

# Scholarship 2009

Firenze, 9-10/06/2009

## RAZIONALE

Il programma del corso prevede un *format* specificamente dedicato a giovani discenti, che abbiano così la possibilità di interagire in maniera diretta con i docenti e soprattutto l'opportunità di seguire da vicino l'attività operatoria in centri urologici di rilievo nazionale.

Il corso sarà articolato su 1 giorno e mezzo di lavori (2 pernottamenti) con ampio spazio dedicato alla chirurgia in diretta, e sarà replicato in tutte le sedi previste con una partecipazione limitata a 5 discenti, onde ottimizzare la interazione con i docenti. I partecipanti avranno la possibilità di seguire da vicino gli interventi chirurgici programmati, con presenza in sala operatoria. I singoli centri garantiranno ai discenti la possibilità di partecipare ad un programma di interventi chirurgici molto ampio, con la possibilità di seguire le principali procedure urologiche sia chirurgiche che endoscopiche. Ogni singolo centro, eventualmente, sulla base della propria peculiare competenza chirurgica e clinico-scientifica, potrà offrire un programma specifico di interventi.

Sulla base della definizione delle sedute operatorie, ogni singolo centro avrà la possibilità di programmare una sessione riservata agli approfondimenti tecnici sugli interventi effettuati, auspicando l'impiego di materiale video e fotografico di supporto. Nel corso di tali sessioni verrà dato ampio spazio alla discussione e alla interazione diretta fra gli operatori e i partecipanti al corso.

Le sedute operatorie prevederanno un programma di interventi chirurgici ed endoscopici fra quelli più comuni nella pratica clinica urologica, necessari per il trattamento di patologie di estrema rilevanza epidemiologica quali il cancro della prostata, della vescica e del rene nonché della calcolosi urinaria e dell'Iperplasia Benigna della prostata (IBP).

Alcuni interventi chirurgici radicali sulla pelvi, necessari per il trattamento del cancro della prostata e della vescica, hanno importanti conseguenze sulla qualità di vita del paziente. Nel caso della prostatectomia radicale, indicata in pazienti affetti da cancro della prostata, le due più comuni conseguenze dell'intervento chirurgico sono rappresentate dall'incontinenza urinaria e dalla Disfunzione erettile. La cistectomia radicale, invece, indicata nei soggetti affetti da cancro della vescica infiltrante, pone il problema della derivazione urinaria e, come nella prostatectomia, della disfunzione erettile.

### **Cancro della prostata**

In Europa, l'adenocarcinoma prostatico costituisce l'11% di tutti i tumori ed il 9% delle cause di morte per tumore nel sesso maschile. La familiarità, e l'età rappresentano i principali fattori di rischio a cui si aggiungono fattori ambientali prevalentemente alimentari. Attualmente l'eziologia e la fisiopatologia della cancerogenesi prostatica sono solo in parte conosciuti. Nelle fasi iniziali il tumore è clinicamente asintomatico. Il sospetto clinico si basa sul dosaggio del PSA sierico, sull'esplorazione digito rettale e sull'esecuzione dell'ecografia prostatica trans-rettale. La diagnosi di certezza si ottiene in seguito all'esecuzione della biopsia prostatica. La terapia del carcinoma prostatico dipende dall'estensione del tumore primitivo, dalla presenza di localizzazioni a distanza, dall'aspettativa di vita del paziente e dal performance status. Le possibili strategie terapeutiche comprendono la vigile attesa, la terapia chirurgica, la radioterapia, la terapia ormonale o la chemioterapia. Il paziente con malattia localizzata alla prostata e con aspettativa di vita superiore ai 10 anni sono candidati ad una strategia di trattamento radicale (prostatectomia radicale o radioterapia). In caso di malattia sistemica la strategia terapeutica si basa sulla manipolazione ormonale. La chemioterapia è riservata ai casi di malattia in fase ormonorefrattaria.

### **Cancro della vescica**

Il tumore della vescica rappresenta la più comune neoplasia dell'apparato urinario. Il fumo di sigaretta e l'esposizione a cancerogeni quali le amine aromatiche rappresentano i più importanti fattori di rischio. L'ematuria è il sintomo che più frequentemente induce il sospetto clinico e che

comporta l'inizio di un percorso diagnostico che si avvale principalmente di un'indagine ecografica e di una cistoscopia. La diagnosi di certezza è istologica e prevede la resezione endoscopica del tumore primitivo (TURB: resezione transuretrale della prostata). In caso di neoplasie non infiltranti la parete muscolare (neoplasie superficiali), alla resezione endoscopica seguirà un'eventuale immunoterapia o chemioterapia endovescicale e dei periodici follow-up. In caso di neoplasie infiltranti la parete muscolare la radicalità oncologica si ottiene attraverso un intervento chirurgico demolitivo (cistoprostatovesciculectomia nell'uomo ed asportazione di vescica, utero, annessi e parete anteriore della vagina nella donna) a cui si associa una derivazione urinaria che potrà prevedere o non il confezionamento di una neovescica ortotopica. La radioterapia e la chemioterapia sistemica sono impiegate nei casi di malattia localmente inoperabile o in presenza di metastasi sistemiche.

### **Cancro del rene**

Il carcinoma renale rappresenta il 2-3% di tutti i tumori. L'incidenza è lievemente maggiore nel sesso maschile ed è in progressivo aumento soprattutto nei paesi occidentali. Il picco di incidenza si verifica tra i 60 e i 70 anni. Tra i fattori di rischio più importanti vanno ricordati il fumo di sigaretta, l'obesità ed alcuni farmaci antiipertensivi. Negli ultimi anni la diffusione della diagnostica ecografica e TAC ha permesso di diagnosticare la malattia in fase sempre più precoce rispetto al passato e spesso in maniera incidentale. A tale anticipazione diagnostica non ha fatto tuttavia seguito una riduzione della mortalità. Il tumore renale è una neoplasia sia chemioresistente che radioresistente per cui la sola terapia in grado di perseguire finalità curative è la chirurgia radicale che può essere attuata attraverso un accesso laparotomico, lombotomico o laparoscopico. La chirurgia conservativa è indicata nei casi di tumori solitari di diametro massimo inferiore ai 4 centimetri. Le neoplasie localmente avanzate e quelle metastatiche si possono avvalere di un approccio medico immunoterapico o basato su farmaci attivi contro specifici targets molecolari somministrati in fase adiuvante o neoadiuvante.

### **Calcolosi urinaria**

L'urolitiasi rappresenta una delle patologie di interesse urologico più frequenti. La prevalenza varia significativamente in funzione dell'area geografica, degli stili di vita, di fattori razziali e alimentari. Studi epidemiologici dimostrano una prevalenza che oscilla dal 3% al 18%. L'eziologia e la patogenesi dell'urolitiasi vedono l'interazione di fattori sia metabolici che anatomici solo in parte conosciuti. Il quadro anatomo-clinico della urolitiasi è estremamente eterogeneo: sede, numero, dimensioni, e composizione dei calcoli possono determinare quadri clinici che vanno dalla diagnosi incidentale alla necessità di ricovero urgente per colica renale. L'ostruzione al deflusso urinario causata dalla calcolosi può essere causa di dolore, idronefrosi, infezione e progressiva perdita della funzione renale. L'approccio diagnostico si avvale fondamentalmente della diagnostica per immagine (radiografia standard, Urografia per fusione endovenosa, Tomografia computerizzata, Ecografia) e talvolta di indagini invasive specialistiche (Ureterorenoscopia). La terapia ha subito negli ultimi anni profondi cambiamenti grazie all'introduzione di strategie mininvasive (Litotrixxia extracorporea ad onde d'urto, Ureterorenoscopia, Nefrolitotomia percutanea). L'asportazione o la frammentazione non sempre completa del calcolo e la frequente recidiva rendono spesso necessari numerosi trattamenti, spesso combinati.

### **Iperplasia benigna della prostata (IBP)**

L'iperplasia prostatica benigna è una patologia età-correlata caratterizzata da un rimodellamento tissutale del tessuto prostatico con aumento della componente ghiandolare e/o stromale secondario a processi di proliferazione benigna. L'aumento volumetrico interessa soprattutto la porzione centrale della ghiandola e comporta un'ostruzione cervico-uretrale in grado di compromettere la dinamica di svuotamento vescicale e, alla lunga, comportare un rimodellamento del muscolo detrusore (vescica da sforzo, diverticoli vescicali, atonia vescicale), e dell'alta via escretrice con progressiva perdita della funzione renale. Clinicamente l'iperplasia prostatica benigna si manifesta attraverso un corteo sintomatologico composto da sintomi del tratto urinario (LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms) che possono interessare sia la fase di riempimento (pollachiuria, urgenza minzionale, nicturia) che la fase di svuotamento (mitto

ipovalido, mitto intermittente, esitazione minzionale). La diagnosi si avvale di valutazioni cliniche (anamnesi, esplorazione digito-rettale, scores sintomatologici) e strumentali (ecografia prostatica trans rettale, flussimetria). La terapia si avvale di strategie farmacologiche (farmaci alfa-1 bloccanti, inibitori dell'enzima 5 alfa reduttasi, fitoterapici) usate in monosomministrazione o in combinazione e di strategie chirurgiche (resezione endoscopica o adenomectomia prostatica trans-vescicale nei casi di iperplasia prostatica di notevoli dimensioni, di calcolosi vescicale o di diverticolosi vescicale associate).

### **Cancro del testicolo**

Il tumore del testicolo rappresenta circa l'1.5% delle neoplasie nel sesso maschile e colpisce prevalentemente soggetti giovani. L'eziologia è attualmente sconosciuta sebbene siano stati identificati alcuni importanti fattori di rischio quali una storia di criptorchidismo corretto in tarda età, la familiarità per neoplasie testicolari, una storia clinica positiva per tumore del testicolo controlaterale o anomalie genetiche quali la sindrome di Klinefelter. La diagnosi del tumore del testicolo si avvale dell'esame obiettivo, in grado di individuare una tumefazione testicolare e dell'ecografia scrotale in grado di confermare il sospetto clinico. Attualmente il tumore testicolare presenta percentuali di curabilità molto elevate purchè venga effettuata una corretta e precoce diagnosi ed una corretta stadiazione che si avvale, in fase pre-chirurgica, di una TAC addomino pelvica, di una radiografia del torace e del dosaggio di marcatori tumorali circolanti. La diagnosi di certezza è istologica e si ottiene in corso di inguinetomia esplorativa. Alla conferma intraoperatoria della malignità segue l'asportazione del testicolo e del funicolo spermatico (orchifunicolectomia). L'esame istologico definitivo assieme alla cinetica dei marcatori tumorali circolanti sono i fattori che permetteranno di completare la stadiazione della malattia e di stabilire una strategia terapeutica successiva (semplice follow-up, chemioterapia, radioterapia).

### **Disfunzione erettile iatrogenica post-chirurgica**

La perdita della funzione erettile in conseguenza di un intervento chirurgico radicale sulla pelvi rappresenta, senza alcun dubbio, uno dei principali aspetti clinici che lo specialista urologo deve tenere in considerazione ed affrontare nella gestione dei pazienti affetti da cancro della prostata e cancro della vescica. Non va trascurato il fatto che grazie all'ausilio di indagini diagnostiche sempre più sofisticate, ma soprattutto grazie ad ampi programmi di prevenzione delle patologie tumorali urologiche, l'età dei pazienti che vengono sottoposti a questa tipologia di interventi risulta sempre più anticipata. Evidentemente la possibilità di effettuare interventi con intento radicale in condizioni iniziali di sviluppo della malattia fa sì che l'aspettativa di vita di questi pazienti sia sensibilmente allungata, ponendo la necessità di garantire nel contempo una adeguata qualità di vita.

Negli ultimi anni, una forte attenzione del mondo scientifico uro-andrologico, è stata canalizzata per la definizione di nuove strategie di trattamento e di recupero della funzione erettile, in soggetti sottoposti ad un intervento chirurgico radicale sulla pelvi.

Attualmente esiste una varietà notevole di protocolli terapeutici da poter adottare, sebbene non ci sia alcun consenso su quale sia quello più adeguato e che fornisca le maggiori garanzie di successo. La gran parte delle pubblicazioni scientifiche a riguardo conferma la necessità di valutare il grado di estensione dell'intervento chirurgico, e se è stato possibile eventualmente risparmiare i fasci vascolonervosi del pene. In caso di mancato risparmio dei nervi la soluzione terapeutica più indicata resta quella della farmacoterapia intracavernosa con farmaci vasoattivi come la prostaglandine.

Viceversa, in caso di risparmio dei nervi, si può prendere in considerazione l'impiego dei farmaci inibitori della fosfodiesterasi 5 a somministrazione orale, che per il loro funzionamento necessitano del rilascio dell'Ossido Nitrico da parte delle fibre nervose non adrenergiche non colinergiche e pertanto dell'integrità dei nervi.

Le più recenti acquisizioni scientifiche e cliniche in tema di ripresa della funzione erettile dopo chirurgia radicale pelvica, suggeriscono la possibilità di effettuare cicli di terapia riabilitativa che prevedono un'assunzione costante e schematica del farmaco. Infatti i risultati di numerosi studi clinici hanno evidenziato un vantaggio, in termini di efficacia, degli schemi terapeutici riabilitativi rispetto a quelli che prevedono un'assunzione episodica "al bisogno".

La base fisiopatologica di questa evidenza può essere spiegata dalla possibilità di effettuare una vera e propria "ginnastica" cavernosa, sfruttando l'effetto vasoattivo della somministrazione serale

costante del farmaco, che si ripercuote positivamente sulle erezioni spontanee notturne. Grazie ad un siffatto schema terapeutico i pazienti sono in grado di riprendere molto più rapidamente la loro funzione erettile fisiologica, sebbene i tempi di recupero per un'erezione spontanea, non farmacologicamente assistita, possono richiedere fino a 24 mesi.

Tale periodo corrisponde al recupero bio-anatomico dal fenomeno della neuroprassia, che consiste in un vero e proprio stato di sofferenza delle fibre nervose conseguente al trauma termico e meccanico prodotto nel corso dell'intervento chirurgico. Tale condizione si determina anche in corso di interventi chirurgici condotti con l'intento di risparmiare i nervi (*nerve-sparing surgery*), a causa dei fenomeni di conduzione termica e di *stretching*.

## **CURRICULUM VITAE**

### **Prof. Marco Carini**

Marco Carini, nato a Perugia il 24/05/51, ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Perugia con voti 110 e Lode/110 discutendo la tesi: "Il polmone da shock" nell'ottobre 1976. Nel novembre 1976 si è iscritto alla Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università di Firenze, frequentando la Clinica Urologica diretta dal Prof. A. Costantini. Nel luglio 1979 ha conseguito il Diploma di Specializzazione in Urologia presso l'Università degli Studi di Firenze con voti 70 e Lode/70.

Nell'agosto 1981 nominato Ricercatore confermato presso la Clinica Urologica dell'Università degli Studi di Firenze.

In data 03/01/1992 vincitore del concorso Nazionale a posti di Professore Universitario di ruolo di II fascia ed è stato chiamato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze a ricoprire la Cattedra di "Urologia" in data 08/04/1992.

In data 1° Novembre 2000 Professore straordinario per il settore scientifico-disciplinare F10X (Urologia) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze.

In data 1° novembre 2003 Professore Ordinario nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze.

Dal 1978 Docente delle Scuole di Specializzazione di Nefrologia ed Urologia.

È membro della Società Europea di Urologia, della Società Italiana di Urologia e della Società di Urologia centro Meridionale e delle Isole.

Ha organizzato in qualità di Presidente tre convegni scientifici a carattere internazionale.

La produzione scientifica è costituita da oltre 350 pubblicazioni scientifiche ed abstract, ha partecipato a progetti di ricerca in qualità di componente o responsabile;

Dal 1/11/2004 è stato nominato responsabile della S.O.D. Urologia I dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Dipartimento ad Attività Integrata Specialità Medico-Chirurgiche.

### **LORENZO MASIERI**

Il Dottor Lorenzo Masieri è nato a Firenze il 19-03-1973. Si è iscritto alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze nell'anno accademico 1992-1993. In data 13-10-1998 ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso la Facoltà Medica dell'Università degli Studi di Firenze con voti 110 e lode / 110.

Nel 1999 si è iscritto alla Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università di Firenze, frequentando la Clinica Urologica diretta dal Prof. Michelangelo Rizzo e svolgendo attività di pieno impegno nell'istituto medesimo.

Nell'ottobre 2003 ha conseguito il diploma di Specializzazione in Urologia presso l'Università degli Studi di Firenze con voti 70 e lode / 70.

Nel Marzo 2007 ha conseguito il titolo di "Dottore di Ricerca in Scienze Anestesiologiche e Chirurgiche" presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze.

Dal Febbraio 2007 è Ricercatore a tempo determinato presso la Clinica Urologica dell'Università degli Studi di Firenze.

Dal 15 ottobre 2000 al 1 Novembre 2004 ha prestato servizio presso l'U.O. di Urologia dell'Ospedale S.M. Annunziata, convenzionata con l'Università degli Studi di Firenze, responsabile il Prof. Marco Carini.

Dal 1 Novembre 2004 esercita la propria attività assistenziale inserito nell'organico della Clinica Urologica I dell'Università degli Studi di Firenze diretta dal Prof. Marco Carini prima come dottorando poi come Ricercatore a tempo determinato.

E' membro della European Association of Urology e della Società Italiana di Urologia.

#### **ATTIVITA' SCIENTIFICA**

La produzione scientifica del Dott. Lorenzo Masieri è costituita da:

- Partecipazioni a Congressi, Convegni, Seminari Nazionali ed Internazionali in qualità di oratore;
- Partecipazioni a progetti di ricerca scientifica di ateneo;
- 18 pubblicazioni;
- 76 abstracts a congressi nazionali ed internazionali
- 1 videotape.

#### **Prof. ALESSANDRO NATALI**

Il **Prof. Alessandro NATALI** nato ad Empoli (FI) il 5/10/1955, si è **laureato in Medicina e Chirurgia** presso la **Università degli Studi di Firenze** con il massimo dei voti e la lode. Presso la stessa Università ha conseguito la **Specializzazione in Urologia** con il massimo dei voti e la lode.

Il **Prof. A. NATALI** è Titolare di Insegnamento presso :

- **Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia Università di Firenze**
- **Scuole di Specializzazione in Urologia, Endocrinologia, Ginecologia Università di Firenze**
- **Corso di Perfezionamento in Sessuologia Università di Firenze**
- **Corsi di Perfezionamento in Sessuologia Medica Università di Siena**

Il **Prof. A. NATALI** nel campo della Infertilità Maschile ha perfezionato i suoi studi all'estero presso le più prestigiose Università Europee.

Nel 1984 si è specializzato in *Fisiopatologia della Riproduzione* al **Dipartimento di Sterilità della "Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Brussel"** dell' **Università degli Studi di Bruxelles, in Belgio**, presso uno dei pionieri della Fertilizzazione Assistita il **Prof. Schoysman**.

Qui ha studiato approfonditamente e praticato le tecniche di Fertilizzazione in Vitro e di Trasferimento degli Embrioni.

Ogni anno da allora il **Prof. A. NATALI** effettua soggiorni di studio e ricerca presso **le Università degli Studi di Bruxelles, di Anversa, di Amsterdam** nell'ambito dei programmi più avanzati di Fertilizzazione Assistita ( FIVET-ICSI ) con prelievo microchirurgico degli spermatozoi dai testicoli ( TESA, TESE )

Il **Prof. A. NATALI** nel campo della Disfunzione Erettiva ha perfezionato i suoi studi all'estero presso le più prestigiose Università Americane.

Nel 1998 presso il **" Sexual Medicine Center "** della **Università della Louisiana ( USA )**, da uno dei pionieri della Chirurgia Protesica Peniena il **Prof. Williams**.

Qui ha praticato Interventi di Impianti Protesici Penieni secondo le più nuove e sofisticate tecniche chirurgiche.

Nel 1999 il **Prof. A. NATALI** ha svolto la sua attività a **San Francisco ( Università della California ) ( USA )** :

- **" Mt. Zion Andrological Medical Center "** presso uno dei pionieri della Chirurgia Plastica dei Genitali Maschili il **Prof. Lue**.
- **" San Francisco General Hospital "** presso uno dei pionieri della Chirurgia Ricostruttiva dell'Apparato Genitale Maschile, il **Prof. Mc Aninch**.
- **" Male Reproductive Department "** presso uno dei pionieri della Microchirurgia delle Vie Seminali il **Prof. Turek**

In questi prestigiosi Centri Universitari Americani ha eseguito interventi di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dei Genitali Maschili ( *allungamento ed ingrossamento del pene* ), nonché interventi di Microchirurgia delle Vie Seminali secondo le più avveniristiche tecniche.

Il **Prof. A. NATALI** è autore di **oltre 300 pubblicazioni** edite a stampa su riviste Urologiche e Andrologiche Italiane e Straniere ( oltre 200 sono in lingua straniera: inglese, francese, spagnolo con **Impact Factor di 110. 987** )

Ha realizzato **oltre 25 films e videotapes** su Tecniche Chirurgiche e Microchirurgiche personali altamente sofisticate in campo Uro - Andrologico.

E' autore e coautore anche di **oltre 25 libri** di argomento andrologico sia in Italiano che in Inglese.

Riportiamo alcuni titoli:

- Trattato di Endocrinologia 1988
- L'Esplorazione Andrologica dell' Uomo Infertile 1989
- Microsurgery of Male Infertility 1994
- Diabete e Fisiopatologia Andrologica 1996
- Induratio Penis Plastica : Stato dell'arte 1998
- Trattato di Uro – Andrologia 1999
- Linee Guida sul Varicocele 1999
- Varicocele. State of the art 2000
- La Patologia del Pene 2001
- Farmaci e Disfunzione Erettiva 2002
- La Sessualità Maschile: Storia, Cultura e Medicina 2007

Il **Prof. A. NATALI** ha partecipato ad **oltre 500** Congressi Nazionali ed Internazionali( USA, Francia, Inghilterra, Australia, Germania, Indonesia, America Latina ) in qualità di Relatore e Moderatore di Tavole Rotonde. Organizza Simposi Nazionali ed Internazionali ad altissimo livello.

Il **Prof. A. NATALI** è membro attivo della **Società Italiana di Andrologia ( SIA )**, della **Società Italiana di Urologia ( SIU )**, della **Società Italiana di Fertilità e Sterilità (SIFES )**, della **European Association of Urology ( EAU )**, della **American Association of Urology ( AUA )**, della **Internazionale della European Society for Sexual and Impotence Research ( ISSIR, ESSIR )**.

Il **Prof. A. NATALI** è titolare dal 1998 presso l'**Emittente Televisiva TVR Tele Italia di Firenze** di una Rubrica dal titolo "**Andrologia in diretta**" dove oltre a trattare argomenti uro-andrologici, risponde a domande poste in diretta dai telespettatori. E' inoltre spesso ospite della Rubrica "**Benessere**" trasmessa dall' **Emittente Televisiva Italia 7 di Firenze**

Attualmente il **Prof. A. NATALI** esercita e svolge la professione a Firenze dove ricopre l'incarico di:

- Direttore del " Servizio di Urologia Andrologica " Clinica Urologica I Università di Firenze
- Direttore del " Centro Andrologico Leonardo da Vinci " di Firenze

## **SERGIO SERNI**

Il Professore Sergio Serni è nato a Firenze il 13-11-1958.. Laureato in Medicina e Chirurgia presso la Facoltà Medica dell'Università degli Studi di Firenze con voti 110 e lode / 110.

Specializzato in Urologia il 5 Luglio 1990 presso l'Università degli Studi di Firenze con voti 70 e lode / 70.

Dal 19 febbraio 1990 assunto dall'Università degli Studi di Firenze prima come Collaboratore Tecnico, con inserimento nell'organico del personale medico universitario della Clinica Urologica I dell'Università degli Studi di Firenze convenzionato con la U.S.L. 10/D. e successivamente (31 Dicembre 1991) come funzionario tecnico di VIII livello . Dal 16 settembre 1996 al 30 Ottobre 2004 ha prestato servizio presso la Sezione di Urologia dell' Ospedale Santa Maria Annunziata, convenzionata con l'Università degli Studi di Firenze, responsabile il Prof. Marco Carini, con ruolo regionale equiparato ad assistente dal 14 Aprile 1998 con l'incarico di vice-responsabile di tale struttura.

Dal 1 Novembre 2001 è Ricercatore Confermato dell'Università degli Studi di Firenze.

Dal 1 Novembre 2004 è inserito nell'organico della S.O.D Urologia I dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi.

Da delibera del 18-04-2005 della facoltà' di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Tor Vergata – Roma, è risultato idoneo al concorso per Professore Associato settore disciplinare MED/24:Urologia.

Dal 1 Maggio 2005 gli è stato attribuito l'incarico di posizione di lettera C all'interno della SOD Urologia 1, incarico che comprende le responsabilità del settore di "Endourologia" nonché il compito di sostituire occasionalmente e coadiuvare ordinariamente il Direttore della SOD medesima.

Dal 1 Novembre 2006 è Professore Associato presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze inserito nell'organico SOD Urologia 1

La produzione scientifica è costituita da:

- 140 pubblicazioni, 104 abstracts, 16 videotapes.

## **Andrea Minervini**

Pisa, 19-01-1974

Via delle Cappelle 29, 50041, Settimello, Calenzano, Florence, Italy.

**Abitazione 055 8811342**

**Cellulare 347 5865716**

Fax 055 4377755

E-mail: [andreamine@libero.it](mailto:andreamine@libero.it)

### STUDI UNIVERSITARI

- **Laurea in Medicina e Chirurgia, *Summa cum Laude and academic honours*, Università di Pisa, Marzo 1999.**
- **Frequenza volontaria, Dipartimento di Chirurgia Generale Unità operativa di Chirurgia sperimentale, Università di Pisa, Gennaio 1998 - March 1999.**

### PREMI

- **Premio accademico e grant economico per la tesi con dignità di pubblicazione della tesi: *Oxidative stress in fulminant hepatic failure: comparison of two pig models with and without liver necrosis.***
- EUSP (European Society for Scholarship Programme) Grant economico per Clinical Fellowship at the BUI (Bristol Urological Institute, UK) per il periodo Gennaio 2004 – Luglio 2004.
- Premio come best poster presentation al Congresso nazionale SIA-SIAM (Italia Society of Andrology and Italia Society of Medical Andrology): Quando effettuare la dissezione linfonodale retroperitoneale nei sarcomi paratesticolari.
- Premio come best poster presentation al congresso annuale EAU (European Association of Urology), France, Paris, 5-8 Aprile 2006. Progression and long-term survival after simple enucleation for the elective treatment of pT1a renal cell carcinoma (RCC): our experience over 20 years.

### EDUCAZIONE POSTLAUREA

- **Specializzazione in Urologia, 1999-2004. Dipartimento di Urologia, Università di Pisa. *Discussione della Tesi: Intracapsular clear cell renal carcinoma: ploidy status improves the prognostic value of the 2002 TNM classification. October 2004.***
- Clinical attachment/Observership, Urology Unit, Guy's and St Thomas Hospital, London, Consultant Mr R Poppert, Luglio 1999 - Settembre 1999.
- Clinical Assistant, Institute of Urology and Nephrology, Andrology Unit, St Peter's Hospital, London. Consultant Mr D J Ralph. Giugno 2000 - Dicembre 2000.
- Laparoscopic Surgery University Diploma (EITS-IRCAD); Strasbourg, Dicembre 2001.
- Senior House Officer – Research Fellow, Institute of Urology and Nephrology, Andrology Unit, St Peter's Hospital, London. Consultant Mr D J Ralph. Maggio 2002 – Agosto 2002.
- Specializzando presso il Dipartimento di Urologia, Università di Pisa, Ospedale Santa Chiara. Dr. C. Selli Novembre 1999 - Novembre 2004.
- Rotazione come specializzando presso l'Unità Operativa di Urologia, Ospedale Santa Chiara. Direttore: Dr. F. Francesca. Maggio 2003 - Novembre 2003.

- Fellowship in Laparoscopy and Endourology, Clinical Assistant, Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, Bristol, UK. Consultants Prof. P Abrams, Mr A G Timoney, F X Keeley Jr and H Swaibold. Gennaio 2004 - Luglio 2004.
- **Laser Safety Training, North Bristol NHS Trust, Southmead Hospital. January 2004.**
- **Specialista in Urologia, da Novembre 2004 presso il Dipartimento di Urologia, Università di Firenze diretto dal Prof. Marco Carini.**
- Honorary Clinical Fellowship in Laparoscopy and Endourology, Clinical Fellow, Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, Bristol, UK. Consultants Prof. P Abrams, Mr A G Timoney, F X Keeley Jr and H Swaibold. Gennaio 2005.
- Honorary Clinical Fellowship in Laparoscopy and Endourology, Clinical Fellow, Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, Bristol, UK. Consultants Prof. P Abrams, Mr A G Timoney, F X Keeley Jr and H Swaibold. Marzo 2005.
- **Dottorato di Ricerca (Master in Diagnostics and Interventional Technologies in Urology) in "Tecnologie Diagnostiche e Interventistiche in Urologia" all' Università di Perugia. Novembre 2004-Novembre 2007.**

## MEMBERSHIPS

- Membro dell' "Ordine dei Medici Chirurghi" da Novembre 1999.
- Associate Member of the EAU da Gennaio 2000.
- Medical practitioner of the GMC (General Medical Council) da Maggio 2000. Full Registration Number: 4689492
- Associate Member of the ENDOUROLOGICAL SOCIETY da Gennaio 2002
- Associate Member della Società Italiana di Urologia (SIU) da Gennaio 2002 e parte del Comitato esecutivo da Giugno 2006.
- Associate Member of the SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA DEI GENITALI MASCHILI (S.I.C.GE.M) associate all'European Society for Male Genital Surgery da Giugno 2002.
- Associate Member della SOCIETA' ITALIANA DI ANDROLOGIA (SIA) dal 2003
- Associate Member della European Society of Sexual Medicine (ESSM) dal 2004
- Associate Member del BRISTOL UROLOGICAL INSTITUTE (BUI), Bristol, UK, da Giugno 2004.
- Associate Member della EUROPEAN ORGANIZATION FOR TREATMENT OF CANCER-GENITO URINARY GROUP (EORTC-GU Group) da Maggio 2005.
- Associate Member della SOCIETA' ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA (SIUrO) da Ottobre 2005.

## MEMBERSHIP DI REVIEWERS PANEL

- MEDICAL SCIENCE MONITOR International Reviewers Panel Ott 2002
- WORLD JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY Reviewers Panel Giu 2005
- EUROPEAN JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY Reviewers Panel Mag 2007
- MINERVA UROLOGICA Reviewers Panel da Maggio 2007
- EUROPEAN UROLOGY Reviewers Panel Dic 2007

## BOARD EDITORIALI

a) Membro dell' Editorial Board dell' **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia** dal Novembre 2007

ARTICOLI ORIGINALI tutti su riviste indicizzate internazionali: 32

**IMPACT FACTOR TOTALE ISI CITATION REPORTS ® RANKING 2006:**

**103.488**



1. Minervini R, Morelli G, Fontana N, Minervini A. The use of a modified surgical instrument for the ligation of a Santorini's venous plexus. **Acta Urol Belg** **1997**, 65: 29-31.
2. Minervini R, Morelli G, Minervini A, Pampaloni S, Tognetti A, Fiorentini L, Ciompi ML. Bladder involvement in systemic sclerosis: urodynamic and histological evaluation in 23 patients. **Eur Urol** **1998**, 34: 47-52.
3. Minervini R, Morelli G, Fontana N, Minervini A, Cecchi M, Fiorentini L. Functional evaluation of different ileal neobladders and ureteral reimplantation techniques. **Eur Urol** **1998**, 34: 198-202.
4. Minervini R, Minervini A, Fontana N, Traversi C, Cristofani R. Evaluation of the 1997 tumour, nodes and metastases classification of renal cell carcinoma: experience in 172 patients. **BJU Int** **2000**, 86: 199-202.
5. Kusmic C, Boggi U, Bellini R, Vistoli F, Castellari M, Taddei G, Minervini A, Filipponi F, Mosca F, Barsacchi R. Oxidative stress in fulminant hepatic failure: comparison of two pig models with and without liver necrosis. **Hepatogastroenterology** **2001**, 48 (39): 762-769.
6. Minervini A, Lilas L, Morelli G, Traversi C, Battaglia S, Cristofani R, Minervini R. Regional lymph node dissection in the treatment of renal cell carcinoma: is it useful in patients with no suspected adenopathy before or during surgery? **BJU Int** **2001**, 88: 169-172.
7. Minervini A, Lilas L, Minervini R, Selli C. Prognostic value of nuclear grading in intracapsular (pT1-pT2) renal cell carcinoma (RCC): Long-term analysis in 213 patients. **Cancer** **2002**, 94/10: 2590-2595.
8. Caldarelli G, Minervini A, Guerra M, Bonari G, Caldarelli C, Minervini R. Prosthetic replacement of the inferior vena cava and the iliofemoral vein for urological-related malignancies. **BJU Int** **2002**, 90: 368-374.
9. Minervini A, Salinitri G, Minervini R. Retroperitoneal urinoma complicating Burch colposuspension. **Int J Gynaecol Obstet** **2003**, 82(1):85-6.
10. Minervini A, Morelli G, Dinelli N, Selli C, Minervini R. Corporeal herniation after Nesbit plication with partial thickness shaving for congenital penile curvature. **Int J Impot Res** **2003**, 15(6): 465-467.
11. Minervini A, Salinitri G, Lera J, Caldarelli C, Caramella D, Minervini R. Solitary floating vena caval thrombus as a late recurrence of renal cell carcinoma: case report and literature review. **Int J Urol** **2004**, 11 (4): 239-242.
12. Carini M, Lapini A, Minervini A, Serni G. Re: Puppo P, Introini C, Calvi P, Naselli A. Long-term Results of excision of small renal cancer surrounded by a minimal layer of grossly normal parenchyma: Review of 94 cases. *Eur Urol* 2004; 46: 477-481. **Eur Urol** **2005**, 47(2): 265-266.
13. Minervini A, Boni G, Salinitri G, Mariani G, Minervini R. Evaluation of renal function and upper urinary tract morphology in the ileal orthotopic neobladder with no antireflux mechanism. **J Urol** **2005**, 173: 144-147.
14. Minervini A, Serni S, Masieri L, Carini M. Re: Stancik I, Luftenegger W, Klimpfinger M, Muller MM, Hoeltl W. Effect of NIH-IV prostatitis on free and free-to-total PSA. *Eur Urol* 2004; 46: 760-4. **Eur Urol** **2005**, 47(5): 720-721.
15. Lapini A, Serni S, Minervini A, Masieri L, Carini M. Progression and long-term survival after simple enucleation for the elective treatment of renal cell carcinoma: experience in 107 patients. **J Urol** **2005**, 174: 57-60.
16. Minervini A, Lapini A, Serni S, Carini M. Re: Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, Teh CL, Khor T, Yang JR, Yap HW and Krieger JN. Initial, long-term, and durable responses to Terazosin, placebo, or other therapies for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2004; 64: 881-886. **Urology** **2005**, 66(1):231-232.
17. Minervini A, Di Cristofano C, Collecchi P, Salinitri G, Selli C, Bevilacqua G, Minervini R, Cavazzana A. Intracapsular clear cell renal carcinoma: ploidy status improves the prognostic value of the 2002 TNM classification. **J Urol** **2005**, 174: 1203-1207.
18. Davenport K, Minervini A, Timoney AG, Keeley FX Jr. Our experience with retroperitoneal and transperitoneal laparoscopic pyeloplasty for pelvi-ureteric junction obstruction. **Eur Urol** **2005**, 48: 973-977.
19. Minervini A, Ralph DJ, Pryor JP. Outcome of penile prosthesis implantation for treating erectile dysfunction: experience with 504 procedures. **BJU Int** **2006**, 97: 129-133.

20. Serni S, Masieri L, Minervini A, Lapini A, Nesi G, Carini M. Cancer progression after antegrade radical prostatectomy for pathologic Gleason score 8 to 10 and influence of concomitant variables. **Urology** **2006**, 67: 373-378.
21. Minervini A, Davenport K, Keeley FX Jr, Timoney AG. Antegrade versus retrograde endopyelotomy for pelvic ureteric junction (PUJ) obstruction. **Eur Urol** **2006**, 49(3): 536-543.
22. Carini M, Minervini A, Lapini A, Masieri L, Serni S. Simple enucleation for treatment of renal cell carcinoma between 4 and 7 cm in greatest dimension: progression and long-term survival. **J Urol** **2006**, 175: 2022-2026.
23. Carini M, Minervini A, Masieri L, Lapini A, Serni S. Simple enucleation for treatment of pT1a renal cell carcinoma: our 20-year experience. **Eur Urol** **2006**, 50(6): 1263-1268; discussion 1269-1271.
24. Davenport K, Minervini A, Keoghane S, Parkin J, Keeley FX Jr, Timoney AG. Does rate matter? The results of a randomized control trial of 60 versus 120 shocks per minute for shock wave lithotripsy of renal calculi. **J Urol** **2006**, 176(5): 2055-2058.
25. Carini M, Minervini A, Serni S. Nephron-Sparing Surgery: Current Developments and Controversies. **Eur Urol** **2007**, 51(1): 12-14.
26. Carini M, Masieri L, Minervini A, Serni S. Re: Guazzoni G, Cestari A, Naspro R et al. Intra- and peri-operative outcomes comparing radical retropubic and laparoscopic radical prostatectomy: Results from a prospective, randomized, single-surgeon study. **Eur Urol** **2007**, 51(3): 858-859.
27. Giubilei G, Mondaini N, Minervini A, Saieva C, Lapini A, Serni S, Bartoletti R, Carini M. Physical activity of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome not satisfied with conventional treatments: could it represent a valid option? The physical activity and male pelvic pain trial: a double blind, randomized study. **J Urol** **2007**, 177(1): 159-165.
28. Minervini A, Giubilei G, Masieri L, Lanzi F, Serni S, Carini M. Simple enucleation for the treatment of renal angiomyolipoma. **BJU Int** **2007**, 99(4): 887-891.
29. Minervini A, Di Cristofano C, Serni S, Carini M. Re: Andres Lidgren, Ylva hedberg, kjell grankvist, torngny rasmuson, anders bergh and borje ljunberg. Hypoxia-inducible factor 1 alpha expression in renal cell carcinoma analyzed by tissue microarray. **Eur Urol** **2007**, 51(5): 1451-1452.
30. Carini M, Masieri L, Minervini A, Lapini A, Serni S. Oncological and functional results of antegrade radical retropubic prostatectomy for the treatment of clinically localised prostate cancer. **Eur Urol** **2007**, In Press.
31. Di Cristofano C, Minervini A, Menicagli M, Salintri G, Bertacca G, Pefanis G, Masieri L, Lessi F, Collecchi P, Minervini R, Carini M, Bevilacqua G, Cavazzana A. Nuclear expression of hypoxia-inducible factor -1 alpha in clear cell renal cell carcinoma is involved in tumor progression. **Am J Surg Pathol** **2007**, 31(12):1875-1881.
32. Pomara G, Salintri G, Nesi G, Maio E, Minervini A, Gammazza AM, Francesca F, Cappello F, Selli C. p53 and Ki-67 expression in renal cell carcinomas of pregnant women and their correlation with prognosis: a pilot study. **Int J Gynecol Cancer**. **2007** In Press.

#### **PUBBLICAZIONI ON LINE: 1**

1. Minervini A, Lera J, Salintri G, Caramella D. Solitary vena cava thrombus as a late recurrence of renal cell carcinoma. **EuroRad** **2002**, Oct 07, {www.euroRad.org}.

#### **REVIEWS: 1**

1. Minervini R, Fontana N, Pampaloni S, Traversi C, Di Pasquale D, Minervini A. Transurethral electrovaporization of the prostate. Reprinted from: IV International congress on therapy in andrology, the human testis: its role in reproduction and sexuality, pag. 173-179. Monduzzi Editore. Pisa, Italy. Editor: G.F. Menchini Fabris.

#### **CAPITOLI DI LIBRI: 3**

1. **The Year in Urology 2004, Part I, Urinary Tract Infection.** Authors: Koupparis A, **Minervini A**, Probert JL. Clinical Publishing. Editors: P Abrams, JL Probert, H Schwaibold, J Graham. ISSN 1479-5353. Publication Date October 2004.

2. **The Year in Urology 2004, Part I, Prostatitis.** Authors: **Minervini A**, Timoney AG. Clinical Publishing. Editors: P Abrams, JL Probert, H Schwaibold, J Graham. ISSN 1479-5353. Publication Date October 2004.
3. **The Year in Urology 2004, Part I, Reconstructive Urology.** Authors: Patel B, **Minervini A**. Clinical Publishing. Editors: P Abrams, JL Probert, H Schwaibold, J Graham. ISSN 1479-5353. Publication Date October 2004.

#### LETTURE ed INCARICHI CONGRESSUALI: 16

1. Ralph DJ, Minervini A. **Penile Prosthesis: the State of the Art.** V  
International Congress on Therapy in Andrology, Pisa, 24-27 Marzo, 2003.
2. Minervini A. **La terapia della sindrome di La Peyronie.** L'andrologia come scienza multidisciplinare: un approccio per il MMG. Grosseto, 20 Settembre, 2003.
3. Incarico di **Tutor per il Corso Andrologico** (Accreditato dal Ministero della Salute) **Specialist 2005** verso i Medici di Medicina Generale. Firenze, 21 Maggio 2005.
4. Minervini A. **Prostatectomia Nerve Sparing: Quando?** Corso Teorico Pratico: La prostatectomia radicale retropubica anterograda. Firenze, 20-23 Settembre, 2005.
5. Minervini A, Masieri L, Pomara G. **Highlights SIU Meeting 2006** Bologna Giugno 2006.
6. Minervini A, Ficarra V, Imbimbo C. **Presentazione e discussione casi clinici interattivi.** Corso residenziale sulla disfunzione erettile. Sorrento 20-22 Ottobre 2006
7. Minervini A e Paoletti C. VI corso ESRU per specializzandi. **Elementi di base in chirurgia laparoscopica.** Coordinatori Parte Pratica.
8. Minervini A. **Nephron sparing surgery open. Stato dell'arte.** La chirurgia urologica maggiore: Stato dell'Arte. 18 Nov 2006. Lucca.
9. Minervini A. **Il questionario MSHQ nell'esperienza internazionale.** Convegno LUTS, IPB E DISTURBI DELLA SESSUALITA'. Firenze 6 Dicembre 2006.
10. Incarico di **Tutor per il Corso Andrologico** (Accreditato dal Ministero della Salute) **Diogene 2007. Il Farmacista tra mente e corpo.** Firenze, 14 Aprile 2007.
11. Incarico di **moderatore al congresso Challenges in laparoscopy 2007.** Bordeaux-Firenze 7-9 Giugno 2007. Membro del Comitato Organizzatore Locale. Bordeaux-Florence. Giugno 7-9 2007.
12. **Faculty e relatore/moderatore del congresso "Il carcinoma della prostata: dal consenso informato al follow up"** Firenze 29-30 Giugno 2007. Corso organizzato dalla Societa' Italiana di Urologia.
13. Minervini A, Sanguedolce F, Verze P. **Highlights SIU Meeting 2007** Bari Settembre 2007.
14. **Tutor del Workshop in Laparoscopia del Hands-on-Training del V Corso EUREP (European Urological Residents Educational Programme 2007,** Praga 7-12 Settembre 2007.
15. **Faculty e relatore/moderatore del Corso SIU Scholarship per Urologi.** Firenze 9-11 Ottobre 2007. Corso organizzato dalla Societa' Italiana di Urologia.
16. **Member Eropcan Advisory Board Atigenics® Oncophage® (Vitespen®);** Ottobre 28-30 2007; Pissouri, Cipro (Advisors: David Khayat; Clement-Claude Abbou; Georg Bartsch; Hernan Cortes-Funes; Ulrich Gatzemeier; Borje Ljungberg; Gerard Mickisch; Andrea Minervini, John Smyth, Eduardo Solsona; Michael Staehler; Alessandro Testori, Nico Van Zandwijk; Richard Zigeuner).

#### ABSTRACTS A CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI: 101

##### **Dr Alfonso Crisci**

Nato il 14/01/1970, laureato in medicina e chirurgia il 25/05/1994.

Specialista in Urologia dal 30/11/2000 svolge la sua attività presso la I<sup>a</sup> Clinica Urologica Dell'Università degli Studi di Firenze diretta dal Prof Marco Carini (Villa Monnatessa, policlinico di Careggi-Firenze).

Qualifica: Ricercatore Universitario.

Ab.: via Nino Bixio 18 Firenze

Cell.: 349 5318158

e-mail [Alfonso.crisci@unifi.it](mailto:Alfonso.crisci@unifi.it)