

Conseguenze dell'emergenza virus nelle cure al paziente oncologico



Prof. Massimo Di Maio
Dipartimento di
Oncologia, Università
degli Studi di Torino.

La riorganizzazione sanitaria avvenuta in seguito alla pandemia è stata importante non soltanto per far fronte alla presa in carico in ospedale dei pazienti affetti da COVID (che, come noto, sono stati particolarmente numerosi nelle regioni del Nord Italia), ma anche per ridurre al minimo i rischi di contagio per gli altri pazienti che avevano bisogno di accedere in ospedale. Ciò si è reso ovviamente necessario non solo nelle regioni caratterizzate dal maggior numero di casi di COVID, ma anche nelle regioni in cui fortunatamente il problema dei ricoveri è stato più contenuto.

Tale situazione di emergenza ha determinato, nei terribili mesi del *lockdown*, inevitabili ripercussioni anche in ambito oncologico. Molti pazienti in lista per un interven-

La drammatica situazione che tutto il mondo sta vivendo nel 2020 a causa della pandemia di COVID-19 ha comportato (in particolare nel periodo di massima emergenza, tra la fine dell'inverno e la primavera) un'improvvisa e profonda riorganizzazione delle strutture, dei servizi e del personale sanitario.

to chirurgico hanno subito rinvii, in quanto l'attività delle sale operatorie è stata drammaticamente limitata dalla necessità di assistere le tante persone che erano in terapia intensiva, e i reparti di chirurgia sono stati in molti casi dedicati ad accogliere i pazienti COVID. Non è difficile immaginare le conseguenze psicologiche di questi rinvii, in persone che sapevano di avere una diagnosi di tumore e che temevano che qualunque ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico si potesse ripercuotere negativamente sulla prognosi della malattia. Per fortuna, questa situazione di massima incertezza ed emergenza, in termini di attività chirurgica, è durata abbastanza poco: ad esempio, nel caso dell'ospedale dove lavoro - l'AO Ordine Mauriziano di Torino - (ma si potrebbero citare altri casi analoghi) le sale operatorie sono state completamente ferme solo pochi giorni, e poi l'attività è prontamente ripresa. Il ritardo è stato quantificabile, nella maggior parte dei casi, in qualche settimana.

A differenza delle Chirurgie, che indubbiamente hanno subito la maggior penalizzazione in termini di attività, le strutture di Radioterapia e di

Oncologia Medica hanno proseguito la loro attività, pur facendo i conti con le difficoltà logistiche legate alla riduzione del personale (sia perché in alcuni casi alcuni medici ed infermieri sono stati destinati all'assistenza dei pazienti COVID, ma anche perché alcuni si sono purtroppo ammalati in prima persona). Nonostante queste indubbie difficoltà, in quei terribili mesi, la maggior parte delle terapie oncologiche sono proseguite. L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), già nel mese di marzo, ha dato tempestivamente indicazioni alla comunità oncologica, invitando a valutare caso per caso il rapporto tra i benefici dell'inizio del trattamento antitumorale (per i pazienti candidati ad iniziare) o della sua prosecuzione (per i pazienti che avevano un trattamento già in corso) e i rischi legati alla pandemia. In linea di massima, in tutte le situazioni cliniche caratterizzate da una malattia "aggressiva" che avrebbe potuto avere danni dal rinvio della terapia, si è deciso di non rinviare il trattamento. Al contrario, sono stati rinviati, nell'interesse del paziente, alcuni trattamenti ritenuti meno urgenti, o per i quali l'evidenza di beneficio rispetto ai rischi era

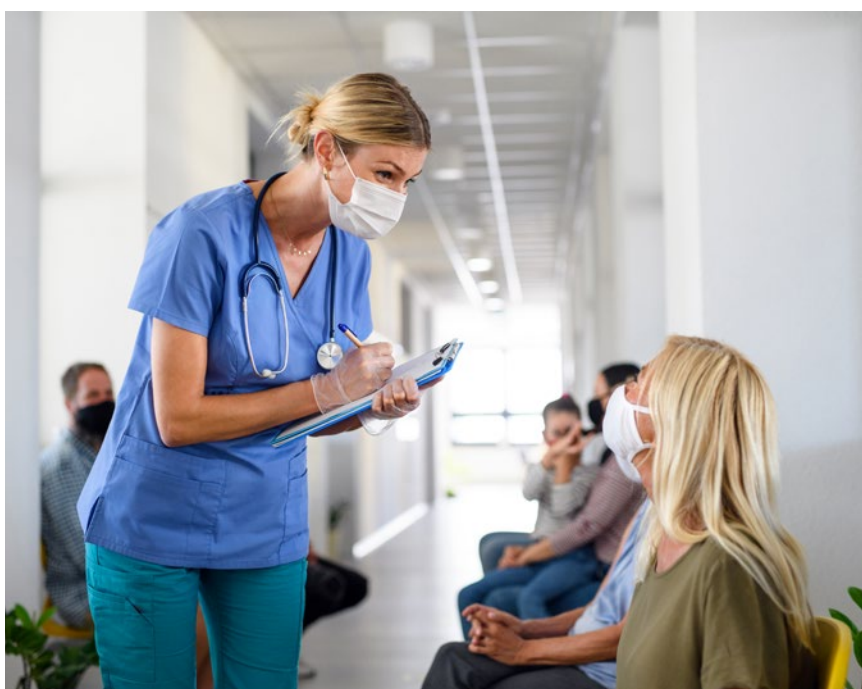
meno chiara. Nel caso di pazienti in trattamento antitumorale orale (ad esempio i pazienti con tumore della prostata in trattamento con terapia ormonale di nuova generazione), in assenza di effetti collaterali rilevanti, molti centri hanno optato per "allungare" l'intervallo tra le visite ospedaliere, ad esempio fornendo al paziente il farmaco per 2 mesi invece che per un solo mese. Le visite di follow-up per i pazienti liberi da malattia e non più in trattamento attivo (es. visite di controllo a distanza di 6 mesi, o di 12 mesi) sono state rinviate, prevedendo un contatto telefonico e/o telematico dei pazienti programmati (ad esempio per discutere gli esami eseguiti) e confermando le sole visite ambulatoriali ritenute non differibili per necessità cliniche (ad esempio quando il paziente riferisse sintomi di nuova comparsa oppure i risultati degli esami facessero sospettare una recidiva di malattia). Indubbiamente, nei mesi della massima emergenza, moltissime strutture hanno notato una riduzione del numero delle nuove diagnosi di cancro. Per esempio, nel caso del mio ospedale, nei mesi di marzo ed aprile 2020, il Centro

Accoglienza e Servizi (vale a dire la struttura dedicata all'accoglienza dei nuovi pazienti oncologici e all'assistenza nel loro percorso diagnostico iniziale) ha gestito circa la metà dei casi rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, pur essendo regolarmente operativa. Questo fenomeno, che è stato descritto non solo in Italia, ma anche nelle altre nazioni colpite dall'emergenza, riconosce molte concause: i programmi di screening sono stati temporaneamente interrotti; i medici di medicina generale – presi dal vortice della gestione dei pazienti con sintomi COVID – hanno avuto difficoltà a gestire molti casi giudicati non urgenti; lo stesso fenomeno si è verificato anche per molti altri specialisti e per il pronto soccorso. D'altra parte, una parte di questa riduzione delle diagnosi è stata anche dovuta alla paura dei malati oncologici a recarsi in ospedale, pur in presenza di sintomi e di necessità di approfondimento, per la preoccupazione del contagio. Naturalmente, questa considerazione non vuole attribuire ai pazienti la "colpa" di un eventuale ritardo diagnostico: in quel periodo di iniziale emergenza, più e più

volte è stato ribadito ai cittadini di recarsi il meno possibile in pronto soccorso, e questo ha avuto ripercussioni non solo sulle diagnosi di tumore, ma anche sulla gestione di altre patologie: i cardiologi hanno denunciato una riduzione notevole delle diagnosi di infarto, perché purtroppo molti pazienti non si sono recati tempestivamente in pronto soccorso.

Il 7 aprile 2020, AIOM, insieme con l'Associazione Italiana di Radioterapia (AIRO) e la Società Italiana di Ematologia (SIE), si è rivolta ai cittadini e alle istituzioni. *"Nell'intento di incentivare il più possibile il proseguimento delle terapie salvavita per i pazienti oncologici e onco-ematologici e per assicurare cittadini e caregiver sulle strategie messe in atto dal Governo per tutela della salute dei pazienti e di tutta la popolazione, sulla base dell'esperienza e del buon senso clinico, [le Società scientifiche] si rivolgono a pazienti oncologici e onco-ematologici, istituzioni nazionali e regionali e cittadini per:* - ricordare che il cancro va curato in tutte le fasi di malattia; - ribadire che i percorsi oncologici e onco-ematologici sono attivi e protetti in tutti gli ospedali italiani; - incoraggiare tutti i pazienti a rivolgersi con fiducia e serenità alle loro strutture di riferimento, dove sono stati attivati protocolli specifici per la protezione dal contagio da COVID-19; - invitare le istituzioni nazionali e regionali a facilitare questi percorsi".

La riduzione dei casi osservata nei mesi dell'emergenza ha fatto temere a molti una ripercussione negativa in termini di ritardo diagnostico, di presentazione più avanzata di malattia e quindi di prognosi potenzialmente peggiore. Questo rischio è stato discusso non solo in Italia ma anche in molte altre nazioni, anche se – ad oggi – non esistono dati che confermino, o quantifichino con esattezza, questo fenomeno.



Conclusioni

Terminata la fase di *lockdown*, l'attività delle Oncologie prosegue, e tende a una nuova, diversa "normalità". È importante ribadire che, ad oggi, la paura di recarsi in ospedale può essere certamente ridimensionata, grazie al superamento della prima fase di emergenza e grazie alla tempestiva costruzione di percorsi e strutture dedicati per i pazienti oncologici. Sin dall'inizio della cosiddetta "fase II", è stato fatto ogni sforzo perché tutti i percorsi (diagnostico, terapeutico ed assistenziale) fossero garantiti, allo scopo di evitare ogni possibile ripercussione negativa sulla storia naturale e sulla prognosi dei pazienti oncologici. Già a maggio 2020, il comunicato per la XV Giornata Nazionale del Malato Oncologico, firmato da AIOM con FAVO, AIRO, SICO, SIPO e FNOPI, sottolineava che i percorsi oncologici (riguardanti sia la chirurgia, che la radioterapia, che i trattamenti medici) erano attivi in tutti i centri italiani. AIOM ha ritenuto importante inviare un messaggio che infondesse fiducia e serenità a tutti i pazienti, invitandoli a rivolgersi alle loro strutture di riferimento, dove sono stati attivati protocolli specifici per la protezione dal contagio da COVID-19. I pazienti oncologici e le loro famiglie sono stati esortati a non trascurare diagnosi e trattamenti per immotivate paure di contagio, anche per non compromettere i brillanti successi che negli ultimi anni sono stati raggiunti nella cura oncologica.

È innegabile che l'emergenza COVID abbia evidenziato alcune carenze nel servizio sanitario, e abbia quindi rappresentato l'occasione per riflettere su come migliorarne vari aspetti. L'oncologia è una delle discipline in cui più prezioso può essere il contributo della cosiddetta "telemedicina" (vale a dire l'impiego, in aggiunta alla visita fatta in



ospedale, di strumenti che consentano di interagire a distanza con il paziente acquisendo informazioni utili sulla sua situazione clinica). La "telemedicina" può avere un ruolo importante non solo durante l'emergenza, ma anche nella nuova "normalità" che ad essa sta facendo seguito. È bene ribadire che i contatti telefonici o tramite lo schermo di un computer, ovviamente, non hanno la pretesa di sostituire le visite fisiche, ma hanno consentito la tempestiva discussione degli esami di laboratorio, degli esami strumentali e di eventuali segni e sintomi di malattia. Fermo restando che è stato subito auspicato un ritorno alle visite fisiche per i pazienti oncologici in corso di follow-up, sarà utile potenziare le opportunità offerte dalla telemedicina e dai programmi di tele-consultazione dei malati di cancro con le strutture ospedaliere, attivati nella prima fase di emergenza. I programmi di telemedicina sono potenzialmente utili non solamente per i pazienti liberi da malattia e in follow-up, ma anche per i pazienti in trattamento attivo: gli strumenti elettronici possono ad esempio consentire la de-

scrizione in tempo reale dei sintomi e degli effetti collaterali delle terapie, con un possibile vantaggio per la gestione dei pazienti e per la loro qualità di vita.

Un'importante lezione lasciataci dall'emergenza COVID è stata quella di ribadire, se ce ne fosse bisogno, quanto sia essenziale la comunicazione tra oncologi e pazienti. Ogni decisione di questi mesi ha meritato una spiegazione ai pazienti, affinché questi ultimi non si sentissero abbandonati e due volte sfortunati, per il cancro e per le conseguenze negative della pandemia. Ci sono stati alcuni sondaggi, molto discussi in questi mesi, che hanno evidenziato la sensazione da parte di alcuni pazienti – specialmente quelli inseriti in programmi di follow-up dopo il completamento dei trattamenti attivi – di aver subito disagi e ritardi a causa dell'emergenza COVID. Peraltro, altre *survey* hanno documentato una buona soddisfazione da parte dei pazienti, sia per quanto riguarda la comunicazione con i sanitari sia per quanto riguarda l'accessibilità dei servizi. ■