La grande sfida della robotica

Tumori del colon-retto le nuove tecnologie

«Abbiamo iniziato a fare i primi interventi robotici nel 2022 con il sistema Da Vinci multiport. Dal 2025 l'Aou di Sassari si è dotata di una nuova piattaforma robotica, il Da Vinci single port, e complessivamente abbiamo raggiunto numeri importanti: 250 procedure, di cui 169 per neoplasie coloretta-li».

Parla Fabrizio Scognamillo, 61 anni, professore associato di Chirurgia generale all'Università di Sassari e direttore della Chirurgia generale e d'urgenza e della Patologia chirurgica dell'Aou di Sassari.

Qual è la differenza tra i due sistemi?
«Il multiport è dotato di quattro braccia robotiche, che consentono di introdurre strumenti e telecamera nell'addome attraverso quattro piccole incisioni di pochi millimetri. L'altro, e siamo stati tra i primi in Europa ad utilizzarlo nel trattamento del carcinoma colorettale, è il single port, una piattaforma modernissima costituita da un unico braccio robotico attraverso il quale è possibile introdurre nel corpo ugualmente 3 strumenti e l'ottica attraverso una singola piccola incisione di 3 o 5 centimetri. Il singol port può inoltre essere impiegato, in casi selezionati, nella chirurgia transanale, ossia senza alcuna incisione ma attraverso l'orifizio anale. Aggiungo che in questi anni abbiamo continuato ad operare anche con tecnica laparoscopica, che rimane sempre una valida tecnica mini invasiva. Scegliere una modalità o l'altra dipende dal singolo caso specifico».

Che cos'è la chirurgia robotica?
«È una chirurgia attraverso la quale il chirurgo manovra delle braccia meccaniche ultra sofisticate agendo su una console computerizzata. Si dice che la chirurgia robotica ha un'architettura "master slave", ossia è il chirurgo che manovra e guida il robot, che da solo non fa nulla che non sia comandato. Il robot è solo lo strumento che permette di agire in maniera più precisa».

Cioè?
«Arriva a lavorare in punti dove è più difficile arrivare in laparoscopia, consente di compiere gesti estremamente precisi, amplifica e migliora il movimento del polso, elimina quel fisiologico tremore che è presente nella mano, consente una visuale migliore ingrandendo di dieci volte quello che vediamo a occhio nudo. Però, ripeto, la tecnologia da sola non basta, è il chirurgo che assume tutte le decisioni durante l'operazione. Per questo nella nostra equipe abbiamo investito molto nella formazione di alto livello, partecipando a percorsi specialistici e di certificazione internazionale».

Ha detto che il single port consente anche di intervenire senza incisioni cutanee?
«Sì, permette di introdurre gli strumenti attraverso l'ano. Questo tipo di chirurgia, che fino a un anno fa eseguivamo con strumenti rigidi, ora si può fare con questa metodica che chiaramente rende più agevole il lavoro e permette di asportare, oltre ai grossi adenomi – cioè i polipi che per le dimensioni o forma gli endoscopisti non riescono a trattare – anche carcinomi in fase molto precoce. Vorrei chiarire meglio: questa metodica si applica soltanto in casi selezionatissimi, soltanto in fase "early", precoce, non si può utilizzare in tutti i tumori del retto».

Parliamo di una patologia molto diffusa?
«Purtroppo sì. I dati dell'Osservatorio globale per il carcinoma colorettale dicono che nel mondo nel 2020 ci sono stati 1 milione 900mila casi. In Italia nel 2023 abbiamo avuto 50.500 nuove diagnosi con 24.200 decessi, si tratta del secondo tumore più diagnosticato e la seconda causa di morte per tumore».

Chi colpisce maggiormente?
«Considerando i 50.500 nuovi casi del 2023 solo poco più della metà dei casi riguardava pazienti di sesso maschile. È considerata una patologia dell'adulto anziano, ma in realtà non risparmia in assoluto i giovani».

Dunque, la prevenzione è importantissima.
«Per un discorso epidemiologico, la colonscopia andrebbe fatta dai 50 anni ma deve essere anticipata in pazienti sintomatici o a rischio per familiarità, poliposi, eccetera».

Certo che fare la colonscopia in Sardegna è difficilissimo.
«È vero, si tratta di una grave criticità che interessa l'intera regione ed anche per questo motivo la riduzione dei tempi di attesa per la colonscopia è stata inserita fra gli obiettivi della Regione Sardegna e di conseguenza delle Aziende Sanitarie».

E allora, come si fa la prevenzione?
«Il programma dello screening prevede l'invio di una lettera che invita il cittadino a partire dai 50 anni ad andare in farmacia per ritirare gratuitamente il kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Se l'esito è positivo viene or-


La grande sfida della robotica

Ritaglio stampa non riproducibile ad uso esclusivo del destinatario

ganizzata subito una colonscopia. Poi ci sono coloro che hanno sintomi d'allarme che devono rivolgersi immediatamente al medico».

Quali sono i sintomi?
«Modificazioni della frequenza delle evacuazioni, cambiamento della forma delle feci (frammentate, più sottili) o con presenza di sangue e muco, sensazione continua di aver necessità di defecare, anemia».

Un altro aspetto importante è l'approccio multidisciplinare, cosa significa?
«Lo portiamo avanti da anni; vuol dire riunirsi sistematicamente, nel nostro caso una volta alla settimana, con tutte le figure coinvolte nella diagnosi, nel trattamento del carcinoma colorettale e nell'assistenza postoperatoria. Il chirurgo, l'oncologo, il radiologo, il medico nucleare, l'anatomopatologo, il radioterapista, lo psicologo, il genetista, si ritrovano e discutono dei casi più complessi e ne programmano l'intero percorso assistenziale. Il chirurgo infatti è soltanto uno degli attori e il paziente dev'essere preso in carico prima, durante e dopo l'intervento. È su questo modello organizzativo che la nostra Azienda ha costruito negli anni il proprio percorso assistenziale integrando competenze chirurgiche, attività diagnostiche e servizi specialistici. È dimostrato che nei centri dove si porta avanti questo approccio, la sopravvivenza globale e quella libera da malattia è maggiore rispetto a dove non esiste il team».

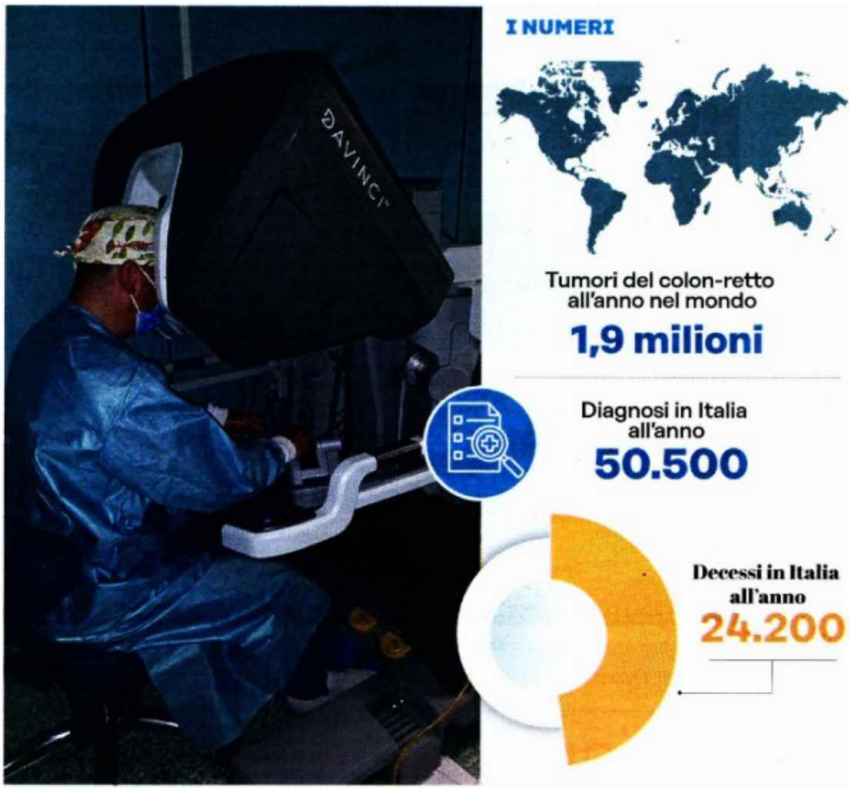
Nei giorni scorsi la Società italiana di chirurgia ha chiesto un tavolo tecnico al ministero per rivedere le raccomandazioni Agenas sulla riduzione della chirurgia robotica.
«Da noi a Sassari le due piattaforme vengono usate ogni giorno da diversi specialisti e in questo modo si ammortizzano i costi. Detto questo, riporto quanto ha sottolineato il presidente della Società Italiana di Chirurgia Ludovico Docimo nei giorni scorsi, che ha richiamato l'attenzione sui vantaggi in termini di durata della degenza, complicanze e ritorno alla normale attività che la chirurgia robotica sembra offrire secondo alcuni studi recenti. La robotica, non solo oggi in Italia è una realtà che pone il nostro Paese fra le eccellenze europee, ma rappresenta indubbiamente la chirurgia del futuro. Sono d'accordo col collega quando afferma che limitarsi a valutare il robot solo sul costo del singolo intervento significa essere miopi, rallentare il progresso e tornare indietro di vent'anni».

Cristina Cossu

Fabrizio Scognamillo, primario all'Aou di Sassari, e l'architettura "master slave"



CHI È
Fabrizio Scognamillo, 61 anni, professore associato di Chirurgia generale all'Università di Sassari e direttore della Chirurgia generale e d'urgenza e della Patologia chirurgica dell'Aou di Sassari. A sinistra, il chirurgo alla consolle durante un intervento robotico



Ritaglio stampa non riproducibile ad uso esclusivo del destinatario