

Italia. Cancro al colon: con le nuove terapie circa un terzo di decessi in meno e rischi ridotti del 15-20%

Recenti stime della mortalità per il tumore del colon retto indicano per il Lazio valori di circa 17 morti ogni 100.000 maggiore per gli uomini (24) ed inferiore per le donne (13). La sopravvivenza a 5 anni si colloca fra il 58 e il 60% per ambedue i sessi, per cui, secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretta, di cui circa 50000 nella regione Lazio.

Secondo gli ultimi dati il Lazio è al quarto posto fra le regioni d'Italia per incidenza del cancro al colon e al secondo per mortalità. L'incidenza globale è pari a 58 casi per 100mila abitanti, con un picco tra 75 ed i 79 anni per i maschi e tra gli 80-84 nelle donne.

IL CONGRESSO - Se ne sta discutendo **oggi durante il Congresso Nazionale "Nuovi trend in chirurgia coloretta", presso il Policlinico Tor Vergata di Roma.** L'appuntamento è organizzato dal Prof. Achille L. Gaspari dell'Università di Tor Vergata, con partecipanti stranieri leaders in USA e UK ed italiani dal tutta italia durante la giornata di lavori.

Due gli scopi del convegno: il primo è tecnico, ossia la messa a punto delle novità nel campo della terapia del cancro del colon e del retto, che è uno dei più frequenti nella popolazione adulta, sia maschile che femminile; il secondo, invece, riguarda aspetti di organizzazione e di economia. Infatti, tenendo conto che l'Italia spende una frazione di PIL inferiore ai paesi dell'OCSE e dell'UE, occorre sensibilizzare per una migliore razionalizzazione della spesa, tagliando le spese improduttive e aumentando i finanziamenti per i centri di eccellenza, con maggiore riguardo per i centri oncologici, medici e chirurgici.

*"In Italia l'oncologia è promettente e limitata allo stesso tempo - dichiara il **Prof. Achille L. Gaspari, Professore Università di Tor Vergata di Roma, nonché Presidente Società Italiana di Chirurgia Oncologica** - Da un punto di vista culturale e tecnico, infatti, siamo nelle condizioni di confrontarci con le nazioni più avanzate al mondo. Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, invece, tutto è lasciato alla volontà delle singole regioni di creare reti oncologiche e di stabilirne criteri. Noi riteniamo che lo Stato e il Ministero della Salute debbano garantire, tramite direttive, uniformità e disciplina per tutti i centri di eccellenza. Non deve essere il cittadino ad impazzire nella ricerca di informazioni e soluzioni, ma spetta allo Stato creare un sistema di prevenzione e informazione corretta, tale da garantire una soluzione definitiva e senza controindicazioni".*

"La terapia chirurgica non è cambiata nella sostanza, quanto nella sua forma - aggiunge il Prof. Sileri - L'intervento chirurgico è sicuramente più efficace in termini di riduzioni delle complicanze e recupero funzionale del paziente. Oggi interventi una volta gravosi per anziani possono essere eseguiti con sicurezza e risultati sovrapponibili a quelli ottenuti in pazienti più giovani. A partire dagli anni Settanta è cambiato l'approccio alle malattie del colon già con l'introduzione della colonoscopia, per poi progredire con l'utilizzo delle suturatrici meccaniche negli anni Ottanta e proseguire con la laparoscopia fino alla robotica nei giorni nostri. Questa è l'evoluzione continua della chirurgia mininvasiva, che riduce i tagli al minimo indispensabile. La chirurgia mininvasiva, ossia quella che evita grandi tagli, ha ridotto il numero delle complicanze legate all'intervento stesso e all'accesso chirurgico di almeno un terzo: allo stesso modo è diminuita anche la mortalità, anche nei pazienti anziani e fragili".

Noi siamo impegnati in un'operazione di riorganizzazione della spesa pubblica nel suo complesso. Quella della spesa sanitaria è la parte più complessa perché abbiamo a che fare con il diritto alla salute, con i livelli essenziali di assistenza, e quindi necessita maggiore approfondimento e selettività per fare in modo che eventuali riduzioni corrispondano a eliminazione di spese superflue non a compressione del diritto alla salute. Attraverso l'applicazione che è in atto

DATI REGIONALI - Nel Lazio la sopravvivenza è correlata con lo stadio della malattia al momento della diagnosi, ed è di circa il **95% a 5 anni nei pazienti con cancro localizzato; del 70% in quelli con malattia regionale e del 9% nei pazienti con malattia metastatica.** Alla diagnosi il 35% dei pazienti presenta un tumore localizzato; il 38% una malattia regionale; ed il 22% presenta metastasi.

*“Recenti stime della mortalità per il tumore del colon retto – aggiunge il **Prof. Pierpaolo Sileri dell’Università Tor Vergata di Roma** – indicano per il Lazio valori di circa 17 morti ogni 100.000 maggiore per gli uomini (24) ed inferiore per le donne (13). La sopravvivenza a 5 anni si colloca fra il 58 e il 60% per ambedue i sessi, per cui, secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, di cui circa 50000 nella regione Lazio”.*

DATI NAZIONALI - Secondo gli ultimi dati, 40-50 su 100mila sviluppano il cancro al retto o al colon, per un totale di 50mila malati in Italia. La maggioranza dei pazienti, circa il 50% arriva da noi in uno stadio intermedio, solo pochi sono coloro che se ne accorgono prima. Oggi grazie ad un intenso programma di screening e diagnosi precoce circa solo un terzo dei pazienti arriva in uno stadio ben più grave. Nel resto del mondo il carcinoma coloretale rappresenta una delle principali cause di morbosità e mortalità per neoplasia: si riscontrano quasi un 1 milione di nuovi casi l’anno nel mondo.

Aumenta ogni anno l’incidenza, il verificarsi di nuovi casi; ha numeri altissimi la prevalenza, l’insieme di tutti i casi esistenti in una popolazione, in un determinato momento. **Quasi mezzo milione di persone ogni anno in Italia hanno diagnosi di tumore ed una cifra pari ad un terzo muore ogni anni per neoplasia. Il costo è pari a 16 miliardi di Euro in Italia.**

*“Fortunatamente aumenta il numero di coloro che si sono lasciati il cancro alle spalle – dichiara il **Prof. Pierpaolo Sileri dell’Università Tor Vergata di Roma** – nel nostro Paese quasi 3 milioni di persone vivono con una precedente diagnosi di tumore, nel 2020 saranno circa 4 milioni 500 mila. Dati di estrema importanza per guidare le scelte di sanità pubblica, sia a livello nazionale sia regionale, per valutare l’impatto delle attività di prevenzione, di diagnosi precoce, di gestione delle complicanze e delle recidive, con l’obiettivo di strutturare al meglio l’offerta dei servizi. La sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore rappresenta uno dei principali indicatori che permette di valutare l’efficacia del sistema sanitario nei confronti della patologia tumorale”.*

L’incidenza grezza del carcinoma coloretale nel nostro paese è di circa 50 nuovi casi per anno per 100mila abitanti; i tassi più elevati si registrano nell’Italia centro settentrionale con una maggior prevalenza per i tumori del retto nel sesso maschile. Rappresenta il secondo tumore in ordine di frequenza per incidenza stimata sull’intera popolazione, con un tasso di 46,2 per 100mila persone negli uomini e del 40 per 100mila nelle donne. Tale tasso è pari a 200-250 per 100mila sopra i 75 anni, per un totale di 55mila nuovi casi in Italia nel 2013.

NUOVE TERAPIE - Il cancro al colon è una malattia che ha un’incidenza importante, soprattutto per adulti e anziani, ma consente la possibilità di una diagnosi precoce e di una prevenzione. Se riusciamo a individuare la presenza di polipi nel colon, **basta un semplice intervento endoscopico per toglierli, impedendo così la trasformazione in cancro.** Questa prontezza d’intervento garantisce una spesa economica, sia dello Stato che del singolo cittadino, di gran lunga inferiore rispetto alla stessa se lo stato della malattia diventasse conclamato.

La chirurgia coloretale opera nell’ambito dell’**Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale del Policlinico Universitario di Tor Vergata diretta dal professor Achille Lucio Gaspari**, che rappresenta oggi un punto di riferimento nazionale ed internazionale per le patologie coloretali prevalentemente neoplastiche, infiammatorie e funzionali. In questo centro innovazione, ricerca e formazione si incontrano con le esigenze della richiesta di salute del paziente affetto da patologie coloretali

La maggior parte degli interventi vengono eseguiti con tecnica laparoscopica mini-invasiva per mezzo di una telecamera inserita dall’ombelico ed altre piccole incisioni inferiori al centimetro che consentono interventi meno traumatici per il paziente con meno dolore e recuperi più veloci. Inoltre in pazienti selezionati si ricorre ad una chirurgia attraverso orifizi naturali senza ulteriori tagli ad esempio per l’estrazione degli organi resecati. Questa chirurgia chiamata nei paesi anglosassoni **NOTES (Natural orifice transluminal endoscopic surgery)** consente di non avere ulteriori cicatrici con notevoli vantaggi non solo sul recupero del paziente ma anche estetico. Questo ovviamente ha un’importanza non indifferente non solo nel paziente neoplastico, ma anche nei pazienti affetti da malattia infiammatoria cronica intestinale (morbo di Crohn o rettocolite ulcerosa) o nella donna con endometriosi intestinale, solitamente pazienti più giovani rispetto al paziente neoplastico.

Tale centro inoltre è leader nazionale nel trattamento della patologie funzionali del colon-retto quali ad esempio il prolasso rettale. Dal 2010 è stato creato un centro per il trattamento di patologie del pavimento pelvico che, attraverso specialisti urologi, ginecologi, gastroenterologi e radiologi offre un approccio multidisciplinare a quelle problematiche che interessano

per lo più donne oltre i 65 anni. In pochi anni è divenuto **centro di riferimento nazionale e tra i primi 5 in Europa per il trattamento mini-invasivo del prolasso** con chirurghi che mensilmente visitano la struttura per acquisire competenza e trasferirla nella propria istituzione.

Non meno è il **trattamento della patologia perianale** che sempre di più in questa istituzione ha cercato di essere quanto meno invasivo possibile con utilizzo ed implementazione di tecniche come iniezione di botulino per le ragadi anali o paste a base di collagene per le fistole perianali. Tutte queste tecniche e la ricerca che quotidianamente ci assiste, mirano a ridurre od evitare il taglio chirurgico evitando quindi complicanze od inabilità future per i pazienti