

n.12
2020

Working Paper of Public Health

La serie di Working Paper of Public Health (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni online ed Open Access, progressiva e multi disciplinare in Public Health (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: Directory of Open Access Journals (DOAJ); Google Scholar; Academic Journals Database;

Comitato Scientifico:

Prof. Roberto Barbato

Dott.ssa Manuela Ceccarelli

Dott. Diego Gazzolo

Dott.ssa Federica Grosso

Prof. Marco Krengli

Prof.ssa Roberta Lombardi

Prof. Leonardo Marchese

Prof. Vito Rubino

Dott. Gioel Gabrio Secco

Dott. Paolo Tofanini

Dott. Giacomo Centini

Dott. Gianfranco Ghiazza

Dott.ssa Daniela Kozel

Dott. Marco Ladetto

Dott. Antonio Maconi

Dott. Alessio Pini Prato

Dott.ssa Mara Scagni

Dott.ssa Maria Elena Terlizzi

Dott.ssa Roberta Volpini

Comitato editoriale:

Dott. Antonio Maconi

Dott. Alfredo Muni

Dott.ssa Marinella Bertolotti

Responsabile:

Dott. Antonio Maconi

telefono: +39.0131.206818

email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Mariateresa Dacquino, Marta Betti,

Mariasilvia Como, Laura Gatti

telefono: +39.0131.206192

email: mdacquino@ospedale.al.it; lgatti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Comitato editoriale verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Comitato editoriale valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per

il WP (i.e. peer review). L'utilizzo del peer review costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori standard di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Comitato editoriale su cosa fare del manoscritto (i.e. accepted o rejected).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. double blinded).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata on line in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia;
- Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: Original Articles (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); Brief Reports (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure Research Reviews (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo et al; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.

n.12
2020

titolo

ONCOLOGIA POST COVID

title

ONCOLOGY POST COVID

autori

**M. Rossi¹, G. Bellotti, F. Blengio, V. Fusco, P. Guglielmini,
R. Manfredi, P. Piovano, E. Traverso, M. Vincenti, S. Zai,
A. Pertino, M. Alessio, I. De Martino, G. Piacentini,
A. Ghiglione, E. Ferrero²**

*¹SC Oncologia, ²Day Hospital Onco-ematologico,
Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria, Italy*

tipologia

Brief Reports

keywords

Covid-19, Cancer treatment, Management

Abstract

Obiettivi:

Analizzare le modifiche organizzative adottate dalla SC Oncologia durante l'emergenza Covid-19 al fine di identificarne la futura applicabilità come modello ordinario di gestione del paziente oncologico.

Metodologia:

Applicazione delle raccomandazioni ministeriali, della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e delle principali Società scientifiche in tema di gestione del paziente oncologico durante la pandemia e nella fase 2.

Risultati:

Durante la pandemia sono stati adottati modelli organizzativi e percorsi che hanno garantito la continuità delle cure e la sicurezza del paziente e che possono trovare applicazione anche nella fase post Covid.

Conclusioni:

Il modello di riorganizzazione dell'Oncologia durante l'emergenza Covid-19 è risultato efficace ed alcuni dei percorsi adottati possono costituire uno strumento ordinario di attività.

Introduzione

L'emergenza Covid-19 ha messo a dura prova le strutture oncologiche, che si sono viste impegnate a garantire da un lato la **continuità delle cure**, dall'altro la **sicurezza dei pazienti**.

I dati disponibili (Kuderer et al. 2020) sembrano infatti indicare che nel paziente oncologico, soprattutto se sottoposto a trattamenti attivi, il decorso dell'infezione potrebbe essere più sfavorevole con una più alta incidenza di complicanze ed una maggiore letalità; vi sono inoltre evidenze (Garassino et al. 2020; Saini et al. 2020) di una prognosi peggiore e di una minore possibilità di accesso alle terapie intensive.

Oltre alla messa in atto di una serie di provvedimenti conformi alle disposizioni nazionali, questa drammatica situazione ci ha costretto ad una rivalutazione dei **programmi terapeutici** e ad un ripensamento dei **modelli organizzativi**, al fine di garantire trattamenti adeguati e rispetto dei percorsi di diagnosi e cura, riducendo il rischio di infezione (Raccomandazioni Rete Oncologica e Aiom, 2020).

In questo documento abbiamo analizzato le modifiche organizzative adottate nel corso della pandemia dalla SC Oncologia, al fine di identificare quali percorsi potrebbero avere una futura applicabilità come modello ordinario di gestione del paziente oncologico.

Strumenti e percorsi

Visite di follow-up

Durante la fase emergenziale i controlli periodici dei pazienti che hanno completato il percorso terapeutico sono stati sostituiti nella maggior parte dei casi da un **contatto telefonico** con il medico referente; gli esami strumentali sono stati limitati a quelli sicuramente indispensabili mentre le visite di follow-up per le quali non è dimostrato un reale impatto prognostico sono state temporaneamente rinviate.

Tale modalità operativa si è dimostrata nel complesso efficace e sicura ed è stata favorevolmente accettata dai pazienti, spingendoci ad alcune importanti considerazioni in merito alla futura gestione organizzativa del follow-up oncologico:

- limitare le visite di follow-up specialistico alle patologie neoplastiche in cui tale pratica è supportata da evidenze di reale impatto prognostico
- ridurre l'utilizzo o la frequenza di esami strumentali per i quali non vi è evidenza di sicura efficacia

- valutare percorsi di **telemedicina** (Rapporto ISS, 2020) come una delle possibili modalità di gestione del follow-up, seppure con alcuni importanti limiti quali: riconoscimento della prestazione nel nomenclatore, tracciabilità, implicazioni etiche e medico-legali, disponibilità di attrezzature informatiche idonee, compliance dei pazienti;
- costruire percorsi condivisi che prevedano il coinvolgimento del territorio e dei Medici di Medicina Generale.

Visite di rivalutazione durante il trattamento

Per i pazienti in trattamento attivo, le visite di rivalutazione, la comunicazione dell'esito della terapia e la programmazione del successivo percorso di cura sono state eseguite, in parte con contatto telefonico, in parte contestualmente alla somministrazione della terapia, in modo da ridurre il più possibile il numero di accessi in ospedale.

Questa modalità di gestione potrebbe essere valutata in alcuni casi specifici anche nella fase post Covid, in base alla tipologia di trattamento, al quadro clinico e alle caratteristiche biologiche della neoplasia.

Prime visite e visite CAS

In caso di prima visita e visita CAS (Centro Accoglienza e Servizi), per evitare inutili accessi del paziente in ospedale, si è provveduto ad accertarsi preventivamente che fosse disponibile e completa tutta la documentazione necessaria. Tale modalità organizzativa potrebbe costituire un modello ordinario di gestione non solo per questa tipologia di visite, ma anche per le visite di controllo e di rivalutazione.

Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC)

Le discussioni multidisciplinari si sono svolte prevalentemente per via telematica e telefonica oppure alla presenza di un solo professionista per ciascuna disciplina, dopo un preventivo esame della documentazione clinica. Tale modello organizzativo potrebbe trovare applicazione anche in fase post Covid, al fine di ottimizzare i tempi dell'incontro ed estendere la possibilità di partecipazione ad altri professionisti soprattutto nell'ambito dei GIC interaziendali.

Accessi in Day Hospital

Durante l'emergenza, si è resa necessaria una rivalutazione dei programmi terapeutici al fine di **minimizzare il numero e la durata degli accessi ospedalieri** e prevenire complicanze capaci di aumentare morbilità e letalità da Covid.

Il nostro modello organizzativo, che già prevedeva una distribuzione delle prestazioni su appuntamento, in modo da ridurre il sovraffollamento nelle sale di attesa e garantire una maggiore scorrevolezza dei flussi, è stato rimodulato:

- per alcune terapie orali, visita e prelievo sono stati effettuati, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente, a mesi alterni con consegna del trattamento per più settimane e monitoraggio telefonico della compliance al trattamento e dei potenziali effetti collaterali. E' stata inoltre incentivata la proposta di esecuzione del prelievo ematico il giorno precedente la terapia oppure al domicilio.

- per le terapie sottocutanee e intramuscolari, per le quali erano già previsti visita ed esami ematici ogni 3 mesi, si è implementato un percorso organizzativo per cui, negli accessi senza prelievo, la valutazione dell'eventuale tossicità è stata effettuata dagli infermieri contestualmente alla somministrazione della terapia.

Tale modalità organizzativa, che ha coinvolto attivamente il personale infermieristico, si è dimostrata un modello efficace destinato a perdurare oltre la fase emergenziale.

Manutenzione degli accessi venosi

Durante la pandemia, l'intervallo per la manutenzione degli accessi venosi centrali totalmente impiantabili è stato prolungato da 4 a 12 settimane, sulla base di dati di letteratura che documentano l'assenza di un aumentato rischio di complicanze quali occlusioni, trombosi e infezioni (Solinas, 2017; Diaz, 2017).

E' stata inoltre favorita la possibilità di medicazione e lavaggio dei cateteri venosi centrali sul territorio in modo da ridurre ulteriormente gli accessi in ospedale.

Tale modalità gestionale è diventata procedura ordinaria anche in fase post Covid.

Caregiver

Il divieto di presenza degli accompagnatori negli ambulatori, nei day hospital e nei reparti di degenza ordinaria, ha rivoluzionato il rapporto medico-paziente-caregiver.

Nel corso dell'emergenza sono stati adottati sistemi di comunicazione alternativi al colloquio in presenza, come ad esempio telefonate periodiche di aggiornamento sulla situazione clinica del paziente e l'utilizzo di **videochiamate**.

Tale situazione ha fatto emergere in maniera ancora più prorompente l'importanza di una comunicazione efficace come strumento di relazione e di cura.

Piani terapeutici

I piani terapeutici AIFA sono stati aggiornati senza ritardi nonostante l'emergenza e l'estensione di validità. I piani rinnovati sono stati inviati ai pazienti via mail o via fax; modalità che è ancora attualmente utilizzata, se richiesto, per garantire la sicurezza dei pazienti.

Studi clinici

L'arruolamento negli studi clinici è **proseguito regolarmente**; inoltre, grazie alla possibilità di ottenere il Parere Unico per gli studi Covid, sono stati aperti ulteriori trials in tempi brevi.

L'utilizzo della tecnologia e della telemedicina potrebbe migliorare ulteriormente l'efficienza degli studi clinici, riducendo i costi e coinvolgendo un maggior numero di interlocutori nella ricerca clinica.

Formazione

La pandemia ha sottolineato fortemente l'importanza della formazione e probabilmente imporrà cambiamenti duraturi in questo settore. In futuro l'**apprendimento virtuale** potrebbe rappresentare un elemento importante di integrazione della formazione professionale.

Conclusioni

L'emergenza Covid-19 ha costretto l'Oncologia ad un ripensamento della propria organizzazione attraverso l'adozione di percorsi atti a ridurre il rischio di infezione, garantendo nel contempo la continuità delle cure. In tale scenario è emersa l'importanza della **condivisione delle conoscenze** e della costruzione di reti di collaborazione, il ruolo determinante del rapporto ospedale-territorio, l'impatto della tecnologia e della telemedicina e il valore della comunicazione come strumento di cura.

Alcuni dei modelli adottati nel corso della pandemia potrebbero essere potenzialmente applicabili anche nella gestione ordinaria del paziente oncologico.

Bibliografia

1. Raccomandazioni del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta
http://www.reteoncologica.it/images/stories/news_in_home/RACCOMANDAZIONI_per_sito.pdf
2. Gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici in corso di emergenza da covid-19 <http://www.reteoncologica.it/la-rete/notizie/2934-gestione-dei-pazienti-oncologici-e-onco-ematologici-in-corso-di-emergenza-da-covid-19>
3. Covid: dalla Telemedicina agli studi clinici, ecco l'impatto sull'Oncologia www.aiom.it
4. Proposta di gestione dei pazienti in Oncoematologia, Oncologia e Cardiologia nella fase 2 dell'infezione da Covid-19
https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/05/2020_PROPOSTA_ONCOEMATOLOGIA_ONCOLOGIA_CARDIOLOGIA_FASE-2_COVID-19.pdf
5. Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020
6. Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
7. Kuderer Nicole M et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study Lancet 2020; 395: 1907–18
8. Garassino M.C, et al. COVID-19 in patients with thoracic malignancies (TERAVOLT): first results of an international, registry-based, cohort study. Lancet Oncol 2020; 21: 914–22

9. Saini KS, Tagliamento M, Lambertini M et al. Mortality in patients with cancer and COVID-19: A systematic review and pooled analysis of 52 studies. *Eur J Cancer*; Advance online publication 2 September 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.08.011>
10. Solinas G et al. Port in oncology practice: 3-monthly locking with normal saline for catheter maintenance, a preliminary report. *J Vasc Access* 2017; 18 (4): 325-327
11. Diaz J.A et al. Phase II Trial on Extending the Maintenance Flushing Interval of Implanted Ports DOI: 10.1200/JOP.2016.010843 *Journal of Oncology Practice* 13, no. 1 (January 01, 2017) e22-e28



pubblicazione
revisionata e
approvata
novembre 2020

disponibile online
[www.ospedale.al.it/
working-papers-wp](http://www.ospedale.al.it/working-papers-wp)