



Roma, 31 marzo 2020 - Sono 371.000 i nuovi casi di cancro diagnosticati nel 2019 in Italia di cui la gran parte sottoposti ad intervento chirurgico che rappresenta per molti il momento decisivo per il raggiungimento della cura della malattia. A causa della pandemia da Covid-19 il numero degli interventi chirurgici per cancro dall'inizio dell'emergenza è già stato ridotto durante l'ultimo mese, seguendo l'indicazione generale a procedere solo ad interventi non procrastinabili.

I nostri pazienti oncologici in questo momento sono quindi colpiti pesantemente da più parti: al pericolo legato all'infezione da coronavirus si sta aggiungendo il danno creato dal procrastinare interventi fondamentali per la loro possibilità di cura.

È quindi oggi indispensabile favorire la creazione di strutture, o parti di strutture a bassa incidenza di ricoveri Covid-19 positivi, dentro le quali poter continuare a seguire pazienti affetti da patologie non procrastinabili come i tumori, ma come anche le patologie

cardiovascolari, quelle neurologiche, il trauma, etc. Oggi - fatta eccezione per le poche strutture monospécialistiche come gli Istituti Tumori, diffusi sul territorio nazionale - gli ospedali e i presidi sanitari non sono pronti ad affrontare questa necessaria rimodulazione organizzativa, perché stanno diventando non più un luogo dove tutelare la salute delle persone ma veicolo stesso dell'epidemia.

Attualmente sono infatti oltre 6.000 i contagi tra gli operatori sanitari, molti di essi sono chirurghi. Per questo motivo riteniamo fondamentale una tempestiva riorganizzazione dei presidi che segua delle regole base imprescindibili: ciò al fine di poter continuare ad effettuare interventi di chirurgia oncologica durante questo periodo di emergenza, che è ragionevole pensare duri ancora diversi mesi.

Per poter mantenere bassa l'incidenza di infezioni da Covid-19 nelle strutture da dedicare alla chirurgia oncologica è obbligatorio effettuare 48 ore prima dell'intervento chirurgico programmato lo screening in ogni paziente per distinguere i pazienti Covid-19 positivi dai negativi. È necessario infatti considerare che gli asintomatici o "paucisintomatici" rappresentano la maggioranza dei casi e che ormai il solo criterio epidemiologico non è sufficiente ad identificare le persone a rischio. Inoltre l'immunodepressione intrinseca determinata dal tumore e dallo stress chirurgico metterebbe a rischio la vita del paziente Covid+ e l'ospedalizzazione di un paziente positivo comprometterebbe la sicurezza degli altri pazienti e degli operatori sanitari.

I pazienti negativi allo screening potrebbero quindi proseguire il percorso chirurgico mentre quelli positivi dovrebbero essere inviati a casa sotto sorveglianza o in strutture dedicate, per risolvere l'infezione. Risolta l'infezione e ottenuta la negativizzazione anche tali pazienti potrebbero poi essere sottoposti ad intervento chirurgico dopo una accurata ristadiatione della malattia.

Accanto allo screening dei pazienti candidati a chirurgia è assolutamente indispensabile che anche gli operatori sanitari siano tutelati, sottoponendoli ad esami di screening periodici, nonché protetti con adeguati DPI, distribuiti per singolo turno e singolo intervento chirurgico, perché non diventino essi stessi 'inconsapevole' fonte di contagio.

Come già fatto in alcune realtà, sull'esempio della regione Lombardia, bisognerebbe identificare tra gli ospedali che si occupano di oncologia chirurgica alcuni istituti di riferimento in cui applicare questi percorsi COVID-free. Negli "ospedali misti" in cui l'attività oncologica prosegue con fatica affiancata all'attività emergenziale, è necessario costruire percorsi differenti attraverso ambienti ospedalieri dedicati, che garantiscano l'isolamento dei pazienti e degli operatori da eventuali fonti di contagio esterne ed interne. Sarà quindi necessario per questo identificare, tra le figure professionali disponibili, quelle da dedicare in maniera esclusiva all'attività chirurgica oncologica e fare in modo che non vengano a contatto con pazienti o reparti a rischio.

La razionalizzazione delle risorse che questa riorganizzazione permette dovrà poi tenere conto di un ordine di priorità basato su diversi fattori: la biologia delle neoplasie, la possibilità/necessità di effettuare terapie neoadiuvanti, le caratteristiche dell'intervento e la conseguente necessità di terapia intensiva post-operatoria, le condizioni del paziente.

Le riorganizzazioni ospedaliere dovrebbero essere tempestivamente attuate secondo questi principi comuni, su base nazionale e contestualmente implementate su base regionale tenendo conto delle strutture di riferimento presenti sul territorio. Nell'ambito di conoscenze nuove che rapidamente evolvono, bisogna inoltre essere pronti ad adeguare tempestivamente misure preventive e di riorganizzazione ospedaliera quando necessario seguendo le innovazioni e l'andamento dell'epidemia.

Senza l'adozione dei principi di base esposti, riteniamo inaccettabilmente rischioso e quindi non effettuabile alcun intervento chirurgico oncologico.

***Alessandro Gronchi***  
***SICO President (Italian Society of Surgical Oncology)***

***Giordano Beretta***

***AIOM President (Italian Association of Medical Oncology)***

***Saverio Cinieri***

***AIOM President elect (Italian Association of Medical Oncology)***

***Vittorio Donato***

***AIRO President (Italian Association of Radiation Oncology)***