



OPUSCOLO INFORMATIVO “RICOSTRUZIONI MAMMARIE”

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina



*Struttura Complessa di chirurgia Plastica e
Ricostruttiva Direttore: Prof. Giovanni Papa
(Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste)
ASUGI*

Gentile Signora,

il presente opuscolo è stato redatto per fornirLe alcune informazioni riguardanti il percorso di diagnosi, cura e riabilitazione previsto per le donne con patologia mammaria presso il nostro reparto di Chirurgia Plastica.

Le informazioni contenute non sostituiscono i colloqui con il chirurgo di riferimento ed il personale di assistenza.

1. Cos'è la chirurgia ricostruttiva della mammella?

La Chirurgia Plastica ricostruttiva comprende tutti gli interventi che mirano a ridare forma e volume dopo un intervento demolitivo di quadrantectomia o mastectomia.

La Chirurgia Plastica è parte attiva della Breast Unit, comprende più servizi dislocati su sedi diverse ed è costituita da un team multidisciplinare di specialisti dedicati che si occupa della prevenzione, della diagnosi precoce del tumore alla mammella, della presa in carico della persona, e della riabilitazione.

Ne fanno parte il Radiologo, il Chirurgo Generale, il Chirurgo Plastico, il Medico Anatomo patologo, il Medico Oncologo, il Radioterapista, l'Infermiere, il Data Manager, lo Psicologo, il Fisiatra, il Tecnico di Radiologia, il Fisioterapista, il Genetista, il Medico Nucleare, il Fisico Sanitario e il Ginecologo. L'obiettivo è quello di consentire alla donna di affrontare la patologia con la sicurezza di essere seguita, dal punto di vista fisico e psicologico, e curata secondo i più alti standard europei.

2. Principali tipi di intervento chirurgico generalità

Lo scopo della ricostruzione è di ridurre l'impatto psicologico conseguente alla demolizione di tutto o parte del seno, al fine di ottenere un risultato esteticamente accettabile, nei limiti delle possibilità ricostruttive.

Si tratta nella maggior parte dei casi di un percorso costituito da più tappe.

La ricostruzione mammaria non influisce sulla prognosi, né sulle terapie adiuvanti, né sul follow-up oncologico.

Timing della ricostruzione

La ricostruzione può essere **IMMEDIATA**, ovvero contestuale all'intervento demolitivo, oppure **DIFFERITA**, a distanza di mesi/anni dallo stesso.

Ricostruzione post quadrantectomia

La quadrantectomia consiste in un intervento più conservativo rispetto alla mastectomia, che però residua inevitabilmente in distorsioni più o meno evidenti della naturale forma della mammella, quali asimmetrie, deficit di volume rispetto alla mammella sana e possibili dislocazioni/retrazioni del complesso areola capezzolo.

Queste alterazioni dipendono molto dalle dimensioni del tumore, dal rapporto tumore/volume della mammella e dalla sede del tumore.

Tumori grandi, localizzati in mammelle medio-piccole, situati a livello dei quadranti mediali o centrali sono quelli che lasciano risultati esteticamente meno accettabili.

Esistono due tecniche ricostruttive:

-  volume displacement
-  volume replacement
-  Volume displacement

In questo caso vengono sfruttate le tecniche di riduzione mammaria comunemente utilizzate nell'estetica: l'intervento del chirurgo plastico ha lo scopo di rimodellare i tessuti residui, in modo da migliorare la forma della mammella e ridurre eventuali deviazioni dei capezzoli.

Spesso si associa alla riduzione/rimodellamento della mammella controlaterale, in concomitanza con l'intervento demolitivo o in un secondo tempo, dopo stabilizzazione del quadro, per migliorare la simmetria di forma e volume.

E' importante sottolineare che la radioterapia, benché fondamentale per il risultato oncologico, causa un aumento del rischio di complicanze, provoca fibrosi ed indurimento dei tessuti e riduce l'apporto vascolare, peggiora quindi la guarigione ed il risultato finale nel lungo tempo.

Inoltre se eseguita prima dell'intervento ricostruttivo controindica tale tecnica.

Il fumo di sigaretta non è di per sé una controindicazione assoluta all'intervento, ma il rischio di complicanze è notevolmente aumentato.

Volume replacement

Indicata per i difetti laterali della mammella, questa tecnica sfrutta i tessuti vicini per rimpiazzare la perdita di sostanza dovuta all'intervento demolitivo.

Generalmente si utilizza una porzione di cute e sottocute laterale alla mammella (lembo LICAP) che viene utilizzata come "riempitivo"; la cicatrice residua si trova a livello del costato e si estende dorsalmente. Esistono alcune varianti meno utilizzate di questa tecnica che prevedono il prelievo di cute e sottocute in regione più posteriore dorsale (lembo TAP) o, in casi selezionati, il prelievo del muscolo Gran Dorsale.

Il vantaggio di tale tecnica è di permettere un ripristino volumetrico senza rimodellare il seno controlaterale.

Il risultato finale è anche in questo caso soggetto a variazioni dopo il trattamento radioterapico adiuvante.

Il fumo di sigaretta non è di per sé una controindicazione assoluta all'intervento, ma il rischio di complicanze è notevolmente aumentato.

Ricostruzione autologa

Il lembo è una porzione di tessuto dotato di vascolarizzazione propria. Le sedi più comunemente utilizzate per il prelievo dei lembi sono l'addome e il dorso.

Lembo DIEP e lembo SIEA

Il lembo più utilizzato nella ricostruzione mammaria è il lembo DIEP, costituito da cute e tessuto adiposo dell'addome.

Questo tipo di lembo fornisce ottimi risultati estetici, in quanto la forma e la consistenza della mammella ricostruita sono paragonabili a quelli della mammella controlaterale.

La mammella ricostruita segue i cambiamenti del corpo aumentando o riducendo di volume in seguito a variazioni di peso e comportandosi in modo molto simile alla mammella originale.

Si tratta di un intervento microchirurgico complesso che prevede il prelievo della parte inferiore dell'addome insieme ad un'arteria ed una vena che lo vascolarizzano.

Il muscolo retto dell'addome non viene prelevato.

Per ridurre i tempi operatori e aumentare le possibilità di successo dell'intervento è importante una corretta programmazione dello stesso, per cui la paziente esegue nel preoperatorio un'angio-TAC per lo studio dei vasi sanguigni (in assenza di vasi adeguati, la ricostruzione con tale tecnica viene sconsigliata)

La durata dell'intervento di ricostruzione è di 5-6 ore, in anestesia generale.

Trattandosi di interventi microchirurgici, fondamentale per il buon esito dell'operazione è un attento monitoraggio orario diurno e notturno del lembo durante le prime tre giornate.

Scopo di tale monitoraggio è valutare la vitalità del lembo e il corretto funzionamento delle anastomosi microvascolari. Qualora questo dovesse presentarsi ischemico (problemi all'arteria) o congesto (problemi alla vena) potrebbe essere necessario ricorrere ad un ulteriore intervento in urgenza per ripristinare il flusso all'interno dei vasi.

Gli esiti cicatriziali a livello dell'addome consistono in una lunga cicatrice nella zona compresa tra ombelico e pube e una cicatrice periombelicale, sovrapponibili a quelli conseguenti ad un'addominoplastica.

La degenza media è di 8-10 giorni.

È consigliato l'uso di una pancera contenitiva e di un reggiseno di tipo sportivo con allacciatura anteriore per un periodo di tre mesi.

Controindicazioni all'utilizzo dei lembi addominali sono: inadeguatezza del sito donatore per scarsità di tessuto, pregressi interventi chirurgici che possano compromettere la vascolarizzazione della parete addominale e le condizioni di salute scadenti.

Il fumo di sigaretta non è di per sé una controindicazione assoluta all'intervento, ma il rischio di complicanze, non solo a livello mammario, ma anche a livello addominale è notevolmente aumentato.

Il lembo **SIEA** è una variante del lembo DIEP che prevede l'utilizzo della stessa porzione di addome e la stessa tecnica microchirurgica, con una differente scelta dei vasi che vascolarizzano il lembo.

Il vantaggio di questo lembo è che non viene interrotta la continuità della fascia muscolare dell'addome per prelevare i vasi come accade nel DIEP, riducendo la possibilità di problemi a tale livello.

I vasi per allestire il lembo SIEA sono incostanti nella popolazione e vengono, se presenti, evidenziati all'angio TC preoperatoria. I rischi sono lievemente aumentati a causa delle caratteristiche diverse dei vasi utilizzati.

Lembo Gran Dorsale

Il dorso è un'altra sede donatrice utilizzata per la ricostruzione mammaria autologa, riservata a mammelle di dimensioni medio-piccole qualora non possa essere utilizzato il lembo addominale.

Si utilizza il muscolo Gran dorsale solo o, se richiesto, insieme ad un'isola cutanea.

In questo caso il lembo è peduncolato, quindi non viene completamente staccato ma sollevato parzialmente e traslato anteriormente a riempire il difetto lasciato dalla mastectomia, senza ricorrere all'utilizzo di tecniche microchirurgiche.

La durata dell'intervento di ricostruzione è di 2-3 ore, in anestesia generale.

Gli esiti cicatriziali consistono in una cicatrice orizzontale a livello del dorso copribile dal reggiseno nel caso di utilizzo di muscolo e cute o in una cicatrice verticale sul fianco in caso di utilizzo del solo muscolo.

La degenza media è di 7-8 giorni.

È consigliato di un reggiseno di tipo sportivo con allacciatura anteriore per un periodo di tre mesi.

Il fumo di sigaretta non è di per sé una controindicazione assoluta all'intervento, ma il rischio di complicanze, non solo a livello mammario, ma anche a livello dorsale è notevolmente aumentato.

Lembi alternativi

Nella ricostruzione autologa si possono usare anche lembi alternativi, spesso considerati di seconda scelta, qualora le opzioni di cui sopra non siano adeguate.

Generalmente sono indicati per la ricostruzione di mammella medio-piccole e prevedono l'utilizzo di tecniche microchirurgiche come per il lembo DIEP.

In questo caso le sedi donatrici più frequenti possono essere:

- ✚ interno coscia: lembo TUG
- ✚ glutei: lembo S-GAP o I-GAP

Esistono ulteriori possibili sedi donatrici, ancor meno utilizzate, che non riteniamo opportuno trattare in questa sede ma restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti e/o approfondimenti.

Il fumo di sigaretta non è di per sé una controindicazione assoluta all'intervento, ma il rischio di complicanze, non solo a livello mammario, ma anche a livello della sede donatrice del lembo è notevolmente aumentato.

Ricostruzione protesica

La ricostruzione protesica consiste nell'utilizzare le protesi per ricostruire il seno.

Ci sono più possibilità, sia per quanto riguarda la posizione della protesi sia per quanto riguarda il tipo di procedura:

- posizionamento di un espansore al di sotto del muscolo grande pettorale e successiva sostituzione dello stesso in un secondo tempo chirurgico con una protesi definitiva in gel di silicone. L'espansore è una protesi sgonfia posizionata al di sotto del muscolo pettorale che viene gonfiata di soluzione fisiologica (processo non doloroso) ambulatorialmente ogni tre settimane circa fino al raggiungimento del volume desiderato. L'intervento di sostituzione espansore con la protesi viene fatto mediamente a 6-8 mesi dal primo intervento (le tempistiche possono variare in base alle eventuali terapie adiuvanti): la protesi

risulta esteticamente più naturale e di consistenza più morbida rispetto l'espansore che risulta pertanto solo un intervento temporaneo

- posizionamento diretto di una protesi parzialmente al di sotto del muscolo grande pettorale (che non risulterà sufficiente a coprirla completamente) in associazione ad una matrice (materiale di laboratorio) che va a garantire la copertura adeguata della protesi nel polo inferiore della mammella

- posizionamento diretto di una protesi o di un espansore, a seconda dei casi, a livello pre-pettorale, quindi senza la necessità di scollare il muscolo pettorale, completamente rivestiti da una matrice che ne garantisce un'adeguata copertura. Non sono presenti importanti evidenze scientifiche attualmente riguardo i risultati a lungo termine a causa dell'utilizzo relativamente recente di questa metodica.

La scelta dell'una o dell'altra tecnica è soggetta a numerose variabili, che spesso non lasciano alternative.

Il metodo più sicuro e attualmente più utilizzato è la ricostruzione completamente sottomuscolare in due tempi chirurgici, in quanto offre un'adeguata copertura degli impianti senza bisogno di utilizzare matrici esterne che possono aumentare il rischio di complicanze.

L'utilizzo delle altre tecniche, che permettono il posizionamento diretto di una protesi e/o il risparmio del muscolo pettorale, sono per ora da riservare a pazienti estremamente selezionate, con mammelle di dimensioni medio-piccole, possibilmente non fumatrici e non obese, ma specialmente con una cute residua dopo l'intervento demolitivo assolutamente in grado di garantire un'adeguata e sicura copertura di entrambe gli impianti (protesi e/o espansore e matrice), pena la perdita completa della ricostruzione in caso di complicanze.

Le indicazioni sono quindi piuttosto ristrette e spesso la decisione finale viene presa intraoperatoriamente una volta valutata la vitalità dei lembi cutanei.

I vantaggi della ricostruzione protesica sono i tempi brevi, la semplicità di esecuzione e l'assenza di cicatrici aggiuntive (si accede da quella della mastectomia), a scapito di un risultato meno naturale rispetto alla ricostruzione autologa.

Controindicazione, specie nel caso di utilizzo di matrici, alla ricostruzione con protesi è la pregressa o prevista radioterapia della parete toracica, per il rischio aumentato di complicanze sia a breve che a lungo termine

La durata dell'intervento di ricostruzione è di 1 ora, in anestesia generale.

Gli esiti cicatriziali sono quelli della mastectomia.

La degenza media è di 7-8 giorni.

È consigliato di un reggisenone di tipo sportivo con allacciatura anteriore per un periodo di tre mesi.

Il fumo di sigaretta non è di per sé una controindicazione assoluta all'intervento, ma il rischio di complicanze è notevolmente aumentato.

Ricostruzione protesica + autologa

In casi selezionati si possono combinare le due tecniche.

La combinazione più frequente prevede l'utilizzo di una protesi che viene ricoperta dal lembo muscolare di Gran Dorsale.

Le indicazioni sono piuttosto ristrette e possono prevedere:

- la necessità di ricostruzione autologa, ad esempio, in caso di pregressa radioterapia della parete toracica dove le protesi sole sono controindicate ed in assenza di sedi donatrici per altri lembi (o in pazienti non candidate ad interventi microchirurgici complessi) in mammelle in cui il solo lembo Gran Dorsale non sarebbe sufficiente a garantire un volume adeguato
- interventi di salvataggio, ad esempio in caso di necrosi cutanea ed esposizione protesica per salvare la ricostruzione e la protesi

Procedure accessorie

Lipofilling

Questa procedura permette di correggere eventuali deficit di contorno e/o proiezione localizzati a seguito della ricostruzione con uno dei metodi di cui sopra.

Prevede l'utilizzo di tessuto adiposo autologo (della stessa paziente) prelevato da cosce, addome o altre sedi disponibili, prelevato tramite liposuzione.

Il grasso prelevato viene successivamente processato e iniettato in regione mammaria.

Il grasso iniettato viene riassorbito in quantità variabile (30-50%) e richiede spesso multipli interventi per ottenere il risultato desiderato.

La durata dell'intervento di ricostruzione è di 1 ora, in anestesia generale.

Gli esiti cicatriziali sono minimi.

La degenza media è di 2 giorni.

È consigliato indossare una guaina contenitiva per uno-due mesi in corrispondenza della zona sottoposta a liposuzione.

Adeguamento della mammella controlaterale

Spesso la mammella ricostruita non riesce a riprodurre fedelmente la forma e il volume della mammella sana.

Potrebbe pertanto rendersi necessario un intervento di simmetrizzazione della mammella sana, che può essere eseguito contestualmente a quello ricostruttivo, oppure in un secondo tempo dopo stabilizzazione del quadro.

Gli interventi che si possono effettuare sono:

- ✚ mastopessi (sollevamento ghiandola), in caso di mammella ptosiche
- ✚ mastoplastica riduttiva (sollevamento + riduzione volume), in caso di mammelle di grande volume e ptosiche
- ✚ mastoplastica additiva (protesi), in caso di mammelle di piccole dimensioni e/o svuotate

Esiste la possibilità di combinare le suddette tecniche ad esempio sollevando la ghiandola mediante una mastopessi e impiantando nel contempo una protesi per aumentare il volume e distendere meglio la cute, così da dare maggiore tonicità alla mammella.

La durata dell'intervento di ricostruzione è da 1 a 2 ore, in anestesia generale.

Gli esiti cicatriziali sono variabili a seconda della tecnica utilizzata

La degenza media è di 3-4 giorni.

È consigliato di un reggiseno di tipo sportivo con allacciatura anteriore per un periodo di tre mesi.

Il fumo di sigaretta non è di per sé una controindicazione assoluta all'intervento, ma il rischio di complicanze è notevolmente aumentato.

Ricostruzione CAC

È l'ultima tappa del percorso ricostruttivo.

Si svolge in due tempi: prima si procede alla ricostruzione del capezzolo, con utilizzo di lembi locali di pelle sollevati e modellati per ricreare la tridimensionalità del capezzolo.

A distanza di qualche mese si esegue la ricostruzione dell'areola mediante tatuaggio chirurgico.

La durata di entrambi gli interventi di ricostruzione è di 30 minuti, in anestesia locale.

3. Il periodo preoperatorio

E' la fase che precede l'intervento chirurgico.

Dopo l'indicazione all'intervento da parte del chirurgo senologo demolitore, eseguirà la prima visita presso il nostro ambulatorio dedicato alla patologia mammaria.

Il chirurgo plastico assieme all'infermiere dedicato Le illustreranno tutte le tipologie di ricostruzione a lei più indicate e l'acquisto di ausili necessari per il post-operatorio.

Le verranno fornite già in questa fase tutte le informazioni per affrontare al meglio il periodo pre e post operatorio.

Prima del ricovero: gli esami preoperatori

Per quanto riguarda gli interventi di ricostruzione o sostituzione dell'espansore con posizionamento di protesi definitiva la preparazione

preoperatoria sarà di nostra competenza presso l'ambulatorio moduli del reparto.

Per gl'altri interventi demolitivi invece gli esami verranno gestiti presso l'ambulatorio moduli preoperatori della Chirurgia Generale.

Il giorno del ricovero

Il ricovero in ospedale avviene generalmente il giorno prima dell'intervento.

Lei si presenterà in reparto all'orario concordato e sarà auspicabile il digiuno dalla mezzanotte per eventuali controlli ematochimici.

Sarà accolta dal personale infermieristico e riceverà tutte le informazioni utili alla sua permanenza in ospedale.

In alcuni casi il ricovero potrebbe avvenire il giorno stesso dell'intervento, in tal caso si presenterà in reparto a digiuno completo dalla mezzanotte, previa cena leggera, ed avendo già provveduto alla depilazione delle ascelle e alla sua igiene personale. Si raccomanda l'astensione dal fumo per almeno 3 giorni prima.

Le consigliamo inoltre di:

- ✚ seguire le indicazioni fornitele durante la visita anestesiologicala sui farmaci da lei abitualmente assunti e/o eventuali profilassi
- ✚ portare con se i suoi farmaci personali in confezione originale e possibilmente con foglietto illustrativo incluso (NON DOVRA' MAI ASSUMERE FARMACI DI SUA INIZIATIVA DURANTE IL RICOVERO)
- ✚ munirsi di tessera sanitaria e documento di identità ed eventuale altra documentazione sanitaria
- ✚ non avere con se importanti somme di denaro né oggetti di valore
- ✚ non indossare monili e gioielli e rimuovere eventuali piercing
- ✚ non utilizzare cosmetici creme e smalto per le unghie
- ✚ se richiesto, portare il reggiseno prescritto

Il giorno dell'intervento chirurgico

Il giorno dell' intervento chirurgico lei dovrà rispettare il digiuno dalle ore 24 e l'astensione dal fumo. Sarà invitata ad eseguire un'ulteriore doccia con la soluzione antisettica. Eventuali farmaci

le saranno somministrati come da indicazione dell'anestesista e solitamente ,circa 30 minuti, prima di scendere in sala operatoria le verrà somministrato un farmaco sedativo con funzioni di preanestesia.

La sala operatoria si trova presso il Complesso Operatorio.

Dopo l'intervento chirurgico verrà trasferita in Recovery Room, adiacente alle sale operatorie, dove trascorrerà alcune ore sotto monitoraggio clinico, successivamente ritornerà in reparto.

4. Il periodo postoperatorio

Nel periodo postoperatorio sarà assistita dal personale sanitario che oltre a monitorare il suo stato di salute le fornirà tutte le indicazioni e le rassicurazioni necessarie.

Le raccomandiamo di non prendere alcuna iniziativa e di consultarsi sempre con gli operatori.

Le monitoreremo i parametri vitali, valuteremo la presenza o l'assenza di dolore, controlleremo la medicazione della ferita chirurgica ed eventuali drenaggi, monitoreremo la diuresi e la educazione ad una corretta mobilitazione.

Nelle prime ore postoperatorie non potrà alzarsi dal letto, sarà necessario continuare il digiuno per evitare la nausea e il vomito postoperatori.

L'idratazione sarà garantita attraverso la somministrazione di fleboclisi per via endovenosa ed eventuali farmaci antinausea.

Il giorno successivo all'intervento chirurgico potrà essere rimosso il catetere vescicale e potrà iniziare a mangiare.

La educazione su come alzarsi dal letto e la accompagneremo ai servizi per l'igiene personale e per tutte le altre attività quotidiane.

Nelle giornate successive, oltre alle medicazioni della ferita chirurgica, quando il medico lo riterrà opportuno, verranno rimossi eventuali drenaggi e la sua autonomia verrà gradualmente raggiunta.

Monitoraggio dei lembi microchirurgici.

L'assistenza sarà di tipo semintensivo, ovvero un infermiere sarà dedicato a lei nelle prime 48 ore al fine di seguire costantemente l'andamento del post operatorio. Verrà educata su come e quanto muoversi, perché la tipologia di intervento le impone una postura obbligata, e verrà sempre ascoltata per risolvere qualsiasi dubbio o necessità.

Il monitoraggio del lembo consiste nell'osservazione della sua perfusione vascolare tramite l'utilizzo di un apparecchio doppler, rilevazione del colore e della sua temperatura (metodo non invasivo). Tale pratica può inoltre essere coadiuvata dall'utilizzo di apparecchiature elettromedicali come la O2C (non invasiva - sonda esterna posizionata sulla zona di innesto tramite cerotto) o la Licox (invasiva-sonda interna posizionata durante l'intervento chirurgico).

Oltre che il monitoraggio del lembo microchirurgico, verranno ogni ora rilevati anche i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione) e diuresi.

Il periodo di rilevazione di tutti questi parametri con frequenza oraria durerà per 72 ore dall'uscita dalla sala operatoria, ogni 3 ore per le successive 72 ore, e successivamente 3 volte al giorno fino alla dimissione.

5. I follow chirurgici

Il giorno della dimissione, le verranno comunicati gli appuntamenti presso l'Ambulatorio "Centro mammella" per la medicazione, per la rimozione suture, gli eventuali appuntamenti per il gonfiaggio dell'espansore e i controlli a 1, 3 e 6 mesi dalla data dell'intervento e i successivi controlli annuali.

In seguito saranno pianificati gli altri interventi ricostruttivi, quali la sostituzione dell'espansore con la protesi definitiva, l'eventuale rimodellamento contro laterale, la ricostruzione chirurgica del capezzolo, cui seguirà il tatuaggio.

Gli appuntamenti verranno pianificati dall'infermiera dell'ambulatorio, in base anche agli altri appuntamenti di follow up oncologici e fisiatrici. Le impegnative saranno effettuate dall'ambulatorio stesso, quindi non sarà

necessario recarsi dal medico curante, riducendo così disagi e le tempistiche.

Numeri Utili

Ambulatorio mammella - 0403994242

Referenti:

-  dott.ssa Nadia Renzi,
-  dott. Stefano Bottosso
-  dott.ssa Mariastella Manara (area isontina)
-  infermiera Alessandra Scandola, Roberta Cernigoi

Moduli preoperatori – 0403994443

-  infermiere Dorota Mich

Segreteria – 0403994258

-  Elena Vattovani

Reparto – 0403994562

Coordinatore infermieristico – 0403994825

-  Evelin Makuc



NOTA

Questo opuscolo riporta le informazioni valide al momento della stampa, e viene periodicamente aggiornato. Tra un'edizione e l'altra potrebbero però intervenire modifiche nell'operatività, per cui le informazioni qui fornite non sono impegnative.

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP
ASUGI su testi forniti dalla Chirurgia Plastica

Revisione 02 – febbraio 2025