



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA GESTIONE POST-OPERATORIA DEL PAZIENTE
ONCOLOGICO:
IL RUOLO DEL "NAVIGATOR NURSE" NELLA
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE
COMPLICANZE POST-OPERATORIE.**

Relatore: Prof. Mario Gruppo

Correlatore: Dott.ssa Ottavia De Simoni

Laureanda: Emma Fiorentini

(matricola n° 2011317)

Anno accademico 2023-2024

ABSTRACT

Introduzione: La gestione post-operatoria dei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia oncologica maggiore è solitamente organizzata in una prima fase intraospedaliera, durante la degenza, ed una seconda fase domiciliare e territoriale post-dimissione. I continui progressi clinici e scientifici, nonché le esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, hanno portato allo sviluppo di modelli clinici che prevedano una degenza ospedaliera sempre più contenuta ed una gestione territoriale ed ambulatoriale del recupero post-operatorio.

Obiettivo: Scopo del presente studio è valutare l'efficacia di un modello organizzativo che preveda la presenza di una figura infermieristica ("*Navigator Nurse*") capace di fornire un supporto più mirato e personalizzato ai pazienti dimessi, affiancandoli nel percorso di recupero psicofisico e funzionale, educandoli all'autonomia nella gestione di sintomi e di eventuali presidi oltre che nell'assunzione di farmaci e intercettando, tramite la somministrazione di questionari specifici, la possibile insorgenza di complicanze post-operatorie tardive. *Endpoint* primario dello studio è la percentuale di interventi clinici e medici aggiuntivi o differenti dal percorso standard, richiesti dal "*navigator nurse*"; *endpoint* secondario è la definizione delle patologie e delle tipologie di intervento più soggette a variazioni del percorso aziendale standard e potenzialmente meritevoli di revisione degli stessi.

Materiali e metodi: Nel mese di giugno 2024 sono stati arruolati 32 pazienti, sottoposti a chirurgia resettiva o citoriduttiva maggiore per neoplasie esofago-gastriche, pancreatiche, coloretali e peritoneali. La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso la somministrazione quotidiana di due questionari, a partire dal giorno della dimissione per un periodo di 10 giorni, con l'obiettivo di monitorare i sintomi dei pazienti e raccogliere informazioni di carattere clinico, demografico, sociale e di gradimento del percorso proposto.

Discussione: Dall'analisi dei questionari è emerso che il 22,8% dei pazienti monitorati ha necessitato di un intervento medico, di cui il 6,2% di un nuovo ricovero ospedaliero. Dolore, stanchezza, malessere e sonnolenza sono risultate significativamente più presenti nel sesso femminile, mentre ansia, depressione ed

insonnia sono risultate significativamente più espresse nei pazienti con stadio di malattia più avanzato. I pazienti sottoposti a chirurgia per patologia esofago-gastrica, inoltre, hanno manifestato livelli di dolore e disturbi del sonno significativamente più marcati rispetto alle altre patologie analizzate. In merito alle caratteristiche socio-demografiche ed al gradimento, il 40,6% dei pazienti ha riferito di vivere solo, il 53,1% ha riferito di ritenere utile la figura del “*navigator nurse*” nel periodo post-dimissione ed il 46,9% dei soggetti ha riferito di sentirsi più tranquillo grazie al monitoraggio telefonico proposto. Dall’analisi dei risultati, pur nei limiti di un campione non esteso e della necessità di validare i dati su ampia scala, emerge che un modello organizzativo che preveda la figura di un “*navigator nurse*” nella gestione del periodo post-operatorio e post-dimissione dei pazienti sottoposti a chirurgia oncologica maggiore ha la potenziale capacità di intercettare precocemente le complicanze in un numero significativo di casi e mettere in atto tempestivamente dei correttivi in grado di migliorare ed ottimizzare il percorso di recupero psico-fisico post-operatorio nonché il benessere psicologico della maggior parte dei pazienti, in particolare in quelli affetti da particolari patologie o in condizioni socio-demografiche più svantaggiate.

Keywords: “*Oncology*”, “*Surgery*”, “*Complication*”, “*Nurse*”, “*Post-discharge*”

SOMMARIO

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE.....	3
1.1 Storiografia ed epidemiologia	3
1.2 Modelli assistenziali in oncologia.....	5
1.2.1 Assistenza infermieristica nei PDTA oncologici	5
1.2.2 Nuove figure infermieristiche	6
1.2.3 Gestione infermieristica della fase post-operatoria	8
1.2.4 Classificazione delle complicanze chirurgiche	9
1.3 Problematiche attuali e prospettive	11
1.4 Obiettivo dello studio	13
CAPITOLO 2.....	15
2.1 Materiali e metodi	15
2.1.1 Campionamento e setting	15
2.1.2 Strumenti di misura	15
2.1.3 Attività di raccolta.....	17
2.1.4 Analisi statistica	18
CAPITOLO 3.....	19
3.1. Analisi dei dati	19
3.1.1 Caratteristiche dei pazienti.....	19
3.1.2. Dati descrittivi degli interventi telefonici	22
3.1.3 Risultati del questionario alla dimissione	22
3.1.4 Risultati del monitoraggio telefonico	23
CAPITOLO 4.....	27
4.1 Discussione dei risultati	27
BIBLIOGRAFIA.....	33
APPENDICE 1	35
APPENDICE 2	36

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Storiografia ed epidemiologia

Benché le neoplasie siano oggi una problematica diffusa ed importante della nostra società, esse hanno origini ben più antiche. Il termine “carcinoma”, infatti, fu coniato nel 460 a.C. dal medico greco Ippocrate; questa parola deriva dal termine “càrcinos”, ovvero granchio, questo fa riferimento all’aggressività e alla diramazione del tumore nei vari tessuti e cellule. Nell’antichità la cura per i tumori interni consisteva nell’assunzione di erbe officinali, mentre per i tumori esterni venivano utilizzate lozioni a base di zolfo, incenso e mirra; un’altra cura più invasiva era invece la rimozione diretta tramite ferri e cauteri ardenti. Oltre alla cura e al trattamento dei tumori, si è sentita la necessità di individuare i fattori di rischio e l’eziologia che contribuivano alla loro formazione. Il primo a identificare alcuni fattori favorevoli alla nascita di tumori è stato Gabriele Falloppio (1523-1562) che ha notato la nocività delle sostanze molto calde o molto fredde. Intorno al 1775 la causa principale del tumore allo scroto viene attribuita alla presenza di residui bituminosi contenuti nella fuliggine, oltre che alla scarsa igiene. Durante il XIX secolo, il patologo scienziato Rudolf Virchow (1821-1902), riesce a dimostrare che le neoplasie siano di origine cellulare e non nascono nei tessuti o organi; differenzia, inoltre i sarcomi (di origine connettivale) dai carcinomi (di origine epiteliale). Pochi anni più avanti, più precisamente nel 1926, vengono evidenziate correlazioni sulla familiarità per neoplasia (a livello genetico) e per provenienza geografica [1].

È un’opinione abbastanza diffusa che il cancro sia una malattia dell’età moderna, ovvero una conseguenza dello sviluppo della civiltà industriale nella quale i cittadini sono esposti a rischi di natura ambientale, alimentare (additivi chimici usati per la conservazione), stili di vita “malsani”, stress e scarsa prevenzione dovuta al malfunzionamento del sistema sanitario. Nel corso degli anni, infatti, il numero dei casi di tumore è aumentato esponenzialmente. Rispetto al 2020, secondo le stime, i casi di neoplasie nel 2023 sono aumentati

di oltre 18.000, più precisamente da 376.600 nuove diagnosi (194.700 negli uomini e 181.900 nelle donne) a circa 395.000 (208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne).

Fortunatamente, grazie al progresso scientifico e medico, la mortalità per tumore è diminuita. Nel 2007 i casi di morte per tumore evitati sono stati pari a 614, mentre nel 2019 sono stati più di 9000 [2].

La sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore è uno dei principali indicatori che permette di valutare, in base a studi epidemiologici, sia la gravità della malattia che l'efficienza del sistema sanitario. Ciò si misura calcolando quanto sopravvivano in media le persone colpite da un cancro con determinate caratteristiche al momento della diagnosi. L'incidenza indica quanti nuovi casi di un tipo di tumore vengono diagnosticati in una popolazione di riferimento in un arco di tempo definito (solitamente un anno); la prevalenza corrisponde al numero di persone che nella popolazione in generale hanno convissuto con una diagnosi di tumore.

Oggi il numero di casi di neoplasie è in continuo aumento. Negli ultimi decenni, infatti, si è sentita la necessità di misurare l'andamento dell'incidenza dei tumori all'interno del nostro paese. Nel 1996, i registri dei tumori presenti nelle varie regioni d'Italia si sono riuniti nell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), che dal 2008 si occupa anche di programmi di prevenzione e controllo delle neoplasie. Si è riscontrato che l'impatto dei tumori sulla Sanità pubblica del Paese è molto forte sia in termini economici sia di organizzazione. Di fondamentale importanza è l'investimento in strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, rispettivamente: agire sui fattori di rischio, agire sulla diagnosi precoce tramite *screening* e infine agire sulle terapie e percorsi di *follow-up*. I Registri dei Tumori annotano tutto il percorso clinico del paziente, durante tutte le fasi diagnostiche e terapeutiche, includendo gli effetti della malattia sull'individuo stesso. [3]

1.2 Modelli assistenziali in oncologia

1.2.1 Assistenza infermieristica nei PDTA oncologici

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) oncologici mirano a garantire una presa in carico globale e integrata del paziente, assicurando continuità tra gli interventi e coinvolgendo vari professionisti. I PDTA sono modelli che vengono declinati da ogni azienda sanitaria, che li adatta per delineare il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione, offrendo un'assistenza integrata e coordinata. In questi percorsi gli infermieri non si limitano a eseguire compiti tecnici, ma sono figure chiave nell'accompagnamento del paziente lungo l'intero percorso di cura, dalla diagnosi al *follow-up*, fino alla gestione di eventuali complicanze e alla fase avanzata della malattia. Questi modelli si basano su un approccio sistemico che include pazienti, familiari e associazioni di volontariato, e puntano a superare la frammentazione delle prestazioni sanitarie. Ad esempio, la Regione Marche ha introdotto all'interno dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) il *counseling* infermieristico, una forma di relazione d'aiuto che l'infermiere attua unendo competenze comunicative con conoscenze tecniche specifiche. Questo approccio ha l'obiettivo di offrire un'assistenza completa ed efficace al paziente, sostenendolo non solo dal punto di vista clinico, ma anche emotivo e psicologico. Un'altra figura centrale presente nel modello organizzativo messo in atto dalla Regione Marche è quella dell'infermiere "*pool*", responsabile di un gruppo di pazienti. Oltre a occuparsi della documentazione infermieristica, svolge una serie di valutazioni fondamentali per la gestione del paziente. Questa figura interviene con procedure pratiche come prelievi ematici e medicazione dei cateteri venosi centrali (CVC), somministra la chemioterapia e si impegna nell'educazione del paziente e della sua famiglia, con lo scopo di aumentare l'autonomia del paziente, facilitare l'accesso ai servizi sanitari e prevenire possibili complicanze. All'interno del PDTA della Regione Marche, troviamo anche l'infermiere MAC, che collabora attivamente con i medici nella gestione dei

pazienti durante la prima visita. Questo infermiere esegue prelievi per esami ematici, elettrocardiogrammi (ECG), si occupa della preparazione delle cartelle infermieristiche ed è responsabile della terapia. I pazienti che necessitano del posizionamento di un PICC, che cercano informazioni sulla "Pink Room" (spazio dedicato alla consulenza psicologica e supporto oncologico) o che desiderano un colloquio informativo prima di sottoporsi al trattamento con il *DigniCap* (un sistema di raffreddamento del cuoio capelluto per prevenire la perdita dei capelli durante la chemioterapia), vengono assistiti dall'infermiere MAC, che contribuisce così a migliorare la qualità del percorso terapeutico [4].

Diversamente organizzato è, invece, il modello adottato dalla Regione Piemonte che ha istituito un Centro Accoglienza e Servizi (CAS), all'interno del quale è presente una figura infermieristica che accoglie il paziente al primo accesso, fornisce informazioni essenziali sui servizi disponibili, sugli orari delle strutture e sui percorsi diagnostici. L'infermiere del CAS collabora, inoltre con il Gruppo Interdisciplinare di Cure (GIC), una squadra multidisciplinare composta da vari specialisti, facilitando la comunicazione tra i vari membri. L'infermiere del GIC monitora e gestisce le potenziali complicanze post-chirurgiche, come la cura delle ferite, la gestione dei drenaggi o la riabilitazione motoria.

Queste due realtà sono esempi di come il PDTA sia stato declinato a livello locale mantenendo l'intento di garantire la continuità e la qualità delle cure ai malati oncologici. L'obiettivo comune di questi modelli è sempre quello di migliorare l'esperienza del paziente, riducendo il rischio di complicanze, prevenendo il re-ricovero e promuovendo l'autonomia e il benessere complessivo [5].

1.2.2 Nuove figure infermieristiche

Il percorso diagnostico e terapeutico del paziente oncologico è caratterizzato da diverse criticità, tra cui spiccano la complessità della multidisciplinarietà

delle figure cliniche coinvolte, la frammentazione delle strutture nel processo di diagnosi e cura, l'incertezza sui ruoli di alcune figure professionali e la gestione inefficace delle risorse umane ed economiche dedicate a questo ambito.

Il gruppo multidisciplinare di riferimento si riunisce regolarmente per discutere il percorso terapeutico dei singoli pazienti oncologici, assicurandosi che le procedure siano allineate ai protocolli e alle linee guida internazionali. Il coinvolgimento di diverse professionalità consente un confronto efficace delle competenze, migliorando così l'efficienza delle terapie. Diventa fondamentale definire procedure specifiche che guidino il *team* di esperti verso un approccio realmente incentrato sull'ascolto dei bisogni del paziente e della sua famiglia. In questo contesto innovativo si colloca la figura del *case manager* infermieristico, un professionista che, oltre al ruolo assistenziale tradizionale, diventa il punto di riferimento costante per il paziente e la sua famiglia, accompagnandoli dal momento della diagnosi oncologica fino al *follow-up* e, se necessario, alle cure palliative. In questo scenario, emerge un'altra importante figura, quella del *nurse navigator* (o *patient navigator*), un professionista dedicato a fornire assistenza personalizzata ai pazienti. Può essere sia un infermiere (definito *nurse navigator*), sia una persona esterna all'ambito sanitario o un volontario ma con una profonda conoscenza del sistema e una formazione di base in grado di gestire le criticità. La sua funzione principale è quella di supportare attivamente i pazienti e i loro *caregiver*, facilitando l'accesso rapido alle cure e promuovendo l'autogestione e l'autonomia tramite attività di formazione e supporto emotivo. A differenza dei *case manager*, però, il *nurse navigator* non si occupa di aspetti clinici. I *case manager*, invece, grazie alle loro competenze cliniche, possono integrare il lavoro degli specialisti, offrendo anche un supporto psico-sociologico. Tuttavia, nella pratica, è spesso difficile distinguere chiaramente le due figure, poiché non esistono definizioni standardizzate, e molte delle loro funzioni tendono a sovrapporsi [6].

1.2.3 Gestione infermieristica della fase post-operatoria

Nello specifico, la fase post-operatoria del paziente oncologico è un momento molto delicato in quanto il soggetto deve andare incontro alla comunicazione della diagnosi, all'accettazione della malattia e alla paura delle conseguenze. Bisogna considerare che la qualità di vita del paziente viene valutata in base alle condizioni di salute, al ricovero post-operatorio, alle limitazioni quotidiane e alla percezione che il paziente ha della propria condizione.

Secondo uno studio condotto in Polonia nel 2018, è emerso che il genere e l'educazione hanno un forte impatto sull'accettazione della malattia, che è strettamente connessa alla qualità di vita del paziente. Un alto livello di accettazione comporta, infatti, un migliore livello di qualità di vita. La ricerca indica la necessità di approfondire l'educazione dei pazienti e della società nei confronti della malattia [7].

I tentativi di rallentare il peggioramento e la gravità dei sintomi del cancro nel paziente oncologico, hanno portato allo sviluppo e alla sperimentazione di studi psico-educativi, con lo scopo di migliorare l'autonomia e l'autogestione dei sintomi nei pazienti post-operati dimessi, tramite interventi di cure. Tutto ciò grazie all'erogazione di un supporto fisico a domicilio in caso di complicanze e di supporto morale ed informativo svolto telefonicamente. Il fine dello studio effettuato a Guildford, nel Regno Unito è, infatti, quello di valutare l'efficacia degli interventi telefonici per ridurre le complicanze associate al cancro e al periodo post-operatorio tramite trattamenti mirati. Attualmente, la gestione di questa tipologia di pazienti è affidata principalmente agli infermieri generici, i quali hanno una mole di lavoro molto elevata e un'elevata quantità di assistiti, ognuno con esigenze differenti [8].

Questa condizione può portare ad una gestione poco efficace dei pazienti, con il rischio di aumento di complicanze e prolungamento dei tempi di recupero; durante questa fase, invece, il monitoraggio e la gestione tempestiva di eventuali complicanze sono di fondamentale importanza per prevenire re-ricoveri e per sostenere il paziente in un momento così delicato. La gestione del paziente chirurgico oncologico post-dimissione è solitamente organizzata

sulla base di appuntamenti ambulatoriali prestabiliti all'interno di protocolli, dalle singole unità operative, e spesso definiti sulla base di aspetti organizzativi aziendali che non sempre coincidono con le reali necessità assistenziali dei pazienti. Questa criticità si ripercuote nella pratica clinica con numerosi accessi al reparto di degenza o in pronto soccorso anche in assenza di problematiche urgenti o facilmente risolvibili a domicilio; allo stesso modo, tuttavia, può manifestarsi un ritardo nel riconoscimento di una complicanza, con conseguente peggioramento clinico e un aggravarsi del successivo percorso terapeutico, nei pazienti che tendono a minimizzare eventuali sintomi.

Un esempio di gestione post-operatoria ormai consolidato nella fase post-operatoria dei pazienti con neoplasie gastrointestinali è rappresentato dalla gestione delle enterostomie. Tuttavia, anche in questo ambito sono presenti diverse criticità; tra i principali limiti vi sono la carenza di personale infermieristico specializzato in stomaterapia, l'assenza di un consulente medico dedicato e l'insufficienza dei tempi previsti per le prestazioni, che spesso non rispettano le indicazioni del Percorso Integrato di Cura (PIC). Inoltre, alcune prestazioni previste non sono codificate, e la limitazione dei posti disponibili rende difficoltoso un *follow-up* a lungo termine. Migliorare la qualità della vita del paziente, riducendo gli effetti collaterali del trattamento oncologico, è fondamentale per favorire la guarigione e promuovere l'autonomia, sia durante che dopo il percorso di cura del tumore coloretale [9].

1.2.4 Classificazione delle complicanze chirurgiche

Le complicanze chirurgiche si possono classificare in 4 diversi gradi di gravità:

1. Il primo grado comprende eventi a basso rischio che non richiedono interventi terapeutici significativi, se non per l'utilizzo di farmaci di supporto come analgesici, antipiretici, antiemetici e antidiarroici, o medicinali utilizzati per il trattamento di infezioni minori. Si tratta, appunto, di complicanze lievi, che non condizionano in modo

significativo sulla degenza o sul decorso clinico del paziente e possono essere facilmente gestite con trattamenti di breve durata.

2. Le complicanze di secondo grado, invece, comprendono potenziali rischi per la vita del paziente, richiedendo interventi terapeutici mirati o un ricovero ospedaliero più lungo rispetto al tempo di ricovero medio previsto. Queste complicanze sono suddivise in due sottogruppi in base al tipo di trattamento necessario. Le complicanze di grado 2A sono gestibili con l'uso di farmaci quali antibiotici, anticoagulanti o altri trattamenti farmacologici specifici, senza la necessità di procedure invasive. Le complicanze di grado 2B, invece, necessitano di una procedura invasiva come drenaggi chirurgici, cateterismi o interventi minori che, sebbene non eccessivamente complessi, implicano un maggiore impatto sulla gestione clinica del paziente.
3. Le complicanze di terzo grado sono caratterizzate da eventi che causano disabilità permanente o la necessità di una resezione d'organo. In questi casi, il paziente subisce danni funzionali duraturi, che influiscono in modo significativo sulla qualità della vita e richiedono cure a lungo termine. Queste complicanze hanno un impatto devastante non solo sul decorso post-operatorio, ma anche sul futuro del paziente, compromettendo in maniera definitiva la sua salute o capacità funzionale.
4. Infine, le complicanze di quarto grado portano al decesso del paziente a seguito di complicanze insorte durante o dopo la procedura chirurgica. In questa fase entrano in atto eventi fatali che non possono essere gestiti nonostante le cure e gli interventi messi in atto. Questi eventi, purtroppo, rappresentano la conclusione più drammatica e indesiderata di una complicanza chirurgica, sottolineando l'importanza di una gestione tempestiva e accurata delle difficoltà di grado inferiore per prevenire un'*escalation* verso situazioni irreversibili [10].

Questa classificazione delle complicanze, suddivisa in gradi di severità crescente, rappresenta uno strumento fondamentale per fornire una strutturata valutazione del rischio e delle conseguenze che possono insorgere nel periodo

post-operatorio. Avere una visione globale del paziente, identificare con precisione la gravità di ciascuna complicanza, non solo permette di intervenire tempestivamente, ma garantisce anche di avere una gestione più mirata e appropriata delle risorse sanitarie, terapeutiche e del paziente stesso; ad esempio, per le complicanze di grado inferiore, come quelle di primo grado, che possono essere gestite con terapie minimamente invasive o addirittura solo sintomatiche, è possibile evitare l'ospedalizzazione prolungata o interventi eccessivi, riducendo così lo stress sul paziente e i costi sanitari. Al contrario, per le complicanze più gravi, (terzo o quarto grado), che comportano conseguenze che possono prolungarsi nel tempo o essere persino fatali, il sistema di classificazione può essere utile per guidare i professionisti sanitari verso decisioni più complesse. La classificazione permette di determinare in anticipo il grado di supporto necessario, sia in termini di assistenza medica che psicologica.

Inoltre, questo sistema di valutazione facilita la comunicazione tra i diversi membri del *team* multidisciplinare che si occupano del paziente. In questo modo, medici, infermieri, chirurghi e altri operatori sanitari possono condividere un quadro clinico chiaro e omogeneo, migliorando la collaborazione e la coordinazione delle cure. La chiarezza di questa classificazione consente anche una maggiore trasparenza nei confronti dei pazienti e dei loro familiari, i quali possono essere informati in modo più preciso sulle condizioni di salute, sui rischi associati e sulle aspettative future del percorso di cura.

L'obiettivo finale è di ottimizzare il recupero, prevenire il peggioramento delle condizioni cliniche e migliorare la qualità della vita, offrendo un'assistenza mirata ed efficace per ciascun caso specifico.

1.3 Problematiche attuali e prospettive

L'innovazione tecnologica e il costante avanzamento delle conoscenze scientifiche nel campo medico, insieme all'evoluzione del *nursing* e alle crescenti aspettative di salute delle persone e delle necessità economiche,

stanno profondamente modificando i ruoli, le modalità operative e la pianificazione nelle strutture cliniche e assistenziali del sistema sanitario. La conseguenza più rilevante di questi cambiamenti è che l'atto medico diagnostico e terapeutico si sta trasformando in un processo produttivo in cui diverse unità operative, ognuna con specifiche competenze, risorse tecnologiche e strutture organizzative, collaborano in fasi successive in modo interconnesso. La figura dell'infermiere professionale in oncologia si inserisce in una realtà più complessa e articolata rispetto al ruolo tradizionale, operando su diversi livelli: fase diagnostica, fase terapeutica, fase assistenziale e organizzativa. L'intervento dell'infermiere deve creare un ambiente rassicurante, in cui il paziente percepisca la disponibilità a ricevere cure competenti e assistenza in ogni momento e per le varie esigenze legate alla sua condizione. Per quanto riguarda la terapia, in particolare quella chemioterapica, l'infermiere è responsabile della preparazione e somministrazione dei farmaci, oltre che a monitorare il paziente durante il trattamento per gestire eventuali emergenze (come stravasamento, flebite, infiammazione dei tessuti, ulcerazione e necrosi). L'infermiere non fornisce solo supporto medico, ma anche assistenziale, instaurando un rapporto di fiducia e confidenza con il malato di cancro. Negli ultimi anni, a livello nazionale, sono emerse diverse esperienze significative nel campo dell'assistenza domiciliare integrata. Questo approccio mira a fornire un'assistenza globale al paziente, supportando anche la famiglia con interventi psicologici e sociali, promuovendo il lavoro di squadra e la formazione continua, oltre all'educazione del malato e dei suoi cari. In ospedale, il coinvolgimento della famiglia è limitato, poiché l'assistenza è totalmente delegata al personale ospedaliero. Un problema comune è che il paziente e la famiglia spesso non partecipano attivamente alle decisioni dell'équipe curante, ma le subiscono, rischiando di isolarsi non solo dai propri cari, ma anche dal contesto socioculturale. Al contrario, nell'assistenza domiciliare, l'équipe sanitaria si integra nel contesto familiare, rendendo il paziente e i suoi familiari parti attive del modello organizzativo [11].

1.4 Obiettivo dello studio

Obiettivo dello studio è valutare l'introduzione di una nuova figura infermieristica specializzata nell'assistenza post-operatoria oncologica. Questa figura avrà il compito di fornire un supporto altamente personalizzato ai pazienti dimessi, accompagnandoli nel percorso di recupero fisico e psicologico, e contribuendo a promuovere l'autonomia nella gestione di sintomi, presidi, e farmaci. La nuova figura infermieristica non si limiterà a una sorveglianza passiva, ma svolgerà un ruolo attivo nell'educazione del paziente, aiutandolo a gestire in modo autonomo aspetti chiave come il controllo del dolore, la cura delle ferite chirurgiche e la gestione dei dispositivi medici come drenaggi o cateteri. Un altro aspetto fondamentale di questo ruolo sarà la somministrazione di questionari specifici, finalizzati a intercettare eventuali complicanze post-operatorie tardive. Attraverso questi strumenti, l'infermiere potrà monitorare segni precoci di problemi come infezioni o difficoltà nella guarigione, e riferire tempestivamente le problematiche emergenti all'*équipe* medica. L'implementazione di questa figura mira a ridurre gli accessi ospedalieri inutili, in quanto molte preoccupazioni dei pazienti potrebbero essere gestite a domicilio con un'adeguata consulenza infermieristica. Inoltre, il monitoraggio precoce e tempestivo delle complicanze consentirebbe di intervenire in modo attivo, riducendo così l'impatto clinico, sociale e assistenziale di eventuali complicanze post-chirurgiche. In ultima analisi, questa figura contribuirebbe a migliorare la qualità delle cure e a ottimizzare le risorse del sistema sanitario, garantendo un'assistenza più efficace e mirata.

Lo scopo principale di questo studio è valutare l'efficacia di un'assistenza infermieristica continua e dedicata, fornita ai pazienti oncologici dopo la dimissione a seguito di interventi chirurgici maggiori. L'obiettivo è analizzare in che modo un supporto costante, anche a distanza, possa influire positivamente su diversi aspetti del percorso di recupero. In particolare, si mira a verificare se tale assistenza possa accelerare il recupero funzionale e

psicofisico dei pazienti, migliorando così la loro qualità di vita nel periodo post-operatorio.

Un altro punto centrale dell'indagine è la gestione più efficace di farmaci, sintomi e presidi terapeutici da parte dei pazienti, che potrebbero beneficiare di un monitoraggio costante da parte di personale infermieristico specializzato. Questo intervento, infatti, mira a facilitare un tempestivo riconoscimento di eventuali complicanze, consentendo interventi precoci che potrebbero ridurre il rischio di aggravamenti clinici.

Inoltre, lo studio si propone di dimostrare una riduzione degli accessi inappropriati o non necessari alle strutture ospedaliere, spesso causati da preoccupazioni o sintomi che potrebbero essere gestiti direttamente tramite un *follow-up* telefonico o telematico. Una delle finalità è anche quella di ridurre l'impatto clinico e assistenziale delle complicanze tardive, che spesso si manifestano in assenza di un adeguato monitoraggio post-dimissione.

Gli obiettivi secondari di questo studio includono la definizione dei fattori di rischio perioperatori associati alla comparsa di complicanze chirurgiche post-dimissione. Attraverso l'analisi di questi fattori, si potranno identificare le variabili che maggiormente predispongono i pazienti a sviluppare complicazioni, migliorando così le strategie preventive.

Infine, un ulteriore aspetto rilevante sarà la valutazione del grado di soddisfazione dei pazienti e della qualità dell'assistenza percepita. Misurare l'esperienza dei pazienti in termini di soddisfazione permette di raccogliere dati preziosi sull'efficacia percepita del supporto infermieristico continuo e di adattare i protocolli assistenziali in modo da rispondere meglio alle esigenze dei pazienti oncologici post-operatori.

CAPITOLO 2

2.1 Materiali e metodi

2.1.1 Campionamento e setting

Il presente studio è basato su una coorte prospettica di pazienti a cui sono stati sottoposti dei questionari.

I criteri di inclusione per il presente studio prevedevano la partecipazione di pazienti maggiorenni, sottoposti a intervento chirurgico curativo per patologie oncologiche presso il reparto di Chirurgia Oncologica delle vie digestive allo IOV di Castelfranco Veneto dal 1° giugno 2024 al 30 giugno 2024. Erano inclusi pazienti con diagnosi confermata di tumori maligni al pancreas, colon, retto, stomaco o esofago e carcinosi peritoneale.

I dati clinici e patologici dei pazienti sottoposti a chirurgia sono stati raccolti all'interno di un *database*, all'interno del quale sono stati registrati dati clinico-patologici del ricovero e post-ricovero quali:

- Dati anamnestici: età, sesso, BMI, storia clinica ed eventuali disturbi psicologici/psichiatrici
- Dati clinici: durata del ricovero, complicanze intra e post-operatorie, tipologia di trattamento (neoadiuvante/adiuvante), possibile necessità di anticipazione della visita chirurgica di controllo o accesso al Pronto Soccorso.
- Dati patologici: tipologia e stadiazione del tumore.

2.1.2 Strumenti di misura

La raccolta dei dati ed il monitoraggio dell'andamento clinico del paziente sottoposto a chirurgia è stata effettuata tramite due questionari:

- ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) somministrato al paziente ogni giorno per 10 giorni successivi alla dimissione.
- Questionario somministrato al paziente al momento della dimissione.

2.1.2.1 Primo questionario: ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*)

Il primo questionario utilizzato è stato l'ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*), un sistema multidisciplinare nato nel 1993, pensato per analizzare i sintomi e monitorare il loro cambiamento o la comparsa di nuovi sintomi [12].

Si allega in Appendice 1 il questionario ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*).

Questo questionario contiene 9 domande, ciascuna riguardante un sintomo specifico:

- dolore;
- stanchezza;
- nausea;
- depressione;
- ansia;
- sonnolenza;
- difficoltà a respirare;
- mancanza di appetito;
- malessere;
- insonnia.

Il paziente risponde valutando l'intensità dei sintomi su una scala da 0 a 10, dove 0 indica l'assenza e 10 la massima intensità. Il questionario è stato somministrato per via telefonica ogni giorno per un totale di dieci giorni a partire dalla dimissione, chiedendo al paziente di valutare l'intensità media dei sintomi nelle ultime 24 ore.

2.1.2.2 Secondo questionario

Il secondo questionario è stato creato appositamente per questo studio ed è stato somministrato al momento della dimissione del paziente. Si allega in Appendice 2 il questionario consegnato in sede di dimissione. È composto da 9 domande, alcune delle quali con scala di valutazione da 1 a 10, altre con risposta negativa o positiva:

- Vive da solo? (si/no)
- In una scala da 1 a 10, quanto ritiene di avere una rete di supporto familiare?
- Da 1 a 10 quanto si sente supportato emotivamente e sull'educazione della gestione post- dimissione dal personale ospedaliero?
- Crede che un'ipotetica figura infermieristica possa esserle utile per la gestione post-chirurgica a domicilio? (si/no)
- Da 1 a 10, quanto si sente in grado di riconoscere autonomamente una complicanza post-operatoria?
- Da 1 a 10, davanti alle difficoltà, quanto si sente di essere una persona tranquilla e che non si fa prendere dall'ansia?
- Da una scala da 1 a 10, quanto si sentirebbe più tranquillo a essere chiamato dal personale infermieristico ogni giorno?
- Da 1 a 10, quanto beneficerebbe di un dépliant alla dimissione che illustri le eventuali problematiche alla quale potrebbe andare incontro in base al suo intervento?

2.1.3 Attività di raccolta

I questionari sono stati somministrati nel periodo compreso tra il 1° giugno ed il 30 giugno 2024 da parte del personale infermieristico dell'UOC IOV Chirurgia Oncologica delle vie digestive, al momento della dimissione. Per quanto riguarda, invece, i 10 giorni successivi alla dimissione, il monitoraggio telefonico è stato effettuato dalla figura professionale *Case Manager* dell'UOC Chirurgia Oncologica delle vie digestive che provvedeva, in caso di variazione del decorso postoperatorio ad avvisare il Medico referente del paziente.

2.1.4 Analisi statistica

L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il *software* IBM SPSS Statistics per Windows versione 27.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). I grafici sono stati creati utilizzando il *software* GraphPad Prism versione 9.0 (GraphPad Software, Inc., CA, USA). Tutte le variabili raccolte sono state descritte: le variabili di tipo qualitativo tramite frequenza e percentuale e le variabili quantitative tramite indici di posizione (mediana e quartili). I dati sono stati analizzati ulteriormente suddividendo la casistica in diversi sottogruppi. Per verificare la presenza di differenze tra i sottogruppi sono stati utilizzati, per le variabili qualitative, test quali: test Chi quadrato e test di Fisher per verificare differenze nelle distribuzioni di frequenza, mentre per le variabili quantitative i test non parametrici di Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. I test calcolati sono stati ritenuti statisticamente significativi se $p < 0.05$.

CAPITOLO 3

3.1. Analisi dei dati

La tabella 1 presenta una sintesi dei dati clinici, del gruppo di pazienti post-operati oncologici (32) presi a campione per questo studio, descrivendo variabili come età, sesso, patologie, interventi chirurgici e complicanze post-operatorie.

3.1.1 Caratteristiche dei pazienti

3.1.1.1 Età

Per quanto riguarda l'età, la mediana è di 63 anni, con la maggior parte dei pazienti (65,6%) sotto i 70 anni. Tuttavia, un terzo del campione (34,4%) è composto da persone di età pari o superiore ai 70 anni. La distribuzione tra i sessi mostra una leggera prevalenza di uomini (56,3%), mentre le donne costituiscono il 43,8% dei pazienti.

3.1.1.2 Patologia

Le patologie che hanno richiesto interventi chirurgici maggiori sono piuttosto varie. Il tumore del colon-retto è il più comune, rappresentando il 37,5% dei casi, seguito da carcinomi (18,8%) e tumore del pancreas (15,6%). Anche altre patologie, come tumori dello stomaco e dell'esofago (12,5%), tumori stromali gastrointestinali (GIST) e tumori neuroendocrini (NET), sono presenti, seppur in percentuali minori. Un aspetto rilevante è che il 28,1% dei pazienti ha ricevuto chemioterapia prima del ricovero, suggerendo che molti di loro affrontavano condizioni oncologiche avanzate e complesse.

3.1.1.3 Stadi della malattia

L'analisi degli stadi di malattia evidenzia che la maggioranza dei pazienti si trova in stadi avanzati. In particolare, il 37,5% dei pazienti è in stadio 4, mentre

il restante è distribuito tra gli stadi 1, 2 e 3. Solo una piccola percentuale (6,3%) si trova in stadio 0, ovvero nelle fasi iniziali della malattia.

La maggior parte dei pazienti (81,3%) ha subito interventi di chirurgia maggiore, che sono spesso associati a un decorso post-operatorio impegnativo e a una degenza ospedaliera più lunga. Infatti, la durata media della degenza è stata di circa 6,5 giorni, ma può variare a seconda delle condizioni del paziente e delle complicanze che possono insorgere.

3.1.1.4 Complicanze

Per quanto riguarda le complicanze post-operatorie, si sono verificate nel 31,3% dei pazienti. Le complicanze sono state suddivise in vari gradi di gravità: alcune sono state relativamente lievi (grado 1 e 2), ma altre più gravi, come quelle di grado 3a e 3b, che hanno richiesto interventi correttivi o ulteriori procedure invasive. Complessivamente, il 9,4% dei pazienti ha dovuto affrontare un reintervento.

Le re-ospedalizzazioni post-operatorie, con il 12,5% dei pazienti che è tornato in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione. Anche nei 90 giorni successivi all'intervento, si è verificata una percentuale minore di re-ospedalizzazioni (6,3%), e in un caso un paziente ha necessitato di un ulteriore intervento chirurgico.

Tabella 1: Caratteristiche dei pazienti

	N	(%)
Età, anni, mediana (IQR)	63	(56–73.5)
<70 anni	21	(65.6)
≥70 anni	11	(34.4)
Sesso		
Maschi	18	(56.3)
Femmine	14	(43.8)
Patologia		
Carcinosi	6	(18.8)
Colon-retto	12	(37.5)
Pancreas	5	(15.6)
Stomaco-esofago	4	(12.5)
GIST	2	(6.3)
NET	1	(3.1)
Altro	2	(6.3)
Chemioterapia pre-ricovero	9	(28.1)
Stadio di malattia		
0	2	(6.3)
1	6	(18.8)
2	7	(21.9)
3	5	(15.6)
4	12	(37.5)
Intervento chirurgia maggiore	26	(81.3)
Durata degenza, gg, mediana (IQR)	6.5	(4–10.75)
Complicanze	10	(31.3)
Grado 1	3	(9.4)
Grado 2	3	(9.4)
Grado 3a	1	(3.1)
Grado 3b	3	(9.4)
Reintervento	3	(9.4)
Re-ospedalizzazione a 30 gg	4	(12.5)
Re-ospedalizzazione 90 gg	2	(6.3)
Reintervento 90 gg	1	(3.1)

3.1.2. Dati descrittivi degli interventi telefonici

Sono stati realizzati complessivamente 320 interventi telefonici, con una media di 10 contatti per ciascun paziente nei 10 giorni successivi alla dimissione. Si segnala la decisione di un paziente di interrompere il monitoraggio telefonico dopo la seconda giornata.

In 8 pazienti (22,8%), le chiamate hanno portato a un intervento medico. In particolare, sei pazienti hanno dovuto modificare la terapia farmacologica nel periodo post-ricovero: quattro di loro hanno adeguato la terapia antalgica, mentre due hanno iniziato una terapia antibiotica. Inoltre, due pazienti sono stati nuovamente ricoverati: uno per febbre e l'altro a causa di disidratazione.

Tabella 2: Dati descrittivi degli interventi telefonici

Tipologia di interventi medici	Pazienti	Di cui:
Modifica terapia farmacologica	6	4 pazienti: modifica terapia antalgica 2 pazienti: inizio terapia antibiotica
Re-ricoveri	2	1 paziente: Disidratazione 1 paziente: Febbre
Reinterventi chirurgici entro 30 giorni	0	

3.1.3 Risultati del questionario alla dimissione

Tredici pazienti (40,6%) vivono da soli, mentre 21 pazienti (65,6%) hanno dichiarato di sentirsi molto supportati da una rete familiare. Lo stesso numero di pazienti (21), ha confermato di avere a disposizione un dispositivo telefonico per fotografare ed eventualmente inviare immagini di possibili complicanze. Diciassette pazienti (53,1%) ritengono utile la presenza di una figura infermieristica di riferimento nel periodo post-dimissione. Infine, 15 pazienti

(46,9%) si sono descritti come molto tranquilli all'idea di effettuare un monitoraggio telefonico quotidiano nei 10 giorni successivi alla dimissione.

3.1.4 Risultati del monitoraggio telefonico

La figura 1 illustra la mediana dei valori dei singoli parametri dell'ESAS score nelle 10 giornate successive alla dimissione. Dall'analisi emerge che stanchezza e dolore sono i sintomi più frequentemente riportati dai pazienti durante il monitoraggio telefonico. In particolare, la stanchezza risulta il sintomo più comune, con una mediana di 3 nella prima giornata, 4 nella terza giornata e 2 nella quinta. Il dolore, invece, mantiene una mediana costante di 1 fino alla sesta giornata post-dimissione, confermandosi il sintomo più stabile nel tempo. Altri sintomi, come sonnolenza, mancanza di appetito, malessere e insonnia, sono stati riportati prevalentemente nelle prime due giornate di monitoraggio, per poi diminuire fino a scomparire nelle giornate successive.

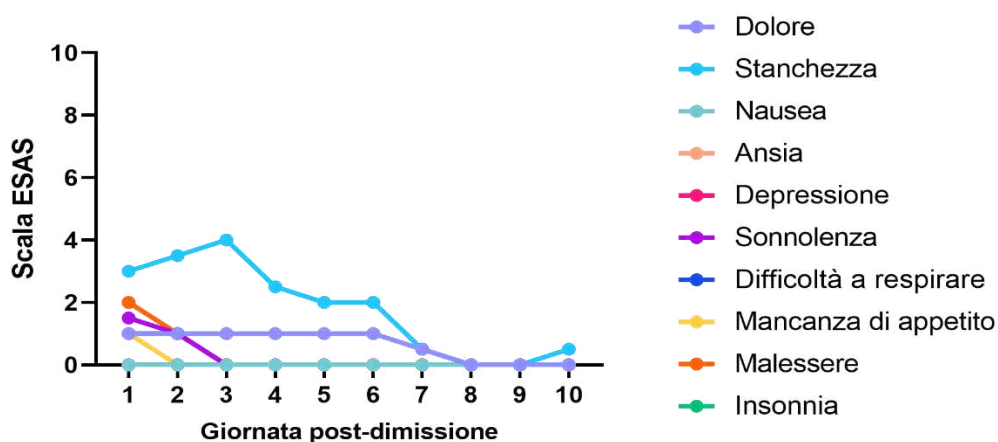


Figura 1: La mediana dei valori dei singoli parametri dell'ESAS score nelle 10 giornate successive alla dimissione

3.1.4.1 Monitoraggio telefonico differenziato per sesso

Il dolore è stato riferito con un valore mediano di 0 nei pazienti maschi e 2 nelle pazienti femmine ($p=0.004$). La stanchezza è stata riferita con un valore mediano di 0 nei pazienti maschi e 4.63 nelle pazienti femmine ($p=0.044$). La

sonnolenza è stata riferita con un valore mediano di 0 nei pazienti maschi e 1.75 nelle pazienti femmine ($p=0.016$). Il malessere è stato riferito con un valore mediano di 0 nei pazienti maschi e 1.75 nelle pazienti femmine ($p=0.037$).

I dati del monitoraggio telefonico differenziato per sesso sono mostrati nella Figura 2.

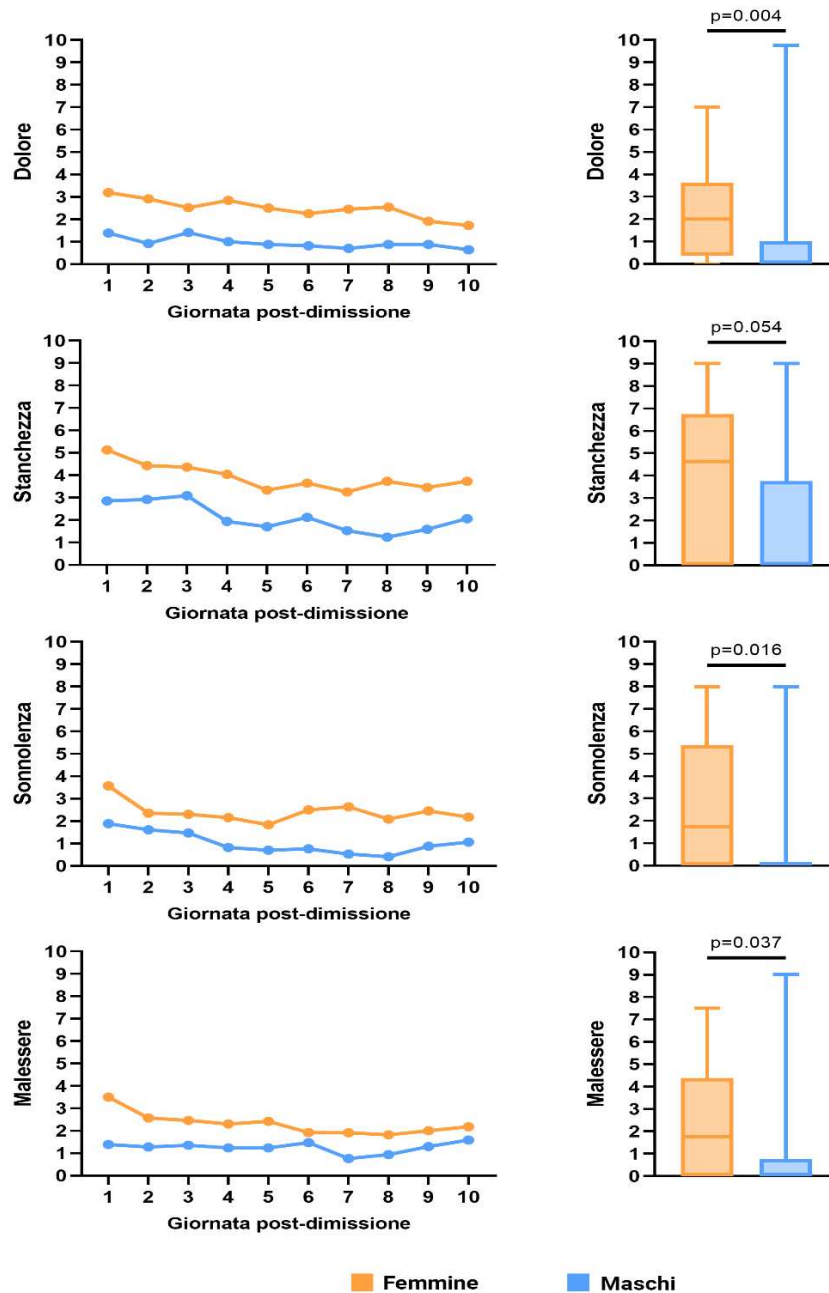


Figura 2: Dati del monitoraggio telefonico differenziato per sesso

3.1.4.2 Monitoraggio telefonico differenziato per stadio

La depressione è stata riferita con un valore mediano di 0 nei pazienti con diagnosi di stadio 1-2 e 1.5 nei pazienti stadio 3-4 ($p=0.034$). Il malessere è stato riferito con un valore mediano di 0 nei pazienti stadio 1-2 e 2.5 nei pazienti stadio 3-4 ($p=0.030$). L'insonnia è stata riferita con un valore mediano di 0 nei pazienti stadio 1-2 e 2 nei pazienti stadio 3-4 ($p=0.036$).

I dati del monitoraggio telefonico differenziato per stadio sono mostrati nella Figura 3.

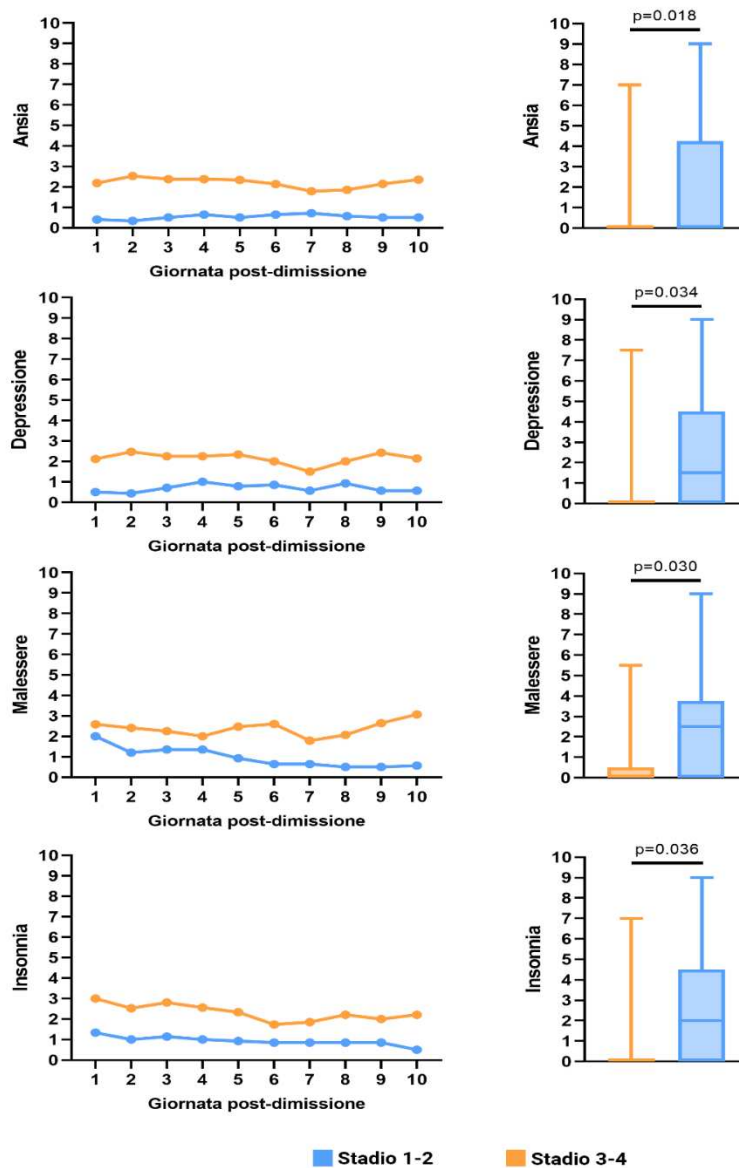


Figura 3: Dati del monitoraggio telefonico differenziato per stadio

3.1.4.3. Monitoraggio telefonico differenziato per patologia

Il dolore e l'insonnia sono i parametri con valori mediani significativamente maggiori nei pazienti con diagnosi di patologia oncologica upperGI. In particolare, durante il monitoraggio telefonico il valore mediano del dolore era 2 (vs 0,25 del colon retto, 1 delle carcinosi e 0 della patologia pancreaticata) e dell'insonnia 4 (vs 0 del colon retto e della patologia pancreaticata e 1 delle carcinosi).

I dati del monitoraggio telefonico differenziato per patologia sono mostrati nelle figure 4 e 5.

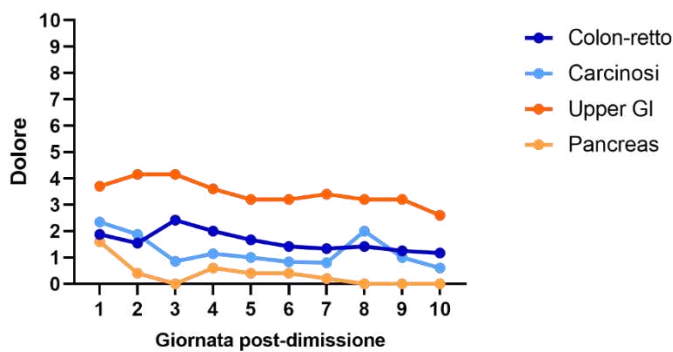


Figura 4: Dati del monitoraggio telefonico differenziato per patologia

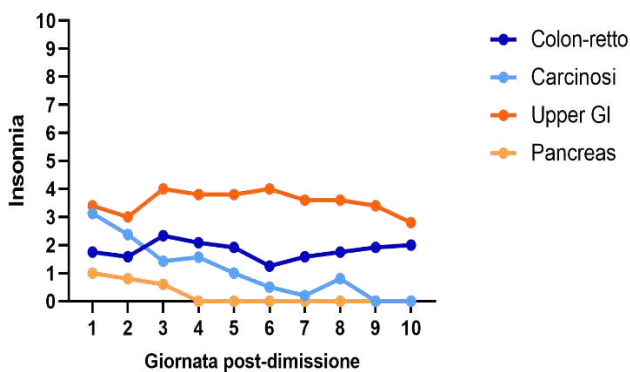


Figura 5: Dati del monitoraggio telefonico differenziato per patologia

CAPITOLO 4

4.1 Discussione dei risultati

Nel contesto della gestione post-operatoria dei pazienti oncologici, il monitoraggio attivo emerge come un elemento cruciale per garantire la sicurezza e il benessere dei pazienti. Per questo motivo, le figure professionali come quelle delle *case manager* e del *nurse navigator* rivestono un ruolo fondamentale nel garantire un supporto continuo e nella facilitazione della comunicazione tra i pazienti e il sistema sanitario. I risultati di questo studio rafforzano ulteriormente questa evidenza, poiché nel corso del monitoraggio telefonico eseguito su 32 pazienti sottoposti a chirurgia maggiore con diagnosi oncologica, si è evidenziata la necessità nel 22,8% dei pazienti di effettuare un intervento medico aggiuntivo e fuori da un normale decorso postoperatorio. Questo è stato reso possibile grazie alla segnalazione del paziente al personale infermieristico che si è occupato di effettuare il monitoraggio telefonico nei dieci giorni successivi alla dimissione. Questo dato non solo evidenzia l'importanza di una comunicazione continua tra paziente e *équipe* medica, ma sottolinea anche il valore delle chiamate di *follow-up* nel rivelare problematiche cliniche che altrimenti potrebbero non emergere. Infatti, in assenza di monitoraggio telefonico, probabilmente l'intervento medico avrebbe subito un ritardo temporale, con le conseguenze associate.

L'aumento esponenziale dei casi di tumore negli ultimi anni, passando da 376.600 nuove diagnosi nel 2020 a circa 395.000 nel 2023, riflette la crescente incidenza di questa malattia nell'era moderna. Sebbene il numero di casi aumenti, è incoraggiante notare che i progressi scientifici hanno portato a una significativa diminuzione della mortalità per tumore, dai 614 casi di morte evitati nel 2007 a oltre 9.000 nel 2019. La sopravvivenza dopo la diagnosi è diventata un indicatore fondamentale dell'efficienza del sistema sanitario e dell'impatto della malattia sulla popolazione. [2]

La qualità della vita è influenzata da vari fattori, tra cui le condizioni di salute, il ricovero post-operatorio e la percezione della propria condizione. Ricerche come quella condotta in Polonia nel 2018 hanno dimostrato che genere e educazione influenzano l'accettazione della malattia, correlata a un miglioramento della qualità della vita [7]. Indubbiamente la possibilità di effettuare un monitoraggio telefonico continuo in seguito alla dimissione facilita la possibilità del paziente di segnalare alcune problematiche ed ottenere un intervento medico precoce ed efficace, migliorando gli *outcomes* chirurgici e la qualità di vita.

Tra i vari sintomi riportati durante i *follow-up* telefonici presi in oggetto, dolore e stanchezza emergono come i più comuni. Questi sintomi non solo influiscono sul benessere fisico, ma possono anche avere ripercussioni significative sulla salute mentale e sulla capacità di affrontare il percorso di recupero, minando così, la qualità di vita. Analizzando i dati, si osservano differenze tra maschi e femmine. Il dolore è stato riferito con un valore mediano di 0 nei pazienti maschi e 2 nelle pazienti femmine ($p=0.004$). Questo indica che le donne tendono a riferire livelli di dolore più elevati. Anche la stanchezza presenta un quadro simile: nei maschi, il valore mediano è di 0, mentre nelle femmine è di 4.63 ($p=0.044$). Questo suggerisce che le donne possono sperimentare un maggiore affaticamento. Da uno studio condotto dall'Aimac (associazione italiana malati di cancro) è emerso che le fluttuazioni ormonali, in particolare quelle legate al ciclo mestruale e alla menopausa, hanno un impatto significativo sui livelli di energia e sulla percezione della fatica nelle donne. Inoltre, l'anemia è una problematica comune tra i pazienti oncologici e colpisce le donne in modo particolare. La diminuzione dei livelli di emoglobina riduce la capacità del sangue di trasportare ossigeno, portando a una sensazione di affaticamento che può risultare debilitante, soprattutto dopo un intervento chirurgico [13]. L'incidenza del dolore postoperatorio cronico diagnosticato clinicamente è maggiore nelle donne rispetto agli uomini dopo interventi. Questo dato emerge da uno studio pubblicato sul *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, che evidenzia come le donne sperimentino un'incidenza significativamente più alta di dolore postoperatorio cronico.

Inoltre, è stato riscontrato che le donne riportano anche livelli più elevati di dolore preoperatorio, sia nella zona dell'intervento che in altre aree del corpo [14].

È importante sottolineare che il monitoraggio telefonico, pur essendo un'operazione preziosa, risulta dispendioso in termini di personale e di tempo impiegati. Sicuramente, in caso di carenza di personale, il monitoraggio telefonico va riservato ai pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore per diagnosi oncologica. Dai nostri dati emerge come il monitoraggio telefonico sia uno strumento efficace, in particolare nei pazienti con stadi di malattia elevati, che, come dimostrato dall'analisi, necessitano di maggiore attenzione. In particolare, è emersa una correlazione significativa tra gli stadi avanzati della malattia e l'insorgenza di sintomi quali depressione e malessere. I pazienti in stadio 3 e 4 hanno mostrato un aumento marcato di tali sintomi, richiedendo, quindi, strategie di supporto più incisive e un monitoraggio dedicato. Questo approccio mirato potrebbe garantire un'assistenza più efficace ai pazienti con più fragilità e una gestione organizzativa ottimale. La cura psicosociale è una componente fondamentale di un approccio olistico, che permette ai pazienti di cercare supporto informativo ed emotivo dai *caregiver*, facilitando così una gestione più efficace del loro percorso oncologico [15].

Oltre alla stadiazione, è importante notare anche le differenze tra le varie tipologie di neoplasie. I pazienti con patologie upperGI, come tumori gastrici ed esofagei, hanno riportato livelli significativamente più elevati di dolore e insonnia rispetto ai pazienti affetti da tumore del colon-retto o pancreatico. Questi interventi chirurgici spesso comportano una maggiore debilitazione postoperatoria anche e soprattutto dal punto di vista alimentare, giustificando la fragilità più accentuata nei pazienti. La difficoltà nell'assunzione di cibo e la compromissione della nutrizione possono influire significativamente sullo stato di salute generale e sul recupero, rendendo questi pazienti più vulnerabili. Questi risultati indicano che la tipologia di neoplasia influisce non solo sulla gravità dei sintomi post-operatori, ma anche sulla necessità di interventi medici e sulla gestione complessiva del paziente. Pertanto, è essenziale sviluppare

un approccio personalizzato che consideri le specificità cliniche di ciascun paziente. Per migliorare l'assistenza nutrizionale, ad esempio, la *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) ha elaborato linee guida basate su solide evidenze scientifiche. I dietisti ricoprono un ruolo fondamentale nella definizione di una dieta adatta al paziente, collaborando con gli infermieri nell'applicazione di queste indicazioni nella pratica clinica quotidiana e sono responsabili di fornire educazione al paziente. È fondamentale che gli infermieri riconoscano le cure nutrizionali come parte delle loro responsabilità e si impegnino attivamente nella pianificazione e nell'implementazione di interventi per prevenire la malnutrizione [16]. Ad esempio, la degenza media dopo un'esofagectomia con decorso regolare è di 7-8 giorni, durante i quali il paziente recupera gradualmente l'autonomia e inizia una dieta semisolida, consigliata per 15 giorni. Il pieno recupero funzionale avviene dopo alcuni mesi. Sebbene possano verificarsi complicanze, la gestione da parte di un team medico e infermieristico specializzato migliora i risultati e di conseguenza la loro qualità di vita [17].

Nonostante i dati raccolti in questo studio suggeriscano che una strategia di monitoraggio attivo può migliorare significativamente gli esiti post-operatori, l'implementazione di tali programmi presenta anche delle sfide legate ai costi e alle risorse necessarie. Il monitoraggio telefonico può risultare dispendioso in termini di tempo e personale, rendendo essenziale un approccio strategico per minimizzare i costi e l'impegno di personale e massimizzare i benefici. Pertanto, potrebbe risultare utile effettuare uno *screening* al momento della dimissione, stabilendo la tipologia di pazienti che potenzialmente possono beneficiare maggiormente di un monitoraggio telefonico, in base a fattori come lo stadio della malattia, patologia, età e sesso.

Inoltre, identificando quali sintomi sono maggiormente correlati a complicanze o necessità di interventi, si potrebbe sviluppare un protocollo di monitoraggio mirato, capace di ottimizzare l'uso delle risorse e migliorare ulteriormente gli esiti clinici. Infine, per alcune patologie, il monitoraggio telefonico potrebbe anche comprendere non solo il monitoraggio dei sintomi, ma anche il

monitoraggio dell'andamento dell'alimentazione, come per esempio nei pazienti sottoposti a chirurgia per neoplasie gastriche o esofagee.

In conclusione, mentre il monitoraggio telefonico rappresenta un'importante innovazione nella cura post-operatoria, una pianificazione attenta e personalizzata, supportata da analisi approfondite dei sintomi, potrebbe trasformarlo in una prassi standard efficace e sostenibile, con benefici tangibili per i pazienti e le loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA

1. Karmann CF, Sborea S, Tinini G. La malattia oncologia negli adulti e nei bambini. Manuale del volontario in oncologia. 2013 Jan;43-100.
2. AIRC. Le statistiche del cancro. 2024. Available from: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/numeri-del-cancro>
3. Costa G, Salmaso S, Cislighi C. Misurare in sanità pubblica: registri e sorveglianza. Istisan. 2014.
4. Stoico R, Catani C, Vitarelli F. Nuovi modelli organizzativi: l'assistenza infermieristica nei PDTA oncologici. Ancona; 2018.
5. Volpone C. Modelli organizzativi e percorsi: il ruolo dell'infermiere nella rete oncologica. 2014.
6. Schiavone L, Pegoraro V, Dal Mas F, Zantedeschi M, Campostrini S, Cobianchi L. Il case manager infermieristico nel contesto dell'oncologia. Una revisione della letteratura. Eur J Volunt Community Based Proj. 2023;1-22.
7. Szpilewska K, Juzwiszyn J, Milan M, Chabowski M, Janczak D. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. Index Copernicus Int. 2018 Feb 28;1-5.
8. Ream E, Hughes AE, Cox A, Skarparis K, Richardson A, Pedersen V, Bryant A. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2020.
9. Cosimelli M. Riduzione del rischio clinico e miglioramento delle qualità dei trattamenti: l'importanza in chirurgia oncologica coloretale. PoliS Lombardia. 2019-2020;44-5.
10. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of surgical complications. Ann Surg. 2004.
11. Blasi F, Tana M, Carrai P, Giovenco G, Silvestri M, De Luca F, Ermelinda L. Problematiche e prospettive infermieristiche in oncologia. Roma: IPASVI.

12. Apuzzo L, Iodice M. Edmonton Symptom Assessment System - ESAS. Nurse24.it. 2021 Sep 20.
13. Aimac - Associazione Italiana Malati di Cancro, Parenti e Amici. Le cause della fatigue. 2022 Available from: <https://www.aimac.it/libretti-tumore/fatigue/le-cause-della-fatigue>
14. Roca G, Sabate S, Serrano A, Benito MC, Pérez M, Revuelta M, et al. Sex differences in chronic postsurgical pain after open thoracotomy. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2024.
15. Legg MJ. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Aust J Adv Nurs*. 2011.
16. Bjerrum M, Tewes M, Pedersen P. Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition: before and after a training programme. 2011.
17. Rosati R. Esofagectomia. 2024 Available from: <https://www.almaitalia.org/malattie-relative-acalasia/resezione-esofagea-esofagectomia>

APPENDICE 1

Edmonton Symptom Assessment System – Total Care (ESAS-TC)

La preghiamo di rispondere a tutte le domande del questionario facendo una crocetta sul numero che meglio descrive la sua situazione in questo momento (esempio : 5)

Nel corso delle ultime 24 ore ha avuto...

Dolore	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore possibile
Stanchezza	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Nausea	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Depressione	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Ansia	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Sonnolenza	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Mancanza di appetito	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Malessere	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore possibile
Insonnia	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile

Nel corso dell'ultimo mese ha provato...

Preoccupazione finanziaria legata alla malattia	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peggiore possibile
Dolore spirituale (profonda sofferenza interiore non fisica)	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore possibile
Isolamento sociale	Per niente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Il peggiore possibile

APPENDICE 2

QUESTIONARIO ALLA DIMISSIONE:

1. Vive da solo?
SI NO
2. In una scala da 1 a 10 quanto ritiene di avere una rete di supporto familiare?
(Per niente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Molto)
3. Ha un dispositivo con il quale poter fotografare un'eventuale problematica e in caso poterla inviare?
SI NO
4. Quanto si sente supportato emotivamente e sull'educazione della gestione post dimissione dal personale ospedaliero?
(Per niente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Molto)
5. Crede che un'ipotetica figura infermieristica possa esserle utile per la gestione post-chirurgica a domicilio?
SI NO
6. Quanto si sente in grado di riconoscere autonomamente una complicanza post-operatoria?
(Per niente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Molto)
7. Davanti alle difficoltà, si sente di essere una persona tranquilla e che non si fa prendere dall'ansia?
(Per niente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Molto)
8. Si sentirebbe più tranquillo ad essere chiamato dal personale infermieristico ogni giorno?
(Per niente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Molto)
9. Beneficerebbe di un dépliant alla dimissione che illustri le eventuali problematiche alla quale potrebbe andare incontro in base al suo intervento?
(Per niente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Molto)