



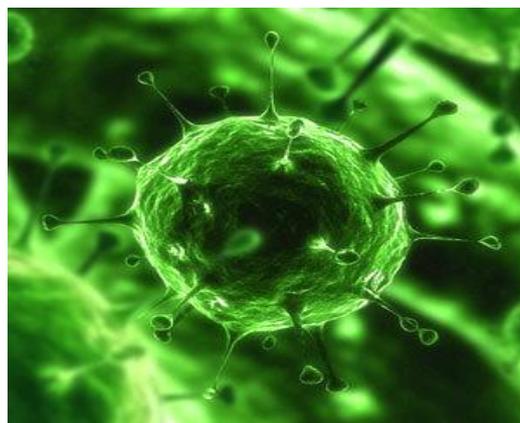
Oscar Bertetto da FB

La Rete Oncologica ai tempi del Coronavirus Diario di bordo/ sesta parte

Riflessioni sul coronavirus...

11 aprile

Lo studio non può non riguardare virologia e le risposte immunitarie alle infezioni virali in particolare da quelle causate da coronavirus. I virus come il Covid-19 hanno come patrimonio genetico una molecola a Rna ad un unico filamento; questa caratteristica li rende facilmente suscettibili alle mutazioni creando ceppi diversi ma soprattutto permettendo con questi cambiamenti delle proteine di rivestimento di passare da una specie animale ad un'altra e da queste all'uomo. Questa variabilità, che condivide con il virus della influenza, è in grado infatti di modificare le proteine con cui il virus si lega alla membrana delle cellule per poi invaderle e moltiplicarsi, così da renderlo in grado di utilizzare nuovi recettori che ne aumentano le capacità infettive. Questa possibilità di penetrare nelle cellule di diversi tessuti si sta dimostrando con le autopsie che si stanno eseguendo su alcuni deceduti che hanno evidenziato la presenza virale non solo nelle cellule dell'apparato respiratorio ma anche nelle cellule endoteliali dei capillari alveolari, per altro ricche di ace recettori, una delle proteine con cui il virus si ancora per penetrare nelle cellule possibile causa di una vasculite e di una coagulazione disseminata anche in altri distretti dell'apparato vascolare; si è trovato anche in cellule nervose del cervello, possibile causa di subdole encefaliti e nell'apparato digerente motivo delle profuse diarree che sono tipiche di alcune forme della infezione. Siamo dunque di fronte a forme molto diverse di modalità infettive e clinicamente la variabilità con cui si può presentare ci pone di fronte a nuovi problemi diagnostici e a scelte



personalizzate di trattamento. È stata identificata da ricercatori dall'Università di Pechino il tipo di polimerasi con cui il virus induce la replicazione del proprio Rna; è simile a quella del virus Ebola per cui il farmaco che la blocca, il remdesivir, potrebbe rivelarsi utile. Sulla immunità stiamo accumulando i primi dati e mettendo a punto i test per studiarla; se all'inizio abbiamo una iperattività della risposta aspecifica primaria, più antica, del sistema immunitario con produzione di citochine che potrebbero concorrere a un eccessivo e quindi potenzialmente dannoso quadro infiammatorio in un secondo tempo si instaura una immunità specifica in grado di controllare l'infezione e instaurare la memoria dell'avvenuto contatto con il virus che dovrebbe proteggere da future infezioni. Non è però ancora chiaro se sono più attivi gli anticorpi che si legano al virus al di fuori delle cellule e lo bloccano o se sono più utili i linfociti T che individuano le cellule invase dal virus e le uccidono. In entrambi i casi non conosciamo ancora la durata di questa azione protettiva che per altro riguarderebbe questo

tipo di virus e ceppi ad esso affini ma che non sarebbe in grado di riconoscere nuove forme sostanzialmente mutate di coronavirus. In attesa di queste conoscenze alcune delle quali promettenti, il consiglio è uno solo: vedere il minor numero di persone alla maggior distanza possibile per il minor tempo possibile e, se si è sanitar i con le protezioni personali più sicure.

...e considerazioni sulla ripresa delle attività oncologiche

14 aprile

Credo che occorra con grande serietà iniziare a pensare e programmare la ripresa dell'attività della rete oncologica in previsione di una lenta uscita dall'emergenza Covid 19 e in presenza di un persistente rischio che ci accompagnerà in futuro di focolai infettivi di ritorno. Per questo ho iniziato a rileggere le raccomandazioni dei vari gruppi di studio e delle società scientifiche e in particolare dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica relative ai follow delle diverse patologie tumorali. È questa infatti tra le attività oncologiche quella più a rischio di inappropriata per eccesso perché basata su una consuetudinaria ripetizione di visite ed esami periodici più che su scientifiche prove della loro efficacia nel modificare la storia clinica della malattia. Vi sono infatti alcune considerazioni da fare a

Perché i farmaci antitrombosi

15 aprile

Il gruppo di studio medicina oncologica-terapie di supporto insieme al gruppo di cardio-oncologia avevano elaborato durante il corso 2019 di formazione sul campo un documento su profilassi e trattamento del tromboembolismo nel paziente oncologico. Si sa infatti da tempo che in molti tipi di tumori solidi e neoplasie ematologiche vi è un rischio che sia innescata la catena di reazioni che porta alla coagulazione del

questo proposito: è utile un esame che consente un anticipo diagnostico rispetto alla comparsa dei sintomi ma non cambia la sopravvivenza? In tal caso il trattamento della recidiva del tumore pur iniziando più precocemente non è in grado di modificare l'evoluzione della malattia e non concorre a migliorare la qualità della vita perché eseguita in assenza di sintomi. Sono forse più utili precise indicazioni ai pazienti e ai medici curanti per identificare gli eventuali precoci sintomi indicatori di possibili recidive e garantire in tali casi un rapido accesso a visite e esami diagnostici. Quando si prescrivono esami a tutti in modo uguale e preordinato devono essere messi in conto gli ineliminabili falsi positivi e falsi negativi e soprattutto il numero di persone che eseguono l'esame inutilmente perché senza alcuna ripresa evolutiva della malattia rispetto a un esame utile perché evidenzia una recidiva del tumore. Per spiegarmi meglio: se il rischio della ricaduta è del 2% ben 98 persone su 100 faranno l'esame inutilmente, se del 20% 80 su 100 (senza mettere di mezzo falsi positivi e negativi). Naturalmente deve essere ricordato che gli esami sono peraltro sempre più o meno a rischio di effetti collaterali indesiderati dalle allergie al liquido di contrasto ai possibili danni da radiazioni. Per questo credo che una prima occasione che abbiamo di fronte è: ripensiamo ai modelli organizzativi dei nostri follow up.

sangue che può avvenire più frequentemente a livello venoso, più raramente arterioso, talvolta in forma intravascolare diffusa. Vi sono poi manovre come l'inserimento dei catetere venoso centrale o la somministrazione di farmaci, i quali possono danneggiare l'endotelio dando inizio al processo di attivazione a cascata, che aumentano ulteriormente il rischio coagulativo. Per questi motivi in molte

situazioni é raccomandato l'uso di farmaci per prevenire la trombosi ed é necessaria negli altri casi diagnosticarla tempestivamente e trattarla per evitare gravi complicanze talvolta purtroppo causa di morte. Oggi mi é parso opportuno inviare il documento a tutti gli oncologi, ematologi e responsabili dei gruppi interprofessionali di cura della rete perché ritengo che tali raccomandazioni debbano essere seguite in

Coronavirus e anziani

18 aprile

Prepotentemente l'infezione da coronavirus ci ha posto di fronte alla fragile condizione del nostro modello assistenziale nei confronti degli anziani. Diciamocelo francamente: in questi anni pur essendo uno dei Paesi con il maggior numero di vecchi al mondo non abbiamo creato servizi sociali, assistenziali e sanitari all'altezza del problema e presi dalla frenetica attività della nostra vita quotidiana abbiamo finto di non ricordarci che queste persone avanzate negli anni richiedevano una ben più attenta e continuativa capacità organizzativa di servizi a loro dedicati. Da anni la rete oncologica con le proprie raccomandazioni insiste sulla necessità di prevedere percorsi di cura particolari destinati agli anziani. Sappiamo infatti che anche la qualità delle prestazioni rivolte ai malati di tumore in età avanzata è meno efficace rispetto a quelle che forniamo ai pazienti non anziani; la sopravvivenza a 5 anni dopo la diagnosi di tumore che misura la qualità complessiva dei servizi ci vede tra i migliori Paesi in Europa, soprattutto in alcune regioni, quando ci si riferisce a bambini e adulti, ma con risultati invece meno brillanti negli ultrasessantenni. Questo dipende dal fatto che per le persone fragili non sono sufficienti servizi ospedalieri e strumenti tecnologici innovativi, ma occorre pensare a come facilitare gli accessi e i trasporti, la continuità assistenziale con il territorio, i

modo ancor più attento e appropriato in presenza di un rischio infettivo da coronavirus che sappiamo a sua volta indurre un disturbo coagulativo per quanto non siano ancora del tutto chiare tutte le modalità della sua fisiopatologia. Bisogna ripartire con il dare la migliore qualità di cure ai pazienti oncologici anche, direi soprattutto, in questi delicati momenti di emergenza.



supporti a livello territoriale, la valorizzazione del ruolo infermieristico, gli interventi a livello abitativo per ridurre le barriere architettoniche, gli investimenti in ambito riabilitativo, l'appoggio al caregiver, l'attenzione a promuovere gli aspetti relazionali.

In questo quadro molto ampio che ha visto nella rete oncologica il forte coinvolgimento delle assistenti sociali e il ruolo di grande supporto che può venire dal personale amministrativo e che si é esteso in questi ultimi anni ai direttori di distretto, ai medici di medicina generale e ai tanti volontari che agiscono territorialmente, in primo luogo nel sempre più attivo e presente progetto protezione famiglie fragili in cui sta aumentando il numero di interventi rivolti proprio agli anziani si inserisce il grande tema delle Rsa. A questo proposito voglio solo citare che uno dei primi temi che ci si è posti all'interno della rete oncologica, molto prima dell'emergenza dell'epidemia da coronavirus, discutendo di cure palliative e del modo in cui si moriva in queste strutture, è stato di

come assicurare la formazione su questi temi non solo al personale impegnato direttamente nell'assistenza ma anche ai dirigenti perché troppo spesso ritenevamo e riteniamo che non vi sia una sufficiente attenzione e preparazione per affrontare i sintomi che accompagnano le malattie

19 aprile

Penso che sia stato molto positivo il dibattito che si è sviluppato ieri sera intorno alle assistenza degli anziani, che ha mostrato di essere un problema sentito al di là del dramma di questo periodo. È stato giustamente sottolineato che si tratta di una questione in primo luogo culturale, della necessità di maturazione della mentalità comune, di una presa di coscienza collettiva. È stata una rimozione in questi anni della nostra società; quanto non risponde ai parametri di produttività e consumo propri della nostra vita quotidiana e agli ideali di bellezza e efficienza tende a essere relegato al di fuori dei nostri pensieri e quasi ci pare un disturbo e un impedimento alla nostra attività. Tendiamo a distogliere lo sguardo da quanto ci ricorda sofferenza e morte, invalidità e handicap, dolore e sofferenza. Il primo passo è dunque riportare questo tema al centro di un dibattito capace di coinvolgere società e politica. Poi si tratta di

cronico-degenerative evolutive e a esito infausto. La cronaca di questi giorni evidenzia che ancor più si è colti impreparati quando siamo di fronte a malattie acute e a rapida diffusione.

fare alcune scelte che significano investimenti che devono riguardare prima di tutto settori non sanitari ma abbattimento delle barriere architettoniche e ristrutturazioni edilizie, viabilità e trasporti, accessibilità ai servizi, distribuzione commerciale, stimoli ricreativi e culturali. Un modello di vita non solo rivolta alla velocità e alla continua rincorsa delle novità, una autentica innovazione che sia al servizio dei bisogni dell'uomo e non viceversa un adeguarsi delle nostre abitudini alle ragioni del mercato. Un mercato che certamente ha scoperto negli ultimi tempi le possibilità di guadagno nel mondo degli anziani che sono comparsi finalmente nelle pubblicità dopo esserne stati esclusi a lungo, ma che accanto ai prodotti che rispondono effettivamente a reali esigenze dell'età avanzata tende a creare anche false aspettative e incentivare domande non appropriate, basti pensare a tanti inutili integratori dietetici e falsi ricostituenti, rinforzanti, tonici, ringiovanenti, rinvigorenti e via elencando. A mio avviso occorre però affrontare con forza questo problema anche a livello sanitario e di questo parleremo in dettaglio in prossime occasioni.

20 aprile

Mi ha ricordato recentemente un collega che nella Peste di Camus il medico interrogato su quale fosse il significato di essere onesto durante una epidemia dagli effetti così drammatici e sconvolgenti sulla società come quella descritta in quel libro capolavoro rispose: fare il mio mestiere. Penso che questo sia in effetti il dovere di tutti noi: con semplicità fare al meglio quello che sappiamo. Ci è richiesto un impegno costante, una rigorosa responsabilità, non atti di eroismo né velleitare azioni. Occorre mettere a disposizione le proprie competenze ma riconoscere i propri limiti. Innanzi tutto è necessario avere ben presente le conoscenze che si possiedono e quelle che non si hanno; cercare di acquisire le nozioni ignorate studiando gli argomenti su cui ci dimostriamo carenti, non avere presuntuose certezze su temi che non ci competono, seguire, quando ci addentriamo su terreni a noi poco noti, le indicazioni e le procedure che ci sono suggerite dalle persone più esperte di noi. In sanità è molto pericolosa la incapacità a riconoscere la propria ignoranza e quindi non delegare ad altri la soluzione di problemi su cui siamo impreparati. Nulla è più grave della mancanza dello spirito critico che è in grado di metterci in guardia dai possibili errori e rischi. Penso che nel corso di questa epidemia sia stato un fondamentale errore: in troppi ruoli decisionali vi sono stati operatori che autoreferenzialmente si ritenevano esperti per le decisioni da assumere. Ci si è spesso dimenticati che di fronte a situazioni complesse le semplificazioni sono dannose: i problemi devono essere studiati con serietà, i dovuti tempi, i corretti approfondimenti. Penso che sia più opportuno l'appartato lavoro produttivo piuttosto che i ripetuti show televisivi, anche se nella società delle apparenze la sostanza del lavoro serio è meno apprezzato dalla concretezza delle semplici realizzazioni quotidiane. Il mio compito è dirigere la rete oncologica e quindi cercare di garantire i percorsi di cura per i malati di tumore con prestazioni di qualità in tempi ragionevoli anche in presenza di questa grave epidemia: per questo ogni giorno sono sul lavoro, cercando di fare le cose per cui mi sento idoneo e sufficientemente preparato.

21 aprile

Alcune iniziative di oggi.

- Cercare di garantire l'iscrizione al master di "Senologia multidisciplinare" dell'Università di Torino di operatori impegnati presso una breast unit della rete che intendono migliorare la qualità delle proprie prestazioni impegnandosi a frequentare un impegnativo corso biennale di II livello con la necessità di un aiuto per il pagamento della seconda rata. L'iniziativa è complementare alle attività più impegnative dedicate alle attività didattiche della rete che avevano il punto di forza nella formazione sul campo- miglioramento della qualità purtroppo al momento sospese per l'emergenza covid-19. Il favorire la partecipazione a master e corsi di perfezionamento universitari è una tradizione della rete che negli anni passati ha collaborato con le Università di Torino e del Piemonte Orientale su diverse tematiche formative: cure palliative, psico-oncologia, nursing oncologico, data manager, aspetti manageriali, organizzativi, farmaco-economici in oncologia.
- Partecipazione a una videoconferenza con l'unità di crisi insieme ad altri due oncologi che costituiscono il riferimento per suggerire le modalità con cui riprendere le piene attività in ambito oncologico in un periodo in cui si dovrà convivere con la persistenza seppure attenuata di pazienti affetti da coronavirus. Occorre prevedere più tipi di percorsi di cui due chiari: quello per i pazienti

oncologici sicuramente non affetti dal virus e quello per coloro che sicuramente sono infetti, poi vi sono due situazioni più problematiche: pazienti con sintomi sospetti per infezione da covid 19 ma non ancora sottoposti a tampone e malati con tampone negativo ma con quadro clinico suggestivo di infezione da coronavirus. Per questi ultimi casi occorre un luogo intermedio di ricovero perché sarebbe un errore se entrassero in un reparto oncologico o ematologico cosiddetto covid-free, cioè senza nessun ricoverato infetto, con il rischio di trasmettere il virus o se venissero ricoverati in un reparto di infetti con la probabilità di essere infettati proprio durante il ricovero.

- Seguire le procedure che consentano l'attribuzione della prevista borsa di studio a un medico per monitorare l'andamento del protocollo Start, un progetto sul carcinoma prostatico a basso rischio di aggressività, situazione clinica in cui può essere proposta al paziente anche la sorveglianza attiva in alternativa alla prostatectomia radicale e alla radioterapia con le nuove tecnologie.
- routinaria attività di aggiornamento del sito valutando criticamente i contributi che pervengono dai vari curatori delle diverse rubriche e avvio delle procedure amministrative per il riconoscimento dei raggiunti obiettivi previsti dai progetti assegnati dalla rete a singoli operatori con gli atti dovuti per il corrispettivo economico.

22 aprile

Questa mattina prima videoconferenza con i 6 colleghi individuati per ciascuna area territoriale in cui è organizzata la sanità piemontese per individuare una strategia comune per il riavvio delle attività oncologiche e per comprendere gli specifici problemi presenti in ciascuna zona che possono facilitare o ostacolare la ripresa delle diverse prestazioni che concorrono ai percorsi di cura per i malati di tumore. Si parte infatti da una situazione eterogenea con ospedali fortemente coinvolti nel trattamento dei pazienti covid con grandi difficoltà a garantire aree non infette e percorsi cosiddetti puliti e altri che sono stati meno impegnati su questo versante riuscendo a mantenere numerosi reparti e servizi covid free. In alcune realtà quasi nessun operatore si è infettato mentre in altri numerosi medici e infermieri sono risultati positivi al tampone, alcuni dovendo semplicemente mettersi in quarantena ma altri avendo sintomi in alcuni casi anche molto gravi. Le attività importanti ritenute necessarie per garantire l'efficacia delle cure oncologiche sono state mantenute in quasi tutte le aziende anche se in alcune si sono rese necessarie ricollocazioni del day hospital e delle degenze e chiusure di letti di ricovero. Ora si tratta anche di ridare fiducia ai malati assicurandoli su percorsi ospedalieri sicuri. Negli ultimi tempi molti pur in presenza di sintomi per paura degli ambienti ospedalieri hanno infatti disdetto visite, rinviato di propria volontà terapie previste. Anche ai medici di famiglia non sempre abbiamo illustrato con sufficiente chiarezza le decisioni che erano da noi assunte. Per questo condivido con convinzione la proposta fatta durante la videoconferenza, credo non per caso da una professoressa donna, più sensibili su questi temi, di impegnarci maggiormente in una puntuale comunicazione e informazione ai malati, ai caregivers e ai medici di famiglia se vogliamo ricreare un clima che ispiri il necessario senso di sicurezza che è condizione indispensabile per ripartire nonostante questa esperienza da noi tutti vissuta in modo più o meno drammatico.

Una dei punti principali del piano di attività della rete è stato per molti anni l'attività per la formazione rivolta al miglioramento della qualità dei gruppi di studio multidisciplinari per le diverse patologie tumorali o su temi di clinica oncologica trasversali ai vari tipi di tumore o rivolti a singole figure professionali (anatomo-patologi, biologi molecolari, psicologi, infermieri,

fisioterapisti, dietisti, colo- e uro-stomisti, farmacisti ospedalieri, direttori di distretto, assistenti sociali). Questa formazione si svolgeva in 5 incontri annuali in aula più una attività di studio e produzione di raccomandazioni e documenti di consenso che si svolgeva con lavori a piccoli gruppi.

L' emergenza del coronavirus ha quest'anno dapprima impedito il primo incontro di tutti i gruppi e ora rende impossibile lo svolgersi del secondo. Ho dovuto perciò assumere oggi una decisione dolorosa: rinunciare al piano formativo 2020 così come era stato programmato. Non ci saranno più per quest'anno gli incontri in aula. La rete non può però rinunciare a una delle sue missioni: una formazione pragmatica capace di partire dalle più aggiornate conoscenze scientifiche per tradurle in comportamenti clinici e modelli organizzativi. Si dovrà dunque avviare un diverso modello. Non penso che debba essere la Fad, perché non risponde all'obiettivo di elaborazione condivisa di documenti che ha caratterizzato le produzioni dei partecipanti ai gruppi di studio in questi anni. Si tratta infatti di un modello formativo che parte dal confronto tra professioni discipline, esperienze, modelli di lavoro, un reale scambio di acquisizioni, opinioni, prospettive di cambiamento, indicazioni di miglioramento. Bisogna salvaguardare questi aspetti positivi e mettere in atto tutti gli strumenti che le attuali tecnologie informatiche ci mettono a disposizione per promuovere con facilità lo scambio di informazioni pur tra professionisti distanti tra loro ma in grado di interloquire e insieme elaborare i nuovi documenti senza troppi ostacoli e con lo stimolo di riferirsi alla migliore bibliografia scientifica disponibile.