

Raccomandazioni del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta



1. *Pazienti in follow up*

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 indicare 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. *Pazienti in trattamento per malattia attiva*

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. *Prima visita CAS*

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 rinvio 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. *inizio dei trattamenti*

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. *I GIC*

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. *Consulenze*

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. *Ricoveri*

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.



Covid-19

8. *Pazienti oncologici positivi al COVID-19*

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. *evitiamo le riunioni*

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. Il caregiver



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. Accessi in day hospital

Si consiglia di riorganizzare gli accessi di day hospital e ambulatoriali ridistribuendoli 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. CONSEGNA TERAPIE

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. Manutenzione degli accessi venosi



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.



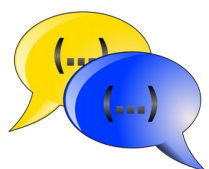
14. Supporto psico-oncologico

Si consiglia di dedicare la necessaria cura alla comunicazione con il paziente e i familiari 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, familiari e del personale sanitario è utile mantenere l'attività di supporto psico-oncologico mediante un servizio di consulenza telefonica o telematica.

15. Controlli sul personale sanitario



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. Trattamenti intensivi: come escluderli

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. Pazienti oncologici con sospetto COVID-19

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. documenti AIFA ed EMA

Per gli studi clinici in corso e da attivare si raccomanda di far riferimento ai documenti prodotti in merito da AIFA ed EMA.



19. Ricognizione dei pazienti oncologici

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. Solidarietà professionale

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. La Rete a difesa dei propri operatori

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 al D.L. 17/3/2020 n. 18 che prevede per tutto il periodo dello stato di emergenza epidemiologica Covid-19 limitazioni della respon-

sabilità civile, penale e amministrativo-erariale delle strutture sanitarie e degli esercenti le professioni sanitarie.

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 tutti 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 fa-

miliari, 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).