



ISTITUTO
ONCOLOGICO
VENETO
I.R.C.C.S.



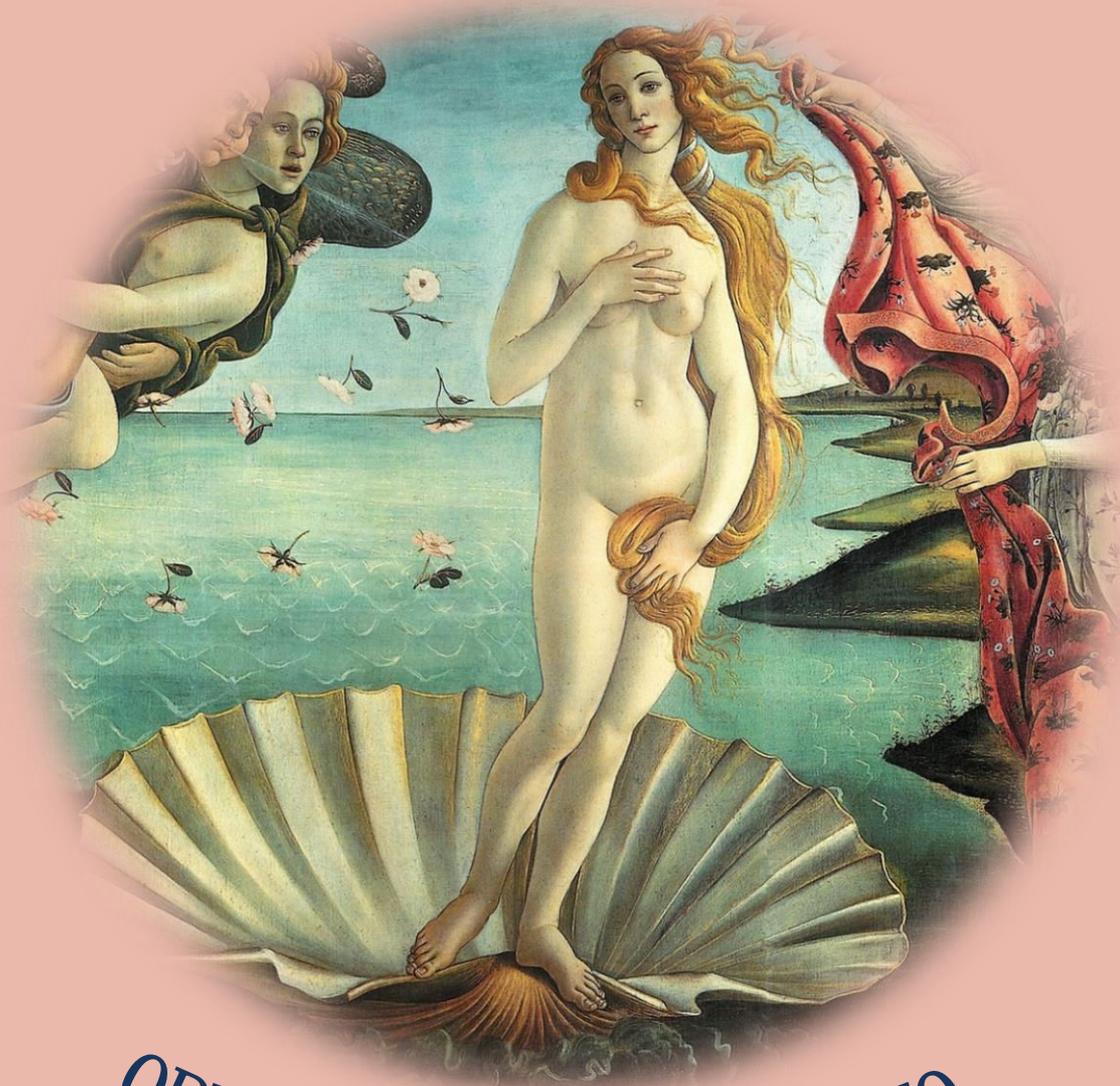
PATIENT EDUCATION
& EMPOWERMENT

Dove la formazione fa parte della cura

UOC

Chirurgia Senologica 1

Direttore: Dott. Alberto Marchet



OPUSCOLO INFORMATIVO

INDICE

Personale dell'UOC Chirurgia Senologica 1	Pag. 1
Premessa	Pag. 2
Il tumore della mammella	Pag. 3
Diagnosi	Pag. 4
Aspetti chirurgici	Pag. 5
La preparazione all'intervento chirurgico	Pag. 6
L'intervento chirurgico	Pag. 7
- Intervento sulla mammella	
- Ricostruzione della mammella	
- Intervento sull'ascella	
Aspetti oncologici e radioterapici	Pag. 12
- Ormonoterapia	
- Chemioterapia	
- Terapia con farmaci biologici	
- Radioterapia	
- Preservazione della fertilità	
Il rischio eredo familiare	Pag. 14
Aspetti psicologici	Pag. 16
Aspetti nutrizionali	Pag. 18
Il giorno dell'intervento	Pag. 21
Dopo il ricovero	Pag. 23
Dopo le terapie	Pag. 24
Precauzioni e consigli pratici dopo l'intervento	Pag. 25
Esercizi per gli arti superiori dopo intervento di mastectomia	Pag. 26
Esercizi per gli arti superiori dopo ricostruzione mammaria	Pag. 32
FAQ (Domande più frequenti)	Pag. 38
Associazioni che collaborano con lo IOV	Pag. 40

Personale dell'UOC Chirurgia Senologica 1

Equipe chirurgica

Direttore Dott. Alberto Marchet

alberto.marchet@iov.veneto.it

CHIRURGHII SENOLOGI

Dott. Matteo Cagol

matteo.cagol@iov.veneto.it

Dott. Massimo Ferrucci

massimo.ferrucci@iov.veneto.it

Dott. Raffaello Grigoletto

raffaello.grigoletto@iov.veneto.it

Dott.ssa Silvia Michieletto

silvia.michieletto@iov.veneto.it

Dott.ssa Tania Saibene

tania.saibene@iov.veneto.it

CHIRURGO PLASTICO

Dott.ssa Maria Cristina Toffanin *mariacristina.toffanin@iov.veneto.it*

Gestione organizzativa

Segreteria

Paola Sorgato

segreteria.chirurgiasenologica@iov.veneto.it

Tel. 049 8215588

Infermiera Case Manager

Sonia Carpentieri

sonia.carpentieri@iov.veneto.it

Tel. 049 8215947

Collaboratrici Amministrative

Ilaria Cerruti

ilaria.cerruti@iov.veneto.it

Erica Ervas

erica.ervas@iov.veneto.it



PREMESSA

Questo opuscolo è rivolto alle donne che, dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore della mammella, stanno affrontando un percorso terapeutico chirurgico e/o farmacologico finalizzato alla guarigione dalla malattia. Grazie ai progressi realizzati nel campo della ricerca e della diagnosi precoce, la possibilità di guarire è oggi molto elevata.

Tuttavia la strada che una donna deve percorrere dopo la diagnosi di tumore della mammella può essere lunga e prevede l'intervento di diversi specialisti, la cui collaborazione permette di ottenere notevoli risultati terapeutici e fornisce un sostegno ottimale alla donna.

Le informazioni contenute in questo opuscolo non sostituiscono il colloquio diretto con il medico chirurgo, nei confronti del quale la paziente non deve sentirsi imbarazzata bensì del tutto legittimata ad esporre eventuali dubbi.

Ognuno di noi è un caso a sé, per cui ad ogni paziente verrà offerto un iter diagnostico-terapeutico specifico secondo una serie di fattori che il chirurgo durante la prima visita valuterà e che condividerà con gli altri colleghi specialisti presenti all'interno dell'Unità Operativa al fine di ottenere i migliori risultati.



IL TUMORE DELLA MAMMELLA

Il carcinoma mammario è il tumore più frequente del sesso femminile, con circa 50.000 nuovi casi registrati ogni anno in Italia.

Esistono diverse varianti di carcinoma mammario. La capacità di invasione dei tessuti ci permette di distinguere i **tumori in situ** dai **tumori infiltranti**.

Il **tumore in situ** si sviluppa all'interno delle strutture mammarie da cui origina senza diffondersi ai tessuti circostanti. In questo caso, l'asportazione chirurgica completa del tumore porta generalmente a guarigione. Il miglioramento delle tecniche diagnostiche ha notevolmente aumentato il numero di tumori in situ diagnosticati. Il **tumore infiltrante** si estende oltre le strutture da cui origina, infiltrando la ghiandola mammaria circostante e avendo la capacità di invadere anche i vasi linfatici ed ematici può dare metastasi ai linfonodi e agli organi distanti. I tumori infiltranti a loro volta comprendono due forme principali: i carcinomi duttali infiltranti e i carcinomi lobulari infiltranti. Esistono altre forme invasive più rare (carcinoma tubulare, cribriforme, midollare, mucinoso, ecc.) che hanno comportamento biologico meno aggressivo.

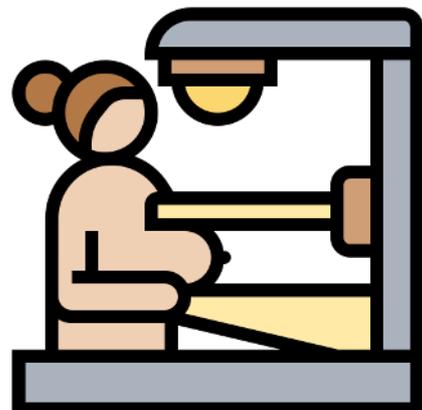


DIAGNOSI

Il tumore della mammella si manifesta generalmente come un nodulo duro e non dolente; altri segni, meno frequenti, possono essere una retrazione della cute o del capezzolo e il sanguinamento dal capezzolo. Raramente il tumore può manifestarsi con dolore continuo alla mammella e ancor più raramente con un quadro infiammatorio caratterizzato da arrossamento cutaneo e gonfiore di tutta la mammella.

La diagnosi prevede sempre un accertamento radiologico mediante l'esecuzione di **mammografia** ed **ecografia mammaria**. Questo esame consente in genere di identificare un tumore mammario in una fase molto precoce del suo sviluppo quando non ha ancora dato alcun sintomo. In presenza di casi dubbi o lesioni complesse, può essere necessaria l'esecuzione della **Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con mezzo di contrasto** delle mammelle. Il percorso diagnostico prosegue generalmente con l'esecuzione di un **prelievo istologico della lesione** (microbiopsia) al fine di giungere ad una diagnosi certa. La microbiopsia, è una procedura semplice, poco invasiva e viene effettuata sotto guida palpatoria, ecografica o mammografica. Nel caso in cui gli accertamenti strumentali evidenziassero un possibile coinvolgimento linfonodale, potrebbe essere opportuno eseguire un esame citologico o istologico dei linfonodi ascellari radiologicamente visibili e/o palpabili.

I



ASPETTI CHIRURGICI

Nella maggioranza dei casi l'intervento chirurgico è il primo passo da compiere per la cura del tumore della mammella. Solo in casi particolari (tumori di grandi dimensioni, tumori con particolari caratteristiche istopatologiche, tumori infiammatori, tumori con metastasi linfonodali, etc.) è preferibile eseguire in un primo momento la terapia farmacologica e solo in seguito procedere con l'intervento chirurgico.

Negli ultimi anni, grazie alla diagnosi precoce che interessa una percentuale sempre più elevata di donne, gli interventi demolitivi (mastectomia) sono stati in buona parte sostituiti dagli interventi conservativi (quadrantectomia). Elementi decisivi nella scelta del tipo di intervento sono la variante istologica, le dimensioni del tumore, il fatto che sia singolo o multiplo, la vicinanza alla pelle e al capezzolo, l'età della paziente, le dimensioni della mammella, la possibilità di sottoporre la donna a terapie complementari alla chirurgia (chemioterapia, terapia con farmaci biologici e radioterapia).



LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Prima dell'intervento chirurgico la paziente sarà invitata ad eseguire la **pre-degenza**, che comprende l'esecuzione di esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace, visita con l'anestesista e visita con il chirurgo per la raccolta dell'anamnesi (patologie pregresse, interventi chirurgici passati, farmaci assunti). Tutti questi accertamenti vengono effettuati possibilmente **in un'unica giornata** e senza alcun onere economico per la paziente. La paziente verrà quindi contattata telefonicamente circa quindici giorni prima della data prevista per l'intervento chirurgico e le verranno fornite tutte le indicazioni per un sereno svolgimento degli accertamenti previsti. Durante la visita con l'anestesista la paziente potrà ricevere delucidazioni sul tipo di anestesia mentre durante il colloquio con il chirurgo saranno ribadite le modalità di svolgimento dell'intervento chirurgico e le possibili complicanze ad esso legate.

In alcuni casi, se il nodulo non è palpabile, per condurre efficacemente l'intervento chirurgico, è necessaria la precisa localizzazione della lesione mammaria. Questa procedura prende il nome di **centramento** e può essere eseguita sotto guida ecografica o mammografica. La data, l'ora e il luogo del centramento vengono da noi comunicate telefonicamente oppure durante la pre-degenza.

Laddove il programma chirurgico preveda la biopsia del linfonodo sentinella, è necessaria la **linfoscintigrafia** che consente, tramite la somministrazione di un tracciante debolmente radioattivo (^{99m}Tc -nanocoll), l'identificazione del linfonodo sentinella.



L'INTERVENTO CHIRURGICO

Intervento sulla mammella

In più del 70% dei casi il tumore può essere rimosso in modo radicale senza la necessità di asportare l'intera mammella. Praticando un'incisione cutanea in regione periareolare o radiale centrata sul quadrante mammario infiltrato dalla neoplasia, si esegue la **quadrantectomia** o **nodulectomia**. Sono gli interventi conservativi più utilizzati, vengono proposti in presenza di tumori di piccole e medie dimensioni e consistono nell'asportazione del tumore con una certa quantità di tessuto sano circostante in modo da ottenere margini liberi da malattia. A seguire si pratica il rimodellamento ghiandolare (ONCOPLASTICA) che consiste in una "rotazione" della ghiandola per ripristinarne la forma iniziale. Ciò non toglie che, soprattutto nei casi in cui la mammella sia di dimensioni ridotte, il risultato estetico sarà comunque di una mammella più piccola rispetto alla controlaterale. Il modellamento della mammella può essere proposto anche per la mammella sana per migliorare la simmetria.

La **mastectomia totale** è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione completa della ghiandola mammaria, di una losanga più o meno grande di cute e del complesso areola-capezzolo. Durante l'intervento verranno posizionati dei drenaggi utili a convogliare all'esterno il sangue e/o il siero, normalmente prodotti in conseguenza della procedura chirurgica. Tali dispositivi saranno rimossi nel corso dei successivi controlli ambulatoriali.

La **mastectomia "nipple sparing"** (eseguibile solo in casi selezionati) prevede l'asportazione della ghiandola mammaria con la conservazione della cute sovrastante e del complesso areola-capezzolo.

Le **complicanze più comuni (dettagliate nella scheda informativa all'atto sanitario proposto)** legate all'intervento chirurgico possono comprendere:

- il sanguinamento post-operatorio, che nella stragrande maggioranza

- dei casi si manifesta come un ematoma che si riassorbe col tempo;
molto raramente il sanguinamento richiede un reintervento chirurgico;
- l'infezione di ferita chirurgica che si risolve con appropriata terapia antibiotica;
 - la retrazione della ferita chirurgica dovuta alla formazione di una capsula cicatriziale periprotetica; tale complicanza si può trattare con il lipofilling, ma talora può rendere necessaria la sostituzione della protesi.

Ricostruzione della mammella

Nei casi in cui la cura della malattia richieda l'asportazione totale della mammella, è oggi possibile procedere ad interventi di **ricostruzione**. È chiaro che in nessun modo si potrà riavere una mammella uguale a quella che si è dovuta asportare, sebbene oggi la chirurgia permetta di ottenere sia il ripristino del volume che una buona forma della mammella ricostruita. Quando è necessario eseguire la mastectomia, la ricostruzione mammaria può essere proposta con diverse modalità: utilizzando protesi definitive o provvisorie oppure tessuti muscolari e/o cutanei della paziente stessa.

La **ricostruzione protesica** può essere eseguita in contemporanea alla mastectomia (immediata) oppure a distanza di mesi (differita).

Se si decide di eseguire una **ricostruzione immediata** si inserisce una protesi definitiva sotto il muscolo gran pettorale o in sede sottocutanea con o senza l'interposizione di una matrice dermica.

Se si decide di eseguire una **ricostruzione differita** si inserisce un espansore mammario in una "tasca protesica" allestita sotto il muscolo gran pettorale. L'espansore, gonfiato gradualmente con soluzione fisiologica dal chirurgo, ha il compito di creare lo spazio necessario e viene poi sostituito a distanza di alcuni mesi con una protesi mammaria definitiva.

Tutte le protesi attualmente disponibili hanno un involucro esterno di silicone, mentre l'interno è costituito da silicone gel. Gli studi fino ad ora condotti hanno dimostrato che non vi sono correlazioni fra le protesi di

silicone e le malattie autoimmunitarie, né tanto meno vi è un rischio oncologico.

La **ricostruzione con lembi muscolari** utilizza una parte dei tessuti della paziente che vengono “trasferiti” dalla regione addominale (lembo addominale D.I.E.P. o TRAM) o dalla regione dorsale (lembo di gran dorsale) a quella mammaria. Può essere eseguita contestualmente all’asportazione della mammella o dopo vari mesi.

Anche durante gli interventi ricostruttivi, verranno posizionati dei drenaggi utili a convogliare all’esterno sangue e/o siero che si dovessero formare. Tali dispositivi saranno rimossi nel corso dei successivi controlli ambulatoriali.

Se la mammella ricostruita risulta molto diversa da quella sana, può essere indicata una correzione della mammella controlaterale in modo da ottenere una migliore simmetria. In particolare se la mammella sana dovesse risultare molto più grande di quella operata per la neoplasia può essere ridotta di dimensioni con un intervento di mastoplastica riduttiva. Se invece la mammella sana dovesse risultare più piccola, è possibile eseguire un intervento di mastoplastica additiva, utilizzando una protesi additiva. Infine la simmetrizzazione può avvenire con una mastopessi (intervento per sollevare e riposizionare il seno).

Nel caso in cui venga asportato il complesso areola-capezzolo, può essere effettuata una sua ricostruzione specifica in anestesia locale qualche mese dopo la simmetrizzazione mammaria definitiva. Per l’areola si utilizza la tecnica del tatuaggio e per il capezzolo si può utilizzare un piccolo lembo di tessuto cutaneo locale.

Le **complicanze più comuni della ricostruzione** possono comprendere:

- il sanguinamento post-operatorio, che generalmente si riesce a controllare mediante medicazione compressiva. In casi limitati il

sanguinamento può richiedere un reintervento chirurgico;

- l'infezione di ferita chirurgica, che inizialmente verrà trattata con appropriata terapia antibiotica ma, se dovesse estendersi alla protesi, può comportare la necessità di rimuovere temporaneamente la protesi stessa.

Nel caso in cui non sia stato effettuato un intervento ricostruttivo dopo mastectomia totale, a ferita completamente cicatrizzata, sarà possibile collocare nel reggiseno a bretelle larghe una **protesi mammaria esterna** di peso e volume simili alla mammella residua controlaterale. Questo presidio serve a riacquistare la simmetria corporea ed evitare che la spalla interessata rimanga sollevata e che la colonna vertebrale assuma di conseguenza delle posture scorrette. La protesi, fornita gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale, potrà essere scelta presso un negozio di articoli sanitari.

Intervento sull'ascella

In presenza di un tumore della mammella c'è la possibilità che alcune cellule tumorali si localizzino nei linfonodi dell'ascella. Il chirurgo verifica questa eventualità tramite la **biopsia del linfonodo sentinella**. Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo dell'ascella che riceve la linfa proveniente dalla zona in cui si è sviluppato il tumore. Il linfonodo sentinella viene identificato grazie ad una metodica particolare, la linfoscintigrafia (eseguita generalmente il giorno prima dell'intervento chirurgico) che permette al medico di medicina nucleare di segnalare preoperatoriamente la posizione del linfonodo sentinella. Tale linfonodo verrà individuato dal chirurgo in sala operatoria ed asportato. Se il linfonodo sentinella risulterà metastatico si procederà con lo **svuotamento ascellare** che consiste nell'asportazione più estesa dei linfonodi del cavo ascellare.

La biopsia del linfonodo sentinella ed eventualmente lo svuotamento ascellare sono tappe imprescindibili del percorso chirurgico poiché la conoscenza dello stato dei linfonodi permette di decidere sulle eventuali terapie da associare all'intervento e consente di definire meglio la prognosi della malattia. Tuttavia la necessità di ricorrere allo svuotamento ascellare è oggetto di studio e le sue indicazioni potranno cambiare in futuro.

Le **complicanze** degli interventi sull'ascella possono comprendere:

- il sanguinamento post-operatorio, controllabile con le stesse modalità descritte in precedenza;
- le alterazioni della sensibilità al braccio, avambraccio, mano, spalla ed emitorace dovute al traumatismo chirurgico di piccoli nervi sensitivi sono comunemente descritte come senso di pesantezza, mancanza di sensibilità, formicolii, senso di goccia d'acqua fredda che scende lungo il braccio, bruciore. Alcune donne avvertono maggiormente queste sensazioni in condizioni di stanchezza o durante cambiamenti climatici. Tipico disturbo osservato, è l'insensibilità di un'area del braccio vicino all'ascella, dovuta a traumatismo chirurgico del nervo muscolo-cutaneo: la sensazione riferita è di "un cuscinetto, una compressa di cotone, un cartone duro, un libro sotto l'ascella". In genere questi disturbi scompaiono appena le fibre nervose si rigenerano, in un tempo che va da qualche settimana ad un anno;
- **solo nel caso di svuotamento ascellare** o molto raramente dopo biopsia del linfonodo sentinella, può comparire il "linfedema", che è quel gonfiore alla mano, avambraccio o braccio dal lato dell'intervento chirurgico. Utilizzando la tecnica chirurgica di dissezione ascellare in cui vengono conservati muscoli e fasci neuro-vascolari, la frequenza di questa complicanza si è molto ridotta rispetto al passato. La mobilizzazione precoce e gli esercizi di riabilitazione motoria sono un'ottima prevenzione del linfedema.

ASPETTI ONCOLOGICI E RADIOTERAPICI

Ormonoterapia

Si basa sull'utilizzo di farmaci che bloccano l'azione o produzione degli estrogeni. Si usa come trattamento singolo o dopo la chemioterapia nei casi in cui l'esame istologico del tumore dimostri la presenza dei recettori per gli estrogeni e progesterone. L'ormonoterapia consiste nell'assunzione quotidiana di compresse per una durata complessiva di 5 anni (salvo diversa indicazione dell'oncologo) associate o meno ad iniezioni intramuscolari a cadenza mensile per bloccare il ciclo mestruale (nelle donne in premenopausa). Il tipo di ormonoterapia viene deciso in rapporto all'età della donna e al suo stato mestruale. Gli effetti collaterali dell'ormonoterapia dipendono dal tipo di farmaco utilizzato. Questi disturbi vanno attenuandosi molto dopo i primi mesi di trattamento.

Alcuni tipi di terapia ormonale possono determinare un aumento di spessore della parete uterina, per cui in questi casi è raccomandata una valutazione ginecologica annuale con l'eventuale esecuzione di ecografia transvaginale.

Chemioterapia

Utilizza farmaci che vengono somministrati ciclicamente dopo l'intervento chirurgico (chemioterapia adiuvante). In casi particolari la chemioterapia viene proposta prima dell'intervento (chemioterapia neoadiuvante) sia per ridurre le dimensioni del tumore al fine di poter attuare una chirurgia conservativa, sia per un adeguato controllo sistemico della malattia.

I farmaci utilizzati per la chemioterapia, oltre ad agire sulle cellule tumorali, hanno un parziale effetto lesivo anche sulle cellule sane. I più comuni effetti collaterali sono: calo dei globuli bianchi, nausea e vomito, momentanea perdita dei capelli, disturbi del ciclo mestruale, stanchezza. La comparsa e l'intensità degli effetti collaterali dipendono dal tipo di farmaco chemioterapico, dall'età della donna e dalle sue condizioni generali.

Terapia con farmaci biologici

Utilizza farmaci che agiscono in modo mirato e selettivo interferendo con i meccanismi bio-molecolari che regolano la crescita del tumore. Per tale motivo la tossicità di questi farmaci è generalmente ridotta rispetto ai più comuni chemioterapici, pur conservando il massimo beneficio terapeutico.

Radioterapia

La radioterapia esterna della mammella consiste nella somministrazione di radiazioni a scopo curativo con un apposito macchinario (acceleratore lineare). È un trattamento utilizzato molto frequentemente nelle donne sottoposte a chirurgia conservativa della mammella (quadrantectomia) ed ha lo scopo di ridurre il rischio di recidive locali sulla mammella residua. In casi particolari la radioterapia viene proposta anche dopo interventi di mastectomia. Un'altra tecnica di radioterapia di cui ci si può avvalere è la IORT (Radioterapia Intraoperatoria), una radioterapia che viene somministrata in un'unica seduta nel corso dell'intervento chirurgico. Questo tipo di trattamento radioterapico va proposto in casi selezionati

Preservazione della fertilità

Per le donne in età fertile che debbano essere sottoposte a chemio od ormonoterapia, è possibile effettuare, prima dell'inizio della terapia, una consulenza ginecologica per la preservazione della fertilità tramite la raccolta degli ovociti.

Tutti i trattamenti citati possono essere variabilmente combinati tra loro a seconda delle esigenze. È fondamentale ricordare che le terapie proposte a ciascun paziente vengono scelte dopo una consultazione multidisciplinare cui partecipano tutte le figure mediche potenzialmente coinvolte nelle decisioni. Ciò significa che ciascuna donna avrà una terapia pensata per lei e lei sola; confrontare il proprio caso con quello di altre donne è sbagliato perché l'odierno trattamento oncologico è personalizzato.

IL RISCHIO EREDO FAMILIARE

Il cancro della mammella e dell'ovaio possono manifestarsi in un numero così elevato di soggetti appartenenti ad una stessa famiglia da escludere che il fatto sia solo casuale. È stato infatti dimostrato che questi tipi di neoplasie, così come altre forme di cancro, possono essere ereditari, vale a dire trasmissibili dai genitori ai figli come conseguenza di una mutazione genetica. Il portatore della mutazione è una persona predisposta allo sviluppo di un tumore, il che significa che non necessariamente svilupperà un tumore ma che molto più facilmente potrebbe esserne affetto rispetto alla popolazione normale.

Si calcola che circa il 5-10% di tutti i casi di cancro mammario e ovarico si sviluppino in soggetti predisposti, cioè siano legati a fattori ereditari. Gli studi condotti fino ad oggi hanno individuato due geni, chiamati BRCA1 e BRCA2, che, se mutati, sarebbero responsabili delle forme ereditarie di carcinoma della mammella e/o dell'ovaio. Le donne che hanno ereditato la mutazione di BRCA1 hanno una probabilità del 45-80% di sviluppare durante la vita un tumore al seno e del 20-40% un tumore ovarico. Le donne con mutazione di BRCA2 hanno un rischio del 25-60% di sviluppare un tumore al seno e del 10-20% di sviluppare un tumore all'ovaio.

Le **donne portatrici** di mutazioni possono sviluppare carcinoma mammario (mono o bilaterale), carcinoma ovarico o entrambe le forme di neoplasia, sebbene non sia possibile prevedere se e quando il tumore insorge.

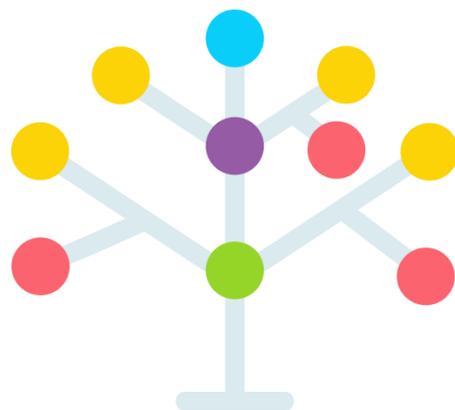
Nei **maschi portatori** non esiste il rischio di tumore ovarico e il rischio di sviluppare un carcinoma mammario è molto basso data l'esiguità del tessuto ghiandolare. Ne risulta che i maschi sono quasi sempre portatori sani della mutazione ovvero capaci di trasmetterla senza sviluppare malattia.

Sono attualmente disponibili dei **test genetici** che consentono l'individuazione di mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2 e quindi l'identificazione di soggetti portatori delle mutazioni stesse. Per l'esecuzione dei test è sufficiente un prelievo di sangue. Il test viene effettuato su un soggetto affetto (cioè malato di carcinoma della mammella e/o dell'ovaio) o

appartenente a famiglie a rischio (famiglie nelle quali i casi di tumori sono particolarmente numerosi, insorti in giovane età o bilaterali). È operativo presso lo IOV un servizio di consulenza genetica oncologica che, partendo dai soggetti malati e creando un albero genealogico familiare, valuta la probabilità che la famiglia sia a rischio e propone al soggetto affetto l'esecuzione del test. La decisione di sottoporsi al test è assolutamente volontaria e i soggetti che accettano di eseguirlo devono firmare un apposito consenso informato. La realizzazione dei test richiede tempi lunghi e i risultati sono disponibili dopo alcuni mesi.

Se viene identificata una mutazione del gene BRCA in un soggetto affetto da carcinoma mammario e/o ovarico si può affermare che tale mutazione è specifica della famiglia di appartenenza. Di conseguenza sarà possibile estendere l'indagine agli altri membri della famiglia maggiorenni (malati o sani) adeguatamente informati.

La positività del test genetico ha importanti ripercussioni nella sorveglianza a cui i soggetti mutati sono invitati a sottoporsi e su eventuali scelte chirurgiche (mastectomia e/o ovariectomia profilattica).



ASPETTI PSICOLOGICI

Essere malati di cancro non è un'esperienza che riguarda soltanto il corpo. Al di là della specificità della malattia che colpisce la donna, ricevere una diagnosi di tumore comporta reazioni emotive come paura e disorientamento, che attivano vari meccanismi difensivi, necessari per affrontare al meglio una situazione sconosciuta e incerta.

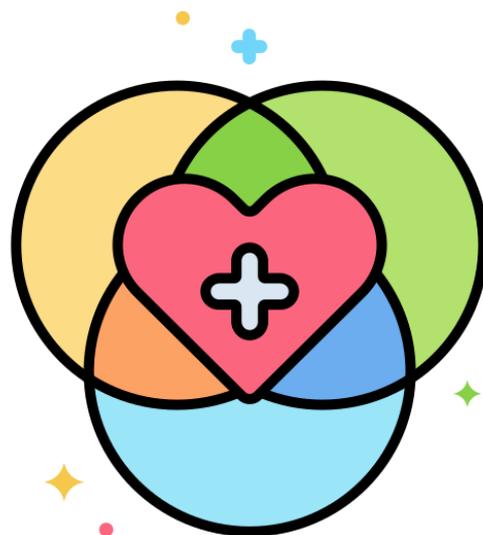
L'équipe psicologica è a disposizione di tutte le persone malate e dei loro familiari e garantisce il proprio contributo per una presa in carico globale, durante le diverse fasi di malattia, con l'intento di:

- aiutare a contenere i sintomi psicologici ed emozionali (stress, ansia, depressione, incertezza sul futuro, difficoltà decisionali, affaticamento generale, etc.).
- Supportare la persona nel cambiamento vissuto in relazione al proprio corpo.
- Favorire una comunicazione adeguata ed efficace con il proprio nucleo familiare (figli, partner, etc.), attraverso colloqui mirati alla facilitazione del dialogo e delle dinamiche intra familiari rispetto alla patologia affrontata.
- Promuovere il processo di elaborazione dell'esperienza di malattia e di cura individuando strategie di fronteggiamento funzionali ad ottenere un buon adattamento e sostenere la Qualità di Vita e il benessere psico-sociale.

La malattia e il conseguente percorso di cura incidono in modo rilevante e significativo sulla progettualità di vita, chiedendo alla persona di ritrovare un "nuovo" equilibrio personale, familiare, sociale, lavorativo.

Le modalità di intervento principali prevedono colloqui psicologici (individuali, di coppia, familiari) in reparto e in ambulatorio. Ci può essere anche l'esigenza di condividere e confrontare la propria esperienza con quella di altre persone che stanno affrontando lo stesso percorso. Per

questo l'équipe psicologica organizza delle psicoterapie di gruppo ed altre esperienze gruppali (Arte terapia, Empowerment Cognitivo, Emotivo e Motivazionale, Fotografia, Meditazione Mindfulness, Scrittura terapeutica e Training Autogeno), che favoriscono lo scambio e il supporto reciproco per arrivare ad una maggiore consapevolezza di sé, del proprio corpo e delle personali dinamiche psico-emotive rispetto ad un potenziale cambiamento.



ASPETTI NUTRIZIONALI

Una maggior attenzione nei confronti delle indicazioni alimentari è un accorgimento importante durante il percorso terapeutico e nella prevenzione della recidiva della neoplasia della mammella. Un'alimentazione corretta permette infatti di migliorare la gestione degli effetti collaterali delle terapie e di ridurre il rischio di ri-ammalarsi.

Queste indicazioni cercano di rispondere ad alcune domande sulla nutrizione che ogni donna con neoplasia alla mammella potrebbe porsi durante e dopo i trattamenti.

È uno strumento complementare e non sostitutivo alle indicazioni fornite dall'oncologo, dal chirurgo e la sua equipe.

1. Durante il trattamento per il tumore alla mammella esistono indicazioni alimentari specifiche?

a. Ci sono alimenti da limitare o da prediligere in caso di nausea e vomito in corso di trattamento?

Durante le terapie oncologiche, qualora comparisse nausea o vomito è utile:

- Evitare gli alimenti di difficile digestione (es cibi fritti, grassi o speziati), che possono quindi aggravare tale sintomo;
- Mangiare lentamente masticando bene per facilitare la digestione;
- Privilegiare gli alimenti asciutti ed evitare di bere durante i pasti, in quanto i liquidi possono peggiorare il senso di nausea;
- Privilegiare gli alimenti a temperatura ambiente o freddi, in quanto il calore esalta il senso dell'olfatto, favorendo, in alcuni casi, la nausea;
- Idratarsi con tisane/infusi/tè con l'aggiunta di zenzero o menta, che hanno proprietà di mitigare il senso di nausea;

b. Durante il trattamento per tumore alla mammella è consigliata una dieta povera di grassi?

Sì, i dati risultanti dagli studi scientifici condotti hanno rilevato che un'alimentazione sana, ricca in verdura e frutta, cereali prevalentemente integrali, povera di grassi - soprattutto saturi (di origine animale) - e che privilegia come fonte proteica i legumi, il pesce, la carne bianca e i latticini magri, avrebbe un'influenza benefica su varie patologie, quali diabete o ipercolesterolemia e anche nella prevenzione della recidiva di malattia.

2. Una volta terminato il percorso di cura per neoplasia alla mammella, devo controllare il mio peso?

Frequentemente durante i trattamenti può verificarsi un aumento del peso, e ci si può quindi interrogare sul ruolo dell'alimentazione durante il follow up oncologico e in prevenzione della recidiva.

In base all'entità della variazione di peso, il medico può consigliare un invio agli ambulatori specialistici di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'ospedale per avere un consulto o essere presi in carico e meglio seguire le raccomandazioni riguardo l'alimentazione, l'obiettivo di peso e l'attività fisica.

a. L'eccesso ponderale può influire sul rischio di recidiva?

Sì, in generale, l'eccesso di tessuto adiposo espone a un maggior rischio di sviluppare tumori e altre malattie, quali l'ipertensione arteriosa, il diabete e le malattie cardiovascolari. Nel caso di tumore alla mammella, l'eccesso di peso predispone anche alla recidiva tumorale.

b. Ci sono dei consigli per calare di peso?

Sì, in caso di eccesso ponderale, è importante acquisire in modo permanente sani e corretti stili di vita (alimentazione e attività fisica).

3-È possibile modificare il rischio di recidiva con lo stile di vita?

I principali enti scientifici, tra cui il World Cancer Research Fund (WCRF) raccomandano alle donne che hanno avuto tumore alla mammella di adottare le seguenti indicazioni per ridurre il rischio di recidiva:

- seguire una dieta sana, ricca in fibre e povera di grassi saturi
- mantenere uno stile di vita attivo, cercando di praticare attività fisica
- mantenere il peso entro i valori di normalità
- limitare il consumo di alcol (birra, vino e superalcolici)



II GIORNO DELL'INTERVENTO

Le ricordiamo di:

- Essere a digiuno dalla mezzanotte anche dai liquidi (compresa l'acqua)
- Per prevenire eventuali infezioni della ferita chirurgica dovrà eseguire la sera prima dell'intervento e la mattina stessa un'accurata igiene della cute con l'uso del detergente antisettico (Clorexidina 4% e detergenti) consegnatole dal personale sanitario
- Portare il materiale occorrente: detergente antisettico, shampoo e asciugamano pulito

Procedura:

- Bagnare tutto il corpo e procedere al lavaggio dalla testa ai piedi;
- Per i capelli è possibile utilizzare un comune shampoo, mentre per il resto del corpo utilizzare il detergente antisettico (ha un ridotto potere schiumogeno, la poca schiuma non è un problema) facendo particolare attenzione al viso (evitando il contatto con occhi e orecchie), al torace con le ascelle, alla zona ombelicale (ci si può aiutare con un cottoncino) e alle pieghe cutanee, all'area genitale e anale (dalla zona genitale a quella anale), alle gambe e ai piedi, in particolare i solchi interdigitali;
- Sciacquare completamente e abbondantemente e ripetere l'operazione nuovamente partendo dalla testa;
- Asciugare attentamente facendo attenzione all'ombelico, inguine e ascelle;
- Indossare indumenti puliti. Effettuare un'accurata depilazione ascellare 24-48 ore prima dell'intervento. Per ottenere una rasatura precisa, profonda e duratura lo strumento preferibile è il rasoio

elettrico, che consente di ridurre il rischio di lesioni cutanee, In assenza del rasoio elettrico è possibile procedere alla depilazione mediante ceretta o crema. Evitare l'utilizzo di rasoio manuale perché potenziali microlesioni possono essere sede di colonizzazione da parte dei microrganismi;

- Evitare l'uso di cosmetici e di gel o smalto per le unghie;
- Rimuovere qualsiasi tipologia di protesi (come quella acustica e quella dentaria), lenti a contatto e monili.

Nell'organizzare il suo ricovero non dimentichi di portare con sé:

- carta d'identità e tessera sanitaria;
- impegnativa con dicitura *“ricovero per intervento chirurgico”*;
- lista accurata dei farmaci abitualmente assunti a domicilio (meglio se compilata dal suo medico di base) che specifichi il nome del farmaco, il dosaggio e il numero di somministrazioni giornaliere;
- tutta la documentazione clinica e diagnostica (lettere di dimissione, precedenti cartelle cliniche, esami radiologici con relative immagini, referti di visite, etc.);
- reggiseno rigorosamente senza ferretti con apertura anteriore (gancetti o cerniera) e con coppe della propria misura che contengano tutta la mammella, acquistabile presso i negozi di articoli sanitari o specializzati in abbigliamento sportivo o intimo. Questo dispositivo fornisce un adeguato sostegno al seno e aiuta la cicatrizzazione nel periodo post-operatorio;
- pigiama con apertura anteriore;
- mutande di cotone.



DOPO IL RICOVERO

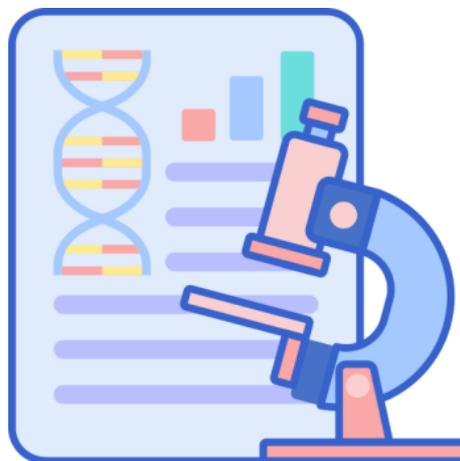
Medicazioni chirurgiche

La paziente verrà attesa presso l'ambulatorio per le medicazioni chirurgiche la settimana successiva all'intervento; durante la medicazione il chirurgo valuterà il regolare svolgimento del decorso postoperatorio e lo stato di guarigione della ferita chirurgica.

In tale occasione verrà valutata anche la rimozione degli eventuali drenaggi presenti.

Consegna dell'esame istologico

Avverrà circa 20 giorni dopo l'esecuzione dell'intervento chirurgico ed il medico provvederà a descrivere in maniera accurata il futuro iter terapeutico, deciso in occasione del meeting multidisciplinare.



DOPO LE TERAPIE

Controllo periodico

Terminato il trattamento chirurgico e l'eventuale trattamento radioterapico e/o chemioterapico, la paziente continuerà ad essere seguita con controlli periodici (il cosiddetto *follow-up*) che possono avere una cadenza variabile a seconda dei protocolli seguiti dai diversi centri oncologici o chirurgici. Abitualmente sono previsti, con cadenza annuale, almeno una visita medica, l'esecuzione degli esami del sangue (compreso il dosaggio dei marcatori tumorali) e lo studio radiologico della mammella residua e di quella controlaterale con ecografia e mammografia (*"esame clinico-strumentale delle mammelle"*). Altri esami quali la radiografia del torace, l'ecografia epatica, la Scintigrafia ossea e la TC toraco-addominale, vengono programmati a discrezione del medico o in rapporto all'insorgenza di particolari sintomi.

Nel caso di presenza di protesi mammarie è altrettanto importante il controllo radiologico annuale (effettuato tramite ecografia o, in casi particolari, tramite risonanza magnetica) al fine di valutare anche l'integrità delle protesi stesse.

Consigli pratici:

- svolgere un'attività fisica costante e regolare
- limitare il consumo di alcol, evitare di fumare
- riprendere appena possibile, secondo le indicazioni fornite dal medico, la normale attività lavorativa e sociali.



PRECAUZIONI E CONSIGLI PRATICI DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO

Le donne che hanno subito un **intervento chirurgico** al seno sono in grado di riprendere in breve tempo una vita pressoché normale, con alcune attenzioni:

- evitare di eseguire trasfusioni, iniezioni, misurazione della pressione dal lato dell'arto operato in caso di svuotamento ascellare
- non sollevare oggetti eccessivamente pesanti o compiere sforzi prolungati (es: stirare, prendere in braccio i bambini, sollevare animali domestici, fare il bucato, sollevare una cassa di acqua, etc.)
- evitare sbalzi termici caldo-freddo
- evitare, soprattutto durante il trattamento radioterapico, di esporsi direttamente ai raggi solari o agli UVA
- indossare il reggiseno post-operatorio senza ferretti almeno per i primi 30 giorni dopo l'intervento
- evitare di guidare l'automobile per i primi 15 giorni dopo l'intervento
- mobilizzare gradualmente le braccia, senza compiere sforzi eccessivi, a partire dalla prima medicazione dopo l'intervento
- nel caso la paziente, alla dimissione, sia portatrice di drenaggi, si raccomanda il riposo assoluto, muovere il braccio del lato operato il meno possibile, annotare su di un foglio il tributo giornaliero del drenaggio secondo le indicazioni fornite alla dimissione

In caso di **intervento chirurgico di ricostruzione** con protesi e/o lembi muscolari, è raccomandato:

- l'assoluto riposo per 15 giorni, anche per quanto riguarda i lavori domestici
- evitare il contatto ravvicinato con animali domestici
- riprendere le normali attività di vita quotidiana *solo* su indicazione del chirurgo

In caso di **intervento chirurgico di svuotamento linfonodale ascellare** può rendersi necessario un trattamento riabilitativo specifico allo scopo di evitare l'instaurarsi di una rigidità di spalla e di prevenire le complicanze legate all'asportazione dei linfonodi ascellari.

ESERCIZI PER GLI ARTI SUPERIORI DOPO INTERVENTO DI CHIRURGIA SENOLOGICA

Di seguito vengono riportati alcuni semplici esercizi da eseguire quotidianamente dal momento della rimozione dei drenaggi per almeno 1 mese o fino a quando l'escursione articolare del braccio sarà normale.

Il video degli esercizi è disponibile sul sito dello IOV:

<https://youtu.be/TLjGwW9ygsE>

Oppure SCARICA QUI il video degli esercizi dopo intervento di mastectomia



Raccomandazioni:

Si consiglia di eseguire gli esercizi con costanza e gradualità, indossando indumenti comodi e cercando di essere il più rilassati possibile.

Esercizio n° 1

Rilassare il corpo e prendere coscienza della postura: inspirare con il naso ed espirare lentamente tenendo le labbra semi-chiuse (come gonfiare un palloncino) ripetendo l'esercizio 4/5 volte.



Esercizio n° 2

Da distese, sollevare il braccio dal lato operato accompagnato dall'altro braccio per 5 volte. All'inizio di dolore o impotenza funzionale fermarsi e scendere lentamente fino a toccare la gamba dello stesso lato.



Esercizio n° 3

Da distese, portare le braccia all'indietro contestualmente senza forzare e riportare le braccia lungo i fianchi per 10 volte. L'esercizio si può eseguire anche con l'ausilio di un bastone, impugnandolo alla larghezza delle spalle.



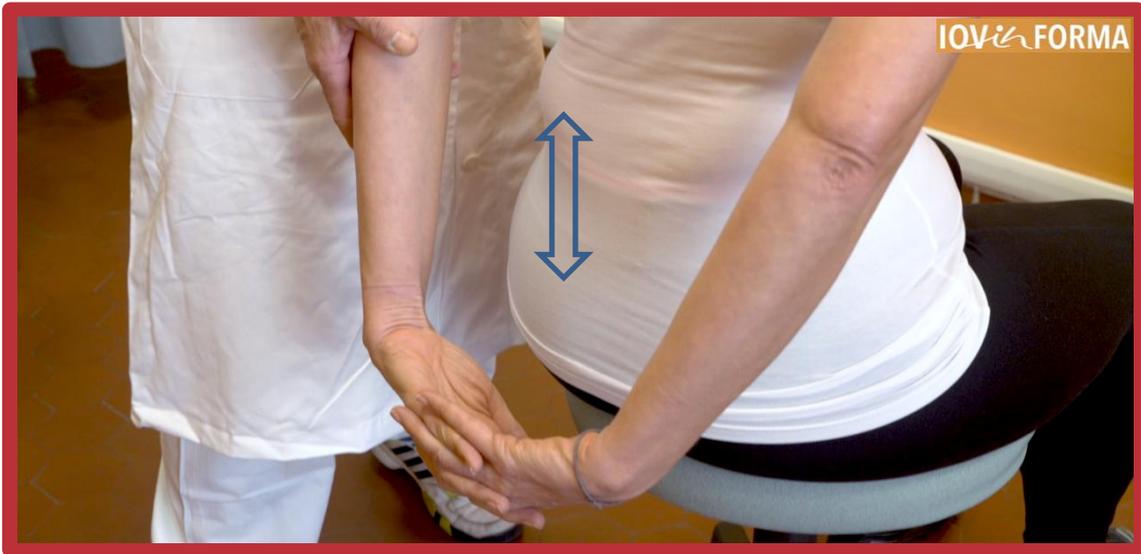
Esercizio n° 4

Incrociare le dita delle mani e portare lentamente le braccia indietro sopra la testa, fino al limite, senza sentire dolore e ritorno; ripetere una decina di volte.



Esercizio n° 5

Da sedute (anche per lavorare sulla postura), incrociare le mani dietro la schiena e sollevare le braccia mantenendole tese senza inclinare il busto in avanti per 5 volte.



Esercizio n° 6

Da sedute, ruotare entrambe le spalle indietro per circa 10 volte.



Esercizio n° 7

Portare le braccia in fuori all'altezza delle spalle e disegnare piccoli cerchi 5-10 volte in un senso e poi 5-10 volte nell'altro.



Esercizio n° 8

Appoggiare le mani sopra le spalle con le braccia incrociate, poi sollevare i gomiti estendendo il capo all'indietro e tornare nella posizione di partenza per 5 volte. Cambiare l'incrocio delle mani e ripetere l'esercizio allo stesso modo.



Esercizio n° 9

Da sedute, sforbiciare le braccia tese portandole verso l'alto e scendere lentamente. Ad altezza spalle aprire completamente le braccia e terminare riposizionandole lungo i fianchi; da ripetere 5 volte.



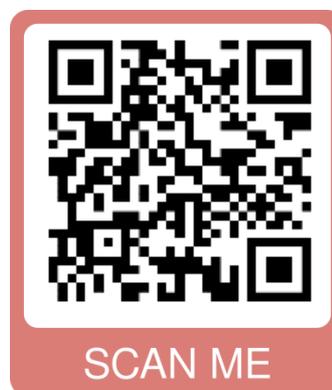
ESERCIZI PER GLI ARTI SUPERIORI DOPO RICOSTRUZIONE MAMMARIA

Di seguito vengono riportati alcuni semplici esercizi da eseguire quotidianamente dopo interventi di ricostruzione mammaria.

Il video degli esercizi è disponibile sul sito dello IOV:

<https://youtu.be/uBSO1XNDTto>

Oppure SCARICA QUI il video degli esercizi dopo intervento di ricostruzione mammaria



Raccomandazioni:

Si consiglia di eseguire gli esercizi su un letto possibilmente matrimoniale o a terra con l'ausilio di cuscini. Il cuscino va posizionato nel lato maggiore, sotto il braccio, dalla parte dell'intervento. Nel caso di mastectomia bilaterale si consiglia l'uso di due cuscini.

Ripetere gli esercizi due/tre volte al giorno, evitando movimenti bruschi e improvvisi perché potrebbero provocare uno stiramento eccessivo e doloroso dei muscoli pettorali.

Esercizio di preparazione

Da distese, eseguire un esercizio di respirazione e rilassamento, tenendo le scapole aderenti al piano di appoggio.



Esercizio n° 1

Posizione di partenza: spalla abbassata, braccio lungo il corpo.



Far scivolare il braccio verso l'alto, con il gomito flessso e la mano appoggiata al cuscino. Ritornare alla posizione di partenza, lentamente.



Esercizio n° 2

Posizione di partenza: braccio flessso all'altezza della spalla e mano aderente al cuscino. Appoggiare la mano controlaterale sulla spalla per tenerla abbassata.



Eseguire un movimento di extra rotazione fino a raggiungere il massimo grado, senza sentire dolore. Ritornare nella posizione di partenza, lentamente.



Esercizio n° 3

Posizione di partenza: spalla in extra rotazione.



Appoggiare la mano controlaterale sul gomito e spingere il braccio verso l'alto, fino alla massima estensione senza percepire dolore. Ritornare alla posizione di partenza, lentamente.



FAQ

Ho paura di muovere il braccio e quando lo muovo sento dolore, meglio tenerlo fermo?

Tenere il braccio fermo dopo l'intervento chirurgico contribuisce ad aumentare il dolore, quindi è meglio muoverlo anche se l'estensione dei movimenti non deve essere eccessiva nel caso della presenza dei drenaggi. Inoltre il braccio va usato con naturalezza per le comuni attività quotidiane (pettinarsi, lavarsi, prendere e posare oggetti di poco peso).

Ho paura di alzare completamente il braccio perché ci sono dei “cordoncini” che tirano l'ascella, qualche volta fino al gomito.

Questi “cordoncini” (axillary web syndrome o linfo-sclerosi) che talvolta appaiono sotto la cute dell'ascella dopo l'intervento chirurgico non devono spaventare né limitare il movimento del braccio. Effettuate gli esercizi lentamente, ripetendoli tante volte fino ad ottenere un graduale allungamento, immaginando che il braccio si prolunghi nello spazio, senza una particolare forza (esercizio più sulla percezione che sulla motricità). Gli esercizi sono efficaci se determinano un moderato effetto di stiramento sotto l'ascella.

Ho un fastidioso gonfiore sotto l'ascella. Andrà via?

Dopo la rimozione del drenaggio, può essere necessario aspirare con una siringa il siero/linfa che si forma sotto l'ascella (sieroma/linfocele). La produzione di siero può durare qualche settimana per poi ridursi progressivamente. Questo non impedisce di muovere con scioltezza il braccio per le attività quotidiane, così come è importante muoversi con scioltezza se permane o compare un lieve gonfiore nella zona sotto l'ascella durante la radioterapia, o a distanza di tempo. Il movimento contribuirà a ripristinare la circolazione linfatica e venosa, riducendo il fastidio.

Non ho sensibilità sotto l'ascella e/o all'interno del braccio. Tornerà normale? Sento formicolii, punture, scosse sotto l'ascella e/o all'interno del braccio. Che mi sta succedendo? Sento un peso sotto l'ascella, come se avessi un cuscinetto. Che sarà?

Durante l'intervento chirurgico può accadere che vengano lesi alcuni rami di un nervo della sensibilità cutanea. Nella maggior parte dei casi i sintomi dovuti alla lesione del nervo diminuiscono gradualmente nel tempo. Un'attività che preveda movimenti globali del corpo e tecniche di rilassamento e respirazione può essere utile a ridurre la sintomatologia.

Sento la cicatrice che tira quando alzo il braccio. Che posso fare?

Già qualche giorno dopo la rimozione dei punti, la cicatrice può essere trattata giornalmente utilizzando apposite creme elasticizzanti in vendita nelle farmacie. Il massaggio va eseguito con i polpastrelli delle dita sulla cicatrice al fine di ammorbidirla, e deve produrre un movimento circolare sulla cute, senza provocare arrossamenti della zona. L'autotrattamento con le creme elasticizzanti può continuare per diversi mesi. Se le aderenze della cicatrice sono profonde può essere utile rivolgersi a fisioterapisti esperti nello scollamento manuale delle cicatrici. Nei casi più resistenti, si può ricorrere a speciali punture sottocute con anestetico e antinfiammatori eseguite da un medico esperto o ad interventi di chirurgia plastica.

Non ho dolore, ma non riesco ad alzare il braccio come l'altro e, anche se mi sforzo, non riesco a raddrizzare il gomito sopra la testa.

Durante l'intervento chirurgico può venir danneggiato un nervo che normalmente tiene fissata la scapola al torace (Nervo di Bell). Talvolta la lesione del nervo può essere irreversibile e la funzionalità dell'arto recuperata solo parzialmente (sindrome della scapola alata). La rieducazione posturale ed esercizi specifici per la scapola alata possono essere eseguiti in qualsiasi centro di fisioterapia. Il deficit motorio può protrarsi per diverso tempo, pertanto si consiglia di programmare un periodo di riabilitazione adeguato.

Ho il braccio gonfio! Si sgonfierà da solo o devo curarlo?

La circolazione linfatica dell'arto superiore viene rallentata dalla rimozione chirurgica dei linfonodi del cavo ascellare e dalla radioterapia. Il gonfiore (linfedema), allo stadio iniziale, può manifestarsi in una parte dell'arto (braccio, avambraccio, mano) e può, talvolta, regredire spontaneamente. La manifestazione sporadica può, nel tempo, divenire permanente e l'arto essere stabilmente gonfio. Ai primi segni di gonfiore ricorrente, è consigliabile rivolgersi al chirurgo o a fisioterapisti specializzati nella terapia del linfedema, per curarlo in fase iniziale. Le terapie effettuate tempestivamente saranno più efficaci e potranno, in questa fase, essere risolutive.

In seguito allo svuotamento ascellare dovrò prendere qualche precauzione?

Quando si effettua lo svuotamento ascellare è consigliabile evitare la somministrazione di farmaci endovenosi e i prelievi ematici sul braccio interessato.

Improvvisamente sono apparse delle chiazze rosse sul braccio e lo sento caldo. Che succede?

L'asportazione dei linfonodi è causa di un'insufficienza linfatica che può predisporre l'arto a processi infiammatori/infettivi che si manifestano con arrossamento della cute, calore localizzato o aumento della temperatura corporea (febbre), dolore e aumento improvviso del volume dell'arto (edema). Il dolore è spesso il primo sintomo. Tale processo infiammatorio talvolta si può estendere anche alla mammella. La cura consiste in una terapia farmacologica a base di antibiotici e antinfiammatori, per la quale è necessario rivolgersi tempestivamente al proprio medico.



ASSOCIAZIONI CHE COLLABORANO CON LO IOV

Legga Italiana Lotta contro i Tumori (LILT)

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) - Associazione Provinciale di Padova è una organizzazione senza finalità di lucro che opera dal 1975 sul territorio padovano in stretto rapporto con la LILT Nazionale, ente pubblico su base associativa con sede a Roma (www.lilt.it). LILT Padova si avvale della collaborazione di numerosi volontari e medici specialisti e la sua attività si concretizza sul territorio attraverso campagne di sensibilizzazione, in particolare sul tumore della mammella e sul melanoma, rivolte alla popolazione, progetti di educazione alla salute, servizi di diagnosi precoce presso gli Spazi Prevenzione e servizi dedicati al paziente oncologico, al suo percorso di cura e di riabilitazione e alla sua famiglia.

Riferimenti:

LILT Associazione Provinciale di Padova Onlus

Via G. De' Menabuoi, 64/3 - 35132 Padova

Tel 049 8801484

segreteria@liltpadova.it - www.liltpadova.it



Associazione U.G.O. Unite Gareggiamo Ovunque ONLUS

L'Associazione UGO – Unite Gareggiamo Ovunque Onlus – costituita nel 2019, è composta da un gruppo di donne operate per un neoplasia al seno che praticano il dragon boat, uno sport di pagaia diffuso in tutto il mondo eseguito su barche con la testa e la coda a forma di drago. Per aiutare la donna operate di tumore alla mammella nel percorso di guarigione, l'Associazione UGO è impegnata a promuovere e diffondere i benefici dell'attività fisica, i valori dello sport e la ricerca della salute psicofisica delle

donne operate che si trovano a dover affrontare una situazione di disabilità lavorativa e sociale che può essere temporanea (per tutto il percorso di cure e terapie) o permanente (in caso di patologie che richiedono cure continuative).

Riferimenti:

Sito www.ugopadova.org

social facebook (UGO Unite Gareggiamo Ovunque)

e instagram (@ugopadova)

E-mail: info@ugopadova.org



Progetto 29 giorni

Il Progetto 29 Giorni si propone di dare informazioni alle giovani donne su un argomento di cui in Italia si parla ancora troppo poco: le mutazioni genetiche che predispongono al tumore ereditario del seno e dell'ovaio. Perché scoprire di essere mutate dopo essersi ammalate, come ha detto la genetista che ha scoperto i geni BRCA negli anni '90, è una sconfitta.

Riferimenti:

Valentina Ruble su Facebook, Instagram e Tiktok



Run Your Life Again - RYLA ONLUS, Progetto RUN FOR IOV

La mission di RYLA, col progetto RUN FOR IOV è:

- la riabilitazione psicofisica delle pazienti di tumore al seno attraverso la corsa vissuta come squadra insieme a rappresentanti del personale

medico e infermieristico dell'Istituto Oncologico Veneto IOV che le hanno curate con i quali dopo aver corso la maratona contro la malattia del cancro, allenarsi ed arrivare a correre una vera maratona.

- la sensibilizzazione riguardo all'importanza della prevenzione per una patologia che è la principale causa di morte della popolazione femminile mondiale oggi;

- la diffusione di un messaggio di speranza di coraggio per le pazienti di oggi, che faccia vedere una luce in fondo al tunnel della malattia dimostrando che dopo un tumore al seno, una volta concluse le terapie, si può riprendere a correre a pieno la propria vita.

Riferimenti:

RYLA Onlus Run Your Life Again

info.ryla.runforiov@gmail.com - www.ryla.life



BR.A.VE. - Brca Associazione Veneto

Nasce da un gruppo di donne con la necessità di migliorare il supporto ed il sostegno alle nuove generazioni, figli e nipoti di persone portatrici del gene BRCA, che dovranno affrontare un percorso di conoscenza e consapevolezza a partire dalla decisione di eseguire il test genetico passando per un percorso di stretta sorveglianza, fino alla scelta di eventuali interventi preventivi. Questo percorso è determinato dalla presenza in famiglia di una mutazione dei geni brca 1-2, identificata con la Mutazione Jolie dai media, che predispone ad un alto rischio di sviluppare tumori che colpiscono diversi organi, come il seno e l'ovaio, in età giovanile. BR.A.VE. vuole dare sostegno a tutti i componenti delle famiglie affette dalla mutazione, con l'aiuto ed il sostegno costanti di equipe mediche e psicologiche, collaborando con le strutture sanitarie che riusciranno a garantire interventi preventivi, sempre meno impattanti sul

corpo e la psiche delle persone portatrici dei geni BRCA 1-2. L'associazione inoltre promuove tutte le azioni necessarie perchè questo percorso sia il meno impattante possibile su una popolazione che porta dentro di sè un potenziale ed elevato rischio di sviluppare la malattia.

Riferimenti:

Telefono: 348 6704901

E-mail: info@braveassociazione.it

Sito internet: www.braveassociazione.it



Volontà di vivere

L'Associazione "Noi e il cancro - Volontà di Vivere" Onlus, è dal 1979 centro di riabilitazione psico-fisica per i malati oncologici e, in modo particolare, per la donna operata di tumore al seno. Volontà di Vivere propone servizi di supporto alla persona e alla famiglia affinché venga migliorato quell'equilibrio tra corpo e mente che il tumore rompe. La valorizzazione, l'assistenza e il sostegno sono le tre parole-chiave che racchiudono tutto l'operato di Volontà di Vivere, allo scopo di continuare a far sentire la presenza "a fianco" di chi sta attraverso il percorso di malattia, consci dell'importanza della centralità del paziente.

Riferimenti:

Volontà di vivere

Via Matteotti, 27 – 35127 Padova

Tel.: 049 8025069 / 049 8035774

331 1477310

E-mail:

associazione@volontadivivere.org

Sito internet: www.volontadivivere.org



ANGOLO - Associazione Nazionale Guariti O Lungoviventi Oncologici

Nasce a Padova nel 2000 da un gruppo di pazienti ed ex pazienti oncologici con l'obiettivo di ideare, progettare, organizzare esperienze che favoriscano il superamento dei disagi connessi alla malattia tumorale, agevolare la riabilitazione e migliorare la qualità della vita del malato oncologico.

Organizziamo corsi di scrittura e fotografia terapeutica in collaborazione con la Psiconcologia dello IOV al fine di offrire nuovi strumenti di conoscenza di sé che consentano di elaborare e metabolizzare l'esperienza di malattia e delineare un rinnovato percorso di vita futura.

Nel nostro gruppo di Auto Mutuo Aiuto "ANGOLO Rosa" le donne operate al seno, e altro tumore femminile, si sostengono attraverso la condivisione della propria esperienza.

Svolgiamo attività di formazione di volontari in oncologia, operiamo nella relazione di ascolto e supporto ai pazienti oncologici e ai loro familiari.

Riferimenti

Telefono: 3398789040

E-mail: info@associazioneangolopadova.it

Sito: www.associazioneangolopadova.it

Facebook: ANGOLO ODV Padova

Instagram: @angolopadova



A cura di:

Alberto Marchet, chirurgo - Direttore UOC Chirurgia Senologica 1
Alessandra Latini, fisioterapista
Daniela Costardi, psicologa - Patient Education & Empowerment

In collaborazione con:

Prof.ssa Valentina Guarneri, oncologa
Lora Ornella, radioterapista
Stefania Zovato, endocrinologa
Alessandra Feltrin, psicologa
Mariateresa Nardi, nutrizionista
Ketti Ottolitri, risk manager
Stefania Zanon, infermiera epidemiologa

Aggiornato al 10/03/2023

Icons created by Freepik e Flaticon



Il materiale informativo è stato valutato, per chiarezza e comprensibilità, da rappresentanti di pazienti e loro familiari.

<https://www.ioveneto.it/unit/uoc-chirurgia-senologica-1/>



SCAN ME