



Raccomandazioni del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta

Dai dati pur limitati presenti in letteratura, derivati prevalentemente dall'esperienza cinese, sembra certo che i pazienti con patologie oncologiche e oncoematologiche siano esposti ad un maggior rischio di contrarre l'infezione Covid-19 rispetto ad una popolazione con le stesse caratteristiche di pari età e che gli stessi abbiano una prognosi peggiore con un maggior numero di ricoveri in terapia intensiva ed una più elevata mortalità.

Un ulteriore fattore di rischio è risultato l'essere stati sottoposti nel mese precedente ad un ciclo chemioterapico o ad un intervento chirurgico. Pare che rappresenti un rischio aggiuntivo l'essere affetti da tumore polmonare, mentre non è ancora chiaro il ruolo di una eventuale immunoterapia in corso anche se indubbiamente vi può essere una correlazione negativa per l'aumentata produzione di interleuchina 6 in entrambe le situazioni cliniche.

L'elevato numero di posti letto, in particolare di rianimazione e terapia intensiva, che si è dovuto riservare nei diversi ospedali ai pazienti gravemente sintomatici affetti da Covid-19 ha portato ad una sensibile riduzione delle attività delle sale operatorie, mentre il numero di operatori sanitari malati o positivi al tampone ha iniziato a rendere problematica in alcune Aziende l'assicurazione dei trattamenti oncologici.

Si ritiene opportuno alla luce di queste conoscenze e dell'attuale situazione suggerire come direzione del Dipartimento interaziendale interregionale Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta le seguenti raccomandazioni:

1. Per i pazienti in follow up per tumori in cui vi è evidenza di efficacia dei periodici controlli si consiglia la sostituzione delle visite con una chiamata telefonica del medico, antecedente o nel giorno previsto per la visita, nel corso della quale dopo aver preso visione degli eventuali esami eseguiti, limitati a quelli sicuramente utili e dopo essersi accertati dello stato di salute del paziente è prevista una refertazione della prestazione che può richiedere una successiva tempestiva visita del paziente in presenza di sospetto di ripresa evolutiva o la prenotazione con l'indicazione dei relativi esami della successiva visita di follow up. Le visite di follow up per le patologie neoplastiche in cui tale pratica non è supportata da evidenze di reale impatto prognostico possono essere temporaneamente rinviate. Si raccomanda, tenendo in considerazione le caratteristiche peculiari di ogni malato, di attenersi all'intervallo maggiore di tempo tra le visite indicato dalle Linee Guide. Il referto di tali visite deve indicarne la modalità di esecuzione e garantirne la tracciabilità, nelle more del riconoscimento della prestazione per il quale è in corso una corrispondenza con Agenas e Ministero della Salute per il loro riconoscimento nel nomenclatore.
2. Per i pazienti in trattamento per malattia attiva anche le visite di rivalutazione in corso di terapia possono essere eseguite con analoga procedura, quando vi è l'indicazione e previo il consenso del paziente. Nel corso del contatto telefonico, valutato il referto degli esami strumentali il medico comunica in tal caso l'esito dei trattamenti e la programmazione del successivo percorso di cura. Si

- consiglia la stessa modalità di tracciabilità del referto. E' utile prevedere presso ogni Centro la disponibilità di un servizio telefonico dedicato, almeno per una fascia oraria della giornata, che possa dare informazioni ai pazienti e prevedere una visita urgente di controllo in caso di sintomi di allarme.
3. Per la prima visita prenotata presso il CAS per evitare inutili accessi del paziente in ospedale si consiglia di accertarsi telefonicamente il giorno prima che sia disponibile e completa tutta la documentazione necessaria per il tipo di visita e siano assenti sintomi o condizioni del paziente e delle eventuali persone conviventi e coabitanti nel suo stesso alloggio che porterebbero ad una positività al triage. Tutti i pazienti devono comunque essere sottoposti al triage prima dell'ingresso nei servizi CAS ai quali non possono accedere accompagnatori. In caso di triage negativo il paziente disinfetta le mani, mette la mascherina chirurgica e accede. In caso di positività al triage se il paziente presenta sintomi lievi e non vi è una situazione di urgenza oncologica è rinviato a domicilio e affidato ai servizi territoriali con una segnalazione telefonica al rispettivo medico di medicina generale. Se il paziente ha sintomi non lievi viene attivato il percorso ospedaliero protetto per i pazienti sospetti per Covid-19.
 4. Per la decisione dell'inizio dei trattamenti si consiglia di valutare caso per caso le caratteristiche biologiche del tumore, il quadro clinico del paziente, la prognosi in relazione ai potenziali rischi da infezione Covid-19, individuando i casi per i quali è possibile e preferibile rinviare il trattamento o ricorrere a schemi alternativi che presuppongano un minor numero di accessi ospedalieri e in alcuni casi una minore intensità di dose.
 5. Le discussioni multidisciplinari devono avvenire tutte le volte per le quali è possibile per via telematica e telefonica oppure con un incontro in cui sia presente un solo professionista per ciascuna disciplina indispensabile per trattare il caso clinico in questione e solo se sono disponibili ambienti in cui sia possibile rispettare la corretta distanza di sicurezza e con un modello organizzativo che consenta ai partecipanti un preventivo esame della documentazione clinica per ridurre al minimo il tempo dell'incontro.
 6. Tutte le consulenze possibili con l'accesso alla documentazione e ai dati per via telematica e telefonica devono essere preferite alle consulenze al letto, da limitarsi ai casi in cui è indispensabile e sempre con i necessari dispositivi di protezione.
 7. I ricoveri in reparti di oncologia, di radioterapia e di ematologia devono essere riservati a pazienti con un tampone per Covid-19 negativo nelle 48 ore precedenti e devono essere risottoposti a triage prima dell'ingresso in reparto. In presenza di tampone positivo o di sintomi al triage il ricovero, se indifferibile, avviene in reparti Covid-19. Se il ricovero è rinviabile e il paziente ritorna presso il proprio domicilio è prevista la segnalazione al medico di medicina generale per l'affidamento ai servizi territoriali.
 8. È opportuna la disponibilità in uno o più ospedali di riferimento di alcuni letti, dove sia possibile ricoverare pazienti positivi per tampone Covid-19, anche se paucisintomatici che debbano eseguire cicli di chemioterapia in regime di ricovero indifferibili per l'aggressività biologica della neoplasia (es: linfomi cerebrali, tumori del testicolo, microcitomi).
 9. Si sconsigliano briefing e riunioni che presuppongano interazioni tra personale impegnato in diversi contesti lavorativi (equipe di reparto, day hospital, CAS e ambulatori). Si ricorda di mantenere pulite

e sanificate le singole postazioni di lavoro compresi (mouse e tastiera del computer, cornetta telefonica, maniglie) e di arieggiare frequentemente i locali.

10. La presenza di accompagnatori è vietata negli ambulatori, nei day hospital, nei reparti di degenza ordinaria, riservati a pazienti oncologici. Al caregiver è spiegata la ragione e la straordinarietà di tale misura, dando al contempo la garanzia di una tempestiva informazione sulle condizioni del paziente. Qualora si renda necessario a giudizio del personale sanitario la presenza di un accompagnatore, questi deve risultare negativo alla procedura di triage, attuare l'igiene delle mani e indossare la mascherina chirurgica.
11. Si consiglia di riorganizzare gli accessi di day hospital e ambulatoriali redistribuendoli nel corso della giornata, anche prevedendo una diversa turnazione del personale e una riduzione delle prestazioni ambulatoriali contemporanee per evitare il sovraffollamento nelle sale di attesa e di trattamento.
12. La consegna delle terapie orali può prevedere la fornitura, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente, di farmaci per più settimane di terapia, effettuando eventuali esami di controllo a domicilio e un monitoraggio telefonico sulla compliance al trattamento e sui potenziali effetti collaterali.
13. Per quanto riguarda la manutenzione degli accessi venosi centrali è possibile prevedere un lavaggio dei sistemi totalmente impiantabili ogni 8-12 settimane anziché le attuali 4, in base a dati di letteratura che, pur in assenza di studi di fase III, indicano un non aumentato rischio di occlusioni, trombosi e infezioni. Si raccomanda la rimozione tempestiva degli accessi venosi centrali che non vengono utilizzati per eliminare gli accessi per il lavaggio e ridurre i rischi correlati al catetere. È opportuno individuare procedure locali per la manutenzione dei PICC che tenda a ridurre gli accessi ospedalieri.
14. Si consiglia di dedicare la necessaria cura alla comunicazione con il paziente e i famigliari per rassicurarli sulla correttezza e l'efficacia di tutte le misure alternative adottate in questo periodo. Ove sia possibile e richiesto, a sostegno dei pazienti, famigliari e del personale sanitario è utile mantenere l'attività di supporto psico-oncologico mediante un servizio di consulenza telefonica o telematica.
15. Si segnala l'opportunità, ove ritenuto possibile e utile, che tutto il personale sanitario che lavora nelle strutture di ematologia e oncologia sia sottoposto a periodici controlli con tampone. Tutto il personale deve comunque essere dotato dei previsti dispositivi di protezione, non solo per la propria sicurezza ma per quella di tutti i malati, a maggior fragilità, loro affidati.
16. Si raccomanda prima di escludere dai trattamenti intensivi pazienti solo in base alla presenza di una patologia neoplastica che i colleghi anestesisti effettuino una consultazione con l'oncologo di riferimento per una corretta valutazione della prevista aspettativa di vita per ciascun specifico caso clinico.
17. In pazienti oncologici non in terapia attiva o in setting palliativo con sospetta infezione da Covid-19 è auspicabile un trattamento domiciliare attivo e precoce della infezione secondo alcuni protocolli in uso in alcune realtà territoriali (vedi Progetto "COVI a casa" dell'ASL di Alessandria) volti con l'avvio tempestivo del trattamento per evitare l'evoluzione in polmonite. In caso di progressione o dell'infezione o della neoplasia dovrebbe essere garantito al paziente un fine vita dignitoso al proprio domicilio con il supporto delle UOCP.

18. Per gli studi clinici in corso e da attivare si raccomanda di far riferimento ai documenti prodotti in merito da AIFA ed EMA.
19. Si sta procedendo ad una puntuale ricognizione dei pazienti affetti dai diversi tipi di tumore in attesa di un primo trattamento (chirurgico, radioterapico, oncologico medico) con i relativi eventuali ritardi previsti per la ridotta operatività di alcuni ospedali. Si ritiene opportuno che siano stabiliti contatti strutturati e continuativi tra i diversi centri di riferimento per le singole patologie nel contesto delle aree territoriali omogenee per prevedere eventuali spostamenti dei pazienti presso altri centri di riferimento per garantire il rispetto dei tempi per le prestazioni ritenute indifferibili e la definizione di criteri comuni per individuare le priorità dei casi da sottoporre a trattamento, con una valutazione basata su criteri clinici circa l'efficacia del rispetto dei tempi per l'intervento e comuni valori etici di riferimento.
20. Si ritiene che in un tempo di emergenza per le strutture ospedaliere, le risorse umane eventualmente risparmiate dalla riduzione delle attività oncologiche debbano essere impiegate per supportare, per quanto possibile, il personale medico e infermieristico impegnato nella altre strutture ospedaliere, compreso, ove necessario, nell'assistenza ai malati di Covid-19, con la priorità in tale caso dell'utilizzo di personale volontario. Non è ritenuto opportuno invece l'utilizzo del personale di area ematologica ed oncologica per turni di guardia che prevedano una contemporanea attività presso reparti Covid-19 e i reparti di provenienza, per il più probabile rischio di trasmissibilità del contagio a pazienti oncologici ed ematologici immunocompromessi con tale modalità organizzativa.
21. Si ribadisce, di fronte all'attuale inaccettabile campagna pubblicitaria di studi legali per promuovere azioni di risarcimento nei confronti di medici ed infermieri impegnati nella cura di pazienti Covid-19 positivi, l'intervento della Direzione della Rete a tutela dei propri operatori con azioni atte a promuovere l'approvazione del previsto emendamento all'art. 13 del D.L. 17/3/2020 n. 18 che prevede per tutto il periodo dello stato di emergenza epidemiologica Covid-19 limitazioni della responsabilità civile, penale e amministrativo-erariale delle strutture sanitarie e degli esercenti le professioni sanitarie.