

---

Dipartimento universitario di scienze mediche e chirurgiche

Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie  
urologiche

---

## U.O. UROLOGIA

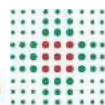
*Direzione Universitaria: Prof. EUGENIO BRUNOCILLA*



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

---

# ANNUARIO 2019-2020

---



---

Dipartimento universitario di scienze mediche e chirurgiche

Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie  
urologiche

---

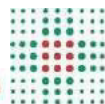
## **U.O. UROLOGIA**

*Direzione Universitaria: Prof. EUGENIO BRUNOCILLA*



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

---

# **ANNUARIO 2019-2020**

---







# **Scuola di Specializzazione in Urologia**

**Direttore: Prof. Eugenio Brunocilla**



# PREFAZIONE

Nel presentare il quarto annuario della Clinica urologica, non si poteva non fare riferimento al 2020 come l'anno della pandemia COVID 19. Fino allo scorso Dicembre eravamo impegnati nell'organizzazione di due congressi, la quarta edizione della Prostate Unit Meeting e il primo incontro dedicato al trattamento moderno della calcolosi delle vie urinarie. Nulla poteva lasciar presagire alla "morte improvvisa" di qualsiasi iniziativa scientifica e culturale.

Il 7 marzo l'ultima sala operatoria, poi quattro mesi di chiusura dell'attività presso l'Ospedale Sant'Orsola, ricoveri bloccati, sale operatorie ferme e attività ambulatoriale chiusa, reparto in isolamento e tamponi eseguiti a tutto il personale coinvolto. Poco dopo il personale medico e infermieristico veniva trasferito a svolgere attività assistenziale nei reparti COVID, per grande senso del dovere, ma anche con preoccupazione per se stessi e per i loro familiari.

Durante l'emergenza COVID l'attività di chirurgia oncologica è stata ridotta di circa il 60% secondo le stime, non sono stati eseguiti 600000 interventi chirurgici previsti, 50000 dei quali oncologici. Le sale operatorie sono state riconfigurate come terapie intensive. Bastano questi dati per avere un'immagine dell'impatto che la pandemia del Coronavirus ha avuto sulla cura delle patologie oncologiche in Italia. Ci vorrà almeno un anno per recuperare visite e prestazioni sanitarie saltate in questi mesi: 12 milioni di esami radiologici e 3 milioni di visite cardiologiche. Per quanto riguarda il settore oncologico, invece, secondo una ricerca del centro studi Nomisma di Bologna, sono previsti circa 4 milioni di esami di screening da recuperare entro dicembre.

Ritornando ai 4 mesi di emergenza, la nostra attività di chirurgia oncologica non si è mai fermata. Come noto, abbiamo fatto tesoro dell'accoglienza presso la Casa di Cura Villa Regina, dove grazie ai miei collaboratori e specializzandi abbiamo avuto la possibilità di sottoporre ad intervento chirurgico oltre 200 pazienti affetti da patologie neoplastiche, compresi i casi più complessi.

A Giugno è arrivata fortunatamente la ripartenza. Avevamo il timore che non avremmo più potuto svolgere, almeno a breve, la nostra attività all'interno del nostro Policlinico con il rischio reale di cancellare un pezzo di storia e di sopprimere l'identità dell'Urologia dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi. Il reparto è stato riaperto con un assetto completamente rinnovato, nel rispetto dei parametri imposti dalle nuove regole, per arginare i contagi. I posti letto all'interno del reparto sono stati ridotti da 50 a 32, di cui 22 al padiglione 1 compresa l'Unità di Andrologia e altri 12 posti letto al Padiglione 5.

Conseguenza di tutto questo sarà chiaramente purtroppo un ulteriore allungamento delle liste d'attesa!

A mio personale parere, ritengo che l'emergenza COVID-19 abbia evidenziato drammaticamente una serie di carenze del Servizio Sanitario Nazionale, sempre all'insegna del risparmio e dei tagli indiscriminati da parte dei nostri amministratori.

Il SSN si è trovato impreparato nel fronteggiare una così drammatica situazione, affrontata unicamente grazie alla straordinaria dedizione e al sacrificio di tutti gli

operatori sanitari.

Purtroppo, dopo quest'estate, caratterizzata da diverse iniezioni di ottimismo, credo sia doveroso un richiamo al sano realismo: l'epidemia in molti Paesi non si arresta, anzi cresce; Spagna, Francia e Germania riportano un'importante impennata di casi e noi, purtroppo a seguire.

Questa pandemia si sta mostrando come si era ipotizzata (la storia si ripete sempre); il paragone più semplice è con la Spagnola: una riduzione di casi durante mesi estivi, per riprendere ferocemente in autunno, circa 50 milioni di morti durante la seconda ondata. Ottimisticamente si può affermare che, pur non conoscendo ancora molto su questo virus, qualcosa abbiamo imparato: adesso sappiamo come contrastare farmacologicamente, almeno in parte, le complicità, così da riuscire a contenere i decessi.

Il decorso della curva epidemica dipende fortemente dal numero di focolai che si accendono e dalla capacità locale di spegnerli. Vedremo dunque lo stesso aumento? Possibile. La probabilità che ciò non accada darà invece legata alla capacità di risposta della sanità pubblica e alla ripresa da parte dei cittadini del rispetto delle regole, consapevolmente abbandonate o difficilmente accettate.

In conclusione, sperando che nell'anno a seguire non ci sia una nuova emergenza sanitaria, bisognerà lavorare duramente per non compromettere ulteriormente la possibilità di sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie neoplastiche. In Italia sono stimati oltre 370000 nuovi casi di cancro. I pazienti e le società scientifiche chiedono interventi "urgenti" perché i tumori non sono malattie con impatto meno disastroso dell'infezione da COVID-19 e ulteriori ritardi di intervento rischiano di compromettere appunto la loro guarigione.

Per un ritorno alla "normalità" ritengo quindi necessari:

- Potenziamento della medicina sul territorio
- Riattivazione a pieno regime degli screening
- Attrezzature più moderne per ridurre il tempo di permanenza in ospedale
- Incremento del 20-30% dell'attività chirurgica oncologica elettiva da riservare ai centri ad alto volume
- Effettiva realizzazione di reti oncologiche regionali con importanti investimenti nella cosiddetta "medicina di precisione"

Da qui la mia idea, insieme al mio gruppo, di creare una Unità di Studio e di Ricerca multidisciplinare per la cura dei tumori vescicali e delle vie escrettrici (visto il notevole incremento di questa patologia molte volte sottovalutata): la Bladder Unit.

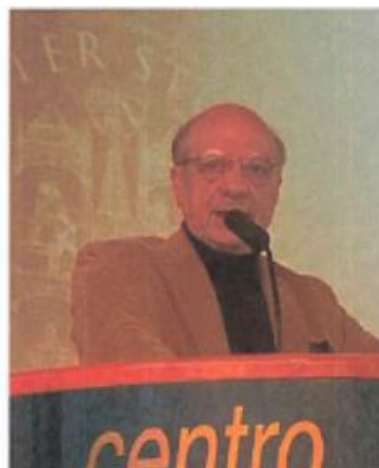
### **Prof. Eugenio Brunocilla**

Ordinario di Urologia

Direttore Struttura Complessa Di Urologia Ospedale in Sant'Orsola

Direttore della scuola di Specializzazione in Urologia Università degli

Studi di Bologna







## TRA PASSATO REMOTO E PASSATO PROSSIMO; OVVERO LA STORIA SI RIPETE.

... *“Noi continuammo a sperare per alcuni giorni. Fallì ogni tentativo di sminuire il rischio, né si poté più passarlo sotto silenzio. Anzi, fu ben presto chiaro che il contagio si era esteso ad onta di tutte le speranze di estinzione”*. Dal: *Diario dell'anno della peste (A journal of the plague year)* di Daniel Defoe 1722. Questo è un romanzo scritto quasi 100 anni dopo l'epidemia di peste che colpì Londra nel 1665. Vale la pena di rileggere il *“Diario”* perché, pur essendo così lontano, è incredibilmente simile al presente.

Il romanziere ricostruisce le tappe del contagio, i bollettini delle vittime, le strategie per sfuggire al focolaio, la mancanza di responsabilità da parte delle autorità, gli effetti economici dell'epidemia, il panico e la paura.

Le stesse analogie si riscontrano nel romanzo di Manzoni che racconta che chiunque parlasse di peste era trattato con iracundo disprezzo, anche da parte delle istituzioni... la storia si ripete, è un dato di fatto, quando *“quella calamità”*, che era la peste, spopolò Milano nel 1630 *“cominciarono ad ammalarsi, a morire persone, famiglie, di mali violenti, strani...”* e nessuno se ne curò.

Nonostante la situazione fosse abbastanza grave, il governatore di allora, Ambrogio Spinola, non volle saperne di adoperarsi per contrastare la pestilenza e disse *“sed belli graviores esse curas”*; per lui *“i problemi della guerra sono più pressanti”* e per assicurare la popolazione, il governatore ebbe anche il coraggio di emettere una *“grida”* che si proclamasse festa per la nascita del figlio del re.

Prima analogia: Il sindaco Sala proclama una festa nella città di Milan, chiamata *“Milano non si ferma”*. In questa occasione si ricorda l'aperitivo pubblico del fratello *“dotato di intelligenza fulgida”* del nostro commissario nazionale. Il risultato fu di quasi 9000 contagiati a Milano nella settimana successiva.

Ma tornando ai *“Promessi Sposi”*, i governatori e soprattutto i cittadini erano restii nel credere che la peste fosse arrivata a Milano. Inizialmente i delegati del tribunale della sanità dell'epoca si fecero convincere che quella non fosse peste, poi quando le prove cominciarono a diventare inconfutabili, si utilizzarono delle misure improvvisate, si emanarono *“bullette”* (decreti).

D'improvviso tutto cambiò, le istituzioni si svegliarono e decisero addirittura di scatenare il panico in città; durante le manifestazioni pubbliche vennero mostrati un carro pieno di cadaveri appestati cosparsi di bubboni.

Seconda analogia: le immagini agghiaccianti delle carovane dei camion dell'esercito con i feretri trasferiti verso i forni crematori di altre città, visto l'altissimo numero dei decessi.

Ritornando al *"Diario dell'anno della peste"*, Defoe, prosegue dando conto delle dimore delle vittime, sigillate con una croce rossa dipinta sulla porta di casa; *"non permettendo a nessuno di uscire, tenendo sigillate finestre, imposte e tende"*. Il narratore stesso si domandava se fosse giusto predisporre l'autoisolamento dei sani.

Terza analogia: più o meno come ha fatto il nostro governo, che da un momento all'altro ci ha chiuso in casa, emettendo un decreto al giorno che smentiva quello del giorno precedente. Ci siamo ritrovati di punto in bianco, con una pioggia di norme e restrizioni che hanno portato alla depressione più totale e con problematiche riguardanti addirittura l'approvvigionamento del cibo.

Sempre dal diario di Defoe *"Poiché non avevo da parte una quantità di provviste sufficienti per un simile isolamento, non potevamo chiuderci completamente in casa... andai a comprare due sacchi di farina...e avendo un forno preparammo pane per diverse settimane..."*

Si è tornati a fare il pane in casa e anche noi abbiamo fatto file chilometriche ai supermercati, con la ricerca a volte vana del lievito di birra!

Quarta analogia: Defoe, in merito alla trasmissione della malattia, continua dicendo *" Un uomo, che potrebbe aver contratto l'infezione senza saperlo, e si reca all'estero o altrove come persona sana, può diffondere la peste tra migliaia di persone"*. Così come oggi noi sappiamo che uno degli interrogativi del Covid-19 riguarda le persone che sono state infettate e che non hanno mai mostrato sintomi della malattia; portatori sani, purtroppo ignari, ma responsabili nel favorire il contagio della malattia.

Concludendo, seppur ritrovando molte analogie *"comportamentali"* il Confronto tra il Diario di Defoe e i Promessi Sposi di Manzoni nell'anno del Coronavirus, ci pone dinnanzi alla nostra fragilità nel riuscire a far fronte a qualsiasi calamità naturale.



Le tante voci che in questi mesi si sono avvicinate sui media, i messaggi contraddittori, le fake news da parte di una moltitudine di sedicenti immunologi, virologi, cultori della materia, la nascita di movimenti negazionistici (vera espressione di un appiattimento culturale che ha dispensato l'ignorante di istruirsi e l'imbecille di giudicarsi, dando loro la possibilità di espressione secondo un principio errato di uguaglianza), sono stati tutti elementi in grado di generare una errata percezione del problema, di minare la credibilità della scienza (dove anche quest'ultima ha evidenziato tutte le sue incertezze) e di causare comportamenti scorretti da parte dei cittadini. L'unica netta differenza è che la peste uccideva nel 70% dei casi, il virus nel 10-15%.

Di certo è che rimane immutato il fascino dell'irrazionalità della Storia nella sua ripetitività.

*Eugenio Brunocilla*



# DAL 7 MARZO 2020 TUTTO E' CAMBIATO...









---

**U.O.UROLOGIA**  
INDICE DEI CONTENUTI

---

Annuario 2019-2020

**PREFAZIONE**

**II PERSONALE**

Medico.....	19
Infermieristico .....	23
O.S.S.....	25
Amministrativo.....	26

<b>MISSION.....</b>	<b>27</b>
---------------------	-----------

<b>IRCSS POLICLINICO SANT'ORSOLA .....</b>	<b>29</b>
--	-----------

<b>CENTRO DI STUDIO E DI RICERCA MULTIDISCIPLINARE DELLE NEOPLASIE VESICALI E DELL'ALTA VIA ESCRETRICE .....</b>	<b>39</b>
--	-----------

**INNOVAZIONI TECNOLOGICHE**

La chirurgia robotica con sistema "DaVinciXi" .....	45
Progetto crioablazione del tumore renale .....	47
Biopsia prostatica con tecnica "FUSION" .....	49
Ureterorenoscopia flessibile digitale.....	50
Nuovo Laser Quanta-System.....	52

**ATTIVITA' DI RICERVA E STUDI IN CORSO**

Studio PET-PSMA.....	53
Protocollo ROMAS .....	53

Protocollo EASY-1 .....	54
Studio sviluppo realtà aumentata per chirurgia robotica .....	54
Studio intelligenza artificiale .....	55
Studio 3D modeling e 3D printing .....	56
Studio sulle terapie ablativo per il trattamento del tumore del rene e della prostata .....	59
Studio del profilo pressorio uretrale in corso di prostatectomia radicale robotica per il recupero precoce della continenza urinaria.....	60
Trattamento trimodale della neoplasia vescicale muscolo-invasiva con intento di preservazione vescicale.....	62
Trial clinico randomizzato di chemioterapia neoadiuvante vs immunoterapia perioperatoria nel tumore della vescica muscolo-invasivo (NIAGARA) .....	62

**UN PIT STOP... RIFLESSIVO** ..... 65

**ATTIVITA' ASSISTENZIALE**

Ospedale Privato Accreditato Villa Regina .....	71
Progetto Urologia a bassa complessità presso l'Ospedale di San Giovanni in Persiceto.....	73
Attività ambulatoriale .....	74
Interventi chirurgici eseguiti.....	75
Discussione dei casi clinici .....	77
Prostate cancer unit .....	78

**ATTIVITA' DIDATTICA**

Corso di laurea in Medicina e Chirurgia .....	80
Scuola di specializzazione .....	82
Dottorati di ricerca .....	89
Master di II livello in chirurgia robotica .....	90

**SAMUR** ..... 91

**ASSEGNAZIONE TITOLO DI PROFESSORE EMERITO AL  
PROF. GIUSEPPE MARTORANA..... 93**

**CONGRESSI ED EVENTI ORGANIZZATI IN SEDI**

La terapia focale del tumore prostatico e renale...	95
Prevenzione andrologica negli adolescenti del territorio bolognese .....	97
L'uomo con tumore della prostata metastatico: l'organizzazione di una rete multidisciplinare .....	98

**PARTECIPAZIONE A CONGRESSI ED EVENTI NAZIONALI  
E INTERNAZIONALI**

Laparoscopy in motion: live surgery.....	99
8 th International techno-urology meeting (TUM) .	100
Il trattamento farmacologico del tumore prostatico	101
Terapie ablative nel trattamento del carcinoma prostatico e renale .....	102
SIU .....	103
EAU Amsterdam.....	107
AUA Washington DC .....	109
Congresso IEA 2020 .....	111

**PUBBLICAZIONI ..... 113**

**COLLABORAZIONI E RUOLI EDITORIALI IN RIVISTE  
INTERNAZIONALI ..... 119**

**RASSEGNA STAMPA ..... 121**

**PAZIENTI POETI SCRIVONO ..... 133**





# IL PERSONALE

## PERSONALE MEDICO

**Direttore: Prof. Eugenio Brunocilla**

### Medici Strutturati Ospedalieri

- Dott. Andrea Angiolini
- Dott. Rinaldo Beghelli
- Dott. Alberto Benati
- Dott. Lorenzo Bianchi (anche dottorando di ricerca)
- Dott. Francesco Chessa (anche dottorando di ricerca)
- Dott. Hussam Dababneh
- Dott.ssa Caterina De Vinci (quiescente da Aprile)
- Dott. Ennio Dragoni
- Dott. Marco Giampaoli
- Dott. Michele Lo Cigno (quiescente da Febbraio)
- Dott. Antonio Martinelli (trasferito a Imola da Febbraio)
- Dott. Paolo Maver (quiescente da Maggio)
- Dott. Cristian Pultrone
- Dott. Piero Romagnoli
- Dott.ssa Martina Sofia Rossi
- Dott. Valerio Vagnoni
- Dott. Ziv Zukerman

### Medici Strutturati Universitari

- Dott. Alessandro Bertaccini
- Dott. Marco Garofalo
- Prof. Riccardo Schiavina

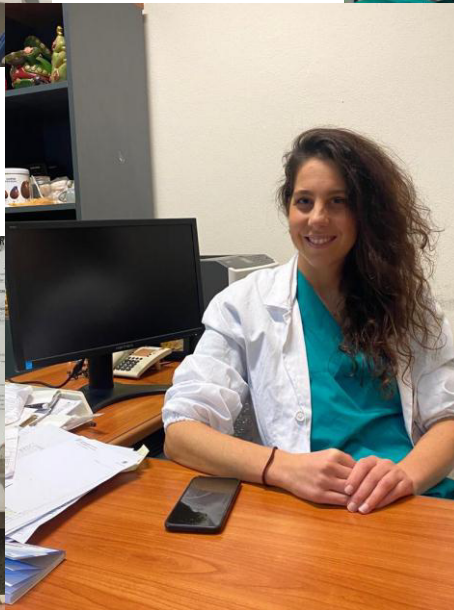
### SSD Andrologia

**Direttore: Dott. Fulvio Colombo**

- Dott. Alessandro Franceschelli
- Dott. Giorgio Gentile

Dal nuovo anno accademico abbiamo 5 nuovi medici strutturati assunti presso la Nostra U.O:

- Dott. Andrea Angiolini
- Dott. Lorenzo Bianchi
- Dott. Marco Giampaoli
- Dott.ssa Martina Sofia Rossi
- Dott. Ziv Zukerman



## Medici in formazione specialistica

- Dott.ssa Eleonora Balestrazzi
- Dott. Umberto Barbaresi
- Dott. Carlo Beretta
- Dott. Pasquale Maria Berrino
- Dott.ssa Sara Boschi
- Dott. Crescenzo Cacciapuoti
- Dott. Carlo Casablanca
- Dott. Matteo Cevenini
- Dott. Alessandro Colella
- Dott.ssa Grazia Maria Conti
- Dott. Francesco Costa
- Dott.ssa Serena Di Fresco
- Dott. Matteo Droghetti
- Dott. Amelio Ercolino
- Dott. Alberto Feruzzi
- Dott. Giuseppe Lando
- Dott.ssa Martina Masetti
- Dott.ssa Giulia Milani
- Dott. Federico Mineo Bianchi
- Dott. Enrico Molinaroli
- Dott. Angelo Mottaran
- Dott. Angelo Navarra
- Dott. Pietro Piazza
- Dott. Dario Recenti
- Dott. Carlo Roveroni
- Dott. Paolo Sadini
- Dott. Marco Salvador
- Dott.ssa Elena Tonin





## Personale dell'Unità Operativa di Anestesiologia Pad.1

**Direttrice: Prof.ssa Rita Maria Melotti**

**Responsabile: Dott.ssa Mirella Pirazzini**

- Dott.ssa Sandra Caporaloni
- Dott.ssa Maria Laura Lauretta
- Dott.ssa Valentina Lovati
- Dott.ssa Andreina Morrone
- Dott.ssa Tiziana Rosa
- Dott. Roberto Seclì
- Dott. Valter Teti
- Dott.ssa Giovanna Trentadue
- Dott. Alessio Vasarri



## Personale dell'Unità Operativa di Anestesiologia Pad.5 Sala Robotica

**Direttore: Prof. Fabio Caramelli**

- Dott.ssa Elena Attanasi
- Dott. Alberto Bartolini
- Dott.ssa Francesca Bonazzi
- Dott.ssa Antonella Cardin
- Dott.ssa Aurora Guglielmetti
- Dott.ssa Agnese Lambertini
- Dott.ssa Alessandra Monari
- Dott.ssa Ilaria Pacini
- Dott.ssa Dianella Ravagli
- Dott.ssa Roberta Sciuto
- Dott.ssa Sonia Tancredi
- Dott.ssa Claudia Tonini
- Dott.ssa Viola Valentini



## PERSONALE INFERMIERISTICO

### Personale infermieristico di reparto

#### **Coordinatrice Inf. Maddalena Ruggeri**

Inf. Luca Algeni  
Inf. Maria Arbellini  
Inf. Nunzia Ascione  
Inf. Gelsomina Audino  
Inf. Giuseppe Barillà  
Inf. Salvatore Bivona  
Inf. Rosa Carrieri  
Inf. Regina Cerrato  
Inf. Antonio Cipolletta  
Inf. Alessia Maria Coluccia  
Inf. Concetta Distefano

Inf. Fabrizio Fergnani  
Inf. Roberta Lombardi  
Inf. Silvia Martelli  
Inf. Silvia Milani  
Inf. Carmine Naldi  
Inf. Lorena Peroni  
Inf. Silvia Martelli  
Inf. Silvia Milani  
Inf. Nicoletta Pirazzini  
Inf. Jonny Valicelli  
Inf. Ornella Vicari

### Ambulatorio Urostrom

Inf. Simonetta Bracci

Inf. Adalgisa Niedda



## Personale infermieristico di sala operatoria

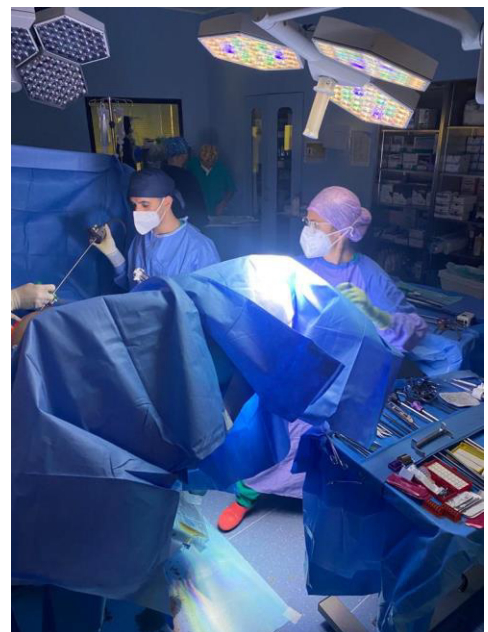
### **Coordinatrice Inf. Chiara Cenacchi**

Inf. Martina Bartoli  
Inf. Cinzia Bugamelli  
Inf. Daniela Campione  
Inf. Silvia Carlozzo  
Inf. Noemi Colangelo  
Inf. Simona Gavina  
Inf. Luminita LucicaCorb  
Inf. Gennaro Maisto  
Inf. Sara Manfrini  
Inf. Paola Marzadro  
Inf. Valentina Mattia

Inf. Alessia Petrucci  
Inf. Elisabetta Ramenghi  
Inf. Corrado Spataro  
Inf. Andrea Tiarri



Equipe Strumentisti Padiglione 5





## Personale infermieristico di ambulatorio

### **Coordinatrice Inf. Rosanna Giordano**

Inf. Giuseppina Ametrano  
Inf. Michelina Basile  
Inf. Anna Maria Bellazzecca  
Inf. Monica Deserti  
Inf. Irene Figna  
Inf. Cosiminina Fioro  
Inf. Marina Guerrini  
Inf. Monica Landuzzi  
Inf. Ambra Mazzini  
Inf. Giuseppina Molfese



## **PERSONALE O.S.S.**

### Personale O.S.S. di reparto

Sig. Roberto Amico  
Sig. Fausto Barone  
Sig.ra Bina Cozzolino  
Sig.ra Ina Cucos  
Sig. Alessandro Giacomozzi  
Sig. Gennaro Marzocca  
Sig. Stefano Rizzi  
Sig.ra Carmen Ramirez

### Personale O.S.S. di ambulatorio

Sig.ra Graziella Balboni  
Sig.ra Maria Bevilacqua  
Sig.ra Concettina Di Fante

### Personale O.S.S. di sala operatoria

Sig.ra Loretta Baccolini  
Sig.ra Marica Cerè  
Sig.ra Paola De Simone  
Sig.ra Annamaria Guarino  
Sig.ra Teresa Perrone  
Sig. Angelo Daniele Scopec

## PERSONALE AMMINISTRATIVO

### Segreteria di Direzione

Sig.ra Silvia Piazzì – Segretaria di Direzione Ospedaliera

Dott.ssa Anna Ciannameo – Segretaria di Direzione Universitaria



Da Ottobre 2018 è attivo un Ufficio Pre-ricoveri in cui collaborano infermieri e medici della nostra Unità Operativa la gestione della lista di attesa e dei pre-ricoveri dei pazienti. In una unica giornata il paziente esegue infatti tutti gli esami preoperatori, la visita chirurgica e anestesologica.



Inf. Carlo Frenna  
Inf. Maddalena Guadagno  
Inf. Antonella Grieco  
Inf. Cristina Lorenzini  
Inf. Monica Righetti  
Inf. Chiara Tropiano  
Inf. Annalisa Sitta



# MISSION

Nonostante l'esplosione della pandemia COVID-19, la Clinica Urologica di Bologna continua ad essere scenario di una progressiva crescita in ambito assistenziale e scientifico, mantenendo uno dei ruoli di prima linea per il trattamento medico e chirurgico della patologia Uro-Oncologica.

L'attività ambulatoriale si compone di 8 ambulatori quotidiani (due ambulatori divisionali, ambulatorio cistoscopia, litotrissia extracorporea, ambulatorio medicazioni, ambulatorio ecografico-bioptico, Urostrom ed ambulatorio Prostate Cancer Unit) all'interno del Policlinico S.Orsola-Malpighi. Ricordiamo inoltre l'attività multidisciplinare integrata dell'ambulatorio uro-oncologico in cui lo specialista Urologo e lo specialista Oncologo si occupano della gestione terapeutica di patologie neoplastiche e dell'ambulatorio di urolitiasi, finalizzato alla gestione della patologia litiasica reno-ureterale, con lo scopo di assicurare il miglior trattamento e la gestione post-operatoria dei pazienti già trattati. Da quest'anno abbiamo introdotto il "Centro Studio e di Ricerca multidisciplinare delle neoplasie vescicali e dell'alta via escrettrice", che si riunisce tutti i giovedì, al termine della Prostate Unit, per discutere insieme ai colleghi radiologi, oncologi e radioterapisti i casi relativi ai tumori uroteliali della vescica e delle alte vie escrettrici.

Continua inoltre l'ambito ambulatoriale "sul territorio" presso le sedi di San Lazzaro di Savena, Castenaso, Budrio, Ozzano dell'Emilia e Loiano.

Da ricordare il ruolo fondamentale della Prostate Cancer Unit, che ormai da circa 5 anni, in collaborazione con figure specialistiche come la Prof.ssa Golfieri (Radiologia), Prof. Morganti (Radioterapia), Prof. Ardizzoni (Oncologia), e la Prof.ssa D'Errico (Anatomia Patologica), grazie anche alla sua recente informatizzazione, assicura una gestione multidisciplinare efficiente della patologia neoplastica della prostata.



# IRCSS POLICLINICO SANT'ORSOLA



Il 19 Settembre 2020 è stata ufficialmente sancita la nascita dell'IRCSS Policlinico di Sant'Orsola di Bologna per due ambiti:

- L'assistenza e la ricerca nei trapianti;
- Il paziente critico e la gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche.

Sono coinvolti 551 ricercatori tra medici, biologi, tecnici e personale delle professioni sanitarie. 502 gli studi clinici che sono attivi con 22.500 pazienti arruolati.

Per la sanità dell'Emilia Romagna si conferma la capacità di integrare assistenza e ricerca e permettere di accedere a nuovi, consistenti finanziamenti. Per i pazienti con patologie molto complesse, che già oggi da tutta Italia e non solo, vengono curati in questi ospedali, significa poter contare su protocolli sperimentali e ricevere trattamenti più innovativi. Per i professionisti, sviluppare ulteriormente l'attività di ricerca anche entrando a far parte di reti internazionali.

Il riconoscimento conferma come Bologna e l'Emilia Romagna rappresentino, a partire dagli ambiti per i quali è stato ottenuto l'IRCSS, un punto di riferimento clinico-assistenziale e di ricerca a livello nazionale e non solo. All'interno del Policlinico di Sant'Orsola sono presenti numerosi funzioni e centri di riferimento ad alta complessità relativi a questi ambiti, in particolare: trapianto d'Organo (cuore, polmone, intestino isolato e multiviscerale, fegato e rene pediatrici e adulti) e di midollo; cardiocirurgia adulta e pediatrica; centro Ecmo (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation); centro di riferimento regionale per l'insufficienza intestinale cronica benigna; centro di riferimento regionale per la diagnosi e il trattamento delle malattie croniche intestinali; centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica; centro unico regionale per terapie CAR-T; nefrologia pediatrica per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica; immunogenetica e genetica molecolare.

## ATTUALI AREE DI RICERCA PROPOSTE DALL'U.O. DI UROLOGIA

L'U.O. di Urologia ha proposto tre aree di ricerca riguardanti trattamenti precoci di prevenzione e metodiche innovative di valutazione della risposta clinica in oncologia:

- Integrazione delle metodiche di imaging eco-RM (fusion biopsy) nella diagnosi precoce dei tumori solidi;
- Trattamenti chirurgici innovativi mediante modellazione 3D, realtà aumentata e intelligenza artificiale nella cura delle neoplasie prostatiche e renali;
- Chirurgia robotica integrata a metodiche di imaging avanzato e a trattamenti medici innovativi nella cura del tumore vescicale, prostatico e del testicolo.

I progetti sono:

- Sorveglianza attiva con mpMRI in pazienti affetti da neoplasia prostatica a basso rischio;
- Stratificazione del rischio di progressione a tumore infiltrante/cistectomia mediante RM multiparametrica dei pazienti affetti da tumore vescicale-Studio multicentrico VIRADS;
- Imaging avanzato mediante fusion-biopsy applicata alla RM 3T nella diagnosi precoce del tumore prostatico;
- Sviluppo e applicazione di protocolli di RM multiparametrica whole body e PET/CT con nuovi radiomarcatori nella recidiva biochimica del tumore prostatico e sviluppo di approcci terapeutici imaging-guided;
- Sviluppo di score nefrometrici con parametri di tecnologia 3D per definire la complessità dei tumori renali e predire le complicanze chirurgiche;
- Utilizzo di PET PSMA per definire le sedi di recidiva clinica/persistenza di malattia nei pazienti affetti da neoplasia prostatica e PSA dosabile (PSA persistence) dopo chirurgia per neoplasia prostatica;
- Impatto della terapia ormono-soppressiva sulla captazione della PET PSMA eseguita nei pazienti con PSA persistence dopo prostatectomia radicale per neoplasia prostatica.

### Trattamenti chirurgici innovativi mediante modellazione 3D, realtà aumentata e intelligenza artificiale nella cura delle neoplasie prostatiche e renali

Le neoplasie urologiche rappresentano il 40% di tutte le neoplasie nei due sessi. Lo sviluppo di trattamenti personalizzati consente il miglioramento dei risultati oncologici e la riduzione degli effetti collaterali, nonché il miglioramento dei risultati funzionali e della qualità di vita dei pazienti oncologici. Il progetto prevede l'esecuzione di una chirurgia robotica per il tumore renale e prostatico sulla base dei modelli 3D degli organi malati che fungono da guida intraoperatoria grazie alla realtà aumentata e all'intelligenza artificiale integrata al robot chirurgico.

Gli obiettivi globali sono:

- Sviluppo di metodiche di realtà aumentata e intelligenza artificiale

- intraoperatoria applicati alla chirurgia oncologica urologica;
- Migliorare la precisione degli interventi robotici;
- Migliorare outcomes oncologici e il recupero postoperatorio e funzionale.

I risultati attesi e misurabili nel triennio sono:

- Miglioramento del tasso di recidiva per tumore prostatico e renale dopo chirurgia robotica;
- Riduzione del tasso di radioterapia adiuvante e di salvataggio per tumore prostatico;
- Miglioramento dei tassi di continenza e potenza sessuale dopo prostatectomia robotica;
- Riduzione del tasso di conversione a nefrectomia radicale in corso di nefrectomia parziale robotica;
- Riduzione del tasso di insufficienza renale dopo chirurgia conservativa.

### Chirurgia robotica integrata a metodiche di imaging avanzato e a trattamenti medici innovativi nella cura del tumore vescicale, prostatico e del testicolo

Lo sviluppo di trattamenti chirurgici mininvasivi e di imaging avanzato per la diagnosi precoce consente il miglioramento dell'integrazione con le terapie adiuvanti e neoadiuvanti mediante approcci multimodali (chemioterapia, immunoterapia e radioterapia stereotassica) nel tumore vescicale, prostatico e testicolare.

Gli obiettivi globali sono:

- Miglioramento outcomes oncologici dei pazienti;
- Applicazione di tecnologie innovative nell'ambito della chirurgia robotica per consentire lo sviluppo di tecniche chirurgiche di elevata precisione con possibilità di massimizzare i risultati oncologici e quelli funzionali;
- Sviluppo di trattamenti multidisciplinari e multimodali con utilizzo di protocolli innovativi e terapie immunologiche mirate al trattamento del paziente affetto da neoplasie uro-oncologiche;
- Sviluppo di metodiche di diagnosi precoce per migliorare l'approccio alla recidiva e anticipare il ricorso a terapie adiuvanti nel tumore prostatico e testicolare.

I risultati attesi e misurabili nel triennio sono:

- Aumento di trattamenti personalizzati mediante la imaging-guided therapy;
- Aumento dei trattamenti integrati multimodali;
- Riduzione dell'invasività chirurgica e precoce adozione dei trattamenti adiuvanti;
- Sperimentazione di nuovi approcci farmacologici e immunoterapici nelle neoplasie uro-oncologiche.

La nascita dell'IRCSS permetterà alla nostra Unità Operativa di portare avanti il progetto di ricerca multidisciplinare sulle neoplasie vescicale e dell'alta via escrettrice. Questo si esplica nella Bladder Unit, una riunione collegiale comprendente urologi, oncologi, radiologi, anatomo-patologi e radioterapisti dove sono discussi i casi dei pazienti incontrati nella pratica clinica quotidiana. Questo permette di assicurare la terapia più efficace e personalizzata a ogni singolo paziente e rappresenta un'occasione di confronto e crescita per tutti i professionisti coinvolti.

All'inaugurazione dell'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola sono intervenuti: Pierpaolo Sileri, vice Ministro della Salute, Giuliano Barigazzi, Presidente della Conferenza territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna, Paolo Bordon, Direttore Generale Azienda USL di Bologna, Raffaele Donini, Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, Chiara Gibertoni, Direttore Generale Policlinico di S.Orsola, Maria Novella Luciani, Direttore Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità-Ministero della Salute.

**POLICLINICO DI SANT'ORSOLA** | **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA** | **ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

**La Ricerca della Salute**  
*Scientia, Humanitas, Pietas*

**Trapianti**  
**IRCCS**  
**Oncologia**

**Sabato, 19 settembre 2020**

**9.30 PRESENTAZIONE DELL'IRCCS POLICLINICO DI S. ORSOLA**  
Aula Magna padiglione 5 e in diretta video aula Viola, padiglione 11

**Introduce**  
**Chiara Gibertoni** Direttore Generale IRCCS Policlinico di S. Orsola

**Saluti**  
**Virginio Merola** Sindaco di Bologna  
**Raffaele Donini** Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna  
**Giuliano Barigazzi** Presidente della Conferenza territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna  
**Paolo Bordon** Direttore Generale Azienda USL di Bologna

**Interventi**  
**Maria Novella Luciani** Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità - Ministero della Salute  
**Francesco Ubertini** Magnifico Rettore Università di Bologna  
**Stefano Bonaccini** Presidente della Regione Emilia - Romagna  
**Pierpaolo Sileri** Viceministro della Salute

**14.30 SCIENTIA, HUMANITAS, PIETAS**  
Aula Magna di Santa Lucia, via Castiglione, 23 - Bologna

**Franco Locatelli** Presidente del Consiglio Superiore di Sanità  
**Ivano Dionigi** Presidente della Pontificia Accademia di Latinità  
**Matteo Maria Zuppi** Cardinale e Arcivescovo metropolitano di Bologna

**Introduce**  
**Francesco Taroni** Professore di Medicina Sociale - Università di Bologna





Chiara Gibertoni  
Direttrice Generale Policlinico di S. Orsola

Stefano Bonaccini  
Presidente della Regione Emilia-Romagna





Prof. Francesco Ubertini  
Magnifico Rettore dell'Alma Mater Studiorum di Bologna



Durante l'evento pomeridiano nell'Aula Magna di Santa Lucia, introdotti dal Prof. Francesco Taroni, sono intervenuti: Franco Locatelli, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità, Ivano Dionigi, Presidente della Pontificia Accademia di Latinità, Matteo Maria Zuppi, Cardinale e Arcivescovo metropolitano di Bologna.



3. Nella fase attuativa, il MUR può valutare la rimodulazione delle attività progettuali ai sensi dell'art. 14 del decreto ministeriale n. 593/2016 e relative linee guida e procedure operative, senza modificare la data entro la quale dovranno essere concluse e rendicontate le attività e i costi di progetto.

#### Art. 4.

1. Nei casi di concessione delle anticipazioni nella misura massima del 50% dell'importo agevolato di cui all'art. 3, comma 1, del presente decreto direttoriale, ove richieste dal soggetto beneficiario, le stesse dovranno essere garantite nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2, dell'avviso.

2. Il soggetto beneficiario si impegnerà a fornire dettagliate rendicontazioni ai sensi dell'art. 16 del decreto ministeriale n. 593 del 2016, oltre alla relazione conclusiva del progetto, obbligandosi, altresì, alla restituzione di eventuali importi che risultassero non ammissibili in sede di verifica finale, nonché di economie di progetto.

3. Il MUR, laddove ne ravvisi la necessità, potrà procedere, nei confronti del soggetto beneficiario alla revoca delle agevolazioni, con contestuale recupero delle somme erogate anche attraverso il fermo amministrativo, a salvaguardia dell'eventuale compensazione con le somme maturate su altri progetti finanziati o ad altro titolo presso questa o altra pubblica amministrazione.

#### Art. 5.

1. Il presente decreto direttoriale di concessione delle agevolazioni, opportunamente registrato dai competenti organi di controllo e corredato degli allegati scheda del progetto ammesso al finanziamento con dettaglio analitico dei costi ammessi e delle agevolazioni concesse per ciascun beneficiario, capitolato tecnico, disciplinare di concessione delle agevolazioni e Codici unici di progetto e Codici concessione RNA - COR, contenente le regole e le modalità per la corretta gestione delle attività contrattuali e le eventuali condizioni cui subordinare l'efficacia del provvedimento, che ne costituiscono parte integrante, è trasmesso al soggetto capofila del partenariato pubblico privato per la successiva formale accettazione, ai sensi dell'art. 13 del decreto ministeriale n. 593 del 2016.

2. Il perfezionamento delle procedure contrattuali è subordinato per il soggetto beneficiario Ambiente S.p.a. al rilascio di idonea garanzia fideiussoria o assicurativa ai sensi dell'art. 10, comma 1, del decreto ministeriale n. 593/2016, come da allegato 1 al presente decreto.

3. L'avvio delle attività di rendicontazione resta subordinata alla conclusione delle procedure di accettazione conseguenti all'adozione del presente decreto.

4. Per tutto quanto non previsto dal presente decreto e dall'allegato disciplinare, si fa rinvio alle disposizioni di legge e regolamentari, nazionali e dell'Unione europea citati in premessa.

L'entrata in vigore del presente decreto è subordinata all'approvazione dei competenti organi di controllo, ai sensi delle vigenti disposizioni, e agli obblighi di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 8 ottobre 2020

*Il direttore generale:* DI FELICE

Registrato alla Corte dei conti il 16 ottobre 2020  
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero dei beni e delle attività culturali, del Ministero della salute, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, reg. n. 2018

#### AVVERTENZA:

Gli allegati dei decreti relativi all'avviso in oggetto, non soggetti alla tutela della riservatezza dei dati personali, sono stati resi noti all'interno del seguente link:

sito MIUR: <https://www.miur.gov.it/web/guest/normativa>

20A05786

## MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 19 settembre 2020.

**Riconoscimento del carattere scientifico dell'«Azienda ospedaliero-universitaria» di Bologna, nelle discipline di «assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente clinico» e «gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche».**

### IL VICE MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e successive modificazioni, concernente il riordino della disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (di seguito IRCCS) e, in particolare, l'art. 13, che riserva la possibilità ai policlinici, in cui insiste la prevalenza del corso formativo della facoltà di medicina e chirurgia, di essere riconosciuti per due discipline purché tra loro complementari e integrate e che stabilisce i requisiti necessari ai fini del riconoscimento del carattere scientifico dei medesimi istituti;

Visto il decreto del Ministro della salute 14 marzo 2013, come modificato dal decreto del Ministro della salute 5 febbraio 2015, che individua la documentazione necessaria per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico degli IRCCS, ai sensi dell'art. 14, comma 1, del richiamato decreto legislativo;

Vista la nota PEC n. PG/2019/486553 del 24 maggio 2019 con la quale la Regione Emilia-Romagna ha trasmesso, ai sensi dell'art. 14 del decreto legislativo n. 288/2003 e successive modifiche ed integrazioni, l'istanza presentata dalla Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, sede del corso di laurea di medicina e chirurgia dell'Università di Bologna, di riconoscimento quale IRCCS nelle discipline di «assistenza e ricerca nel paziente critico ad alta complessità biomedica».



e tecnologica e nei trapianti) e «diagnostica innovativa e terapie miste in ambito interventistico con particolare riferimento al paziente immunodepresso», unitamente, tra l'altro, alla deliberazione di Giunta Regionale n. 694 del 6 maggio 2019 che attesta la coerenza della suddetta richiesta di riconoscimento scientifico con la programmazione sanitaria regionale;

Considerato che tra le strutture oggetto del riconoscimento sono indicate anche alcune unità operative dell'Azienda USL di Bologna collocate presso l'Ospedale Maggiore di Bologna ed, in particolare, l'Unità operativa «Chirurgia A e d'urgenza» e l'Unità operativa «Chirurgia Toracica»;

Vista la nota n. 3286 del 25 luglio 2019 indirizzata alla Regione Emilia-Romagna e, per conoscenza, alla Direzione generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola e alla Direzione generale dell'Azienda USL di Bologna, con la quale la competente Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità ha rappresentato la necessità di acquisire ulteriori chiarimenti sia in relazione alla definizione delle discipline sia in relazione alle strutture del Policlinico S. Orsola interessate al riconoscimento;

Considerato che con la predetta nota è stato inoltre richiesto di integrare la documentazione già presentata con i dati di attività dell'anno 2018 e, altresì, precisato che l'iter per il riconoscimento scientifico esteso anche alle citate strutture chirurgiche dislocate presso l'Ospedale Maggiore dell'Azienda USL di Bologna avrebbe potuto avere corso a condizione che la titolarità delle stesse fosse stata trasferita all'Azienda ospedaliero-universitaria;

Viste le note PEC n. PG/2019/678476 del 6 settembre 2019 e n. PG/2019/898427 del 9 dicembre 2019 con le quali la Regione Emilia-Romagna ha trasmesso, ai fini del superamento delle criticità riscontrate, la nuova istanza di riconoscimento scientifico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, codice fiscale 92038610371, nelle discipline di «assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente clinico» e «gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche», corredata degli ulteriori aggiornamenti della documentazione necessaria per il riconoscimento, unitamente alla delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 2068 del 18 novembre 2019 che attesta la coerenza della richiesta di riconoscimento con la programmazione sanitaria regionale;

Vista la nota n. 5192 del 19 febbraio 2020 con la quale l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna ha trasmesso la propria delibera n. 47 del 19 febbraio 2020 e la delibera n. 47 del 19 febbraio 2020 dell'Azienda USL di Bologna, ambedue aventi in oggetto «Presenza d'atto dell'accordo per il trasferimento delle attività e funzioni svolte dalle UUOO «Chirurgia A e d'urgenza» e «Chirurgia toracica» dell'Azienda USL all'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna», con le quali è stato definito l'accordo per il trasferimento delle Unità operative di «Chirurgia A e d'urgenza» e di «Chirurgia toracica» dell'Azienda USL alla Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna;

Vista la relazione riguardante la *site-visit* effettuata presso l'Azienda ospedaliero-universitaria e presso le citate unità di chirurgia collocate nell'Ospedale Maggiore di Bologna in data 19 dicembre 2019 dagli esperti della Commissione di valutazione nominata con decreto ministeriale 19 novembre 2019;

Accertata la sussistenza dei requisiti previsti dall'art. 13, comma 3, lettere da *a*) ad *h*), del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e successive modificazioni;

Visto il parere favorevole reso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 18 giugno 2020 (rep. atti 87/CSR);

Vista la nota prot. n. 0606142.U del 18 settembre 2020 con la quale il Presidente della Regione Emilia-Romagna ha espresso la propria formale intesa ai fini dell'adozione del provvedimento di riconoscimento del carattere scientifico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna nelle discipline di «assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente clinico» e «gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 agosto 2020, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* Serie generale del 25 agosto 2020, n. 211, recante l'attribuzione del titolo di Vice Ministro al sen. prof. Pierpaolo Sileri;

Decreta:

Art. 1.

1. È riconosciuto il carattere scientifico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, con sede legale in Bologna, via Albertoni n. 15, e sedi assistenziali e di ricerca in via Albertoni n. 15, via Massarenti n. 9, via Palagi n. 9, incluse le unità operative «Chirurgia A e d'urgenza» e «Chirurgia toracica», dislocate presso l'Ospedale Maggiore di Bologna in via Nigrisoli n. 2, le cui funzioni e attività sono state trasferite dall'Azienda USL di Bologna all'Azienda ospedaliero-universitaria, nelle discipline di «assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente clinico» e «gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche».

2. Il riconoscimento è soggetto a revisione, ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e successive modifiche ed integrazioni, all'esito dell'invio dei dati aggiornati circa il possesso dei requisiti e della documentazione necessaria ai fini della conferma.

Roma, 19 settembre 2020

Il Vice Ministro: SILERI

20A05818





# **CENTRO DI STUDIO E DI RICERCA MULTIDISCIPLINARE DELLE NEOPLASIE VESCICALI E DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE**



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

## **Centro di studio e di ricerca multidisciplinare delle neoplasie vescicali e dell'alta via escrettrice**

**Dipartimento di Medicina Specialistica e Sperimentale**

**U.O. di Urologia complessa**

**Dir. Prof. E. Brunocilla**

### **Direttore**

**Prof. Eugenio Brunocilla**, Prof. Ordinario di Urologia, Direttore Clinica urologica di Bologna, U.O. Urologia, Az. Osp. Univ. S. Orsola Malpighi

### **Responsabile scientifico**

**Prof. R. Schiavina**, Professore associato di Urologia, DIMES

### **Componenti del Centro di Studio e di Ricerca Multidisciplinare**

Dott. Francesco Chessa, Dirigente Medico di Primo Livello e Dottorando Scienze Cardio Toraco Nefro Toraciche

Dott. Lorenzo Bianchi, Dirigente Medico di Primo Livello e Dottorando Scienze Cardio Toraco Nefro Toraciche

Dott. Amelio Ercolino, Specializzando in Urologia, DIMES

Prof. Andrea Ardizzoni, Prof Ordinario di Oncologia Medica, DIMES

Prof.ssa Rita Golfieri, Direttrice dell'U.O. di Radiologia e Prof.ssa Associata di Radiodiagnostica, DIMES

Prof.ssa Antonietta D'Errico, Direttrice dell'U.O. di Anatomia Patologica e Prof.ssa Ordinaria Anatomia e Istologia Patologica, DIMES

Prof. Alessio Morganti, Direttore dell'U.O. di Radioterapia e Prof. Ordinario Di Radioterapia, DIMES

Prof. Stefano Fanti, Direttore dell'U.O. di Medicina Nucleare e Prof. Ordinario Medicina Nucleare DIMES



Il tumore della vescica e dell'alta via escrettrice rappresentano, nei due sessi, il quinto tumore per incidenza. Ogni anno, in Italia, vengono diagnosticati oltre 28000 nuovi casi, di cui il 25% esordisce in forma infiltrante o localmente avanzata, con necessità di interventi terapeutici invasivi e talvolta invalidanti, condizionando negativamente la prognosi del paziente.

La chemioterapia peri-operatoria si è dimostrata efficace nel migliorare la sopravvivenza dei pazienti sottoposti a cistectomia radicale, tuttavia la sua diffusione è limitata dalla scarsa acquiescenza dei pazienti spesso anziani, con numerose co-morbilità e dal suo limitato tasso di risposta. L'immunoterapia sta emergendo come evoluzione della chemioterapia standard anche se, ad oggi, il suo utilizzo è circoscritto all'interno di trial clinici.

Secondo gli ultimi dati AGENAS, l'urologia universitaria del Sant'Orsola è centro di riferimento nazionale nel trattamento del tumore vescicale infiltrante, risultando terzo centro per numero di cistectomie eseguite nel territorio nazionale. Il Sant'Orsola è l'unico centro in Emilia-Romagna che offre da un anno, a pazienti selezionati ed affetti da neoplasia vescicale infiltrante, la possibilità di essere sottoposto ad un intervento chirurgico standard a cielo aperto, mini-invasivo per via laparoscopica robot-assistita o "organ sparing" grazie al protocollo tri-modale in cui l'urologo opera in sinergia con oncologo e radioterapista.

Alla luce dei nuovi protocolli di chemio-immunoterapia, in considerazione della complessità clinica dei pazienti affetti da neoplasia uroteliale, visto anche l'invecchiamento generale della popolazione e della necessità di offrire al paziente la migliore cura possibile, sempre aderente alle linee guida internazionali, è necessaria la condivisione del percorso terapeutico tra le varie specialità coinvolte: urologi, oncologi, radioterapisti, radiologi e patologi.

Il trattamento ottimale dei pazienti affetti da neoplasia vescicale e dell'alta via escrettrice non può prescindere da un approccio multidisciplinare il cui intento è quello di assicurare la terapia più efficace e personalizzata ad ogni singolo paziente, garantendo così standard di cura ottimali a tutta la collettività.

Il giovedì mattina, dopo la discussione dei casi clinici della "Prostate Unit", è nato il progetto "Centro studio e di ricerca multidisciplinare delle neoplasie vescicali e dell'alta via escrettrice", un meeting multidisciplinare con radiologi, anatomopatologi, oncologici e radioterapisti; in tale occasione vengono discussi i casi clinici più complessi di ambito urologico al fine di stabilire il corretto iter diagnostico-terapeutico. Durante la discussione dei casi si valutano gli esami istologici, le immagini radiologiche e gli esami ematici per stabilire un'eventuale idoneità a trattamenti chemioterapici neo-adiuvanti in previsione di un intervento chirurgico di cistectomia radicale e si affronta una lettura critica dei dati più recenti della letteratura scientifica.

## PROGETTI CLINICI IN CORSO IN UROLOGIA PER IRCCS 2021

1. Studio prospettico per valutazione outcomes oncologici e funzionali dell'applicazione di tecnologia robotica per interventi di cistectomia radicale con derivazione urinaria intracorporea per neoplasia vescicale
2. Protocollo di FAST track per recupero funzionale postoperatorio precoce dei pazienti sottoposti a cistectomia radicale: open vs robotica
3. Chirurgia renale conservativa con approccio robotico per il trattamento delle masse renali a sviluppo intrarenale
4. Applicazione di terapie ablative percutanee con radiofrequenza e crioblazione nei pazienti con diagnosi di tumore renale non candidabili a intervento chirurgico
5. Applicazione di modelli virtuali 3D per lo studio anatomico delle neoplasie renali in pazienti affetti da tumore renale candidati a chirurgia renale conservativa per migliorare gli outcomes funzionali della nefrectomia parziale
6. Sviluppo di score nefrometrici con parametri di tecnologia 3D per definire la complessità dei tumori renali e predire le complicanze chirurgiche
7. Studio osservazionale di sorveglianza attiva e radioterapia di salvataggio precoce nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale per neoplasia prostatica ad alto rischio di recidiva
8. Studio prospettico randomizzato per pazienti affetti da neoplasia prostatica a basso rischio e arruolati in protocollo di sorveglianza attiva con utilizzo di risonanza magnetica multiparametrica dopo 3 mesi di arruolamento per definire il tasso di riclassificazione precoce della neoplasia prostatica
9. Studio prospettico per sviluppare la tecnologia di realtà aumentata di modelli 3D per guidare l'intervento di prostatectomia radicale robotica e consentire una riduzione dei margini chirurgici positivi
10. Studio prospettico per sviluppare la tecnologia di realtà aumentata di modelli 3D per guidare l'intervento di nefrectomia parziale robotica e consentire un maggior utilizzo di clampaggio arterioso selettivo e migliori outcomes chirurgici
11. Studio prospettico per sviluppare la tecnologia di intelligenza artificiale applicata alla realtà aumentata di modelli 3D per guidare l'intervento di prostatectomia radicale robotica (confinanziamento Intuitive e partecipazione a Bando Regione Emilia Romagna)

12. Studio prospettico per sviluppare la tecnologia di intelligenza artificiale applicata alla realtà aumentata di modelli 3D per guidare l'intervento di nefrectomia radicale robotica (confinanziamento Intuitive e partecipazione a Bando Regione Emilia Romagna)
13. Studio prospettico per valutare il trattamento radicale (chirurgico o radioterapico) del tumore prostatico primitivo associato a terapia multimodale sistemica nei pazienti affetti da neoplasia prostatica oligometastatica
14. Valutazione esterna di nomogramma per predire il risultato positivo di PET PSMA nei pazienti affetti da neoplasia prostatica con recidiva biochimica
15. Studio per definire l'impatto della PET-PSMA su intention to treat nei pazienti con recidiva biochimica dopo prostatectomia radicale per neoplasia prostatica e l'impatto delle terapie target PSMA guidate sugli outcomes oncologici lungo termine
16. Utilizzo di PET-PSMA per definire le sedi di recidiva clinica/persistenza di malattia nei pazienti affetti da neoplasia prostatica e PSA dosabile (PSA persistence) dopo chirurgia per neoplasia prostatica
17. Impatto della terapia ormono-soppressiva sulla captazione della PET PSMA eseguita nei pazienti con PSA persistence dopo prostatectomia radicale per neoplasia prostatica
18. Impatto della risonanza magnetica multiparametrica per valutare l'infiltrazione muscolare nei pazienti con prima diagnosi di neoplasia vescicale (Studio multicentrico VIRADS)
19. Studio della terapia trimodale (TURB + Radioterapia + Chemioterapia) nei pazienti con diagnosi di neoplasia vescicale muscolo invasiva non candidabili a chirurgia
20. Studio prospettico randomizzato NIAGARA per valutare outcomes oncologici nei pazienti con diagnosi di neoplasia vescicale muscolo invasiva candidati a chemioterapia neoadiuvante vs immunoterapia+chemioterapia neoadiuvante prima della cistectomia radicale
21. Studio prospettico per la caratterizzazione del microbioma urinario in pazienti sani e affetti dalla sindrome del dolore pelvico cronico (prostatiti croniche di classe III e sindrome del dolore vescicale/cistite interstiziale) e l'identificazione del ruolo del microbioma nella patogenesi delle suddette patologie
22. Studio prospettico per valutare la detection rate delle biopsie prostatiche targeted FUSION per la diagnosi di neoplasie prostatiche clinicamente

significative

23. Studio retrospettivo per valutare l'impatto dei parametri ADC delle index lesion su risonanza magnetica multiparametrica per predire la presenza di neoplasia prostatica clinicamente significativa in corso di biopsie prostatiche targeted FUSION e dopo intervento di prostatectomia radicale
24. Studio retrospettivo per valutare l'impatto dei parametri ADC della risonanza magnetica multiparametrica per predire la presenza di neoplasia prostatica con pattern cribriforme alla biopsia prostatica targeted FUSION e sullo specimen di prostatectomia radicale
25. Impatto della risonanza magnetica multiparametrica per la diagnosi di recidiva locale dopo prostatectomia radicale in pazienti con recidiva biochimica di neoplasia prostatica
26. Impatto dell'esperienza di centro di riferimento radiologico e uro-radiologico dedicato nella diagnosi di neoplasia prostatica clinicamente significativa attraverso risonanza magnetica multiparametrica
27. Impatto del mapping prostatico concomitante eseguito nella stessa sede dei prelievi targeted FUSION in corso di biopsia prostatica nei pazienti con sospetto clinico di neoplasia prostatica
28. Applicazione della chirurgia robotica per migliorare gli outcomes oncologici e funzionali dei pazienti sottoposti a exeresi di massa retroperitoneale residua dopo chemioterapia nei pazienti affetti da neoplasia testicolare della linea germinale
29. Studio di energia a ultrasuoni (HIFU) per il trattamento delle neoplasie prostatiche a basso rischio e rischio intermedio
30. Studio osservazionale del profilo pressorio uretrale durante i singoli steps della prostatectomia radicale robotica eseguita in pazienti affetti da neoplasia prostatica per valutare l'impatto dei singoli steps della prostatectomia radicale sui valori del profilo pressorio uretrale a livello del complesso sfinterico e valutare i predittori di recupero precoce della continenza urinaria (Finanziamento Fondazione Del Monte)
31. Valutazione dell'espressione del PSM mediante correlazione tra dati di imaging (PET PSMA preoperatoria) e specimen chirurgico con immunoistochimica eseguito su specimen chirurgico di prostatectomia radicale e linfadenectomia pelvica nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con linfadenectomia pelvica per neoplasia prostatica ed evidenza di linfonodi metastatici all'esame istologico definitivo (Collaborazione con medicina Nucleare e Anatomia Patologica e partecipazione a Bando Regione Emilia Romagna)





# INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

## CHIRURGIA ROBOTICA CON SISTEMA "DA VINCI Xi"



La tecnica robotica all'interno del Policlinico Sant'Orsola è stata introdotta dal Gennaio 2015: da allora sono stati eseguiti oltre 2000 interventi urologici con questa tecnica (prostatectomie radicali, nefrectomie parziali complesse e plastiche del giunto pielo-ureterale).

Il percorso "Cistectomia Radicale Robotica" con confezionamento di neovesiciche ileali totalmente intracorporee è iniziato dal Gennaio 2018; tale progetto mira ad una riduzione dei tempi di degenza e delle complicanze postoperatorie.



Da settembre 2019 fino a Dicembre 2019 al fine di ridurre i tempi di attesa per prostatectomia radicale robot-assistita nell'area metropolitana di Bologna, il Policlinico Sant'Orsola ha acquisito temporaneamente un ulteriore robot (Da Vinci X®) dedicato esclusivamente all'attività urologica, il quale è stato ubicato presso Il Blocco Operatorio di Urologia del Padiglione 1. In poco più di tre mesi sono stati eseguiti ben 89 interventi di chirurgia robotica.



**Robot Da Vinci X (Pad.1)**



**Robot Da Vinci Xi (Pad.5)**



## PROGETTO CRIOABLAZIONE DEL TUMORE RENALE

L'incidenza del carcinoma renale è cresciuta durante gli ultimi anni grazie alla diffusione di tecniche di imaging addominale come ecografia, TC e RMN. Questo ha permesso di riscontrare un maggior numero di masse renali organo-confinate e non sintomatiche.

La cosiddetta "stage migration" ovvero il riscontro di tumori renali di basso stadio (stadio clinico T1) inoltre, ha permesso lo sviluppo di tecniche che consentono di risparmiare il parenchima renale sano circostante la lesione renale.

Nell'ambito di queste tecniche la nefrectomia parziale, secondo le linee guida Europee, rappresenta a tutt'oggi lo standard di cura per i tumori renali di stadio T1a e T1b. Il potenziale danno sulla funzione renale secondaria alla resezione di parenchima renale sano circostante la lesione e il danno ischemico in corso di chirurgia, oltre alle potenziali complicanze intra e postoperatorie, tuttavia limitano l'indicazione alla nefrectomia parziale nei pazienti anziani e con multiple comorbidità ad elevato rischio chirurgico che tuttavia potrebbero beneficiare di un trattamento ablativo percutaneo.

Le stesse linee guida europee per questi motivi hanno recentemente incluso diverse tecniche ablativo percutanee (tra le più diffuse la crioblazione e l'ablazione a radiofrequenza) come valide alternative alla chirurgia conservativa del rene per il trattamento delle piccole masse renali di stadio clinico T1a (<4cm).

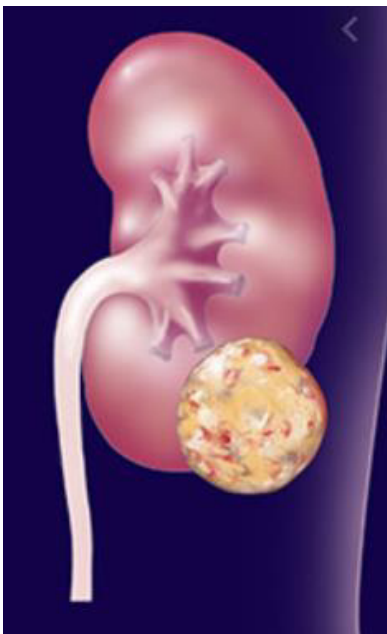
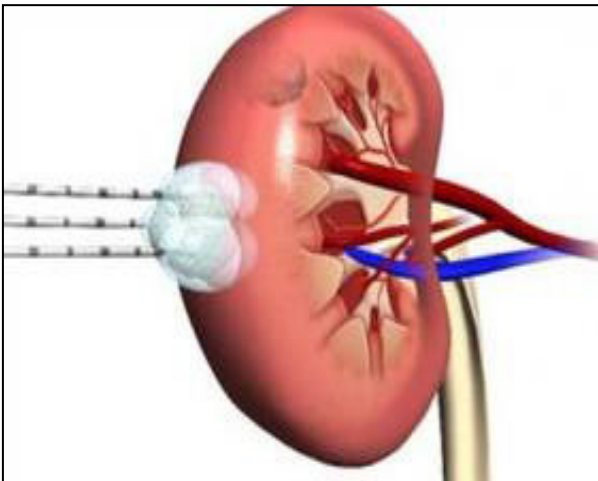
Le tecniche ablativo hanno dimostrato una riduzione della morbidità, dell'ospedalizzazione, del sanguinamento, una miglior preservazione della funzione renale specialmente in pazienti anziani, non candidabili alla chirurgia. Una recente review ha documentato un tasso di complicanze per le tecniche ablativo tra l'8% e il 20% e la maggior parte sono risultate complicanze minori. Infine, i tassi di complicanze maggiori (ematomi, ematuria, pneumotorace, lesioni vascolari ed intestinali, necrosi dei tessuti circostanti la sede del trattamento), definite come di grado Clavien almeno 3, rimangono bassi sia per la crioblazione laparoscopica sia per la crioblazione percutanea variando tra 0-9%.

Per quanto riguarda l'aspetto oncologico, recenti studi hanno inoltre mostrato tassi di recidiva sistemica e locale e mortalità cancro specifica comparabili tra nefrectomia parziale e tecniche ablativo, a fronte di un tasso di mortalità globale più alto nei pazienti trattati con tecniche ablativo, principalmente dovuto all'inclusione in questo gruppo di pazienti più anziani e con peggior performance status a maggior rischio di mortalità di altre cause. Infine, nella nostra esperienza abbiamo notato tassi di recidive locali e sistemiche paragonabili tra la Crioblazione e la nefrectomia parziale nei pazienti con diagnosi istologica di tumore renale non a cellule chiare e per masse renali inferiori a 2 cm.



Di qui l'importanza dei criteri di selezione (tumori di stadio clinico T1a, idealmente inferiore a 3 cm) e l'importanza di eseguire una biopsia percutanea della lesione prima della procedura ablativa per consentire il trattamento solo nei pazienti con tumore renale confermato all'esame istologico o biopsia renale con esito non diagnostico.

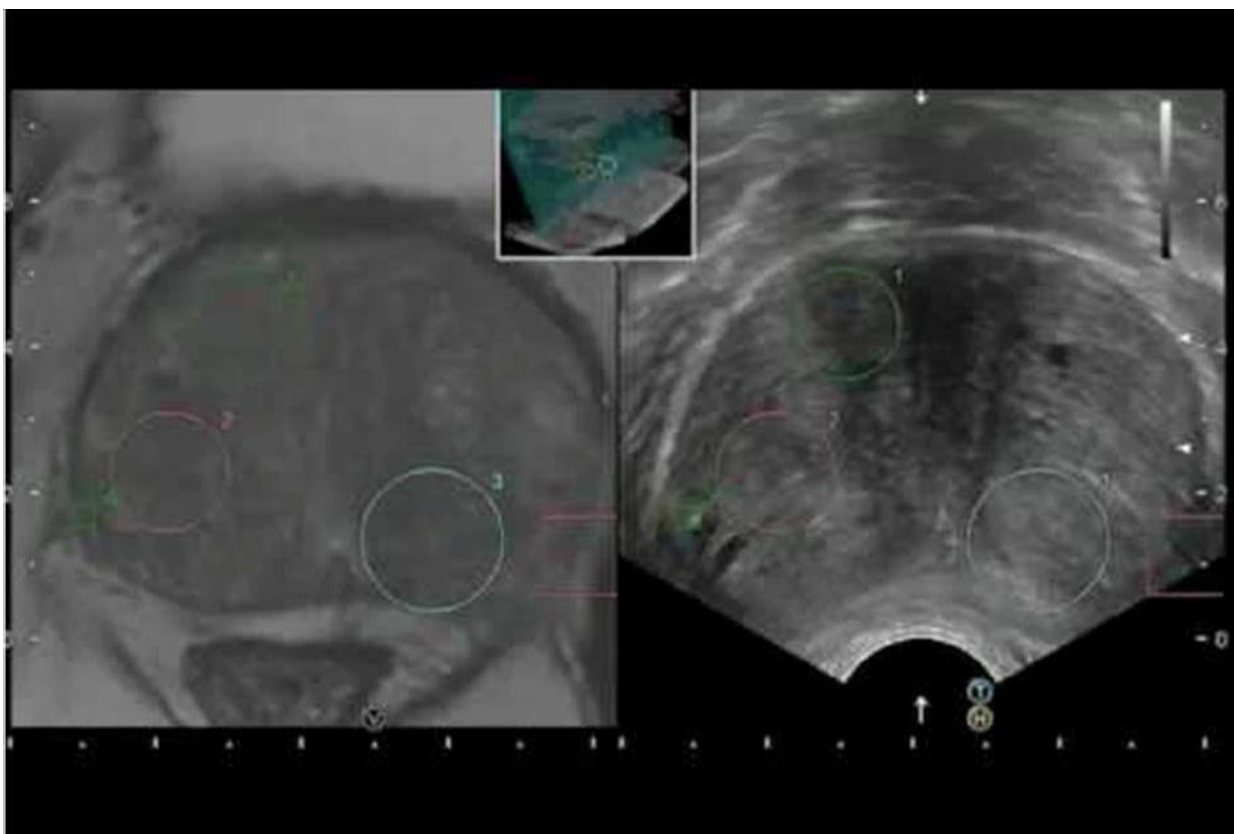
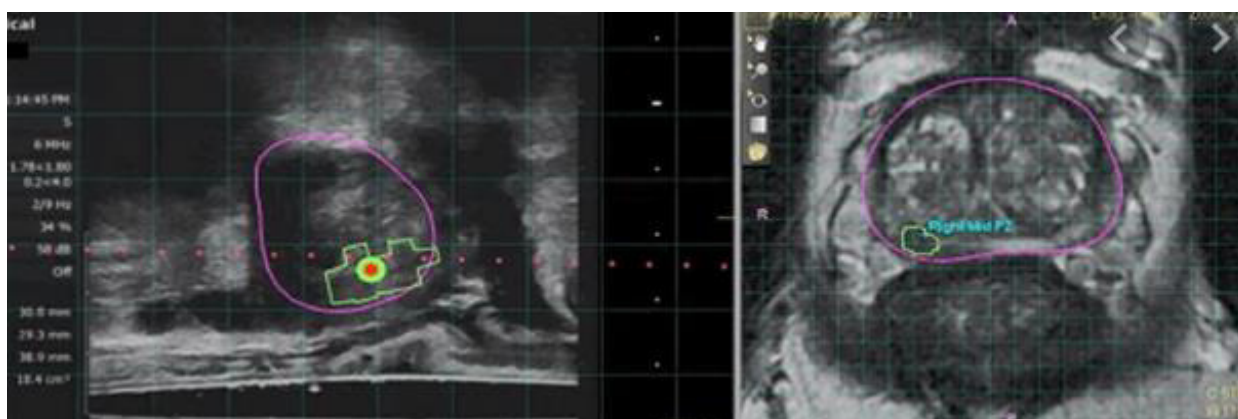
Da qualche mese stiamo lavorando insieme all'U.O. Radiologia Golfieri per l'esecuzione di biopsie renali ECO/TC guidate eseguite in regime di Day Hospital.



## BIOPSIA PROSTATICA CON TECNICA "FUSION"

Nella nostra Unità Operativa disponiamo della possibilità di eseguire le biopsie prostatiche con la tecnica FUSION, modalità che si basa sulla sovrapposizione di immagini acquisite precedentemente mediante risonanza magnetica multiparametrica (mpMRI) alle immagini ecografiche real-time, consentendo di mirare con maggiore precisione le eventuali aree sospette segnalate alla mpMRI.

Questo permette l'identificazione di un maggior numero di neoplasie clinicamente significative in stadio iniziale e al contempo la riduzione del numero di prelievi biopistici eseguiti e di conseguenza le complicanze correlate al template.





## **URETERORENOSCOPIA FLESSIBILE DIGITALE**

Presso la nostra Unità Operativa vengono eseguiti numerosi interventi endoscopici sia in elezione che in regime di urgenza e l'ureterorenoscopia è uno strumento molto utilizzato. L'ureteroscopia flessibile, in particolare, trova numerose indicazioni nell'esecuzione di ureterorenoscopia e litotrissia o litolapassi (RIRS), ablazione di neoplasie dell'alta via escretrice, incisione di stenosi del giunto pieloureterale o di stenosi di infundibuli caliceali.

La maggior parte degli ureteroscopi flessibili sono costruiti con un solo canale che serve sia come canale operativo dove vengono inseriti gli strumenti, sia come canale di irrigazione, al fine di poter conservare il loro diametro ridotto. Ciò determina una riduzione del flusso di irrigazione e quindi di visibilità quando vengono inseriti strumenti come la fibra laser o il cestello. Gli strumenti accessori provocano una riduzione della deflessione dello strumento e quindi una difficoltà a raggiungere cavità renali molto angolate; inoltre tali strumenti riducono l'irrigazione durante la procedura. L'introduzione in commercio di fibre laser e di cestelli di calibro minore ha permesso nel tempo di sfruttare al meglio le caratteristiche dell'ureteroscopia flessibile e quindi di essere maggiormente efficaci.

L'estremità distale degli ureteroscopi viene costruita in modo tale da permettere sia una deflessione attiva, attraverso l'utilizzo di una leva posta all'estremità prossimale, sia una deflessione passiva, ossia una ulteriore flessione della punta spingendo manualmente contro una superficie a strumento flesso. In questo modo possono essere raggiunte tutte le cavità renali che presentano situazioni anatomiche sfavorevoli.

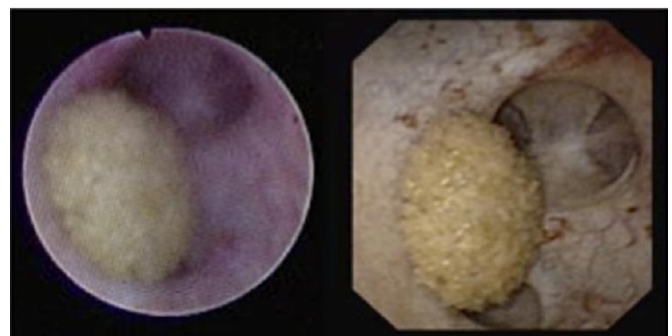
Caratteristiche sfavorevoli degli strumenti flessibili classici sono la loro delicatezza e soprattutto il loro costo elevato. Devono essere quindi utilizzati con grande attenzione e si devono prendere accorgimenti tecnici in grado di proteggerli per evitare frequenti danni con impatto economico negativo.

L'ureterorenoscopia digitale flessibile monouso che stiamo utilizzando da alcuni mesi presso la nostra Clinica cerca di superare queste problematiche sommando tutti i vantaggi derivanti dalla ureterorenoscopia flessibile classica. Tra i vantaggi si annoverano l'assenza del degrado delle prestazioni nel tempo e di costi di riparazione, nessun ritardo di utilizzo dovuto ai tempi di sterilizzazione, nessun rischio di contaminazione crociata tra i diversi pazienti.

L'ureteroscopia digitale flessibile è inoltre dotata di un sensore digitale in punta (video-ureteroscopia o 'chip on a stick) e può essere utilizzato con il monitor dedicato o con il monitor già presente in sala operatoria. L'ureteroscopia digitale flessibile, in uso presso la nostra Unità Operativa, con doppia deflessione a 270° consente un'eccellente visibilità full HD e accessibilità per trattare una varietà di condizioni urologiche, mentre la maniglia leggera ed ergonomica con due pulsanti per il bilanciamento del bianco, l'acquisizione di

immagini/video, il congelamento e lo zoom delle immagini aiuta a ridurre l'affaticamento durante la seduta operatoria. La procedura risulta pertanto più rapida, più sicura e con una percentuale più alta di stone free rate nel trattamento della calcolosi reno-ureterale.

L'ureteroscopio flessibile digitale trova anche altre applicazioni, come nella diagnosi e nel trattamento conservativo dei tumori dell'alta via escrettrice. I tumori della pelvi renale rappresentano infatti circa il 5% dei tumori uroteliali, inoltre nel 2-4% dei casi la lesione è sincrona o metacrona con lesioni delle vie urinarie controlaterali, mentre il 30-50% delle lesioni è seguita da una patologia uroteliale a carico della vescica. L'utilizzo di uno strumento con tecnologia digitale anziché ottica (come nei sistemi standard) consente di visualizzare meglio le neoplasie aumentando quindi la detection rate in fase diagnostica. Attraverso lo strumento inoltre è possibile introdurre piccole pinze endoscopiche e piccole fibre laser che permettono di eseguire anche nella via escrettrice superiore prelievi bioptici ed ablazioni di neoformazioni.



## **NUOVO LASER QUANTA-SYSTEM**

Da alcuni mesi presso la Nostra Unità Operativa è arrivato il nuovo Laser Quanta- system. Tale laser può essere utilizzato per il trattamento dell'ipertrofia prostatica utilizzando la tecnica Ho-LEP e per il trattamento della litiasi endoureterale e renale.



# **ATTIVITA' DI RICERCA e STUDI IN CORSO**

## **STUDIO PET-PSMA**

Da alcuni mesi stiamo studiando, in collaborazione con la Medicina Nucleare (Prof. S. Fanti), le implicazioni del nuovo tracciante PSMA per lo studio PET/CT nei pazienti con neoplasia prostatica con recidiva biochimica per identificare precocemente la sede della recidiva. Tutti i pazienti che hanno una recidiva biochimica dopo prostatectomia radicale o radioterapia eseguono una PET con PSMA, previa discussione collegiale nel board multidisciplinare della Prostate Cancer Unit, con l'obiettivo di identificare precocemente la sede di recidiva e offrire trattamenti mirati sempre più individualizzati al singolo paziente (linfadenectomie di salvataggio e radioterapia stereotassica mirata sulle lesioni identificate dall'imaging).

Attualmente è in corso uno studio per valutare l'impatto della PET-PSMA sulla "intention to treat" delle terapie PSMA-targeted e il ruolo della PET-PSMA sulla valutazione degli outcomes oncologici a lungo termine.

Stiamo valutando l'impatto dell'iperstimolazione della terapia androgeno-soppressiva sulla captazione del PSMA nei pazienti con recidiva biochimica per valutare l'utilità della terapia ormonale per una miglior definizione delle lesioni metastatiche captanti PSMA. Inoltre abbiamo ideato un nomogramma per predire la positività della PET-PSMA sulla recidiva biochimica e guidare la scelta clinica di eseguire o meno la PET-PSMA per guidare le terapie successive. Questo nomogramma è in corso di validazione esterna.

## **PROTOCOLLO ROMAS**

Il protocollo ROMAS è uno studio randomizzato multicentrico che prevede di arruolare pazienti con diagnosi istologica di neoplasia prostatica indolente alla biopsia prostatica e che presentano criteri per eseguire sorveglianza attiva. I pazienti vengono randomizzati in un gruppo di controllo (che segue il protocollo internazionale standardizzato di sorveglianza attiva con ripetizione della biopsia prostatica a 1 anno) e in un gruppo di studio che esegue una risonanza magnetica multiparametrica a 3 mesi e successiva biopsia mirata con tecnica FUSION in caso di evidenza di malattia clinicamente significativa con l'obiettivo di ottenere un migliore e più precoce controllo (a 3mesi invece che 1anno) dei pazienti in sorveglianza attiva che escono dalla sorveglianza e vengono indirizzati a trattamento radicale. Attualmente lo studio con i dati raccolti negli ultimi 5 anni è in corso di pubblicazione.

## **PROTOCOLLO EASY-1**

Si tratta di uno studio osservazionale approvato dal comitato Etico in collaborazione con UO di Radioterapia (Prof. Morganti). Tale studio prevede l'arruolamento di pazienti già sottoposti a prostatectomia radicale per tumore prostatico con primo PSA a 40 gironi dall'intervento indosabile e con caratteristiche istologiche ad alto rischio per recidiva che secondo protocolli internazionali dovrebbero eseguire una radioterapia adiuvante postoperatoria. I pazienti arruolati (includendo pT2R1, pT3aR0, pT3aR1 e pT3bR0) vengono controllati attraverso un follow up stringente con controlli periodici del PSA ogni 2 mesi (invece che ogni 3 mesi) e solo in caso di recidiva biochimica di malattia vengono indirizzati a eseguire una radioterapia di salvataggio precoce. L'obiettivo è quello di risparmiare la radioterapia adiuvante nell'immediato postoperatorio con le relative sequele nei pazienti che non sviluppano recidiva biochimica.

## **STUDIO SVILUPPO REALTA' AUMENTATA PER CHIRURGIA ROBOTICA**

Grazie alla collaborazione con il Laboratorio di Bioingegneria dell'Università di Bologna (Prof.ssa Marcelli) abbiamo attivato un progetto (con approvazione del Comitato Etico) per la realizzazione della realtà aumentata con il robot chirurgico Da Vinci, per migliorare la dissezione chirurgica e gli outcomes funzionali della prostatectomia radicale robotica e della nefrectomia parziale.

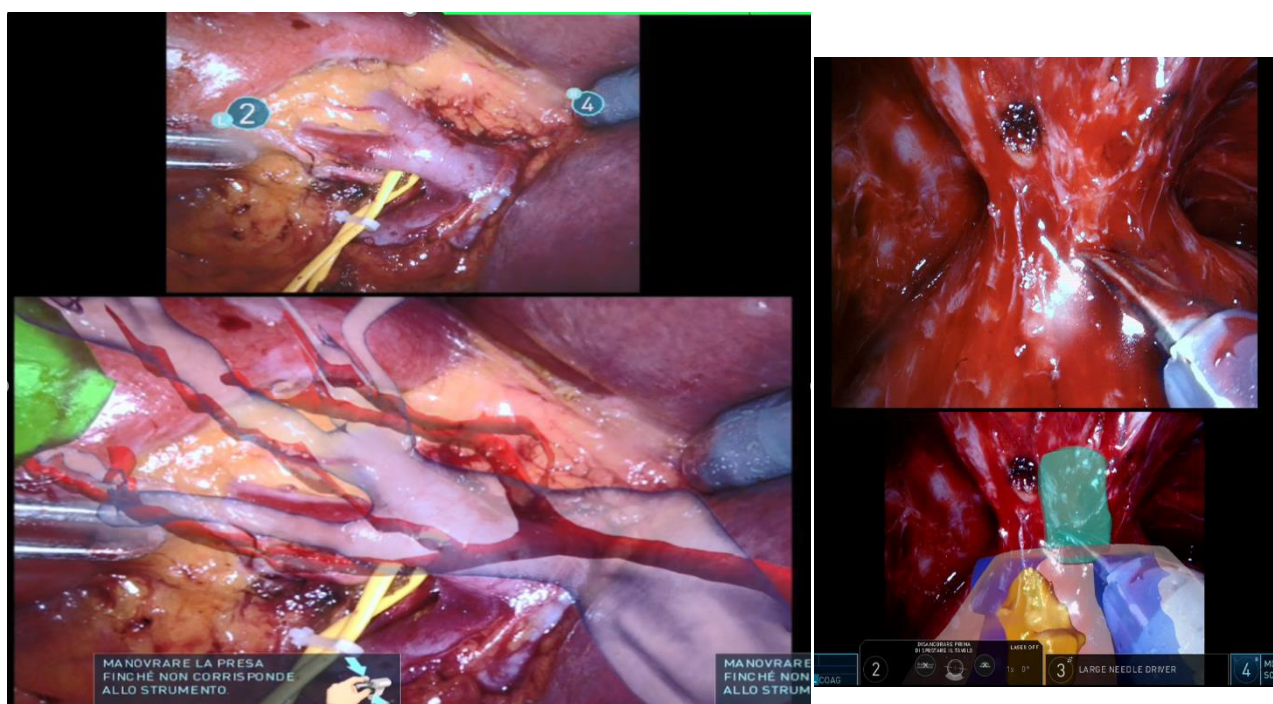
Tra l'altro, la Intuitive (azienda produttrice del robot chirurgico Da Vinci) ha stanziato per la realizzazione di questo progetto un grant di 50.000 dollari. Il progetto prevede lo sviluppo di un modello 3D a partire dalla risonanza magnetica multiparametrica di pazienti con diagnosi di neoplasia prostatica, prima dell'intervento chirurgico che viene elaborato con un particolare software. La ricostruzione 3D del modello virtuale con tutte le strutture anatomiche (uretra, sfintere urinario, fasci vascolo-nervosi, ghiandola prostatica e neoplasia prostatica) viene sovrapposta come immagini 3D virtuale all'immagine chirurgica reale all'interno del visore del robot chirurgico: in questo modo il chirurgo che opera ha costantemente il modello 3D sovrapposto all'immagine reale per potere identificare con maggior precisione la sede del tumore ed eseguire una dissezione chirurgia più accurata per il singolo paziente con l'obiettivo di ottenere un minor tasso di margini chirurgici positivi e ottimizzazione del risparmio dei fasci vascolo-nervosi in tutta sicurezza oncologica.

Nei pazienti affetti da neoplasia renale candidati a nefrectomia parziale robotica le immagini 2D della TC preoperatoria vengono elaborate per la creazione di modelli 3D virtuali comprendenti la neoplasia renale, il parenchima renale sano, la vascolarizzazione arteriosa e venosa oltre ai calici e pelvi renale. Sovrapponendo il modello virtuale nel visore robotico è possibile ottenere una più precisa localizzazione del tumore soprattutto in caso di neoplasie



completamente endofitiche nel parenchima renale e dei rapporti del tumore con i calici renali per migliorarne la dissezione chirurgica ed evitare margini chirurgici positivi. Inoltre, grazie alla precisa ricostruzione dei rami arteriosi segmentari di II e III ordine è possibile identificare quali siano i rami responsabili della vascolarizzazione dell'area renale comprendente il tumore per consentire un clampaggio arterioso selettivo o superselettivo evitando di ischemizzare il restante parenchima renale sano.

Sono stati pubblicati due studi clinici con i risultati della realtà aumentata nel tumore della prostata e nel tumore del rene.



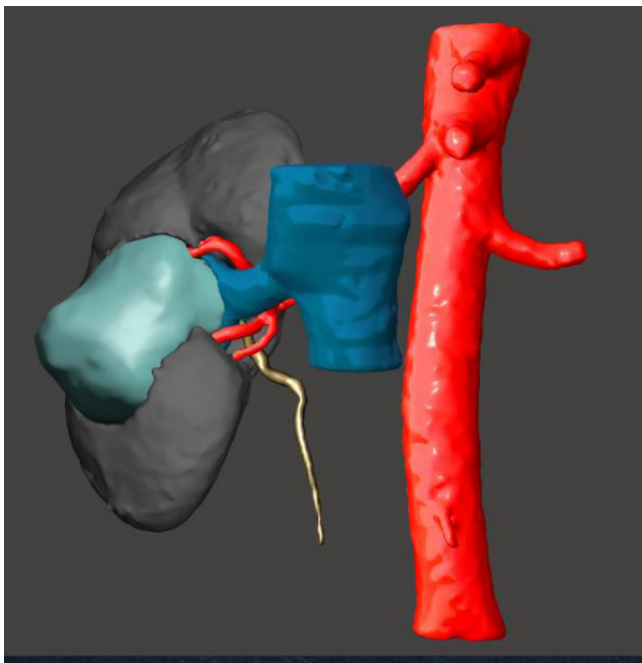
## STUDIO INTELLIGENZA ARTIFICIALE

La Clinica Urologica sta investendo nella ricerca di tecnologie sempre più sofisticate in collaborazione del Laboratorio di Bioingegneria (Prof.ssa Marcelli), Radiologia (Prof.ssa Golfieri) e Ingegneria (Prof. Diciotti); uno di queste è lo sviluppo dell'intelligenza artificiale. L'intelligenza artificiale come step successivo della realtà aumentata applicata alla chirurgia robotica prevede di sovrapporre automaticamente modelli 3D virtuali sia per interventi di prostatectomia radicale che di nefrectomia parziale in corso di chirurgia: un particolare software è in grado di riconoscere le strutture anatomiche rappresentate nel modello 3D virtuale di modularlo e adattarlo al campo chirurgico consentendo una sovrapposizione automatica del modello virtuale al fine di ottenere una chirurgia imaging guidata altamente precisa e all'avanguardia.

Il progetto di sviluppare l'intelligenza artificiale come guida della realtà aumentata per la prostatectomia radicale robotica ha vinto un grant di 60000 dollari presso la ditta "Intuitive Corporation" (ditta produttrice del robot Da

Vinci) e inoltre è in corso di valutazione presso un finanziamento da parte della regione Emilia-Romagna per finalizzare lo sviluppo della tecnologia dell'intelligenza artificiale e la successiva applicazione clinica.

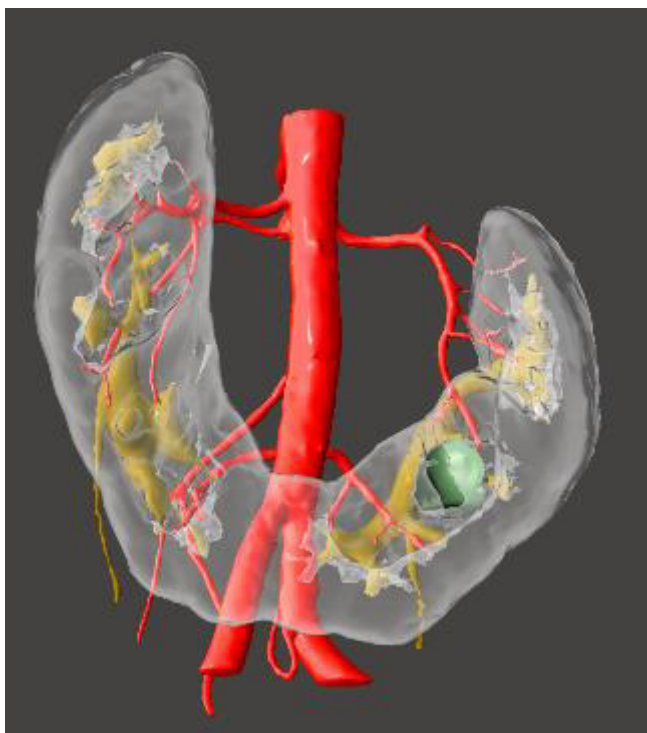
## STUDIO 3D MODELING E 3D PRINTING



Le nuove tecnologie, in termini di imaging come guida chirurgica, hanno permesso lo sviluppo di un approccio chirurgico sia robotico che a cielo aperto tradizionale e percutaneo, guidato da ricostruzioni 3D per la pianificazione dell'intervento chirurgico. Pertanto, in collaborazione con il Laboratorio di Bioingegneria dell'Università di Bologna (Prof.ssa Marcelli) è stato avviato un progetto (con approvazione del Comitato Etico) per la realizzazione delle ricostruzioni e delle stampe 3D di modelli chirurgici sia di neoplasie prostatiche in previsione di interventi di

prostatectomia radicale, sia di tumori del rene in previsione di interventi di nefrectomie parziali e di calcoli renali in previsione di nefrolitotrisse percutanee. Grazie allo sviluppo dei modelli 3D il chirurgo è in grado di selezionare su un apposito computer le strutture anatomiche di interesse (vene, arterie, calici renali e tumore renale per le neoplasie renali; calcoli renali, calici renali, parenchima renale, coste e vertebre come riferimento per le nefrolitotrisse percutanee; ghiandola prostatica, neoplasia prostatica, sfintere urinario e fasci vascolo-nervosi per la prostatectomia radicale) e ruotare il modello per migliorare la conoscenza delle strutture anatomiche nei casi più complessi. In questo modo lo studio preoperatorio del singolo caso consente di pianificare un approccio chirurgico guidato dall'imaging 3D, selettivo per il singolo paziente. Inoltre, attraverso la stampa 3D dei modelli fisici il chirurgo può visualizzare direttamente nelle mani il modello anatomico con le varie strutture per pianificare l'approccio e tecnica chirurgica più adatta al singolo paziente.

Lo scopo del progetto è quello di valutare l'impatto clinico delle ricostruzioni e stampe 3D nella pianificazione chirurgica preoperatoria. Nel caso della

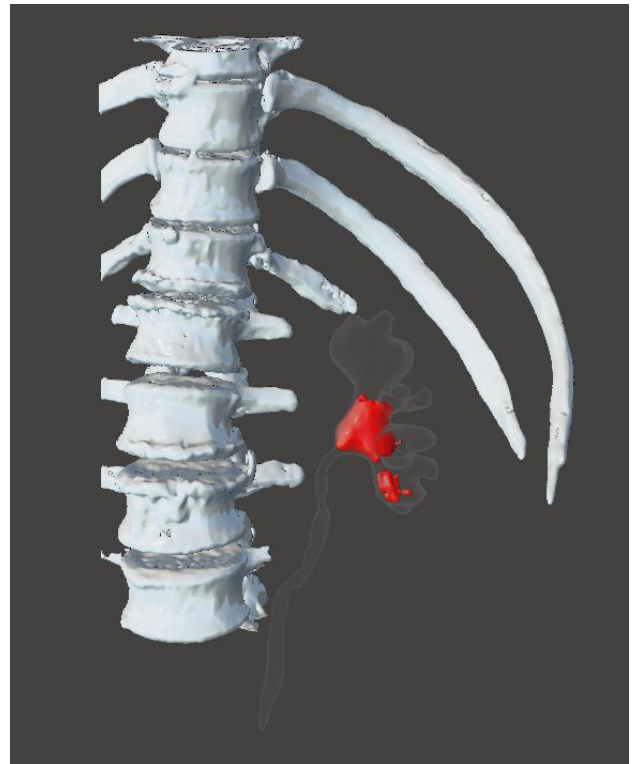
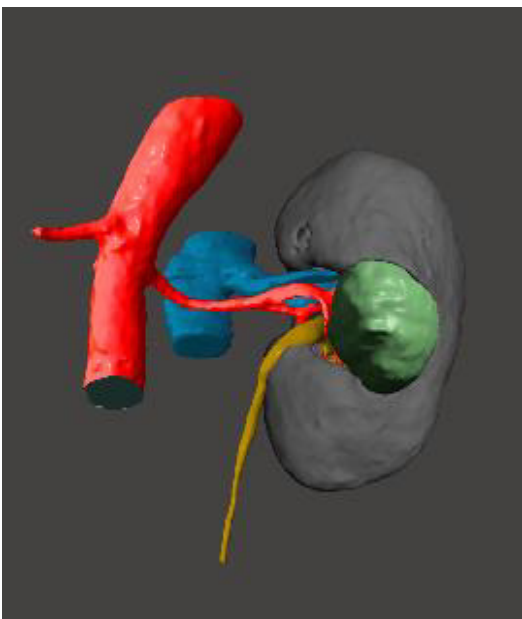
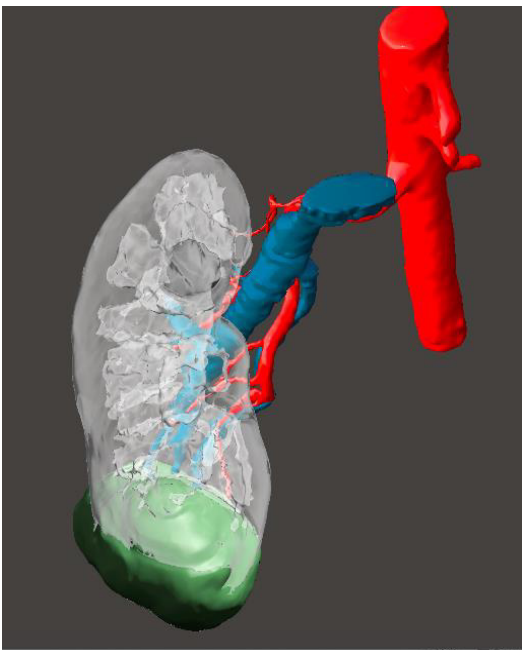


prostatectomia radicale l'obiettivo è quello di ottenere una migliore dissezione intraoperatoria con minor rischio di margini chirurgici positivi e migliorare il risparmio dei fasci neurovascolari. Per gli interventi di nefrectomia parziale l'obiettivo è quello di valutare attraverso il modello 3D un clampaggio arterioso maggiormente selettivo:

(clampando solo i rami arteriosi segmentari che irrorano il tumore) e risparmiare i rami arteriosi che irrorano il circostante parenchima renale sano in modo da ridurre il tempo di ischemia e il danno renale funzionale. Infatti, con la TC in 2D risulta spesso indaginoso identificare i rami segmentari dell'arteria renale responsabili della vascolarizzazione

della regione peri-tumorale, costringendo il chirurgo ad eseguire il clampaggio dell'arteria renale principale con lo scopo di ridurre le perdite ematiche durante la fase di enucleazione. Lo studio preoperatorio con modelli virtuali e fisici 3D consente di identificare con precisione i rami che irrorano il tumore, le caratteristiche di crescita intraparenchimale della neoplasia e il rapporto con le vie escrettrici, permettendo quindi di eseguire interventi con clampaggio arterioso selettivo o superselettivo e, dunque, con minor tempo di ischemia. Nel caso della nefrolitotrissia percutanea l'obiettivo è quello di comprendere con maggiore precisione la morfologia del calcolo renale all'interno del sistema caliceale e l'anatomia dei calici renali in relazione al parenchima renale e ai reperi ossei (coste e vertebre) per ottenere una puntura percutanea ottimale, ridurre i tempi operatori, i tempi di fluoroscopia e le possibili complicanze. Inoltre, in merito ai primi casi sia di nefrectomia parziale che di nefrolitotrissia percutanea abbiamo analizzato i risultati degli interventi eseguiti con utilizzo preoperatorio delle ricostruzioni e stampe 3D in due studi clinici pubblicati su rivisti internazionali.

I risultati della tecnologia 3D nel tumore del rene sono stati pubblicati in recenti trials clinici dimostrando l'aiuto per il chirurgo nella comprensione dell'anatomia renale e nel maggior utilizzo di ischemia renale selettiva con maggior risparmio di tessuto renale sano. Inoltre con il gruppo dei bioingegneri stiamo validando gli score nefrometrici sviluppati sulla base delle immagini TC grazie alla implementazione dei modelli 3D virtuali al fine di migliorare la definizione della complessità anatomica delle masse renali. Inoltre stiamo ideando uno score nefrometrico dedicato ed interamente sviluppato su parametri 3D.

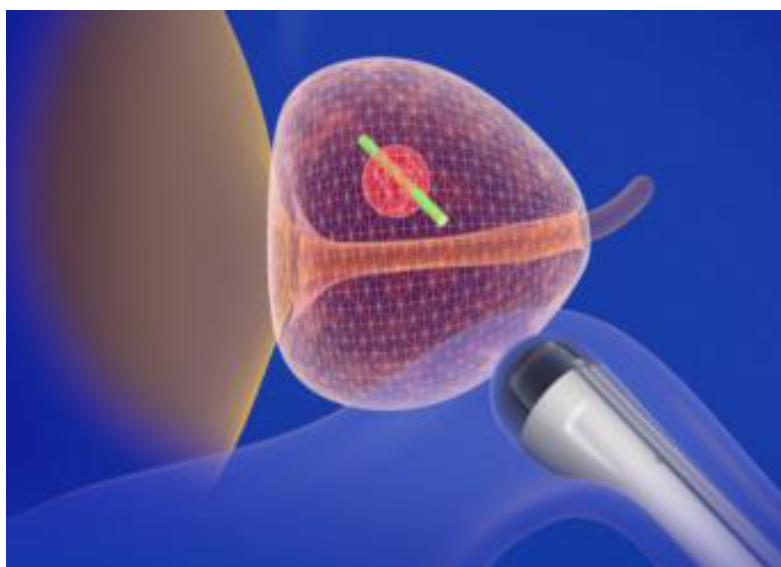




## **STUDIO SULLE TERAPIE ABLATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL TUMORE DEL RENE E DELLA PROSTATA**

Negli ultimi anni si sta assistendo all'invecchiamento progressivo della popolazione media e al miglioramento delle tecniche diagnostiche; tutto ciò obbliga l'urologo ad affrontare situazioni in cui i pazienti affetti da neoplasie renali e prostatiche non siano candidabili alle tecniche chirurgiche tradizionali per la presenza di molteplici comorbidità che ne aumentano significativamente i rischi chirurgici e le complicanze. Nascono da questa esigenza molteplici tecniche ablative mininvasive, che danno la possibilità di trattare la patologia di base in maniera efficace, limitando fortemente i tempi di degenza, i rischi anestesiológicos e le complicanze post-operatorie. La Clinica Urologica di Bologna vuole proporre ai pazienti affetti da piccole neoplasie renali, in collaborazione con il "Programma Dipartimentale Ecografia Interventistica, Diagnostica e Terapeutica" Dott.ssa Serra, trattamenti ablattivi con radiofrequenze (RFA) e, presso la nostra Unità Operativa, trattamenti con Crioablazione in collaborazione con l'U.O. Radiologia Golfieri come alternativa alla nefrectomia parziale, attuale trattamento standard per queste neoplasie. Finora numerosi pazienti sono stati trattati con RFA. Per quanto riguarda le terapie ablattive per il trattamento del tumore della prostata, la nostra Unità Operativa dispone della tecnologia HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) per il trattamento focale delle neoplasie prostatiche a rischio basso ed intermedio in paziente selezionati come alternativa alla prostatectomia radicale. Gli outcomes oncologici a lungo termine di queste tecniche, tuttavia, sono ancora oggetto di studio, pertanto i pazienti trattati con queste tecniche saranno successivamente sottoposti a follow-up stretto secondo particolari protocolli di follow-up proposto dalla nostra Clinica Urologica.

E in corso uno studio multicentrico (con Humanitas di Milano e Ospedale San Raffaele) per valutare l'efficacia oncologica e le complicanze delle terapie focali del tumore del rene (RFA, CRYO E micro-onde).



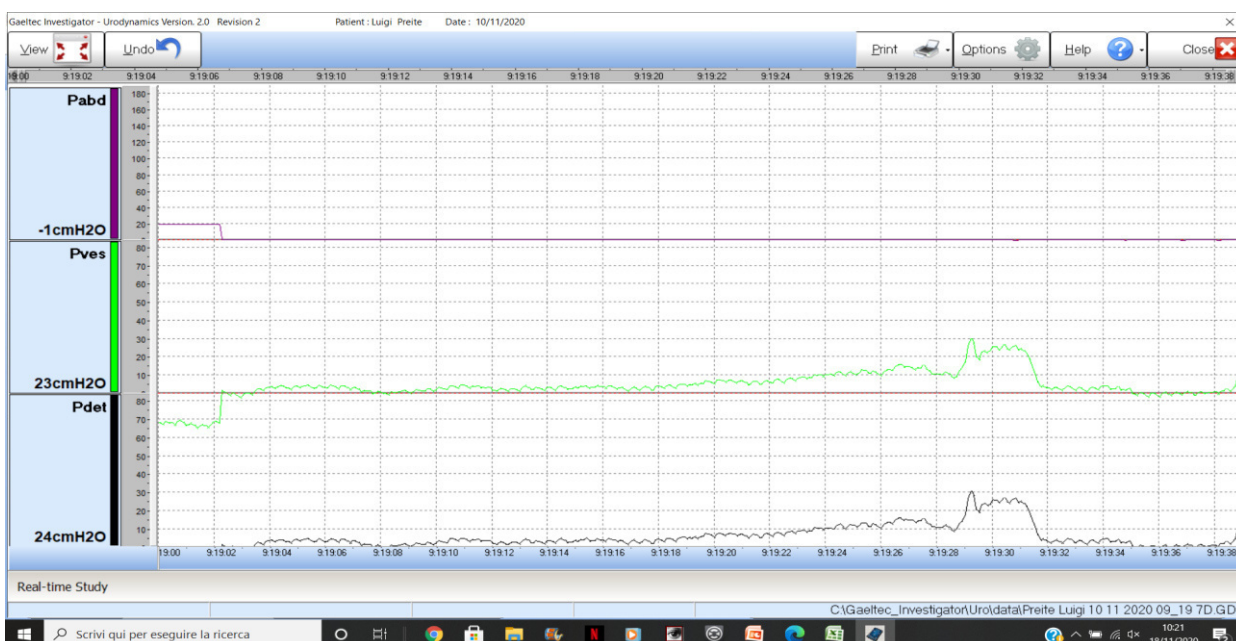


## STUDIO DEL PROFILO PRESSORIO URETRALE IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA PER IL RECUPERO PRECOCE DELLA CONTINENZA URINARIA

La prostatectomia radicale rappresenta il gold standard del trattamento di prima linea del tumore prostatico, tale intervento può essere eseguito per via open, laparoscopica e robotica. L'obiettivo principale dell'intervento chirurgico è l'asportazione dell'intera ghiandola prostatica, evitando i margini chirurgici positivi, prevenendo le complicanze intra- e post-operatorie il tutto nel rispetto delle strutture anatomiche contigue alla ghiandola prostatica. Tale procedura chirurgica può avere infatti un forte impatto sulla qualità della vita dei pazienti in quanto la prostata contrarre intimi rapporti anatomici con i fasci neuro-vascolari responsabili della potenza sessuale e con lo sfintere uretrale, meccanismo la cui integrità anatomico-funzionale è alla base della continenza; il rispetto e la preservazione, quando possibile, di tali strutture permette il mantenimento e il recupero più o meno precoce delle funzioni descritte nel periodo post-operatorio. In merito al recupero della continenza urinaria dopo prostatectomia sono state descritte in letteratura varie tecniche ricostruttive con l'obiettivo di aumentare i tassi di recupero di continenza soprattutto precoce. Tra queste, la tecnica di ricostruzione che ha avuto il maggiore successo in termini di applicazione e diffusione, e di conseguenza le maggiori evidenze in termini di risultati, è senza dubbio la ricostruzione muscolo-fasciale posteriore: essa può ormai considerarsi uno step consolidato della prostatectomia radicale e parte integrante della "surgical practice" a livello globale. Tuttavia i risultati in termini di continenza urinaria sono stati finora espressi sotto forma di parametri soggettivi o surrogati oggettivi. Manca quindi ad oggi una esauriente rappresentazione oggettiva, quantificabile e riproducibile dei benefici che la ricostruzione muscolo-fasciale posteriore possa sortire sulla continenza urinaria post-operatoria e quali siano le fasi chirurgiche della prostatectomia radicale che correlano significativamente in maniera oggettiva dal punto di vista urodinamico con il recupero della continenza urinaria postoperatoria. Lo studio attualmente in corso prevede la registrazione



delle pressioni intra-uretrali a livello del complesso sfinterico e misurazione della lunghezza dell'uretra funzionale durante le singole fasi chirurgiche della prostatectomia radicale al fine di produrre dati numerici oggettivi e definire gli steps chirurgici che correlano maggiormente con un incremento dei valori pressori intra-uretrale correlare tali valori coi dati di continenza post-operatoria. Le misurazioni vengono condotte durante l'intervento chirurgico tramite un apposito catetere con trasduttore che è collegato ad un pc tramite il quale, sfruttando il software Gaeltec Investigator, un medico dedica effettua e valuta le registrazioni del profilo pressorio uretrale. Per lo studio la FONDAZIONE DEL MONTE DI BOLOGNA ha stanziato un grant di 25000 euro.



## **TRATTAMENTO TRIMODALE DELLA NEOPLASIA VESCICALE MUSCOLO-INVASIVA CON INTENTO DI PRESERVAZIONE VESCICALE**

Sebbene l'intervento di cistectomia radicale rappresenti lo standard di trattamento della neoplasia vescicale muscolo-invasiva, esiste da diversi anni (e sta tornando al centro del dibattito scientifico grazie anche alle implementazioni tecnologiche) una alternativa in casi selezionati di pazienti, ossia il trattamento trimodale. Esso consiste nell'esecuzione di due resezioni endoscopiche transuretrali della vescica (TURB), di cui la prima a scopo di bonifica della lesione e la seconda a scopo di conferma, seguite da un ciclo di trattamento radioterapico accompagnato e sostenuto da una chemioterapia a scopo radiosensibilizzante. Con l'intento di ampliare il ventaglio delle opzioni terapeutiche nei confronti del tumore della vescica, la Clinica Urologica, in collaborazione con le Unità di Oncologia Medica (Prof. A. Ardizoni) e Radioterapia (Prof. A. G. Morganti), ha deciso di aprire un proprio percorso di trattamento trimodale, attualmente in fase di valutazione presso l'Azienda Ospedaliera. Al termine dell'intero ciclo di trattamento trimodale è previsto un rigoroso percorso di follow-up e questo tipo di approccio, il cui fine essenziale è quello di preservare la vescica senza modificare gli esiti oncologici, sarà rivolto a casi estremamente selezionati di pazienti affetti da neoplasia vescicale muscolo-invasiva organo-confinata che rispondano a precisi criteri clinico-radiologici e patologici.

## **TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO DI CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE VS IMMUNOTERAPIA PERIOPERATORIA NEL TUMORE DELLA VESCICA MUSCOLO-INVASIVO (NIAGARA)**

L'avvento degli immunoterapici (i cosiddetti farmaci "intelligenti" a target molecolare) sta rivoluzionando il trattamento di svariate malattie prevalentemente oncologiche, incluso il tumore della vescica. In quest'ultimo ambito, le prime evidenze scientifiche hanno riguardato il trattamento della neoplasia vescicale metastatica e non responsiva alla chemioterapia a base di platino (tuttora lo standard di trattamento medico), mostrando un significativo vantaggio in termini di sopravvivenza e mortalità, così da introdurre gli immunoterapici nella pratica clinica. Recentemente gli scenari di trattamento si stanno ampliando con l'impiego degli immunoterapici nella terapia neoadiuvante e adiuvante del tumore vescicale, cioè prima e dopo l'intervento di cistectomia radicale rispettivamente, con l'intento di far regredire la massa tumorale e migliorare di conseguenza la fattibilità e gli esiti del trattamento chirurgico nel primo caso e con lo scopo di consolidare gli esiti della chirurgia e ridurre il rischio di recidiva della malattia nel secondo caso. Anche in questo ambito i primi risultati sono estremamente interessanti, con tassi di risposta patologica completa (cioè scomparsa della malattia sul pezzo operatorio) quasi del doppio rispetto alla chemioterapia convenzionale basata

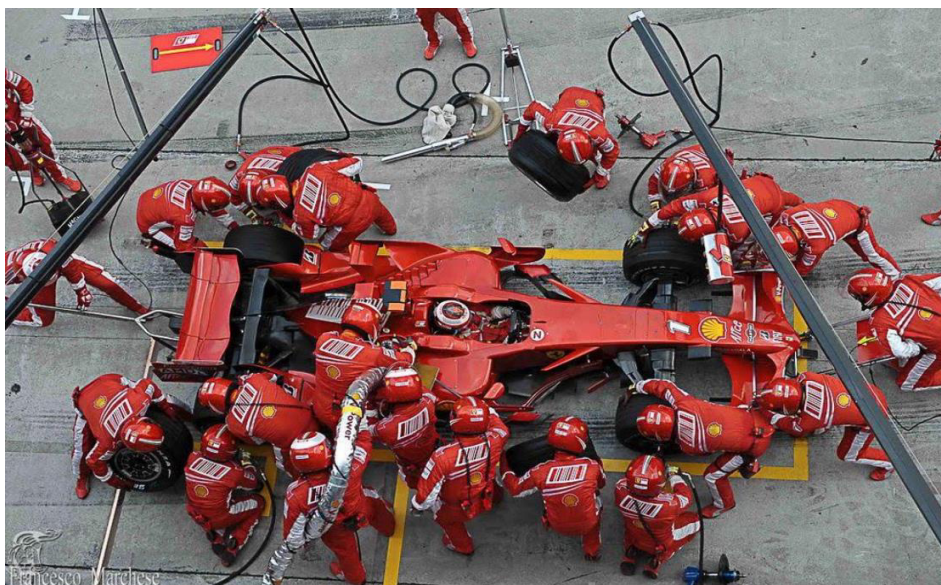
sul platino. La Clinica Urologica, in collaborazione con l'Unità di Oncologia Medica (Prof. A. Ardizzoni), ha pertanto deciso di entrare in questo filone così promettente, risultando tra i Centri Italiani arruolati nell'ambito del Trial Clinico Randomizzato NIAGARA, promosso dall'azienda farmaceutica AstraZeneca ed attualmente in fase di valutazione presso l'Azienda Ospedaliera. Il suddetto Trial prevede l'arruolamento di pazienti affetti da neoplasia vescicale muscolo-invasiva e candidabili ad intervento di cistectomia radicale i quali, prima dell'intervento stesso, verranno indirizzati in modo randomizzato ad un trattamento neoadiuvante standard (cioè a base di platino) oppure ad un trattamento immunoterapico perioperatorio (ossia prima e dopo l'intervento) con Durvalumab, con l'intento di valutare i benefici in termini di sopravvivenza, mortalità, e risposta patologica derivanti dall'immunoterapia rispetto al regime standard.







## UN PIT STOP... RIFLESSIVO



Il segreto del successo, in una competizione, è sempre nel lavoro di squadra. A nulla servirebbe infatti il talento cristallino di un pilota senza l'efficienza tecnica del suo veicolo e senza l'equilibrio alchemico tra i membri della sua scuderia, che si condensano in modo emblematico nel momento del pit stop: l'elegante rapidità del cambio gomme, l'aggancio a memoria della pompa carburante, l'adrenalinica sostituzione dell'alettone, tutto concorre nel determinare l'esito della gara. Senza considerare l'inesauribile lavoro di progettazione degli ingegneri ed il costante contatto del team radio. In questo modo il pilota non è più solo i suoi occhi, le sue mani e la sua mente, ma la testa, le mani, gli occhi e finanche il cuore di tutto il team che lo sostiene. I secondi di vantaggio che conducono alla vittoria sono gli stessi che la squadra ha acquisito con la pianificazione, la guida ed un pit stop ineccepibile.

Allo stesso modo, l'atto del curare non si esaurisce nel semplice tocco sapiente del chirurgo che asporta o corregge una malattia. Il benessere del paziente si realizza prima, durante e dopo l'atto decisivo, in un percorso collettivo dove ognuno gioca la sua fondamentale parte: la brillante, chiara ed umana formulazione della diagnosi, il tenero conforto prima dell'intervento, il sostegno nei primi passi dopo l'allettamento, tutto diviene parte integrante della cura e del conseguimento del più grande traguardo che ogni medico e professionista della sanità possa desiderare, la salute.

D'ora in avanti, quando vedrai un paziente sorridere, ricorda che non c'è poi tutta questa differenza con la vittoria di un pilota: il segreto del suo sorriso è nella somma degli atti di gentilezza, bontà e competenza che lo hanno generato. Ed un sorriso, in un ospedale, è sempre frutto di un lavoro di squadra.

*Dott. Amelio Ercolino – Medico in Formazione Specialistica al V anno*



## ATTIVITA' ASSISTENZIALE

Il Reparto di Urologia del Policlinico Universitario Sant'Orsola-Malpighi è situato al 1° piano del Padiglione 1 ed è stato suddiviso, fino a marzo, in due settori (Urologia Ovest e Urologia Est); successivamente la nostra attività è stata trasferita presso l'Ospedale Privato Accreditato Villa Regina dove abbiamo continuato la nostra attività chirurgica fino a Giugno.

All'inizio dell'estate la nostra attività si è nuovamente trasferita al Sant'Orsola con un due reparti attivi (Urologia Ovest – Pad.1 e altro reparto c/o Pad.5 5° piano). Attualmente contiamo su 35 posti di degenza



I numeri da novembre 2019 a ottobre 2020

<b>Ricoveri</b>	<b>2280</b>
<b>Interventi</b>	<b>1456</b>
<b>Degenza media</b>	<b>3,0 giorni</b>
<b>Prestazioni ambulatoriali</b>	<b>20.337</b>



<b>Interventi principali (01/11/2019 – 31/10/2020):</b>	
<b>Prostatectomia radicale</b>	<b>294</b>
Robot-assistita	260
Videolaparoscopica	1
Open	31
<b>Nefrectomia radicale</b>	<b>24</b>
Videolaparoscopica	4
Open	20
<b>Nefrectomia parziale</b>	<b>85</b>
Robot-assistita	73
Videolaparoscopica	7
Open	5
<b>Cistectomia radicale</b>	<b>42</b>
Con confezionamento di neovescica ortotopica	12
Con confezionamento di ileal conduit sec. Bricker	15
Con confezionamento di ureterocutaneostomia	8
Robot-assistita	7
<b>Nefrolitotrissia percutanea (PNL)</b>	<b>21</b>
<b>Trattamento endoscopico dell'adenoma prostatico</b>	<b>161</b>
TURP	94
HOLEP	67
<b>Resezione transuretrale di tumori vescicali (TURV)</b>	<b>502</b>
<b>Trattamento endoscopico della litiasi delle alte vie (URS/RIRS)</b>	<b>142</b>
<b>Sedute di Litotrissia ad ultrasuoni extracorporea (ESWL) n° 206</b>	<b>102</b>



<b>Consulenze da novembre 2019 a ottobre 2020</b>	
Consulenze astanteria	17
Consulenze anestesia e rianimazione	70
Consulenze cardiocirurgia	36
Consulenze cardiologia	137
Consulenze chirurgia generale	87
Consulenze chirurgia maxillo-facciale	1
Consulenze chirurgia plastica	1
Consulenze chirurgia toracica	3
Consulenze chirurgia vascolare	38
Consulenze dermatologia	1
Consulenze detenuti	21
Consulenze ematologia	33
Consulenze gastroenterologia	32
Consulenze geriatria	188
Consulenze lungodegenti	19
Consulenze malattie infettive e tropicali	20
Consulenze medicina generale	498
Consulenze nefrologia e dialisi	190
Consulenze oncologia	28
Consulenze ortopedia e traumatologia	17
Consulenze ostetricia e ginecologia	31
Consulenze otorinolaringoiatria	1
Consulenze pediatria	1
Consulenze pneumologia	20
<b>Consulenze pronto soccorso</b>	<b>3251</b>
Consulenze radioterapia oncologica	1
Consulenze recupero e riabilitazione	18
	2
<b>TOTALE</b>	<b>4762</b>

## OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO "VILLA REGINA"



Durante i mesi di Marzo, Aprile e Maggio, i nostri reparti di Urologia al Padiglione 1 sono stati convertiti in reparti destinati ai pazienti affetti da covid-19.

Per tale ragione la nostra attività chirurgica è stata temporaneamente trasferita presso l'Ospedale privato accreditato "Villa Regina", nelle vicinanze dei Giardini Margherita; in tale contesto abbiamo avuto la possibilità di usufruire di una sala operatoria e di circa 20 posti letto per continuare a trattare le urgenze oncologiche dei nostri pazienti.

Con gli infermieri di sala e di reparto e gli anestesisti della clinica, abbiamo eseguito oltre più di 200 interventi, sia endoscopici che in laparotomia, trattando prevalentemente i tumori urologici (prostatectomie radicali, cistectomie radicali, nefrectomie parziali e radicali, resezioni di vescica e derivazioni urinarie in urgenza).

<b>Interventi principali (23/03/2020 – 01/06/2020):</b>	
<b>Prostatectomia radicale</b>	<b>10</b>
<b>Nefrectomia radicale</b>	<b>9</b>
<b>Nefrectomia parziale</b>	<b>4</b>
<b>Cistectomia radicale</b>	<b>13</b>
Con confezionamento di neovescica ortotopica	6
Con confezionamento di ileal conduit sec. Bricker	4
Con confezionamento di ureterocutaneostomia	1
<b>Orchiectomia</b>	<b>7</b>
<b>Sostituzione/posizionamento stent o nefrostomie</b>	<b>33</b>
<b>Resezione transuretrale di tumori vescicali (TURV)</b>	<b>85</b>
<b>Trattamento endoscopico tumori alte vie urinarie/litiasi delle alte vie urgenti (URS/RIRS)</b>	<b>34</b>
<b>Altri interventi (linfadenectomie, ureterectomie, interventi da LUTS)</b>	<b>32</b>



*“Carissimi, avevo pensato a un incontro con tutti voi, ma come mi ha fatto notare uno dei vostri colleghi non sarebbe stata una scelta prudente e sicura. In tanti anni di Scuola Urologica bolognese, per oltre vent’anni come segretario e da pochi come direttore, è la prima volta che in assoluto vivo una situazione di questo tipo, ancora per certi versi irreali e incomprensibile.*

*Questo messaggio ha lo scopo in primis di dirvi che vi sono vicino e anche per ringraziarvi per il vostro senso del dovere in voi insito per cui non è necessario da parte mia alcun incitamento. Con il vostro lavoro ho capito che siete ormai parte integrante e con un alto senso di appartenenza alla nostra scuola; rafforziamo questo legame con il fine di porci in relazione con tutto ciò che siamo.*

*Mi rattrista come padre e come vostro tutor sapere il rischio che correte nel portare la vostra opera nei reparti Covid, vorrei farvi mille raccomandazioni ma so per certo che non ne avete bisogno, siete bravi e responsabili, quello che fate vi fa onore, al di fuori di qualsiasi becera retorica.*

*Da domani inizieremo questa nuova esperienza presso la casa di cura Villa Regina, in via Castiglione, a pochi passi dai giardini Margherita (posto ideale in altri tempi).*

*Non ho speciali direttive da impartirvi, so bene che tutti voi si prodigheranno affinché tutto vada per il meglio.*

*Infine, come docente, è mio dovere dirvi come sia importante trasmettervi delle certezze ma soprattutto condividere i dubbi e ammettere socraticamente di non sapere tutto e quindi non avere la verità di tutto.*

*Facciamo il possibile per essere capaci, esigenti e soprattutto onesti.*

*Domani mattina mi incontrerò solo con pochissimi di voi per capire come organizzarci, nel frattempo vi auguro buon lavoro”.*

*Prof. E. Brunocilla*

## **PROGETTO UROLOGIA A BASSA COMPLESSITA' presso l'Ospedale di San Giovanni in Persiceto**

A partire da Luglio è nata una collaborazione insieme all'Ospedale di San Giovanni in Persiceto per il trattamento della litiasi reno-ureterale al fine di ridurre i tempi d'attesa della nostra lista operatoria.

Nel contesto di San Giovanni abbiamo deciso di trattare i pazienti che presentano minori co-morbidità e che non necessitano di monitoraggio anestesiológico post-operatorio.

Per due giorni alla settimana abbiamo la disponibilità di utilizzare una sala operatoria per il trattamento dei calcoli sia con tecnica endoscopica che con accesso percutaneo insieme al personale infermieristico e agli anestesisti dell'Ospedale di San Giovanni.

Abbiamo inoltre la possibilità di usufruire di un ambulatorio il venerdì mattina che viene dedicato alla rivalutazione dei pazienti operati presso l'Ospedale di San Giovanni: vengono rimossi gli stent magnetici, consegnati gli esami dei calcoli e le eventuali indagini radiologiche richieste per impostare il corretto follow up diagnostico-terapeutico del paziente.

Dal 31 Ottobre 2020 purtroppo l'attività presso questo presidio ospedaliero è stata sospesa per il sopraggiungere nuovamente dell'emergenza COVID.



Dott. Marco Garofalo – Responsabile del progetto e medico ricercatore

## ATTIVITA' AMBULATORIALE

Il servizio assistenziale ambulatoriale offerto dalla U.O. di Urologia, presso il piano seminterrato del Pad 1 (con **20.337 prestazioni erogate nell'ultimo anno**) comprende:

- 2 ambulatori divisionali
- Ambulatorio Medicazioni e Instillazioni
- Ambulatorio Prostate Unit
- Ambulatorio di Cistoscopia
  - Ambulatorio di Urodinamica
- Ambulatorio di Ecografie e Biopsie prostatiche
- Ambulatorio Urostom



Inoltre, dall'anno scorso, in collaborazione con l'Oncologia Ardizzoni, è iniziato il progetto "Ambulatorio Uro-Oncologico", perseguire al meglio e fornire il supporto clinico migliore ai pazienti con patologia urologica neoplastica avanzata.

L'attività ambulatoriale offerta dall'U.O. di Urologia si avvale delle seguenti strutture sul territorio, per un totale di circa **3500 prestazioni nel periodo compreso da Ottobre 2019 a Novembre 2020**:

- Casalecchio di Reno (fino a Giugno 2020)
- Budrio
- San Lazzaro di Savena
- Ozzano dell'Emilia
- Casa della Salute Navile Bologna (fino a Giugno 2020)
- Loiano

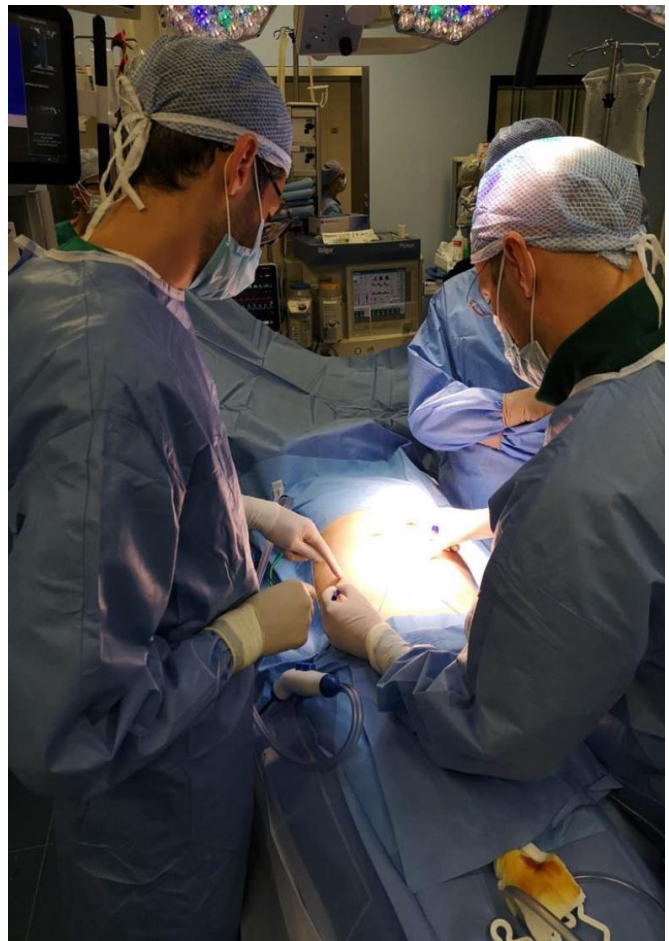


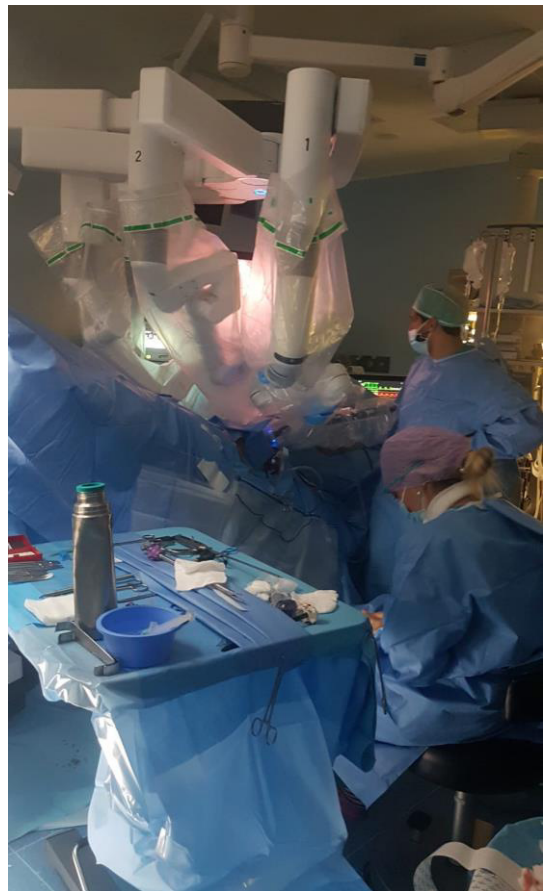


## INTERVENTI CHIRURGICI ESEGUITI

Presso il Blocco Operatorio di Urologia del Padiglione 1, che comprende attualmente 2 sale operatorie, vengono effettuati ogni giorno numerosi interventi di chirurgia oncologica (tumori renali, neoplasie vescicali, tumori prostatici, tumori del testicolo) e di chirurgia per il trattamento delle patologie benigne (calcolosi delle vie urinarie, ipertrofia prostatica, difetti congeniti anatomici, disturbi uro-ginecologici).

Presso la Piastra B del Blocco Operatorio del Padiglione 5, che comprende una sala con il robot Da Vinci tutti i giorni ed un'altra sala operatoria per un giorno alla settimana, vengono eseguiti giornalmente interventi di chirurgia robotica e di chirurgia laparotomica.







## DISCUSSIONE DEI CASI CLINICI

*(Le foto che seguono sono "un lontano ricordo" della discussione dei casi clinici; purtroppo con il lockdown, la Prostate Unit e la Bladder Cancer Unit vengono svolte quasi esclusivamente in video-conferenza. Ci auguriamo che si possa tornare presto alla "normalità")*



Nella foto è rappresentata la nostra abituale "riunione del lunedì mattina" (al momento sospesa per l'epidemia COVID-19) in cui l'equipe medica guidata dal Prof. Brunocilla si riunisce per la discussione dei casi clinici più complessi.

In tale occasione viene presentato il caso, l'anamnesi patologica remota e recente, la problematica con aiuto di foto, video e dell'imaging. Vengono proposte le varie soluzioni terapeutiche ed infine dopo confronto fra colleghi si decide collegialmente la strategia diagnostica e terapeutica più adeguata.

In alcune circostanze sono invitati a partecipare anche colleghi di altre specializzazioni:

l'approccio

multidisciplinare garantisce in questo modo una sempre migliore gestione del paziente.

La discussione dei casi clinici è accompagnata da approfondimenti di carattere scientifico con presentazione degli ultimi lavori pubblicati sulle principali riviste scientifiche urologiche e delle ultime linee guida italiane ed europee.



## PROSTATE CANCER UNIT



La "Prostate Cancer Unit", continua a rappresentare dal 2014 un importante momento clinico ai fini di valutare la pianificazione del percorso diagnostico-assistenziale di cura relativo al tumore della prostata dell'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna.

Da Gennaio 2016 a Ottobre 2020 sono stati discussi oltre 4500 casi, di cui più di 1000 risultati di biopsie prostatiche per anno, a dimostrazione del valore della multidisciplinarietà nella gestione terapeutica di questa patologia.

Con queste premesse i risultati in termini di qualità delle cure, di indicazioni terapeutiche, collocazioni in lista d'attesa secondo le classi di rischio, attivazione di protocolli di sorveglianza attiva, risultati funzionali e costi, sono sicuramente più competitivi, senza contare la maggiore sicurezza in ambito medico-legale.

Da luglio 2019 la Prostate Unit è diventata "informatizzata" con l'introduzione della piattaforma online *Healthmeeting*; la gestione multidisciplinare dei casi discussi è diventata più semplice e tale piattaforma inoltre ha permesso la



creazione di un archivio virtuale dei pazienti con tumore della prostata sempre disponibile alla consultazione non solo da parte degli specialisti che prendono parte della Prostate Unit, ma eventualmente anche di altri specialisti afferenti ad altri PDTA.

## ATTIVITA' DIDATTICA

PURTROPPO NELL'ULTIMO ANNO MOLTE COSE SONO CAMBIATE...





## **CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA**

Il corso di Urologia punta a fornire allo studente gli elementi essenziali alla conoscenza teorica e pratica delle principali malattie primitive e secondarie che coinvolgono l'apparato genito-urinario. Al termine del corso lo studente conoscerà le nozioni di base delle principali patologie di interesse urologico e delle indagini biochimiche, strumentali e cliniche necessarie per la loro diagnosi e cenni di terapia. A fine corso lo studente dispone delle basi teorico-pratiche per il riconoscimento del tipo di patologia grazie anche alla partecipazione a tirocini programmati e a corsi elettivi monotematici.

### **Programma/Contenuti**

1. Grandi sindromi Urologiche
2. Calcolosi delle vie Urinarie
3. Incontinenza Urinaria
4. Tumori del rene
5. Malattie della prostata
6. Tumori vescicali e derivazioni urinarie
7. Tumori del testicolo
8. Patologie malformative e cenni di embriologia
9. Neurofisiologia della minzione

### **Metodi didattici**

- Lezioni frontali;
- Slides (Power Point e Pdf);
- Proiezione di Video Didattici;
- Tirocinio Pratico: gli studenti vengono accompagnati e guidati presso tutti i servizi offerti dalla nostra Unità Operativa. Il tirocinio pratico si svolge sia con attività di reparto (giro visita, compilazione di una cartella clinica, esame obiettivo urologico, gestione delle ferite chirurgiche), che ambulatoriale (visite, cistoscopie, biopsie prostatiche, consulenze da Pronto Soccorso).
- Inoltre, l'attività clinica e di reparto è coadiuvata dall'esperienza in Sala Operatoria, dove gli Studenti possono assistere ai molteplici interventi chirurgici ed endoscopici che vengono effettuati giornalmente.

### **Corsi elettivi**

- La chirurgia mininvasiva in Urologia: il corso si compone di tre moduli, la chirurgia robotica, la chirurgia endoscopica delle alte vie urinarie e la chirurgia endoscopica delle basse vie urinarie
- La chirurgia robotica in Urologia: il corso si compone di tre moduli, la chirurgia robotica del ca. prostatico, la chirurgia robotica del ca. renale e la chirurgia robotica malformativa.

## Tesi di laurea

Le Tesi di **Laurea Magistrale a ciclo unico** discusse nell'anno accademico 2018-2019 sono le seguenti:

Martina Monti. **Profilo pressorio uretrale in corso di prostatectomia radicale: fattori oggettivi predittivi della ripresa della continenza urinaria.**

Relatore Prof. E. Brunocilla

Luglio 2020

Francesca Duro. **PSA density come fattore predittivo per la diagnosi di carcinoma della prostata nei pazienti con RM PIRADS 3/5.**

Relatore Prof. E. Brunocilla

Luglio 2020

Alice Trentini. **Enucleazione con laser ad Olmio per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna (HoLEP): valutazione di efficacia e sicurezza in pazienti con elevate comorbidità (CCI >3).**

Relatore Prof. R. Schiavina



## SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

La formazione dei Medici Specializzandi avviene in prima battuta presso le strutture dell'Azienda Universitaria – Policlinico S.Orsola-Malpighi. Il percorso formativo degli specializzandi prevede una graduale esposizione alle attività clinico-assistenziali (ambulatoriali, diagnostico-strumentali e di gestione dei pazienti nel reparto di degenza). I Medici in Formazione Specialistica hanno la possibilità di crescere gradualmente in ambito chirurgico dalla chirurgia endoscopica a quella a cielo aperto per arrivare alla chirurgia laparoscopica e robot-assistita.

La didattica è affidata a lezioni frontali organizzate dalla Scuola di Specializzazione e in streaming con gli altri centri urologici principali del Paese. Inoltre, la partecipazione a Congressi nazionali ed internazionali rappresenta una costante opportunità formativa e di confronto con altre realtà. A completamento dell'offerta formativa gli Specializzandi hanno l'opportunità di trascorrere periodi di formazione all'estero presso i più importanti centri di chirurgia e di ricerca.

### Rete formativa

La rete formativa della Scuola di Specializzazione si estende inoltre presso altri istituti, con Tutor preposti alla supervisione e all'istruzione degli specializzandi durante attività di sala operatoria ed ambulatoriale

1. Area Metropolitana
  - AUSL Bologna (Osp. Maggiore)
  - AUSL Imola (Osp. Imola Santa Maria della Scaletta)
2. Policlinico Abano Terme
3. Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara
4. SSD Andrologia- Dott. F. Colombo

### Tesi di specializzazione del V° anno AA 2017-2018

Dott. Fabrizio Sartorio. **Risultati perioperatori e oncologici di crioablazione e nefrectomia parziale a confronto in pazienti con neoplasia renale T1a.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina

Dott. Marco Guerra. **Ruolo della risonanza multiparametrica nella riclassificazione precoce dei pazienti sottoposti a sorveglianza attiva per neoplasia prostatica a basso rischio. L'esperienza multi-istituzionale del progetto ROMAS.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina

Dott. Andrea Angiolini. **Studio EASY-1: radioterapia di salvataggio precoce post-prostatectomia nei pazienti a rischio intermedio di recidiva biochimica.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina

Dott. Alessandro Fiorillo. **Innesti cavernosi nella terapia chirurgica della malattia di La Peyronie: materiali a confronto. Esperienza personale e revisione della letteratura.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina





## Tesi di specializzazione del V° anno AA 2018-2019



Dott. Matteo Cevenini.

**Un nuovo score nefrometrico per predire le complicanze in seguito ad ablazione percutanea di neoplasia renale di stadio T1a.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina

Dott. U. Barbaresi.

**Ablazione percutanea dei tumori renali di stadio pT1a: una reale alternativa alla chirurgia renale conservativa?**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina



Dott. F. Mineo Bianchi.

**Frozen section mirata sulla indexlesion e guidata dalla realtà aumentata di modelli 3D per migliorare gli outcomes oncologici della prostatectomia radicale robotica nerve-sparing.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina



Dott. P. Sadini.

**La Cistectomia radicale nell'anziano comorbide.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla.



Dott.ssa Martina Masetti.

**Confronto tra due differenti tecniche chirurgiche nel trattamento della malattia di La Peyronie: l'utilizzo di protesi soffici nelle corporoplastiche con innesti cavernosi.**

Relatore: Prof. E. Brunocilla. Correlatore: Prof. R. Schiavina



## Collaborazioni con centri nazionali e internazionali

La Clinica Urologica può vantare numerose partnership con diversi Centri Urologici di rilievo in ambito europeo ed internazionale, con diverse partecipazioni in progetti di ricerca con casistiche multicentriche e con possibilità per gli Specializzandi ed i Dottorandi di frequentare tali istituti per attività chirurgica e di ricerca per un periodo massimo di 18 mesi.

- OLV Aalst, Aalst - Prof. A. Mottrie
- University "Pierre et Marie Curie", Paris - Prof. O. Traxer
- Saint Augustin Hospital, Bordeaux - Prof. R. Gaston
- Karolinska Institute, Stokholm - Prof. P.J. Wiklund
- Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - Prof. F. De LaRosa
  
- Università Vita-Salute San Raffaele – Prof. F. Montorsi
- Ospedale Cottolengo di Torino – Prof. C.M. Scoffone
- Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG) – Prof. A. Cisternino



*Clinique  
Saint-Augustin*



**Karolinska  
Institutet**



**Hospital Universitario  
12 de Octubre**



Dott. Pietro Piazza – Medico in formazione specialistica al IV anno



## Lezioni Condivise

Alla luce del successo dello scorso anno accademico, continua il progetto universitario in collaborazione con i Professori di Urologia di tutte le sedi italiane, coordinato dal Senato degli Specializzandi, con la partecipazione di oltre 220 medici in formazione specialistica collegati da tutta Italia.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

UNITÀ OPERATIVA DI UROLOGIA  
Scuola di Specializzazione in Urologia  
Direttore: Prof. Eugenio Brunocilla

CALENDARIO LEZIONI  
Anno Accademico 2018-2019

**Febbraio 2020 – 5° anno**

05/02/2020	Chirurgia del tumore renale avanzato	Prof. E. Brunocilla
12/02/2020	La chirurgia robot-assistita del tumore prostatico	Prof. R. Schiavina
19/02/2020	Anatomia chirurgica della cistectomia	Prof. E. Brunocilla
26/02/2020	Cistectomia robotica vs. open: vantaggi e limiti	Dr. A. Porreca

**Marzo 2020 – 4° anno**

04/03/2020	Ruolo della linfadenectomia nei tumori urologici	Prof. E. Brunocilla
11/03/2020	Prostatectomia radicale - Nefrectomia parziale e 3D modeling	Dr. L. Bianchi
18/03/2020	Up date sulla terapia neoadiuvante nei tumori uroteliali	Dr. F. Chessa
25/03/2020	RIRS e mini-PCNL: tecnica, strategie ed indicazioni	Dr. C. Pultrone

**Aprile 2020 – 3° anno**

01/04/2020	Derivazioni urinarie e implicazioni metaboliche	Dr. S. Concetti
01/04/2020	Diagnostica x immagini e biopsia fusion nel tumore prostatico	Dr. L. Bianchi
08/04/2020	Sorveglianza attiva e terapie focali nel tumore renale e prostatico	Dr. Chessa
15/04/2020	Infertilità e tecniche di riproduzione assistita	Dr. A. Franceschelli
22/04/2020	Terapia dell'incontinenza urinaria maschile e femminile	Dr. E. Emili

**Maggio 2020 – 2° anno**

06/05/2020	La chirurgia endoscopica, laser e a cielo aperto dell'IPB	Prof. R. Schiavina
13/05/2020	Etiopatogenesi e terapia della litiasi renale	Dr. M. Garofalo
20/05/2020	Le urgenze e i traumi andrologici e urologici	Prof. E. Brunocilla
27/05/2020	La terapia medica e chirurgica della disfunzione erettile	Dr. F. Colombo

**Giugno 2020 – 1° anno**

03/06/2020	Come scrivere un lavoro scientifico: tips & tricks	Dr. A. Bertaccini
10/06/2020	Fisiopatologia della minzione e Urodinamica	Dr. G.C. Vignoli
17/06/2020	Diagnostica per immagini nel tumore renale e prostatico	Dr.ssa Gaudiano
24/06/2020	Litiasi in gravidanza e urgenze ginecologiche in urologia	Prof. E. Brunocilla/Dr.ssa Conti

**Aula Corrado (Padiglione 1, 2° piano), ore 14.00 – 16.00**

## **DOTTORATI DI RICERCA**

I **dottorati di ricerca** in corso nell'anno accademico 2017-2018 sono i seguenti:

- **Dr. F. Chessa: “Sviluppo di un sistema di Realtà Aumentata applicato a un modello 3D della prostata, sviluppato a partire da immagini RM, al fine di facilitare la dissezione del tumore e la conservazione dei fasci neuro-vascolari durante l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale robot-assistita: studio prospettico randomizzato”** (iniziato nel 2018)

- **Dr. L. Bianchi: “3D Modelling e 3D printing per la pianificazione preoperatoria in chirurgia urologica”** (Iniziato nel 2018)



## MASTER DI II° LIVELLO IN CHIRURGIA ROBOTICA



**Scadenza Bando**  
12 febbraio 2018

**Immatricolazioni**  
20 - 28 febbraio 2018

**Periodo di svolgimento**  
settembre 2018 - febbraio 2020

Il primo Master Universitario in Chirurgia Robotica Urologica organizzato dalla nostra Unità Operativa è nato per fornire agli specialisti in Urologia le competenze e le conoscenze necessarie all'utilizzo del robot nella chirurgia di specialità e alla sua più corretta applicazione nella pratica clinica.

L'obiettivo del Master è quello di sviluppare le competenze teorico-pratiche e le abilità necessarie per eseguire in prima persona interventi chirurgici urologici robot-assistiti, supportati da un tutor membro del corpo docente del Master.

Da Settembre 2018 è stato rinnovato, e vedrà la partecipazione di 5 nuovi corsisti

all'interno di un'attività formativa multisede coordinata dall'Università di Bologna per un periodo di 18 mesi, con l'obiettivo di conferire al corsista le competenze teoriche e pratiche necessarie alla chirurgia robotica, nonché una graduale padronanza del robot, sia nella gestione dello strumentario e dei bracci operativi, sia della consolle chirurgica.

# SAMUR

SAMUR (Studi Avanzati Malattie Urologiche) è un'organizzazione scientifica senza fine di lucro, fondata dal Professore Emerito di Urologia Giuseppe Martorana: l'obiettivo di tale organizzazione è quello di promuovere e potenziare la ricerca scientifica in ambito urologico attraverso il finanziamento di programmi di ricerca, l'acquisizione di attrezzature medico scientifiche, la didattica ed il sostegno ai malati e l'attivazione di borse di studio. SAMUR ha come obiettivo:

- La promozione e il potenziamento della ricerca scientifica in urologia attraverso l'acquisto di attrezzature medico-scientifiche, il finanziamento di programmi di ricerca, l'attivazione di borse di studio per medici e biologi, etc...
- L'offerta di un servizio di sostegno e di accoglienza per i degenti della Clinica Urologica a direzione Universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
- La promozione e l'attivazione di percorsi diagnostici e programmi di prevenzione soprattutto verso patologie di natura oncologica.
- Il sostenimento delle attività di ricerca della Clinica Urologica a direzione Universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.



Per buona parte di questo anno, a causa della nota Pandemia, abbiamo dovuto fare a meno del contributo offerto dei volontari SAMUR.



# ASSEGNAZIONE TITOLO DI PROFESSORE EMERITO AL PROF. GIUSEPPE MARTORANA 4 Febbraio 2020

*“Dammi tempu ca ti perciu” ..... “disse la goccia alla roccia”*

“Questo motto, peraltro da lui stesso riportato in più occasioni, potrebbe essere la sintesi per descrivere il professore Giuseppe Martorana. Avendo avuto la possibilità di lavorare a suo fianco per oltre 20 anni, posso asserire che indubbiamente la “tenacia” ha rappresentato una delle sue caratteristiche più salienti, tenacia ma non caparbia, perchè sempre accorto nell’ascoltare, nel confrontarsi, nel verificare e infine ribaltare decisioni a volte già consolidate.

Il prof. Giuseppe Martorana, nel corso del suo mandato, ha avuto un gravoso compito, quello di adeguare la disciplina Urologica ad un alto livello tecnologico per stare al passo con i tempi.

L’istituto che ha da poco lasciato è cresciuto enormemente grazie alle sue radici culturali e al suo entusiasmo, grazie alla sua tenacia anche in periodi difficili dove si è dovuto confrontare con problematiche personali inaspettate.”

E. Brunocilla



Il Professor Giuseppe Martorana, in quiescenza dal 31 Ottobre 2016, ha ricevuto in data 4 Febbraio 2020 il titolo di professor Emerito.





# CONGRESSI ED EVENTI ORGANIZZATI IN SEDE

## LA TERAPIA FOCALE DEL TUMORE PROSTATICO E RENALE

6 - 7 dicembre 2019

Con il patrocinio di:

Regione Emilia-Romagna  
Comune di Bologna  
ALMA MATER STEPHENNA  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA  
SANTORSOLA  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA  
SIU Società Italiana di Urologia

# LA TERAPIA FOCALE

del tumore prostatico e renale

**BOLOGNA 6-7 Dicembre 2019**

**PRESIDENTI DEL CONGRESSO**  
Eugenio Brunocilla, Carla Serra

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**  
Riccardo Schiavina

**PROGRAMMA**

ECM  
agenas





# PREVENZIONE ANDROLOGICA NEGLI ADOLESCENTI DEL TERRITORIO BOLOGNESE

16 novembre 2019

**FACULTY**

**Eugenio Brunocilla**  
Ordinario di Urologia  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**Giuseppe Martorana**  
Ermonto di Urologia  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**PierLuigi Viale**  
Ordinario di Malattie Infettive  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**Fulvio Colombo**  
Direttore di Struttura Semplice  
Dipartimentale di Andrologia - AOSP

**Patrizia Hrelia**  
Ordinaria di Farmacologia  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**Lorenzo Bianchi**  
Dottorando di Urologia  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**Leonardo Calza**  
Associato di Malattie Infettive  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**Antonietta D'Antuono**  
Ricercatrice di Malattie Cutanee e Veneree  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**Alessandro Franceschelli**  
Dirigente Medico c/o Struttura Semplice  
Dipartimentale di Andrologia AOSP



**SEDE CONGRESSUALE**  
Aula Absidale S. Lucia  
Via De' Chiari, 25  
Bologna.

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**  
Prof. Giuseppe Martorana

**SEGRETERIA SCIENTIFICA**  
Dott.ssa Gala Sole Giorgi  
Associazione Samur Onlus  
Studi Avanzati Malattie Urologiche  
c/o Clinica Urologica Alma Mater Studiorum  
Università di Bologna  
Policlinico S. Orsola-Malpighi  
Via Pelagio Palagi, 9 - 40138 Bologna  
Tel. 051 302082 - Cell. 3385400295  
info@samur.it - www.samur.it



**Rotary**

**Prevenzione andrologica negli adolescenti del territorio bolognese**

**Sabato, 16 novembre 2019**  
Aula Absidale S. Lucia - ore 9.00  
Via De' Chiari, 25 - Bologna

"Pianeta Uomo" è un progetto di Educazione Sanitaria rivolto agli adolescenti delle Scuole Secondarie di secondo grado

**SANTORSOLA** SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (S.S.) - PEDIATRIA (S.S.) - UROLOGIA (S.S.) - UROLOGIA (S.S.) - UROLOGIA (S.S.)

**Andrologia**



# L'UOMO CON TUMORE DELLA PROSTATA METASTATICO: L'ORGANIZZAZIONE DI UNA RETE DI CURE MULTIDISCIPLINARE.

7 febbraio 2020



# PARTECIPAZIONE A CONGRESSI ED EVENTI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

## LAPAROSCOPY IN MOTION: LIVE SURGERY

24 Gennaio 2020

### RESPONSABILE SCIENTIFICO

**UMBERTO VITTORIO MAESTRONI**  
Direttore U.O. Urologia, A.O.U. Parma

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

**TOMMASO BOCCHIALINI**  
**FRANCESCO DINALE**  
**STEFANIA FERRETTI**  
**FRANCESCO ZIGLIOLI**

### CREDITI ECM

Il corso ha ottenuto 4,9 crediti ECM per Infermiere, Medico Chirurgo, discipline: Oncologia, Chirurgia Generale, Urologia

### CON IL PATROCINIO DI



### OBIETTIVO FORMATIVO

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)

### CON LA SPONSORIZZAZIONE NON CONDIZIONANTE DI



### PROVIDER ECM E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**OVER SRL** tel 0372 23310 info@overgroup.eu www.overgroup.eu

### PROGRAMMA PRELIMINARE



### 3RD UROLOGICAL MEETING IN PARMA

## Laparoscopy in Motion: Live Surgery

VENERDI  
**24 GENNAIO 2020**

A.O.U. DI PARMA  
Via Abbeveratoia - 43126 Parma

### RAZIONALE

La terza edizione di "Laparoscopy in Motion: Live Surgery" ripropone il format già collaudato nelle prime due edizioni, ovvero una giornata di confronto, approfondimento e dibattito in merito alla tecnica laparoscopica nella chirurgia uro-oncologica. Il programma prevede anzitutto la realizzazione di quattro interventi in diretta in ambito uro-oncologico, eseguiti da esperti chirurghi provenienti da diverse strutture ospedaliero-universitarie. È inoltre prevista una tavola rotonda sul tema dell'addestramento chirurgico nell'era dell'intelligenza artificiale, tema di grande attualità ed interesse per la comunità scientifica, con ricadute importanti anche nella pratica quotidiana degli operatori.

### DOCENTI

**Alessandro Antonelli** (Verona)  
**Walter Artibani** (Abano Terme, PD)  
**Eugenio Brunocilla** (Bologna)  
**Marco Carini** (Firenze)  
**Antonio Celia** (Bassano del Grappa, PD)  
**Francesco Dinale** (Parma)  
**Vincenzo Ferrara** (Jesi, AN)  
**Stefania Ferretti** (Parma)  
**Franco Gaboardi** (Milano)  
**Andrea Gregori** (Milano)  
**Riccardo Grisanti** (Sassuolo, MO)  
**Carlo Introini** (Genova)  
**Umberto Vittorio Maestroni** (Parma)  
**Giuseppe Martorana** (Bologna)  
**Salvatore Micali** (Modena)  
**Ilaria Notari** (Parma)  
**Angelo Porreca** (Abano Terme, PD)  
**Matteo Tavolini** (Piacenza)  
**Carlo Terrone** (Genova)  
**Domenico Veneziano** (Reggio Calabria)  
**Stefano Zaramella** (Biella)

### PROGRAMMA

**08.30-09.00**  
Saluto Autorità e avvio lavori  
**U.V. Maestroni**

**09.00-11.30**  
**CHIRURGIA IN DIRETTA**

**SALA 1**  
Tumorectomia renale/nefrectomia transperitoneale  
OPERATORE: **F. Gaboardi**  
PROVOKER: **A. Porreca, R. Grisanti**  
AIUTO SALA: **S. Ferretti**

**SALA 2**  
Tumorectomia renale/nefrectomia extraperitoneale  
OPERATORE: **V. Ferrara**  
PROVOKER: **E. Brunocilla, C. Terrone**  
AIUTO SALA: **F. Dinale**

**11.30-12.30** ✓  
Tavola rotonda  
"L'addestramento chirurgico nell'era dell'intelligenza artificiale"  
**D. Veneziano**

La telechirurgia per migliorare la curva di apprendimento dello specializzando  
**S. Micali**  
MODERATRICE: **I. Notari**

Discussione  
**W. Artibani, M. Carini, G. Martorana**

**12.30-14.00**  
Buffet

**14.00-17.00**  
**CHIRURGIA IN DIRETTA**

**SALA 1**  
Prostatectomia radicale transperitoneale  
OPERATORE: **A. Celia**  
PROVOKER: **A. Antonelli, A. Gregori**  
AIUTO SALA: **S. Ferretti**

**SALA 2**  
Prostatectomia radicale extraperitoneale  
OPERATORE: **S. Zaramella**  
PROVOKER: **C. Introini, M. Tavolini**  
AIUTO SALA: **F. Dinale**

**17.00-17.30**  
Discussione  
**U.V. Maestroni**

**17.30-18.00**  
Questionario ECM e chiusura lavori

3RD UROLOGICAL MEETING IN PARMA

## Laparoscopy in Motion: Live Surgery

VENERDI 24 GENNAIO 2020 A.O.U. DI PARMA



# 8<sup>th</sup> INTERNATIONAL TECHNO-UROLOGY MEETING (TUM) towards artificial intelligence in surgery?

30 – 31 Gennaio 2020



**Department of Urology, San Luigi Gonzaga Hospital**  
School of Medicine - University of Torino, Orbassano, Torino, Italy

Chairmen:

**Francesco Porpiglia**

Department of Urology, San Luigi Gonzaga Hospital, School of Medicine, University of Turin, Orbassano, Italy

**Jihad H. Kaouk**

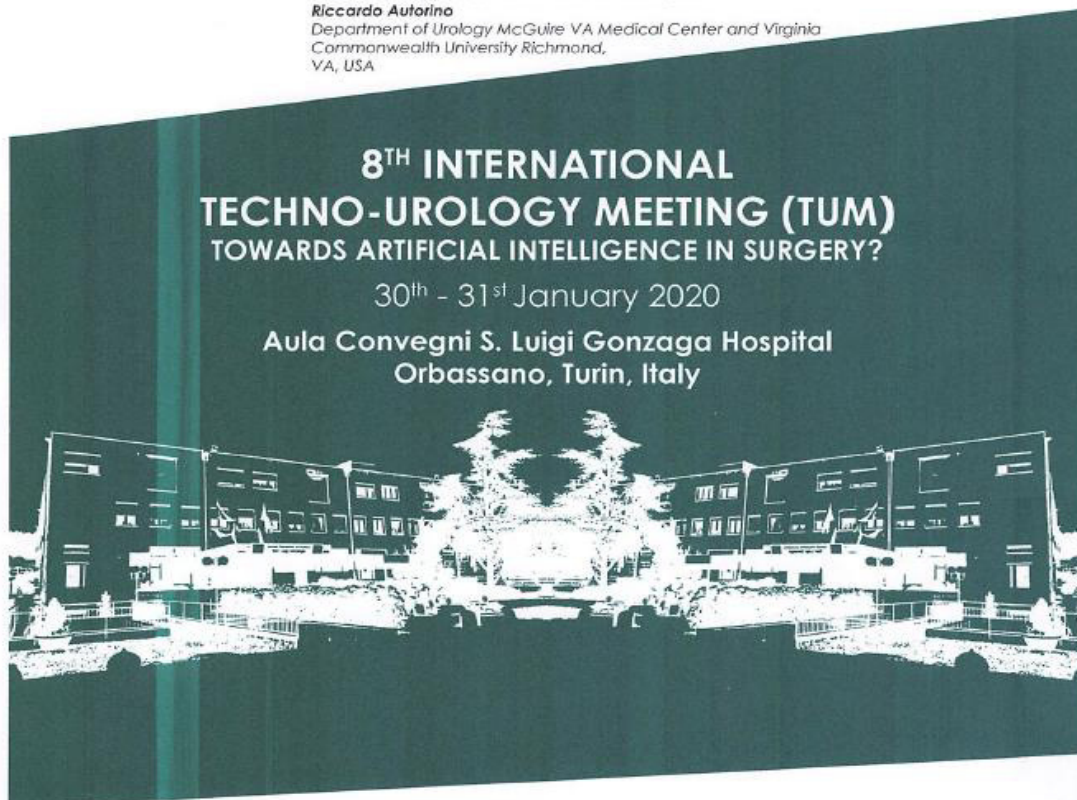
Director, Center for Robotic and ImageGuided Surgery, Cleveland Clinic, Cleveland, USA

**Alex Mottrie**

Department of Urology O.L.V. Clinic Aalst, Belgium

**Riccardo Autorino**

Department of Urology McGuire VA Medical Center and Virginia Commonwealth University Richmond, VA, USA



Patronage of:



Requested patronage of:



# IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL TUMORE PROSTATICO

9 ottobre 2020

W E B I N A R

9 OTTOBRE 2020

IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL TUMORE ALLA PROSTATA NEI PAZIENTI CON COMORBILITA'

Faculty

Alessandro Antonelli, Verona  
Walter Artibani, Verona  
Franco Bleari, Prato  
Eugenio Brunocilla, Bologna  
Marco Carini, Firenze  
Giuseppe Carrieri, Foggia  
Antonio Celia, Bassano del Grappa (Vi)  
Ottavio De Cobelli, Milano

Alberto Lapini, Firenze  
Francesco Massari, Bologna  
Andrea Minervini, Firenze  
Marco Oderda, Torino  
Fabrizio Palumbo, Monopoli (Ba)  
Angelo Porreca, Abano Terme (Pd)  
Schiavina Riccardo, Bologna



## Razionale

La maggior parte dei Registri Tumori rileva un aumento dell'incidenza del carcinoma prostatico, che attualmente, in molti Paesi occidentali, rappresenta il tumore più frequente nel sesso maschile. In Italia il tumore della prostata è attualmente la neoplasia più frequente tra i maschi (20% di tutti i tumori diagnosticati) a partire dai 50 anni di età. Nel 2011 erano attesi circa 42.000 nuovi casi. Il carcinoma prostatico ha mostrato negli ultimi decenni una costante tendenza all'aumento, particolarmente intenso negli anni 2000, in concomitanza con la maggiore diffusione del test del PSA quale strumento per la diagnosi precoce dei casi prevalenti. A partire dal 2003 il trend di incidenza si è moderatamente attenuato, specie tra i 50 e i 60 anni.

In virtù dell'elevata omodipendenza delle neoplasie prostatiche, la riduzione dei livelli circolanti di testosterone (deprivazione androgenica), ottenibile mediante differenti manipolazioni ormonali, rappresenta il trattamento di scelta nei pazienti con malattia metastatica, e trova spazio anche nel trattamento di quei pazienti con malattia più limitata non candidabili a trattamento locale con intento curativo.

Il testosterone circolante può essere mantenuto a livelli minimi anche mediante l'impiego di diversi farmaci in grado di determinarlo, con differenti meccanismi d'azione, una castrazione farmacologica: gli analoghi agonisti del LH-RH (buserelin, goserelin, leuprolide e triptorelina) e gli antagonisti del LH-RH (degarelix) si sono dimostrati ugualmente efficaci a questo riguardo. La castrazione, comunque ottenuta, è un trattamento in genere ben tollerato, ma tuttavia non scevro da effetti istrognici legati alla deprivazione androgenica (vampate di calore, perdita della potenza e della libido, fatigue, riduzione della massa muscolare, osteoporosi, anemizzazione), che possono ripercuotersi non solo sullo stato di salute generale del paziente, ma anche sulla sua qualità di vita.

Oltre a questi, che rappresentano gli effetti collaterali più noti e da tempo studiati, negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione da parte della comunità medica nei confronti di quella che viene ormai comunemente denominata "sindrome metabolica", correlata alla deprivazione androgenica. Essa è contraddistinta da un incremento dei livelli ematici di colesterolo LDL e trigliceridi, bassi livelli di colesterolo HDL, ipertensione arteriosa e ridotta tolleranza glucidica: è facile intuire come tale sindrome si associ inevitabilmente ad un aumentato rischio cardiovascolare (malattia coronarica (18%), infarto del miocardio (11%), morte cardiaca improvvisa (19%)) e di sviluppo di diabete mellito di tipo II (44%).

I risultati degli studi condotti in merito alla correlazione tra l'ipogonadismo fisiologico età-dipendente e l'insorgenza della sindrome metabolica, hanno, di fatto, aperto la strada a più recenti studi prospettici che hanno valutato l'insorgenza di insulino-resistenza e di aterosclerosi nel preciso subset di pazienti affetti da cancro alla prostata in terapia androgeno-soppressiva: dallo stretto rapporto evidenziato tra trattamento androgeno-deprivativo e incremento dei livelli di glicemia, insulineremia e obesità di tipo centrale, con il rischio di mortalità cardiovascolare conseguente (per cui la presenza della sindrome metabolica è stata stimata essere presente in più del 50% dei pazienti con carcinoma della prostata in terapia androgeno-soppressiva già dopo un solo anno di trattamento), emerge la necessità di valutare con attenzione il rischio cardiovascolare del singolo paziente cui il trattamento viene ad essere erogato, anche perché l'età sempre più giovane in cui tale malattia viene diagnosticata, inevitabilmente si traduce in una maggiore durata dei trattamenti, con possibili effetti collaterali evidenzabili a lungo termine.

Obiettivo del Progetto, è quello di attenzionare gli specialisti Urologi ed Oncologi: - alla valutazione dell'incidenza di Sindrome Metabolica nei pazienti con CA prostatica che avviano al trattamento farmacologico ormonale con agonisti ed antagonisti, - ad una appropriata valutazione dei rischi di insorgenza di Sindrome Metabolica nei pazienti in trattamento con terapia ormonale.

Tutto ciò in quanto, spesso e volentieri, i pazienti tra 50 e 65 anni, presentano già i primi segnali di Sindrome Metabolica ed è quindi di fondamentale importanza stabilire la terapia più adatta GnRH/GnRH - ant. Infatti alcuni studi hanno messo in evidenza una minore incidenza di incidenti cardiovascolari in pazienti in trattamento con antagonisti rispetto a quelli trattati con gli agonisti.

9 Ottobre 2020

14,30	Apertura lavori Walter Artibani, Angelo Porreca
	I SESSIONE Moderatori: Eugenio Brunocilla - Marco Carini
15,00	Il trattamento del tumore alla prostata secondo le più recenti linee guida: update 2020 Riccardo Schiavina - Marco Oderda
15,20	Sindrome Metabolica: - Trattamento sostitutivo con Testosterone. Consigli per la pratica clinica Fabrizio Palumbo - Conoscere e prevenire i fattori di rischio correlati alla diagnosi ed al trattamento del CA prostatico Andrea Minervini
16,00	Discussione
	II SESSIONE Moderatori: Walter Artibani - Ottavio De Cobelli - Giuseppe Carrieri
16,30	Terapia di deprivazione androgenica nel carcinoma della prostata e rischio cardiovascolare Alessandro Antonelli
17,00	Cardiotossicità della terapia farmacologica (I e II linea) del tumore alla prostata Francesco Massari
17,30	Il paziente con tumore alla prostata e comorbilità - Esperienze a confronto Angelo Porreca - Antonio Celia - Alberto Lapini - Franco Bleari
18,00	Chiusura dei lavori
	VERIFICA DI APPRENDIMENTO

Durante il meeting Webinar è intervenuto il prof R. Schiavina trattando la lezione: ***"Il trattamento del tumore alla prostate secondo le più recenti linee guida: update 2020"***

# TERAPIE ABLATIVE NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO E RENALE

9-10 ottobre 2020



## Terapie ablative nel trattamento del carcinoma prostatico e renale

E-learning FAD - Live

9 - 10 Ottobre 2020

Venerdì, 9 Ottobre 2020	Sabato, 10 Ottobre 2020	FACULTY
<b>TUMORE DEL RENE</b>	<b>LA NEOPLASIA PROSTATICA LOCALIZZATA: TERAPIA FOCALE</b>	<b>Antonelli Alessandro</b> - Verona <b>Barret Eric</b> - Parigi <b>Brunocilla Eugenio</b> - Bologna <b>Cardone Giampaolo</b> - Milano <b>Carrieri Giuseppe</b> - Foggia <b>Cella Antonio</b> - Bassano del Grappa (PD) <b>Cimadamore Alessia</b> - Ancona <b>Cormio Luigi</b> - Foggia <b>Emberton Mark</b> - Londra <b>Galosi Andrea B.</b> - Ancona <b>Landriscina Matteo</b> - Foggia <b>Lugnani Franco</b> - Trieste <b>Macarini Luca</b> - Foggia <b>Novara Giacomo</b> - Padova <b>Panbianco Valeria</b> - Roma <b>Porreca Angelo</b> - Abano Terme (PD) <b>Rocco Bernardo</b> - Reggio Emilia <b>Salvioni Roberto</b> - Milano <b>Schiavina Riccardo</b> - Bologna <b>Selvaggio Oscar</b> - Foggia <b>Serra Carla</b> - Bologna <b>Spreafico Carlo</b> - Milano <b>Volpe Alessandro</b> - Novara
8.50 - 9.00 Apertura e presentazione dell'evento G. Carrieri, A. Cella	8.50 - 9.00 Apertura e presentazione dell'evento G. Carrieri, A. Cella	
<b>I SESSIONE - DIAGNOSTICA E SELEZIONE DEL PAZIENTE</b> Moderatori: A. Porreca, E. Brunocilla	<b>I SESSIONE - SELEZIONE DEL PAZIENTE</b> Moderatori: A. B. Galosi, G. Carrieri	
9.00 - 9.20 Imaging "piccole masse renali": what's news L. Macarini	9.00 - 9.20 RMNmp: è sufficiente? G. Cardone	
9.20 - 9.40 Biopsia renale: come e quando A. Volpe	9.20 - 9.40 Quale biopsia? standard vs fusion G. Novara	
9.40 - 10.00 Terapie ablative: il candidato ideale A. Antonelli	9.40 - 10.00 Index lesion e terapia focale: razionale anatomo-patologico A. Cimadamore	
<b>RE-LIVE - TECNICHE ABLATIVE STEP BY STEP</b>	10.00 - 10.20 Re-live fusion biopsy with vivascope B. Rocco	
10.00 - 10.20 Crioablazione percutanea renale C. Spreafico	10.20 - 10.40 Hifu Focal Therapy E. Barret	
10.20 - 10.40 Crioablazione laparoscopica renale A. Cella	10.40 - 11.00 Focal cryotherapy E. Barret	
10.40 - 11.00 Radiofrequenza C. Serra	11.00 - 11.30 Break	
11.00 - 11.20 Miscellanea (Irr. Mw) O. Selvaggio	<b>II SESSIONE - RISULTATI</b>	
11.20 - 11.30 Break	11.30 - 11.50 Risultati oncologici e funzionali: a che punto siamo? M. Emberton	
<b>II SESSIONE - RISULTATI</b>	11.50 - 12.10 Terapia focale e follow up: imaging (RM vs PET-TC psma) V. Panbianco	
11.30 - 11.50 Crioablazione renale: risultati e comparazione vs GS R. Schiavina	12.10 - 12.30 Terapia focale di salvataggio e terapia medica A. B. Galosi	
11.50 - 12.10 Chirurgia ablative dei secondarismi F. Lugnani	12.30 - 12.50 Terapia ablative e terapia ormonale di ultima generazione nel trattamento del carcinoma prostatico M. Landriscina	
12.10 - 12.30 Follow up dopo chirurgia renale ablative C. Serra	12.50 - 13.00 Chiusura dei lavori	
12.30 - 12.50 Terapia ablative del cr. renale metastatico R. Salvioni		
12.50 - 13.50 Tavola rotonda sugli argomenti sopra indicati		
13.50 - 14.00 Discussioni casi clinici e confronto tra i vari approcci Moderatore: Prof. A. Antonelli Discussanti: C. Serra, C. Spreafico, L. Cormio, A. Cella		
		<b>ACCREDITAMENTO ECM</b> L'evento "TERAPIE ABLATIVE NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO E RENALE" è stato inserito nel Piano Formativo Annuale 2020 per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Provider Standard Intermeeting n°102. L'accreditamento è stato effettuato per la categoria di Medico Chirurgo con specializzazione in: Oncologia; Radiodiagnostica; Radioterapia; Urologia; Chirurgia Generale; Medicina Interna. Il Provider ha assegnato a questo corso n° 13,5 crediti formativi qualora il partecipante segua tutte le lezioni del corso e risponda correttamente ai quesiti del questionario ECM. Gli attestati ECM saranno scaricabili direttamente dalla piattaforma. ID EVENTO ECM: 299472. <b>OBBIETTIVO FORMATIVO:</b> Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura. Per ottenere i crediti ECM sarà necessario superare il questionario ECM.

Durante il Webinar è intervenuto il Prof. R. Schiavina che ha trattato la lezione: **"CRIOABLAZIONE RENALE: RISULTATI E COMPARAZIONE VS GS"**



**SIU 2020 – ROMA**

17-18 ottobre 2020

**siu** Società Italiana  
di Urologia  
dal 1908

**93° CONGRESSO  
NAZIONALE**

**ROMA**  
**17/18 OTTOBRE 2020**  
Auditorium del Massimo

**siu**<sup>2020</sup>  
iBRiDO

[www.congresso.siu.it](http://www.congresso.siu.it)  [#siu20](https://twitter.com/siu20)





## Relazioni

**Prof. E. Brunocilla: SCELTA TRA APPROCCIO CONSERVATIVO O RADICALE NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL TUMORE DEL RENE: DAVVERO LA PARZIALE VA SEMPRE ESEGUITA QUANDO TECNICAMENTE FATTIBILE? *Quanto conta l'evidenza intra-operatoria? Quali criteri per radicalizzare?***

**Prof. R. Schiavina: DALLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE MASSE RENALI ALL'IMAGING RADIOLOGICO E SCORE NEFROMETRICI**

**Prof. R. Schiavina: Dibattito case-based: TERAPIE COMBinate NEL TRATTAMENTO DEL TUMORE PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO/HIGH-RISK SOTTOPOSTO A TERAPIA PRIMARIA: COSA FARE?**

## Abstract

Poster selezionato tra le migliori comunicazioni del congresso

**AUGMENTED REALITY 3D GUIDANCE FOR REAL-TIME NERVE SPARING DISSECTION DURING RARP: PATHOLOGIC EVALUATION IN A PROPENSITY MATCHED COHORT**

Bianchi L, Mineo Bianchi F, Schiavina R, Cercenelli L, Lodi S, Bortolani B, Gaudio C, Angiolini A, Chessa F, Casablanca C, Droghetti M, Mottaran A, Porreca, Golfieri R, Romagnoli D, Diciotti S, Marcelli E, Brunocilla E

**3D RENAL MODELING IN ORDER TO IMPROVE THE PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY.**

Giampaoli M, Pultrone C.V, Bianchi L, Molinaroli E, Angiolini A, Mottaran A, Recenti D, Chessa F, Schiavina R, Brunocilla E

**CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS AFFECTING CLINICALLY SIGNIFICANT PROSTATE CANCER DETECTION IN PI-RADS- V2 SCORE 3 INDEX LESIONS**

Giampaoli M, Barbaresi U, Chessa F, Beretta C, Bianchi L, Duro F, Balestrazzi E, Gaudio C, Corcioni B, Droghetti M, Golfieri R, Brunocilla E, Schiavina R

**HOW TO SELECT PATIENTS WITH SMALL RENAL MASS FOR ABLATION OR PARTIAL NEPHRECTOMY? THE IMPACT OF HISTOLOGIC VARIANT AND TUMOR'S SIZE**

Mineo Bianchi F, Bianchi L, Chessa F, Barbaresi U, Casablanca C, Mottaran A, Piazza P, Droghetti M, Roveroni C, Balestrazzi E, Gaudio C, Porreca P, De Concilio B, Serra C, Celia A, Schiavina R, Brunocilla E

**LOCAL ABLATION OF RENAL TUMORS: REAL COMPETITOR OF PARTIAL NEPHRECTOMY? A PROPENSITY SCORE MATCH ANALYSIS**

Bianchi L, Schiavina R, Mineo Bianchi F, Chessa F, Piazza P, Mottaran A, Ercolino A, Boschi S, Cevenini M, Roveroni C, Droghetti M, Serra C, Gaudio C, Golfieri R, Porreca A, De Concilio B, Brunocilla E, Celia A.

## **RADICAL CYSTECTOMY AND FAST TRACK ENHANCED RECOVERY PROTOCOL: THE IMPACT OF SURGICAL TECHNIQUE AND A TRIFECTA PROPOSAL**

Droghetti M, Ercolino A, Chessa F, Bianchi L, Mottaran A, Romagnoli D, Giampaoli M, Cevenini M, Casablanca C, Barbaresi U, Mineo Bianchi F, Porreca A, Schiavina R, Brunocilla E.

## **REAL-TIME AUGMENTED REALITY 3D-GUIDED ROBOTIC RADICAL PROSTATECTOMY: PRELIMINARY EXPERIENCE AND EVALUATION OF THE IMPACT ON SURGICAL PLANNING**

Schiavina R, Bianchi L, Chessa F, Cercenelli L, Lodi S, Bortolani B, Gaudiano C, Angiolini A, Mineo Bianchi F, Casablanca C, Droghetti M, Mottaran A, Porreca, Golfieri R, Romagnoli D, Diciotti S, Marcelli E, Brunocilla E.

Video

## **IMAGING GUIDED SURGERY WITH AUGMENTED REALITY FOR ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY**

Schiavina R, Bianchi L, Angiolini A, Barbaresi U, Chessa F, Marcelli M, Bortolani B, Cercenelli L, Lodi S, Diciotti S, Brunocilla E.

## EAU AMSTERDAM

20-24 Marzo 2020



### Abstract

#### **LOCAL ABLATION OF RENAL TUMORS: REAL COMPETITOR OF PARTIAL NEPHRECTOMY? A PROPENSITY-SCORE MATCHING ANALYSIS**

Bianchi L, Schiavina R, Piazza P, Chessa F, Ercolino A, Droghetti M, Colella A, Mottaran A, Martina M, Serra C, Gaudiano C, De Concilio B, Celia A, Brunocilla E.

#### **THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IN ACTIVE SURVEILLANCE FOR PROSTATE CANCER. THE ROMAS PROJECT: FOUR YEARS EXPERIENCE IN A RANDOMIZED, PROSPECTIVE STUDY**

Schiavina R, Borghesi M, Mineo Bianchi F, Guerra M, Bianchi L, Verze P, Angiolini A, Barbaresi U, Di Fresco S, Piazza P, La Rocca R, Lambertini L, Mirone L, Brunocilla E.

#### **DIAGNOSTIC ACCURACY OF A NOVEL 29 MHZ MICRO-ULTRASOUND FOR THE DETECTION OF CLINICALLY SIGNIFICANT PROSTATE CANCER ON PROSTATE BIOPSY SPECIMEN: A PROSPECTIVE SINGLE INSTITUTIONAL STUDY.**

Chessa F, Ercolino A, Gaudiano C, Giusti D, Bianchi L, Borghesi M, Pultrone C.V, Marcelli E, Lodigiani L, Schiavina R, Brunocilla E.

#### **REAL-TIME AUGMENTED REALITY 3D-GUIDED ROBOTIC RADICAL PROSTATECTOMY: PRELIMINARY EXPERIENCE AND EVALUATION OF THE IMPACT ON SURGICAL PLANNING**

Schiavina R, Bianchi L, Chessa F, Cercenelli L, Lodi S, Bortolani B, Gaudiano C, Angiolini A, Mineo Bianchi F, Casablanca C, Droghetti M, Mottaran A, Porreca A, Golfieri R, Romagnoli D, Diciotti S, Marcelli E, Brunocilla E



**RADICAL CYSTECTOMY AND FAST TRACK ENHANCED RECOVERY PROTOCOL: THE IMPACT OF ROBOTIC AND OPEN APPROACH ON ERAS MILESTONES.**

Droghetti M, Romagnoli D, Ercolino A, Bianchi L, Cevenini M, Giampaoli M, Schiavina R, Porreca A, Brunocilla E.

**THE IMPACT OF 3D DIGITAL RECONSTRUCTION ON THE SURGICAL PLANNING OF PARTIAL NEPHRECTOMY: A PROSPECTIVE CASE-CONTROL TRIAL**

Barbaresi U, Bianchi L, Schiavina R, Chessa F, Angiolini A, Mineo Bianchi F, Molinaroli E, Bortolani B, Cercenelli L, Marcelli M, Brunocilla E.

Video

**3D RECONSTRUCTION AND PHYSICAL RENAL MODEL TO IMPROVE PERCUTANEOUS PUNCTURE DURING PNL.**

Angiolini A, Barbaresi U, Bianchi L, Schiavina R, Pultrone C.V, Manfredi F, Garofalo M, Bortolani B, Cercenelli L, Borghesi M, Chessa F, Sessaggesimi E, Gaudiano C, Marcelli E, Brunocilla E.

Video

**AUGMENTED REALITY TO GUIDE SELECTIVE CLAMPING DURING ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY: A PRELIMINARY EXPERIENCE**

Schiavina R, Bianchi L, Angiolini A, Barbaresi U, Chessa F, Marcelli M, Bortolani B, Cercenelli L, Lodi S, Diciotti S, Brunocilla E.

Video

**A NOVEL ROBOTIC APPROACH TO TREAT BPH: FIRST EXPERIENCE WITH AQUABLATION**

Bianchi L, Guerra M, Chessa F, Borghesi M, Pultrone C.V, Beretta C, Angiolini A, Molinaroli E, Schiavina R, Brunocilla E.

## AUA WASHINGTON DC

15-18 maggio 2020



### Abstract

#### **LOCAL ABLATION OF RENAL TUMORS: REAL COMPETITOR OF PARTIAL NEPHRECTOMY? A PROPENSITY-SCORE MATCHING ANALYSIS**

Bianchi L, Schiavina R, Piazza P, Chessa F, Ercolino A, Droghetti M, Colella A, Mottaran A, Masetti M, Serra C, Gaudiano C, De Concilio B, Celia A, Brunocilla E.

#### **EARLY SALVAGE RADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH INTERMEDIATE RISK PROSTATE CANCER (EASY-1): PRELIMINARY RESULTS OF A FEASIBILITY STUDY.**

Dionisi V, Ntreta M, Schiavina R, Bianchi L, Arcelli A, Droghetti M, Benini A, Cammelli S, Morganti A.G, Brunocilla E.

**PERIOPERATIVE OUTCOMES OF FAST TRACK PROTOCOL APPLIED TO PATIENTS TREATED WITH RADICAL CYSTECTOMY AND INTESTINAL URINARY DIVERSION: A COMPARISON WITH STANDARD MANAGEMENT IN A HIGH-VOLUME CENTER AND A TRIFECTA PROPOSAL.**

Ercolino A, Droghetti M, Mineo Bianchi F, Chessa F, Colella A, Recenti D, Mottaran A, Bianchi L, Schiavina R, Brunocilla E.

**THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IN ACTIVE SURVEILLANCE FOR PROSTATE CANCER.THE ROMAS PROJECT: FOUR YEARS EXPERIENCE IN A RANDOMIZED, PROSPECTIVE STUDY.**

Mineo Bianchi F, Borghesi M, Schiavina R, Guerra M, Bianchi L, Verze P, Angiolini A, Barbaresi U, Di Fresco S, Piazza P, La Rocca R, Lambertini L, Mirone V, Brunocilla E.

Video

**AUGMENTED REALITY TO GUIDE SELECTIVE CLAMPING DURING ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY: A PRELIMINARY EXPERIENCE**

Schiavina R, Bianchi L, Angiolini A, Barbaresi U, Chessa F, Marcelli M, Bortolani B, Cercenelli L, Lodi S, Diciotti S, Brunocilla E.

Video

**A NOVEL ROBOTIC APPROACH TO TREAT BPH: FIRST EXPERIENCE WITH AQUABLATION**

Bianchi L, Guerra M, Chessa F, Borghesi M, Pultrone C.V, Beretta C, Angiolini A, Molinaroli E, Schiavina R, Brunocilla E.

## CONGRESSO IEA 2020

Febbraio 2020



In febbraio 2020 il dottor Andrea Angiolini ha ricevuto il premio “Columbus Award – in memory of Paolo Ribotto” durante il Congresso IEA 2020 per il miglior Video:

**IMAGING GUIDED SURGERY WITH AUGMENTED REALITY FOR ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY.** Schiavina R, Angiolini A, Barbaresi U, Porreca A, Chessa F, Lodi F, Pultrone C.V, Diciotti S, Bortolani B, Cercenelli B, Cercenelli L, Gaudiano C, Marcelli E, Brunocilla E

Il premio è stato consegnato dalla Dott.ssa Carbone, madre del Dott. Paolo Ribotto accompagnata dal Prof. Bianchi e dal Prof. Scarpa





# PUBBLICAZIONI



## **PREDICTION NOMOGRAM FOR 68 GA-PSMA-11 PET/CT IN DIFFERENT CLINICAL SETTINGS OF PSA FAILURE AFTER RADICAL TREATMENT FOR PROSTATE CANCER**

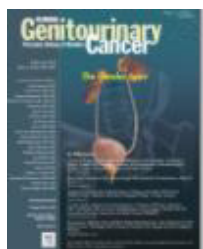
Ceci F, Bianchi L, Borghesi M, Polverari G, Farolfi A, Briganti A, Schiavina R, Brunocilla E, Castellucci P, Fanti S.  
Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2020 Jan

## **PREDICTIVE ACCURACY AND CLINICAL BENEFIT OF A NOMOGRAM AIMED TO PREDICT 68 GA-PSMA PET/CT POSITIVITY IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER RECURRENCE AND PSA < 1 NG/ML EXTERNAL VALIDATION ON A SINGLE INSTITUTION DATABASE**

Bianchi L, Borghesi M, Schiavina R, Castellucci P, Ercolino A, Bianchi FM, Barbaresi U, Polverari G, Brunocilla E, Fanti S, Ceci F.  
Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2020 Aug

## **TESTIS SPARING SURGERY OF SMALL TESTICULAR MASSES: RETROSPECTIVE ANALYSIS OF A MULTICENTER COHORT**

Gentile G, Rizzo M, Bianchi L, Falcone M, Dente D, Cilletti M, Franceschelli A, Vagnoni V, Garofalo M, Schiavina R, Brunocilla E, Claps F, Liguori G, Trombetta C, Timpano M, Rolle L, Porreca A, Leonardo C, De Nunzio C, Colombo F, Franco G  
J Urol. 2020 Apr20



## **IMPROVING IMDC PROGNOSTIC PREDICTION THROUGH EVALUATION OF INITIAL SITE OF METASTASIS IN PATIENTS WITH METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA**

Di Nunno V, Mollica V, Schiavina R, Nobili E, Fiorentino M, Brunocilla E, Ardizzoni A, Massari F.  
Clin Genitourin Cancer. 2020 Apr

## **AUGMENTED REALITY TO GUIDE SELECTIVE CLAMPING AND TUMOR DISSECTION DURING ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY: A PRELIMINARY EXPERIENCE**

Schiavina R, Bianchi L, Chessa F, Barbaresi U, Cercenelli L, Lodi S, Gaudiano C, Bortolani B, Angiolini A, Bianchi FM, Ercolino A, Casablanca C, Molinaroli E, Porreca A, Golfieri R, Diciotti S, Marcelli E, Brunocilla E.  
Clin Genitourin Cancer. 2020 Sep 18



## **WHICH PATIENTS WITH CLINICAL LOCALIZED RENAL MASS WOULD ACHIEVE THE TRIFECTA AFTER PARTIAL NEPHRECTOMY? THE IMPACT OF SURGICAL TECHNIQUE**

Bianchi L, Schiavina R, Borghesi M, Chessa F, Casablanca C, Angiolini A, Ercolino A, Pultrone CV, Mineo Bianchi F, Barbaresi U, Piazza P, Manferrari F, Bertaccini A, Fiorentino M, Ferro M, Porreca A, Marcelli E, Brunocilla E  
Minerva UrolNefrol. 2020 Jun

## **PATTERNS OF POSITIVE SURGICAL MARGINS AFTER OPEN RADICAL PROSTATECTOMY AND THEIR ASSOCIATION WITH CLINICAL RECURRENCE**

Bianchi L, Schiavina R, Borghesi M, Casablanca C, Chessa F, Mineo Bianchi F, Pultrone C, Vagnoni V, Ercolino A, Dababneh H, Fiorentino M, Brunocilla E.  
Minerva UrolNefrol. 2020 Aug

## **THE ROLE OF MRI-GUIDED BIOPSY FOR DIAGNOSIS OF PROSTATE CANCER; COMPARISON BETWEEN FUSION AND "IN-BORE" APPROACHES**

D'agostino D, Casablanca C, Mineo Bianchi F, Corsi P, Romagnoli D, Giampaoli M, Fiori C, Schiavina R, Brunocilla E, Artibani W, Porreca A.  
Minerva UrolNefrol. 2020 May 26

## **CURRENT STRATEGIES AND NOVEL THERAPEUTIC APPROACHES FOR METASTATIC UROTHELIAL CARCINOMA**

Mollica V, Rizzo A, Montironi R, Cheng L, Giunchi F, Schiavina R, Santoni M, Fiorentino M, Lopez-Beltran A, Brunocilla E, Brandi G, Massari F.  
Cancers (Basel). 2020 Jun 2



## **HOW CAN MPMRI HELP SURGICAL PLANNING IN HIGH RISK PROSTATE CANCER?**

Bianchi L, Schiavina R, Brunocilla E.  
Prostate Cancer Prostatic Dis. 2020 Jun

## **SEGMENTAL URETERECTOMY VS. RADICAL NEPHROURETERECTOMY FOR URETERAL CARCINOMA IN PATIENTS WITH A PREOPERATIVE GLOMERULAR FILTRATION RATE LESS THAN 90 ML/MIN/1.73 M<sup>2</sup>: A MULTICENTER STUDY**

Abrate A, Sessa F, Campi R, Preto M, Olivero A, Varca V, Benelli A, Sessa M, Sebastianelli A, Pavone C, Serretta V, Vella M, Brunocilla E, Serni S, Trombetta C, Terrone C, Gregori A, Lissiani A, Gontero P, Schiavina R, Gacci M, Simonato A.  
Urol Oncol. 2020 Jun





### **PREDICTING POSITIVE SURGICAL MARGINS IN PARTIAL NEPHRECTOMY: A PROSPECTIVE MULTICENTRE OBSERVATIONAL STUDY (THE RECORD 2 PROJECT)**

Schiavina R, Mari A, Bianchi L, Amparore D, Antonelli A, Artibani W, Brunocilla E, Capitanio U, Fiori C, Di Maida F, Gontero P, Larcher A, Li Marzi V, Longo N, Marra G, Montanari E, Porpiglia F, Roscigno M, Simeone C, Siracusano S, Tellini R, Terrone C, Villari D, Ficarra V, Carini M, Minervini A; Collaborators  
Eur J Surg Oncol. 2020 Jul

### **PERIOPERATIVE OUTCOMES OF OPEN, LAPAROSCOPIC, AND ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY: A PROSPECTIVE MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY (THE RECORD 2 PROJECT)**

Bravi CA, Larcher A, Capitanio U, Mari A, Antonelli A, Artibani W, Barale M, Bertini R, Bove P, Brunocilla E, Da Pozzo L, Di Maida F, Fiori C, Gontero P, Li Marzi V, Longo N, Mirone V, Montanari E, Porpiglia F, Schiavina R, Schips L, Simeone C, Siracusano S, Terrone C, Trombetta C, Volpe A, Montorsi F, Ficarra V, Carini M, Minervini  
Eur J Surg Oncol. 2019 Nov

### **THE DRAMATIC COVID 19 OUTBREAK IN ITALY IS RESPONSIBLE OF A HUGE DROP OF UROLOGICAL SURGICAL ACTIVITY: A MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY**

Rocco B, Sighinolfi MC, Sandri M, Altieri V, Amenta M, Annino F, Antonelli A, Baio R, Bertolo R, Bocciardi A, Borghesi M, Bove P, Bozzini G, Brunocilla E, Cacciamani G, Calori A, Cafarelli A, Celia A, Carbone A, Cocci A, Corsaro A, Costa G, Ceruti C, Cindolo L, Crivellaro S, Dalpiaz O, D'Agostino D, Dall'Oglio B, Dente D, Falabella R, Falsaperla M, Ferrari G, Finocchiaro M, Flammia S, Gaboardi F, Galfano A, Gallo F, Gatti L, Greco F, Khorrami S, Leonardo C, Marengi C, Nucciotti R, Oderda M, Pagliarulo V, Parma P, Pastore AL, Pini G, Porreca A, Pucci L, Schenone M, Schiavina R, Sciorio C, Spirito L, Tafuri A, Terrone C, Umari P, Varca V, Veneziano D, Verze P, Volpe A, Micali S, Berti L, Zaramella S, Zegna L, Bertellini E, Minervini A.  
BJUJ 2020 Jun 18



### **INTRACORPOREAL ORTHOTOPIC ILEAL NEOBLADDER: A SAFE STRATEGY IN ELDERLY PATIENTS? RESULTS OF PROPENSITY SCORE MATCHING IN A SINGLE HIGH-VOLUME CENTER**

Romagnoli D, Bianchi FM, Corsi P, D'Agostino D, Giampaoli M, Bianchi L, Chessa F, Schiavina R, Brunocilla E, Artibani W, Porreca A.



**SECONDARY BLADDER AMYLOIDOSIS DUE TO CROHN'S DISEASE: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Droghetti M, Ercolino A, Piazza P, Bianchi L, Fabrizio B, Giunchi F, Mineo Bianchi F, Barbaresi U, Casablanca C, Tonin E, Mottaran A, Fiorentino M, Schiavina R, Brunocilla E.  
CEN Case Rep, 2020 Nov 9

**"IN-BORE" MRI-GUIDED PROSTATE BIOPSY FOR PROSTATE CANCER DIAGNOSIS: RESULTS FROM 140 CONSECUTIVE PATIENTS**

D'Agostino D, Romagnoli D, Giampaoli M, Bianchi FM, Corsi P, Del Rosso A, Schiavina R, Brunocilla E, Artibani W, Porreca A.  
Curr Urol. 2020 Mar;14



**COMBINATION THERAPY IN ADVANCED UROTHELIAL CANCER: THE ROLE OF PARP, HER-2 AND MTOR INHIBITORS**

Mollica V, Maggio I, Lopez-Beltran A, Montironi R, Cimadamore A, Cheng L, Rizzo A, Giunchi F, Schiavina R, Fiorentino M, Brunocilla E, Massari F.  
Expert Rev Anticancer Ther. 2020 Sep;20

**REAL-TIME AUGMENTED REALITY THREE-DIMENSIONAL GUIDED ROBOTIC RADICAL PROSTATECTOMY: PRELIMINARY EXPERIENCE AND EVALUATION OF THE IMPACT ON SURGICAL PLANNING**

Schiavina R, Bianchi L, Lodi S, Cercenelli L, Chessa F, Bortolani B, Gaudio C, Casablanca C, Droghetti M, Porreca A, Romagnoli D, Golfieri R, Giunchi F, Fiorentino M, Marcelli E, Diciotti S, Brunocilla E.  
Eur Urol Focus. 2020 Aug 31



**TOWARD INDIVIDUALIZED APPROACHES TO PARTIAL NEPHRECTOMY: ASSESSING THE CORRELATION BETWEEN ISCHEMIA TIME AND PATIENT HEALTH STATUS (RECORD2 PROJECT)**

Bravi CA, Mari A, Larcher A, Amparore D, Antonelli A, Artibani W, Bertini R, Bove P, Brunocilla E, Da Pozzo L, di Maida F, Fiori C, Gallioli A, Gontero P, Li Marzi V, Longo N, Mirone V, Porpiglia F, Rocco B, Schiavina R, Schips L, Simeone C, Siracusano S, Tellini R, Terrone C, Trombetta C, Ficarra V, Carini M, Montorsi F, Capitanio U, Minervini A.  
Eur Urol Oncol. 2020 Jul 6





**HOLMIUM LASER PROSTATECTOMY IN A TERTIARY ITALIAN CENTER:  
A PROSPECTIVE COST ANALYSIS IN COMPARISON WITH BIPOLAR  
TURP AND OPEN PROSTATECTOMY**

Schiavina R, Bianchi L, Giampaoli M, Borghesi M, Dababneh H, Chessa F, Pultrone C, Angiolini A, Barbaresi U, Cevenini M, Manferrari F, Bertaccini A, Porreca A, Brunocilla E.  
Arch Ital UrolAndrol. 2020 Jun 23

**NOT FATAL VENOUS AIR EMBOLISM AFTER HOLMIUM LASER  
ENUCLEATION OF THE PROSTATE: CASE REPORT AND REVIEW OF  
LITERATURE**

Romagnoli D, Ghaemian M, D'Agostino D, Corsi P, Giampaoli M, Del Rosso A, Cevenini M, Schiavina R, Brunocilla E, Davià G, Artibani W, Porreca A.  
Arch Ital UrolAndrol. 2020 Apr 7

**"IN-BORE" MRI PROSTATE BIOPSY IS A SAFE PREOPERATIVE  
CLINICAL TOOL TO EXCLUDE SIGNIFICANT PROSTATE CANCER IN  
SYMPTOMATIC PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC OBSTRUCTION  
BEFORE TRANSURETHRAL LASER ENUCLEATION**

Porreca A, D'Agostino D, Vigo M, Corsi P, Romagnoli D, Del Rosso A, Schiavina R, Brunocilla E, Artibani W, Giampaoli M.  
Arch Ital UrolAndrol. 2020 Jan 14

**IS FAST TRACK PROTOCOL A SAFE TOOL TO REDUCE  
HOSPITALIZATION TIME AFTER RADICAL CYSTECTOMY WITH ILEAL  
URINARY DIVERSION? INITIAL RESULTS FROM A SINGLE HIGH-  
VOLUME CENTRE**

Romagnoli D, Schiavina R, Bianchi L, Borghesi M, Chessa F, Mineo Bianchi F, Angiolini A, Casablanca C, Giampaoli M, Corsi P, D'Agostino D, Brunocilla E, Porreca A.  
Arch Ital UrolAndrol. 2020 Jan 14

**MRI/TRUS FUSION GUIDED BIOPSY AS FIRST APPROACH IN  
AMBULATORY SETTING: FEASIBILITY AND PERFORMANCE OF A NEW  
FUSION DEVICE**

D'Agostino D, Mineo Bianchi F, Romagnoli D, Giampaoli M, Corsi P, Del Rosso A, Schiavina R, Brunocilla E, Porreca A.  
Arch Ital UrolAndrol. 2020 Jan 13



**PERIOPERATIVE AND MID-TERM ONCOLOGICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES AFTER PARTIAL NEPHRECTOMY FOR COMPLEX (PADUA SCORE  $\geq 10$ ) RENAL TUMORS: A PROSPECTIVE MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY (THE RECORD2 PROJECT)**

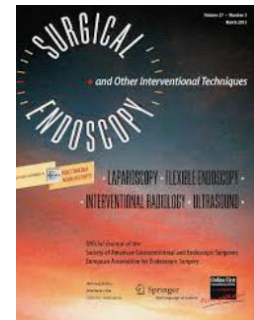
Mari A, Tellini R, Porpiglia F, Antonelli A, Schiavina R, Amparore D, Bertini R, Brunocilla E, Capitano U, Checcucci E, Da Pozzo L, Di Maida F, Fiori C, Francavilla S, Furlan M, Gontero P, Longo N, Roscigno M, Simeone C, Siracusano S, Ficarra V, Carini M, Minervini A.

Eur Urol Focus. 2020 Aug 15

**TRANSPERITONEAL VS RETROPERITONEAL MINIMALLY INVASIVE PARTIAL NEPHRECTOMY: COMPARISON OF PERIOPERATIVE OUTCOMES AND FUNCTIONAL FOLLOW-UP IN A LARGE MULTI-INSTITUTIONAL COHORT (THE RECORD 2 PROJECT)**

Porpiglia F, Mari A, Amparore D, Fiori C, Antonelli A, Artibani W, Bove P, Brunocilla E, Capitano U, Da Pozzo L, Di Maida F, Gontero P, Longo N, Marra G, Rocco B, Schiavina R, Simeone C, Siracusano S, Tellini R, Terrone C, Villari D, Ficarra V, Carini M, Minervini A; RECORD 2 Project.

Surg Endosc. 2020 Aug 27



**3D RECONSTRUCTION AND PHYSICAL RENAL MODEL TO IMPROVE PERCUTANEOUS PUNCTURE DURING PNL**

Bianchi L, Schiavina R, Barbaresi U, Angiolini A, Pultrone CV, Manferrari F, Bortolani B, Cercenelli L, Borghesi M, Chessa F, Sessagesimi E, Gaudiano C, Marcelli E, Brunocilla E.

Int Braz J Urol, 2019 Nov-Dec

# COLLABORAZIONI E RUOLI EDITORIALI IN RIVISTE INTERNAZIONALI

L'attività scientifica della Clinica Urologica, grazie all'elevata qualità della ricerca, ha consentito di ottenere una significativa visibilità internazionale. Pertanto, alcuni membri del comparto Universitario della Clinica Urologica hanno acquisito negli anni importanti collaborazioni e ruoli editoriali in riviste di elevato prestigio internazionale.

Di seguito sono riportati i ruoli editoriali attualmente ricoperti:

## **Prof. Riccardo Schiavina**

RUOLO	RIVISTA
Associate Editor	World Journal of Clinical Urology

## **Dr. Lorenzo Bianchi**

RUOLO	RIVISTA
Consulting Editor	British Journal of Urology
Associate Editor	Archivio Italiano di Urologia
Consulting Editor	BMC cancer
Consulting Editor	Frontiers in Urology



# RASSEGNA STAMPA

Sale operatorie più rosa

## Sempre più ragazze scelgono chirurgia

■ Le sale operatorie sono sempre più rosa. Dall'analisi delle scelte delle scuole di specializzazione mediche riferite ai primi 14 scaglioni dell'anno 2017-2018 emerge la forte presenza delle donne in chirurgia. I dati sono contenuti in uno studio di Maria Gabriella Coppola, medico responsabile del sindacato Anaao Giovani Campania. Per fare qualche esempio, chirurgia toracica viene scelta dal 61,7% delle studentesse contro il 38,2 dei ragazzi; chirurgia generale dal 57,2% delle giovani contro il 42,7% dei colleghi, in chirurgia vascolare 54,8% delle donne e 43,5% degli uomini. Non viene scalfito il primato femminile al vertice della classifica dell'area medica: per neuropsichiatria infantile il 91,9% è scelto dalle ragazze contro l'8,0% dei ragazzi.





### Emergenza Covid-19: la cronaca

# Un positivo in Urologia Altri tre contagi in città

Sant'Orsola, il paziente era stato operato: attività ridotta, interventi rimandati. Negativi i consiglieri e gli altri assessori. In tutto sono 19 i casi in provincia

di Federica Orlandi e Paolo Rosato

L'emergenza Coronavirus continua. È in diffida. Persino tra i reparti di ospedale. Quello di urologia del Sant'Orsola è infatti a regime di lavoro ridotto da due giorni e con ogni probabilità lo rimarrà anche per tutta la giornata di oggi. Questo perché uno dei nuovi contagiati del nostro territorio nei giorni scorsi ha subito un intervento chirurgico ed è rimasto poi ricoverato proprio in quel reparto. Così, sono state adottate misure emergenziali in tutto il reparto, per tutelare chi ci lavora e chi è ricoverato. Sono stati rimandati tutti gli interventi chirurgici previsti e ambulatoriali; i medici e tutti i sanitari possono accedere al reparto seguendo le precauzioni generali previste

nella situazione di emergenza, mentre i parenti dei pazienti possono entrare soltanto una volta, sempre seguendo le nuove, stringenti norme. **A quanto** si apprende, nessuno è stato messo in quarantena né sono stati eseguiti tamponi sui pazienti e sui sanitari, dato che per il momento nessuno di loro presenta sintomi riconducibili al Covid-19. La situazione ha però causato fermento tra i medici e gli infermieri che hanno avuto a che fare direttamente con il paziente poi rivelatosi infetto. Que-

**PIÙ PROTEZIONI INDIVIDUALI. Gli infermieri e i medici che hanno trattato l'uomo ricoverato non hanno sintomi**

sti infatti chiedono a gran voce più tutele e l'aumento dei dispositivi di protezione individuali. Intanto, sono tre i tamponi positivi annunciati ieri dalla Regione per la città di Bologna, di cui due in provincia e uno in città. È stato registrato anche il primo decesso legato al contagio: si tratta di un sessantottenne residente in Appennino. Non si esclude che abbia contratto l'infezione proprio in un ospedale del territorio. Altri quattro nuovi casi riguardano invece Medifera, nell'Emilia, dopo quello registrato ieri l'altro. In totale sono 18 le persone a oggi positive al virus in tutta la provincia. **Continua** comunque a crescere anche in tutta la regione, per un numero delle persone positive di 698 casi (più 154 rispetto a mercoledì). Sono 299 i pazienti in isolamento a casa perché non necessitano di cure ospedaliere, 32 quelli ricoverati



Il commissario ad acta ed ex assessore regionale alla Sanità, Sergio Vegetti

in terapia intensiva (6 in più rispetto a ieri). Sono saliti a 30 invece i decessi (otto in più), ma anche il numero delle persone ammalate contemporaneamente: ieri erano 10, oggi sono 18. Ferrara continua a essere l'unica provincia non ancora colpita dal virus. Alcuni consiglieri regionali, ieri e l'altroieri, si sono sottoposti a

tampone precauzionale. Tutti i tamponi effettuati sono risultati negativi. Si sono sottoposti anche i consiglieri comunali, insieme a Marco Lombardo, assessore precauzionalmente ricoverato dopo aver avuto contatti negli ultimi giorni con gli assessori regionali.

di RIPRODUZIONE

Sabato 7 marzo 2020



La redazione: 051/27456 (centralino) - 051/4892111 - Fax 051/4892112 - Via S. Lucia 1, 40124 Bologna - Tel. 051/27456 (centralino) - Fax 051/4892112

# la Repubblica Bologna

LA PAURA DEL CONTAGIO

## Maggiore e Sant'Orsola attaccati dal virus

Novanta tra medici e infermieri in attesa dell'esito del tampone. Ostetrica in malattie infettive. Sospesa l'attività chirurgica ordinaria. Venturi: "Il sistema regge, ma non andate in ambulatorio"

L'intervista

di Giuseppe Baldessarro e Rosario Di Raimondo • alle pagine 2 e 3

NUOVE MISURE RESTRITTIVE NEL WEEKEND

MERCATO ANTIQUARIO CITTÀ DI BOLOGNA Sabato e Domenica in Piazza Santo Stefano

La scuola

Studenti a casa? La Cineteca consiglia bei film

di Emanuela Giampaoli

Giulia ha 18 anni, frequenta la IUC del Minghetti e il prossimo anno, dopo la maturità, studierà legge o medicina. Le piacciono i western e le commedie come "A qualcuno piace caldo". «I film vecchi, soprattutto quelli in bianco e nero, difficili da far vedere ai miei amici» dice. «ogni tanto prova a proporli e «qualcuno magari si appunta un titolo». Così in questi giorni di sospensione delle lezioni scritte alla Cineteca per chiedere l'occasione le è parsa ghiotta e ha una serie di consigli.

• a pagina 7





▲ In sala operatoria Un intervento dell'equipe di Urologia

### L'intervista

## Il primario Brunocilla "Così abbiamo salvato il reparto di Urologia"

di Giuseppe Baldessarro

Oggi si riparte. Dopo il blocco dei ricoveri, le sale operatorie e gli ambulatori fermi, Urologia si rimette in moto al Sant'Orsola. Il reparto era stato tra i primi a essere chiuso, quando un paziente, arrivato da Piacenza, si era sottoposto a un'intervento chirurgico senza segnalare che proveniva dalla zona rossa. Risultato positivo al "Covid 19", il 6 marzo scorso all'ospedale erano scattate le misure di sicurezza.

**Professor Eugenio Brunocilla, non era scontato che si ripartisse.**

«In effetti c'era un'incognita sul futuro dell'Urologia. Temevamo che non potessimo più tornare, quantomeno a breve, a operare

collocati al quinto piano del padiglione 5, dove verrà eseguita principalmente la chirurgia robotica. Ci sarà un ulteriore allungamento delle liste di attesa, ma sono sicuro che l'azienda troverà il modo di far fronte a questo problema. È in progetto la redistribuzione di alcune patologie presso gli ospedali dell'Ausl di Bologna».

**Recuperare dopo tanti mesi di stop non sarà facile.**

«In realtà l'attività chirurgica urologica non si è mai fermata del tutto. Siamo stati ospitati presso la Casa di Cura Villa Regina dove con i miei collaboratori abbiamo operato circa 200 pazienti affetti da forme tumorali: i casi più gravi ed urgenti hanno ricevuto tutte le cure



approfondimento per verificare se ci fossero patologie pregresse.

#### ● I contagi

Non si ferma neppure la crescita del numero di contagi, a fronte anche di una quantità maggiore di tamponi eseguiti. Sono 698 i casi positivi (+154 in 24 ore). Nel dettaglio: 378 casi a Piacenza, 150 a Parma, 68 a Rimini, 45 a Modena, 31 a Reggio Emilia, 19 a Bologna, 4 a Forlì-Cesena, 3 a Ravenna.

#### ● I ricoveri e i guariti

Anche ieri la maggioranza dei nuovi contagiati aveva malesseri modesti o nessun sintomo. In generale, sono 299 i pazienti in cura a casa, in isolamento, e 32 quelli in terapia intensiva perché più gravi. Dieci le persone " clinicamente guarite ", che non presentano cioè più alcuna manifestazione clinica dovuta al virus (+4 rispetto al giorno prima).

## Al Sant'Orsola l'operazione su un paziente risultato positivo, aveva sintomi non dichiarati. Reparto diviso in due, malati in isolamento. Tamponi a una quarantina di medici e infermieri

di Giuseppe Baldessarro

Ricoveri bloccati. Sale operatorie e ambulatori fermi. Pazienti monitorati giorno e notte. Tamponi a tutti gli operatori e mezzo reparto in isolamento. Urologia al Sant'Orsola è già un caso che preoccupa i vertici del sanità regionale. Tutto è partito da un paziente ricoverato dalla scorsa settimana e operato nei giorni scorsi. Una degenza come molte, senza controindicazioni apparenti. Solo che il 52enne è poi risultato positivo al "Covid 19".

L'uomo è entrato in sala operatoria venerdì mattina dopo un breve ricovero, durante il quale avrebbe però omesso sia di dire che era stato nella zona rossa del piacentino che di avere avuto una leggera tosse. Al momento dell'intervento stava bene e, dunque, l'iter è andato avanti normalmente. Domenica se-

ra però le prime linee di febbre hanno iniziato a preoccupare i medici. Si è pensato soltanto a problema legato al decorso post operatorio, non certo al coronavirus. Lunedì il quadro clinico si è ulteriormente aggravato con la tosse e a quel punto l'équipe di Urologia, diretta dal professor Eugenio Brunocilla, ha deciso di fare gli approfondimenti del caso.

Grazie a una Tac, e si arriva a martedì, si è scoperto che il paziente aveva la polmonite, patologia che ha fatto a quel punto pensare al virus. Da qui la richiesta di un tampone urgente il cui esito è arrivato in corsia mercoledì sera con la conferma del "Covid 19". Nel giro di alcune ore sono scattate le misure di sicurezza adottate dal primario Brunocilla in accordo con il direttore generale del Sant'Orsola, Chiara Gibertoni. Ieri mattina sono stati fermati tutti i ricoveri di nuovi pazienti e gli interventi chi-

rurgici. La sala operatoria utilizzata per l'operazione al paziente contagiato (quella nella quale si usano i robot) è stata chiusa e igienizzata. La parte del reparto nel quale era ospitato il paziente è stata completamente isolata. Mentre un'altra porzione, più distante, è stata comunque posta sotto controllo.

Bloccate per una questione di sicurezza tutte le visite dei familiari dei malati ricoverati. Sempre nella giornata di ieri è stato deciso che medici (primario in testa), infermieri, specializzandi e il personale Oss (operatori socio sanitari) che è stato a contatto con il contagiato, fossero sottoposti al tampone. La speranza è che gli esami in corso, il cui esito è atteso per oggi, diano esito negativo. Si tratta di 42 persone che hanno ruotato nei diversi turni degli ultimi due giorni di ricovero del paziente che, mercoledì sera, è stato trasferito nel reparto di infettivologia. Al Sant'Orsola

hanno anche fatto una ricostituzione dell'elenco dei pazienti non stati in Urologia e dimezzato giovedì e mercoledì. Una volta tracciati sono stati avvertiti lo scio ed è stato spiegato lo in caso di sintomi influenzali non immediatamente contattati struttura sanitaria. Non c'è occupazione per i pazienti cheavano in camere distanti di quelle del contagiato o nelle singole.

Qualche apprensione c'è per quelli che si trovavano in stanze adiacenti. Allerta ma infine per i tre che sono stati cora in ospedale. Ieri anche l'attività ambulatoriale è stata fermata precauzionalmente. Se i tamponi si spera, saranno negative. Urologia riprenderà a regime. Altrimenti si pensano altre contromisure.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il 52enne che è stato operato ed è risultato positivo al coronavirus, omettendo di essere stato nella zona rossa del piacentino, è già febbrile e oggi, o lunedì sarà dimesso per trascorrere la quarantena a casa. Il reparto di Urologia è stato però dimezzato, perché è stata sospesa tutta l'attività chirurgica non urgente. E parliamo di un reparto che in una settimana opera un'ottantina di pazienti, tra interventi di robotica (una decina), urgenze e programmato. «A tutti quelli di noi che sono entrati in contatto diretto con quel paziente è stato fatto il tampone, una trentina di persone — spiega il primario, il professor Eugenio Brunocilla —, ci sono 6-7 medici, tre specializzandi e una trentina di infermieri. Il clima è preoccupato ma tranquillo».

Nei corridoi di Urologia il personale gira con le mascherine e aspetta il verdetto del tampone. «Dobbiamo aspettare almeno una settimana per avere la negatività del tampone prima di far riprendere l'attività», spiega il commissario ad acta Sergio Venturi. «Quando il paziente ha manifestato la febbre pensavamo a un problema di tipo chirurgico — ricorda ancora il primario —, quando invece dall'esame è emersa la polmonite lo abbiamo fatto trasferire alle Malattie infettive. I pazienti che erano in camera con lui sono stati isolati in altre camere: due sono già stati di-



Preoccupati Al reparto di Urologia del Sant'Orsola gli operatori sanitari aspettano l'esito dei tamponi dopo il caso di positività di un paziente

## Nell'Urologia «dimezzata» «Tampone a 30 persone e per ora niente ricoveri»

Un paziente positivo, il primario: non serve bonificare



Primario  
Eugenio  
Brunocilla  
dirige Urologia

messi con la mascherina e il paziente stesso, che ora è febbrile, verrà dimesso in un paio di giorni e farà la quarantena a casa sua». Urologia è un grosso reparto che conta 18 medici strutturati, 30 specializzandi e 65 infermieri. Un piccolo esercito che ora aspetta di sapere come potrà muoversi nei prossimi giorni. «Attendiamo direttive», conferma Brunocilla, «sappremo lu-

nedi se almeno la parte ambulatoriale potrà riprendere, mentre per l'attività chirurgica sarà la Regione a decidere cosa fare».

Potenzialmente il reparto può tornare in attività al gran completo in qualsiasi momento. «Non c'è bisogno di alcuna bonifica ambientale — aggiunge il primario —, basta una pulizia a fondo e poi l'intero reparto è pronto a tor-

nare all'attività a pieno regime». Tutto è condizionato allo stato di salute del personale e a quante persone saranno risultate eventualmente positive al tampone o svilupperanno i sintomi della malattia. Non solo. Urologia, al pari di altri reparti degli ospedali di Bologna e della regione, potrebbe sospendere per un certo periodo l'attività chirurgica per lasciare spazio (anche in terapia intensiva) ai ricoveri causati dal coronavirus.

«Al momento questo reparto non è in quarantena, e non lo è nessuno di noi — conclude Brunocilla —, sono stati bloccati gli interventi e quindi non ricoveriamo più pazienti. Poi aspettiamo direttive da parte della Regione per capire come muoverci nei prossimi giorni».

M.Ama.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Emergenza Covid-19: i nuovi contagi**

Bologna



**«Nessun allarme, Urologia è sicura»**

Il primario Brunocilla: «Il paziente positivo non aveva sintomi, né il senso civico di avvertirci dei suoi contatti»

di **Federica Orlandi**

«È vero, il caso c'è stato. Ma non c'è nessun allarme e la situazione è stata gestita brillantemente». Getta acqua sul fuoco il professor Eugenio Brunocilla, primario dell'unità di Urologia all'ospedale Sant'Orsola. Dove un paziente qualche giorno fa è stato operato e poi si è rivelato positivo al Coronavirus. Crean-

tervento di 15 giorni, non ci ha detto di essere stato nel Piacentino a di avere avuto contatti recenti una persona positiva al Covid-19. Non potevamo immaginarlo».

**Non aveva sintomi al momento del ricovero?**

«Nessuno. Dopo l'intervento, ha trascorso una notte al padiglione 5 e poi è stato trasferito al padiglione di Urologia in via Palagi. Qui, domenica mattina ha

negativo. Solo dalla seconda è emersa una polmonite. Perciò abbiamo fatto il tampone e abbiamo scoperto la positività al Covid-19».

**A quel punto, cosa avete fatto?**

«Sono scattate le misure di emergenza. Innanzitutto, chiarisco che non c'è nessuna quarantena. Oggi (ieri, ndr) sono stati fatti i tamponi a una trentina di operatori entrati in contatto

«È stato subito isolato in una stanza singola, poi trasferito alle Malattie infettive. Ma sta già molto meglio: lo dimetteremo dopo il weekend».

**In stanza con lui chi c'era, prima del trasferimento?**

«Altri due degenti; uno è già a casa, l'altro è qui. Entrambi stanno bene, non mostrano alcun sintomo. Così come tutti i sanitari che hanno avuto a che fare con il paziente positivo: nessu-

**AIUTO ESTERNO**

**Sant'Orsola pieno, i malati cardiaci spostati a Villa Torre**

Il padiglione 6 del Sant'Orsola non è più sufficiente per gestire i numeri dell'emergenza Coronavirus. Così, per aiutare il reparto delle Malattie infettive, un altro padiglione, quello numero 23 che, affacciato su viale Ercolani, attualmente ospita il polo cardio-toraco-vascolare, verrà svuotato per ampliare i posti letto e la possibilità di ricovero, diventando di fatto un ampio settore dedicato al Covid-19.

Tutti i pazienti a oggi ricoverati nel padiglione 23, quindi, saranno trasferiti a Villa Torre: la clinica privata infatti ha dato la propria disponibilità ad accoglierli data l'emergenza. L'accordo è già stato fatto. A quanto si apprende dalla Regione, questa potrebbe non essere l'unica struttura privata disponibile a supportare la sanità pubblica, in questi momenti di emergenza.

nel nostro reparto è il suo alto volume di presenze: abbiamo

## Brunocilla ritrova il suo reparto "Urologia torna alla normalità"

di **Giuseppe Baldessarro**

Oggi si riparte. Dopo il blocco dei ricoveri, le sale operatorie e gli ambulatori fermi, Urologia si rimette in moto al Sant'Orsola. Il reparto era stato tra i primi a essere chiuso, quando un paziente, arrivato da Piacenza, si era sottoposto a un intervento chirurgico senza segnalare che proveniva dalla zona rossa. Risultato positivo al "Covid 19", il 6 marzo scorso

all'ospedale erano scattate le misure di sicurezza. Per il primario Eugenio Brunocilla, non era scontato che si ripartisse. «In effetti c'era un'incognita sul futuro dell'Urologia. Temevamo che non potessimo più tornare, quantomeno a breve, a operare all'interno del nostro Policlinico».

● a pagina 5



▲ **Primario Eugenio Brunocilla**

### L'intervista

## Il primario Brunocilla "Così abbiamo salvato il reparto di Urologia"

di **Giuseppe Baldessarro**

Oggi si riparte. Dopo il blocco dei ricoveri, le sale operatorie e gli ambulatori fermi, Urologia si rimette in moto al Sant'Orsola. Il reparto era stato tra i primi a essere chiuso, quando un paziente, arrivato da Piacenza, si era sottoposto a un intervento chirurgico senza segnalare che proveniva dalla zona rossa. Risultato positivo al "Covid 19", il 6

marzo scorso all'ospedale erano scattate le misure di sicurezza.

**Professor Eugenio Brunocilla, non era scontato che si ripartisse.**

«In effetti c'era un'incognita sul futuro dell'Urologia. Temevamo che non potessimo più tornare, quantomeno a breve, a operare all'interno del nostro Policlinico. Il rischio di cancellare un pezzo di storia e l'identità dell'Urologia del Sant'Orsola-Malpighi, era reale».

**Domani è il grande giorno.**

«Sì, la tragedia che abbiamo attraversato non ci consente di festeggiare, ma domani sarà certamente un gran giorno. Si riparte soprattutto con il rientro del nostro





personale infermieristico di reparto e della sala operatoria, un'eccellenza non comune in una specialità molto particolare».

**Ci saranno cambiamenti nell'organizzazione del vostro lavoro?**

«Il reparto riapre con un assetto completamente rinnovato, nel rispetto dei parametri imposti dalle nuove regole per arginare l'infezione. Ci sarà una riduzione dei posti letto che da 50 passano a 32. Di questi, 22 saranno al Padiglione I, dove si riprenderà a eseguire sia l'alta chirurgia che quella di routine. Qui si ospiterà anche l'Unità di andrologia diretta dal dottor Fulvio Colombo. Poi altri 12 posti letto sono collocati al quinto piano del padiglione 5, dove verrà eseguita principalmente la chirurgia robotica. Ci sarà un ulteriore allungamento delle liste di attesa,

ma sono sicuro che l'azienda troverà il modo di far fronte a questo problema. È in progetto la redistribuzione di alcune patologie presso gli ospedali dell'Ausl di Bologna».

**Recuperare dopo tanti mesi di stop non sarà facile.**

«In realtà l'attività chirurgica urologica non si è mai fermata del tutto. Siamo stati ospitati presso la Casa di Cura Villa Regina dove con i miei collaboratori abbiamo operato circa 200 pazienti affetti da forme tumorali: i casi più gravi ed urgenti hanno ricevuto tutte le cure necessarie».

**Il Covid non è però sconfitto, ne dovrete tenere conto.**

«Ovviamente non tutto sarà più come prima. Anche se si è sempre più ottimisti sull'andamento della pandemia non si può assolutamente abbassare la guardia e verranno

adottate tutte le precauzioni previste dai protocolli. Abbiamo appena attraversato mesi drammatici e persino la nostra sanità regionale, tra le migliori d'Italia, è stata messa a dura prova: non bisogna dimenticarlo. E non posso dimenticare gli enormi sacrifici di medici e infermieri di Urologia che hanno tenuto duro e prestato la loro opera con grande professionalità ovunque ve ne sia stato bisogno».



**Eugenio Brunocilla**  
primario  
del reparto  
di Urologia  
del Policlinico  
Sant'Orsola



▲ In sala operatoria Un intervento dell'équipe di Urologia



Peso: 1-9%, 5-39%

Ditelo a Repubblica

# La buona sanità emiliana

di Aldo Balzanelli



## Lettere

Viale Silvani, 2  
40122, Bologna

## E-mail

Per scrivere  
alla redazione  
bologna  
@repubblica.it

Mauro Magnani

*Ricoverato per un problema urologico nell'ospedale Malpighi, dopo accurati esami effettuati in precedenza, grazie alla professionalità, alla competenza, all'alta tecnologia e alla sicura serietà del personale medico, sono uscito il pomeriggio del giorno dopo l'intervento sulle mie gambe e in completa autonomia, taxi e treno fino a casa: forse ciò è quello che ci si attende da un servizio sanitario, ma non credo sia poi così scontato. Al contrario, sicuramente non scontato il livello del personale di corsia: infermieri, personale delle pulizie, tutti. Pur correndo senza sosta, erano sempre sorridenti, ricchi di cordialità, di attenzioni, di riguardi e perfino di una sistematica ricerca di riuscire nella nascita di un sorriso in un luogo di malattia, di sofferenza, di dolore. Mentre mi accompagnavano in sala operatoria mi sono trovato al centro dell'attenzione di un gruppo di giovani e di meno giovani che hanno fatto di tutto per introdurre in quello che iniziava a sembrarmi un gioco, ma ad un'attenta osservazione era l'applicazione di un rigido protocollo medico fatto di professionalità ed esperienza: insomma, fra battute, frasi che apparivano come confidenziali, piccoli finti screzi tra il personale mi sono trovato sotto le luci della sala quale ospite di un evento al quale io, occasionalmente, stavo partecipando. Non riuscirò facilmente a dimenticare l'abbraccio stretto di un'infermiera mentre mi preparavano per l'anestesia. Ho vissuto un intervento*

*chirurgico a livello di un'importante esperienza personale di conoscenza e di partecipazione: non saprei trovare altre parole più adatte per far pervenire a tutto il personale che mi ha assistito il mio più sentito ringraziamento. Comunque sia: grazie.*

**I**n questo momento in cui la sanità è al centro dell'attenzione per il pericolo di diffusione del coronavirus, scalda il cuore leggere di un'eccellenza che non è solo sanitaria, ma anche umana. Qualche guaio ce l'ha sicuramente anche la sanità emiliano-romagnola, ma complessivamente possiamo essere soddisfatti di vivere in una regione dove il servizio pubblico funziona nel modo in cui ha descritto il lettore. Spesso lo diamo per scontato, ma quando ci capita di dover ricorrere alla sanità in altre regioni, in particolare del sud, ma non solo, la "nostalgia" per l'Emilia-Romagna emerge prepotente.

## L'incubo dei voli

Silvia Facciolo

*Oggi pomeriggio saranno passati una cinquantina di aerei e una persona influenzata non può nemmeno riposare! Sembra di essere sotto assedio, anzi, siamo sotto assedio di una politica a cui non interessa assolutamente la salute dei cittadini! È una vergogna!*

La polemica

## Sanità, la guerra dei numeri «In troppi vanno a curarsi fuori»

**Cinquantotto** milioni di euro spesi dalla Regione Emilia-Romagna, nel 2018, a causa dei suoi pazienti che sono andati a curarsi in Veneto. Oltre quindici, invece, i milioni spesi sempre da viale Aldo Moro per i 4.032 pazienti emiliano-romagnoli che sempre l'anno scorso hanno scelto di curarsi in Lombardia. Sono numeri, confermati dalla Regione Emilia-Romagna, che la Lega diffonde per evidenziare «una criticità del tutto palese - sottolinea Lucia Borgonzoni, senatrice del Carroccio e candidata governatrice alle prossime Regionali -. È vero che il saldo è positivo, se consideriamo tutti quelli che vengono a curarsi nella nostra regione. Però non abbiamo dei posti dedicati per sbarcarci tutta questa migrazione sanitaria, al contrario del Veneto per esempio, e quindi i nostri pazienti sono costretti di conseguenza a spostarsi in altre regioni. Nel complesso, peraltro, sono stati 35.423 i pazienti emiliano-romagnoli che nel 2018 hanno

avuto prestazioni ambulatoriali in Lombardia». La Lega vuole che il ragionamento «sia più ampio, a noi la Sanità sta molto a cuore, come dimostrato anche dagli oltre 300 milioni di euro che il precedente Governo, quello dove c'eravamo noi, ha stanziato per l'edilizia ospedaliera e che ora saranno fruibili», conclude la Borgonzoni.

**La senatrice** torna anche su un altro punto di discussione legato alla Sanità emiliano-romagnola, quello delle liste d'attesa. «A settembre sarebbero stati 141 i pazienti in attesa di un intervento per il tumore alla prostata al Sant'Orsola - continua la sfidante di Stefano Bonaccini -, e comunque nel 60% dei casi ci risulta, sempre facendo riferimento a settembre 2019, che per quel tipo di intervento non sarebbero state rispettate le liste di attesa previste dalla normativa».

**La Regione**, interpellata sull'argomento delle migrazioni da un sistema sanitario all'altro, conferma i dati illustrati dalla Lega, ma

con un paio di precisazioni che ribaltano il ragionamento. «In generale, sul piano nazionale, si conferma il primato dell'Emilia-Romagna per quanto riguarda l'attrattività delle proprie strutture sanitarie», si sottolinea in una nota. La Lombardia ha una mobilità attiva che ammonta a 1 miliardo e 52 milioni circa di euro, passiva di 355 milioni, per un saldo attivo di 697. Al Veneto spetta un saldo attivo di 125 milioni, ma anche l'Emilia-Romagna, fa notare viale Aldo Moro, non è da meno: mobilità attiva che ammonta a 592 milioni di euro, passiva a 254 milioni, per un saldo attivo di 388 milioni di euro. Se poi il dato viene rapportato alla popolazione residente, la Regione riceve dallo Stato «un plus di risorse per far fronte al numero di accessi», da altre regioni, al Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Questa la ripartizione delle risorse: 69 euro pro-capite la Lombardia, 26 euro pro-capite il Veneto, 76 euro pro-capite l'Emilia-Romagna.

**pa. ros.**

Borgonzoni: «Spesi 58 milioni per i nostri pazienti in Veneto»  
La Regione: «Da noi arrivano da tutta la Penisola»



Il governatore Stefano Bonaccini (Pd)



Peso: 32%



A proposito del turismo sanitario, già il professore Eugenio Brunocilla, nell'Annuario 2017-2018, aveva espresso il suo pensiero.

*“La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente”*

La classifica Bloomberg 2018 (Health Care Efficiency), che calcola in base ai dati di Banca Mondiale, OMS, Nazioni Unite e FMI, quali sono i sistemi sanitari più efficienti al mondo, analizzando il rapporto tra costi e aspettative di vita, colloca il nostro sistema sanitario al 4° posto, guadagnando ben due posizioni rispetto all'anno precedente. Tra i Paesi europei, la Spagna si colloca al terzo posto, la Francia al tredicesimo. Gli USA si collocano, invece, in fondo alla classifica subito prima della Bulgaria.

Il nostro Paese, o meglio, il nostro Sistema Sanitario (pur con alcune differenze tra Nord e Sud) ha guadagnato il quarto posto per qualità, accessibilità ed efficienza. L'Italia, come ricorda Bloomberg, è la prima al mondo per popolazione sana, seconda solo al Giappone per aspettativa di vita; tale dato è relativo soprattutto alla minore mortalità per malattie cardiovascolari.

Nel nostro Paese la mortalità evitabile rimane tra le più basse dell'EU, dato connesso a una buona efficacia del nostro Sistema Sanitario nel trattamento dei pazienti con patologie potenzialmente letali.

Il nostro Sistema Sanitario è universalistico, assicurando il Diritto alla Salute a tutti i cittadini residenti e, in caso di emergenza sanitaria, anche ai cittadini stranieri. Ciononostante, la spesa sanitaria pro-capite è circa il 10% inferiore rispetto alla media europea, sebbene una serie di servizi di base siano gratuiti. Risultano invece relativamente esose le spese che riguardano i farmaci e le cure odontoiatriche.

Purtroppo però, in Italia si preferisce alimentare la polemica enfatizzando l'isolato episodio di malasana vero o presunto, invece di parlare delle decine di migliaia di successi clinici quotidiani. Tutto ciò è fuorviante e fa sì che non ci si renda conto dell'eccezionale qualità del nostro sistema di cura. Basti pensare alla sanità offerta in alcuni Paesi dell'Est: secondo la classifica Bloomberg 2018 i Paesi che si sono posizionati meglio sono la Polonia al 24° posto e la Romania al 36°, mentre la Serbia, la Russia e la Bulgaria sono classificate rispettivamente al 52°, 53° e 56° (ultimo posto della classifica). In questi Paesi la stragrande maggioranza della popolazione non ha accesso a cure soddisfacenti, costringendo i pazienti, che ne hanno la possibilità, a recarsi presso le strutture sanitarie di altri Stati.

La Sanità Italiana avrebbe tutte le carte in regola per vincere la competizione internazionale perché, oltre a una alta qualità delle prestazioni mediche e costi sostenuti, ha una maggiore attenzione all'ospitalità.

Se è vero che la forza dei nostri ospedali dipende in gran parte dalla qualità dell'offerta, legata indissolubilmente alla formazione del personale sanitario, i centri Clinici Universitari assumono un ruolo fondamentale e unico per la formazione della futura classe dirigente.

Sono pienamente convinto che una formazione di qualità dei nostri medici,



futuri specialisti, sia il modo migliore per creare un Sistema Sanitario all'avanguardia, fortemente riconosciuto a livello internazionale.

Le nostre strutture sanitarie hanno la responsabilità di incrementare la capacità di fornire cure di alta qualità e, quindi, il dovere di mantenersi aggiornati e al passo con la crescita tecnologica.

Tuttavia, i fondi statali erogati per le prestazioni sanitarie non crescono al passo con i costi per garantire prestazioni di qualità, le quali risultano strettamente connesse all'innovazione tecnologica sempre più costosa.

Ecco quindi, come il fenomeno socio-economico del "turismo sanitario" potrebbe assumere un ruolo importantissimo nel rilancio della nostra economia sanitaria. Secondo le stime dell'osservatorio Ocps-Sda Bocconi, il nostro paese genera oggi un valore pari a 2 miliardi di euro, incrementabile con il miglioramento dell'offerta di servizi sanitari e turistici offerti agli stranieri. Dove sono le sfaccettature che il fenomeno assume e le occasioni di crescita economica che possono derivarne; vediamo alcuni esempi:

- Cure presso Paesi esteri: sono circa 350.000 gli italiani che si recano all'estero alla ricerca di trattamenti all'avanguardia. Un fenomeno che può e deve essere gestito valorizzando i nostri Centri di eccellenza;
- Mobilità interna a "macchia di leopardo": secondo le rilevazioni del sito Truenumbers, per esempio, in Lombardia si recano circa 38.000 malati provenienti da altre regioni. Dalla Campania provengono 19.000 pazienti, così come dalla Calabria, dall'Abruzzo e dal Trentino;
- Pazienti stranieri che si recano presso le strutture sanitarie italiane: sono oltre 5000 gli stranieri giunti in Italia per godere delle prestazioni sanitarie di eccellenza in Neurologia, Cardiochirurgia, Oncologia, Chirurgia Bariatrica e Ortopedia; all'introito derivante dalle prestazioni sanitarie, si aggiunge quindi il volume d'affari generato dall'introito turistico.

Più il tempo passa, più i margini economici in sanità si riducono. Per gli ospedali è quindi essenziale far crescere i volumi di attività, diventando per alcune discipline poli di eccellenza anche per l'estero, con lo scopo di mantenere le capacità di investimento e di conseguenza di fornire ai propri medici il meglio delle tecnologie disponibili sul mercato (ricordo, ad esempio, la chirurgia robotica che rappresenta ormai in Urologia, la tecnica più standard per alcuni tipi di interventi). Gli strumenti tecnologici d'avanguardia, come è noto, richiedono un investimento iniziale molto oneroso e gravoso, diventato ormai indispensabile.

I nostri amministratori e politici hanno, quindi, il sacrosanto dovere di sostenere la volontà di crescita, premiando la professionalità del singolo con l'obiettivo di migliorare in modo esponenziale la qualità della vita di pazienti e operatori sanitari.

Oggi ricerca e tecnologia rivestono il ruolo di strumenti indispensabili per il progresso sociale e, proprio in virtù di tale considerazione, occorre non solo ottimizzare e potenziare il sistema sanitario, ma anche promuovere una sinergia e una collaborazione tra Istituti di Ricerca, Università e Ospedali.

Concludendo, se l'evoluzione della medicina sarà o meno economicamente ed eticamente gestibile in futuro non ci è dato sapere, ma l'unica nostra preoccupazione dovrà essere la reale efficacia della stessa nei confronti del paziente ed evitare un ritorno delle tecniche di cura al "medioevo", quando la medicina non era affatto tale, ma anzi serviva spesso a fiaccare ulteriormente le anime, anziché curare i corpi.

## PAZIENTI POETI SCRIVONO...



### La bolgia dei Pisciasotto

**Nel mezzo del catin senza una goccia  
mi ritrovai con la vescica piena  
con la prostata tosta come roccia.**

**Ahi quanto a dir qual era è cosa dura  
pisciar per cateter mia triste sorte  
che nel pensier rinnova la paura!**

**Tant'è amara che poco è più morte;  
ma per trattar di quel ch'i' vi trovai,  
dirò de l'altre cose ch'i' v'ho scorte.  
Io non so ben ridir com'i' v'intraì:**

**Noi spalancammo il portone dalla testa  
dove s'aggiunge alla pisciatura ripa  
e qui m'apparve la bolgia manifesta:**

**E vi vidi entro terribile stipa  
di urinanti in sacche dimenarsi  
che la memoria il sangue ancor mi scipa..**

**Vagavan genti nude a dismisura  
pregando Dio di pisciar senza indugio;  
con otri puzzolenti alla cintura  
speravan solo di smunir lo pertugio.**

**Lo duca mio, professor Brunocilla  
m'apparve nel buio come lucerna:  
Nella notte un fuoco che sfavilla  
accese a giorno la valle inferna.**

*Giuseppe Ruffini*

*Questo annuario è stato realizzato grazie alla collaborazione del Dott. Carlo Roveroni, della Dott.ssa Serena Di Fresco e della Dott.ssa Eleonora Balestrazzi*

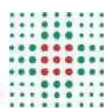




ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



Facebook:

@UrologiaUniversitariaDiBologna