

## HIGH TECH

## servono tanti robot in sala operatoria?

■ Qualcuno la definisce «una soluzione in cerca di un problema». E in effetti, l'entusiasmo di medici e pazienti per il robot in sala operatoria ha di molto preceduto la dimostrazione di una sua superiorità rispetto alle tecniche tradizionali. Una dimostrazione che tarda a venire, anche per l'asportazione della prostata, nonostante un'aggressiva campagna di marketing che cerca di far credere che le nuove tecno-

logie riducano sostanzialmente – o addirittura che possano evitare – il rischio delle conseguenze più temute dell'intervento, impotenza e incontinenza urinaria.

«Dall'esame dei risultati raccolti su circa 300 pazienti operati con un approccio tradizionale di prostatectomia radicale retropubica a cielo aperto o con il robot, a tre mesi dall'intervento non abbiamo rilevato differenze significative nella

qualità di vita, potenza sessuale e continenza urinaria, così come in termini di sicurezza e radicalità dell'asportazione del tumore», afferma Robert Gardiner, l'urologo del Centro di ricerca clinica dell'Università del Queensland, in Australia. Gardiner ha coordinato l'ultimo studio importante, pubblicato l'estate scorsa su *Lancet*, con cui si è cercato, ancora una volta, di trovare prove a favore della nuova tecnologia. I pazienti operati con il robot hanno riferito meno dolore, hanno subito meno sanguinamenti e sono stati dimessi prima dall'ospedale, ma bastano questi vantaggi a giustificare gli investimenti richiesti? Ogni apparec-

chiatura costa almeno due milioni di euro a cui vanno aggiunti i prezzi delle strumentazioni e dei presidi mono uso. La manutenzione della macchina richiede altri 150 mila euro l'anno. Il costo vivo di ogni intervento, quindi, si può stimare intorno ai 12-15 mila euro, oltre il doppio di quello previsto, per esempio, dalla Regione Lazio. Una differenza che dovrebbe essere giustificata da un drastico miglioramento degli esiti per il paziente, che invece non è stato dimostrato.

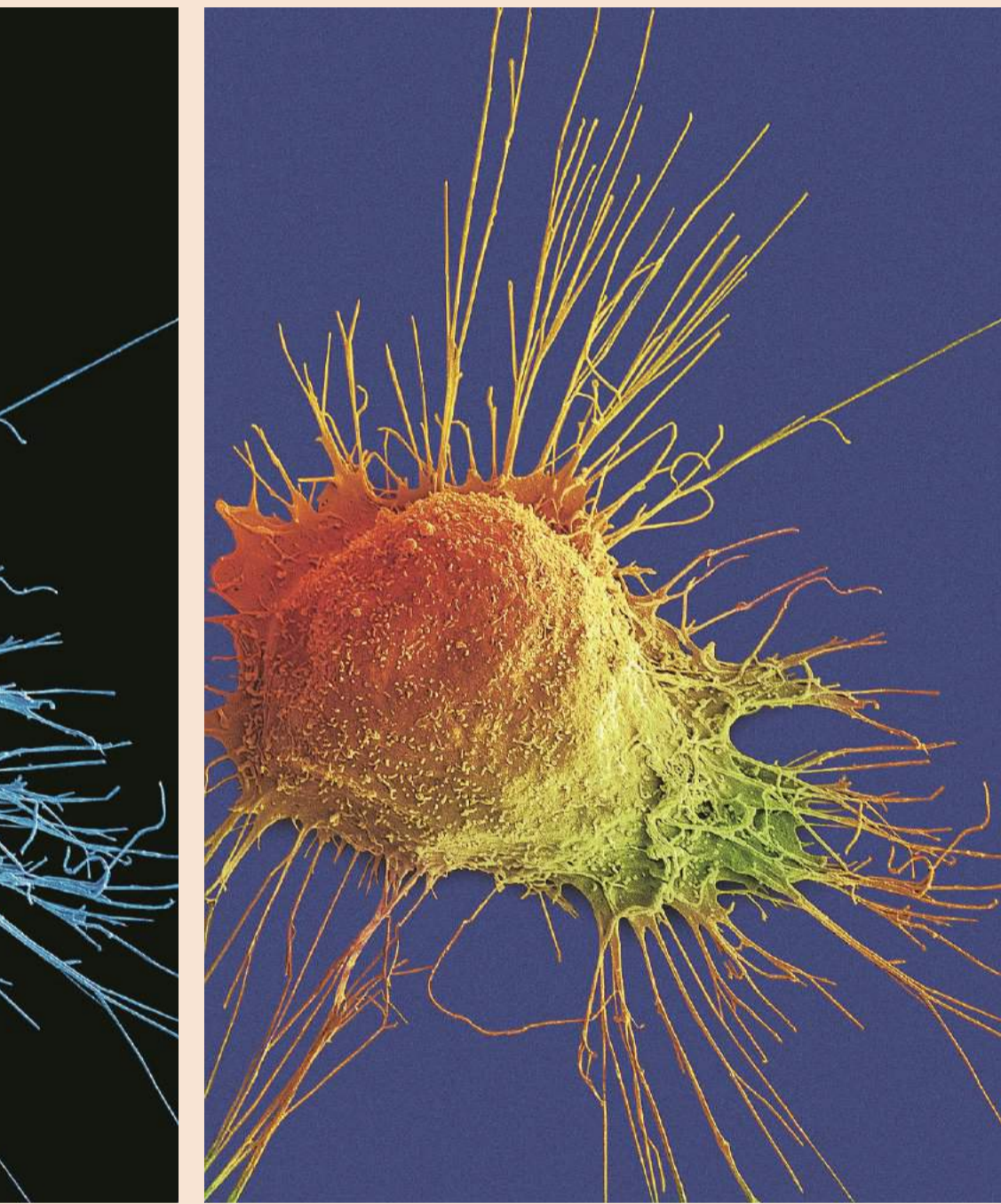
Dopo che un ospedale ha fatto un investimento simile, e i chirurghi si sono addestrati a usare il robot, acquisendo una marcia in più rispetto ai colleghi, è difficile am-

mettere che le cose non sono cambiate poi tanto.

Secondo il Rapporto sulla chirurgia robotica in Italia, nel 2011 il nostro Paese era già all'avanguardia in Europa (con la Germania), per numero di apparecchiature. Oggi sono circa un'ottantina, per lo più al nord, ma in rapido aumento anche al centro-sud: dal 2010 si stima che negli ospedali italiani l'incremento sia stato del 40%. Parallelamente crescono le procedure: nel 2014, in tutto il mondo, sono state circa 570 mila, in crescita del 9% rispetto al 2013. Di questi, oltre 11 mila hanno avuto luogo in Italia (20% in più rispetto al 2013). Nel 2015 gli interventi robotici sono

stati più di 13.200, di cui il 66% in ambito urologico. In particolare, dal 2010 a oggi con le nuove macchine sono state eseguite più di 20 mila prostatectomie radicali, di cui circa seimila solo nel 2014.

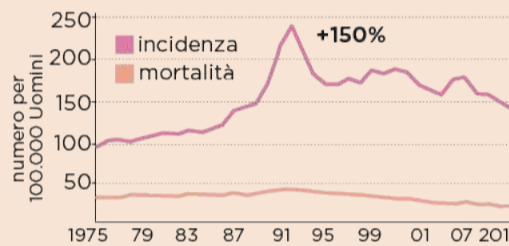
Intuitive Surgical, l'azienda che produce il robot da Vinci, il primo a essere approvato nel 2000 dalla Food and Drug Administration e che detiene il monopolio del mercato, ha dichiarato a *Fortune* che nel secondo trimestre del 2016 il numero di procedure robotiche nel mondo aveva già fatto un balzo del 16% rispetto al 2015, garantendo un fatturato di 670 milioni di dollari. Anche loro ringraziano Ablin, per la scoperta del Psa.



TUTTE LE FOTO SCIENCE PHOTO LIBRARY / CONTRASTO

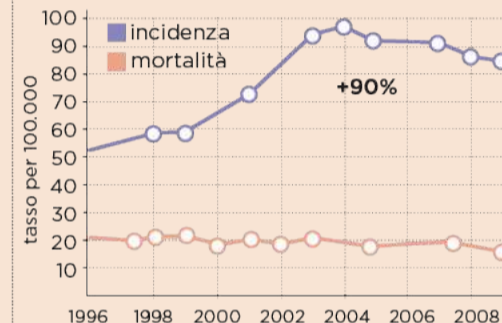
### ▶ QUANDO CONVIENE ATTENDERE

#### Stati Uniti

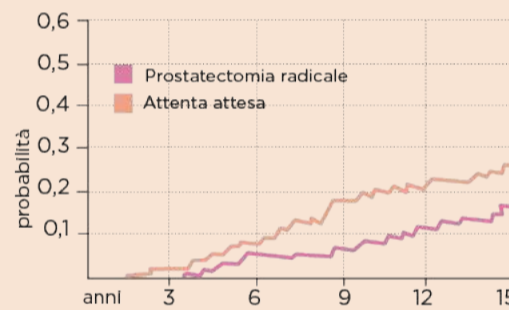


Tasso di sopravvivenza a 5 anni								
anno	1975	1980	1985	1990	1994	1998	2002	2006
%	66	70,2	75	88,5	94,6	98,2	99,8	99,6

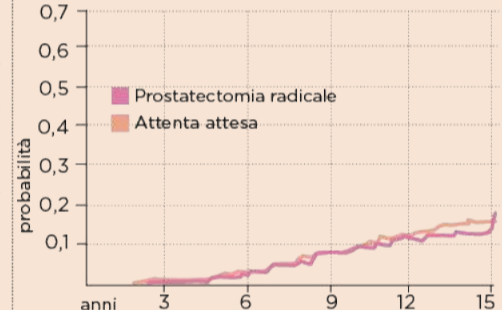
#### Italia



#### Morti per cancro alla prostata < 65 anni



#### Morti per cancro alla prostata > 65 anni



■ I primi due grafici in alto mostrano l'aumento del numero di nuove diagnosi di tumore della prostata (incidenza) conseguenti all'approvazione del test Psa da parte della Food and Drug Administration negli Stati Uniti nel 1994 (anno in cui si registra un vero e proprio picco) e alla sua diffusione in Italia, dove il picco viene raggiunto nel 2004. In entrambi i casi, a un vistoso incremento iniziale delle diagnosi precoci segue, negli ul-

timi anni, una leggera flessione.

In entrambi i grafici – i dati si riferiscono, rispettivamente, ai registri SEER americani e ai registri dell'AIRTUM, l'Associazione Italiana dei Registri Tumori – emerge in modo evidente come a fronte di questa ondata di diagnosi precoci di tumore alla prostata, la linea che segna l'andamento della mortalità sia cambiata molto poco nel corso degli anni.

I due grafici in basso – sono

entrambi apparsi nell'edizione del *The New England Journal of Medicine* del 6 marzo 2014, Vol. 370 No. 10 – mostrano come, dopo i 65 anni di età, la scelta di un'attenta attesa non sia più rischiosa dell'intervento alla prostata, mentre prima dei 65 anni merita comunque di essere considerata, a fronte dei rischi e degli effetti collaterali dell'intervento di prostatectomia. Questo, ovviamente, vale solo per i casi di tumore alla prostata a basso rischio.

mini sviluppa nella prostata un tumore. Il 60-70 per cento dei sessantenni ce l'ha, ma solo il 3 per cento ne muore: sono quei pochi che vengono colpiti dalle rare forme aggressive della malattia, quelle che Ablin chiama tumore "lepre", mentre gli altri portano con sé tumori "tartaruga", con una crescita così lenta che non avranno tempo per dare segno di sé».

Ablin conosce bene i "tumori lepre", perché uno di questi tumori della prostata si è portato via in breve tempo suo padre. «Su queste forme ad alto rischio abbiamo dimostrato che anticipare la diagnosi con il Psa però può fare la differenza», precisa Riccardo Valdagni, direttore del Programma prostata dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano. «Per quelle indolenti invece stiamo introducendo un metodo di sorveglianza attiva, che prevede controlli regolari nel tempo, evitando i trattamenti se la malattia resta confinata e silente». L'approccio della cosiddetta "vigile attesa", seppur consigliato, fatica tuttavia a prendere piede, sia perché richiede una accurata organizzazione, sia perché i pazienti stessi, anche su pressione delle loro fami-

glie, davanti a una diagnosi di cancro, spesso preferiscono non aspettare.

Purtroppo, a tutt'oggi, non disponiamo di un metodo sicuro per distinguere tumori lepre, da trattare, e tartarughe, da sorvegliare. «Per ora ci basiamo sull'estensione della malattia e sulle sue caratteristiche istologiche, espresse dalla scala di Gleason», spiega Valdagni, «ma, come molti altri gruppi di ricerca in tutto il mondo, stiamo studiando anche potenziali nuovi marcatori nel sangue e nelle urine (la cosiddetta "biopsia liquida") e valutando l'efficacia della risonanza magnetica».

#### Gli esami di routine

Come Luca, ogni anno, anche in Italia più di un uomo ogni tre, tra i 55 e i 70 anni, si sottopone senza motivo al test del Psa, nella maggior parte dei casi senza essere adeguatamente informato dei limiti e dei rischi di questo esame, semplicemente incluso nei cosiddetti "esami di routine" da molti medici di famiglia e nei "pacchetti prevenzione" offerti dai laboratori analisi e da alcuni centri ospedalieri privati. Non esiste invece in

nessun Paese un programma organizzato e raccomandato di screening sulla popolazione per il tumore della prostata come si fa per quello dell'utero, del seno o del colon. «Questo perché la diagnosi precoce della malattia con il Psa non offre gli stessi vantaggi che si sono ottenuti con il pap test, la ricerca del sangue occulto nelle feci o la mammografia, nelle fasce di età in cui è raccomandata», spiega Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio nazionale screening. Per essere usato a tappeto su una popolazione che non manifesti nessun disturbo, infatti, un esame non deve lasciarsi scappare troppi casi che sarebbero erroneamente rassicurati (i cosiddetti falsi negativi), ma nemmeno etichettare come positivi troppi individui che invece poi, a successivi accertamenti, risultano sani. Nel 75 per cento circa di coloro che hanno il Psa alto, invece, non si trova nessun tumore alla biopsia. E quando c'è, in gran parte dei casi si tratta di "sovradignosi": se il paziente non si fosse sottoposto al test, avrebbe tranquillamente convissuto, ignaro, con il proprio tumore, fino al momento di morire per tutt'altra causa, senza subire gli effetti della diagno-

si e delle cure. È stato stimato che, solo negli Stati Uniti, dal 1986 al 2005, sarebbe stato sovradignificato, e di conseguenza trattato inutilmente, almeno un milione di uomini.

Accanto a questi, ci sono quelli che davvero si sono salvati la vita. «Mentre il più recente, grande studio americano, nega qualunque beneficio dello screening col Psa in termini di sopravvivenza, quello europeo, più rigoroso dal punto di vista metodologico, ha mostrato che l'esame ripetuto ogni quattro anni negli uomini tra i 55 e i 69 anni può davvero ridurre del 20% circa la mortalità», precisa Zappa. «Ma il prezzo da pagare per questo risultato resta comunque troppo alto». Soprattutto non si estende ai settantenni o agli uomini più anziani, in cui i rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche sovrastano ancora di più i possibili benefici. Eppure, è proprio in questa fascia di età che l'uso improprio del test non mostra flessioni, al contrario che tra le persone più giovani, tra cui, negli ultimi anni, si è invece diffusa una maggiore consapevolezza, e il numero di esami eseguiti come screening risulta in calo, in Italia come negli Stati Uniti.