



## **“COLLOQUIO PRE-OPERATORIO IN ONCOLOGIA CERVICO- CEFALICA: ORGANIZZAZIONE, CONTENUTI E PROPOSTE OPERATIVE”**

### **Coordinatori Gruppo di Studio:**

Accornero Anna            S.C.U. ORL - Prof. Albera, Dipartimento di Scienze Chirurgiche,  
Università degli Studi di Torino  
Gambino Marta            A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino – S.C.U. ORL  
Prof. Albera

### **Gruppo di stesura:**

Bruno Claudia            RRF A.S.O. S.Croce e Carle, Cuneo  
Bugalla Maria Letizia    S.C. Med. Riab. A.O. Ordine Mauriziano, Torino  
Dileno Maria            S.C. Med. Riab. A.O. Ordine Mauriziano, Torino  
Gallia Michela            S.C.D.U. Chirurgia Oncologica Cervico-Cefalica Istituto IRCCS-FPO,  
Candiolo  
Migliaccio Antonietta    MFR A.O. Alessandria, Presidio Borsalino  
Sosso Katia            S.C. MFR A.S.L. Asti  
Valcasser Sabrina        A.S.L. TO4 – S.S. R.R.F. Chivasso

## INTRODUZIONE

La presa in carico logopedica del paziente sottoposto ad intervento di laringectomia parziale orizzontale (OPHL) purtroppo non avviene ancora secondo protocolli standardizzati, come già evidenziato in un precedente lavoro prodotto dal Gruppo di Studio Logopedisti della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta (Rete Oncologica, 2020). Lo stesso inizio della presa in carico può avvenire, a seconda degli ospedali, in fase prechirurgica o molto più tardi; ma diversi articoli recenti auspicano un avvio in fase preoperatoria (Dawson, Lips) per valutare il paziente, effettuare un counselling informativo ed eventualmente fornire una prima illustrazione degli esercizi e delle manovre che potranno servire successivamente.

Negli ultimi anni la fase prechirurgica sta richiamando sempre più attenzione anche in ambito ORL, come già avvenuto in altri campi della chirurgia, nei quali già da tempo si adottano i protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Tali protocolli prevedono una serie di interventi - a partire già dalla fase preoperatoria - basati sull'evidenza e finalizzati a consentire un miglior vissuto dell'operazione e migliori outcomes funzionali. Si tratta di programmi che richiedono un lavoro in team multidisciplinare, iniziano nel preoperatorio e proseguono fin dopo l'operazione; si fondano su 3 obiettivi principali (Lerda, 2020): 1. portare il paziente al migliore stato possibile prima di affrontare l'intervento chirurgico; 2. provvedere ad un trattamento con protocolli standard evidence-based durante il ricovero; 3. offrire il miglior programma di riabilitazione. Come vedremo, in letteratura - sia straniera che italiana - vi sono recenti esempi di applicazione di tali programmi anche in ambito di chirurgia oncologica del distretto capo-collo.

Altro esempio che dimostra il crescente interesse verso la fase preoperatoria è il diffondersi del concetto di "prehabilitation". Con tale termine si definisce un processo che, nel percorso di cura del paziente oncologico, si colloca tra la diagnosi e l'inizio delle cure; esso prevede valutazioni di aspetti fisici e psicologici per definire una "baseline" funzionale, identificare i disturbi e fornire interventi che promuovano la salute fisica e psicologica, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza e/o la severità di danni successivi (Hansen, 2020). La prehabilitation prevede la precoce presa in carico del paziente da parte di un team di professionisti comprensivo del logopedista, chiamato a valutare deglutizione e linguaggio e a fornire le prime indicazioni ed i primi esercizi utili, in modo che il paziente possa iniziare le cure con la giusta preparazione ed il giusto sostegno.

Supportati da questi dati di letteratura e dall'esperienza vissuta sul campo, auspichiamo che tutti i pazienti candidati a chirurgia parziale della laringe possano effettuare un primo incontro con il logopedista già nel preoperatorio. Il presente lavoro ha come obiettivo una proposta operativa che faciliti proprio questo primo colloquio con il paziente: tenteremo quindi di definire una "traccia",

una sorta di “guida” al counselling logopedico preoperatorio per il candidato a laringectomia parziale. Per raggiungere questo obiettivo abbiamo concordato di procedere come segue:

- effettuare una ricerca bibliografica su banche dati biomediche, avente per oggetto il colloquio logopedico preoperatorio nei soggetti sottoposti a OPHL;
- consultare altri testi inerenti lo stesso argomento, disponibili in rete o già in nostro possesso, soprattutto se riferiti a realtà italiane;
- raccogliere dati mediante un questionario volto ad indagare se e come, nei differenti centri afferenti alla Rete Oncologica, i logopedisti effettuino il counselling prechirurgico;
- infine, sulla base dei dati di letteratura, dei risultati del questionario e dell’esperienza professionale dei partecipanti al gruppo, stendere una proposta operativa di colloquio di counselling preoperatorio per il paziente candidato a OPHL.

Nelle prossime pagine riporteremo l’esito di tale lavoro, quindi:

- metodo, risultati e discussione di quanto emerso dalla ricerca bibliografica;
- parte relativa a creazione, diffusione e risultati del questionario;
- proposta operativa di colloquio di counselling logopedico preoperatorio per il candidato a OPHL.

## **METODO**

### **RICERCA BIBLIOGRAFICA**

Obiettivo della ricerca era quello di individuare, nella letteratura recente, articoli che fornissero indicazioni, suggerimenti, esperienze circa il colloquio logopedico preoperatorio del paziente da sottoporre a laringectomia parziale (OPHL). Inizialmente si effettuarono tentativi di ricerca mirati al solo laringectomizzato parziale, poi ci si rese conto che occorreva cambiare strategia: si vide infatti che la letteratura è povera di lavori inerenti il counselling logopedico preoperatorio, ed inoltre molti articoli che trattano questo tema non si riferiscono ad un particolare intervento chirurgico, ma più generalmente alla chirurgia per tumore del distretto capo/collo. Pertanto, con il supporto di un documentalista biomedico<sup>1</sup>, si mise a punto una stringa di ricerca meno specifica (sotto riportata), ma più utile nel reperire i pochi lavori sul tema indagato. La stringa nasce dalla combinazione di tre concetti chiave (tumore testa/collo, counselling, logopedia) e dei loro possibili sinonimi.

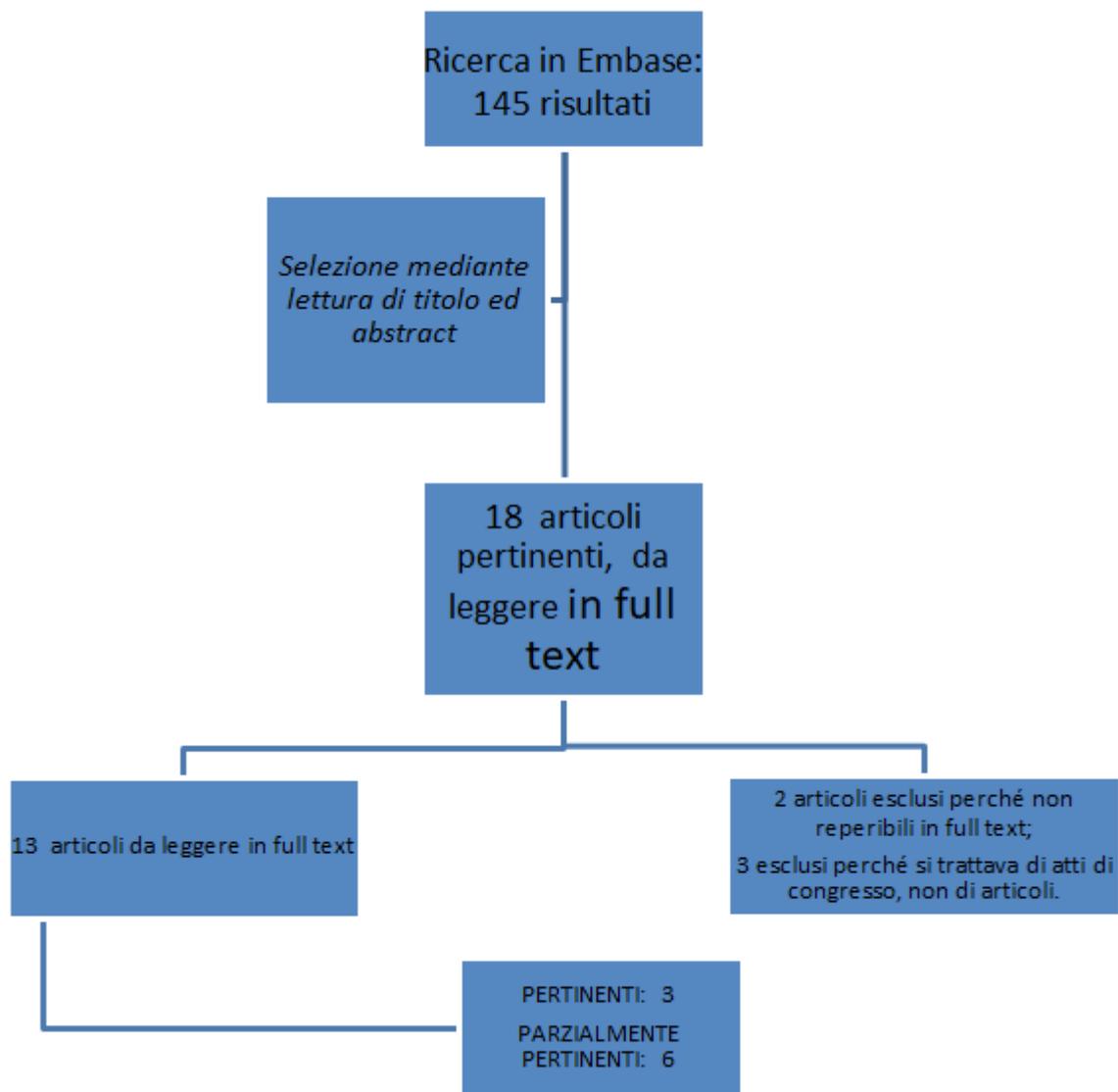
---

<sup>1</sup> Si ringrazia, per il supporto fornito, la dott.ssa Roberta Maoret, documentalista biomedico della Fondazione Biblioteca Biomedica Biellese 3Bi

La stringa di ricerca utilizzata:

Search Queries			
No.	Query	Results	Date
#2	(interview/exp OR interview:ti,ab,kw OR interview guide:ti,ab,kw OR interviews:ti,ab,kw OR interviews as topic:ti,ab,kw OR counseling/exp OR counseling:ti,ab,kw OR counselling:ti,ab,kw OR counselor/exp OR counsellor:ti,ab,kw OR counsellors:ti,ab,kw OR counselor:ti,ab,kw OR counselors:ti,ab,kw OR speech language pathologist/exp OR logopedist:ti,ab,kw OR speech and language pathologist:ti,ab,kw OR speech and language therapist:ti,ab,kw OR speech language pathologist:ti,ab,kw OR speech therapist:ti,ab,kw OR speech-language therapist:ti,ab,kw) AND (preoperative period/exp OR preoperative period:ti,ab,kw OR preoperative care/exp OR care, preoperative:ti,ab,kw OR preoperative care:ti,ab,kw OR preoperative preparation:ti,ab,kw OR preoperative treatment/exp OR preoperative treatment:ti,ab,kw OR preoperative:ti,ab,kw OR prehabilitation:ti,ab,kw OR preoperative evaluation/exp OR evaluation, preoperative:ti,ab,kw OR preoperative assessment:ti,ab,kw OR preoperative evaluation:ti,ab,kw OR preoperative information:ti,ab,kw OR preoperative investigation:ti,ab,kw OR surgical clearance:ti,ab,kw) AND (head and neck tumor/exp OR ent tumor:ti,ab,kw OR ent tumour:ti,ab,kw OR orl tumor:ti,ab,kw OR orl tumour:ti,ab,kw OR ear nose throat tumor:ti,ab,kw OR ear nose throat tumour:ti,ab,kw OR head and neck neoplasms:ti,ab,kw OR head and neck tumor:ti,ab,kw OR head and neck tumour:ti,ab,kw OR head neck tumor:ti,ab,kw OR head neck tumour:ti,ab,kw OR otorhinolaryngeal tumor:ti,ab,kw OR otorhinolaryngeal tumour:ti,ab,kw OR otorhinolaryngologic neoplasms:ti,ab,kw OR otorhinolaryngologic tumor:ti,ab,kw OR otorhinolaryngologic tumour:ti,ab,kw OR otorhinolaryngological tumor:ti,ab,kw OR otorhinolaryngological tumour:ti,ab,kw OR tumor, head and neck:ti,ab,kw OR tumour, head and neck:ti,ab,kw OR head and neck cancer/exp OR ent cancer:ti,ab,kw OR orl cancer:ti,ab,kw OR cancer, head and neck:ti,ab,kw OR cervicofacial cancer:ti,ab,kw OR ear nose throat cancer:ti,ab,kw OR head and neck cancer:ti,ab,kw OR head neck cancer:ti,ab,kw OR otorhinolaryngeal cancer:ti,ab,kw OR otorhinolaryngologic cancer:ti,ab,kw OR otorhinolaryngological cancer:ti,ab,kw) AND [2011-2021]/py	145	15 Oct 2021

La ricerca, effettuata nell'ottobre 2021 sulla banca dati Embase, tenne in considerazione gli ultimi 10 anni. Portò a 145 risultati, che furono poi selezionati per titolo ed abstract al fine di individuare quelli realmente pertinenti. Si ottennero così solo 13 articoli, che vennero letti integralmente. Nella seguente tabella è raffigurato, schematicamente, il processo di selezione dei 145 articoli risultanti dalla ricerca.



Per stabilire se considerare un articolo pertinente o meno, si adottarono i seguenti criteri:

- l'articolo deve riguardare la fase preoperatoria;
- deve riguardare il logopedista o comunque – anche se il logopedista non è citato – aspetti che riguardano la logopedia, ad esempio riferimenti a deglutizione o voce o eventuali riferimenti ad aspetti che interessano tutta l'équipe, come quelli psicologici, relativi alla fragilità, ecc.
- deve riguardare il soggetto operato per laringectomia parziale oppure i pazienti capo collo in generale. Si ritengono da escludere, quindi, gli articoli specifici sulla sola laringectomia totale.

I 13 articoli da leggere integralmente sono stati analizzati seguendo una griglia di analisi che raggruppava:

- informazioni base sull'articolo (riferimento bibliografico, tipo di studio)
- pertinenza dell'articolo rispetto all'obiettivo della ricerca;

- in caso di articolo pertinente, informazioni specifiche sul colloquio preoperatorio;
- informazioni contenute nell'articolo in merito al counselling preoperatorio;
- eventuali spunti utili per la stesura di una "traccia" di colloquio preoperatorio;
- presenza o meno, nell'articolo, di riferimenti espliciti alla figura del logopedista.

Dei 13 articoli selezionati - sui 145 iniziali - solo 3 sono risultati pertinenti; altri 6 sono stati giudicati parzialmente pertinenti; 4, rivelatisi non pertinenti, sono stati esclusi. Contenevano riferimenti circa il ruolo del logopedista solo 1 degli articoli pertinenti e 2 di quelli parzialmente pertinenti. Un numero così esiguo di risultati, nonostante una stringa di ricerca che prevedeva una popolazione ampia (tutti i pazienti con tumore del distretto testa-collo), mette in luce che il colloquio logopedico pretrattamento nelle laringectomie parziali è un aspetto ancora poco indagato; i lavori emersi sono abbastanza eterogenei tra loro e nella maggior parte dei casi considerano una popolazione mista, di soggetti operati per varie tipologie di cancro del distretto capo-collo.

#### **ALTRA LETTERATURA CONSULTATA (letteratura grigia)**

Si è provveduto alla lettura di ulteriori testi (articoli, capitoli di monografie, ecc) già noti al gruppo di lavoro oppure individuati mediante ricerca sul web, al fine di raccogliere un maggior numero di informazioni utili, anche provenienti da realtà italiane.

Pure in questo caso si è messa a punto una griglia di analisi, che prevedeva questi punti:

- riferimenti bibliografici;
- tipologia di documento (es. articolo, libretto informativo, monografia...);
- eventuali spunti utili alla stesura della "traccia" di colloquio preoperatorio.

## **RISULTATI E DISCUSSIONE**

Risultati della ricerca bibliografica sulla banca dati Embase

Come già anticipato, nella ricerca sulla banca dati Embase abbiamo trovato pochi articoli pertinenti rispetto ai criteri impostati. Di questi, pochi fanno riferimento al ruolo del logopedista nel preoperatorio: è emerso un solo lavoro che cita l'intervento logopedico in tale fase. Si tratta dell'articolo di Coyle (2016), ove il logopedista è parte del team che ha applicato il protocollo ERAS in ambito ORL. Vi sono inoltre due articoli (Brady, Brockbank, vedi oltre) che descrivono la presenza del logopedista con riferimento non al preoperatorio, ma alla fase pre-trattamento radio-chemioterapico: sono stati comunque inclusi nella nostra analisi perché alcuni degli aspetti trattati sono applicabili anche al paziente in attesa di chirurgia.

Tutti gli articoli inclusi, indipendentemente dal citare o meno il logopedista, riguardano aspetti che possono interessare l'intervento logopedico nel preoperatorio ed il colloquio di counselling in

particolare; si riportano qui di seguito gli aspetti più significativi emersi dagli articoli, e che possono essere utili per la stesura di una “guida” al colloquio preoperatorio logopedico, fine ultimo del presente lavoro.

- Mendes et al (2021), nella loro metanalisi sulla fragilità, evidenziano che una più alta fragilità è associata a rischio più elevato di complicanze richiedenti la terapia intensiva e ad aumentata mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumori del distretto capo-collo. Ne deriva la necessità di individuare precocemente - quindi nel preoperatorio - i pazienti fragili, per prevedere e correggere possibili problemi nel post operatorio, ad esempio la scarsa o mancata compliance, la depressione (aspetto approfondito nell'articolo di Thomas, 2019) , il possibile fallimento del progetto terapeutico , il ritardo nell'ottenere risultati.
- è opportuno informare il paziente in merito agli effetti non solo della chirurgia ma anche - qualora previsti - dei trattamenti radio-chemioterapici: nel lavoro di Kramer ( 2018) si evidenzia la necessità di informare su effetti collaterali di tali trattamenti, tra cui la xerostomia e le alterazioni della saliva.
- è necessario menzionare il coinvolgimento ed il probabile peggioramento di tutte le funzioni correlate al distretto testa-collo, senza dimenticare la voce: il paziente spesso non è sufficientemente informato circa la disfonia post-chirurgica (Tanaka, 2016), eppure tale disturbo può contribuire allo stress psicologico ed alla capacità del paziente di adattarsi alla nuova situazione (Vilaseca, 2013).
- Gli studi considerati mostrano inoltre che i pazienti scarsamente edotti o resi partecipi solo parzialmente degli effetti post-chirurgici spesso slatentizzano fragilità non evidenziate nel preoperatorio e, non preparati adeguatamente, accusano drammaticamente la modifica delle funzioni deglutitoria e vocale; la modalità di convincimento (con omissione della previsione del danno post operatorio) utilizzata dagli operatori “purché il paziente si salvi”, porta ovviamente ad implicazioni etiche oltre che pratiche. Pazienti più informati e consapevoli nella fase preoperatoria affronterebbero l'evento meglio dal punto di vista psicologico e mostrerebbero maggiori capacità di coping (Losi, 2019).
- Nell'articolo di Coyle (2016) viene descritto un protocollo ERAS applicabile a pazienti con tumore testa/collo. Il team di specialisti concorda il programma ERAS specifico per questo tipo di pazienti, e la figura del logopedista collabora ed interviene fin dal primo momento. Il coinvolgimento del paziente in tutte le fasi dell'intervento, fin da quella preoperatoria, può consentire al paziente stesso di arrivare all'operazione in condizioni di maggiore "forza", nutrizione e idratazione; può inoltre permettergli una precoce introduzione dei cibi per os (ove sicuro), ottimizzare i risultati, ridurre i tempi di ricovero. Ai pazienti viene fornito un diario che

delinea cosa ci si può aspettare che accada in diversi momenti prima e dopo l'intervento. Accanto a questo, vengono offerti incontri preoperatori con uno psicologo clinico e con persone che hanno subito procedure simili, per aiutare l'ottimizzazione psicologica preoperatoria. I pazienti sono incoraggiati a fare esercizio preoperatorio (l'articolo non specifica quale) e ad assumere bevande nutrizionali.

- Il lavoro di Brady (2020) riporta una ricerca effettuata con metodo EBCD (Experience-based co-design) finalizzata ad individuare aspetti da migliorare nella presa in carico logopedica pretrattamento radio-chemioterapico: i pazienti ed i sanitari coinvolti sono stati intervistati individualmente sulla propria esperienza e si sono poi confrontati in gruppo circa quanto emerso dalle interviste, individuando i punti da migliorare nella fase pre-trattamento. L'ospedale in cui si è svolto lo studio prevede valutazione e counselling logopedico pre-trattamento (chemio)radioterapico. Dalla ricerca è emerso che: spesso i pazienti sono poco consapevoli del motivo per cui debbano effettuare logopedia pre-trattamento; le informazioni fornite a pazienti e familiari, scritte o orali, non sempre sono chiare, per cui si suggerisce di modificarle e arricchirle: ad esempio si pensa di creare un video di un paziente che racconta la propria esperienza; altra proposta è quella di creare un "buddy system", "sistema di amici, di compagni", per permettere al paziente di avere un compagno di "viaggio" durante tutto il percorso terapeutico; i pazienti di solito chiedono informazioni maggiori circa i tempi di insorgenza e di remissione dei sintomi. Altri punti chiave emersi sono la necessità di flessibilità negli appuntamenti e di continuità di cure tra una istituzione e l'altra. Rispetto agli esercizi assegnati dai logopedisti, sembra esserci una buona compliance.
- L'articolo di Brockbank (2015) consiste in uno studio qualitativo volto a descrivere il punto di vista del paziente con tumore capo/collo a proposito delle informazioni ricevute nella fase pre-trattamento radio-chemioterapico relativamente alla deglutizione. Gli ospedali partecipanti alla ricerca effettuano di routine una seduta di logopedia pretrattamento. Lo studio ha analizzato i pazienti attraverso "focus groups" oppure interviste individuali semistrutturate. Si sono individuati alcuni temi fondamentali tra cui:
  - ASPETTATIVE: non tutti si sentono preparati; alcuni - seppure consapevoli della probabile insorgenza di disfagia - restano sorpresi dalla gravità e dalla persistenza della disfagia stessa;
  - PRESENTAZIONE DEL MATERIALE: in generale i pazienti preferiscono informazioni fornite oralmente, da un sanitario esperto in disfagia, per la possibilità di chiedere chiarimenti e di ricevere indicazioni più individualizzate; i libretti informativi

sono apprezzati perché è possibile ri-leggerli in un secondo momento, ma viene criticato il fatto che sono troppo generici;

- MODALITA' di presentazione delle informazioni (quantità, timing, dettaglio): alcuni pazienti lamentano di avere ricevuto troppe informazioni e da troppi diversi sanitari nello stesso giorno; altri invece vorrebbero informazioni più dettagliate, anche sugli effetti a lungo termine; alcuni vorrebbero tutte le informazioni subito, altri no; qualche paziente propone anche di lasciare scegliere al singolo utente se desidera le informazioni subito dopo la diagnosi oppure in un secondo momento;
- CAPACITA' DI ACQUISIRE E TRATTENERE le informazioni: emerge che è difficoltoso acquisire e trattenere le informazioni.

Quanto sopra riportato fa comprendere perché i lavori di Brady e Brockbank sono stati inclusi nei risultati della ricerca bibliografica, anche se non riguardanti il paziente operato: le criticità emerse dalle loro interviste sono in parte sovrapponibili a quelle che possono interessare il logopedista che organizza un colloquio preoperatorio (quante informazioni dare? in quale momento? il paziente riuscirà a ricordarle? è utile fornirgli materiale scritto?...). Non è facile trovare risposta. Gli stessi articoli non forniscono indicazioni definitive, ma è significativo poter conoscere i punti di vista dei pazienti stessi.

### **Risultati dell'analisi degli altri testi consultati, la cosiddetta “letteratura grigia”**

Di seguito si riportano gli spunti utili, ai fini del presente lavoro, ricavati dagli ulteriori testi consultati.

- Nel capitolo “ERAS in chirurgia testa collo” di Lerda et al. - contenuto nella monografia AOOI “La fragilità nel paziente oncologico distretto testa collo” - oltre i criteri generali alla base dei protocolli ERAS, è descritta l'esperienza di ERAS avviata presso l'A.O. S.Croce Carle di Cuneo, con relativi protocolli e checklist. Qui il logopedista interviene in fase preoperatoria in occasione del pre-ricovero (day service) occupandosi, nel caso delle laringectomie parziali, di effettuare colloquio e fornire esercizi (non sono presenti dettagli in merito). Il team ha elaborato anche delle brochure informative scritte (non presenti nella monografia AOOI).
- Il protocollo “ERAS ORL Laringectomia e chirurgia demolitiva e ricostruttiva per Ca del cavo orale-orofaringe” (pubblicato sul portale della PeriOperative italian Society - Versione del protocollo 2013, Team Coordinatore Ospedale San Raffaele Milano), ribadisce quanto già evidenziato a proposito di ERAS. Si descrive un protocollo peri e post operatorio con timing di intervento di tutte le figure che ruotano intorno al paziente

sottoposto ad intervento di laringectomia subtotale, totale e sul cavo orale. Vengono descritte in modo dettagliato le azioni di ciascun professionista. Il tempo per la realizzazione di tutti i passaggi del protocollo è di 10 giorni dal giorno dell'intervento. Sono previsti due momenti nel preoperatorio che vedono coinvolta anche la figura del logopedista che procede con colloquio individuale col paziente e con impostazione e verifica di esercizi deglutitori.

- Nella Relazione Ufficiale del XLI Convegno Nazionale di Aggiornamento 2017 AOOI, a cura di Michele Barbara, un capitolo descrive come la valutazione logopedica della deglutizione, nei pazienti con intervento programmato di laringectomia conservativa-ricostruttiva, entri nel vivo già nella fase pre-chirurgica per programmare un protocollo terapeutico riabilitativo specifico. Lo studio parte dalla tipologia di intervento chirurgico, utile anche a preparare il paziente all'uso di determinate posture o manovre deglutitorie. Segue una prima valutazione anamnestica per conoscenza delle abitudini di vita, alimentari, socio-relazionali del paziente, nonché possibili patologie pregresse sia di ordine generale che del distretto interessato dal trattamento chirurgico. Sarebbe da prevedere anche una valutazione della funzione salivare che potrebbe essere compromessa da farmaci, fattori psicogeni o patologie neurologiche croniche. Una rapida valutazione anatomico-funzionale delle strutture e della capacità deglutitoria è inoltre auspicabile allo scopo di individuare "lesioni preesistenti e/o associate, delle quali tenere conto nel successivo decorso post-chirurgico". In questa fase il logopedista ha anche l'importante compito di counselling pre-operatorio, momento che dovrebbe essere effettuato con il paziente e con i familiari. Serve a: verificare le informazioni recepite dal paziente sulla diagnosi e sull'intervento chirurgico; valutare le maggiori criticità vissute dal paziente; informare ulteriormente il paziente sulle conseguenze funzionali dell'intervento relativamente alla comunicazione (voce, articolazione), respirazione e deglutizione, nonché sulle modalità e prospettive di miglioramento. La partecipazione del logopedista al team multidisciplinare durante la fase prechirurgica non dovrebbe essere considerata come opzionale. Il testo fa riferimento a dati che evidenziano migliori outcome in tutti quei pazienti che hanno intrapreso la riabilitazione già in fase prechirurgica rispetto ad altri gruppi di controllo.
- Il capitolo "Role of the Speech and Language Pathologist (SLP) in the Head and Neck Cancer Team", (Hansen et al), contenuto in: Maghami e Oh, "Multidisciplinary care of the head and neck cancer patient" parla di Prehabilitation, indicando che il logopedista è parte integrante di questo intervento. Il logopedista effettua sedute di valutazione e

counselling pre-operatorio per valutare il livello di voce, deglutizione ed eloquio, per fornire informazioni, per indicare strategie di compenso (ad es. strategie comunicative, modificazioni della dieta, precauzioni per evitare l'aspirazione). In queste sedute al paziente viene evidenziato che sarà importante la sua partecipazione attiva al trattamento. Inoltre il logopedista dovrà cogliere le condizioni specifiche di quel paziente, il suo stile di coping, la sua possibilità di accedere alla terapia e le sue preferenze riabilitative. Il testo non entra nel dettaglio su cosa proporre al paziente, salvo nel caso della laringectomia totale, per la quale c'è qualche spunto concreto (es. proposta di colloquio preoperatorio con un laringectomizzato totale).

- Torna sulla prehabilitation anche un capitolo, a cura di Machetta e al., contenuto nel quaderno monografico di aggiornamento AOOI intitolato "La fragilità nel paziente oncologico del distretto testa collo" (a cura di M.Magnano). Anche nei pazienti con tumore capo/collo la prehabilitation può essere promettente, soprattutto per i soggetti anziani e fragili, pertanto potrebbe essere una parte del PDTA. Per eseguirla occorre un team dedicato, che comprenda anche il logopedista, e spazi dedicati. Gli Autori scrivono che "l'obiettivo del logopedista è quello di valutare la funzione fonatoria e deglutitoria prima del trattamento, con una serie di studi quali videostroboscopia, studio fibroendoscopico della deglutizione (FEES) e fornire al paziente e ai famigliari una educazione sulle strategie per compensare eventuali deficit correnti (es. strategie comunicative, cambiamenti della dieta, prevenzione dell'inalazione, ecc.) oltre a fornire informazione sul possibile recupero delle funzioni".
- Infine "La presa in carico logopedica dei soggetti sottoposti a OPHL 2: revisione della letteratura", prodotto dal gruppo logopedisti della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta 2020 , pur mettendo in evidenza la mancanza di chiare linee guida, riporta alcuni articoli recenti che supportano la necessità di un'attenta valutazione preoperatoria, anche logopedica, e l'eventuale possibilità di iniziare gli esercizi logopedici fin dal preoperatorio, per acquisire competenza nell' applicarli e per comprenderne il razionale (si vedano in particolare le raccomandazioni del Regno Unito a cura di Dawson).

## **QUESTIONARIO RIVOLTO AI LOGOPEDISTI DELLA RETE ONCOLOGICA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**

Il questionario si propone di conoscere le modalità ed i tempi di applicazione del counselling logopedico pre-operatorio nei pazienti sottoposti a laringectomia parziale nelle varie sedi ospedaliere afferenti alle Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

Sono state individuate 12 domande specifiche alcune delle quali suddivise in più punti.

Il questionario è stato elaborato sotto forma di Modulo Google ed inviato in via telematica ai colleghi logopedisti operanti nelle diverse sedi ospedaliere afferenti alla Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta (fonte: [www.reteoncologica.it](http://www.reteoncologica.it)).

Per limiti temporali è stato richiesto un tempo di risposta pari a 12 giorni dall'invio.

Dall'elaborazione delle risposte ottenute (12 risposte su 25 invii) emerge quanto segue.

Alla domanda n°1 “Tipo di gestione dei pazienti oncologici cervico-cefalici prima dell'intervento chirurgico”, atta ad indagare le modalità con cui viene eseguito il counselling pre-operatorio, il 66,7% dei partecipanti ha risposto che il counselling viene effettuato singolarmente dal logopedista, il 25% che non viene effettuato nessun counselling e che nel restante 8,3% il counselling viene eseguito in team con altri operatori. Le altre figure professionali coinvolte nel counselling pre-operatorio sono esplicitate nella domanda 1.1 e sono: infermiere professionale, medico ORL, dietista. In alcuni casi selezionati viene coinvolta la figura del fisioterapista mentre in altri casi partecipano anche pazienti che hanno subito un intervento chirurgico analogo.

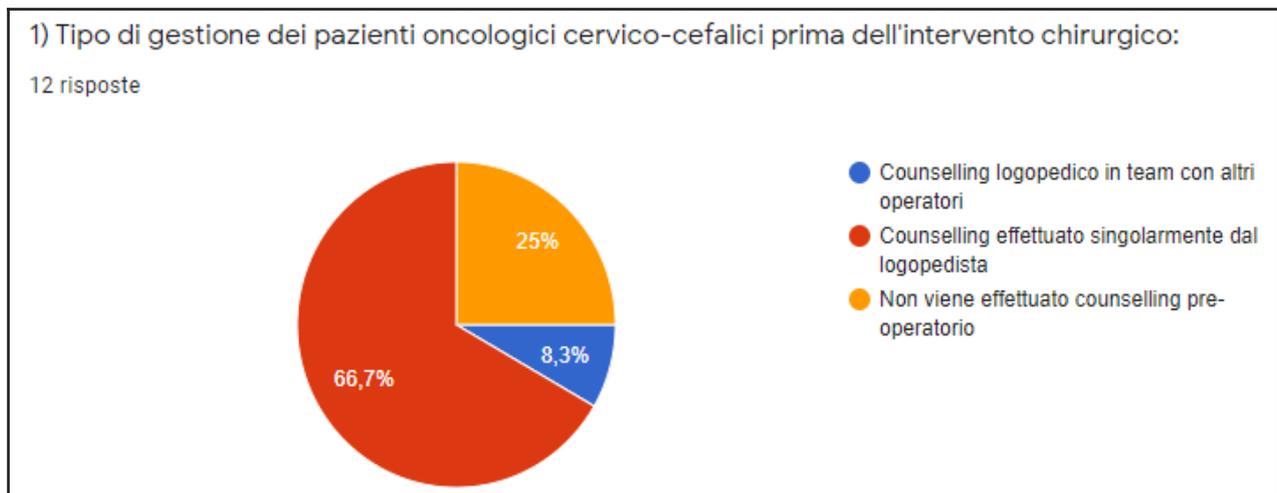


Grafico domanda 1

Alla domanda n°2 “Qual è il timing del colloquio pre-operatorio?” il 50% dei partecipanti al sondaggio riporta che il counselling pre-operatorio avviene al momento dell'esecuzione degli esami pre-operatori, il 33,3% riferisce che viene effettuato durante il ricovero per l'intervento chirurgico

mentre nel restante 16,6% dei casi il counselling pre-operatorio non viene effettuato. In nessuno dei casi il colloquio pre-operatorio viene eseguito al momento della comunicazione della diagnosi.

Alla domanda n°3: “Viene consegnato materiale cartaceo informativo logopedico prima dell'intervento chirurgico?” si registra una percentuale di risposte positive pari all'8,3% ed una percentuale di risposte negative pari al 91,7%.

Alla domanda n°4: “Tipo di gestione dei pazienti oncologici cervico-cefalici prima dell'intervento chirurgico” si rileva che nel 50% dei casi la valutazione avviene informalmente, nel 16,7% dei casi viene effettuata una valutazione formale delle condizioni pre-operatorie (funzioni cognitive, comunicative, deglutitorie, ecc.) mentre nel 33,3% dei casi non viene condotta alcuna valutazione.

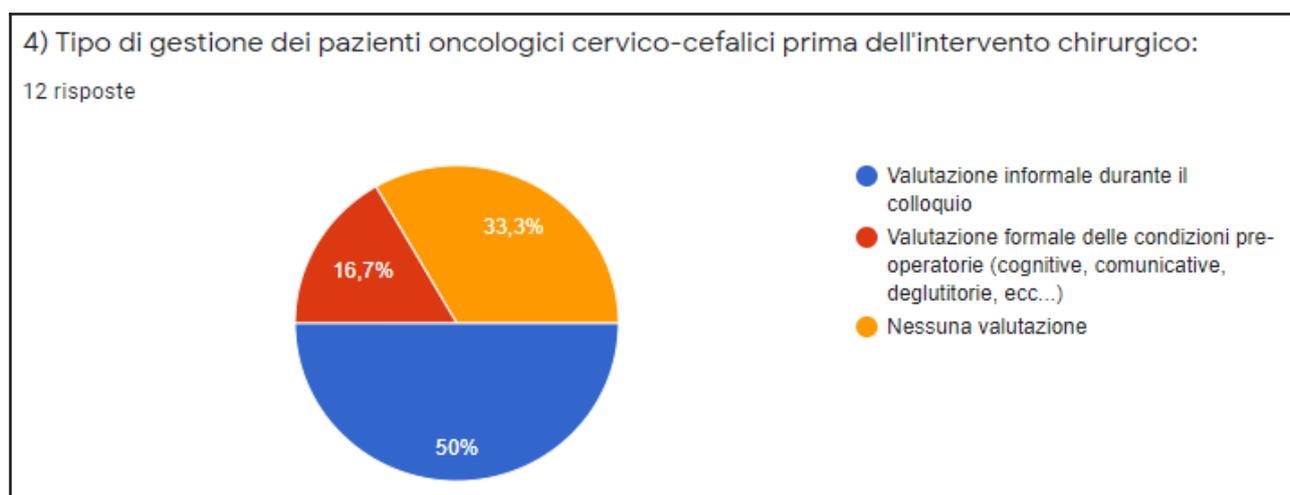


Grafico domanda 4

Alla domanda n°5: “Viene effettuata terapia logopedica pre-operatoria?” emerge che il trattamento logopedico pre-operatorio viene effettuato solamente nell'8,3% dei casi mentre nel 91,7% dei casi non è previsto.

Nello specifico, alla domanda 5.1: “Se si effettua terapia logopedica pre-operatoria, con quale tipologia di pazienti?” la risposta evidenzia che tale terapia viene eseguita con pazienti che saranno sottoposti a intervento di laringectomia parziale orizzontale (laringectomia sovraglottica, sovracricoidea, sovratracheale).

Alla domanda 5.2: “Se si effettua terapia logopedica pre-operatoria, descrivere brevemente il tipo di attività proposte” vengono riportate le seguenti attività:

- Training finalizzato al potenziamento dell'apnea per-deglutitoria;

- Addestramento all'esecuzione della manovra di deglutizione sovraglottica (sia a secco sia con alimento di varia consistenza);
- Training finalizzato al potenziamento della retropulsione linguale;
- Training respiratorio.

Alla domanda n°6: “Il care giver è presente agli incontri?” si registra che il care giver è presente al colloquio pre-operatorio nel 75% dei casi mentre nel 25% dei casi vi partecipa il solo paziente.

Alla domanda n°7: “Nella sua struttura vengono applicati protocolli specifici per il colloquio pre-operatorio e per la presa in carico dei pazienti sottoposti ad interventi di laringectomia subtotale?” tutti i partecipanti al sondaggio rispondono negativamente.

Alla domanda n°8: “Il periodo post Covid ha visto una modifica del modus operandi della struttura?” il 33,3% degli aderenti alla survey ha risposto in modo affermativo mentre il 66,7% ha risposto in modo negativo. Da tale risultato sembrerebbe quindi che all'interno della maggior parte delle strutture ospedaliere prese in esame l'emergenza sanitaria da Covid-19 non abbia determinato un cambiamento significativo relativo all'organizzazione istituzionale. Nelle strutture che invece hanno visto apportare delle modifiche nel loro modus operandi, alcune variazioni determinate dall'emergenza pandemica, esplicitate nella domanda 8.1, sono state l'impedimento per i care giver a partecipare all'incontro pre-operatorio, la realizzazione del counselling pre-operatorio solo da parte dell'infermiere capo sala oppure la sospensione della figura del logopedista dai GIC, determinando conseguentemente una mancata opportunità per i pazienti di ricevere in fase pre-operatoria indicazioni utili.

Alla domanda n°9: “Qualora vi fossero state delle modifiche, è previsto un ritorno alle modalità adottate nel periodo antecedente l'emergenza pandemica?” il 22,2% dei partecipanti ha risposto in modo affermativo, il restante 77,8% riferisce invece che tale informazione organizzativa non è al momento disponibile.

Alla domanda n°10: “Quanto importante e rilevante ritiene che sia il colloquio pre-operatorio nel percorso del paziente?”, su una scala da 1 (per nulla) a 5 (moltissimo) il 16,7% dei partecipanti ha assegnato un punteggio pari a 4 ed il restante 83,3% ha attribuito un punteggio pari a 5. La totalità degli aderenti alla survey, sebbene con lievi sfumature di giudizio, ritiene quindi che il colloquio pre-operatorio rivesta un ruolo importante nel percorso del paziente.

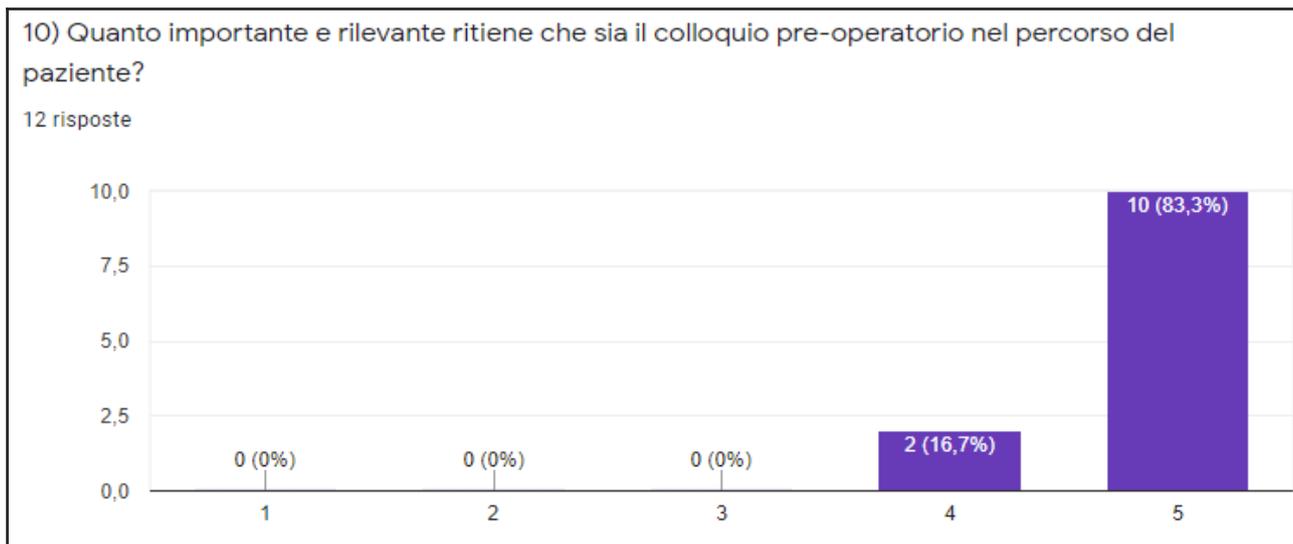


Grafico domanda 10

Alla domanda n°11 “Potendo organizzare il colloquio pre-operatorio con pazienti che saranno sottoposti a laringectomia subtotale ricostruttiva, ritiene che sia fondamentale” emerge che il 100% dei partecipanti è concorde nel ritenere che sia fondamentale comprendere le informazioni già in possesso del paziente, rispondere agli interrogativi del paziente, informare sulle conseguenze funzionali deglutitorie, informare sulle conseguenze funzionali vocali ed informare sull’importanza del seguire le indicazioni date; nel 91,6% dei casi si ritiene che sia fondamentale informare il paziente sull’importanza dell’impegno attivo nel training riabilitativo ed infine nel 75% dei casi si ritiene che sia fondamentale fornire materiale cartaceo di supporto alle informazioni.

Alla domanda n°12: “Quali figure ritiene importante che siano presenti al colloquio pre-operatorio?” viene indicata nel 100% dei casi la figura del logopedista, nel 75% dei casi le figure del medico ORL e del dietista, nel 66,7% dei casi la figura dello psicologo, nel 58,3% dei casi le figure dell’infermiere professionale e del fisioterapista, nell’8,3% dei casi le figure del medico foniatra e di un paziente sottoposto ad intervento chirurgico analogo.

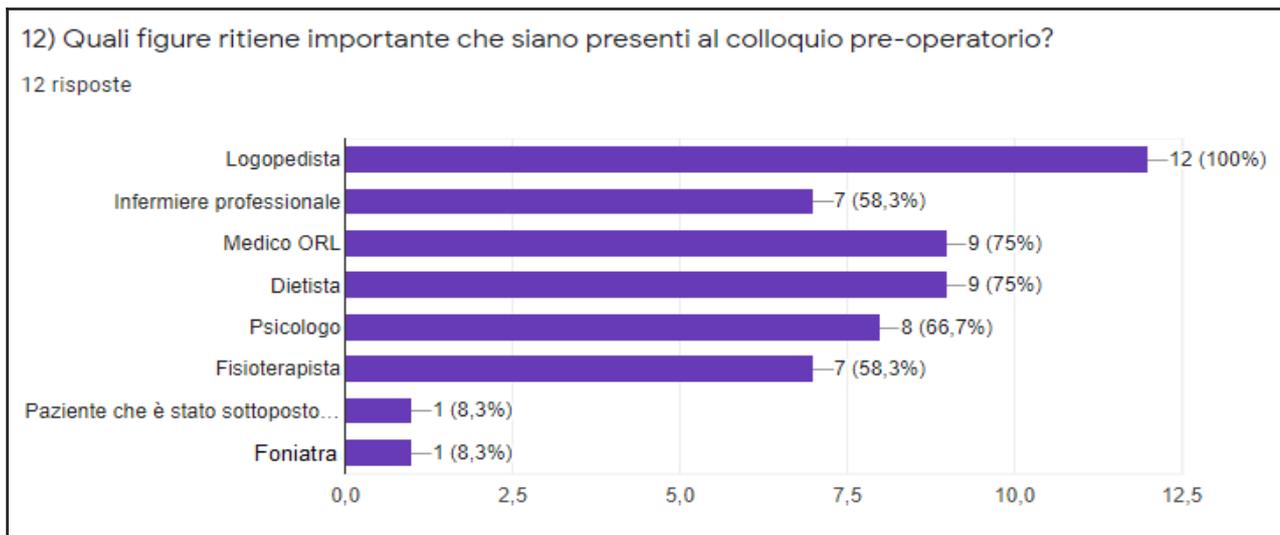


Grafico domanda 12

In sintesi, dall'analisi dei dati ottenuti dalla compilazione dei questionari emerge che nelle realtà ospedaliere afferenti alla Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta il counselling pre-operatorio, laddove effettuato, viene condotto prevalentemente dalla figura del logopedista, più frequentemente nel momento in cui il paziente si reca in ospedale per eseguire gli esami di pre-ricovero.

Nella maggior parte dei casi l'incontro si struttura come un colloquio informale in cui paziente e logopedista si conoscono ed iniziano a porre le basi per l'alleanza terapeutica che sarà necessaria in fase post-operatoria. Il care giver è spesso presente all'incontro, sebbene a causa dell'emergenza da Covid-19 l'organizzazione di alcuni servizi ospedalieri abbia subito necessariamente delle modifiche e restrizioni in tal senso.

Durante il colloquio vengono illustrate al paziente le conseguenze funzionali alle quali egli andrà incontro dopo l'intervento, raramente gli viene fornito materiale informativo cartaceo ed in minima parte vengono impostati esercizi propedeutici a quello che sarà il training logopedico post-operatorio vero e proprio.

Dall'esperienza clinica dei colleghi che hanno partecipato al sondaggio emerge quanto sia importante comprendere le informazioni già in possesso del paziente e renderlo consapevole dell'impegno attivo che gli sarà richiesto durante il percorso riabilitativo, oltre ad informarlo sulle conseguenze funzionali dell'intervento cui sarà sottoposto.

In conclusione emerge quindi che il colloquio pre-operatorio è considerato uno step significativo nella presa in carico dei pazienti che saranno sottoposti ad intervento di laringectomia parziale subtotale e che pertanto risulta di comune utilità per i sanitari poter disporre di uno strumento condiviso che sia d'aiuto per poter condurre il colloquio pre-operatorio nella maniera più utile ed efficace possibile per clinico e paziente.

## TRACCIA COLLOQUIO PRE-OPERATORIO

Sulla base del confronto fra logopedisti operanti sul territorio e su sedi ospedaliere delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta, è stato abbozzato un possibile schema per affrontare il colloquio pre-operatorio nel paziente sottoposto a laringectomia subtotale.

Le basi su cui si fonda la traccia sono date da quanto presente in letteratura e dall'esperienza diretta con il paziente, i care-giver e l'équipe multidisciplinare; il presupposto di partenza è il considerare il paziente nella sua globalità (aspetti fisici, socio-culturali, emotivi) consapevoli che ciò sia alla base dell'alleanza terapeutica al fine del raggiungimento del risultato riabilitativo.

Si propongono le seguenti tappe:

- 1) Incontro e conoscenza del paziente durante il GIC, introducendo la figura del logopedista anche nelle realtà in cui in questo momento non è prevista.

In tale sede si prevede di fissare un incontro individuale durante il quale è possibile scendere nel dettaglio dell'intervento logopedico

- 2) Incontro individuale diretto con il paziente ed il care-giver (è possibile considerare la presenza di un interprete qualora vi siano barriere di natura linguistica).

Lo scopo di questo incontro – che costituisce il nucleo del counselling – è quello di mettersi in contatto reale con il paziente e chi lo assiste, partendo dal cercare di capire cosa è stato realmente recepito dagli stessi e chiarire i punti oscuri.

Fondamentale è illustrare al paziente gli esiti funzionali dell'intervento:

- a) le conseguenze sulla voce
- b) le conseguenze sulla deglutizione

- a) Si preciserà che la voce sarà diversa da quella di prima dell'intervento: con un allenamento costante sarà possibile raggiungere un risultato funzionale;
- b) Subito dopo l'intervento non sarà possibile alimentarsi per bocca: si partirà dalla deglutizione della saliva e via via si potrà provare ad introdurre alimenti partendo da consistenze più semplici. Si spiegherà al paziente che verranno posizionati temporaneamente un SNG o una PEG, che gli permetteranno di raggiungere i fabbisogni nutrizionali non raggiungibili per bocca sin da subito, ed una cannula tracheostomica, che gli consentirà di respirare ed agevolerà la rieducazione della deglutizione.

Si specificherà al paziente che la presa in carico logopedica non partirà nell'immediato post-operatorio, ma appena la situazione locale lo concederà. Saranno quelli giorni di

riposo, ma anche di esecuzione degli esercizi di respirazione che verranno illustrati e provati insieme al paziente.

Sarà bene precisare che il percorso potrà essere tortuoso, con fallimenti e riprese e che ci potranno essere momenti di sconforto: il recupero è articolato e proprio per questo è fondamentale l'attivazione e l'impegno massimi da parte del paziente e di chi gli sta accanto, precisando che ogni individuo è diverso dall'altro e possono esserci tappe raggiunte in momenti diversi per ciascuno.

#### **Alcune considerazioni operative:**

- per l'incontro ci si può avvalere di materiale cartaceo, fotografico, schemi che permettono di chiarire meglio quanto detto
- verificare continuamente il grado di comprensione delle informazioni da parte del paziente per personalizzare il colloquio in modo ottimale
- sollecitare domande e commenti offrendo al paziente la possibilità di esporre le proprie preoccupazioni e paure
- dichiarare esplicitamente la propria disponibilità a rispondere a successive domande
- durante il colloquio spiegare al care-giver che il suo apporto sarà prezioso per il recupero del paziente, sia nell'eseguire insieme gli esercizi proposti dal logopedista, che nell'accompagnare il paziente durante i pasti, ma anche nel fornire supporto emotivo e confronto relativo le evoluzioni
- tutte le informazioni verranno date attraverso l'utilizzo di un linguaggio semplice e chiaro, utilizzando una modalità ridondante
- è auspicabile effettuare valutazione della motricità del distretto capo-collo e degli aspetti deglutitori (con particolare attenzione se il paziente ha già effettuato cicli di Radioterapia) ed eventualmente impostare le manovre di deglutizione che si ipotizza di utilizzare nel post - operatorio

Al fine di migliorare l'accoglienza, l'umanizzazione dell'assistenza e la compliance si è pensato che sia importante che il paziente nei tre momenti cruciali del percorso (GIC, colloquio pre-operatorio individuale, prima seduta diretta post operatoria) debba confrontarsi con il medesimo logopedista.

## **BIBLIOGRAFIA**

### *Articoli selezionati a partire dalla ricerca bibliografica descritta a pag. 4*

Brady G. C., Goodrich J, Roe J, Using experience-based co-design to improve the pre-treatment care pathway for people diagnosed with head and neck cancer Supportive Care in Cancer 2020; 28:739–745 <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04877-z>

Brockbank S, Miller N., Owen S, et al, Pretreatment Information on Dysphagia: Exploring the Views of Head and Neck Cancer Patients, Journal of Care and Symptoms Management 2015;49:89-97 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.04.014>

Coyle M.J., Main B., Hughes C., Craven R., Alexander R., Porter G, Thomas, S., Enhanced recovery after surgery (ERAS) for head and neck oncology patients, Clin. Otolaryngol. 2016, 41, 118–126

Kramer B, Wenzel A, Boerger M et al, Long-Term Quality of Life and Nutritional Status of Patients with Head and Neck Cancer, Nutrition and Cancer, 2018, DOI: 10.1080/01635581.2018.1506492

Losi E, Guberti M, Ghirotto L et al, Undergoing head and neck cancer surgery: A grounded theory, Eur J Cancer Care. 2019;28:e13062 DOI: 10.1111/ecc.13062

Mendes ML, Mahl C, Carvalho AC, Santos VS, Tanajura DM, Martins-Filho PR. Frailty and risk of complications in head and neck oncologic surgery. Systematic review and dose-response meta-analysis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021 Sep 1;26 (5):e582-9; doi:10.4317/medoral.24588

Tanaka S, Tomifuji M, Araki K et al., Vocal function after transoral videolaryngoscopic surgery (TOVS) for hypopharyngeal and supraglottic cancer, Acta Oto-Laryngologica, 2016, DOI: 10.1080/00016489.2016.1266509

Thomas Carissa M. , Sklar Michael C., Su Jie et al, Evaluation of Older Age and Frailty as Factors Associated With Depression and Postoperative Decision Regret in Patients Undergoing Major Head and Neck Surgery, JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;145(12):1170-1178. doi:10.1001/jamaoto.2019.3020

Vilaseca I, Ballesteros F, Martinez-Vidal Bm et al, Quality of Life After Transoral Laser Microresection of Laryngeal Cancer: A Longitudinal Study, Journal of Surgical Oncology 2013;108:52–56 DOI 10.1002/jso.23348

### *Altri articoli, testi e siti consultati*

Barbara M. (a cura di), Il trattamento integrato multidisciplinare negli insuccessi oncologici e funzionali della chirurgia ricostruttiva della laringe, 2017, Relazione Ufficiale A.O.O.I., [https://www.aooi.it/wp-content/uploads/2017/11/RU\\_XLI\\_2017\\_xWeb.pdf](https://www.aooi.it/wp-content/uploads/2017/11/RU_XLI_2017_xWeb.pdf)

Dawson C, Pracy P, Patterson J, Paleri V. Rehabilitation following open partial laryngeal surgery: key issues and recommendations from the UK evidence based meeting on laryngeal cancer, *J Laryngol Otol.* 2019;133(3):177–82.

Hansen K, Chenoweth M, Thompson H, Strouss A., Role of the Speech and Language Pathologist (SLP) in the Head and Neck Cancer Team, in Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2018 E. Maghami and A. S. Ho (eds.), *Multidisciplinary Care of the Head and Neck Cancer Patient, Cancer Treatment and Research* 174, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-65421-8\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-65421-8_3)

Lips M, Speyer R, Zumach A, Kross KW, Kremer B. Supracricoid laryngectomy and dysphagia: A systematic literature review. *The Laryngoscope*, 2015;125(9):2143–56.

Lerda E et al., ERAS in chirurgia testa collo, in Magnano M (a cura di), *La fragilità nel paziente oncologico distretto testa-collo*, 2020, Quaderno monografico di aggiornamento dell’A.O.O.I., reperibile sul portale AOOI: <https://www.aooi.it/quaderni-monografici-di-aggiornamento/>

Machetta G. et al, Prehabilitation in chirurgia oncologica ORL, in Magnano M (a cura di), *La fragilità nel paziente oncologico distretto testa-collo*, 2020, Quaderno monografico di aggiornamento dell’A.O.O.I., reperibile sul portale AOOI: <https://www.aooi.it/quaderni-monografici-di-aggiornamento/>

Protocollo ERAS ORL-Laringectomia e chirurgia demolitiva e ricostruttiva per Ca del cavo orale-orofaringe, pubblicato sul portale della PeriOperative Italian Society <http://perioperativeitaliansociety.org/wp-content/uploads/2017/05/PROTOCOLLO-ERAS-ORL-0613.pdf>

Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta – Gruppo Logopedisti, *La presa in carico logopedica dei soggetti sottoposti a OPHL II: revisione della letteratura*, 2020. <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/operatori-in-rete/logopedisti/raccomandazioni-logopedisti/3418-la-presa-in-carico-logopedica-dei-soggetti-sottoposti-a-ophl-ii-revisione-della-letteratura-anno-2020>