

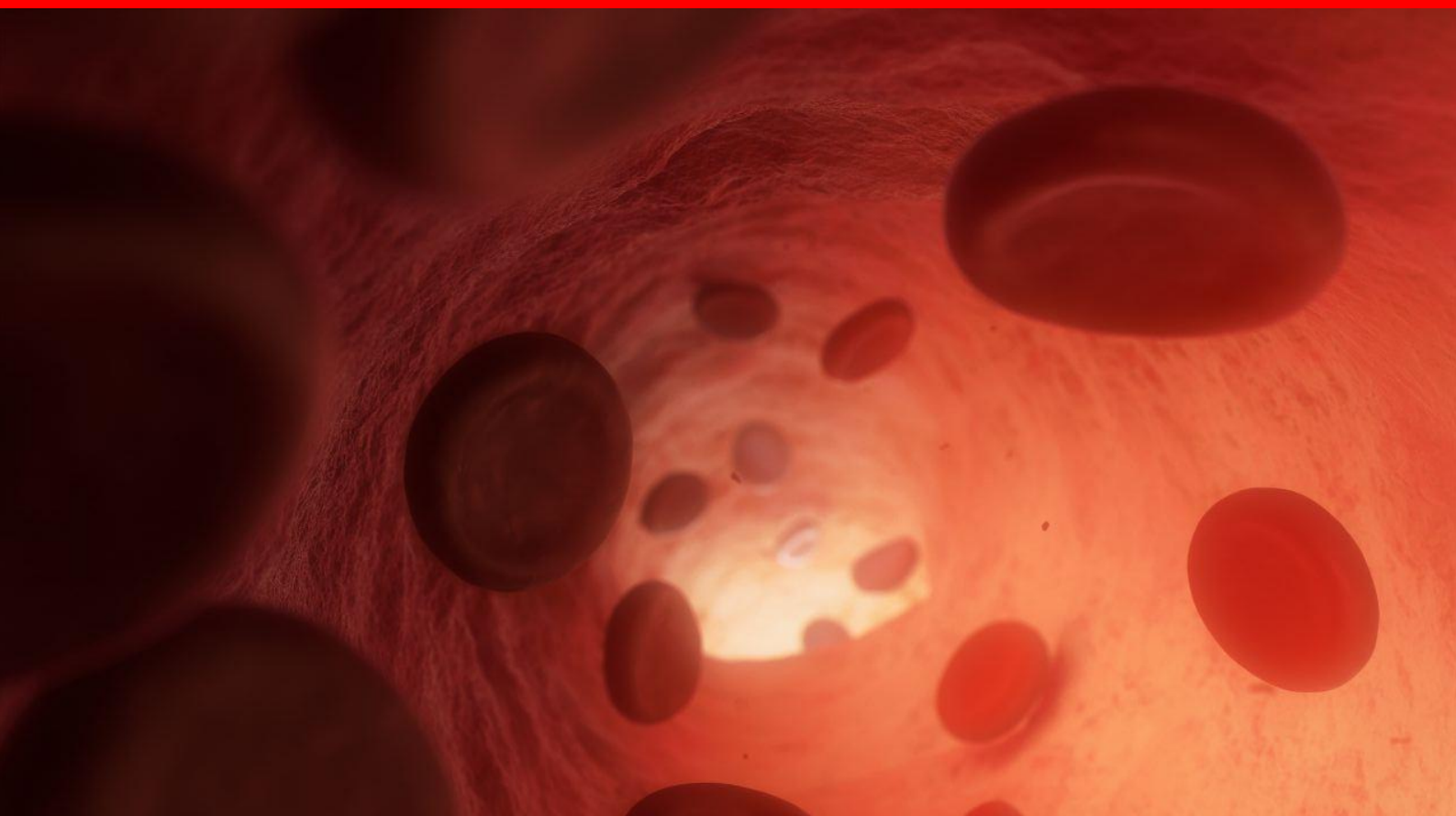
29 APRILE 2021

TALK WEB

CANCRO & COVID

L'EMERGENZA NELL'EMERGENZA

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

La cura dei tumori ha subito un rallentamento dovuto alla pandemia da Covid-19: interventi chirurgici rimandati nella prima ondata, pazienti malati di tumore che non si sono presentati negli ospedali a fare chemioterapia per paura del Covid-19, liste di attesa notevolmente aumentate a causa della riconversione di alcune strutture ospedaliere in *Covid hospital*.

COSA E' SUCCESSO ALL'ONCOLOGIA ITALIANA DURANTE LA PANDEMIA

La pandemia da Covid-19 ha fortemente impattato sulle attività sanitarie, anche se per quanto possibile l'area oncologica è stata salvaguardata, così come le prestazioni urgenti e non differibili.

- Dall'inizio della pandemia il 70% circa delle oncologie in Italia non ha avuto una effettiva riduzione di attività, se non in minima parte, e ciò dimostra lo straordinario impegno messo in campo da quanti operano in questo comparto medico strategico.
- Sono state mantenute costanti, in molte realtà oncologiche, le prestazioni di chemioterapia e di terapie orali.
- Si è manifestato una riduzione delle prestazioni: il 20% dei pazienti hanno rinunciato di loro spontanea volontà a recarsi in ospedale per visite o terapie, disdicendo trattamenti o appuntamenti già fissati. La fiducia dei pazienti spesso è stata erosa dal clima generalizzato di una informazione gridata, troppe volte sensazionalistica, attorno al Coronavirus, ed ha messo in profondo disagio medici, personale sanitario, pazienti.
- La maggiore emergenza è stata evidenziata nei processi di screening del tumore mammario, del tumore del colon-retto e della cervice uterina, con la riduzione se non la sospensione degli stessi in riferimento ai periodi di lockdown e alla regionalità delle prestazioni.
- La patologia oncologica necessaria di intervento chirurgico ha avuto un arresto, specie durante il primo lockdown e in misura diversa nelle varie regioni d'Italia.
- Sono stati rinviati solo i pazienti del follow-up, recuperandoli successivamente, sempre dopo la valutazione dell'oncologo se il controllo poteva essere differito o eseguito in altra modalità con l'utilizzo della telemedicina.
- In **Sicilia** le grandi sofferenze sono stati gli screening e le chirurgie, ma sono stati valutati i pazienti che avevano necessità di fare follow up e sono state riprogrammate tutte le visite;

- In **Veneto**, grazie alla organizzazione della Rete oncologica Veneta, è stato messo in campo un lavoro importante per proteggere i pazienti: è stato istituito un Registro dei pazienti oncologici colpiti dal Covid. Oggi il registro ha già raccolti 700 pazienti, sui primi 170 è stata registrata una mortalità del 33% e il 17% erano decessi Covid correlati.

Il Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) ha messo in evidenza i dati di uno **studio sull'incidenza dell'infezione da SARS-CoV-2 tra i pazienti sottoposti a trattamento antitumorale attivo in Italia**. Per calcolare il tasso di infezione da SARS-CoV-2 tra i pazienti in trattamento antitumorale, sono stati raccolti i dati sui pazienti trattati presso 118 Unità di Oncologia Medica affiliate a CIPOMO e raccolti in uno studio retrospettivo (CI- POMO) - ONCO-COVID-19).

- Per ogni centro, sono stati registrati dati aggregati su tutti i pazienti che hanno ricevuto almeno un ciclo di un trattamento antitumorale attivo tra il 15 gennaio e il 4 maggio 2020. I dati individuali sono stati raccolti per coloro che sviluppavano Covid-19 come valutato attraverso la reazione a catena della polimerasi (PCR) da un tampone naso-faringeo (guidato da uno dei sintomi o dal contatto con un caso positivo noto). I risultati sono stati confrontati con quelli riportati per la popolazione generale italiana nello stesso periodo di tempo. Questo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Istituto Nazionale delle Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani.
- Su 59.989 pazienti che hanno ricevuto un trattamento antitumorale tra il 15 gennaio 2020 e il 4 maggio 2020, 406 hanno sviluppato Covid-19 con un risultato del test PCR nasofaringeo positivo. L'età mediana dei pazienti infetti era di 68 anni. La maggior parte era sintomatica (83%) e il 77% ha richiesto il ricovero in ospedale. Il cancro del polmone era il tumore più comune (91 - 22%) e la chemioterapia il trattamento antitumorale più rappresentato (252 - 62%). Il tasso di infezione è stato più elevato rispetto alla popolazione generale italiana nello stesso periodo di tempo e variava tra le diverse aree geografiche.
- Lo studio fornisce la prima stima del tasso di infezione da SARS-CoV-2 tra i pazienti che ricevono un trattamento antitumorale su una vasta popolazione di circa 60.000 pazienti trattati in più di 110 unità di oncologia. Da un punto di vista clinico, la bassa probabilità di infezione da SARS-CoV-2 tra questi pazienti (<1%) supporta il proseguimento della maggior parte dei trattamenti oncologici in ambito adiuvante e metastatico.

- Sulla base dei dati attuali, non dovrebbe essere raccomandato di routine di ritardare il trattamento antitumorale attivo per evitare la trasmissione di SARS-CoV-2. Il tasso di infezione dello 0,68% riscontrato è basso rispetto ai benefici ottenibili con la maggior parte dei trattamenti oncologici. In particolare il tasso di infezione è rimasto al di sotto delle anche nell'area con la maggiore diffusione del Covid-19, riflettendo in parte le misure di riorganizzazione attuate nelle unità di oncologia medica in Italia all'inizio di questo focolaio.

CONCLUSIONI

Oggi è sempre più impellente il bisogno rimettere la cura dei tumori al centro dell'agenda di Governo e ripensare ad un nuovo percorso dell'oncologia che vada oltre l'ospedale. Perché oltre ai bisogni di cura, ci sono necessità sociali e perché alcune ricerche europee predicono per i prossimi anni un aumento del 20% della mortalità dei pazienti colpiti da tumore a causa della pandemia.

E' necessario discutere di queste tematiche unendo tutti gli attori della Sanità, istituzioni, specialisti, rappresentanti dei pazienti, cittadini.

Pertanto il panel di esperti concorda su queste premesse:

- ci sono 3,5 milioni e mezzo di pazienti oncologici e non è pensabile che abbiano come punto di riferimento l'ospedale soltanto: è necessario riscrivere il PDTA ospedaliero e trasferirlo sul territorio, per davvero stabilire cosa c'è da fare meglio sia a livello di territorio sia a livello ospedaliero;
- questa emergenza sta accelerando alcuni aspetti su cui insistere come il rapporto con il territorio che è fondamentale per allargare l'oncologia oltre i confini ospedalieri ed è necessario riconsiderare le risorse umane e quelle farmaceutiche;
- o si potenzia il territorio o altrimenti questo modello di ospedale, sempre più per acuti, e il territorio (non presidiato come un ospedale) rischia di essere non solo un modello fallimentare nell'emergenza ma ergonomicamente non adatto ai bisogni dei pazienti cronici, che sono anche sanitari e sociali; se questo vale per la sanità, in particolare vale per il mondo oncologico che sta lavorando per anticipare un passaggio che è ineludibile, il passaggio del paziente tra ospedale e territorio;
- c'è bisogno di tirare fuori i numeri di quanto accaduto, che permetteranno di costruire un quadro completo di ciò che sta accadendo e ciò che ha provocato la pandemia dalla prima ondata, per portare ai pazienti oncologici messaggi non pericolosi;

- oggi, in base all'evoluzione dell'infezione a livello nazionale e regionale, è comunque fondamentale ripristinare in successione il livello erogativo e mettere in atto programmi per il recupero delle prestazioni;
- è necessario rilanciare la spirale virtuosa tra ricerca, studi, profilassi e partecipazione attiva: la medicina, l'arte medica, l'assistenza socio-sanitaria non devono mai essere vittime degli effetti collaterali del Covid
- la storia del Covid ha messo in evidenza alcune "patologie" del servizio sanitario nazionale che dovranno essere affrontate nei prossimi anni: la migrazione sanitaria, i troppi esami che vengono utilizzati dai marcatori tumorali circolanti nella fase di follow up (la policy del follow up va completamente rivista perché nella pratica clinica si trovano troppo spesso fenomeni per cui i pazienti ripetono degli esami perfettamente inutili); la concentrazione in ospedale di prestazioni oncologiche che non meritano l'attenzione dell'ospedale.

CALL TO ACTION del panel di esperti:

1. Riprendere a pieno ritmo gli screening e riesaminare le liste d'attesa secondo il livello di urgenza e possibilità di cure.
2. Recuperare il parco sale operatorie nella sua pienezza ed usare altre soluzioni per le terapie intensive liberando posti per interventi complessi.
3. Coinvolgere gli oncologi nella consulenza di pazienti tumorali con Covid e non impegnare il personale attivo nella cura dei tumori in attività Covid per quanto possibile.
4. Il follow-up deve essere per lo più gestito a livello territoriale (telemedicina).
5. E' importante vaccinare i pazienti oncologici secondo score di possibilità di cura e usare anticorpi monoclonali al sorgere della malattia.

Sono intervenuti (i nomi sono riportati in ordine alfabetico):

Gianni Amunni, Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Regione Toscana

Livio Blasi, Presidente CIPOMO

Roberto Ciambetti, Presidente Consiglio Regionale, Regione del Veneto

Giulia Gioda, Giornalista

Valentina Guarneri, Professore Ordinario Università di Padova, Oncologia 2 Istituto Oncologico Veneto Padova

Paolo Pronzato, Direttore Oncologia Medica IRCCS San Martino, Genova - Coordinatore DIAR Oncoematologia Regione Liguria

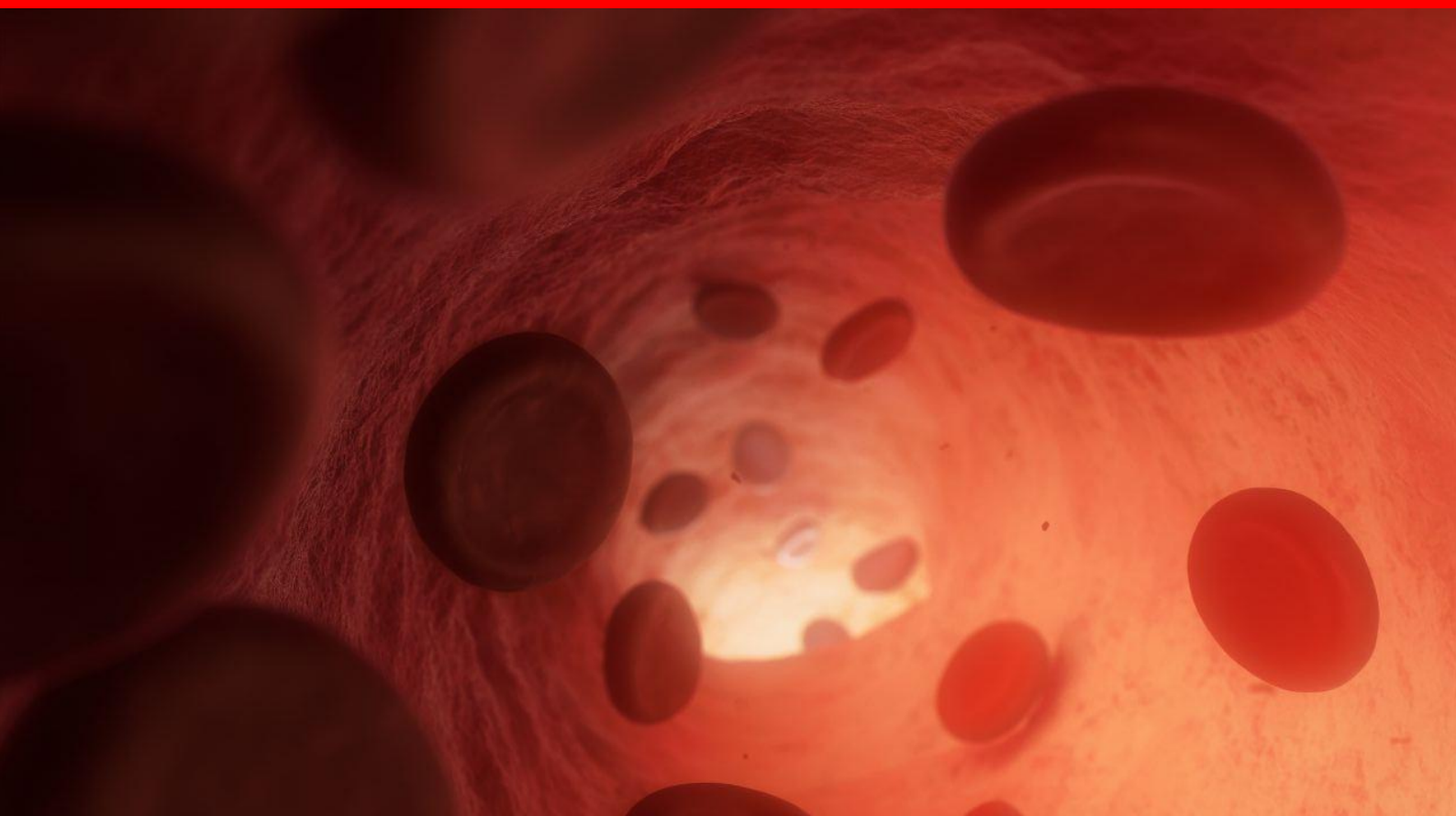
Franco Ripa, Dirigente Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria, Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il Talk web è stato organizzato da **Mondosanità Buona Salute***

Mondosanità

BUONASALUTE 



www.mondosanita.it