



PSDTA Tumore Testa Collo

Allegato 3 : Percorso di presa in carico logopedica nel PSDTA di Rete

A cura del Gruppo di studio Logopedisti Rete Oncologica 2022

Anno di pubblicazione 2023

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è stato redatto analizzando:

- la letteratura scientifica
- l'attuale situazione della presa in carico logopedica in Piemonte e Valle d'Aosta, elaborando i dati di un questionario informativo, con Modulo Google, inviato in viatelematica ai colleghi logopedisti operanti nelle diverse sedi aziendali afferenti allaRete (fonte: www.reteoncologica.it)

2. REDAZIONE

Il gruppo di studio dei logopedisti è stato incaricato dalla Rete Oncologica, nel 2022, di redigere il percorso di presa in carico logopedica di persone affette da tumori del distretto testa collo.

3. SCOPO

La presa in carico logopedica accompagna il paziente dal momento della diagnosi, nel periodo della degenza correlata all'intervento chirurgico, nel momento delle dimissioni o durante la chemio-radioterapia e in successivi momenti di controllo; pertanto il paziente è seguito sia in regime di ricovero sia ambulatorialmente per valutare e migliorare le seguenti funzioni:

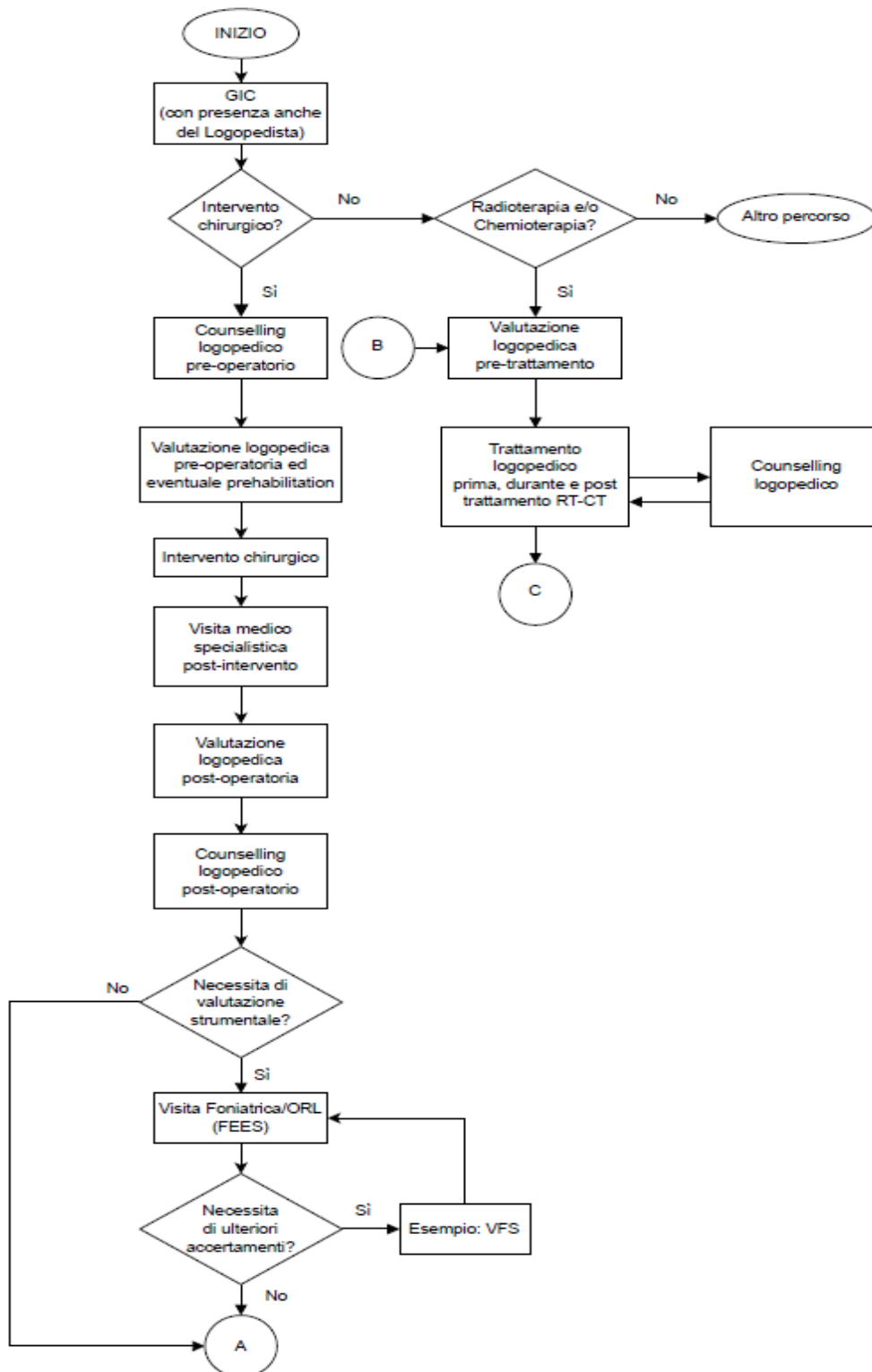
- deglutizione
- fonazione
- articolazione

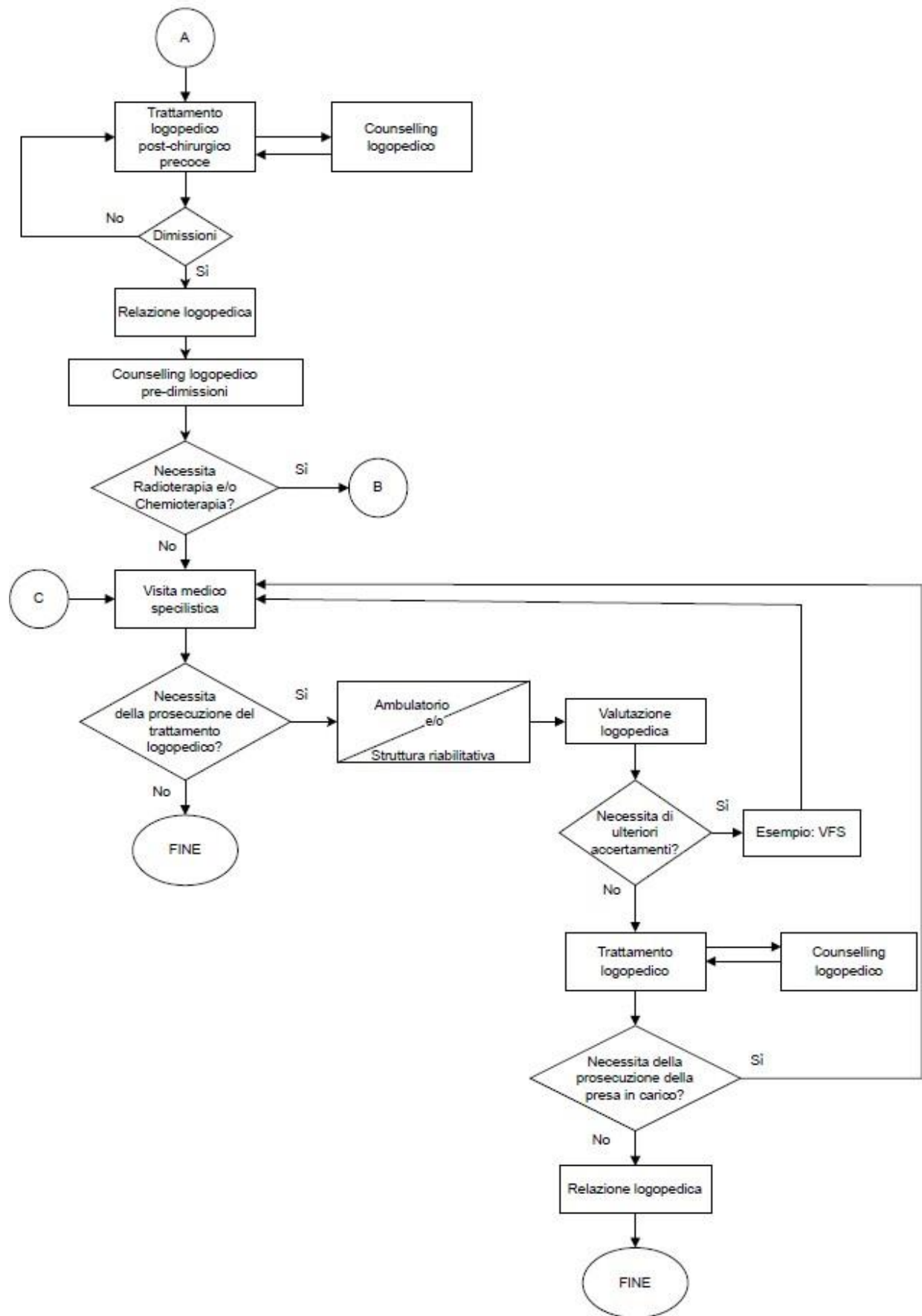
4. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

Partendo dai risultati del questionario, attraverso il confronto tra i partecipanti del Gruppo diStudio e basandosi sulla letteratura scientifica, si sono determinati tempi e modalità dell'intervento logopedico che vengono analizzati di seguito.

L'analisi della letteratura e il confronto diretto fra professionisti hanno evidenziato, in particolare, l'importanza della presenza della figura del logopedista all'interno del GIC e dell'avvio di una presa in carico precoce. Di seguito si riporta la flow-chart che sintetizza i tempi e le modalità dell'intervento logopedico

Di seguito si riporta la flow-chart che sintetizza i tempi e le modalità dell'interventologopedico.





5. PRESENZA DEL LOGOPEDISTA NEL GIC

Il logopedista nella sua pratica clinica si occupa di disturbi della deglutizione, dell'articolazione e della fonazione. Le patologie che riguardano il distretto testa-collo coinvolgono inevitabilmente a livello funzionale e/o anatomico le strutture deputate a tali abilità, pertanto il logopedista dovrebbe essere sempre presente nei GIC testa-collo.

La sua partecipazione sistematica al GIC può permettere al logopedista:

- di seguire il paziente lungo tutta la presa in carico, dalla diagnosi ai follow up;
- di suggerire una presa in carico logopedica già in fase pre trattamento laddove necessario, ad esempio quando il soggetto presenta già alla diagnosi un disturbo di competenza logopedica oppure quando va preparato ai possibili effetti che i trattamenti possono produrre sulla deglutizione e/o sulla comunicazione;
- di concorrere, per quanto di propria competenza, alle scelte del GIC sul percorsodiagnostico-terapeutico del paziente;
- di pianificare meglio il programma di trattamento logopedico, grazie ad una conoscenza più completa del caso;
- di confrontarsi e scambiare conoscenze con gli altri professionisti del GIC.

L'interdisciplinarietà consente un arricchimento reciproco e rende l'intero team più capace di gestire i diversi aspetti della cura del paziente oncologico, a favore degli outcomes in termini di sopravvivenza e miglioramento di qualità di vita.

L'intervento del logopedista si realizzerà su prescrizione medica e secondo le procedure previste dalla Struttura ove il logopedista presta servizio; si auspica che tali procedure siano snelle in modo da consentire una presa in carico tempestiva laddove necessaria e flessibile poiché le necessità riabilitative dell'utente possono variare a seconda della fase di cura e delle condizioni cliniche generali.

La presenza al GIC sarà organizzata secondo le modalità più funzionali alle singole Aziende sede di GIC, ma dovrà essere sempre garantita e tracciabile.

6. FASI DELLA PRESA IN CARICO LOGOPEDICA

La presa in carico logopedica si esplica nelle seguenti fasi:

- Fase pre-operatoria
- Fase post-chirurgica precoce
- Fase post-chirurgica
- Follow up.

Fase pre-operatoria

La presa in carico logopedica del paziente con Tumore cervico-cefalico ha inizio in fase pre-operatoria e si inserisce nel percorso multimodale di prehabilitation.

Si intende per prehabilitation l'ottimizzazione delle condizioni del paziente per implementarne le potenzialità fisiche, nutrizionali ed emotive prima dell'intervento chirurgico.

L'intervento logopedico pre-operatorio si esplica per i seguenti ambiti:

COUNSELLING AL PAZIENTE E AL CAREGIVER:

- Informazione sui possibili cambiamenti anatomico-funzionali
- Informazione su possibilità di recupero funzione deglutizione, fonazione ed articolazione
- Informazione sulla presa in carico logopedica e sul trattamento riabilitativo
- Eventuale coinvolgimento del paziente in incontri con volontari o associazioni di persone che hanno precedentemente affrontato lo stesso percorso
- Condivisione di materiale informativo e pieghevoli, ad esempio quelli realizzati dal "gruppo di studio logopedisti della Rete Oncologica (<http://www.reteoncologica.it/area-operatori/operatori-in-rete/logopedisti/raccomandazioni-logopedisti/3419-preparazione-materiale-informativo-per-il-paziente-nelle-diverse-fasi-di-malattia-anno-2020>)

VALUTAZIONE:

- Presupposti cognitivi e attenzionali
- Presupposti emotivi e motivazionali
- Postura, Respirazione, deglutizione, fonazione ed articolazione
- Presenza e collaborazione di caregiver

PREHABILITATION:

- Creazione dei presupposti per l'autocoscienza della persona della contrazione e decontrazione volontaria della muscolatura del viso e del collo
- Esercizi generali e range di movimento (respirazione, deglutizione, fonazione ed articolazione)
- Eventuali esercizi specifici e manovre (a titolo di esempio manovra sovraglottica, super-sovraglottica, Mendelsohn, deglutizione forzata, Shaker e Masako).

Dall'analisi della letteratura scientifica la Prehabilitation favorisce il conseguimento dei seguenti obiettivi e vantaggi:

- Partecipazione e compliance in tutte le fasi del percorso del paziente
- Baseline status (fisico ed emotivo)
- Possibilità di far sperimentare al paziente l'attuazione di manovre e posture necessarie nel post-operatorio in assenza di dolore e fattori disturbanti (drenaggi, SNG, ferita chirurgica, limitazioni funzionali, ecc)
- Identificazioni di eventuali difficoltà pretrattamento
- Riduzione della preoccupazione per le difficoltà attese
- Migliori outcomes funzionali e gestionali (ridurre la durata di degenza o il rischio di riammissione in ospedale).

Fase post-chirurgica precoce

Inizia nelle prime giornate post-intervento e prosegue durante l'intera degenza ospedaliera.

Su indicazione del medico specialista, il logopedista provvede alla valutazione post-chirurgica considerando il paziente nel suo complesso e approfondendo alcune particolari funzioni (deglutizione, respirazione, comunicazione) al fine di poter redigere il progetto riabilitativo personalizzato. All'inizio della presa in carico ed in itinere, risulta fondamentale la valutazione strumentale della deglutizione, con particolare attenzione allo studio della sensibilità e della motricità laringea (FEES, VFS).

In seguito, in base alla situazione obiettiva clinica del paziente, viene formulato un piano di trattamento individualizzato con la pianificazione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine riguardanti l'area generale, aspecifica e specifica della deglutizione, della fonazione e dell'articolazione e la scelta di priorità in base ai criteri di urgenza. In linea generale, la presa in carico è volta a permettere l'alimentazione per os, funzionale e in sicurezza e l'espressione verbale in modo intelligibile.

Durante il ricovero, vengono programmati uno o più incontri di counselling rivolti sia al paziente sia al caregiver e ai familiari e ai membri dell'equipe multidisciplinare, analizzandole diverse difficoltà che si presentano e la ricerca di eventuali strategie per la gestione delle stesse.

Alle dimissioni, il logopedista redige il bilancio logopedico finale, si occupa della stesura della relazione circa il percorso diagnostico-terapeutico svolto e dell'eventuale invio al medico Specialista (Foniatra, Fisiatra, ORL) per definire la necessità di prosecuzione dell'intervento riabilitativo e la richiesta di eventuali approfondimenti diagnostici.

Là dove necessario, indirizza il paziente al servizio territoriale di riferimento per la prosecuzione della presa in carico ambulatoriale, condividendo i contatti ospedalieri e territoriali di riferimento.

Verranno programmati degli incontri di follow up logopedici parallelamente ai controlli medico-specialistici per verificare le criticità post-dimissioni.

Fase post-ospedaliera

Si svolge a livello ambulatoriale o in strutture riabilitative dopo le dimissioni.

Il logopedista svolge la valutazione delle abilità di deglutizione, fonazione ed articolazione e il proseguimento del trattamento riabilitativo mediante interventi rimediativi o compensativi, tenendo conto dell'intervento riabilitativo e dei risultati precedentemente ottenuti durante il regime di ricovero. Parallelamente al trattamento, viene svolto il counselling logopedico sia al paziente sia al caregiver e ai familiari.

Follow up

E' importante la programmazione di incontri di monitoraggio e di counselling logopedico periodici per verificare il recupero, l'attinenza alle indicazioni fornite, le conseguenze sulla vita familiare, sociale, lavorativa e le possibili strategie di miglioramento.

7. PRESA IN CARICO LOGOPEDICA DI PAZIENTI ONCOLOGICI CERVICO-CEFALICI SOTTOPOSTI A RADIO-CHEMIOTERAPIA

Come espresso anche nel lavoro prodotto dal GdS Logopedisti 2020 Rete Oncologica "Indicazioni per l'intervento logopedico dopo radio-chemioterapia per i tumori del distretto cervico-cefalico" (<http://www.reteoncologica.it/area-operatori/operatori-in-rete/logopedisti/raccomandazioni-logopedisti>), si sottolinea la rilevanza del ruolo del logopedista nella presa in carico del paziente oncologico cervico-cefalico radio e chemio trattato a diversi livelli:

- presenza del logopedista all'interno del gruppo di cura interdisciplinare;
- presa in carico precoce (pre-trattamento CT-RT e per la sua intera durata) con interventi più o meno diretti a seconda delle caratteristiche del paziente e del suo entourage, al fine di prevenire i danni secondari;
- controlli dei risultati a distanza e mantenimento degli stessi nel tempo (follow-up).

Di seguito schematizzati i punti imprescindibili di pertinenza logopedica nel PSDTA oncologico cervico-cefalico per quanto concerne il paziente CT-RT:

- Counselling pre-trattamento: segnalazione del paziente durante il GIC e definizione di un appuntamento pre-trattamento radio e/o chemioterapia
- Richiesta di presa in carico logopedica da parte dello specialista
- Presa in carico logopedica in corso RT e/o CT
- Eventuale valutazione logopedica a distanza/follow-up logopedico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Accornero A, Gambino M, Bugalla M L, Guidotti L, Medina V, 2021. *La presa in carico logopedica dei soggetti sottoposti a ophi II: revisione della letteratura*. www.reteoncologica.it
2. Accornero A, Raimondo S, Vernerio I et al, 2007, *Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatría e logopedia*, *Logopedia e Comunicazione*, 2(3), 147-98
3. Caudell JJ, Gillison ML, Maghami E, et al, 2022. *NCCN Guidelines® Insights: Head and Neck Cancers*. *J Natl Compr Canc Netw*. 2022;20(3):224-234. doi:10.6004/jnccn.2022.0016
4. Clarke P, Radford K, Coffey M, Stewart M. *Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: united kingdom national multidisciplinary guidelines*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4873894/pdf/S0022215116000608a.pdf>
5. Clarke, K Radford, M Coffey, M Stewart *Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines Practice Guideline* *J Laryngol Otol*. 2016 May;130(S2):S176-S180. doi: 10.1017/S0022215116000608.
6. Clinical Practice Guideline hn-001 version 2., 2022. *The Organization and Delivery of Healthcare Services for Head and Neck Cancer Patients*, *Cancer Care Alberta*
7. Govender et al, 2017, *Improving swallowing outcomes in patients with head and neck cancer using a theory-based pretreatment swallowing intervention package: protocol for a randomised feasibility study*, *British Medical Journal*
8. Greco et al, 2018, *Dysphagia Treatment for Patients With Head and Neck Cancer Undergoing Radiation Therapy: A Meta-analysis Review*, *International*
9. Hansen et al, 2018, *Role of the Speech-Language Pathologist (SLP) in the Head and Neck Cancer Team*, *Cancer Treatment and Research*.
10. Hansen K, Chenoweth M, Thompson H, et al. *Role of the Speech-Language Pathologist (SLP) in the Head and Neck Cancer Team*, *Cancer treatment and research volume 174* pagine 31-42 2018
11. Heather M, Starmer M A, CCC-SLP, BCS-S, Ayoub N MD, Byward C BS, Kizner J MEd, CCC-SLP, BCS-S, Le Q MD, Hara W MD, Holsinger F C MD, 2017. *The impact of developing a speech and swallow rehab program: Improving patient satisfaction and multidisciplinary care*, *The Laryngoscope*
12. Hutcheson K A, Bhayani M K, Beadle B M, Gold K A, Shinn E H, Lai S Y, Lewin J. *Eat and exercise during radiotherapy or chemoradiotherapy for pharyngeal cancers: use it or lose it*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24051544/>
13. Irish J, Kim J, Waldron J, Wei A, Winkvist E, Yoo J, et al, 2019. *Organizational Guidance for the Care of Patients with Head and Neck Cancer in Ontario*. Toronto (ON): Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Guideline No.: 5-3ORG Version 2.
14. Kraaijenka et al, 2017, *Efficacy of a novel swallowing exercise program for chronic dysphagia in long-term head and neck cancer survivors*, *Head & Neck*
15. Lazarus et al, 2014, *Effects of exercise on swallowing and tongue strength in patients with oral and oropharyngeal cancer treated with primary radiotherapy with or without chemotherapy*, *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*
16. Lo Nigro C, et al, 2022. *Head and neck cancer: improving outcomes with a multidisciplinary approach*, *Cancer Management And Research*, <https://www.dovepress.com/>
17. Loewen I, Jeffery C C, Riegerand J, Constantinescu G. *Prehabilitation in head and neck cancer patients: a literature review*. <https://journalotohns.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40463-020-00486-7>

18. M Pfister D, et al, 2020. *Head and Neck Cancers, Version 2.2020*, NCCN clinical practice guidelines in oncology
19. Machetta G, Andreis M, Revello F, Mola P - *Prehabilitation In Chirurgia Oncologica ORL* tratto da: "La fragilità nel paziente oncologico nel distretto testa-collo" 163-173 https://www.aooi.it/wp-content/uploads/2020/05/40_Quaderno-Monografico-AOOI.pdf
20. Marrafon et al, 2017, *Speech-language therapy program for mouth opening in patients with oral and oropharyngeal cancer undergoing adjuvant radiotherapy: a pilot study*, CoDas
21. Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (2001), *ICF. International classification of functioning, disability and health, World Health Organization, Geneva* (trad.it. ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Erickson, Trento, 2002)
22. Patterson et al, 2018, *Feasibility and acceptability of combining cognitive behavioural therapy techniques with swallowing therapy in head and neck cancer dysphagia*, BMC Cancer
23. Piano nazionale della Cronicità, Ministero della salute, Direzione Generale Programmazione Sanitaria. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. 15/09/P
24. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, allegato 1: "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale", aprile 2019
25. Raimondo S, Accornero A, Rossetto T, 2011. *Logopedia e disfagia*, Carocci Faber
26. RCSLT - Royal College of Speech and Language Therapist, 2005, Clinical guidelines, <http://www.rcslt.org>
27. Schindler A, Denaro N, Russi EG, et al, *Dysphagia in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: Literature review and consensus*. Crit Rev Oncol Hematol. 2015;96(2):372-384. doi:10.1016/j.critrevonc.2015.06.
28. Schindler O, Ruoppolo G, Schindler A, 2001. *Deglutologia*, Omega Edizioni, Torino
29. SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010. *Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia*. <http://sign.ac.uk>
30. Spadola Bisetti M. *La riabilitazione dopo chirurgia e radioterapia dei tumori del capo-collo*, <https://www.nutritionalacademy.it/oncologia/la-riabilitazione-dopo-chirurgia-e-radioterapia-dei-tumori-del-capo-collo>
31. Tang et al, 2011. *A Randomized Prospective Study of Rehabilitation Therapy in the Treatment of Radiation-induced Dysphagia and Trismus*, Strahlentherapie und Onkologie
32. The Speech Pathology Association of Australia, 2012. *Clinical guidelines* <https://speechpathologyaustralia.org.au>
33. Treanor C. *An international review and meta-analysis of prehabilitation compared to usual care for cancer patients* J Cancer Surviv 2018; 12: 64-73 <https://link.springer.com/article/10.1007/s11764-017-0645-9>
34. Van der Berg et al, 2016. *Normalcy of food intake in patients with head and neck cancer supported by combined dietary counseling and swallowing therapy: A randomized clinical trial*, Head & Neck
35. Van der Molen L, Van Rossum M A, Burkhead L M, Smeele L E, Rasch C R N, Hilgers F J M. *A randomized preventive rehabilitation trial in advanced head and neck cancer patients treated with chemoradiotherapy: feasibility, compliance, and short-term effects*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969836/>

GRUPPO DI STUDIO LOGOPEDISTI RETE ONCOLOGICA 2022 *

Coordinatori

- Accornero Anna - Università di Torino – Dipartimento di Scienze Chirurgiche
- Gambino Marta - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Partecipanti :

1. Appendino Paola - ASL TO 5
2. Ardenghi Paola Rita - ASL VCO – Domodossola
3. Barbano Sara - ASL VC
4. Bettini Alessandra - ASL TO 4
5. Boetto Erika Cristina - AUSL VDA
6. Bruno Claudia - AO Cuneo
7. Bugalla Maria Letizia - AO Mauriziano di Torino
8. Campolongo Melania - ASL TO 4
9. Destefanis Noemi - ASL Città di Torino
10. Dileno Maria - AO Mauriziano
11. Ferretti Fausto - AO Alessandria
12. Figuccia Federica - ASL TO 4
13. Firino Arianna - IRCCS Candiolo
14. Fortina Laura - ASL VCO – Omegna
15. Gallia Michela - IRCCS Candiolo
16. Marcelli Erika - ASL Città di Torino
17. Medina Valentina - ASL VCO
18. Nada Daniela - ASL CN2
19. Omegna Laura - ASL VC
20. Rondina Cristina Alicia - ASL CN2
21. Ruffinello Melania - ASL TO 3
22. Sosso Katia - ASL AT
23. Valcasser Sabrina - ASL TO 4