



# **LA RIABILITAZIONE NELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA POLMONARE, UROLOGICA, MAMMARIA, COLON-RETTALE E LA MODALITA' DI RICHIESTA PROTESI, AUSILI, DEVICE, OSSIGENOTERAPIA**

## **Coordinatori Gruppo di Studio Infermieri**

Rita Reggiani	AO Ordine Mauriziano di Torino
Carla Rigo	AOU Maggiore della Carità di Novara

## **Gruppo di stesura:**

### *Coordinamento*

Stefania Menin	ASL BI
----------------	--------

### *Componenti*

Antonio Lestino	AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano
Carmen Damiano	AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano
Cinzia Pachetti	AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano
Donatella Ceresa	Ospedale Cottolengo
Gianna Regis	ASL TO4, Ivrea
Manuela Teresa Ballario	ASL CN1, Saluzzo
Simonetta Marcolin	ASL BI
Stefania Testa	ASL CN1, Savigliano

## **INTRODUZIONE**

La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è un modello organizzativo per la cura e l'assistenza dei malati oncologici. Nell'ottica di ottimizzare e migliorare le risposte ai bisogni di salute, senza disomogeneità di trattamento, la Rete si avvale di professionisti che costituiscono i diversi Gruppi di Studio (GdS) tra cui quello degli Infermieri, che ha tra i suoi mandati la definizione dello specifico contributo infermieristico nei percorsi di cura, il presente elaborato è la conclusione di tali riflessioni.

I percorsi e le modalità di richiesta dei vari presidi non sono uniformi in tutte le ASL/AO; in tal senso il GdS infermieristico ha assunto la volontà di rendere visibile e fruibile agli operatori, ai pazienti e alle loro famiglie, attraverso il sito delle Rete Oncologica, tali percorsi creando un database, in formato excel.

## **OBIETTIVO**

Definire ed uniformare un percorso unico con un modello integrato, fornendo una guida operativa di utilità per gli operatori delle strutture sanitarie del Dipartimento Oncologico Interregionale e Interaziendale del Piemonte e della Valle D'Aosta tramite il sito della Rete Oncologica.

## **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il documento si rivolge ai professionisti coinvolti nei percorsi di cura e alle persone assistite e familiari.

## **ATTUALI RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **PRESIDI E AUSILI**

- D.M. n° 332/1999 Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del S.S.N.

### **RIMBORSO PARRUCCHE**

2019 Le ASL provvederanno al rimborso, agli utenti aventi diritto, secondo le modalità in essere, stabilite negli anni precedenti:

- Nota Prot. n° 11506/A del 1875/2018
- D.D. n° 656 del 23/7/14
- D.G.R. 51-7642 del 215/14

## STOMIE

- Bollettino Ufficiale n° 06 del 12/2/2004
- Linee Guida di assistenza al portatore di stomie

## ABBREVIAZIONI E TERMINOLOGIE

AIPO: Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

AOU: Azienda Ospedaliera Universitaria

ASL: Azienda Sanitaria Locale

ASO: Azienda Sanitaria Ospedaliera

Di.To: Disabilità a Torino

GdiS: Gruppo di Studio

ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

SC: Struttura Complessa

SSD: Struttura Semplice Dipartimentale

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

TNM: Tumour Node Mestastasis

## PROTESI

Dal Dizionario Italiano: la protesi è la sostituzione di un organo mancante o asportato, o di una sua parte, con un elemento artificiale: p. dentaria, acustica, l'elemento artificiale stesso: applicare una protesi in plastica<sup>1</sup>.

Da Wikipedia: la protesi è un dispositivo artificiale atto a sostituire una parte del corpo mancante (un arto, un organo o un testo), o a integrare una parte danneggiata. Le protesi possono essere prodotte su misura (ad esempio protesi dentarie o ortopediche) o in serie (ad esempio valvole cardiache). Le protesi mammarie sono

---

<sup>1</sup> Dizionario Italiano Olivetti a cura di E. Olivetti

utilizzate nella chirurgia estetica o nella chirurgia della mammella per aumentare le dimensioni (mastoplastica additiva) e per modificare la forma del seno di una donna o per ricostruire il seno, ad esempio dopo una mastectomia, o nell'ambito della chirurgia per il cambio di sesso.

## AUSILIO

Dal Dizionario Italiano: aiuto, soccorso (nel linguaggio comune si usa per lo più nella locuzione preposizionale. con l'ausilio di, con il sussidio, l'aiuto, l'apporto di: opera eseguita con l'ausilio dei più potenti macchinari<sup>2</sup>.

Dal Web: si intende per ausilio uno strumento che aumenta o migliora una funzione alterata del soggetto (es. posate modificate che permettono o migliorano l'alimentazione autonoma, bastone per permettere o migliorare la deambulazione, sedia a rotelle ecc). Qualsiasi prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico utilizzato da una persona disabile per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione, una limitazione nelle attività o un ostacolo alla partecipazione<sup>3</sup>.

## DEVICE

Dal Dizionario Italiano: congegno, dispositivo, meccanismo, aggeggio, arnese<sup>4</sup>.

Dal Word Reference: congegno, dispositivo.

## DATABASE

Dal manuale open office: è un insieme di archivi integrati ed in relazione tra di loro che è interrogabile da uno o più utenti, i quali sono collegati al computer tramite una rete locale o remota. Il termine “integrato” sta ad indicare che i vari archivi che formano il database sono unificati in un unico archivio e non in tanti sottoinsiemi, in modo tale che ogni archivio diventa una parte essenziale di tutto il complesso<sup>5</sup>.

Dal glossario informatico: un database è una raccolta di informazioni organizzata in modo da poter essere facilmente accessibile per consultazione, modifiche e aggiornamenti. Gli elementi principali di un database sono i record, i quali sono a loro volta suddivisi in campi. Nel linguaggio informatico i database vengono classificati in base alla loro tipologia di organizzazione delle informazioni<sup>6</sup>.

## HANDICAP

2 -<sup>4</sup> Corriere della sera Dizionario italiano 2019

3 Di.To Disabilità a Torino (Associazione Area Onlus)

4

5 Manuale di OpenOffice e LibreOffice 10 agosto 2016, Work in progress

6 Pc-facile.com – glossario informatico

La comunicazione dell'handicap comunemente accettata si deve all'OMS che nel 1980 pubblicò la “Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali”.

Essa distingueva tre livelli:

- **MENOMAZIONE:** intendendo qualsiasi perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica (esteriorizzazione)
- **DISABILITA':** limitazione o perdita (conseguente a menomazione) delle capacità di compiere un'attività di base nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano (oggettivazione)
- **HANDICAP:** condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità, che in un certo senso limita o impedisce l'adempimento di un ruolo sociale considerato normale in base all'età, al sesso, al contesto sociale-culturale della persona (socializzazione).

Nel 1999 l'OMS ha pubblicato una nuova “Classificazione delle Menomazioni Attività personali (ex Disabilità) e della Partecipazione sociale (ex handicap o svantaggio esistenziale)” (ICIDH-2) nella quale vengono ridefiniti due dei tre concetti portanti che caratterizzano un processo morboso:

- La sua esteriorizzazione: menomazione
- L'oggettivazione: non più disabilità, ma attività personali
- Le conseguenze sociali: non più handicap o svantaggio, ma diversa partecipazione sociale.

Più precisamente:

- Con attività personali si considerano le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nelle proprie attività, a qualsiasi livello di complessità, a causa di una menomazione strutturale o funzionale. Sulla base di questa definizione ogni persona è diversamente abile.
- Con partecipazione sociale si considerano restrizioni di natura, durata e qualità che una persona subisce in tutte le aree e gli aspetti della propria vita (sfere) a causa delle interazioni fra le menomazioni, le attività ed i fattori contestuali.

Il 22 maggio 2001 l'OMS perviene alla stesura di uno strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare e dall'approccio universale: “La Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute” (ICF).

L'ICF descrive lo stato di salute della persona in relazione ai loro ambienti esistenziali al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità (intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole).

Il concetto di disabilità introduce:

- Universalismo (la disabilità non è un problema di gruppo, ma un'esperienza che tutti nella vita possono sperimentare)
- Approccio integrato
- Modello multidimensionale del funzionamento e della disabilità (OMS, Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10, Masson, Milano 1992)

### **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

<b>PROFILO</b>	<b>MEDICO DI STRUTTURA</b>	<b>MEDICO SPECIALISTA</b>	<b>INFERMIERE</b>	<b>ALTRI PROFESSIONISTI fisioterapista, stomaterapista logopedista, psicologa, assistente sociale</b>
<b>ATTIVITA'</b>				
<b>COMPILAZIONE MODULISTICA</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
<b>PRESCRIZIONE PROGRAMMA RIABILITATIVO</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
<b>ATTUAZIONE PROGRAMMA RIABILITATIVO</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R/C</b>	<b>R/C</b>
<b>INFORMAZIONE PERSONA ASSISTITA E/O CARE GIVER</b>	<b>C</b>	<b>C/R</b>	<b>R/C</b>	<b>R/C</b>
<b>EDUCAZIONE PERSONA ASSISTITA E/O CARE GIVER</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R/C</b>	<b>R/C</b>

**R= RESPONSABILE    C= COINVOLTO    I= INFORMATO**

## **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'**

Il GdS Infermieristico della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta ha tenuto come riferimento i principi e i contenuti che vi sono all'interno della Regione Piemonte e Valle D'Aosta, provvedendo ad una condivisa lettura di tutti i percorsi, raccogliendo i dati delle rispettive Aziende di appartenenza e analizzandoli, elaborando infine un database ove sono stati inseriti tutti i dati estrapolati.

I componenti del gruppo si sono suddivisi ulteriormente in sottogruppi, ognuno dei quali ha lavorato su argomenti specifici raccogliendo i dati e producendo un elaborato che è stato nuovamente analizzato, in alcuni casi rivisto e modificato. Questo ha permesso una condivisione globale del lavoro svolto da tutti i componenti del gruppo; i contatti tra i membri sono avvenuti prevalentemente attraverso mail, chat, telefonate e incontri diretti.

## **LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA**

La riabilitazione oncologica ha lo scopo di ottimizzare la qualità della vita della persona assistita, aiutando il paziente e la sua famiglia ad adattarsi a standard di vita quanto più simili a quelli precedenti la malattia, con lo scopo di ridurre al minimo la disabilità fisica, il deficit funzionale, cognitivo e psicologico, che spesso si manifesta in seguito al tumore o delle terapie ad esso correlate.

La riabilitazione deve occuparsi del paziente oncologico per tutto l'iter della malattia, dalla diagnosi all'intero percorso terapeutico, fino alla fase ultima della vita e si avvale di una équipe di cura formata da professionalità mediche, psicologiche, infermieristiche e sociali in grado di rispondere alle complicità legate al decorso della malattia e/o alle terapie a cui il paziente oncologico va incontro.

Le principali figure professionali coinvolte nel processo riabilitativo sono rappresentate dal fisiatra, lo pneumologo, l'ortopedico, il terapeuta della riabilitazione ed il massofisioterapista, il logopedista, l'assistente sociale, lo psico-oncologo, l'infermiere, il tecnico ortopedico.

Al fisiatra, in particolare, compete la valutazione del quadro clinico-patologico e l'attivazione del "progetto riabilitativo individuale", la valutazione funzionale del paziente, la diagnosi e la prognosi riabilitativa, oltre che la revisione del percorso terapeutico.

All'interno del progetto deve essere inserita, inoltre, la prescrizione di protesi ed ausili idonei a facilitare l'autonomia del paziente nella vita quotidiana.

Va infine sottolineato il ruolo della professione infermieristica nella valutazione dei bisogni primari, essendo l'infermiere il professionista che trascorre la maggior parte del tempo con il malato.

Dal punto di vista classificativo, le problematiche di interesse riabilitativo possono essere distinte in due categorie:

- Quelle comuni a tutti i tipi di neoplasie e che si manifestano per cause iatrogene e/o con il progredire della malattia. Comprendono in particolare la sindrome ipocinetica che si manifesta in particolar modo nelle fasi terminali della malattia ed è causa di limitazioni
- Le problematiche riabilitative organo specifiche, che sono in relazione alla localizzazione primitiva del tumore e della sua eventuale exeresi chirurgica.<sup>7</sup>

## **I BISOGNI RIABILITATIVI NEL CARCINOMA DEL POLMONE**

La riabilitazione respiratoria e quella motoria sono trattamenti che si integrano e si modulano in misura diversa in base alle necessità di ogni singolo paziente. In tutti i casi, pertanto, ci si dovrà occupare delle problematiche inerenti la funzionalità respiratoria e di quelle di competenza motoria che insorgono in queste persone. Maggiori attenzioni dovranno essere rivolte a coloro che presentano possibili fattori di rischio come anzianità, obesità, diabete, cardiopatie, connettiviti, malnutrizione, ma anche a quelle persone che presentano deformità della colonna vertebrale come gravi scoliosi o rigidità toracica, ad esempio da ridotta mobilità come nel morbo di Parkinson o nelle malattie neuromuscolari. Altre persone a rischio sono quelli che potrebbero sviluppare complicanze cardiopolmonari nel periodo post-operatorio, ma possono essere identificati prima attraverso lo studio dei gas espirati durante l'esercizio e i test per la funzionalità polmonare.<sup>8</sup>

Per poter determinare il progetto e tracciare il programma riabilitativo occorre:

- 1 valutare le condizioni generali che comprendono condizioni psicofisiche, grado di collaborazione e motivazioni;
- 2 stabilire quali sono gli esiti della patologia e/o dell'intervento, l'entità del danno funzionale, le patologie locali e generali che possono ostacolare il recupero e da quanto tempo sono insorte, le possibilità residue e gli eventuali compensi utilizzati.

---

7 Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 27

8 Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica . Capitolo 2 – pag. 101 - 102



È necessario quindi fare un attento esame di ogni persona assistita per poter organizzare il piano terapeutico riabilitativo, che pur seguendo i protocolli di trattamento sia anche il più idoneo per quella persona e consenta di verificarne i progressi.

Le competenze del riabilitatore devono essere rivolte a soddisfare bisogni del singolo paziente e possono riguardare:

- la riduzione della mobilità generale e toracica, in termini sia di prevenzione sia di cura,
- il deficit della muscolatura respiratoria, cioè dei muscoli del torace che solitamente provvedono a far compiere i normali atti respiratori,
- l'impegno della muscolatura respiratoria accessoria: si tratta di muscoli che non dovrebbero intervenire nel respiro normale,
- il deficit della capacità di tossire,
- la ventilazione nei distretti polmonari,
- la quantità e qualità delle secrezioni bronchiali,
- il dolore di ferita chirurgica del drenaggio,
- i dolori a spalla, arto superiore e rachide cervicodorsale, le posture viziate, rigidità articolari e contratture muscolari,
- l'affaticabilità,
- le lesioni neurologiche periferiche.<sup>9</sup>

## **Il percorso riabilitativo**

### **Fase pre-operatoria**

Il trattamento avrà lo scopo di far svolgere le appropriate modalità di respirazione, di allenare e utilizzare la muscolatura respiratoria e di detensionare quella accessoria, di coscientizzare il corretto ritmo e svolgimento degli atti respiratori, di ridurre la secrezione delle produzioni tracheo-bronchiali, di ricercare le posture corrette, di mantenere attivo il cingolo scapolare, di contrastare le contratture muscolari e le rigidità articolari

---

<sup>9</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 102

e di promuovere una adeguata e regolare attività fisica. Questo training risulterà utile anche nella fase postoperatoria.

Vengono utilizzati strumenti e tecniche che hanno duplice scopo:

- promuovere la massima espansione toracica e sono: spirometro incentivante volumetrico e/o flussometrico, coughing, respiro diaframmatico, respiro segmentale costale
- facilitare la eliminazione delle secrezioni drenaggio posturale
- specificità riabilitative vibrazioni del torace e delle vie aeree, Pep-Mask, Flutter, modulatore di flusso espiratorio.

Devono sempre essere associate attività motorie e in particolare mobilizzazioni passive e attive delle scapolo-omerali e del rachide, esercizi di stretching, rinforzo della muscolatura addominale e, per evitare rigidità del lato operato, dovrebbe essere compresa anche la mobilità del tronco.<sup>10</sup>

## OBIETTIVI IN FASE PRE-OPERATORIA

<b>Respirazione</b>	<b>Motilità</b>
Svolgere appropriate modalità respiratorie	Mantenere attivo il cingolo scapolare
Allenare e utilizzare la muscolatura respiratoria e detensionare la muscolatura respiratoria accessoria	Ricerca le posture corrette
Coscientizzare il corretto ritmo e svolgimento degli atti respiratori	Contrastare le contratture muscolari e le rigidità articolari
Ridurre le secrezioni tracheo-bronchiali	Promuovere un'adeguata e regolare attività fisica

### Fase post-operatoria

Anche le persone che, successivamente all'intervento chirurgico, sono in grado di respirare autonomamente necessitano di essere assistiti dal terapeuta della riabilitazione.

<sup>10</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 102

I grandi protocolli della rieducazione respiratoria post-operatoria prevedono che sia strutturata in tre fasi:

- immediata,
- successiva alla rimozione dei drenaggi,
- tardiva.

Nel primo periodo il progetto riabilitativo comprende:

- il mantenimento di un'adeguata ventilazione
- la riespansione delle unità alveolari atelettasiche
- l'eliminazione delle secrezioni bronchiali
- la riattivazione-mantenimento delle escursioni articolari e del tono muscolare
- la correzione degli atteggiamenti viziati a letto
- la ripresa precoce della deambulazione.

Nei giorni successivi all'intervento la persona assistita assume una posizione quasi 'obbligata' nel letto, ma è preferibile che stia in stazione seduta con la schiena appoggiata ed eretta, piuttosto che sprofondato tra i cuscini. In questo modo è possibile migliorare la funzionalità respiratoria e favorire la capacità di tossire.

È sempre necessario mantenere o riattivare la funzionalità delle scapolo-omerali ed assicurarsi che non sopravvengano contratture muscolari a livello del cingolo scapolare e/o del rachide. Inoltre devono essere effettuate precocemente manovre di mobilizzazione degli arti inferiori per impedire la retrazione della muscolatura flessoria dell'anca e del ginocchio, la stasi venosa e il rischio di trombosi. L'utilizzo di un semplice ausilio come l'archetto solleva -coperte infondo al letto è utile perché può prevenire atteggiamenti viziati dei piedi.

La persona deve essere stimolata, compatibilmente con le condizioni cliniche, a riprendere entro pochi giorni la deambulazione, così da prevenire patologie vascolari e - mantenendo il tronco eretto - agire positivamente sulla ventilazione polmonare.

Per migliorare la ventilazione polmonare può anche essere opportuno far eseguire regolarmente cicli di respiri profondi a bassa frequenza e grande ampiezza (ad esempio 10 respiri ogni ora), associando anche sedute di aerosol con sostanze fluidificanti.

Dal momento in cui vengono rimossi i drenaggi, si possono inserire manovre più ampie mediante esercizi di espansione toracica localizzata con controllo manuale da parte del fisioterapista; vengono intensificate la mobilizzazione attiva del rachide e del cingolo scapolare ed anche il cammino può essere prolungato.

La prosecuzione del trattamento consiste nel potenziamento del rinforzo muscolare e dell'aumento di ampiezza sia degli esercizi di respirazione sia della rieducazione motoria e nella progressiva introduzione del riallenamento allo sforzo. Particolare attenzione deve essere posta alle cicatrici chirurgiche e alle cicatrici dei drenaggi che spesso sono fonte di dolore e/o di disturbi funzionali e/o di deviazioni posturali. Il dolore postoperatorio influenza negativamente la funzione respiratoria oltre ad inibire il meccanismo della tosse.

A questo proposito, è di grande aiuto la somministrazione di farmaci analgesici non narcotici.

La sollecitazione meccanica esercitata dalla ferita, o anche solo il timore di avvertire tensione-dolore, provoca nella persona assistita disturbi della funzionalità a carico del cingolo scapolare e del rachide cervico-dorsale ed un atteggiamento tipico con inclinazione del tronco dal lato operato, che deve essere considerata una vera alterazione posturale.

Queste modificazioni, se non adeguatamente e tempestivamente aggiustate, possono dare origine a condizioni dolorose, che si possono irradiare anche in aree non strettamente adiacenti a quelle compromesse.

Il trattamento della cicatrice chirurgica è meglio sia effettuato dopo almeno 10 giorni dall'intervento chirurgico perché, se eseguito più precocemente, potrebbe portare ad aumento della permeabilità capillare e quindi all'estensione dell'edema intorno alla cicatrice. Successivamente, le migliori possibilità per una buona evoluzione della ferita si ottengono con le metodiche di massoterapia (vibrazioni, impastamenti, frizioni ecc.) e con il linfodrenaggio manuale.

La scapola alata è indicativa di una sofferenza del muscolo dentato anteriore per stiramento (*stupor*) o vera lesione del nervo toracico lungo durante l'intervento oppure per ipostenia dei muscoli scapolo-toracici da protratto non-uso.

La mobilizzazione può essere iniziata precocemente e può essere passiva e attiva assistita e, in seguito alla rimozione dei drenaggi, si può proseguire con il rinforzo dei muscoli stabilizzatori della scapola.

Un altro esito iatrogeno, fortunatamente raro, è la plessopatia brachiale, cioè la sofferenza dei nervi che, attraversando l'ascella, si dirigono al braccio e lo innervano. È dovuta a posizioni scorrette della spalla e dell'arto superiore sul letto operatorio o allo stiramento-trazione durante lo spostamento della persona ancora narcotizzata da un letto all'altro. Il disturbo funzionale è a carico dell'arto superiore ed è misto, cioè motorio e sensitivo:

- il primo interessa i movimenti della spalla e del gomito
- il secondo determina alterazioni quantitative e qualitative della sensibilità (anestesia, disestesie e parestesie) a volte molto fastidiose.

È necessario effettuare, oltre ad una accurata valutazione fisiatrica, anche la visita neurologica, per definire precisamente l'entità e la sede del danno.

In questi casi, sono di primaria importanza il controllo del dolore e la tempestività dell'intervento riabilitativo per prevenire le complicanze dovute alla immobilità e potenziare ciò che è rimasto valido. Si effettua un allenamento che deve essere precoce ma graduale, che ripristini la tonicità e la forza e che mantenga l'articolarietà del distretto interessato dalla patologia. Quando è preservata anche un'attività motoria volontaria - seppur modesta - si possono iniziare subito esercizi attivi ed attivi assistiti, in seguito esercizi di resistenza che aumentano progressivamente sia come intensità sia come frequenza.

Per i disturbi sensitivi si impiegano le metodiche della rieducazione plurisensoriale:

- sono usati stimoli tattili di diverso tipo e spesso in contrapposizione fra loro, ad esempio liscio-ruvido, morbido-duro, caldo-freddo ecc.,

facilitando in questo modo la possibilità di riapprendere le capacità sensitive discriminative.

Quando lo *stupor* interessa la muscolatura del cingolo scapolare, è indicato inizialmente un reggi-braccio che, mantenendo l'arto in scarico, evita la sublussazione della spalla e impedisce ulteriori trazioni sui nervi già sofferenti.<sup>11</sup>

## OBIETTIVI IN FASE POST-OPERATORIA

Respirazione	Motilità
Mantenere le corrette modalità di respirazione	Rieducare-riattivare-mantenere l'articolarietà e in tonotrofismo muscolare
Mantenere la ventilazione adeguata e riesandere le unità polmonari atelettasiche	Correggere gli atteggiamenti viziati a letto e in poltrona
Fluidificare ed eliminare le secrezioni bronchiali	Riprendere precocemente la deambulazione

## Il momento della dimissione

Il percorso riabilitativo non termina al momento delle dimissioni. E' necessario, perché sia veramente efficace, proseguire dopo la dimissione e deve essere:

- coerente con quanto effettuato durante il ricovero e che quindi ne sia la logica successione,

<sup>11</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 103 – 104 - 105

- continuo, cioè senza interruzioni troppo lunghe che andrebbero ad inficiare quanto guadagnato,
- integrato e quindi adattato alla nuova situazione della persona dimesso da un reparto di chirurgia toracica.

È probabilmente la fase in cui è maggiormente utile la collaborazione della persona assistita, ma soprattutto della sua famiglia. In questa fase è necessario:

- addestrare ad aiutare la persona nell'esecuzione di semplici esercizi di rieducazione motoria e respiratoria,
- provvedere alla prescrizione o alla fornitura degli ausili necessari e insegnare le corrette modalità di utilizzo,
- dare informazioni inerenti i servizi di riabilitazione ed eventualmente di sostegno psicologico e/o sociale così che si possano prendere tempestivamente i contatti con le strutture necessarie,
- fissare i controlli fisiatrici successivi.

Le persone in cui non è indicato un trattamento chirurgico, meritano di essere valutati così da predisporre il trattamento riabilitativo più idoneo.

Le problematiche di più comune riscontro sono:

- la facile insorgenza di affaticabilità,
- dispnea,
- ipotono-trofia muscolare,
- decondizionamento fisico,
- complicanze neurologiche, come polineuropatie periferiche sensitive e/o motorie.

I trattamenti riabilitativi possono essere effettuati in regime di degenza o ambulatoriale o domiciliare, in base alle condizioni cliniche della persona.

Gli obiettivi principali sono il mantenimento delle performance motorie ed il contenimento/miglioramento della dispnea; quindi, le maggiori problematiche di cui si prende carico il fisioterapista sono:

- Il ricondizionamento dell'attività fisica,
- la prevenzione della ipostenia della muscolatura scheletrica e respiratoria,
- l'insegnamento di tecniche respiratorie.

È comunque utile che gli esercizi proposti siano regolarmente effettuati, anche in autogestione dal paziente stesso, per ottenere e mantenere i benefici. In tal modo, il malato è protetto dal rapido aggravamento dell'affaticabilità, dalla riduzione delle attività motorie e dal peggioramento della qualità di vita ed è aiutato ad

uscire dall'isolamento e dal disinteresse, ai quali spesso conduce la malattia, aumentando le sue capacità di reazione. L'introduzione di elementi piacevoli durante la fisioterapia provoca vantaggi che, anche se soggettivi, favoriscono una migliore qualità di vita: ad esempio facendo ascoltare della musica durante l'allenamento alla deambulazione, si è osservato una riduzione della percezione della dispnea e dello sforzo.<sup>12</sup>

## I BISOGNI RIABILITATIVI NELLE NEOPLASIE UROGENITALI

Il trattamento di molti tumori uro-genitali può determinare problematiche nella sfera sessuale (desiderio, eccitamento, orgasmo), nella continenza e nella capacità riproduttiva.

Tutti questi fattori generano un bisogno riabilitativo che sarà diverso da persona a persona, e che richiederà, per essere soddisfatto, un intervento in grado di considerare i fattori coinvolti.

Le complicanze a carico della sessualità e della funzione sfinterica sono legate al coinvolgimento del pavimento pelvico. In questa zona anatomica avviene la compressione diretta del tumore sulle strutture deputate a queste funzioni, inoltre i trattamenti alterano i complessi meccanismi della sessualità, della fertilità e della continenza, a questo vanno aggiunti i fattori psicologici preesistenti o determinati dall'impatto della malattia e dei suoi trattamenti.

Le complicanze più importanti sono legate ai:

- ✓ TUMORI DELLA PROSTATA E DELLA VESCICA
- ✓ TUMORI DEL TESTICOLO
- ✓ TUMORI GINECOLOGICI DELLA PELVI

## TUMORI DELLA PROSTATA E DELLA VESCICA

INTERVENTO	EFFETTI COLLATERALI	PERCORSO RIABILITATIVO
Chirurgia	Impotenza, incontinenza, eiaculazione secca	Antifostodiesterasici, caverjet, protesi, esercizi pelvici, psicoterapia sulle crisi e terapia sessuale.
Chemioterapia	Neurotossicità	Neuroprotettore la neurotossicità
Radioterapia	Impotenza, incontinenza, eiaculazione secca	Come chirurgia

<sup>12</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 106 - 107

Ormonoterapia	Perdita del desiderio	Terapia sessuale per la perdita del desiderio
---------------	-----------------------	---

ESITI DELLA CHIRURGIA	INTERVENTO RAIBILITATIVO
Stomie	Gestione del contenitore, riabilitazione psicologica
Reservoir	Addestramento all'autocateterismo
Neovescica	Addestramento alla continenza

## TUMORI DEL TESTICOLO

INTERVENTO	EFFETTI COLLATERALI	INTERVENTO RIABILITATIVO
Chirurgia	Infertilità	Conservazione del seme, terapia psicologica
Chemioterapia	Infertilità, neurotossicità	Conservazione del seme, terapia psicologica, neuroprotezione per la neurotossicità
Radioterapia	Infertilità	Conservazione del seme, terapia psicologica

## TUMORI GINECOLOGICI

INTERVENTO	EFFETTI COLLATERALI	INTERVENTO RIABILITATIVO
Chirurgia	Impossibilità alla penetrazione, dispareunia, incontinenza, menopausa, infertilità	Dilatatori vaginali, gel lubrificante, terapia sessuale, esercizi pelvici sia per la dispareunia che per l'incontinenza, trattamenti per la menopausa
Chemioterapia	Neurotossicità	Neuroprotezione per la neurotossicità
Radioterapia	Alterazioni vaginali e uretrali post-radioterapia, incontinenza	Come chirurgia



Per rilevare e rispondere ad ognuno di questi bisogni riabilitativi in tutti i suoi aspetti, è importante la presenza di una équipe di cura formata da professionalità mediche, psicologiche e sociali, impegnate nella rilevazione precoce dei bisogni riabilitativi con la finalità di mettere a punto percorsi in grado di garantire ai pazienti la migliore qualità di vita a lungo termine.

## **I BISOGNI RIABILITATIVI NEL CARCINOMA MAMMARIO**

La disabilità di una persona operata alla mammella può manifestarsi in vari modi, può essere transitoria o può stabilizzarsi nel tempo lasciando un deficit di performance multidimensionale.

Esistono tre classi principali di menomazione<sup>13</sup>:

1. ANATOMO-STRUTTURALI (post chirurgiche, post attiniche e post chemioterapiche)
2. DI FUNZIONE (legate ad alterazioni della postura del movimento del cingolo scapolo omerale, del sistema linfatico dell'arto superiore omolaterale all'intervento)
3. PSICOLOGICHE

Il post chirurgico si divide in due momenti:

1. POST OPERATORIO PRECOCE che comprende deficit quali: dolore, disestesie all'ascella, linfangite, ematoma, sieroma, alterazioni della sensibilità.
2. POST OPERATORIO TARDIVO che comprende: sindrome della mammella fantasma, deficit motorio della spalla, scapola alata, linfedema.

La riabilitazione nel post operatorio precoce comprende: la mobilizzazione precoce, bendaggi in caso di infezioni o raccolte, sospensione temporanea delle attività, trattamento delle cicatrici con massaggi o applicazione di creme cicatrizziali.

E' necessario educare la persona assistita a norme igienico comportamentali corrette, introdurre la fisioterapia ove necessario con interventi riabilitativi alla mobilizzazione della spalla, alla correzione posturale, al linfodrenaggio e al massaggio cicatriziale<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica pag. 25-87-94-128

<sup>14</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica pag. 26-88-95-129-135

Nella fase del post operatorio tardivo la complicità di maggior rilievo riguarda il linfedema. La comparsa del linfedema costituisce sempre un evento di grande importanza, non solo a causa della sua frequenza. Ma soprattutto per le conseguenze sul piano funzionale, estetico, psicologico, sociale e lavorativo che comporta.

Le principali cause di insorgenza del linfedema riguardano l'asportazione dei linfonodi ascellari, l'interruzione chirurgica delle vie linfatiche e gli esiti della radioterapia quando viene effettuata sulle stazioni linfonodali.

Sul piano fisiopatologico si verifica un accumulo anomalo di liquidi e proteine a causa dell'insufficienza del circolo linfatico e della sua capacità di trasporto. Le proteine accumulate e ristagnanti nel tessuto richiamano per effetto osmotico altro liquido nell'interstizio e causano uno stato infiammatorio cronico locale.

Nella comparsa del linfedema gioca anche un ruolo importante la predisposizione individuale legata ad alterazioni anatomiche e funzionali del circolo linfatico, alcune complicanze post operatorie quali infezioni, linforrea (perdita di linfa, ritardi cicatrizzazione, trombosi venose profonde, numero di linfonodi asportati, attività lavorative particolarmente affaticanti e ripetitive, diabete e obesità).

Da quando si manifesta, linfedema diventa una malattia cronica e invalidante, ad andamento lento e progressivo che può arrivare ad una remissione completa solo in una percentuale molto ridotta di casi. Ecco perché gioca un ruolo fondamentale la prevenzione che verte su misure adeguate di informazione da adottare per prevenire o ritardare la manifestazione clinica. Ad esempio evitare traumi o piccole ferite, prelievi ematici o infusioni nell'arto omolaterale all'intervento, esposizione prolungate al sole o a fonti di calore, attività ripetitive e faticose, stazione eretta prolungata, incrementi ponderali...

Il trattamento riabilitativo del linfedema verte su più tecniche:

- **LINFODRENAGGIO:** consiste in un particolare massaggio ideato da Emil Vodder (estetista) che permette, attraverso manovre di richiamo e riassorbimento, di drenare la stasi linfatica tenendo conto del decorso dei vasi linfatici e delle stazioni linfonodali.
- **BENDAGGIO ELASTO-COMPRESSIVO:** vengono utilizzate bende elastiche a corto allungamento associate a materiale inestensibile (cotone di Germania o mousse). Durante i movimenti del braccio si determinano modificazioni della tensione del bendaggio tali da permettere azioni di pompaggio, rilassamento a livello del sistema venoso linfatico.
- **LINFOTAPING:** applicazione sulla cute di un particolare nastro adesivo, avente particolari caratteristiche, al fine di conseguire un effetto drenante. Il TNM viene applicato lungo un percorso ben preciso, che segue i fisiologici deflussi linfatici, allo scopo di generare un effetto di decompressione della cute e delle strutture vascolari in essa contenute.

Nel post operatorio tardivo possono comparire inoltre i seguenti disturbi<sup>15</sup>:

- **PROBLEMI A CARICO DEL CINGOLO SCAPOLO OMERALE.** La riabilitazione consiste nell'attuare una mobilizzazione precoce con esercizi volti al recupero dell'articolarià scapolo-omeroale.
- **COMPLICANZE NEUROLOGICHE PERIFERICHE** coinvolgono principalmente l'area della dissezione ascellare e comprendono:
  - ✓ **LESIONE DEL PLESSO BRACHIALE** deficit dell'abduzione e della flessione del braccio e dell'avambraccio, associato a deficit sensitivo nei territori C5- C6.
  - ✓ **LESIONE DEL NERVO TORACICO LUNGO** che portano ad un deficit denominato "scapola alata".

La riabilitazione per la lesione del nervo toracico lungo (scapola alata) consiste nell'applicare un corretto protocollo al fine di rinforzare i muscoli indeboliti. Quando il trattamento conservativo fallisce esistono alcune possibilità chirurgiche che consistono in trasferimenti muscolo tendinei per compensare alla funzione persa.

La riabilitazione risulta quindi essere un momento importante nella terapia del tumore della mammella. I risultati saranno diversi da persona a persona, in ragione al tipo di intervento e all'estensione della malattia.

Un certo tipo di esercizio fisico dopo l'intervento chirurgico può aiutare la paziente a riacquistare il fisiologico movimento del braccio e della spalla, esso può anche ridurre il dolore al dorso e al collo.

Gli esercizi iniziano molto presto dopo l'intervento e vengono insegnati alla persona assistita già durante il ricovero in ospedale.

**FASI DI INTERESSE RIABILITATIVO<sup>16</sup>:**

**PRIMA DELL'INTERVENTO** si dovrebbe attuare ginnastica individuale o a piccoli gruppi, mobilizzazione totale del corpo, respirazione e rilassamento.

**DURANTE L'INTERVENTO** il chirurgo limiterà e ridurrà i danni estetici e funzionali.

**DOPO L'INTERVENTO** viene attuata una mobilizzazione precoce dell'arto superiore con inserimento dello stesso nello schema corporeo. Bisogna porre particolare attenzione all'atteggiamento posturale scorretto causato dal dolore, dalla ferita e dalla cicatrice.

---

15 Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica pag. 27-89-96-130-136

16 Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica pag. 28-90-97-131-137

ALLA DIMISSIONE vanno insegnati gli esercizi da fare a casa per una corretta simmetria corporea e va indirizzata la paziente verso sport quali nuoto, yoga, ginnastica dolce.

E' importante compiere gli esercizi lentamente e senza movimenti bruschi, davanti ad uno specchio per controllare la posizione, con respiri lenti e profondi.

Ogni esercizio dovrà essere ripetuto 10 volte al mattino e 10 volte al pomeriggio.

## **I BISOGNI RIABILITATIVI DEL CARCINOMA COLON RETTO**

La presenza di una stomia rappresenta sicuramente, per la persona e la sua famiglia, un evento traumatico e drammatico in quanto dovrà affrontare problematiche prima sconosciute e imparare un nuovo modo per controllare una funzione fondamentale del proprio corpo. È proprio in questo tipo di intervento che la riabilitazione diventa parte integrante dell'iter terapeutico sia nella fase pre-operatoria, attraverso l'informazione, sia in quella post-operatoria attraverso uno specifico training riabilitativo per la gestione della stomia.

L'informazione deve essere incentrata su una descrizione succinta del tipo di intervento e delle sue possibili complicanze, una descrizione dettagliata della stomia, della sua funzione e delle possibilità riabilitative.

In questa fase in cui la persona assistita si trova ad affrontare situazioni di stress, il sostegno psicologico diventa di vitale importanza nell'agevolare la riabilitazione, il successivo reinserimento della persona nell'ambito sociale e familiare e nel fornirgli una perfetta e completa conoscenza di quanto lo attende.

In tutto questo è importante che anche i familiari siano coinvolti in quanto dovranno essere di supporto una volta che la persona sarà rientrata a casa.<sup>17</sup>

Nella fase pre-operatoria è importante l'impostazione di un programma riabilitativo di preparazione all'intervento.

Un corretto posizionamento della stomia costituisce un elemento indispensabile per la sua gestione, dal momento che da essa dipende la successiva riabilitazione postoperatoria: uno stoma mal posizionato può creare difficoltà nell'apparecchiatura e nell'igiene e favorire la comparsa di problematiche cutanee.

Non esiste una posizione ideale ma nella scelta dove collocare la stomia occorre considerare il profilo dell'addome e i suoi cambiamenti nelle varie posizioni, la presenza di pliche adipose, di cicatrici chirurgiche, le sporgenze ossee (margine costale, cresta iliaca), le caratteristiche dell'addome, il tipo abituale di abbigliamento, il punto cintura.

---

<sup>17</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 111 -112

In linea generale si possono individuare alcuni criteri cui attenersi per posizionare in modo idoneo la stomia  
18.

- lontano dai punti di repere naturali (cresta iliaca, margine costale, ombelico),
- lontano da pregresse cicatrici, da pliche adipose, ernie,
- stoma ben visibile in tutte le posizioni (seduto, in piedi, sdraiato)
- collocato su un'area liscia e leggermente convessa.

Il primo passo della riabilitazione vera e propria è quello di prendere confidenza con la propria stomia, imparando:

- le manovre di preparazione e di pulizia della cute, di applicazione e sostituzione della sacca, sotto il controllo dell'enterostomista.

La gestione della stomia passa attraverso varie fasi ed è diretta alla prevenzione delle complicanze (infossamento, retrazione, prollasso) e alla protezione della cute peristomale. Già al rientro dalla sala operatoria il chirurgo avrà provveduto ad applicare un sistema di raccolta (monopezzo trasparente a fondo aperto o a due pezzi con placca di protezione applicata alla cute e sacca collegata alla placca mediante flangia) che consenta di controllare l'aspetto dello stoma (roseo o rosso, leggermente sporgente dalla cute) e di svuotare il contenuto della sacca senza rimuoverla.

In 2-3° giornata la sacca a fondo aperto verrà sostituita con una sacca a fondo chiuso e si potrà procedere alla prima medicazione utilizzando detergenti liquidi a pH acido che non alterano la biochimica della cute o acqua e sapone non profumato. Sarà da evitare l'uso di prodotti irritanti (etere) per prevenire la possibile insorgenza di dermatiti peristomali. Il primo cambio va eseguito dall'infermiera/entero-stomista che spiegherà al paziente ogni gesto. I cambi successivi saranno effettuati dal paziente inizialmente insieme all'infermiera e poi da solo.<sup>19</sup>

L'educazione della persona assistita dovrà avvenire in modo lento e adeguato alle sue capacità fisiche e intellettive. In linea generale si può procedere come segue:

1° cambio: eseguito dall'infermiere dopo 3 giorni dall'intervento

2° cambio: eseguito dopo 5-6 giorni dall'infermiere e dal paziente

3° cambio: il paziente effettua da solo le manovre di pulizia e di cambio sotto la supervisione dell'infermiere.

---

18 <sup>-15-16</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 112 - 113

Nel corso delle medicazioni è sempre bene controllare l'aspetto della stomia per identificare precocemente eventuali complicanze.

Le più frequenti sono<sup>20</sup>:

- l'infossamento, dovuto a mal posizionamento dello stoma a livello di pliche cutanee,
- retrazione verso il basso della mucosa della colostomia per scarsa lunghezza del moncone colico,
- prolasso verso l'esterno di tutto il moncone colico a causa di un inadeguato fissaggio dell'intestino alla parte addominale,
- stenosi cutanea da fatti flogistici cutanei e/o sottocutanei,
- laparocele mediano o peristomale per sfiancamento della fascia muscolare della parete addominale o della fascia muscolare profonda.

Queste complicanze possono insorgere a distanza variabile dall'intervento ma la loro comparsa richiede sempre la valutazione da parte del chirurgo addominale.

Prima della dimissione la persona dovrà essere in grado di gestire in modo autonomo la propria stomia ed essere informato dall'enterostomista sui presidi stomali in commercio e sulle procedure per ottenerli.

## **Colostomia**

L'intervento riabilitativo poggia su due pilastri fondamentali:<sup>21</sup>

- l'irrigazione
- l'alimentazione.

L'irrigazione rappresenta il mezzo migliore per il controllo delle evacuazioni e per la regolarizzazione delle funzioni intestinali. Può essere iniziata circa un mese dopo la dimissione quando lo stoma è meglio consolidato e il paziente, superato il trauma acuto, è più collaborante e più disponibile ad adottare tecniche riabilitative.

L'irrigazione, all'inizio, va effettuata quotidianamente per 10-15 giorni per saggiarne l'efficacia e la tollerabilità.

La frequenza sarà poi adattata alle esigenze della persona e all'attività intestinale tenendo presente che è bene effettuarla almeno ogni 2-3 giorni. L'orario migliore per l'irrigazione deve tener conto delle abitudini di vita della persona ma qualunque sia l'ora scelta è importante ripeterla sempre alla stessa ora: preferibilmente al mattino dopo una colazione leggera o una bevanda calda per favorire il riflesso gastrocolico e aumentare la peristalsi.

---

20

21 Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 113

La posizione più comoda è quella seduta, nelle persone obesi è più indicata quella eretta, in caso di difficoltà all'inondazione del colon (per ernia peristomale) quella sdraiata o semi-seduta.

114

L'apparecchiatura è costituita da una sacca in plastica graduata con capacità di 1-2 litri in continuità con un tubo di scarico munito di valvola per la regolazione del flusso e terminante con un cono da inserire nello stoma. Si utilizza circa 1 litro di acqua a 37 gradi, l'introduzione di acqua deve avvenire in 15-20 minuti.

In caso di dolore addominale durante la manovra interrompere il flusso per alcuni minuti. Utilizzare comunque sempre un flusso a bassa pressione. Subito dopo avere introdotto tutta l'acqua può avvenire la prima evacuazione, dopo 30-45 minuti si ha l'evacuazione completa di tutte le feci.

La tecnica è in genere di facile apprendimento e ben tollerata anche se alcune volte possono insorgere complicanze per lo più lievi e transitorie quali modico sanguinamento, dolore addominale crampiforme, lipotimie. È quindi buona norma, per le prime volte, effettuare l'irrigazione con un familiare nelle vicinanze. È controindicata in caso di malattia di Crohn, enteriti, colon irritabile, nei pazienti defedati o astenici, in corso di chemio e radioterapia.

Il ricorso all'irrigazione consente all'85% delle persone un buon controllo dell'alvo e nei casi di completa continenza di evitare l'uso della sacca potendo ricorrere a mini sacchetti o copristoma. Problematiche quali eccessiva produzione ed eliminazione di gas, cattivi odori, stipsi, scarsa continenza ed eccessiva frequenza delle evacuazioni possono essere prevenute e/o trattate attraverso una corretta e adeguata alimentazione.

Nelle persone colostomizzati l'alimentazione deve essere il più possibile libera (evitando i cibi e le bevande che possono produrre alterazione dell'alvo, meteorismo e cattivi odori) e il più vicino possibile alle proprie abitudini alimentari pur tenendo conto di eventuali intolleranze o restrizioni specifiche legate a patologie concomitanti.

Nella scelta del tipo di alimentazione, ricordarsi che regimi dietetici troppo rigidi, poveri in scorie e liquidi, inibiscono la motilità intestinale, possono causare stipsi o aggravare una stipsi preesistente. Al contrario l'immissione di fibre grezze alimentari (crusca, alcuni zuccheri complessi, alcuni semi come lo Psyllium, fibre vegetali derivanti da ortaggi e frutta) rigonfiando e ammorbidendo le feci consente una più elevata velocità di transito intestinale. In caso di stipsi, oltre all'introduzione di fibre grezze, è necessario incrementare l'apporto di acqua sia attraverso l'assunzione diretta di liquidi sia attraverso l'introduzione di frutta e verdura.

È bene preferire i grassi mono e poliinsaturi (olio d'oliva e di semi) che consentono una maggiore fluidità della bile e quindi un aumento della peristalsi intestinale.

In caso di stipsi ostinata o quando la sola alimentazione non è sufficiente a combatterla si può ricorrere ai preparati lassativi in commercio (lassativi irritanti, lubrificanti, di massa, antispastici).

Per il controllo della diarrea (ad esempio in corso di chemio o radioterapia) è possibile ricorrere ad un regime alimentare ricco di fibre grezze, che legandosi all'acqua in eccesso impediscono alle feci di rimanere liquide e di transitare troppo velocemente, di cibi che contengono pectine e zuccheri complessi (mele), che consentono di legare l'acqua in eccesso e di addensare le feci, e nei casi di non controllo delle scariche all'uso di fermenti lattici e antidiarroici.<sup>22</sup>

## I presidi

Un corretto intervento riabilitativo passa anche attraverso la scelta del presidio stomale più idoneo. Per venire incontro alle diverse esigenze delle persone sono disponibili in commercio vari tipi di presidi stomali, prodotti da ditte specializzate: sacche a fondo aperto, a fondo chiuso, impermeabili agli odori, antifruscio, con filtro per i gas, con adesivi più forti ma meno allergizzanti, con placche o barriere protettive totali. Qualunque sia il materiale e il tipo scelto, una buona apparecchiatura deve servire da un lato a raccogliere le deiezioni e filtrare i gas e dall'altro a proteggere la cute peristomale.

È fondamentale quindi che sia la placca che la sacca abbiano un foro corrispondente perfettamente alla circonferenza dello stoma così da evitare il contatto del materiale fecale con la cute.

Nella scelta del tipo di apparecchiatura occorre tenere conto della tipologia dello stoma (forma, diametro, sede), delle caratteristiche della cute, della quantità di materiale evacuato, dei gusti del paziente, dell'utilizzo o meno dell'irrigazione.

Ogni sistema di raccolta (monopezzo o a due pezzi) può infatti presentare vantaggi e svantaggi. Il sistema monopezzo è più igienico perché consente la pulizia della cute peristomale ad ogni cambio di sacca; è più flessibile rispetto al sistema con flangia e consente maggiore libertà nei movimenti; è più facile da gestire potendo disporre di sacche con foro pretagliato di varie dimensioni. Non è indicato nei casi in cui sia richiesta una sostituzione frequente della sacca.

Il sistema a due pezzi consente di cambiare la sacca senza rimuovere la placca ma è più rigido, si adatta meno alle variazioni di forma dell'addome ed è meno igienico. È però indicato nelle persone sottoposti a chemio e radioterapia e in caso di diarrea.

Tutte le sacche per colostomia sono provviste di filtri anti-odore per il controllo degli odori e dei gas. Sono anche disponibili filtri aggiuntivi di carbone applicabili a qualsiasi tipo di sacca.

Tutto il materiale stomale (sacche, placche, irrigatori) è fornito gratuitamente rivolgendosi o presso l'ambulatorio enterostomie della struttura ospedaliera o presso gli uffici competenti della propria ASL che provvederanno a fornire tutte le informazioni al riguardo e a compilare le relative richieste.

---

<sup>22</sup> Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Capitolo 2 – pag. 114



## **MODALITA' DI RICHIESTA PER LA RIABILITAZIONE**

L'attivazione dell'iter riabilitativo si effettua con una richiesta di consulenza fisiatrica, da parte del medico/chirurgo che ha in cura il paziente. Il fisiatra, se necessario, eseguirà un programma terapeutico attivando il fisioterapista.

Per quanto riguarda la persona con stomie può essere fatta una richiesta di riabilitazione direttamente all'infermiera enterostomista che si occuperà del programma terapeutico.

E' importante che l'attivazione della riabilitazione sia effettuata il più rapidamente possibile, per permettere la persona assistita una riabilitazione più efficiente ed efficace possibili nel più breve tempo possibile.

Il Gruppo di Lavoro ha analizzato tutto il mandato suddividendolo in tal modo:

- indicazioni su fornitura di protesi, ortesi, ausili tecnici
- indicazioni su fornitura ed erogazione di presidi e prodotti forniti dal SSN gratuitamente
- indicazioni su richiesta di ausili per incontinenza
- indicazioni per richiesta cateteri e materiale per pazienti stomizzati
- indicazioni per richiestaparrucca
- indicazioni per richiestaossigenoterapia
- indicazioni per richiesta di riabilitazione polmonare, urologica, mammaria e colon retto.

La Regione Piemonte fornisce in modo chiaro ed esplicativo le modalità di richiesta di protesi, ausili e ossigenoterapia, ma i riferimenti saranno diversi per ogni Azienda Sanitaria, per questo motivo abbiamo deciso di sviluppare un modello unico per poter dare indicazioni precise, rapide, di facile consultazione per operatori e pazienti che devono/vogliono essere seguiti in Aziende Sanitarie diverse rispetto a dove hanno iniziato il proprio iter diagnostico/terapeutico.

Per quanto riguarda la richiesta per la riabilitazione si è deciso di procedere con un lavoro più descrittivo, considerando sempre che tutti gli argomenti sono collegati tra loro.

## **FORNITURA DI PROTESI, ORTESI, AUSILI TECNICI<sup>23</sup>**

I cittadini con menomazioni e disabilità invalidanti hanno diritto alla fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnici: carrozzine, letti ortopedici, deambulatori, arti artificiali, protesi, busti ecc...

Ne hanno diritto:

---

<sup>23</sup> Regione Piemonte: Fornitura di protesi, ortesi, ausili tecnici 17/01/2019

- gli invalidi civili, invalidi di guerra o per servizio,
- sordomuti, ciechi
- i minorenni
- soggetti ileo-colostomizzati e urostomizzati
- portatori di catetere a permanenza
- persone affette da incontinenza stabilizzata
- i soggetti tracheostomizzati (limitatamente alle cannule tracheali)
- gli amputati d'arto
- le donne mastectomizzate
- i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio.

Per ottenere la fornitura dei presidi occorre presentare:

- il verbale di invalidità civile (qualora il riconoscimento di invalidità sia stato effettuato c/o altra ASL o regione)
- la prescrizione di un medico specialista di una struttura pubblica.

Per i presidi di serie come letti ortopedici, materassi antidecubito, carrozzine rigide è prevista la possibilità di fornitura direttamente dall'ASL con la sola presentazione della richiesta specialistica.

Per i pazienti in cure domiciliari la prescrizione di alcuni presidi può essere effettuata dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta.

Contatti: Uffici di assistenza protesica della ASL di residenza

## **PRESIDI E PRODOTTI FORNITI GRATUITAMENTE DAL SSN<sup>24</sup>**

Il SSN eroga gratuitamente presidi e prodotti per l'assistenza integrativa attraverso farmacie e negozi autorizzati

I prodotti presi in esami sono:

- **Materiale di medicazione**

---

<sup>24</sup> Regione Piemonte: Presidi e prodotti forniti gratuitamente dal SSN 17-01-2019 (Registro dei negozi autorizzati alla fornitura a carico del SSN) e Assistenza integrativa

Hanno diritto ad ottenere materiale di medicazione i pazienti che si trovano in particolari condizioni cliniche, come i pazienti affetti da ulcere croniche, coloro che si devono sottoporre a cateterismi vescicali, i tracheostomizzati.

Le medicazioni tradizionali e il bendaggio semplice possono essere prescritte dal medico di medicina generale, mentre le medicazioni avanzate e il bendaggio specialistico devono essere prescritti per la prima volta da un medico specialista.

Per le prescrizioni successive alla prima, è possibile rivolgersi al medico di famiglia, per un periodo massimo di 6 mesi.

Con la prescrizione, che contiene anche le indicazioni del fabbisogno mensile, è necessario recarsi presso le farmacie o i negozi convenzionati per il preventivo, e con i due documenti recarsi presso l'Ufficio Assistenza integrativa.

Ottenuta l'autorizzazione, il materiale viene ritirato nella farmacia territoriale o nei negozi convenzionati.

- **Ausili assorbenti per persone incontinenti**

La valutazione della necessità di tali ausili può essere effettuata dal proprio medico di famiglia o da un medico specialista di struttura pubblica.

Con questa prescrizione è sufficiente recarsi presso l'Ufficio Assistenza integrativa del Distretto di residenza, dove sarà possibile attivare la fornitura sulla base delle procedure in uso presso la propria ASL.

- **Cateteri e materiale per stomizzati**

Per ottenere l'autorizzazione è necessario recarsi all'Ufficio Assistenza integrativa del Distretto di residenza, con la richiesta di un medico specialista ed, in alcuni casi, del proprio medico di famiglia.

Per alcuni prodotti vi sarà indicato, dal medico che redige la prescrizione, che è necessario presentare almeno due preventivi, ottenuti da due fornitori di scelta del cittadino tra farmacie e i rivenditori autorizzati.

Con l'autorizzazione gli ausili sono ritirabili presso una farmacia o presso un rivenditore autorizzato.

Per ottenere il rinnovo all'autorizzazione a cadenza mensile non è più necessaria alcuna prescrizione, ma è sufficiente rivolgersi al proprio Distretto

- **Parrucche**

Continuano ad essere erogate le prestazioni per il contributo per l'acquisto di parrucche a favore di bambine, adolescenti e donne residenti in Piemonte affette da alopecia a seguito di chemioterapia.

La giunta piemontese ha deciso di garantire un contributo annuale di 250 euro per l'acquisto, che sarà erogato dalle aziende sanitarie di residenza delle pazienti, in seguito alla presentazione della ricevuta d'acquisto. La parrucca per l'alopecia causata dalle cure antineoplastiche deve essere considerata una protesi sanitaria e,

pertanto, detraibile. La protesi deve essere prescritta da un medico specialista. Le ASL provvederanno al rimborso, agli utenti aventi diritto, di tali prestazioni secondo le modalità in essere stabilite negli anni precedenti:

- Nota Prot. n. 11506/A del 18 maggio 2018: "Disposizioni anno 2018. Prestazioni di Assistenza Integrativa e Protesica"
- D.D. n. 656 del 23 luglio 2014
- DGR 51-7642 del 21 maggio 2014

Per ulteriori informazioni contattare la Regione Piemonte - Assistenza Protesica e Integrativa

## **PRESCRIZIONE OSSIGENOTERAPIA A DOMICILIO<sup>25</sup>**

<b>DEFINIZIONE</b>	<p>L'ossigeno è un farmaco ed è prescritto dal Medico pneumologo attraverso la compilazione del piano terapeutico.</p> <p>L'ossigenoterapia consiste nella somministrazione continuativa di un supplemento di ossigeno in quantità adeguata a far tornare i valori di ossiemia entro i limiti della norma in tutte quelle situazioni in cui si verifichi, per patologie acute o croniche, una severa riduzione della saturazione in ossigeno del sangue arterioso oppure una grave alterazione degli scambi gassosi tali da determinare ipossiemia tissutale, definita come una riduzione della pressione parziale di ossigeno al di sotto dei 60 mmHg.</p> <p>L'obiettivo dell'ossigenoterapia è quello di mantenere la Pa O<sub>2</sub> &gt; 8,0 kPa (60 mmHg) o una saturazione arteriosa di ossigeno (SaO<sub>2</sub>) al 90%.</p> <p>Nella prescrizione medica è riportata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la posologia espressa in litri al minuto</li> <li>- il numero di ore al giorno in cui deve essere effettuata la terapia con ossigeno.</li> </ul>
--------------------	--

<sup>25</sup> Position Paper AIPO: "Ossigenoterapia a lungo termine, stato dell'arte dal 2004 ad oggi"



	che il portatile si esauriscono
<p><b>INDICAZIONI</b></p>	<p>La prescrizione di ossigeno gassoso per le urgenze, per i malati terminali o per altri pazienti che necessitano di ossigenoterapia per periodi brevi può essere fatta dal Medico Medicina Generale</p> <p><b>la fornitura SSN di ossigeno liquido avviene a seguito di prescrizione di uno <u>pneumologo</u> operante presso una struttura pubblica accreditata dalla Regione e con la stesura di un vero e proprio piano terapeutico.</b></p> <p>I Piani Terapeutici e i Piani Terapeutici AIFA devono essere redatti su carta intestata della struttura specialistica e devono contenere le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dati del paziente</li> <li>diagnosi</li> <li>farmaco prescritto</li> <li>posologia</li> <li>durata del trattamento</li> <li>timbro</li> <li>firma del medico compilatore</li> </ul>
<p><b>PRESCRIZIONE</b></p>	<p><b>Per l'ossigeno liquido</b> è necessaria la prescrizione di uno specialista pneumologo di una struttura pubblica</p> <p><b><u>IL MODULO DI PRESCRIZIONE VIENE CONSEGNATO AL PAZIENTE IL QUALE DOVRA' RECARSI ALL'UFFICIO PROTESICO DELLA PROPRIA ASL</u></b></p> <p>La fornitura diretta di ossigeno sarà effettuata a domicilio dalla                    ditta                    autorizzata                    dall'Asl.</p>

	<p><b>Per l'ossigeno gassoso</b> è necessaria la prescrizione del medico di famiglia (MMG)</p> <p><b>Costi:</b> Gratuito</p> <p>L'uso terapeutico dell'ossigeno liquido e gassoso è a carico del SSN. Per la forma liquida la prescrizione a carico del SSN è limitata ai soggetti affetti da insufficienza respiratoria cronica in ossigenoterapia a lungo termine, accertata secondo le modalità previste dal DMS 329/99 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti".</p>
<p><b>FORNITURA</b></p>	<p><b>La fornitura diretta di ossigeno liquido</b> è effettuata a domicilio dalla ditta autorizzata dall'ASL.</p> <p>Insieme alla bombola di ossigeno vengono forniti occhialini o maschera per la somministrazione.</p> <p>La <b>cannula nasale</b>, meglio nota con il nome di <b>occhialini</b>, è un dispositivo molto noto e consiste in un tubo flessibile che termina con due cannucce per le narici in cui viene erogato ossigeno.</p> <p><b>La fornitura di ossigeno gassoso</b> per le persone non in Assistenza Domiciliare Integrata è effettuata dalle farmacie aperte al pubblico</p>
<p><b>INFORMAZIONI DA FORNIRE AL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD OSSIGENOTERAPIA</b></p>	<p><b>Avvertenze:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NON FUMARE e non permettere di fumare nei locali dove si effettua la terapia;</li> <li>• NON utilizzare l'apparecchiatura vicino a FIAMME</li> </ul>

	<p>LIBERE (fiammiferi, fornelli e stufe a gas, caminetti);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenere l'apparecchiatura distante almeno 2 metri da fonti di calore (es. termosifoni) e/o apparecchi elettrici di qualunque tipo;</li> <li>• Non riporre l'apparecchiatura in armadi o in ambienti angusti e privi di ventilazione;</li> <li>• Non coprire l'apparecchiatura;</li> <li>• NON LUBRIFICARE e non pulire l'apparecchiatura con sostanze oleose;</li> <li>• NON USARE CREME PER LE MANI O PER IL VISO DURANTE LA TERAPIA;</li> <li>• Non avvicinare cibi, bevande o altri liquidi all'apparecchiatura;</li> <li>• Non toccare le superfici dell'apparecchiatura che si dovessero mostrare visibilmente fredde o coperte da brina: tali parti si trovano ad una temperatura molto bassa e possono provocare USTIONI DA FREDDO.</li> </ul>
--	---

## CONCLUSIONI

Il documento creato ha richiesto un notevole impegno da parte di tutti i componenti del GdS, e rappresenta un primo passo per poter agevolare la persona assistita e/o familiare, affinché nella malattia possa trovare una fluidità dei percorsi di cura che sono molto articolati e complessi. Inoltre ha permesso di condividere un obiettivo comune grazie all'integrazione di tutti gli operatori delle diverse Aziende della Rete Oncologica.



## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

[www.regioneapiemonte.it](http://www.regioneapiemonte.it)

[www.aimac.it](http://www.aimac.it)

[www.dizionarioitaliano.it](http://www.dizionarioitaliano.it)

[www.sistemapiemonte.it](http://www.sistemapiemonte.it)

[www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it)

[www.csipiemonte.it](http://www.csipiemonte.it)

[www.wordreference.com](http://www.wordreference.com)

BUONCOREM., BONEZZIC., Principi di riabilitazione del paziente neoplastico. In: BONADONNA G., ROUSTELLI DELLA CRUNA G., Medicina oncologica. Masson, Milano, 1999. Pp. 1627-33

CALMES P., FAYOLLE-MINONI.JOURDAV., PERPOITB., LUCHTF., Ruolo della riabilitazione nelle affezioni maligne e nelle malattie evolutive. In: Encyclopedie medico-chirurgicale. Medicina riabilitativa 26-540-A-10. 1995

CNR. I tumori della mammella: protocollo di diagnosi, trattamento e riabilitazione. CNR, Milano, 1997.

COSSU M., VERONESE A., Problematiche riabilitative negli esiti da mastectomie. La riabilitazione 1995; 28(3).

DINI D., FORNOG., GOZZA A. et al., Gli esiti precoci da mastectomia. Europa medicophysica 1994,30:29-34

La riabilitazione della donna operata al seno per carcinoma mammari. In: Atti del corso di aggiornamento regionale SIMFER Piemonte- Valle d'Aosta. Torino, 7-8-9 maggio. 1998.

OMS, Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10), Masson, Milano, 1992

OMS, classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH), Cles, 1980

OMS, Classificazione Internazionale delle Funzioni e delle Disabilità, ICIDH-2, Bozza Beta- 2, versione integrale, Erickson, Trento, 1999.

OMS, Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF), Erickson, Trento, 2001.

PIETRANGELI A., PUGLIESE P., FRANZA F. I bisogni riabilitativi nelle neoplasie urogenitali. In: Libro bianco sulla riabilitazione oncologica

GARIBOLDI F., DE CONNO F. I bisogni riabilitativi nei tumori del torace. In: Libro bianco sulla riabilitazione oncologica.

Chahuneau J., Tecniche di rieducazione respiratoria. In: ECM Roma-Paris, Medicina riabilitativa 26500 C10, 4-9-06.

A. Balzarini, F. De Conno, F. Diomede I bisogni riabilitativi nelle neoplasie colo-rettali. In: Il libro bianco sulla riabilitazione oncologica.

Zanolla R., *La riabilitazione dei colostomizzati*. In: Staudacher V., Veronesi U., Andreoni B. (a cura di), *Manuale di oncologia chirurgica*. Masson, Milano, 1994.

Zanolla R., Pirovano C., *Principi di riabilitazione del paziente oncologico*. In: Bonadonna G., Robustelli della Cuna G., Valagussa P. (a cura di), *Medicina Oncologica*. 7. ed. Masson, Milano, 2003. Pp. 1763-74.

LineeguidaNazionaliPneumologiOspedalieri