



**STUDIO CONOSCITIVO DELLA SITUAZIONE ATTUALE
DELLA FISIOTERAPIA SENOLOGICA
NELLE “BREAST UNIT” DELLA RETE ONCOLOGICA DEL
PIEMONTE E VALLE D’AOSTA**

Gruppo di Studio Fisioterapisti

Coordinatrici: Acquadro Lorena, Alessandria Paola, Vaisitti Cinzia

A cura del sottogruppo:

***“Studio conoscitivo dell'attuale situazione della fisioterapia senologica nelle
Breast Unit della Rete ”***

Poetto Barbara - Referente, Bonato Elisa, Brignone Paola, Mantoan Manuela,
Tripodi Alessia

Documento approvato dalle Coordinatrici del Gruppo di Studio



Il tumore al seno è la patologia oncologica più frequente nel sesso femminile ed è la maggior causa di morte fra le donne. Fin dal 1998 in Italia e in Europa è stato sancito che le donne con tumore al seno fossero curate in una Breast Unit.

Il modello della “Breast Unit” implica che al suo interno si integrino tutte le specialità mediche, tecniche ed infermieristiche, che con approccio multidisciplinare si occupano della prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione del carcinoma mammario con le maggiori competenze scientifiche ed in assoluta coordinazione. È documentato che essere curati in una Breast Unit dà un aumento della sopravvivenza (+ 18%) e una migliore qualità di vita.

I riferimenti normativi che sottendono la nascita delle Breast Unit in Europa e in Italia sono molteplici e si susseguono dal 1998, quando la European Breast Cancer Conference ha stabilito per la prima volta il diritto delle donne con carcinoma mammario di essere curate da una équipe multidisciplinare. I requisiti minimi di una unità di senologia sono stati scritti da EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) nell’ anno 2000.

Le direttive italiane si rifanno al documento ufficiale che elenca tutte le caratteristiche che le Breast Unit devono avere, intitolato "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete e dei centri di senologia " ed è stato approvato nella Conferenza Stato-Regioni del 18/12/2014.

Per definire il percorso di cura fisioterapico delle donne operate al seno importante è anche il documento approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 2016 con titolo “Linee di indirizzo sul linfedema ed altre patologie correlate al sistema linfatico”. Il documento dà mandato alle Regioni di costituire dei centri di riferimento regionali di primo e secondo livello (centri hub and spoke) e ne definisce le caratteristiche, individua il setting di trattamento adeguato ed auspica la nascita di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistito) in grado di offrire alle donne operate al seno una presa in carico multidisciplinare che soddisfi standard di qualità ed efficacia della cura.



Foto 1. “Programma Regionale di Screening per tumore della mammella Prevenzione Serena. Workshop 2016” - diapositiva 8

In Piemonte i centri hub sono i seguenti:

Piemonte SE	- A.O. Alessandria* - ASL AL: Osp. Tortona - ASL AT: Osp. Cardinal Massaia
Piemonte SO	- A.O.S. Croce e Carle di Cuneo - ASL CN 1: Osp. Savigliano - ASL CN 2: Osp. Alba
Piemonte NE	- A.O.U. Maggiore della Carità di Novara - ASL VCO – ASL NO: GIC unico* - ASL BI
Torino N	- Presidio Cottolengo - ASL TO4: Osp. Ivrea
Torino O	- A.O Mauriziano* - IRCCS Candiolo - ASL TO 3: Rivoli*
Torino SE	- A.O.U Città della Salute e della Scienza* - ASL TO 5: Moncalieri *

Foto 2. “Programma Regionale di Screening per tumore della mammella Prevenzione Serena. Workshop 2016” - diapositiva 16 * sedi a monitoraggio di 24 mesi



Il loro compito è l'erogazione del complesso delle prestazioni per il trattamento delle pazienti affette da tumore della mammella, nonché la condivisione ed il coordinamento dell'applicazione dei PDTA di area presso i centri spoke.

Il requisito della multidisciplinarietà, stabilito sulla base di una lunga esperienza in Europa e pubblicato da EUSOMA assicura la presenza in ogni Centro di Senologia di un team di specialisti tra cui sono presenti le figure del Fisioterapista e del Medico Fisiatra. Ne definisce così i ruoli: “ In ogni Breast Unit il Fisiatra e il Fisioterapista devono essere disponibili per la valutazione della paziente con tumore al seno sia prima dell'intervento chirurgico sia immediatamente dopo. L'obiettivo è prevenire l'insorgenza di alterazioni della struttura e della funzione dell'apparato muscolo-scheletrico e cutaneo per assicurare la buona motilità dell'arto superiore, prevenire il linfedema nei casi di dissezione ascellare e fare in modo che le pazienti possano riprendere le loro attività quotidiane. In caso di complicanze post-operatorie la Breast Unit garantisce la presa in carico delle donne che necessitano di fisioterapia. Le Breast Unit devono informare le pazienti sulla prevenzione e sul trattamento delle problematiche post-operatorie anche attraverso materiali informativi e devono organizzare una rete sanitaria che permetta la presa in carico delle donne sul territorio.”

E' quindi importante cercare di tracciare il percorso e la presa in carico riabilitativa delle pazienti operate di tumore alla mammella affinché la riabilitazione possa essere integrata in maniera uniforme nella presa in carico multidisciplinare nelle Breast Unit della Rete e le pazienti possano ricevere la “miglior cura” a prescindere dal centro a cui fanno riferimento.

La situazione italiana attuale delle Breast Unit è ancora una realtà eterogenea e in continuo cambiamento.



COM'È LA SITUAZIONE DELLA FISIOTERAPIA NELLE “BREAST UNIT” DELLA RETE ONCOLOGICA DEL PIEMONTE E VALLE D’AOSTA NEL 2020?

Metodi dell’indagine:

1. **analisi dei dati di 17 PDTA** delle seguenti Aziende Sanitarie di Piemonte e Valle d’Aosta:

- ASL AT
- ASL TO5
- AOS Croce e Carle Cuneo
- ASL TO3
- OSPEDALE Cottolengo
- ASL CN1
- AOU Novara ASL Vercelli
- ASL TO4 (Ciriè – Chivasso - Ivrea)
- ASL VCO - ASLNO
- AO Mauriziano Umberto I
- ASL AL
- ASL Alessandria - Tortona
- ASL CN2 Alba - Bra
- IRCCS Candiolo
- ASL BI
- AOU Città della Salute e della Scienza
- AUSL VdA

2. **Questionario conoscitivo** compilato da 23 Fisioterapisti di 14 ASL che partecipano alla Formazione sul Campo 2020 della Rete Oncologica.



I PDTA delle diverse aziende sono stati consultati per estrapolare il dato della presenza del Medico Fisiatra e/o del Fisioterapista nei percorsi di cura delle donne candidate ad intervento chirurgico per carcinoma mammario.

I risultati mettono in evidenza una presenza non costante, e, per la maggior parte delle aziende, solo su richiesta.

Emergono anche alcuni percorsi virtuosi, la cui caratteristica comune è l'offerta del percorso fisiatrico e fisioterapico a tutte le pazienti, indipendentemente dal tipo di intervento previsto.

In questi percorsi si trovano:

- visita fisiatrica di routine nell'immediato post-operatorio
- programmi di prevenzione e di educazione terapeutica tenuti dai Fisioterapisti in maniera strutturata
- ambulatori dedicati per le pazienti operate con complicanze di interesse riabilitativo
- programmazione di visite in follow-up ad intervalli di tempo prestabiliti.

Tab1. Tabella riassuntiva dati estrapolati dai questionari conoscitivi.

	SI	NO	NOTE
Il Fisioterapista ha un ruolo nel PDTA	56,52%	43,48%	
Il Fisioterapista partecipa al GIC	0%	73,91%	13,04% su chiamata
È previsto intervento fisioterapico pre-operatorio	13,04%	86,96%	
Il CAS utilizza questionario di screening *	0%	69,57%	30,43% NON SO
Medico inviante alla visita fisiatrica			30% Senologo, 21,74% Oncologo, 21,74% MMG, 17% altro, 8,7% Chirurgo Plastico
Timing invio precoce alla visita fisiatrica *	56,52%	43,48%	Timing variabile dal immediato post-operatorio ad un massimo di 3 mesi
Percorso prevenzione linfedema	39,13%	60,87%	Counselling e consegna libretto informativo nel pre-operatorio o nell' immediato post-operatorio
Prevenzione restrizioni motorie	34,78%	65,22%	Counselling e consegna libretto informativo nel pre-operatorio o nell' immediato post-operatorio
Booklet prevenzione linfedema	21,74%	78,26%	Consegnato nel pre- o nel post- operatorio, generalmente dal FT
Booklet prevenzione disfunzioni muscolo-scheletriche	17,36%	82,61%	Consegnato nel pre-operatorio da FT o da infermiere
Utilizzo schede di valutazione fisioterapiche	100%	0%	Valutazione centimetrica, scala Dash, MRC, goniometro, Body Chart, VAS, ICF
Valutazione in follow-up	43,48% MF 26,09% FT	30,43%	Timing variabile e non standardizzato
Presenza attività di prevenzione terziaria	13,04%	86,96%	



Nella Tabella 1 sono stati elencati alcuni dati ricavati dalle risposte ai questionari. Le domande evidenziate con * hanno avuto risposte soggettive poco utilizzabili per l'indagine.

Con la stessa metodica, inoltre, sono stati indagati i punti di forza e di debolezza percepiti dai Fisioterapisti rispetto al ruolo della fisioterapia nelle aziende di appartenenza.

I dati emersi come "*punti di forza*" sono per lo più soggettivi ("*buon approccio con il paziente*", "*il paziente si sente seguito*", etc...) e quindi non utili per l'indagine.

I dati oggettivi sono quelli evidenziati dai Fisioterapisti che lavorano nelle ASL con i percorsi virtuosi e sono sovrapponibili a quelli emersi dai PDTA.

I "*punti critici*" riconosciuti dai Fisioterapisti che hanno compilato il questionario riguardano:

- scarsa presenza della figura del Fisioterapista e del Medico Fisiatra all'interno dei percorsi di cura e nei GIC
- presa in carico tardiva
- carenza di follow up prestabiliti
- scarsa organizzazione del percorso
- insufficiente numero di Fisioterapisti con formazione specifica.

Dal raffronto dei dati raccolti con le due metodiche, si evince che la presa in carico delle donne operate al seno avviene con percorsi globalmente non strutturati.

La valutazione fisioterapica pre-operatoria è risultata essere poco diffusa nelle Aziende della Rete.

Per quanto riguarda il percorso post-operatorio, si rileva, invece, una presa in carico spesso tardiva che non consente di lavorare sulla prevenzione secondaria, ma solo su problematiche già instaurate.

Emerge inoltre che il follow up è la parte più carente.

I percorsi virtuosi, le Linee Guida, i Documenti di Consenso e la letteratura scientifica aiutano a tracciare il percorso ideale per la presa in carico fisioterapica come primo passo per omologare i trattamenti in tutte le ASL di Piemonte e Valle d'Aosta.

PERCORSO FISIOTERAPICO

Rivolto a tutte le donne sottoposte a chirurgia mammaria e del cavo ascellare, indipendentemente dall'invasività dell'intervento, anche se quest'ultima rappresenta il fattore di rischio più importante.

Le problematiche di interesse riabilitativo possono essere infatti presenti e invalidanti anche per resezioni mammarie parziali e con il solo prelievo del/dei linfonodi sentinella e aumentano di diffusione e gravità tanto più estesa è la resezione chirurgica. Possono insorgere a breve, medio o lungo termine ed interessare il versante muscolo-scheletrico, la cute, il sistema nervoso periferico e il sistema linfatico, dando origine a dolore, limitazione del ROM (Range Of Motion) dell'articolazione scapolo-omerale, riduzione della forza muscolare dell'arto superiore, disordini posturali, retrazioni muscolari e cicatriziali, linfedema. Sono inoltre influenzate negativamente dalla presenza di eventuali fattori di rischio preesistenti (in particolare obesità, dolore e patologie osteo-articolari della spalla omolaterale).

Il percorso riabilitativo da noi proposto si avvale di:

- **VALUTAZIONE FISIOTERAPICA PRE-OPERATORIA:** se possibile richiesta dal CAS per tutte le pazienti candidate alla chirurgia mammaria e dissezione ascellare. La tempistica e la messa in pratica saranno legate ai percorsi clinico - diagnostici delle singole aziende (CAS o S.S. Chirurgia o Pre-Ricovero, con richiesta di prescrizione di valutazione fisioterapica o di visita fisiatrica).

Scopi:

- Indagare i fattori di rischio pre-operatorio mediante somministrazione di una scheda di valutazione (reperibile accedendo al link in calce al documento) che funga da screening per identificare le donne ad alto rischio di sviluppare complicanze riabilitative nel post-intervento. Queste pazienti devono essere segnalate al GIC, affinché il Medico Fisiatra



possa valutare un'eventuale presa in carico riabilitativa in questa fase, qualora la tempistica lo consenta (ad esempio in caso di chemioterapia neoadiuvante che posticipa l'intervento). Tale scheda consente inoltre di ottenere una baseline utile per il confronto con le valutazioni nel post-operatorio e nel follow-up.

- Fornire informazioni alla paziente, anche tramite la consegna di booklets, riguardanti la prevenzione dei disordini muscolo-scheletrici e del linfedema (reperibile accedendo al link in calce al documento) .
- Ottenere una migliore compliance della paziente e per motivarla al self-care.

➤ **COUNSELLING POST-OPERATORIO IN PRIMA GIORNATA:** richiesto dal Reparto di Chirurgia ha lo scopo di stimolare la paziente all'esecuzione degli esercizi già consigliati nel pre-operatorio, rispettando la soglia del dolore. La paziente sarà istruita a non superare i 90° di movimento in flessione e in abduzione della spalla, soprattutto in presenza di drenaggio e fino alla rimozione dello stesso e dei punti di sutura e attuare le attenzioni necessarie qualora le sia stata impiantata una protesi mammaria. Inoltre è bene incoraggiare la paziente ad utilizzare il braccio nelle ADL per tutte le attività che implicano movimento senza sforzo muscolare; per le prime 6 settimane, infatti, l'obiettivo principale è il recupero del movimento e non della forza;

➤ **VALUTAZIONE FISIOTERAPICA POST-OPERATORIA AD UN MESE**

DALL'INTERVENTO: richiesta dal reparto di Chirurgia al momento delle dimissioni. Avviene mediante la compilazione di una apposita scheda di valutazione (reperibile accedendo al link in calce al documento) e ha lo scopo di selezionare le pazienti da inviare a visita fisiatrica per eventuale prescrizione di trattamento fisioterapico. Riguardo al linfedema, è importante durante questo appuntamento informare le pazienti rispetto ai fattori di rischio che possono modificare, al fine di ridurli e insegnare loro a riconoscerne i primi segni d'insorgenza ovvero: senso soggettivo di peso, vestiti, braccialetti, anelli che diventano stretti, senso di "pelle che tira". Vi sono fattori di rischio non modificabili quali: l'estensione dell'intervento chirurgico e una dissezione ascellare più ampia, l'aver ricevuto radioterapia ed essere state sottoposte a

chemioterapia (Taxani). Fattori di rischio supportati dalle evidenze scientifiche e potenzialmente evitabili o riducibili sono: BMI (Body Index Mass) ≥ 25 , sedentarietà, infezioni ricorrenti, somministrazione di terapie adiuvanti (chemioterapia) sull'arto operato, esposizione a fonti di calore eccessivo. Un trattamento precoce offre infatti maggiori successi e un potenziale contenimento dei costi. Nello stesso counselling è fondamentale spiegare cosa sono l'erisipela e la linfangite, come riconoscerne i segni e l'importanza della segnalazione immediata al medico di riferimento. Il cut-off risultante da questa scheda di valutazione è l'indicatore per l'invio a visita fisiatrica per eventuale prescrizione di trattamento fisioterapico.

- **VISITA FISIATRICA** con stesura del PRI (Progetto Riabilitativo Individuale).
- **TRATTAMENTO FISIOTERAPICO:** Nel post-operatorio comprende:
 - Recupero del Range Of Motion (ROM) dell'articolazione scapolo-omerale;
 - Rinforzo muscolare: dopo 4-6 settimane dalla data dell'intervento e a ROM recuperato è possibile iniziare gli esercizi di rinforzo contro resistenza partendo da bassa intensità (peso da 0,5 kg) e durata, aumentando progressivamente il carico di lavoro (peso da 1 kg e maggior numero di ripetizioni). Una volta recuperata la forza muscolare, la paziente potrà riprendere l'attività che svolgeva prima dell'intervento, compresa l'attività sportiva. Rispetto a quest'ultima, se è particolarmente impegnativa o agonistica, è consigliabile la consulenza individualizzata di un Fisioterapista. In questa fase è importante motivare la paziente a svolgere un'attività fisica regolare, così come consigliato dall'OMS per mantenere un buono stato di salute generale, per la prevenzione delle recidive e per il controllo del peso;
 - Trattamento cicatrici ed eventuale AWS (axillary web syndrome);
 - Trattamento del linfedema: è dimostrato che il trattamento precoce e l'utilizzo della CDP (fisioterapia complessa decongestiva) essendo un *gold standard* a livello internazionale danno risultati migliori. La CDP comprende cura della cute, drenaggio linfatico manuale, bendaggio a corta estensibilità multistrato e multicomponente, attività fisica sotto compressione, indumenti elastocontenitivi in trama piatta e tecniche di self management. Condizione necessaria per un risultato ottimale sono la compressione tramite bendaggio e l'utilizzo di



indumento contenitivo. Due aspetti risultano inoltre di fondamentale importanza: la *compliance* della paziente, che deve aderire al programma terapeutico e l'esperienza/formazione dei Fisioterapisti e dei Medici. Al fine di avere professionisti specializzati in ambito senologico, in grado di fornire una risposta ottimale alle esigenze delle pazienti, occorre garantire una formazione specialistica in questo campo che è anche la condizione indispensabile per avere una presa in carico omologata e di qualità in tutte le Breast Units della Rete Oncologica

➤ **VALUTAZIONE FISIOTERAPICA IN FOLLOW UP:** prevede la rivalutazione fisioterapica a 3-6-12 mesi dall'intervento. Avviene tramite compilazione della scheda specifica (reperibile accedendo al link in calce al documento) il cui score definirà le donne che hanno necessità di essere rivalutate dal Medico Fisiatra per una eventuale presa in carico.

➤ **VISITA FISIATRICA IN FOLLOW UP CON STESURA DEL PRI** (Progetto Riabilitativo Individuale).

Per poter rendere questo percorso attuabile è indispensabile che il Medico Fisiatra e il Fisioterapista siano parte integrante dei GIC.

Va considerato che il percorso proposto è un "modello ideale" che deve essere adattato nelle diverse realtà presenti sul territorio regionale, che hanno già sviluppato pratiche e competenze. Sarà compito di ogni Azienda Sanitaria applicare questo modello nel modo migliore e valorizzando ciò che già esiste.

Le schede di valutazione e i booklets citati nel documento sono stati prodotti dagli altri gruppi di lavoro dei Fisioterapisti per la Rete Oncologica del Piemonte e Valle D' Aosta, nell'ambito del progetto di Formazione sul Campo 2020 "Il ruolo del Fisioterapista nei percorsi di cura oncologici: produzione di documenti di consenso e di raccomandazioni cliniche e organizzative" e sono reperibili accedendo al seguente link:

<http://www.reteoncologica.it/area-operatori/operatori-in-rete/fisioterapisti/raccomandazioni-fisioterapisti>

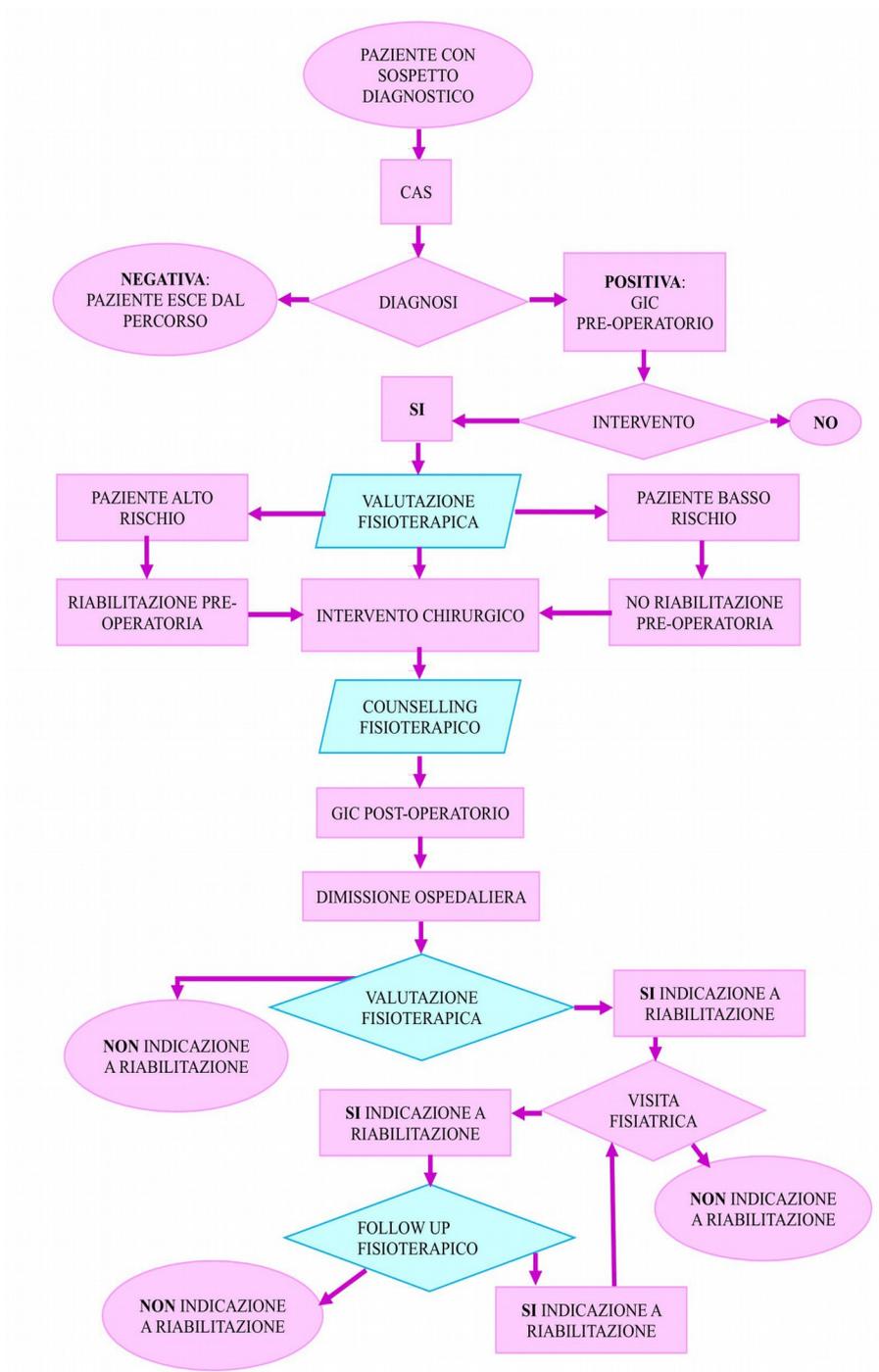
Si allega una flow chart riassuntiva del percorso "*ideale*" da noi proposto:

- **ALLEGATO 1**

E due tabelle esplicative del percorso:

- **ALLEGATO 2**

ALLEGATO 1: IL FISIOTERAPISTA NEL PERCORSO DELLA DONNA OPERATA AL SENO



ALLEGATO 2: TABELLE ESPLICATIVE DEL PERCORSO

ATTIVITA'	OPERATORE		GESTIONE	MODALITA' DI EROGAZIONE
Valutazione pre -operatoria		Fisioterapista	CAS	Scheda di valutazione pre-operatoria
Counselling 1° gg p.o.		Fisioterapista	REPARTO CHIRURGIA	Seduta in reparto chirurgico
Valutazione post -operatoria		Fisioterapista	REPARTO CHIRURGIA	Scheda di valutazione post-operatoria
Presa in carico	Medico Fisiatra		SERVIZIO DI RIABILITAZIONE	Visita ambulatoriale (PRI)
Trattamento riabilitativo		Fisioterapista	SERVIZIO DI RIABILITAZIONE	Sedute di rieducazione - CDP
Valutazione in follow-up		Fisioterapista	SERVIZIO DI RIABILITAZIONE	Scheda di valutazione in follow-up
Visita di follow-up	Medico Fisiatra		SERVIZIO DI RIABILITAZIONE	Visita ambulatoriale (PRI)

INDICATORI DI PERCORSO FISIOTERAPICO			
FASE	STRUMENTO	SCORE	AZIONE CHE NE CONSEGUE
Pre-operatoria	Scheda di valutazione pre-operatoria	< 8 / 15	Counselling 1° gg p.o.
		≥ 8 / 15	Segnalazione al GIC
Post-operatoria	Scheda di valutazione post-operatoria	< 10 / 25	Paziente esce dal percorso
		≥ 10 / 25	Visita Fisiatrica
Follow-up	Scheda di valutazione in follow-up	≤ 10 / 25	Paziente esce dal percorso
		> 10 / 25	Visita fisiatrica



BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- **Relazione sul cancro al seno nell'Unione Europea (2002/2279 (INI)) commissione per I diritti della donna e le pari opportunità-** Relatrice Karin Jons.
- **Le Breast Unit in Europa e in Italia** - Silvia Deandrea, MD PHD. ATS della città metropolitana di Milano.
- **Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete nei Centri di Senologi** - Rep. Atti n. 185/CSR del 18 Dicembre 2014. La conferenza permanente per I rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano
- **Tumore della mammella. Linee guida clinico-organizzative per la regione Piemonte-** Luglio 2002.
- **Individuazione dei criteri e dei requisiti per l'identificazione dei Centri di Senologia (Breast Unit), nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale per il carcinoma della mammella, ad integrazione delle DD.G.R.n. 42- 7344 del 31.03.2014 e n. 48- 7639 del 21.05.2014.** Regione Piemonte BU5S1 05/02/2015 “Deliberazione della giunta regionale 29 Dicembre 2014, n. 38- 852.
- **PDTA delle Aziende della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta**
- **The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology-** Lymphology 53 (2020): 3-19
- **Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, treatment and follow –up** - Annal of Oncolgy 30 (2019): 1194-1220
- **Clinical Practice Guidelines for Breast Cancer Rehabilitation. Syntheses of Guidelines Recommendation and Qualitative Appraisals** Cancer 15 April 2012: 2312-2324
- **Programma regionale di screening per tumore della mammella** -workshop 2016 (intervento prof. Bertetto).
- www.periplo.it
- www.reteoncologica.it
- www.senonetwork.it
- www.europadonna.it