

DOCUMENTO PER UNITA' DI CRISI DAL GRUPPO DI LAVORO ONCOLOGIA

Referenti indicati da Unità di Crisi: Dr. Oscar Bertetto, Prof. Umberto Ricardi, Prof. Giorgio V. Scagliotti.

Referenti di Quadrante : Prof. Silvia Novello, Dr.ssa Patrizia Pregno, Prof. Alessandra Gennari, Dr. Cinzia Ortega, Dr. Alessandro Comandone, Dr. Marcello Tucci

Il presente documento riflette l'opinione dei referenti individuati dall'Unità di Crisi e dei referenti oncologici per ciascun quadrante che si sono confrontati fra di loro per via telematica, raccogliendo altresì le istanze e criticità provenienti da ogni singola struttura oncologica che insiste nell'ambito del SSN dalla Regione Piemonte.

Si è ritenuto fare una analisi separata per ogni singola fase diagnostica e terapeutica che caratterizzano il percorso oncologico, prospettando raccomandazioni per la cosiddetta "fase 2" per la quale occorre fin d'ora progettare forme diverse e più attentamente mirate di protezione dell'utenza e del personale sanitario, passando dall'idea di confinare le persone a quella di confinare il virus, interrompendone la catena di trasmissione. Non basteranno, dunque, solo divieti generali e raccomandazioni generiche, ma occorrerà invece disegnare in modo molto mirato e preciso le condizioni di possibile trasmissione del virus sulla base delle abitudini delle persone. Si tratta quindi di ricostruire le routine quotidiane analizzando le occasioni di contatto dirette ed indirette che si presentano. Solo così sarà possibile ottenere un quadro dettagliato e procedere a una architettura di protezione in modo preciso.

Benché il corpo delle raccomandazioni sia implementabile ovunque nel miglior modo possibile, occorrerà tuttavia contestualizzarlo nelle singole realtà oncologiche distribuite nella rete ospedaliera della Regione Piemonte, seguendo comunque le Indicazioni regionali del 29.4.2020 prot n 21141/A1821.

Da questo documento, finalizzato all'inquadramento dei pazienti onco ematologici nella fase diagnostica e terapeutica in ambito ospedaliero, verranno generate (e disseminate grazie alla Rete Oncologica), a cascata, comunicazioni *ad hoc* per i Medici di Medicina Generale, per le Associazioni Pazienti, per i direttori di distretto e responsabili dei GIC oncologici.

VISITE ONCOLOGICHE

Le **visite di follow-up** andranno mantenute nel limite del possibile anche in modalità telematica.

- 1) E' possibile valutare un primo contatto telefonico con il paziente per raccogliere il suo stato di salute, per valutare con lui/lei eventuali ematochimici eseguiti e/o altri esami strumentali effettuati.
- 2) Nei casi in cui il paziente sia in condizioni discrete/buone/stazionarie e anche gli eventuali esami visionati non indicassero una ripresa di malattia e/o un peggioramento, la visita può essere così conclusa. Il medico preparerà una relazione (sottolineando la modalità con cui la visita è stata svolta) che potrà essere spedita via mail e/o con posta normale al paziente.
- 3) Sarebbe opportuna e fortemente raccomandata una rendicontazione della suddetta visita, che comporta comunque dispendio di tempo ed impegno del personale.
- 4) Qualora dalla telefonata e/o dagli esami emergesse un sospetto e/o un quadro franco di progressione e/o peggioramento (o comunque non chiaro), viene concordato con il paziente un

appuntamento di persona, in tempi brevi (ragionevolmente entro 7 giorni lavorativi rispetto alla telefonata stessa, assumendo quindi la connotazione di visita B).

5) Ciascun paziente programmato per accesso (vd punto 4) in Ambulatorio riceve telefonata il giorno prima o nei giorni immediatamente precedenti (da parte di personale sanitario medico o infermieristico) per triage telefonico ed istruzioni sui comportamenti da adottare in Ospedale.

6) L'accesso agli ambulatori deve prevedere un adeguato triage (da parte di personale sanitario medico o infermieristico) con breve questionario e rilevazione della temperatura. L'eventuale identificazione di pazienti sospetti COVID va inquadrata con percorso di Pronto Soccorso (ogni Azienda dovrebbe creare percorso dedicato secondo sua propria organizzazione interna). Il paziente deve eseguire disinfezione mani con soluzione alcolica ed indossare la mascherina chirurgica.

7) Con unica eccezione per pazienti non autosufficienti o per pazienti che richiedano la presenza di un caregiver che funge da interprete (pazienti stranieri in cui un familiare parla italiano) l'accesso alla sala d'attesa e all'Ambulatorio è consentito ai soli pazienti, senza accompagnatori (questo verrà debitamente comunicato durante la telefonata al punto 5), che non possono sostare nei locali dell'ambulatorio (o in corridoio, sulle scale, pianerottolo...). Durante la visita sarà possibile effettuare anche chiamata in vivavoce, in modo che il caregiver possa assistere a tutte le comunicazioni erogate. Su richiesta del paziente e/o del caregiver la visita potrà essere registrata.

Valutazione degli SPAZI

Occorre evitare assembramenti in sala attesa davanti agli ambulatori o al punto prelievi, medicazioni cateteri venosi centrali. Questa valutazione deve prevedere il computo esatto dei passaggi includendo le visite, i prelievi, le medicazioni dei cateteri venosi centrali, le attese per esecuzione altri esami come le biopsie ossee, ecc.

LE VISITE CAS

In ragione dell'emergenza molti pazienti non si recano dal Medico di Famiglia e, anche quando vi facciano riferimento, vengono dissuasi dall'accedere in ospedale e/o eseguire esami strumentali. Questo porterà ad un ritardo diagnostico e, conseguentemente, ad un aumento delle diagnosi di malattia in stadio avanzato (anche legato alla chiusura dei programmi di screening).

- La situazione attuale vede il paziente con sospetta patologia oncologica, che acceda a Pronto Soccorso per segni/sintomi (siano questi in qualche modo COVID-correlati o meno) seguire un percorso diagnostico comune al resto della popolazione.

Essendo alcuni segni e sintomi "confondenti" (in particolare tosse e rialzo termico) il rischio che seguano un percorso COVID, a prescindere, è molto alto. L'emergenza COVID ha modificato l'assetto delle Aziende Ospedaliere rendendo spesso difficoltoso e disseminato nei vari reparti ospedalieri il ricovero di pazienti non-COVID, compresi quelli oncologici.

Potenziati problematiche e/o cambiamenti necessari suggeriti:

a) Valutazione assetto DEA dell'Azienda per concordare un'accettazione dedicata dei pazienti con sospetta patologia oncologica.

- b) Anche il paziente oncologico segue ovviamente il percorso diagnostico (vd documento codificato come "ACCETTAZIONE PS"), ma avendo un percorso definito, che prevede una valutazione oncologica CAS già nel percorso in DEA. Questo consente un tempestivo inquadramento del caso e anche esecuzione di esami di primo livello e programmazione degli accessi /accertamenti successivi. I referenti oncologici pertanto provvederanno a fornire al personale del DEA un riferimento telefonico in modo da essere tempestivamente contattati per l'inquadramento diagnostico.
- c) Tale percorso va debitamente comunicato ai MMG in modo che siano informati circa questa possibilità.

Ove la visita CAS segua le regolari procedure pre-COVID (accettazione diretta o prenotazione di visita CAS presso le varie strutture) si seguiranno le stesse indicazioni già sopra elencate per le visite di follow-up (punti 5-6-7).

L'attività multidisciplinare deve essere mantenuta. Tutti i GIC devono però essere riunioni fisiche tra i soli specialisti (1 per disciplina) o essere effettuati mediante collegamento telematico se viene garantita un'adeguata partecipazione con possibilità di condivisione/presa visione esami (modalità videoconferenza con sistema operativo ospedaliero o piattaforma che consenta idonea condivisione esami radiologici e non).

RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL

La riduzione del flusso dei pazienti oncologici nei giorni dell'Emergenza COVID sta rapidamente regredendo e tornando a numeriche standard in ogni centro. I pazienti dovranno inevitabilmente essere frazionati nell'arco della mattinata/giornata, in sosta presso la sala attesa, a seconda dei trattamenti/esami previsti (prelievo ematologico di controllo – prelievo ematologico + ciclo di trattamento – ciclo di trattamento – medicazioni e lavaggi dei cateteri venosi centrali – visite per sintomatologia non controllata o tossicità indotta dai trattamenti).

Dovrebbe essere mantenuta, durante l'attesa nell'apposita sala all'ingresso del DH, la distanza precauzionale di 1 metro, compatibilmente con il frazionamento degli orari d'ingresso e con le necessità assistenziali degli utenti. Va sottolineato a proposito di quest'ultimo punto che molti pazienti oncologici necessitano di carrozzina. Considerando il fatto che non sarà permesso ai familiari di accedere al DH nella maggior parte dei casi, si suggerisce, ove possibile, l'impiego della figura del volontario a supporto del personale sanitario.*

Si ritiene obbligatorio l'esecuzione all'ingresso del DH di triage (da parte di personale sanitario) e rilevazione della temperatura. L'eventuale identificazione di pazienti sospetti COVID va inquadrata con percorso di Pronto Soccorso (ogni azienda dovrebbe creare percorso dedicato secondo sua propria organizzazione interna). Nel caso non fosse possibile avviare percorso di Pronto Soccorso, il tampone verrà eseguito in stanza dedicata in DH, con paziente mantenuto in isolamento.

Si ritiene opportuno l'isolamento spaziale, durante l'attesa, nella sala, delle persone con sintomatologia sospetta e/o rialzo termico e tempestiva comunicazione della situazione al personale medico (si rimanda a quanto già espresso al punto 6 delle "visite di follow-up").

E' obbligatorio l'impiego dei sistemi di protezione e DPI da parte del personale medico ed infermieristico durante la gestione del processo assistenziale e l'esecuzione del triage e, ove

richiesto e necessario, durante l'esecuzione del tampone specifico. Il paziente deve eseguire lavaggio/disinfezione mani con soluzione alcolica ed indossare la mascherina.

Potenziali problematiche e/o cambiamenti necessari suggeriti

Attenta valutazione della tipologia dei pazienti afferenti al DH per consona fornitura DPI al personale infermieristico, OSS e medici (mascherine chirurgiche – visori – guanti monouso - camice TNT monouso) durante la permanenza dei pazienti in DH compresa la potenziale necessità di esecuzione tampone (utile avere a disposizione kit precostituiti).

Valutazione degli SPAZI

Occorre evitare assembramenti in sala attesa/soggiorno. Questa valutazione deve prevedere il computo esatto dei passaggi includendo le visite, i prelievi, le attese per terapia e/o esecuzione altri esami, ecc.

Pur non ammettendo l'accesso ai familiari valutare la sede di attesa per il familiare che debba assistere il paziente negli spostamenti (es: paziente in carrozzina che esegue prelievo e che debba poi recarsi in Radiologia per esecuzione TC).

Valutazione spazi in sale terapia (e sala prelievi ove sia interna al DH stesso) con distanze adeguate fra i letti/poltrone e conseguente calcolo della portata massima della sala per ciascun DH.

Disponibilità di locale sicuro e idoneo per eventuale isolamento di paziente sospetto, fino all'avvio di predefinito percorso di Pronto Soccorso e/o all'esecuzione di tampone). Eventuale creazione di spazi dedicati all'interno dell'azienda per terapie di supporto (pluri-specialistiche) a pazienti COVID positivi.

Valutazione del personale

Pur tenendo conto delle carenze di personale sanitario (nello specifico in ambito oncologico) sarebbe auspicabile evitare il "mescolamento" di personale medico ed infermieristico fra DH/ambulatorio e degenza. Ove questo NON sia possibile andrebbe valutato il mantenimento di una sola delle due prestazioni e il dover fare affidamento ad altra struttura (interna e/o esterna all'azienda) per il servizio che si è impossibilitati a sostenere.

Garantire un numero di personale medico ed infermieristico adeguato alla gestione dei pazienti in sicurezza, compreso il triage, ad esempio attraverso un incremento delle ore di attività con adeguata turnazione nel rispetto degli orari contrattuali, con la finalità di frazionare il più possibile gli accessi verificando che questo sia in linea con i servizi di riferimento quali Farmacia, Radiologia, Laboratorio Analisi etc.).

Il personale medico ed infermieristico che lavora in ambito onco-ematologico e radioterapico non deve rientrare in turnazioni su reparti COVID (qualora ancora "prestato" a tale attività su indicazione della Direzione Aziendale rimane unicamente in reparti COVID senza "mescolamento" di attività sebbene sia auspicabile per questo personale un rientro, appena possibile, nelle mansioni a carattere oncologico).

Attività di degenza ordinaria (ove questa sia parte della Struttura complessa dell'Oncologia)

Divieto d'accesso a parenti o visitatori dei pazienti oncologici ricoverati in degenza ordinaria, salvo rarissimi casi di fragilità fisica/psicologica grave o imminente stato terminale del paziente. In questi casi caregiver/parenti vengono sempre sottoposti a triage e sempre dotati di DPI.

Esecuzione di tampone all'ingresso: A) pre-ricovero, B) al momento del ricovero, con isolamento del paziente in stanza filtro fino a risultato acquisito C) pre-trasferimento da altro reparto dello stesso ospedale o da altro ospedale.

I pazienti devono indossare mascherina chirurgica (ogni volta che interagiscono con personale sanitario, nel caso di presenza caregiver e se non sono in camera da soli).

Accurata pulizia ambienti di degenza.

Limitare l'utilizzo comune di termometri, sfigmomanometri, fonendoscopi (fortemente consigliato l'impiego di uno strumento per ciascun paziente da disinfettare dopo ogni uso) e l'utilizzo delle stesse piantane per le flebo delle infusioni per il singolo paziente.

All'interno delle Aziende è auspicabile esistano aree/reparti dedicati ai pazienti "grigi" (tampone negativo, ma fortemente sospetti per patologia COVID-19), dove quindi questi possano essere adeguatamente seguiti fino a definizione del quadro.

EMATOLOGIA

Molte delle attività di ripresa dell'attività in ambito ematologico sono comuni alle problematiche oncologiche soprattutto per la parte ambulatoriale e di DH con alcune specificità per alcuni pazienti che necessitano di particolari cautele dal punto di vista dei contagi.

Durante la fase I i reparti di Ematologia ed i Centri Trapianti di midollo della Regione non hanno subito sostanziali riduzioni di attività, ma l'esecuzione di trapianto allogenico ha richiesto l'utilizzo di prodotti criopreservati. Sono state sospese le visite ai pazienti ricoverati e sono stati effettuati tamponi pre-ricovero sia per i pazienti provenienti dal proprio domicilio sia per quelli provenienti da altri reparti dell'ospedale o da altri ospedali.

L'attività ambulatoriale è stata ridotta con visite di follow-up di pazienti stabili rinviate, previo contatto telefonico, oppure eseguite per via telematica con indicazione ad esecuzione di esami ed invio via mail dei risultati. Tuttavia, non sempre è stato facile per i pazienti eseguire sul territorio gli esami consigliati.

Per i pazienti in trattamento attivo mediante protocolli condivisi è stata valutata l'opportunità di proseguire, differire oppure interrompere il trattamento rinviando le terapie non essenziali e di supporto. Tenendo in considerazione il rischio/beneficio sul singolo paziente, certamente variato rispetto allo standard, sono state rinviate alcune terapie soprattutto di mantenimento, in particolare quelle a maggior impatto immunosoppressivo e per cui non fosse evidente un

significativo vantaggio clinico per il paziente (ad esempio alcune terapie di mantenimento con rituximab).

Potenziali problematiche e/o cambiamenti necessari suggeriti:

1. Riprogrammazione delle visite di follow-up o eseguite per via telematica (telefonica/mail). Tale modalità dovrebbe essere mantenuta, adeguatamente tracciata e rendicontata, sulla base della patologia e del quadro clinico complessivo del paziente al fine di ridurre gli accessi in ospedale.
2. Esecuzione per la maggior parte dei casi gli accertamenti (ematochimici e strumentali) al di fuori dell'ospedale, in modo da ridurre il più possibile il tempo di permanenza in ospedale. Diversi pazienti durante il periodo di emergenza hanno avuto problemi nell'eseguire esternamente gli esami programmati. A questo proposito è indispensabile una adeguata integrazione con i Servizi del territorio che garantisca in tempi certi l'esecuzione degli esami richiesti (ematochimici e anche strumentali).
3. E' prevedibile in tempi brevi un aumento di pazienti riferiti ai CAS delle nostre Strutture, in quanto saranno più o meno rapidamente riferiti tutti i casi che non sono stati presi in carico per i diversi motivi sopra descritti. Sarà quindi indispensabile riorganizzare l'attività su tali numeri mantenendo adeguato distanziamento sociale. Per la tipologia dei pazienti seguiti può essere utile identificare gli spazi per le visite CAS urgenti o programmate in locali dedicati senza dirottamento nei locali PS generalmente sovraffollati.
4. Andrà inoltre progressivamente ripresa l'attività delle prime visite ematologiche anche non urgenti perché esse possono sottintendere malattie neoplastiche magari di lievi entità, ma che possono richiedere, se non terapia, adeguato monitoraggio periodico specialistico o presso il medico di medicina generale tramite affidamento condiviso.
5. Mantenimento delle modalità di pre-triage e di accesso limitato con le modalità attuali e già sopradescritte. L'accesso agli accompagnatori per pazienti autosufficienti dovrebbe essere consentito solo in momenti davvero critici nella storia clinica del paziente (visita CAS, comunicazione diagnosi e relativa terapia, snodi terapeutici, accompagnamento al fine vita...).
6. Fondamentale l'impiego dei sistemi di protezione e di tutti i DPI da parte del personale medico ed infermieristico durante la gestione di tutto il processo assistenziale. Adeguata istruzione dei pazienti sulle modalità di accesso in ospedale con adeguata igiene/disinfezione mani con soluzione alcolica ed indossando la mascherina chirurgica.
7. Revisione degli orari degli ambulatori, dilazionando gli orari fra una visita e l'altra in modo da ridurre gli assembramenti. Analoga rivalutazione degli spazi dedicati di DH e, ove possibile, della modalità di somministrazione di alcune terapie onco-ematologiche al fine di mantenere un adeguato distanziamento fra i letti/poltrone. Ciò comporta un impegno in risorse umane mediche, infermieristiche ed amministrative al fine di garantire personale idoneo a gestire correttamente ed in sicurezza i pazienti, compreso il pre-triage. Questo implica anche la collaborazione con i Servizi di riferimento per l'attività ambulatoriale e di DH (Farmacia, Radiologia, Laboratorio Analisi...).
8. Mantenimento dell'esecuzione di tamponi ai pazienti da ricoverare nei reparti di Ematologia e Trapianto di midollo sia che il paziente provenga da casa sia che provenga da altri reparti/ospedali. Tale modalità consente di mantenere i reparti il più possibile COVID free.

9. I pazienti sottoposti a trapianto allogenico di midollo sono pazienti fragili con particolare cautela per i soggetti nei primi tre mesi e fino ad almeno un anno dal trapianto. Pertanto devono avere un percorso loro dedicato sia in DH sia negli ambulatori che tenga conto delle regole di distanziamento e ove possibile della riduzione dei tempi di attesa. Va posta particolare attenzione alle regole di accesso già descritte precedentemente ed al triage dell'ingresso. I pazienti devono essere istruiti su lavaggio/disinfezione delle mani, sulla necessità di accesso con mascherina chirurgica come da relativa Delibera Regionale e invitandoli a rispettare il distanziamento sociale e, ove possibile, limitare l'uso di mezzi pubblici.
10. Gestione dei pazienti sospetti/COVID positivi. Negli ambulatori ed in DH mantenimento di spazi dedicati alla valutazione dei pazienti sospetti al pre-triage e mantenimento degli spazi dedicati alla gestione delle terapie di supporto/medicazione CVC/visite dei pazienti sicuramente COVID+. Più complessa la gestione dei pazienti onco-ematologici COVID + ricoverati, per i quali l'esecuzione di chemioterapia in urgenza è riservata a pochissimi casi: in tali occasioni deve essere prevista la presenza dell'onco-ematologo, eventualmente in consulenza specialistica.

RADIOTERAPIA

Nel corso della fase I della pandemia si sono mantenuti operativi tutti i centri di Radioterapia della Regione Piemonte e tale situazione va certamente mantenuta nella fase II. Quanto sopra presentato per gli ambulatori di oncologia e per le attività di Day Hospital è da considerarsi ugualmente applicabile alle prestazioni di radioterapia al fine di ridurre il rischio di contatti o di contagi, sia dei pazienti che del personale: diffuso ricorso a triage clinico, accesso limitato al servizio di RT ai soli pazienti, salvo situazioni cliniche particolari, maggior scaglionamento degli orari dei pazienti in trattamento e interventi logistici utili a garantire un adeguato distanziamento sociale nelle sale d'attesa dei servizi di RT, utilizzo di DPI funzionali alle diverse situazioni di rischio, da parte del personale (in aggiunta all'auspicio che tutti i pazienti possano indossare mascherine chirurgiche ad ogni accesso al servizio di RT).

Nella gestione della fase I si è provveduto ad una revisione delle procedure interne in termini di indicazioni cliniche e frazionamenti (rinvio di trattamenti per patologie a basso rischio oncologico, esempio: tumori prostata, anche attraverso l'utilizzo di periodi "bridge" con ormonoterapia; omissione della radioterapia in situazioni in cui i benefici dell'eventuale RT possano essere ritenuti inferiori ai rischi connessi all'infezione Covid-19, i.e.: palliazione ottenibile in modo diverso rispetto ad un tempo di RT, patologie benigne e/o funzionali, determinate indicazioni a TBI per programmi trapiantologici; utilizzo diffuso di programmi di ipofrazionamento in tutte quelle situazioni cliniche supportate da evidenze scientifiche.

Un problema specifico, e molto critico, fortunatamente quasi mai verificatosi sinora (salvo qualche rara situazione in Regione; ma certamente da prevedersi come possibilità nella fase 2), si ritiene essere quello relativo alla continuazione della RT, qualora in corso, in paziente che diventi COVID-positivo e sia asintomatico, oppure all'inizio della RT in presenza di malattia Covid-19 asintomatica; la valutazione clinica dovrà tener presente i veri benefici oncologici ottenibili dalla radioterapia, soppesandoli con le criticità di sanità pubblica sottese al trattamento di un paziente Covid-19 positivo, sia esso ricoverato in reparto COVID ospedaliero o proveniente ambulatorialmente dalla propria residenza o da altra struttura sanitaria. In ogni caso, l'eventuale irradiazione di tali pazienti

dovrà avvenire, qualora strettamente necessario, in orari particolari della giornata (fine turno), con successiva adeguata ed efficace sanificazione dei locali, da parte di personale dotato di adeguati DPI, e nel rispetto delle disposizioni regionali e aziendali utili al contenimento della pandemia.

Per la fase 2 esiste certezza di un incremento cospicuo per i prossimi mesi di richieste di visite oncologiche radioterapiche (il timore dell'infezione dei pazienti/parenti e la netta riduzione dell'attività chirurgica hanno concorso sinora a calmierare la richiesta); si ritiene che tutte le procedure messe in atto nella fase I e riassunte nel secondo capoverso debbano essere certamente mantenute anche nel prossimo futuro, con necessarie puntualizzazioni, come qui di seguito riportato:

1. In questo periodo avverrà la presa in carico di quei pazienti i cui trattamenti erano stati inizialmente differiti in quanto non urgenti dal punto di vista oncologico (prostata ad esempio). Sempre nell'ottica di ridurre il numero delle presenze giornaliere nei servizi di RT per ridurre il rischio di contagi e per mantenere adeguato distanziamento sociale, oltre a ridurre il rischio che un paziente si infetti in corso di radioterapia, potrebbe essere certamente consigliabile il mantenimento o l'implementazione di programmi di ipofrazione nelle diverse patologie (mammella, prostata, retto ad esempio). Si dovrà però discutere con la Regione una revisione del sistema nomenclatore/tariffario per continuare a veder riconosciuta una adeguata valorizzazione economica del trattamento radioterapico, ancora più complesso e sofisticato in termini di requisiti tecnici ed impegno umano in presenza di ipofrazionamenti spinti (IMRT-IGRT). Questi schemi di ipofrazione sarebbero certamente molto utili a migliorare, anche al termine della pandemia, la "compliance" dei pazienti al trattamento radioterapico e a ottimizzare l'offerta radioterapica sul territorio regionale.
2. Analogamente a quanto indicato per le visite oncologiche in teleconsulto occorre prevedere da parte della Regione una adeguata tracciabilità e valorizzazione della visita radioterapica eseguita in modalità teleconsulto, che potrebbe essere certamente mantenuta in molte situazioni cliniche (follow-up).
3. Si raccomanda come soluzione ottimale il mantenimento dell'attività GIC con radioterapista in modalità teleconsulto. Un collegamento in remoto, adeguatamente normato, può certamente ridurre molte delle criticità ben note alla Rete, che da sempre ha caldeggiato soluzioni di telemedicina al riguardo.

CURE PALLIATIVE

La pandemia da COVID-19 ha generato un'emergenza senza precedenti che ha messo a rischio la funzionalità dei servizi di cure palliative, con un impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

Diversi sono gli aspetti correlati all'impatto dell'emergenza COVID-19 nell'ambito delle cure palliative con necessità di rimodulazione dei servizi erogati nelle varie circostanze di trattamento.

Le cure palliative domiciliari (ADI-UOCP) rappresentano un aspetto centrale dell'oncologia contemporanea. I pazienti vivono a domicilio gran parte della loro storia clinica, sperimentando sintomi legati alla malattia stessa o ai trattamenti ricevuti. I centri di oncologia – seppur con diverse modalità operative – hanno implementato programmi di integrazione Ospedale-Territorio, che vedono nella continuità di cura e nel "non abbandono" gli obiettivi principali da perseguire.

L'hospice è una struttura d'accoglienza e ricovero che ha come obiettivo quello di offrire cure palliative ai pazienti oncologici terminali, quando non è più possibile essere assistiti dal programma di assistenza domiciliare integrata e specialistica.

Lo stato di emergenza connesso alla pandemia in atto ha prodotto una repentina modifica nella modalità di comunicazione con i familiari dei malati in tutte le circostanze di trattamento, a causa delle misure di completo isolamento sociale adottate.

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE (ADI-UOCP)

Criticità affrontate nella fase 1:

- Incremento delle segnalazioni di presa in carico di cure palliative in regime di ADI-UOCP (anche per effetto della necessità di avere un maggior numero di posti letto in ospedale da dedicare a malati con infezione da COVID).
- Riduzione di necessità della frequenza delle visite domiciliari di controllo in pazienti già in carico in regime di ADI-UOCP, se paucisintomatici, al fine di diminuire il rischio di contagio tra paziente, caregiver ed operatore sanitario.
- Rischio di percezione di abbandono da parte del paziente/caregiver a causa del distanziamento sociale.
- Sospensione della riunione periodica di equipe e supervisione.
- Sospensione dell'attività di Volontariato in Cure Palliative.

Soluzioni adottate nella FASE 1:

- Incremento della pronta disponibilità di farmaci a domicilio per la gestione di sintomi del fine vita nonché formazione del caregiver al riconoscimento dei sintomi e alla loro somministrazione.
- Triage telefonico prima della visita domiciliare per l'identificazione di casi sospetti di infezione da COVID-19 (paziente e caregiver/familiari conviventi).
- Consulenza telefonica del medico palliativista/infermiere di cure palliative per la valutazione dei sintomi, il controllo dell'aderenza alla terapia e la valutazione dei bisogni assistenziali nonché per il supporto al caregiver.
- Consulenza telefonica del medico palliativista per supporto al medico Curante, condivisione di modifiche terapeutiche e definizione del programma assistenziale.

Modalità per la FASE 2:

- Prosecuzione del triage telefonico prima della visita domiciliare per l'identificazione di casi sospetti per COVID-19 (paziente e caregiver/familiari conviventi) e richiesta di autorilevazione della temperatura corporea del paziente e del caregiver.
- Dimissione ospedaliera protetta in ADI-UOCP previo tampone COVID negativo entro 72 ore dalla dimissione stessa.
- Sostituzione, ove possibile, di alcune visite domiciliari con visite di consulenza telefonica del medico palliativista/infermiere di cure palliative per la valutazione dei sintomi, il controllo

dell'aderenza alla terapia e la valutazione dei bisogni assistenziali nonché per il supporto al caregiver. A tali visite dovrebbe corrispondere un referto clinico. Sarebbe adeguata una rendicontazione della suddetta visita.

- Utilizzo DPI (mascherina chirurgica e guanti) per familiari e paziente durante la visita domiciliare e areazione dei locali prima e dopo la visita domiciliare.
- Ripresa della riunione periodica di supervisione e di equipe per via telematica.
- Promozione di progetti di Telemedicina specialistica (Televisita, Teleconsulto e Telecooperazione sanitaria) per supporto a paziente, caregiver e operatori sanitari, tramite adeguate interfacce (es. dispositivi mobili quali smartphone e tablet) e personale dedicato (anche in modalità di smart working tramite accesso da remoto).
- Revisione della Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) con il paziente alla luce dell'attuale stato di emergenza COVID-19 con attenta valutazione del bilancio rischi-benefici (es. riguardo ad eventuale ospedalizzazione).
- Attivazione di un percorso di supporto psicologico per il malato e i suoi familiari, da concordare secondo i modelli organizzativi locali, anche sfruttando tecnologie di comunicazione telematica.

CURE PALLIATIVE EROGATE IN HOSPICE

Criticità affrontate nella FASE 1

- Riduzione della possibilità per il familiare/caregiver di stare vicino al proprio caro ricoverato in hospice (limitazione negli orari di visita, mantenimento della distanza di sicurezza) fino alla completa abolizione, applicata in alcune realtà assistenziali, delle visite da parte dei familiari, fatta eccezione per i casi selezionati di terminalità attesa a breve termine (possibile presenza di un solo familiare per le intere 24 ore).
- Rischio di percezione di abbandono da parte del paziente a causa del distanziamento sociale e dell'isolamento da contatto, mediato dall'uso di mascherine e guanti, con conseguente modifica del clima assistenziale, che in cure palliative si basa sul contatto fisico, sugli sguardi e sulle parole.
- Riduzione dei tempi di comunicazione tra familiari ed operatori sanitari ("la comunicazione è tempo di cura").
- Sospensione dell'attività di Volontariato in Cure Palliative con conseguente venir meno della relazione d'aiuto con caregiver, famiglie e malati.
- Preoccupazione per il ricovero in Hospice correlata al timore di contagio da COVID-19.
- Procedure di gestione della salma di pazienti affetti da COVID-19 o dei quali non si possa escludere con certezza la positività, come previsto dal regolamento di Polizia Mortuaria (DPR285/90) e dalla circolare del Ministero della Salute 11285 del 1° Aprile 2020 (impatto psicologico su operatori sanitari e familiari del defunto).
- Sospensione della riunione periodica di supervisione e di equipe.

Soluzioni adottate nella FASE 1:

- Utilizzo di dispositivi mobili quali smartphone e tablet per poter permettere ai pazienti di mantenere il contatto con parenti, amici e volontari.

Modalità per la FASE 2:

- Triage telefonico al familiare prima dell'accesso all'Hospice.
- Triage al familiare effettuato da un operatore sanitario all'ingresso dell'Hospice.
- Abolizione, delle visite da parte dei familiari, fatta eccezione per casi selezionati come quelli di terminalità attesa a breve termine (possibile presenza di un solo familiare per le intere 24 ore).
- Utilizzo di dispositivi mobili quali "smartphone" e "tablet" al fine di permettere di mantenere il contatto con parenti, amici e volontari.
- Attivazione di un percorso di supporto psicologico per il malato e i suoi familiari, nonché per gli operatori sanitari, per la valutazione del "distress" psicologico correlato all'attuale stato di emergenza COVID-19, anche sfruttando tecnologie di comunicazione telematica.
- Ripresa della riunione periodica di supervisione e di equipe per via telematica.
- Revisione della Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) alla luce dell'attuale stato di emergenza COVID-19 con attenta valutazione del bilancio rischi-benefici (es. riguardo ad eventuale ospedalizzazione).