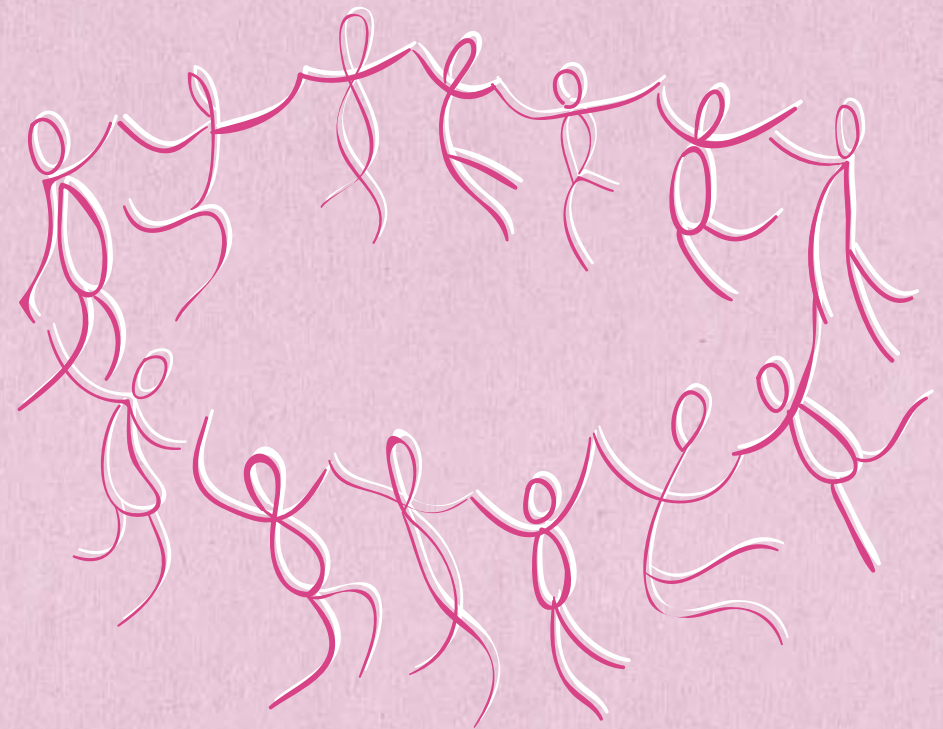
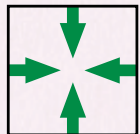


i QUADERNI della RIABILITAZIONE

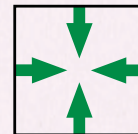
manuale
per pazienti sottoposte a chirurgia mammaria



**Struttura Complessa di Cure Palliative
(Terapia del Dolore - Riabilitazione)**
Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori
Via Venezian, 1 - 20133 Milano
Telefono 02.2390.2534 Fax 02.2390.3656
riabilitazione.oncologica@istitutotumori.mi.it
www.istitutotumori.mi.it



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI

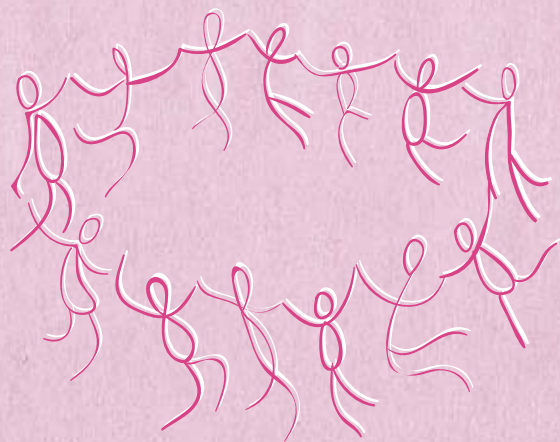


A CURA DI
Reparto di Riabilitazione

DIRETTORE
Dott. Augusto CARACENI

GRAFICA E
IMPAGINAZIONE
Sara BELLIA

ILLUSTRAZIONI
Mattia BOTTA



Per superare la malattia è necessario anche riprendere il proprio ruolo nel lavoro, nella famiglia, nella vita. Ognuno di noi ha risorse per riuscire, ma per ognuno può essere di aiuto un supporto professionale e attento come quello offerto dalla riabilitazione oncologica.

La riabilitazione oncologica serve a superare le limitazioni fisiche, ma non solo, che possono accompagnarsi alle terapie e alla malattia, in tutte le sue fasi: dalla chirurgia alla radioterapia, dalla chemioterapia alle terapie palliative, dalla diagnosi alla guarigione.

La riabilitazione oncologica è da sempre impegno della nostra Fondazione. Grazie al supporto fondamentale della LILT, Sezione Provinciale di Milano, ha enfatizzato la continuità delle cure riabilitative con le cure oncologiche, riconoscendola come parte integrante della cura per accompagnare la persona in tutti i momenti importanti del percorso, insieme a tutte le altre competenze professionali e assistenziali qui disponibili.

La presenza dei volontari della LILT che operano a fianco dei professionisti conferma la nostra visione del malato, del paziente, come ospite e come persona che frequenta le nostre strutture. Vogliamo che chi si rivolge a noi trovi anche aiuto in questa pubblicazione, che intende fornirgli gli strumenti per guardare di nuovo con fiducia e partecipazione attiva e consapevole ai momenti presenti e a quelli futuri.

Il Direttore Generale
Dott. Alberto Scanni
Fondazione IRCCS, Milano

Il Presidente
Prof. Gianni Ravasi
LILT, Sezione Provinciale di Milano

LE STRATEGIE TERAPEUTICHE

Gli interventi chirurgici

La chirurgia riveste un ruolo fondamentale nell'approccio terapeutico alla patologia mammaria.

Gli interventi che attualmente vengono praticati sono molteplici e di diversa entità, a seconda delle dimensioni e della sede del nodulo che dovrà essere asportato.

La **quadrantectomia** (QUART) è l'asportazione di un quadrante della ghiandola mammaria con la cute soprastante e con i linfonodi ascellari. La **mastectomia radicale** è l'asportazione della ghiandola mammaria con la cute soprastante, i linfonodi ascellari e, talvolta, del muscolo piccolo pettorale.

La **biopsia del linfonodo sentinella** (B.L.S.) è l'asportazione del/i linfonodo/i che drena il nodulo neoplastico e la zona circostante. L'esame istologico di questa ghiandola stabilirà l'eventuale necessità di procedere alla dissezione ascellare completa.

La **dissezione linfonodale** ascellare è l'asportazione completa dei linfonodi ascellari. Il loro numero varia da persona a persona.

Gli interventi di quadrantectomia e di mastectomia possono essere eseguiti con la sola biopsia del linfonodo sentinella (B.L.S.), invece che con la dissezione ascellare completa.

Il decorso post-operatorio

Solitamente il decorso postoperatorio non presenta complicanze.

La dimissione avviene in pochi giorni e si torna dal chirurgo per le medicazioni ed i controlli di routine. Nei giorni successivi all'intervento, in particolare dopo la dissezione ascellare, possono comparire sensazioni particolari al braccio, all'ascella e al torace. Queste alterazioni sono da considerarsi assolutamente normali e non sono uguali in tutte le pazienti per quanto riguarda l'intensità, la durata e la localizzazione. Sono avvertite come perdita o diminuzione della sensibilità, soprattutto nelle zone circostanti la cicatrice chirurgica, ma anche lungo il braccio fino al gomito e talvolta fino al polso; sensazione di "imbottitura" o di "cartone" in ascella; dolore che può avere caratteristiche diverse, punture di spillo, sensazione costrittiva, bruciore intenso.

Talvolta questa sensazione può irradiarsi alla spalla e/o alla scapola, limitarne la mobilità e portare a rigidità di queste articolazioni.

Spesso la sensazione di stiramento che si avverte nella zona operata è dovuta alla medicazione e/o alla cicatrice e comunque non deve costituire un ostacolo al movimento.

Il senso di pesantezza al braccio e/o la presenza di un lieve gonfiore (segno di una stasi linfatica) sono legati all'asportazione dei linfonodi del cavo ascellare e nella maggior parte dei casi regrediscono spontaneamente in poche settimane. La linfa, infatti, trova quasi sempre vie alternative attraverso le quali scorrere.

La sua circolazione può essere aiutata tenendo l'arto sollevato, appoggiato su un cuscino all'altezza della spalla e massaggiato con movimenti lenti e leggeri dalla mano verso la spalla.

Durante l'intervento viene posizionato, in prossimità della ferita, un drenaggio che permette la fuoriuscita del siero dalla zona operata e che resterà in sede per circa 4-6 giorni.

Durante questo periodo è consentito qualsiasi movimento spontaneo come lavarsi, mangiare, scrivere ed è possibile effettuare cauti ed armonici esercizi di mobilizzazione.

Neppure i punti di sutura costituiscono un ostacolo né rischiano di staccarsi nel compiere movimenti di questo tipo. Sono invece sconsigliati sforzi e movimenti bruschi e violenti.

In qualche caso alcuni movimenti del braccio possono risultare incompleti per una imperfetta fissazione della scapola alla parete toracica (scapola alata). Ciò è una temporanea conseguenza dell'intervento e solitamente si risolve nel giro di qualche mese.

È molto importante sin dai primi giorni dopo l'intervento ripristinare

il movimento di tutto il corpo ed in particolare delle spalle e del collo. Ciò per evitare l'insorgenza di contratture muscolari e quindi di dolore e limitazione articolare, ma anche per favorire la circolazione linfatica. I disturbi provocati dalla biopsia del linfonodo sentinella sono rari.

Si tratta per lo più di alterazioni di sensibilità, di indurimento della cicatrice, di infiammazione dei vasi linfatici superficiali.

Tendono a scomparire nel giro di qualche settimana.

Le terapie complementari

Dopo l'intervento chirurgico l'équipe medica valuterà la necessità di instaurare ulteriori terapie, e cioè **radioterapia** e/o **chemioterapia** e/o **ormonoterapia**.

La **radioterapia** consiste nell'irradiare la zona operata con radiazioni ad alta energia. Viene effettuata ambulatoriamente e ogni seduta dura pochi minuti. Durante il trattamento potrebbero comparire arrossamento e leggero gonfiore della zona irradiata. Questi segni sono transitori e possono essere prevenuti e curati adottando apposite creme lenitive e/o nutrienti: quasi sempre nel giro di pochi mesi la cute riacquista il suo aspetto normale mentre può durare più a lungo l'ispessimento sottocutaneo che viene avvertito come una zona di consistenza duro-elastica.

A distanza di molti mesi dal termine della radioterapia, possono comparire nella zona irradiata piccole vene sottocutanee (telangectasie), di colore variabile dal rosso al violetto, che non sono dolorose e non hanno significato patologico.

Durante il trattamento radiante alcuni movimenti della spalla dal lato operato possono risultare più faticosi o limitati. In questi casi è opportuno, oltre ad effettuare gli esercizi illustrati alla fine di questo manuale, prenotare una visita specialistica fisiatrica.

La **chemioterapia** è una terapia farmacologica costituita da diversi farmaci; il dosaggio, la combinazione e la durata di questa cura viene deciso dall'oncologo. Gli effetti collaterali che possono comparire sono nausea, vomito, facile affaticabilità, infiammazione delle mucose, perdita dei capelli, aumento di peso, alterazioni, e talora scomparsa, del ciclo mestruale. Per molti di questi disturbi vengono somministrati farmaci che li prevengono o li riducono (nausea, vomito, infiammazioni). Altri sono comunque transitori e dopo la fine della chemioterapia cessano in tempi più o meno lunghi (ricrescita dei capelli, recupero delle forze, ritorno al peso iniziale).

L'**ormonoterapia** è un'ulteriore terapia farmacologica. Dura per lunghi periodi, circa cinque anni, e consiste nell'assunzione giornaliera del farmaco.

Raramente produce effetti collaterali importanti, può però determinare ritenzione idrica con conseguente aumento di peso e disturbi ginecologici (vampate di calore, perdite ematiche vaginali, prurito vulvare).

Gli esiti a distanza

Abbiamo parlato in precedenza del dolore e delle sensazioni soggettive di alterata sensibilità che possono comparire nei primi giorni dopo l'intervento. In qualche caso è possibile che il dolore e queste sensazioni possano persistere un po' più a lungo, e intensificarsi durante i cambiamenti atmosferici o dopo lavori pesanti. In questi casi il riposo dell'arto e le terapie farmacologiche, manuali e fisiche possono ridurre l'intensità. Il dolore alla spalla è generalmente dovuto ad una riacutizzazione di infiammazioni tendinee dell'articolazione preesistenti all'intervento.

Possono limitare il movimento del braccio, si risolvono con l'aiuto di farmaci antinfiammatori e/o terapie motorie o fisiche.

Un altro dolore abbastanza frequente è quello che può essere avvertito in corrispondenza delle coste e dello sterno nei casi in cui sia stata effettuata radioterapia. Anche qui le terapie fisiche e farmacologiche sono in grado di migliorarlo.

Nelle zone sottoposte a radioterapia (mammella, parete toracica, ascella)

possono comparire con il tempo fibrosi cutanee caratterizzate da un aumento di consistenza della cute. Queste possono dare luogo a limitazioni dell'articolazione della spalla e a dolore. L'impiego di terapie fisiche e manuali, meglio se in concomitanza alla radioterapia, può aiutare a mantenere o migliorare il trofismo della pelle, ridurre il dolore e limitare la comparsa delle fibrosi.

Le cicatrici aderenti e/o retraenti sono una complicanza relativamente frequente nei mesi successivi all'intervento e possono essere responsabili di limitazioni o rigidità del movimento del braccio. Per prevenirne la comparsa è bene proseguire gli esercizi consigliati nel post operatorio, da sole o in una palestra. Anche il massaggio con creme idratanti/nutrienti a base di oli ed estratti di piante officinali (aloe, camomilla, calendula, arnica ecc.) può essere di aiuto per mantenere l'elasticità e il trofismo della cute, ridurre l'arrossamento e il dolore.

Il linfedema

La difficoltà alla circolazione linfatica successiva alla dissezione ascellare può sfociare, in una percentuale limitata di soggetti (17-20%), in un linfedema. Questo si presenta come aumento di volume di tutto l'arto o di parte di esso, braccio, avambraccio o mano. L'esordio può essere acuto,

dopo una linfangite (infiammazione dei vasi linfatici), un trauma o uno sforzo, ma nella maggior parte dei casi avviene lentamente.

E' bene quindi porre attenzione alle stasi linfatiche o agli episodi di gonfiore circoscritto che possono coinvolgere il braccio, la mano o l'avambraccio e in caso di persistenza consultare subito il proprio medico di base o il fisiatra della struttura oncologica di riferimento.

Per prevenire questa complicanza e per facilitare la circolazione del braccio vanno limitati il più possibile microtraumi ripetuti, infezioni locali, lavori pesanti, ripetitivi e affaticanti per l'arto sia nei lavori domestici che nell'attività lavorativa.

Riportiamo a questo proposito alcuni consigli:

- Tenere una corretta igiene della cute mantenendo l'arto pulito soprattutto tra le dita e a livello della cicatrice.
- Usare detergenti delicati non aggressivi per la pelle, in caso di cute secca o disidratata impiegare creme emollienti.
- Quando si avverte il braccio stanco farlo riposare appoggiandolo su un cuscino o sul bracciolo della poltrona in posizione rilassata.
- Cercare di non sovraffaticare l'arto sottoponendolo ad attività faticose per lungo tempo e a movimenti ripetitivi eseguiti con sforzo.

- Durante i lavori domestici e di giardinaggio indossare guanti protettivi. In caso di tagli, abrasioni, spinate di fiori o di ortaggi, bruciate, punture di insetto, di ago, disinfettarsi accuratamente e applicare localmente antisettici e creme antibiotiche. (L'arto dal lato dell'intervento di dissezione ascellare ha ridotte difese immunitarie e i processi di cicatrizzazione possono essere più prolungati).
- Non indossare abiti e gioielli che facciano laccio o strozzature al polso o in ascella.
- Evitare di esporre l'arto a fonti di calore eccessivo: sauna, bagno turco, sabbature, fanghi, e porre attenzione nell'uso del ferro da stiro e del forno.
- Evitare l'esposizione al sole nelle ore più calde della giornata e comunque utilizzare creme solari con alto fattore di protezione.
- Evitare l'uso di reggiseni con spalline troppo strette (a questo livello esiste una via collaterale di scarico della linfa).
- Cercare di non portare pesi eccessivi e di compiere lavori pesanti e ripetuti a lungo (lavare pavimenti, vetri, ecc). Nella necessità, diluirli nel tempo.
- Cercare di non misurare la pressione e non effettuare prelievi sull'arto interessato a meno che non sia assolutamente necessario.
- Usare sempre rasoi elettrici o creme anallergiche per la depilazione delle ascelle. Evitare le cerette perché troppo traumatico lo strappo.

Se nonostante le precauzioni adottate, durante una febbre influenzale o dopo un microtrauma o uno sforzo, il braccio diventa improvvisamente rosso, caldo, dolente e gonfio, molto probabilmente si sta sviluppando una infezione locale (linfangite). In questo caso rivolgersi al proprio medico curante che prescriverà la terapia antibiotica e antinfiammatoria più adeguata. L'infezione scompare nel giro di 7-10 giorni ma se non adeguatamente curata può ripresentarsi. E' comunque consigliabile, per le pazienti sottoposte a dissezione ascellare, effettuare una prima visita fisiatrica a circa 1 mese dall'intervento, per verificare la ripresa funzionale dell'arto interessato, l'assenza di edema e, nel caso, iniziare precocemente le opportune terapie riabilitative.

L'alimentazione

Il controllo del peso corporeo rappresenta un aspetto importante in generale, ma nel nostro caso in particolare. Il sovrappeso è infatti uno dei fattori che possono favorire l'insorgenza del linfedema. Inoltre un'alimentazione qualitativamente o quantitativamente scorretta può aggravare l'evoluzione. Per questo è consigliabile seguire un regime alimentare ricco di fibre, acqua, vitamine A ed E, sali minerali (zinco, selenio, magnesio), povero di grassi e di sodio per favorire il ricambio,

evitare la ritenzione idrica e arrivare ad un significativo calo ponderale. Di seguito troverete alcune proposte alimentari e alcuni consigli che vi potranno essere utili.

Le proposte alimentari:

- Fare una buona colazione con latte parzialmente scremato o una spremuta o un succo di frutta accompagnati a piacere da cereali, fette biscottate, pane o biscotti leggeri.
 - Fare uno spuntino a metà mattina, se gradito, con frutta o yogurt limitando il più possibile gli alimenti che contengono grassi. Per questo imparare a leggere le etichette nutrizionali degli alimenti in modo da rendersi conto di ciò che si mangia.
 - Consumare a pranzo un primo piatto condito in modo leggero con sughi poco elaborati (pomodoro, verdure, pesto, ricotta). Molto vantaggiosa è l'assunzione di pasta o riso con legumi (fagioli, lenticchie, ceci, piselli) che apportano proteine vegetali di alto valore nutrizionale e non contengono grassi. Si potrà associare una porzione di verdura cotta o cruda e un frutto. Il secondo piatto potrà essere assunto a cena.
 - Assumere durante la giornata una elevata quantità di acqua, fibre e vitamine (contenute in frutta e verdura) per contrastare la tendenza alla ritenzione di liquidi.
- Il fabbisogno giornaliero di questi elementi è fornito da due abbondanti porzioni di verdura (a pranzo e a

cena) e da tre di frutta (ai pasti o come spuntino).

- Preferire come secondi piatti il pesce (1-2 volte a settimana) e le carni bianche (2-3 volte a settimana). Le carni rosse andranno limitate a 1 volta a settimana e i formaggi, freschi e poco grassi, a 2 volte a settimana. Preferire ricotta, tomini freschi, mozzarella, scamorza, caciotta, caprino, crescenza. I salumi andranno consumati 1-2 volte a settimana scegliendo tra prosciutto crudo o cotto sgrassati, bresaola, speck.
- Utilizzare preferibilmente olio extravergine di oliva o di semi evitando gli altri condimenti animali (burro, panna, strutto) e le margarine.
- Bere almeno 1 litro e mezzo di acqua, naturale o gassata, a pasto o tra i pasti anche se lo stimolo della sete è ridotto. Evitare invece il più possibile il consumo di bevande alcoliche e dolci.
- Mangiare lentamente, masticando bene il cibo in modo da favorire la digestione, evitando di compiere altre attività (leggere, discutere, ecc.) ma vivendo il momento del pasto come piacevole e senza tensioni.



LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA

Attualmente, nella maggior parte dei casi, è possibile ricostruire la mammella asportata contemporaneamente all'intervento di mastectomia. Altre volte la ricostruzione potrà avvenire solo a distanza di tempo. Le tecniche ricostruttive sono varie: ricostruzione con protesi permanente, con protesi ad espansione o con lembi muscolo-cutanei.

La scelta dipenderà dalla struttura fisica individuale, dallo stato della cute nella sede da ricostruire, dall'assetto posturale, ed altro.

Qualunque sia il tipo di intervento a cui si verrà sottoposte è importante ricordare che questo non modifica in nessun modo l'andamento della malattia oncologica.

Ricostruzione immediata con protesi permanente: è la tecnica chirurgica ricostruttiva più semplice, ed è possibile solo se la pelle è molto elastica e abbondante, se il muscolo pettorale è in ottime condizioni e se la mammella controlaterale è di piccole dimensioni.

Ricostruzione con protesi ad espansione: viene attuata quando la mammella è di medie dimensioni e consiste nell'inserimento di un espansore al di sotto del muscolo pettorale per distendere progressivamente la pelle dove successivamente sarà posizionata la protesi definitiva.

In genere sfrutta la precedente cicatrice se l'intervento ricostruttivo avviene a distanza di tempo dalla mastectomia.

La protesi ad espansione viene riempita progressivamente di soluzione fisiologica attraverso una valvola interna, fino a raggiungere nel giro di 4/6 settimane il volume desiderato. Dopo circa 7/8 mesi si procede alla sostituzione con la protesi anatomica definitiva di volume pari a quello della mammella controlaterale.

In una percentuale di casi è necessario ritoccare l'altra mammella per migliorare la simmetria.

Se, in sede di mastectomia, è stato effettuato un trattamento con radioterapia in precedenza, questi tipi di intervento ricostruttivo non vengono presi in considerazione.

Ricostruzione con muscolo retto addominale: In genere si attua quando non è stato possibile ricostruire la mammella con l'apposizione di protesi. Solitamente è consigliata a donne con mammelle molto grandi, con abbondante tessuto adiposo a livello della porzione addominale inferiore o quando la cute, essendo stata precedentemente irradiata, non è più elastica. A volte è necessario utilizzare il retto addominale di un lato, altre volte entrambi i muscoli retti. L'intervento ha la durata di 3/4

ore e una degenza di circa 8 giorni, dei quali i primi 2-3 sono di allettamento con una posizione nel letto detta "a cucchiaio" per non danneggiare la ferita addominale.

Successivamente verrà fatta indossare, per alcune settimane, una pancia contenitiva e protettiva.

Ricostruzione del capezzolo e dell'areola: possono essere eseguite ambulatorialmente e in anestesia locale. Sono interventi semplici e non dolorosi e permettono di dare un aspetto completo alla mammella ricostruita. Nel tempo la simmetria raggiunta potrà cambiare a causa

del naturale modificarsi della forma della mammella controlaterale, ma anche a causa di eventuali modifiche di peso. Per questo potranno essere programmati piccoli rimodellamenti plastico-ricostruttivi.

Come la chirurgia oncologica anche questi interventi possono comportare esiti funzionali a carico della spalla, del braccio, della colonna. Per ridurne e limitarne l'incidenza è utile e consigliato far precedere all'intervento una visita fisiatrica per programmare, in caso di necessità, un trattamento di riequilibrio e riassetto posturale.

LE PROTESI MAMMARIE ESTERNE

Nei casi in cui non è stato attuato un intervento chirurgico ricostruttivo o conservativo, o quando, anche in presenza di un intervento conservativo, residua un'importante asimmetria delle mammelle, si adatterà una protesi mammaria esterna.

La protesi mammaria adatta ad essere indossata nell'immediato post operatorio è realizzata in materiale morbido e leggero, cotone e tessuto anallergico, e può quindi essere utilizzata anche in presenza dei punti di sutura. La protesi vi verrà fornita gratuitamente dalla S.C. di Riabilitazione e Cure Palliative.

Successivamente, a distanza circa di un mese dall'intervento, quando la

ferita chirurgica sarà completamente guarita, è necessario sostituire la protesi in cotone con una che abbia peso, consistenza, volume e forma più simili possibili alla mammella controlaterale. Queste caratteristiche si trovano nelle protesi mammarie di silicone, che è lo stesso materiale usato per quelle interne.

La protesi al silicone viene consigliata per la sua rispondenza ad esigenze estetiche, ma soprattutto per il suo peso, che assume in questo caso un valore funzionale. Spesso infatti, dopo un intervento di mastectomia, può verificarsi una modificazione dell'atteggiamento posturale della spalla dalla parte dell'intervento

anche a causa della differenza di peso tra i due lati. Questa modificazione posturale, nel tempo, può coinvolgere le scapole e la colonna cervico-dorsale portando all'insorgenza o alla riacutizzazione di dolori in questa sede.

Esistono in commercio almeno una ventina di modelli di protesi mammarie, prodotte con taglie, forme, peso e consistenza diverse.

Da alcuni anni inoltre è in commercio anche una protesi autoadesiva e una protesi "climatizzata".

La scelta della protesi esterna deve tener conto dell'estensione dell'intervento, e anche della forma, della posizione, del volume e consistenza della mammella controlaterale.

I modelli esistenti in commercio sono in grado di soddisfare criteri estetici e funzionali. Questa protesi si può ottenere gratuitamente dal SSN (vedasi pag. seguente), oppure può essere acquistata presso un negozio di ortopedia specializzato.

In ogni caso sia che la si acquisti personalmente o che la si ottenga gratuitamente tramite l'ASL è comunque importante scegliere un negozio che abbia un minimo di assortimento di protesi mammarie e accessori (reggiseno, costumi, body) e di personale competente che sappia assistere e consigliare nella scelta.

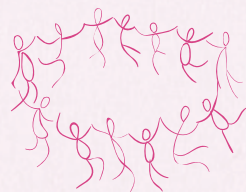
La protesi va indossata con un reggiseno o un body a cui sono state apportate modifiche nella coppa. In commercio sono disponibili reggiseni,

body e costumi già modificati, ma volendo si possono adattare anche i reggiseni "normali".

Nella scelta del reggiseno è importante seguire alcuni accorgimenti, soprattutto per chi ha il seno pesante e voluminoso:

- Le spalline dovrebbero essere larghe e non molto elasticizzate, in modo da distribuire il peso della protesi su una superficie più ampia della spalla.
- La fascia toracica alta e avvolgente, così da comprendere anche la zona sotto l'ascella.
- Le coppe fatte in materiale consistente, che possa modellare e sostenere la mammella controlaterale.
- La scollatura non troppo ampia.

E' importante che la protesi venga sempre indossata aderente al corpo affinché possa seguirne i movimenti e possa essere percepita come parte di sé.



COME OTTENERE GRATUITAMENTE LE PROTESI MAMMARIE ESTERNE

Seguendo le opportune pratiche burocratiche, la protesi mammaria può essere ottenuta gratuitamente su tutto il territorio nazionale. L'iter è apparentemente complesso, ma il personale sanitario a cui è necessario rivolgersi, sarà anche disponibile a consigliarvi nella scelta della protesi più rispondente alle vostre esigenze.

Per i residenti in Regione Lombardia

PRENOTAZIONE

Prenotare al Centro Unico di Prenotazione (C.U.P.) una visita "socio-assistenziale" telefonando al n. **02/23904000**, o presentandosi personalmente allo sportello.

ACCETTAZIONE

Il giorno dell'appuntamento presentarsi al C.U.P. muniti di impegnativa (del medico curante o dell'INT) con dicitura "**valutazione protesica**", del codice fiscale, del libretto sanitario e dell'esenzione ticket, per l'accettazione.

PRESCRIZIONE

Effettuata l'accettazione recarsi in Riabilitazione (blocco F piano -1) dove il Servizio Socio-Assistenziale prescriverà la protesi mammaria sul **MODELLO REGIONALE 03**, allegando il **programma terapeutico** e l'impegnativa di valutazione protesica che servirà per il collaudo.

PREVENTIVO

Recarsi presso un negozio di ortopedia convenzionato con la ASL, per integrare il **MOD. 03** con il preventivo della protesi.

AUTORIZZAZIONE

Portare il **MOD. 03** all'**UFFICIO PROTESI** della ASL di residenza per l'autorizzazione.

RITIRO

Ottenuto il **MOD. 03** autorizzato dalla ASL tornare al negozio di ortopedia per il **ritiro** della protesi.

COLLAUDO

Per il “collaudo” (verifica della idoneità della protesi) richiedere un nuovo appuntamento al C.U.P. (tel 02 23904000).

Il giorno dell'appuntamento, dopo aver effettuato l'accettazione (utilizzando l'impegnativa precedentemente consegnata), recarsi in Riabilitazione con la protesi e il Modello 03.

Per i residenti in altre Regioni

Le Signore non residenti in Lombardia dovranno telefonare alla ASL di residenza che indicherà l'iter burocratico da seguire.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste all'Assistente Sanitaria della S.C. di Riabilitazione al n. 02/23903368.

MIGLIORARE IL MOVIMENTO

Gli esercizi che seguono non sono rivolti solo al recupero del movimento dell'arto superiore interessato dall'intervento chirurgico, ma coinvolgono più distretti per ricercare l'armonia e la simmetria corporea.

Questi esercizi vanno eseguiti di preferenza in posizione seduta utilizzando uno sgabello o una sedia rigida, senza appoggiarsi allo schienale, con i piedi a terra, senza scarpe o con il tacco basso. Eventualmente se si preferisce ci si può distendere su un materassino o un tappeto.

È consigliabile un abbigliamento comodo che non limiti i movimenti.

Qualsiasi posizione venga scelta, ricordarsi di:

- Eseguire gli esercizi lentamente, riposandosi per qualche istante tra un movimento e l'altro.
- Ripetere ogni movimento più volte

evitando di affaticarsi.

Non è comunque necessario ripetere ogni volta tutte le sequenze, ma scegliere eventualmente tra gli esercizi.

- È importante come si eseguono, non solo il loro numero.
- Non trattenere il respiro ma permettere all'aria di entrare e uscire liberamente.
- Se possibile eseguire i movimenti davanti a uno specchio per controllare la posizione che si assume.

Indicativamente gli esercizi possono essere ripetuti una decina di volte ciascuno, senza affaticarsi troppo e rispettando la soglia del dolore, che è strettamente individuale.

Consigliamo di iniziare il lavoro con semplici esercizi, che favoriranno il rilassamento e la concentrazione. Porre attenzione al ritmo e alla profondità del proprio respiro, senza modificarlo.

ESERCIZI PER LA RESPIRAZIONE

1 Appoggiare le mani al torace in corrispondenza delle ultime costole; inspirare lentamente facendo entrare l'aria dal naso ed espirare lasciando uscire l'aria dalla bocca, con le labbra socchiuse.

2 Appoggiare le mani sull'addome, inspirare lentamente e profondamente, sentendo il movimento dell'addome (si “gonfia”) mentre l'aria entra ed esce.



ESERCIZI PER IL RACHIDE CERVICALE

1 Posizione di partenza: sedute con la schiena distesa ma non rigide, spalle rilassate, mani appoggiate sulle gambe.

2 Avvicinare il mento allo sterno e tornare alla posizione di partenza.



3 Ruotare il capo verso destra e poi verso sinistra.

4 Inclinare lateralmente il collo avvicinando l'orecchio alla spalla (e non la spalla all'orecchio!), sia a destra che a sinistra.



5 Descrivere un cerchio con la testa, prima in un senso e poi nell'altro.



ESERCIZI SPECIFICI PER L'ARTO SUPERIORE

1 Possono essere eseguiti subito dopo l'intervento. La posizione di partenza è la stessa dei precedenti.

2 Sollevare le spalle verso l'alto lasciando le braccia rilassate lungo i fianchi. Tornare nella posizione di partenza.



3 Appoggiare le mani sui fianchi con i pollici rivolti all'indietro. Far scivolare le mani intorno alla vita in avanti e indietro.

4 Intrecciare le dita dietro la nuca. Mantenendo questa posizione avvicinare e allontanare i gomiti tra loro, in avanti.



5 Intrecciare le dita e alzare le braccia, tenendo i gomiti estesi, fino ad arrivare sopra la testa.



6 Intrecciare le dita dietro la schiena. Piegando i gomiti cercare di portare le mani verso l'alto facendole scivolare sul dorso.



7 Intrecciare le dita dietro la schiena. A braccia tese allontanare le mani il più indietro possibile, senza piegarsi in avanti con il busto.



8 Appoggiare le mani sulle spalle. Disegnare dei cerchi ampi con i gomiti, prima in un senso e poi nell'altro.



9 Prendere i gomiti con le mani, tenendo le braccia appoggiate sull'addome. Portarle lentamente verso l'alto, fin sopra la testa.



ESERCIZI PER L'ARTO SUPERIORE

da eseguire 10-15 giorni dopo l'intervento

1 Cercare di toccarsi le mani dietro la schiena, portando un braccio dall'alto e uno dal basso. Ripetere invertendo la posizione delle braccia.

2 Partendo con le braccia lungo i fianchi, portarle in fuori, diritte, descrivendo un mezzo cerchio fino ad avvicinarle tra loro sopra la testa. Ripetere aprendo e chiudendo i pugni per tutto il movimento.



3 Portare le braccia in fuori tenendo i gomiti estesi. Disegnare nell'aria dei piccoli cerchi contemporaneamente con le due braccia. Girare sia in senso orario che in senso antiorario.

