

## TUMOR BOARD UROLOGIA 2026

Mater Olbia Hospital

Olbia, 26 maggio -15 dicembre 2026

**Provider: Kassiopea Group n. 305**

**Id evento: 481155**

**obiettivo formativo:** 1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)

**crediti attribuiti: 30**

**destinatari dell'iniziativa: n. 50 partecipanti per la professione di:** Medico Chirurgo (solo per le discipline: Urologia, Oncologia medica, radioterapia, Anatomia patologica, Psicologia clinica, Medici di Medicina Generale, cardiologia, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, endocrinologia, ginecologia e ostetricia) ; ostetrico/a, Infermiere, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, biologo.

**Direttore del corso e Responsabile Scientifico: Dott. Riccardo Bientinesi**

### RAZIONALE SCIENTIFICO

Il **Tumor Board Urologico** rappresenta il contesto ottimale per la discussione multidisciplinare dei casi oncologici complessi, integrando le competenze di urologi, oncologi medici, radioterapisti e radiologi. La valutazione collegiale consente di definire strategie terapeutiche personalizzate basate sulle evidenze più recenti, ottimizzando gli **outcome oncologici e funzionali** attraverso un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio. Particolare attenzione viene dedicata alla selezione dei pazienti candidabili a **trattamenti multimodali**, al corretto timing delle terapie sistemiche, **neoadiuvanti** o **adiuvanti**, alla gestione proattiva degli effetti collaterali correlati alle terapie, e alla discussione delle situazioni cliniche borderline dove il confronto multidisciplinare risulta determinante. Ogni decisione terapeutica viene individualizzata tenendo conto delle caratteristiche del paziente, delle comorbidità, della qualità di vita attesa, delle aspettative e preferenze del paziente stesso, garantendo un approccio centrato sulla persona.

### CARCINOMA PROSTATICO

Il carcinoma prostatico è il secondo tumore più comune negli uomini, con incidenza crescente legata all'invecchiamento della popolazione. L'approccio terapeutico viene discusso collegialmente considerando molteplici fattori tra cui stadio di malattia, aspettativa di vita, comorbidità, qualità di vita attesa e preferenze del paziente. Le opzioni terapeutiche spaziano dalla sorveglianza attiva per le forme a **basso rischio**, alla prostatectomia radicale e/o radioterapia con diverse modalità di frazionamento per la malattia localizzata, fino alla terapia multimodale per la malattia **localmente avanzata** che può includere radioterapia associata a deprivazione androgenica per 2-3 anni, con o senza intensificazione mediante Abiraterone. Nella malattia **metastatica ormono-sensibile**, la discussione collegiale valuta caso per caso l'intensificazione terapeutica combinando ADT con inibitori del recettore androgenico (abiraterone, apalutamide, enzalutamide, darolutamide) con eventuale aggiunta di docetaxel in pazienti fit, bilanciando l'incremento documentato di overall survival con il profilo di tossicità e la qualità di vita. Per la **malattia resistente alla castrazione**, il Tumor Board definisce sequenze terapeutiche personalizzate che possono includere PARP-inibitori in presenza di mutazioni dei geni della ricombinazione omologa, chemioterapia, e diverse linee di ormonoterapia, sempre valutando il timing ottimale di radioterapia di salvataggio e l'indicazione alla linfadenectomia in base alle caratteristiche individuali del paziente e agli obiettivi di cura concordati.

### CARCINOMA VESCICALE

Il carcinoma vescicale rappresenta il settimo tumore più frequente negli uomini, con il fumo come principale fattore di rischio responsabile del 50-65% dei casi. La **malattia muscolo-invasiva** richiede stadiazione accurata mediante TC

torace-addome-pelvi e rappresenta un esempio paradigmatico dell'importanza della discussione multidisciplinare. Il Tumor Board valuta collegialmente l'indicazione alla chemioterapia neoadiuvante cisplatino-based, che ha dimostrato un incremento dell'overall survival dell'8% a 5 anni, seguita da cistectomia radicale con linfadenectomia pelvica, oppure l'alternativa della trimodality therapy (TURBT massimale associata a chemio-radioterapia) che può rappresentare un'opzione organ-sparing in casi accuratamente selezionati, bilanciando controllo oncologico e qualità di vita. La terapia adiuvante con nivolumab o pembrolizumab viene discussa per pazienti ad alto rischio post-cistectomia che siano cisplatino-ineleggibili e con espressione di PD-L1, valutando attentamente il profilo di tossicità immune-correlata. Nella **malattia metastatica**, lo studio EV-302 ha recentemente modificato il paradigma terapeutico dimostrando la superiorità della combinazione enfortumab vedotin più pembrolizumab rispetto alla chemioterapia platinum-based in prima linea. Il sequencing terapeutico viene individualizzato caso per caso e può includere mantenimento con avelumab dopo chemioterapia, erdafitinib per pazienti con alterazioni di FGFR identificate mediante test genomico, e trastuzumab deruxtecan per tumori con overespressione HER2 3+. La discussione collegiale è determinante nella selezione dei pazienti per chemioterapia neoadiuvante, nella scelta tra cistectomia radicale e trimodality therapy considerando età, comorbidità e funzione vescicale, e nella definizione delle sequenze terapeutiche ottimali nella malattia avanzata tenendo conto della storia terapeutica precedente e delle aspettative del paziente.

## CARCINOMA RENALE

Il carcinoma renale presenta un picco di incidenza tra 60-70 anni con rapporto maschi:femmine di 3:2, associato a fattori di rischio modificabili quali fumo, obesità e ipertensione. La diagnosi si basa su TC multifasico con enhancement; la biopsia percutanea viene discussa collegialmente quando indicata prima di ablazione, terapie sistemiche, o in candidati alla sorveglianza attiva per piccole masse renali. Il Tumor Board valuta caso per caso l'approccio chirurgico ottimale: la chirurgia nephron-sparing rappresenta lo standard per **tumori T1** e viene offerta anche per **T2** selezionati quando tecnicamente fattibile, bilanciando controllo oncologico e preservazione della funzione renale. La terapia adiuvante con pembrolizumab, che nello studio Keynote-564 ha dimostrato beneficio in disease-free survival per carcinoma a cellule chiare ad alto rischio post-nefrectomia (pT2 G4, pT3-4, pN+, M1 NED). Nella **malattia metastatica**, le opzioni terapeutiche di prima linea includono diverse combinazioni immuno-oncologiche (nivolumab/ipilimumab, pembrolizumab/axitinib, lenvatinib/pembrolizumab, cabozantinib/nivolumab) che hanno sostituito i TKI in monoterapia; la scelta viene personalizzata considerando il profilo IMDC del paziente, le comorbidità, la tollerabilità attesa e gli obiettivi terapeutici. La nefrectomia citoriduttiva immediata non è raccomandata nei pazienti IMDC poor-risk e viene discussa come opzione differita dopo dimostrata risposta alla terapia sistemica nei pazienti intermediate-risk, valutando attentamente il timing ottimale. Il sequencing terapeutico post-immunoterapia prevede preferenzialmente cabozantinib sulla base dei dati disponibili più robusti. La discussione multidisciplinare è essenziale per definire il timing della nefrectomia citoriduttiva, per la selezione dei candidati alla terapia adiuvante dopo attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio, e per l'ottimizzazione delle sequenze terapeutiche nella malattia metastatica considerando le terapie precedenti e lo stato di performance del paziente.

## CARCINOMA UROTELIALE DELLE ALTE VIE URINARIE

Il carcinoma uroteliale delle alte vie urinarie rappresenta il 5-10% dei tumori uroteliali, con fattori di rischio che includono fumo, esposizione ad acido aristolochico e Lynch syndrome, per cui lo screening genetico è raccomandato nei casi sospetti. La stratificazione del rischio tra low-risk e high-risk mediante TC-urografia, citologia urinaria e ureteroscopia con biopsia è fondamentale e viene discussa collegialmente per guidare la selezione terapeutica ottimale. Per le forme **low-risk**, il Tumor Board valuta caso per caso gli approcci kidney-sparing che possono includere ureteroscopia con ablazione o resezione segmentaria ureterale, sempre bilanciando il controllo oncologico con la preservazione della funzione renale e considerando l'affidabilità del paziente al follow-up intensivo. Le forme **high-risk** richiedono nefroureterectomia radicale con escissione del bladder cuff e linfadenectomia template-based. La chemioterapia adiuvante platinum-based, che ha dimostrato significativo beneficio in disease-free survival per stadi **pT2-4** e/o **pN+**, viene discussa per tutti i pazienti eleggibili, mentre nivolumab o pembrolizumab adiuvanti vengono considerati per pazienti con espressione di PD-L1 che siano cisplatino-ineleggibili e con malattia  $\geq$ pT3 o pN+,

valutando attentamente il profilo di tossicità immune-correlata. Nella **malattia metastatica**, l'algoritmo terapeutico ricalca quello del carcinoma vescicale con enfortumab vedotin più pembrolizumab in prima linea, ed erdafitinib per pazienti con alterazioni genomiche di FGFR (il cui test è raccomandato alla diagnosi della malattia metastatica). La discussione multidisciplinare orienta la scelta tra approccio kidney-sparing e nefroureterectomia radicale considerando le caratteristiche del paziente e della malattia, definisce l'indicazione alla chemioterapia perioperatoria, e personalizza la gestione della malattia avanzata in base alla storia terapeutica e agli obiettivi di cura.

## CARCINOMA TESTICOLARE

Il carcinoma testicolare rappresenta l'1% delle neoplasie nell'adulto ma costituisce il 5% dei tumori urologici, con il 90-95% dei casi rappresentato da tumori germinali che presentano un picco di incidenza nella terza-quarta decade di vita. La diagnosi si basa su ecografia testicolare ad alta frequenza, determinazione dei markers sierici (AFP,  $\beta$ -hCG, LDH) e staging mediante TC torace-addome-pelvi; la stratificazione prognostica secondo l'IGCCCG (good, intermediate, poor prognosis) guida l'intensità del trattamento che viene discussa collegialmente. Per lo **stadio I**, il Tumor Board valuta caso per caso l'opzione della sorveglianza attiva, che rappresenta la scelta preferibile per i seminomi con eccellenti tassi di guarigione, oppure l'offerta di un ciclo di BEP adiuvante per i non-seminomi ad alto rischio caratterizzati da invasione linfovaskolare, sempre considerando le preferenze del paziente e la sua affidabilità al follow-up. La **malattia metastatica** viene trattata con chemioterapia cisplatino-based (BEP per 3-4 cicli secondo la prognosi IGCCCG) seguita da chirurgia delle masse residue nei **non-seminomi**, con linfadenectomia retroperitoneale nerve-sparing discussa in casi selezionati di stadio IIA marker-negativi. Le eccellenti prospettive di guarigione, che superano il 95% negli stadi precoci e raggiungono il 70-80% anche nelle forme metastatiche, vengono sempre bilanciate con la necessaria attenzione alla preservazione della fertilità e alla gestione delle tossicità a lungo termine. La discussione multidisciplinare è particolarmente rilevante nella gestione delle masse residue post-chemioterapia, dove la decisione tra osservazione, chirurgia o ulteriore trattamento sistemico richiede un'attenta valutazione collegiale, e nell'ottimizzazione dei regimi di salvataggio per i casi che recidivano dopo trattamento di prima linea.

## CARCINOMA DEL PENE

Il carcinoma del pene è una neoplasia rara con picco di incidenza nella sesta decade, strettamente associata all'infezione da HPV (responsabile di un terzo-metà dei casi), alla fimosi e al fumo; oltre il 95% dei casi è costituito da carcinoma squamocellulare. La diagnosi si basa su un accurato esame obiettivo, risonanza magnetica pelvica per la valutazione dell'invasione dei corpi cavernosi quando si considerano opzioni organ-sparing, e biopsia nei casi di dubbio diagnostico. Lo staging linfonodale rappresenta il principale fattore prognostico e viene discusso attentamente in sede collegiale: nei pazienti clinicamente N0 ma ad alto rischio ( $\geq$ pT1b) è raccomandata la biopsia del linfonodo sentinella dinamica che garantisce accuratezza diagnostica elevata con bassa morbilità se eseguita in centri di riferimento, mentre nei pazienti clinicamente N+ è necessaria conferma istologica e staging con PET/TC. Il Tumor Board valuta caso per caso l'approccio terapeutico ottimale che può spaziare da opzioni conservative (terapia topica, laser, escissione locale, glanssectomia) per le lesioni precoci con l'obiettivo di preservare la funzione sessuale e la qualità di vita, fino alla penectomia parziale o totale per la malattia localmente avanzata. La **malattia cN3** caratterizzata da linfonodi fissi o adenopatia pelvica richiede chemioterapia neoadiuvante cisplatino-taxano based seguita da chirurgia di consolidamento nei pazienti che rispondono al trattamento, con attenta valutazione collegiale del timing e della fattibilità chirurgica. La centralizzazione delle cure in centri di riferimento è essenziale per garantire l'accesso a chirurgia conservativa di elevata qualità tecnica, biopsia del linfonodo sentinella accurata, e supporto multidisciplinare che include la gestione specialistica degli aspetti psicosessuali e del linfedema. La discussione collegiale è cruciale nella selezione tra approccio organ-sparing e chirurgia demolitiva bilanciando controllo oncologico e preservazione della qualità di vita, nell'indicazione alla chemioterapia neoadiuvante, e nell'integrazione precoce del supporto riabilitativo specialistico per ottimizzare gli outcome funzionali e psicologici.

## OBIETTIVI DEL PROGETTO

Standardizzazione: adeguare costantemente i protocolli diagnostici e terapeutici delle più recenti linee guida della Società Italiana di Urologia (SIU) e dell'European Association of Urology (EAU).

Innovazione: Integrare le nuove evidenze scientifiche emergenti dalla ricerca globale nella pratica clinica quotidiana

Confronto clinico: Approfondire collegialmente i casi di particolare complessità per identificare la strategia più appropriata

## **FORMAZIONE E COMPETENZE**

Il percorso, accreditato ECM, promuove l'incontro sistematico di un team multidisciplinare che include: Urologi, Oncologi Medici, Radioterapisti, Radiologi, Anatomopatologi, Psicologi, Medici di Medicina Generale. Questa sinergia tra professionisti e personale sanitario dedicato garantisce una presa in carico totale del Paziente, dalla diagnosi al recupero funzionale e psicologico.

## **PROGRAMMA FORMATIVO**

**Ogni incontro prevede la durata di due ore, dalle ore 13 alle ore 15.**

**Totale ore: 30**

26 MAGGIO 2026 AGGIORNAMENTO: La terapia trimodale nella neoplasia vescicale muscolo infiltrante: il punto di vista del radioterapista. **Dott. Giancarlo Mattiucci** - Casi clinici: presentazione e discussione

9 GIUGNO 2026 AGGIORNAMENTO: La terapia trimodale nella neoplasia vescicale muscolo infiltrante: il punto di vista dell'oncologo medico. **Dott.ssa Antonella Lai** - Casi clinici: presentazione e discussione

23 GIUGNO 2026 AGGIORNAMENTO: La terapia trimodale nella neoplasia vescicale muscolo infiltrante: il punto di vista dell'Urologo. **Dott. Fabrizio Fantasia** - Casi clinici: presentazione e discussione

7 LUGLIO 2026 AGGIORNAMENTO: Il ruolo della linfadenectomia nella neoplasia del pene. **Dott. Giovanni Battista Filomena** - Casi clinici: presentazione e discussione

21 LUGLIO 2026 AGGIORNAMENTO: Il trattamento conservativo delle neoplasie uroteliali dell'alta via escrettrice. **Dott. Fabrizio Fantasia** - Casi clinici: presentazione e discussione

4 AGOSTO 2026 AGGIORNAMENTO: Ultime evidenze sul trattamento sistemico della neoplasia prostatica metastatica. **Dott.ssa Carmela Di Dio** - Casi clinici: presentazione e discussione

25 AGOSTO 2026 AGGIORNAMENTO: Il ruolo della linfadenectomia retroperitoneale nella neoplasia testicolare. **Dott. Riccardo Bientinesi** - Casi clinici: presentazione e discussione

8 SETTEMBRE 2026 AGGIORNAMENTO: Chirurgia conservativa delle neoplasie renali. **Dott. Fabrizio Fantasia** - Casi clinici: presentazione e discussione

22 SETTEMBRE 2026 AGGIORNAMENTO: Istotipi rari delle neoplasie renali: implicazioni diagnostiche e cliniche. **Dott. Andrea Marsico** - Casi clinici: presentazione e discussione

6 OTTOBRE 2026 AGGIORNAMENTO: La presa in carico psicologica del Paziente uro-oncologico. **Dott.ssa Paola Bazzu** - Casi clinici: presentazione e discussione

20 OTTOBRE 2026 AGGIORNAMENTO: Il PDTA per pazienti con tumore della prostata del Mater Olbia: gli ultimi aggiornamenti. **Dott. Riccardo Bientinesi** - Casi clinici: presentazione e discussione

3 NOVEMBRE 2026 AGGIORNAMENTO: Nuove evidenze nella gestione del tumore testicolare. **Dott. Giovanni Battista Filomena** - Casi clinici: presentazione e discussione

17 NOVEMBRE 2026 AGGIORNAMENTO: Ultimi aggiornamenti in tema di RM multiparametrica della prostata e il ruolo dell'AI. **Dott. Pierluigi Rinaldi** - Casi clinici: presentazione e discussione

1 DICEMBRE 2026 AGGIORNAMENTO: Il ruolo della CEUS nella definizione delle masse renali. **Dott. Pierluigi Rinaldi**.  
 - Casi clinici: presentazione e discussione

15 DICEMBRE 2026 AGGIORNAMENTO: Il ruolo della linfadenectomia pelvica nel tumore prostatico: le ultime evidenze. **Dr. Riccardo Bientinesi** - Casi clinici: presentazione e discussione

## Faculty

NOME E COGNOME	LAUREA	DISCIPLINA	RUOLO, ENTE DI APPARTENENZA
----------------	--------	------------	-----------------------------

Riccardo Bientinesi Responsabile Scientifico	Medicina e chirurgia	urologia	Dirigente medico Clinica Urologica, Fondazione Policlinico "A. Gemelli" IRCCS, Roma, Italia
Pierluigi Rinaldi	Medicina e chirurgia	Radiologia	Responsabile radiologia e radiologia interventistica ospedale Mater Olbia- Olbia
Giovanni Battista Filomena	Medicina e chirurgia	urologia	Dirigente medico Mater Olbia Hospital- Olbia
Paola Bazzu	Medicina e chirurgia	Psicoterapia	Psicooncologa presso il Mater Olbia Hospital- Olbia
Andrea Marsico	Medicina e chirurgia	Anestesia e rianimazione	Dirigente medico Mater Olbia Hospital- Olbia
Fabrizio Fantasia	Medicina e chirurgia	urologia	Dirigente medico urologo Mater Olbia Hospital - Olbia
Carmela Di Dio	Medicina e chirurgia	Oncologia medica	Dirigente medico oncologo Mater Olbia Hospital - Olbia
Antonella Lai	Medicina e chirurgia	Oncologia medica	Dirigente medico oncologo Mater Olbia Hospital - Olbia
Gian Carlo Mattiucci	Medicina e chirurgia	Radioterapia oncologica	Responsabile radioterapia oncologica mater olbia

