formato, cresce il confronto?

9 Due generazioni, un congresso

**LA SIU CHE GUARDA AL FUTURO**

10 Cosa fare oggi per formare gli urologi di domani

10 Una sola SIU, tante realtà: fare rete nei territori

11 Urologia, la ricerca italiana fa squadra: dal rene alla prostata

11 La SIU si racconta: comunicare per essere più vicini

12 Roma 2027: cento edizioni di congresso SIU



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)