



OTTOBRE

meze rosa



Conoscere sé stesse
significa prevenire.

Fin da giovani, la diagnosi precoce
è il primo gesto per difendersi
dal tumore al seno.

MATILDE GIOLI *per la LILT*



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

women

CAMPAGNA NASTRO ROSA 2021





LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

women

CAMPAGNA NASTRO ROSA 2021



INDICE

- P. 4:** Lettera del Presidente
- P. 6:** Conoscere il tumore della mammella
- P. 8:** Prevenzione del tumore della mammella
- P. 10:** Diagnosi
- P. 15:** Il rischio eredo-familiare
- P. 16:** I programmi di *screening*
- P. 18:** Terapia
- P. 22:** Test genetici
- P. 22:** Quale riabilitazione
Dopo il carcinoma mammario
- P. 26:** Dopo le terapie
- P. 27:** Prevenire i tumori del collo dell'utero
- P. 28:** Consigli per i giovanissimi
- P. 28:** Bellezza è benessere
Vedersi meglio per sentirsi meglio
- P. 29:** Supporto psicologico
La paziente e la sua famiglia
- P. 30:** La LILT
- P. 32:** Come sostenere la LILT
- P. 34:** Associazioni Provinciali LILT
- P. 37:** Coordinatori Regionali LILT

LETTERA DEL PRESIDENTE



LA PREVENZIONE È L'ARMA VINCENTE CONTRO LA PANDEMIA CANCRO!

La patologia tumorale più frequente colpisce il seno, con i circa 55.000 nuovi casi del 2020 e con un trend in crescita, aggravato dal ritardo delle campagne di screening.

L'impegno di giungere a una completa guaribilità del cancro al seno (attualmente attestato intorno all'80% a cinque anni dal trattamento) deve proseguire con maggiore

energia. La gratuità dei test genomici per il cancro al seno, con il recente decreto firmato dal Ministro Speranza, è certamente un significativo vittorioso passo in avanti.

Tuttavia lo scenario complessivo che abbiamo di fronte e che dobbiamo superare è ancora rappresentato da alcune problematiche, peraltro amplificatesi con lo stato emergenziale sanitario da COVID-19:

- diagnosi precoci in donne sempre più giovani;
- uniformità territoriale dello screening, allargato all'ecografia;
- codificati periodici controlli clinico-strumentali per le donne già colpite dal cancro al seno;
- coinvolgimento attivo del mondo scolastico femminile (corretta informazione e insegnamento dell'autopalpazione).

La "mission" della LILT contempla infatti anche la sensibilizzazione delle ragazze, affinché imparino ed effettuino mensilmente l'autopalpazione del proprio seno (come approccio informativo-educativo alla problematica), e la divulgazione dell'importanza della vaccinazione (anche per i ragazzi), al fine di evitare l'infezione da HPV (responsabile di patologie tumorali).

Per le donne con tumore al seno, è indispensabile favorire loro un supporto empatico, psicologico e rigenerativo-estetico sia per il superamento di questa fase di criticità della propria immagine sia a garanzia di una più lunga e migliore qualità di vita.

La LILT, anche attraverso i progetti di ricerca e i suoi circa 400 ambulatori territoriali, si è resa disponibile a collaborare tangibilmente con il SSN per diffondere la cultura della Prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) come metodo di vita.

Un compito umano per un grande obiettivo: **"No women with breast cancer!"**

Prof. Francesco Schittulli
 Senologo-chirurgo oncologo
 Presidente nazionale LILT

CONOSCERE IL TUMORE DELLA MAMMELLA

La mammella è per la donna l'organo che svolge tre nobili funzioni: estetica, sessuale e materna. Essa è costituita da tessuto ghiandolare, adiposo ("grasso") e fibroso.

Quest'ultimo fa da impalcatura alla ghiandola, ricca di vasi sanguigni, linfatici e fasci nervosi. La ghiandola mammaria è rivestita esternamente dalla cute e sostenuta posteriormente dal muscolo grande pettorale.

Generalmente la componente ghiandolare è molto rappresentata nelle donne giovani e in pre-menopausa. Al contrario, in postmenopausa e con l'avanzare dell'età, il tessuto adiposo della mammella tende ad accrescere. Questo fa sì che la mammografia, nelle giovani donne e più in generale nelle donne con seno denso, sia più difficile da interpretare, rendendo necessaria l'integrazione con l'ecografia mammaria e a volte con la risonanza magnetica.

Le cellule che costituiscono la ghiandola mammaria si modificano con il ciclo ormonale e si riproducono continuamente, sia per generare il ricambio con nuove cellule, sia per riparare quelle danneggiate. Il processo di riproduzione e crescita cellulare è molto complesso e regolato da molteplici geni. In condizioni di normalità avviene secondo un fisiologico programma, in modo preciso e regolare. Tuttavia l'invecchiamento e vari fattori ambientali possono danneggiare questi geni, determinando una crescita anomala e incontrollata delle cellule e il conseguente sviluppo di un tumore (cancerogenesi). Il processo di cancerogenesi avviene lentamente, nel corso di alcuni anni. Gli esami diagnostico-strumentali oggi disponibili per una efficace diagnosi precoce consentono di poter individuare il tumore in una fase iniziale della sua crescita, allorché il tumore non dà alcun segno di sé e non è palpabile (lesione preclinica) o addirittura in una fase che precede lo sviluppo del tumore infiltrante (lesione preneoplastica). In Italia una donna su 8 si ammala di tumore alla mammella e si stima che ogni anno vengano diagnosticati oltre 50.000 casi di carcinoma mammario. Fortunatamente però dal 2000 si registra una progressiva riduzione della mortalità per questa neoplasia. La maggior parte (circa il 70%) dei tumori al seno origina dalle cellule dei dotti (carcinoma duttale) mentre, una percentuale inferiore, dalle cellule costituenti i lobuli mammari (carcinoma lobulare).

Importante è la distinzione tra carcinoma infiltrante e carcinoma in situ.

- **Carcinoma in situ:** le cellule neoplastiche sono confinate all'interno dei dotti o dei lobuli mammari e non infiltrano il tessuto circostante. In genere queste neoplasie precoci non sono ancora in grado di originare metastasi.
- **Carcinoma infiltrante:** le cellule tumorali oltrepassano la parete dei dotti e dei lobuli e attraverso i vasi linfatici e sanguigni possono diffondersi ai linfonodi o in altri organi e/o apparati. Alcune caratteristiche biologiche del tumore mammario aiutano a definirne meglio la prognosi (fattori prognostici) e a scegliere i trattamenti medici più efficaci (fattori predittivi).

RECETTORI PER GLI ORMONI ESTROGENI E PROGESTERONE

Le cellule tumorali nella maggior parte dei casi hanno specifiche strutture recettoriali a cui si legano gli ormoni estrogeni e progesterone, stimolandone la crescita e la differenziazione. Tutti i tumori con recettori per estrogeni e/o progesterone possono essere efficacemente trattati con farmaci che interferiscono sulla produzione/azione ormonale (ormonoterapia).

- **Grado di differenziazione cellulare (grading):** indica quanto la cellula tumorale somigli alla controparte sana. Un tumore ben differenziato ha una prognosi migliore di uno scarsamente differenziato.
- **Indice di proliferazione ki-67:** indica quanto "attiva" sia la crescita di quel determinato tumore. Più è elevato tale indice, maggiore può essere la velocità di crescita.
- **Il recettore HER2:** è una proteina presente sulla superficie delle cellule tumorali che ne regola la crescita. L'aumentata presenza del recettore è indicativa di maggiore aggressività della malattia. Tuttavia sono state sviluppate terapie mirate per contrastare la funzione di questo recettore che funge da interruttore costituzionalmente attivato (terapie biologiche).

Il continuo miglioramento delle conoscenze della biologia dei tumori mammari consente di migliorare sempre più la diagnosi e il trattamento di questa patologia, contribuendo a identificare percorsi terapeutici innovativi e personalizzati.

LESIONI PRENEOPLASTICHE

Si tratta di lesioni che possono, in alcuni casi, precedere il tumore mammario (preneoplastiche).

Quelle a cui oggi si presta più attenzione sono rappresentate da:

- **Iperplasia duttale atipica (DIN);**
- **Neoplasie lobulari intraepitali (LIN).**

Le lesioni preneoplastiche possono rappresentare una condizione di rischio per lo sviluppo di un tumore oppure, in una minoranza di casi, possono essere spia della presenza di un carcinoma nel tessuto circostante. Per tale motivo, quando riscontrate su base istologica, può rendersi necessaria l'asportazione chirurgica dell'area interessata o un più ravvicinato monitoraggio.

PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Le strategie preventive si basano su due approcci ben precisi e fra loro integrati: la prevenzione primaria e quella secondaria.

PREVENZIONE PRIMARIA

La prevenzione primaria ha l'obiettivo di individuare e poter rimuovere le cause che contribuiscono allo sviluppo di un tumore (fattori di rischio).

I principali fattori di rischio per l'insorgenza del tumore mammario non sono modificabili. Altri, se rimossi, possono nettamente ridurre il rischio di sviluppare il tumore al seno.

FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI

- **Età:** la probabilità di ammalarsi di tumore al seno aumenta con l'aumentare dell'età della donna (sebbene oltre il 50% dei tumori al seno viene diagnosticato in donne di età inferiore ai 55 anni).
- **Storia riproduttiva della donna:**
 - menarca precoce (prima degli 11 anni) e menopausa tardiva (oltre i 55 anni) comportano una prolungata esposizione agli ormoni;

- nulliparità (nessuna gravidanza) o prima gravidanza oltre i 35 anni;
- mancato allattamento.

- **Familiarità per tumore al seno e/o ovaio:** il rischio di poter sviluppare un tumore al seno si aggira intorno al 10%.
- **Neoplasie e trattamenti pregressi:** possono indurre la ripresa della malattia.
- **Mutazioni di specifici geni:** alcune mutazioni a carico di specifici geni (es. BRCA1 e BRCA2), se ereditate, possono aumentare il rischio di sviluppare tumori della mammella e dell'ovaio.
Risulta pertanto importante verificare lo stato mutazionale di questi geni nei casi di tumori mammari familiari.

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

- **Terapia ormonale sostitutiva:** i farmaci a base di estrogeno e progesterone, assunti dopo la menopausa per alleviarne i disturbi, possono lievemente aumentare il rischio di sviluppare un tumore al seno.
Il rischio è proporzionale comunque alla durata del trattamento.
- **Obesità:** il rischio di tumore al seno è più alto nelle donne che con la menopausa sviluppino una condizione di obesità o di sovrappeso.
- **Scarsa attività fisica:** il regolare esercizio fisico riduce il rischio di sviluppare un tumore al seno, aiutando a mantenere il peso corporeo e riducendo la massa adiposa.
- **Limitato consumo di frutta e verdura:** una dieta ad alto apporto calorico, ricca di grassi e di zuccheri raffinati o con smisurato consumo di carni rosse, aumenta il rischio di poter sviluppare un tumore al seno, così come di altre patologie.
- **Alcol:** il rischio di tumore al seno aumenta proporzionalmente al quantitativo di alcol assunto.
- **Fumo:** anche il tumore al seno sembra possa aumentare nelle fumatrici.

Modificare gli stili di vita significa eliminare quei fattori di rischio da cui dipendono oltre il 20% dei tumori al seno.

Per tale ragione, il mondo scientifico considera il controllo dello stile di vita uno strumento valido per la prevenzione del carcinoma mammario e di altri tumori.

Inoltre, è bene sapere che:

- *Le alterazioni benigne della mammella (in particolare cisti e fibroadenomi) e il dolore non aumentano il rischio di sviluppare un tumore mammario. Queste condizioni sono molto comuni nelle donne e non devono allarmare.*
- *Nel caso esista una documentata e significativa familiarità è consigliabile rivolgersi a strutture specializzate per sottoporsi a consulenza genetica e ricevere adeguate indicazioni.*
- *Gli studi effettuati negli ultimi anni hanno permesso di chiarire meglio il ruolo della Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) come eventuale fattore di rischio. Il ricorso alla TOS deve essere quindi giustificato e comunque consigliato dal medico.*

PREVENZIONE SECONDARIA

La prevenzione secondaria ha l'obiettivo di ottenerne la diagnosi il più precocemente possibile. La scoperta del tumore (in genere con la mammografia e l'ecografia) nella sua fase iniziale permette terapie chirurgiche meno aggressive con maggiori possibilità di guarigione. Essa oggi costituisce l'arma vincente nella lotta al cancro della mammella che può essere curato nella maggior parte dei casi diagnosticati precocemente.

DIAGNOSI

È importante scoprire il tumore al suo inizio. La probabilità di guarigione per tumori che misurano meno di un centimetro è di oltre il 90%.

Gli interventi sono sempre conservativi e non procurano seri danni estetici alla donna.

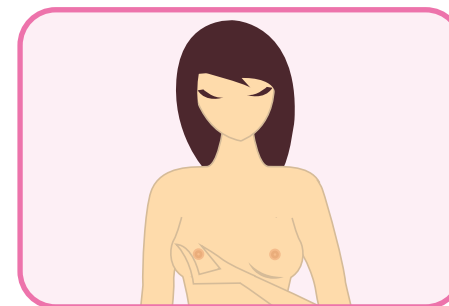
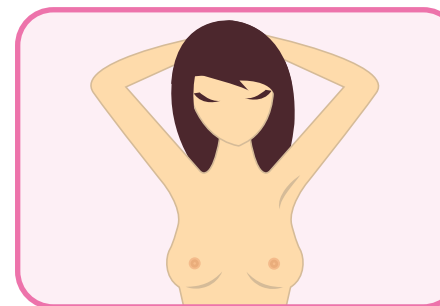
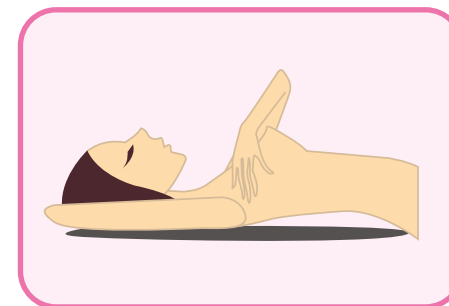
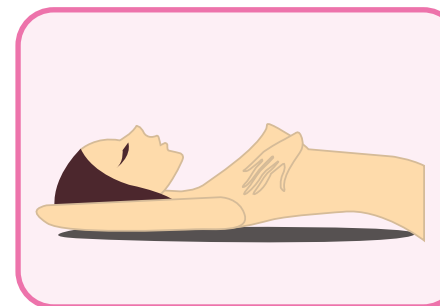
Per una corretta palpazione del seno è necessario:

- *Palpare entrambe le mammelle in senso rotatorio (circolare) con le dita unite a piatto.*
- *Non tralasciare la palpazione dell'ascella e del capezzolo.*
- *Guardare allo specchio se vi siano irregolarità della cute.*
- *Evidenziare, con una leggera spremitura del capezzolo, se sono presenti secrezioni.*
In tal caso è utile effettuare un esame citologico del secreto mammario.

AUTOESAME

È l'esame che la stessa donna dovrebbe eseguire ogni mese, sin da giovane. La metodologia di esame è semplice, ma è bene che sia un operatore sanitario a insegnarla.

È particolarmente importante comunicare tempestivamente al proprio medico l'individuazione di eventuali cambiamenti verificatisi nel tempo e/o persistenti.



In particolare, fare attenzione se:

- La cute della mammella o dell'areola sembra alterata, arrossata, ispessita, retratta o con noduli in rilievo.
- Il capezzolo appare retratto, soprattutto se la rientranza del capezzolo è di recente comparsa e se sulla cute dell'areola compaiono delle piccole eruzioni cutanee o delle crosticine.
- Compaiono spontaneamente secrezioni dal capezzolo, soprattutto se sierose o ematiche.
- Alla palpazione della mammella o del cavo ascellare si apprezza la comparsa di una tumefazione.
- La mammella appare arrossata e/o aumentata di volume.

VISITA CLINICA SENOLOGICA

È l'esame della mammella eseguito dal proprio medico o da uno specialista, al fine di riscontrare l'eventuale presenza di noduli o di altri segni clinici sospetti e comunque meritevoli di ulteriori indagini.

MAMMOGRAFIA

È la tecnica più idonea e valida nel diagnosticare la maggior parte dei tumori della mammella in fase iniziale, prima ancora cioè che siano palpabili.

Per questo motivo la mammografia è attualmente la tecnica più appropriata che può essere utilizzata come test di base in un programma di *screening* e alla quale non si deve mai rinunciare nel caso di sospetto carcinoma, qualunque sia l'età della donna. Particolare attenzione sarà data dal radiologo alla presenza di piccole microcalcificazioni in aggregato.

In tal caso è utile pianificare una biopsia sotto guida radiologica.

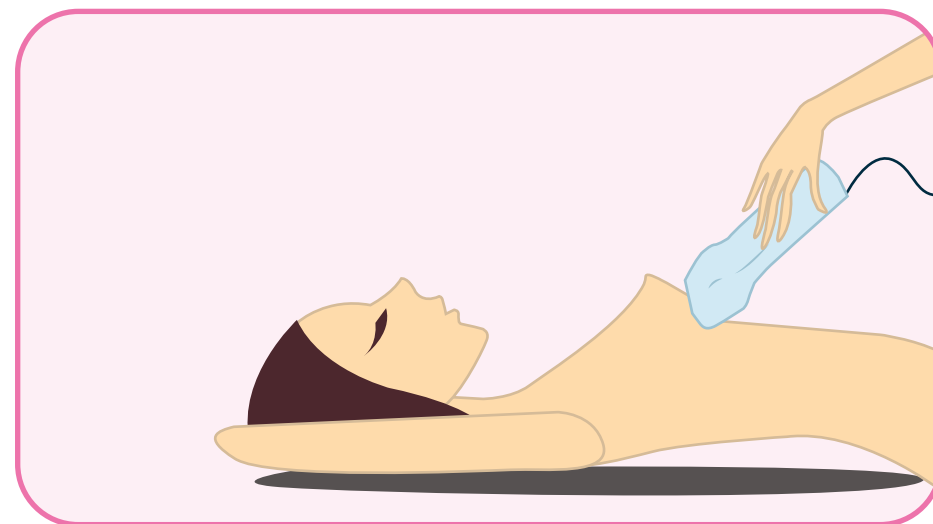
TOMOSINTESI MAMMARIA

La tomosintesi mammaria rappresenta un'evoluzione tecnologica della mammografia digitale e un ulteriore ausilio per la diagnosi precoce delle patologie della mammella. Si tratta di una mammografia digitale tridimensionale ad alta definizione, uno strumento diagnostico che permette di studiare la mammella "a strati".

La tomosintesi mammaria può essere utile soprattutto per lo studio delle mammelle dense per individuare lesioni che potrebbero essere mascherate dalla sovrapposizione di strutture normali. Sarà lo specialista oncologo-senologo a richiederla nel caso sia ritenuta necessaria.

ECOGRAFIA MAMMARIA

Nonostante la continua rivoluzione dell'imaging e il rapido evolversi della tecnologia, l'ecografia non deve essere utilizzata come unico test per la diagnosi precoce dei tumori della mammella non palpabili. Peraltro, essa offre contributi talora insostituibili nella diagnosi di lesioni nodulari benigne. È consigliabile che l'ecografia sia utilizzata soprattutto in associazione alla mammografia ed eventualmente, per casi particolari, alla risonanza magnetica mammaria.



MAMMOGRAFIA O ECOGRAFIA MAMMARIA?

La mammografia è l'esame di elezione per la ricerca dei tumori al seno, soprattutto nelle donne al di sopra dei 40 anni. Rappresenta l'indagine ottimale per individuare la presenza di microcalcificazioni, che talora possono essere espressione di lesioni tumorali o preneoplastiche. L'uso della tecnica 3D con tomosintesi è oggi preferibile a quella tradizionale. Nelle giovani donne e più in generale in età fertile, a causa della maggiore densità della mammella, lo studio viene completato con l'esecuzione di un'ecografia mammaria e, a volte, di una risonanza magnetica mammaria. Sarà lo specialista radiologo, unitamente al senologo a indirizzare la paziente verso l'esame diagnostico più adeguato al caso.

RISONANZA MAGNETICA MAMMARIA (RMM)

Il ruolo della RMM per la diagnosi precoce del carcinoma mammario è oggi limitato alla sorveglianza diagnostica di donne portatrici di alterazioni dei geni BRCA o in giovani donne con seno denso e/o forte familiarità. La RMM è un esame che viene impiegato nei casi in cui non vi sia univocità tra esami precedenti o in presenza di un carcinoma accertato, per una migliore stadiazione locale.

PRELIEVI CON AGO

Possono essere eseguiti, generalmente sotto guida ecografica, sia con ago sottile ("agoaspirato", che permette l'esame citologico del materiale aspirato) sia con ago di dimensioni lievemente maggiori ("agobiopsia", che permette l'esame istologico dei frammenti di tessuto asportati). La cosiddetta "*biopsia vacuum assisted*" è un tipo di biopsia mininvasiva, eseguita in anestesia locale, che, a differenza della precedente, permette di prelevare più frustoli di tessuto e di avere una migliore caratterizzazione istologica con una singola introduzione di ago. La procedura è ambulatoriale, non richiede una sedazione ma



solo una semplice anestesia locale. Questo tipo di accertamento diagnostico è quello più largamente impiegato per lo studio delle microcalcificazioni.

Ciò significa che, in caso si riscontri una lesione tumorale o preneoplastica, è necessario procedere comunque a un limitato intervento chirurgico.

ALTRI ESAMI CLINICO-DIAGNOSTICI

Una volta effettuata la diagnosi di carcinoma della mammella, altri esami risultano utili per definire l'estensione della malattia (stadiazione). Essi includono un esame radiografico standard del torace, un'ecografia addominale e il dosaggio dei marker tumorali nel sangue (CEA e Ca15-3). In alcuni casi può essere necessario completare la stadiazione con una scintigrafia ossea. In caso di malattia avanzata, la tomografia assiale computerizzata (TAC) e la tomografia a emissioni di positroni (PET-TAC) possono essere utilizzate come esami di approfondimento e per la valutazione dell'efficacia delle terapie.

IL RISCHIO EREDO-FAMILIARE

Come per le altre forme tumorali, anche il tumore mammario è nella maggior parte dei casi (92%) di origine "sporadica".

Questo significa che i danni a carico dei geni che porteranno allo sviluppo della malattia tumorale non vengono "ereditati", ma si realizzano nell'individuo durante la vita a causa di vari fattori endogeni ed esogeni (cancerogenesi a più tappe).

In oltre l'8% dei casi, il tumore mammario si sviluppa in seguito a mutazioni di specifici geni, come quelle a carico dei geni BRCA1 e BRCA2, "ereditate" con il corredo genetico ricevuto dai genitori. È stato documentato che la donna portatrice di specifiche mutazioni a carico di questi geni ha un rischio maggiore di poter sviluppare il carcinoma mammario e/o ovarico durante la propria vita.

In particolare, le donne che hanno ereditato la mutazione di BRCA1 hanno una probabilità del 45-80% di sviluppare durante la vita un tumore al seno e del 20-40%

un tumore ovarico. Le donne con mutazione di BRCA2 hanno un rischio del 25-60% di sviluppare un tumore al seno e del 10-20% di sviluppare un tumore all'ovaio.

Da questo deriva che avere ereditato la mutazione non significa avere ereditato la certezza che in un momento della propria vita si svilupperà il cancro. Si è invece di fronte ad una predisposizione familiare, avendo ereditato un rischio maggiore di sviluppare la malattia rispetto a chi non è portatore della mutazione.

La valutazione multidisciplinare genetica oncologica può dirimere i dubbi stabilendo l'opportunità di effettuare i test genetici che possono definire il rischio oncologico specifico. Pertanto, tali test devono essere richiesti ed effettuati solo nell'ambito di una valutazione multispecialistica con il genetista oncologo.

La LILT promuove la sensibilizzazione delle donne al corretto utilizzo dei test genetici per la diagnosi precoce del tumore al seno all'interno di una consulenza genetica oncologica di tipo multidisciplinare. Il corretto utilizzo dei test genetici e di altri strumenti consente la conoscenza del rischio individuale di sviluppare la malattia e di indirizzare in maniera personalizzata la paziente alle migliori strategie preventive e terapeutiche.

I PROGRAMMI DI SCREENING

Un test di *screening* è un esame in grado di identificare nella popolazione le persone con lesioni a rischio meritevoli di approfondimento diagnostico. Queste persone, "selezionate" attraverso il test di *screening*, vengono sottoposte ad ulteriori esami che hanno invece "finalità diagnostica". Per il tumore della mammella la selezione viene effettuata tramite la mammografia. Risultare "positive" al test di *screening*, quindi, non equivale a "essere con certezza affette da tumore", significa invece che vi sono segni meritevoli di approfondimento diagnostico. In Italia il "programma di *screening*" consiste nell'invito attivo mediante comunicazione individuale a entrare in un percorso nel quale sono assicurati sia il test di *screening* sia gli ulteriori esami e il trattamento eventualmente necessario.

I risultati di uno studio finanziato dalla LILT e dal Ministero della Salute – Progetto IMPATTO – hanno dimostrato che lo *screening* mammografico realizzato nel nostro

Paese ha portato a:

- una riduzione della mortalità per carcinoma mammario;
- una riduzione del numero di interventi demolitivi, essendo la lesione tumorale scoperta ancora di piccole dimensioni;
- una migliore prognosi, grazie appunto alla diagnosi precoce.
- un aumentato numero di guarigioni.

Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, offre gratuitamente a tutte le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni (fascia d'età a maggior rischio) la possibilità di eseguire ogni due anni una mammografia, attraverso una lettera di invito in cui figura la data, l'orario e il luogo dell'esame. È attualmente in fase di studio l'estensione dello *screening* a tutte le donne di età compresa fra i 45-50 anni e alle donne di età superiore ai 69 anni. La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori auspica che i programmi organizzati di *screening* siano estesi a partire dai 40 anni di età, con cadenza annuale, accompagnati anche dall'esecuzione dell'ecografia e per l'intero arco di vita.

La LILT raccomanda vivamente di aderire all'invito del SSN a eseguire la mammografia di *screening* inviato dalla propria ASL di appartenenza e offre, per questo, la più ampia disponibilità collaborativa per una capillare sensibilizzazione della popolazione femminile, anche attraverso le proprie Associazioni Provinciali. Per le donne più giovani di 50 anni o con più di 70 anni, la LILT raccomanda di rivolgersi al proprio medico di fiducia, ovvero a specialisti esperti in senologia, per concordare eventuali programmi individuali di prevenzione e di diagnosi precoce (autopalpazione, visita, indagini diagnostiche-strumentali).

La LILT, impegnata a investire in salute e non in malattia, mette a disposizione dei suoi Soci i propri Centri di prevenzione e diagnosi precoce nonché gli ambulatori specialistici per affidarsi a percorsi di prevenzione e sottoporsi a visite specialistiche.

LO SCREENING SPONTANEO

Lo *screening* mammografico offerto dal Servizio Sanitario Nazionale è quindi uno strumento molto efficace per la diagnosi precoce dei tumori al seno, ma per motivi di costi sanitari non copre tutte le fasce di età e prevede l'esecuzione della

sola mammografia. Bisogna tener presente che il tumore al seno colpisce nel 30% dei casi donne al di sotto dei 50 anni. Donne non coperte quindi dallo *screening* mammografico. Esiste inoltre la possibilità che il tumore possa comparire nel periodo di intervallo tra una mammografia di *screening* negativa e quella successiva, o che in un seno denso possa non rendersi evidenziabile un nodulo che, al contrario, può meglio essere caratterizzato da un'ecografia mammaria.

Per tale motivo le donne devono sapere che è affidata anche a loro una responsabilità per la diagnosi precoce del tumore, attraverso l'autopalpazione e l'esecuzione regolare e periodica di controlli clinici in cui il senologo, sulla base dell'età e del rischio individuale, oltre a effettuare la visita specialistica, suggerirà strategie di prevenzione e diagnosi più idonee (tipologia di esame e frequenza di esecuzione). La LILT offre istituzionalmente tale servizio ai propri Soci.

TERAPIA

Il tumore al seno è in realtà un gruppo eterogeneo di malattie per le quali oggi abbiamo a disposizione un ampio ventaglio di opzioni terapeutiche complementari e variamente integrate tra loro, che comprendono la chirurgia, la radioterapia e le terapie mediche (ormonoterapia, chemioterapia, terapie biologiche o a bersaglio molecolare, etc.).

La paziente che riceve una diagnosi di carcinoma della mammella sarà seguita da un *team* di medici specialisti, composto da radiologo, chirurgo senologo, anatomopatologo, oncologo, radioterapista, chirurgo plastico e psicologo. Questo *team* valuterà dettagliatamente, sulla base delle dimensioni e caratteristiche biologiche del tumore e delle condizioni di salute della paziente, quale sia la strategia più efficace in termini di guarigione e migliore qualità di vita.

CHIRURGIA

La chirurgia è l'arma ancora oggi primaria e insostituibile per la cura e la guarigione dal cancro della mammella.

INTERVENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO

Asportazione limitata a una parte del seno, quella contenente il tumore e parte del tessuto sano che lo circonda (resezione ghiandolare, quadrantectomia), generalmente seguita da una radioterapia.

MASTECTOMIA

Asportazione completa della ghiandola mammaria insieme al capezzolo, alla cute e ai linfonodi ascellari (mastectomia radicale), o con conservazione dell'involucro cutaneo esterno e, se possibile, dell'areola e del capezzolo (mastectomia "*skin/nipple sparing*").

BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA

Asportazione del linfonodo o meglio dei linfonodi che per primi ricevono la linfa proveniente dal tumore e sui quali si potrebbero quindi ritrovare cellule coinvolte per via linfatica. Se l'esame istologico del linfonodo sentinella non evidenzia la presenza di cellule neoplastiche, la rimozione degli altri linfonodi può essere evitata, riducendo in tal modo eventuali complicanze come il gonfiore del braccio (linfedema) e preservando la funzione fisiologica di filtro dei linfonodi stessi. Sono comunque in studio approcci chirurgici sempre più conservativi anche per la chirurgia linfonodale, in centri specializzati.

DISSEZIONE ASCELLARE

Asportazione completa dei linfonodi ascellari (1°, 2°, 3° livello), necessaria in caso di metastasi ascellari accertate o evidenti all'esame clinico e radiologico pre-operatorio.

RICOSTRUZIONE MAMMARIA

Intervento di chirurgia plastica eseguito con la finalità di ripristinare la forma e il volume della mammella asportata dopo mastectomia. Può essere effettuata nella stessa seduta operatoria (ricostruzione immediata) o dopo la fine dei trattamenti, mediante l'inserimento di protesi oppure con tessuti propri (lambi muscolari). La scelta dell'intervento dipende dalla situazione clinica, dalle terapie necessarie nel post-operatorio, dalle caratteristiche psicofisiche e costituzionali della paziente.

RADIOTERAPIA

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia per uccidere le cellule tumorali.

Essa agisce esclusivamente nella parte del corpo dove le radiazioni vengono somministrate e può essere utilizzata anche per distruggere eventuali cellule mutate residue nella ghiandola mammaria o nei cavi ascellari dopo l'intervento chirurgico.

Nella radioterapia la fonte delle radiazioni è fornita da un apparecchio esterno all'organismo. Questa tipologia di trattamento di solito comporta più sedute, fino a cinque giorni alla settimana per circa cinque, sei settimane.

È generalmente associata alla chirurgia conservativa per diminuire il rischio di recidive locali e gli effetti collaterali sono limitati.

In generale la radioterapia non provoca particolari disturbi né caduta dei capelli.

Tuttavia può causare degli effetti collaterali soprattutto locali e questi variano da persona a persona. Gli effetti collaterali più comuni sono: irritazione cutanea della zona interessata (che può variare da lieve a intensa); pelle arrossata, secca o pruriginosa; scolorimento, arrossamento o presenza di lividi; sensazione di affaticamento generale.

Ecco alcuni buoni consigli generali per affrontare gli effetti collaterali più comuni delle radiazioni:

- Reggiseni e vestiti attillati possono creare attrito sulla pelle e causare dolore. Indossa abiti non aderenti in cotone.
- La cura della pelle è importante: consulta il tuo medico prima di utilizzare deodoranti, lozioni o creme sulla zona trattata.
- Devi essere consapevole che metodi di trattamento più intensi potranno mettere a dura prova il tuo corpo. Durante la radioterapia, è essenziale prendersi cura di sé stessi riposandosi e ricorrendo a una sana e corretta alimentazione. È stato inoltre dimostrato che l'esercizio fisico abituale riduce il grado di affaticamento che i pazienti provano durante la radioterapia.

TERAPIE FARMACOLOGICHE SISTEMICHE

Le terapie mediche hanno lo scopo di eliminare le eventuali cellule tumorali

(metastasi) residue all'intervento chirurgico e alla radioterapia, riducendo il rischio di recidiva di malattia e aumentando le possibilità di guarigione.

Le terapie mediche includono la chemioterapia, l'ormonoterapia e le terapie biologiche, diversamente combinate o associate in rapporto allo stadio della malattia e alle caratteristiche biologiche del tumore. In alcuni casi, per favorire o ridurre l'exeresi chirurgica del tumore, può essere necessario effettuare la terapia farmacologica prima dell'intervento (terapie farmacologiche "neoadiuvanti").

Terapia ormonale

Utilizza farmaci che bloccano l'azione o produzione degli estrogeni. Si usa come trattamento singolo o dopo la chemioterapia nei casi in cui i test eseguiti sul tumore dimostrino la presenza dei recettori per estrogeni e progesterone. Le terapie ormonali sono generalmente ben tollerate e prive di significativi effetti collaterali classicamente descritti per la chemioterapia.

Chemioterapia

Utilizza farmaci che vengono somministrati ciclicamente dopo l'intervento chirurgico (chemioterapia adiuvante), ovvero prima di questo (chemioterapia neoadiuvante) nei casi localmente avanzati o per ridurre le dimensioni del tumore. Il beneficio apportato dalla chemioterapia sulla guarigione può essere utile anche negli stadi iniziali della malattia.

Terapie biologiche

Utilizzano farmaci che agiscono in modo mirato, selettivo, interferendo prevalentemente con i meccanismi bio-molecolari che regolano la crescita del tumore.

Per tale motivo la tossicità di questi farmaci rispetto ai più comuni chemioterapici è generalmente ridotta, pur conservando il massimo beneficio terapeutico. Un esempio è rappresentato dai farmaci che agiscono selettivamente sul recettore HER2, indicati quando il tumore presenta elevati livelli di questa proteina. Oggi sempre di più sono proposte ed attuate terapie combinate, che hanno dimostrato una migliore efficacia terapeutica a lungo termine (terapie multimodali sequenziali).

TEST GENETICI

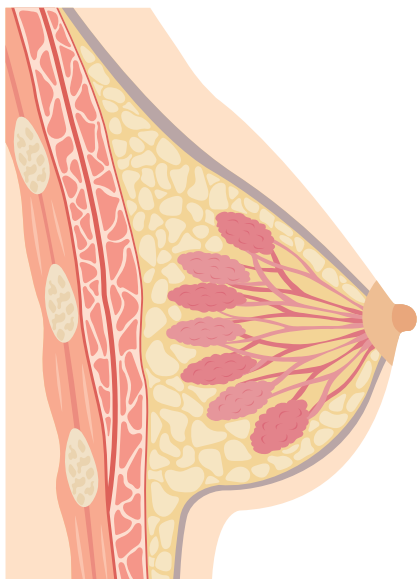
Conoscere il dettaglio delle mutazioni di ciascun singolo tumore consente di poter prevedere il comportamento biologico di quella neoplasia e di stratificare in maniera adeguata il rischio.

Sono già a disposizione dei test genetici effettuati sul tumore primitivo asportato chirurgicamente che, analizzando il profilo di espressione di geni coinvolti nel processo di metastatizzazione, coadiuvano l'oncologo nella scelta del trattamento adiuvante più adeguato.

La LILT promuove l'uso di questi test su scala nazionale e auspica, per i casi indicati, la gratuità dell'esame.

QUALE RIABILITAZIONE - Dopo il carcinoma mammario

Per quanto accurati, gli interventi conservativi e demolitivi/ricostruttivi possono causare, in diversa misura, esiti post-operatori nella regione dell'intervento chirurgico e nel braccio dal lato operato.



È bene che la paziente sia informata sul possibile manifestarsi di complicanze o di effetti collaterali, generalmente contenuti, delle terapie chirurgiche e radioterapiche.

Taluni esiti possono comparire precocemente, cioè nei primi giorni dopo l'intervento chirurgico, altri possono manifestarsi dopo qualche settimana o anche a distanza di più tempo, a volte anche anni.

Precauzioni e consigli pratici dopo l'intervento

Il periodo che segue l'intervento al seno, è in genere il più delicato. Si consiglia di:

- Evitare di eseguire trasfusioni, iniezioni, misurazione della pressione dal lato dell'arto operato.
- Non sollevare oggetti eccessivamente pesanti o compiere sforzi prolungati (come stirare, prendere in braccio i bambini, sollevare animali domestici, fare il bucato, etc.).
- Evitare sbalzi termici caldo-freddo.
- Evitare, soprattutto durante il trattamento radioterapico, di esporsi direttamente ai raggi solari o gli UVA.
- Cercare, quando si è sdraiati, di tenere in posizione elevata l'arto omolaterale al trattamento chirurgico (ad esempio, mettendo un cuscino sotto il braccio).
- Indossare un reggiseno sportivo elastico senza ferretti.
- Evitare di guidare l'automobile per le prime tre/quattro settimane dopo l'intervento.
- Mobilizzare gradualmente le braccia, senza compiere sforzi eccessivi, a partire dai primi giorni dopo l'intervento.

Di seguito alcune risposte alle domande più frequenti in questo ambito:



Ho paura a muovere il braccio e quando lo muovo sento dolore. Meglio tenerlo fermo?

Tenere il braccio fermo dopo l'intervento contribuisce ad aumentare il dolore, quindi è meglio muoverlo normalmente. Inoltre, il braccio va usato con naturalezza per le comuni attività quotidiane (pettinarsi, lavarsi, prendere e posare oggetti anche posti in alto).

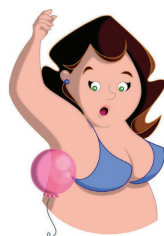


Ho paura ad alzare completamente il braccio perché ci sono dei "cordoncini" che tirano nell'ascella, qualche volta fino al gomito.

Questi "cordoncini" (linfosclerosi), che talvolta appaiono sotto la cute dell'ascella dopo l'intervento chirurgico, non devono spaventare né limitare il movimento del braccio. Effettuate gli esercizi lentamente, ripetendoli tante volte fino a ottenere un graduale allungamento, immaginando che il braccio si prolunghi nello spazio, senza una

particolare forza (esercizio più sulla percezione che sulla motricità). Gli esercizi sono efficaci se determinano un moderato effetto di stiramento sotto l'ascella.

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



Dopo la rimozione del drenaggio, può essere necessario aspirare con una siringa il siero che si forma sotto l'ascella (sieroma).

La produzione di siero può durare qualche settimana per poi ridursi progressivamente. Questo non impedisce di muovere con scioltezza il braccio per le attività quotidiane, così come è importante muoversi con scioltezza se permane o compare durante la radioterapia, o a distanza di tempo, un lieve gonfiore nella zona sotto l'ascella.

Il movimento contribuirà a ripristinare la circolazione linfatica e venosa, riducendo il fastidio.



Non ho sensibilità sotto l'ascella e/o all'interno del braccio. Tornerà normale? Sento formicolii, punture, scosse sotto l'ascella e/o all'interno del braccio.

Che mi sta succedendo?

Sento un peso sotto l'ascella, come se avessi un cuscinetto. Che sarà?

Durante l'intervento chirurgico può accadere che vengano lesi alcuni rami di un nervo della sensibilità cutanea.

Nella maggior parte dei casi i sintomi dovuti alla lesione del nervo diminuiscono gradualmente nel tempo.

Un'attività che preveda movimenti globali del corpo e tecniche di rilassamento e respirazione può essere utile a ridurre la sintomatologia.

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



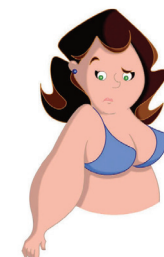
Già qualche giorno dopo la rimozione dei punti, la cicatrice può essere trattata giornalmente utilizzando apposite creme elasticizzanti in vendita nelle farmacie. Il massaggio va eseguito con i polpastrelli delle dita sulla cicatrice al fine di ammorbidirla, e deve produrre un movimento circolare sulla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

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



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

Avrò il braccio gonfio?



La circolazione linfatica dell'arto superiore viene rallentata dalla rimozione chirurgica dei linfonodi del cavo ascellare e dalla radioterapia. Due/tre persone su dieci accusano nel tempo, talvolta quasi subito dopo l'intervento o al termine della radioterapia oppure anche dopo anni, un gonfiore visibile al braccio o a parti di esso (linfedema).

Ho il braccio gonfio! Il medico dice che è "normale", conseguenza dell'intervento. Si gonfierà da solo o devo curarlo?

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

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



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

DOPO LE TERAPIE

Guarire di tumore al seno si può. E oggi si deve!

Una delle preoccupazioni maggiori di chi è stata trattata per un tumore al seno è che la malattia possa ripresentarsi. Le donne operate per un tumore al seno devono rivolgersi al proprio medico per eseguire periodici controlli clinico-strumentali e per contrastare i possibili effetti collaterali dei trattamenti medici e chirurgici. Infine, la

riabilitazione che non deve essere più solo fisica, ma soprattutto psicologica, nonché sociale e occupazionale.

Non bisogna avere paura infatti di ricorrere a un supporto psicologico per superare un evento così sconvolgente e destabilizzante: vincere il cancro significa soprattutto infrangere dei tabù! Il cancro non si sconfigge mai da soli.

Anche in questa fase viene consigliato di:

- *Mantenere un adeguato peso corporeo.*
- *Prediligere una dieta ricca di frutta fresca, verdura e olio extravergine di oliva.*
- *Svolgere un'attività fisica costante e regolare.*
- *Limitare il consumo di alcol.*
- *Evitare di fumare.*
- *Riprendere appena possibile la normale attività lavorativa e sociale.*

PREVENIRE I TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO

Il tumore della cervice uterina è il quarto tumore più frequente nelle donne e il secondo più comune nelle giovani donne (15-44 anni). La scoperta del rapporto tra l'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV) e il tumore cervicale è una delle più rilevanti acquisizioni nell'eziologia dei tumori. Negli ultimi anni la sintesi dei vaccini per contrastare le infezioni da HPV sessualmente trasmesse ha determinato una svolta epocale nella prevenzione primaria del tumore della cervice.

I vaccini anti-HPV sono efficaci, sicuri e ben tollerati. Consentono di prevenire complessivamente fino al 90% dei tumori cervicali e fino al 70-80% delle lesioni preneoplastiche di alto grado. I vaccini anti-HPV prevengono anche le lesioni pretumorali e tumori di vulva, vagina e ano: un'opportunità da non perdere!

Possiamo concludere quindi che il vaccino anti-HPV può essere raccomandato (come forma di vaccinazione individuale) anche nelle donne adulte, sessualmente attive, già trattate per lesioni HPV-correlate, essendo ormai una vaccinazione universale (estesa anche agli uomini e a particolari categorie a rischio). Il miglioramento delle attuali strategie di prevenzione secondaria basate sul Pap-Test e l'introduzione del nuovo test HPV dopo i 30 anni, permettono una diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche della cervice uterina e un trattamento adeguato a evitare la loro evoluzione in cancro. Quindi vaccinazione per HPV e *screening* cervicale: alleati vincenti per ogni donna... e per ogni coppia.

CONSIGLI PER I GIOVANISSIMI

Tutti gli studi disponibili ci dicono che la probabilità di sviluppare un tumore dipende sia dall'intensità sia dalla durata di esposizione a uno o più fattori di rischio.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità circa l'80% dei tumori più comuni possono essere prevenuti seguendo corretti stili di vita che riguardano i nostri rapporti con: fumo, alimentazione, alcol, HPV, esposizione ai raggi ultravioletti. Un motivo validissimo per evitare rapporti sessuali non protetti e uso di droghe pesanti.

BELLEZZA È BENESSERE - *Vedersi meglio per sentirsi meglio*

Per la donna che vive l'esperienza del tumore, e l'erosione della propria immagine personale e sociale, ritrovare bellezza e femminilità è una tappa importante per recuperare la fiducia in sé stessa. I laboratori CRE sono veri e propri centri di Medicina Estetica e Rigenerativa dedicati alle pazienti oncologiche. Attivi in alcune sedi LILT che aderiscono all'iniziativa, il loro compito è accompagnare le donne nel percorso di riconquista di sé, che passa anche dalla cura dei disagi estetici provocati dalle terapie. Nei CRE della LILT, per le pelli sensibili e rese più fragili dalle cure, la disidratazione, i rossori e altri inestetismi vengono affrontati con un percorso di oncoestetica individuale e personalizzato che parte da una prima valutazione diagnostica ed estetica della cute e dei suoi annessi e prosegue con la prescrizione di una terapia domiciliare basata su prodotti specifici che alleano il meglio della dermoestetica

alla dolcezza di un trattamento di bellezza. Le figure cardine dei CRE della LILT, oncoestetista e medico specializzato in dermatologia, chirurgia plastica e/o medicina estetica, mettono a disposizione delle pazienti anche i trattamenti più innovativi e non invasivi della Medicina Estetica e Rigenerativa, che aiutano le donne a continuare a piacersi anche dopo la malattia.

La costanza della cura domiciliare che estende e consolida il beneficio dei trattamenti effettuati nei laboratori CRE, incoraggia e sostiene nel tempo la riappropriazione del corpo e del valore di sé. Un *follow-up* semestrale consentirà poi di valutare meglio i risultati ottenuti e di calibrare o aggiungere altri trattamenti, non chirurgici, a quelli già effettuati. Riconquistare la femminilità compromessa dalle terapie può davvero rendere la donna psicologicamente più forte nella lotta contro il cancro. Perché benessere e aspetto sono, come tutti sappiamo, intimamente legati.

SUPPORTO PSICOLOGICO - *La paziente e la sua famiglia*

L'IMPATTO DEL TUMORE SULLA PSICHE

Essere malata di cancro non è un'esperienza che riguarda soltanto il corpo. Fin dal momento della diagnosi il tumore irrompe nella vita della donna come un evento traumatico in grado di avere importanti ripercussioni psicologiche e di stimolare profonde reazioni emotive negative. La malattia modifica aspetti personali, familiari e professionali, provocando a volte fatica nel riconoscersi nei vari aspetti della propria identità.

PERCHÉ IL SUPPORTO PSICOLOGICO

Attivare un supporto psicologico può quindi integrare cure mediche e presa in carico del dolore psichico. Esso ha l'obiettivo di sostenere le pazienti nel riconoscere e ritrovare i propri punti di forza e offrire loro strategie personalizzate per fronteggiare nel miglior modo possibile tutti gli eventi a cui la malattia può sottoporre.

Per questa ragione, in Italia, grazie al Piano Oncologico Nazionale, viene consigliato a tutte le pazienti un confronto con uno psicologo, già al momento della diagnosi.

COSA FA UNO PSICONCOLOGO?

Lo psiconcologo è uno psicologo che ha una competenza specifica nel supporto psicologico e nella psicoterapia di chi è affetto dal tumore. Ha come elemento prioritario quello di collaborare con l'équipe medica per promuovere la salute globale della paziente, occupandosi del suo benessere psicologico.

Gli obiettivi del supporto psicologico alla paziente oncologica sono:

- *Sostenerla nei momenti di maggiore criticità.*
- *Supportarla nell'elaborazione di nuovi significati e valori della vita.*
- *Supportarla durante i processi decisionali, aumentando la partecipazione al processo di cura e migliorando la compliance della paziente e la soddisfazione globale.*
- *Supportare la famiglia della paziente, parte integrante dell'esperienza di malattia.*
- *Promuovere stili di vita sani.*

LA LILT

La LILT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, è l'unico Ente Pubblico su base associativa esistente in Italia con la specifica finalità di vincere il cancro.

Fondata nel 1922, nel 1927 ottenne il riconoscimento giuridico e la qualifica di "Ente Morale" con decreto di Vittorio Emanuele III, Re d'Italia. Opera senza fini di lucro su tutto il territorio nazionale sotto la vigilanza del Ministero della Salute. Collabora con lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e gli altri enti e organismi operanti in campo oncologico. È membro dell'European Cancer Leagues (ECL) e svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea. Mantiene rapporti con l'European Cancer Society e con analoghe istituzioni in Cina, Albania e Kosovo.

Nell'agosto 2009 la LILT ha aderito al network internazionale European Men's Health Forum (EMHF).

Nel 2021 la LILT si è fatta promotrice di un progetto di rilancio della prevenzione oncologica su tutto il territorio nazionale (progetto POS) ed è partecipante attiva al tavolo ministeriale per il Piano Oncologico Nazionale.

LA MISSIONE

L'obiettivo principale della LILT è vincere i tumori attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La Prevenzione, infatti, è considerata da sempre il compito istituzionale prioritario della LILT: "Prevenire è vivere". La prevenzione rappresenta ancora l'arma più efficace nella lotta contro il cancro, un dato confermato dalla ridotta mortalità per alcune neoplasie e dall'allungamento e miglioramento della qualità della vita del malato oncologico.

LE ATTIVITÀ

La LILT è da sempre un punto di riferimento nel panorama della prevenzione oncologica, sia in Italia che all'estero; offre numerosi servizi e stimola, attraverso convenzioni e protocolli d'intesa, uno scambio di informazioni ed esperienze al fine di stabilire e realizzare proficue sinergie. Indubbiamente la promozione e l'attuazione di una cultura della prevenzione rappresenta l'attività principale della LILT. Per questo è il più grande ente pubblico dedicato alla lotta contro i tumori, intesa in tutti i suoi aspetti, collaborando attivamente con il Ministero dell'Istruzione e delle Politiche Agricole.

Prevenzione primaria

Corretta alimentazione ed educazione alla salute attraverso: diffusione di materiale didattico-informativo (campagne di sensibilizzazione, incontri nelle scuole, etc.); realizzazione di eventi a carattere provinciale e regionale; manifestazioni a carattere nazionale; lotta al tabagismo (percorsi per smettere di fumare, campagne informative, linea verde SOS LILT 800 998877).

Prevenzione secondaria

Visite specialistiche ed esami per la diagnosi precoce con l'obiettivo di identificare eventuali lesioni tumorali allo stadio iniziale, aumentando così notevolmente la possibilità di completa guarigione e di ricorrere a cure meno aggressive.

Prevenzione terziaria

Riabilitazione fisica, psicologica, sociale e occupazionale del malato oncologico. Un prezioso compito che la LILT è in grado di offrire grazie all'attività delle Associa-

zioni Provinciali e dei Punti Prevenzione (ambulatori) in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Assistenza domiciliare

Preziosa integrazione alle cure ospedaliere tramite le Associazioni Provinciali, che garantiscono un'assistenza di tipo medico, psicologico, infermieristico e in molti casi anche psico-sociale ed economico. Particolare attenzione verso il malato oncologico per costruire attorno a lui una rete di solidarietà, di sicurezza e di informazione per offrirgli la certezza di non essere solo. A tal proposito, la LILT ha contribuito in maniera sostanziale alla redazione e promozione del Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico, che tutela il malato e la sua famiglia sia in ambito lavorativo che sociale, consegnato all'attenzione del Presidente della Repubblica Italiana, Sergio Mattarella, e di Papa Francesco.

Ricerca scientifica

La ricerca scientifica, particolarmente quella dedicata alla prevenzione, è parte integrante delle attività istituzionali della LILT. La LILT è impegnata a promuovere e attuare studi inerenti l'innovazione e la ricerca. Nel perseguimento di tale scopo la LILT collabora con le Istituzioni, gli Enti e gli organismi che operano a livello nazionale e internazionale in campo oncologico, anche attraverso borse di studio riservate a giovani neolaureati. Nell'ultimo decennio sono stati finanziati oltre 100 progetti per circa 20 milioni di euro, aventi particolare riferimento al miglioramento della qualità della prevenzione primaria, secondaria e dell'assistenza ai pazienti oncologici e ai loro familiari. I progetti presentati, sono stati tutti sottoposti ad attenta valutazione da parte del Comitato Scientifico della LILT, costituito da personalità di riferimento a livello internazionale nel campo della ricerca oncologica. Dal 2019 sono stati lanciati i progetti di Ricerca di Rete (PRR) e gli Investigator Grant (IG) per supportare la ricerca traslazionale.

COME SOSTENERE LA LILT

Con una donazione

Le donazioni possono essere effettuate:

- per la Sede Nazionale

- con un versamento su cc/p 28220002
Codice IBAN: IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002;
- con un versamento su cc/b Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma, Via del Corso 232
Codice IBAN: IT61 E 01030 03200 000006418011;
- direttamente all'Associazione LILT della propria Provincia consultando il sito www.lilt.it

5 PER MILLE PER LA LILT

È possibile aiutare la LILT devolvendo il 5 per Mille dell'Irpef. È sufficiente firmare nello spazio "Finanziamento della ricerca sanitaria" oppure "Finanziamento della ricerca scientifica e della Università" per la Sede Nazionale (C.F. 80118410580) e nello spazio "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a) del D.Lgs. n. 460 del 1997" per sostenere l'Associazione LILT della propria Provincia, che si trova su www.lilt.it cliccando alla voce "La LILT in Italia" e selezionando la propria Regione. Tutte le informazioni sono disponibili sul sito 5x1000allalilt.it

QUOTE SOCIALI

Per diventare socio LILT è sufficiente versare la quota annuale (10 euro, come socio ordinario, 150 euro, come socio sostenitore e 300 euro, come socio beneficiario).

Si ringrazia per la proficua collaborazione il

Prof. Armando Bartolazzi - *Presidente Comitato Scientifico Nazionale LILT, Anatomia Patologica - Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea Roma - Cancer Center Karolinska, Karolinska Hospital, Stockholm Sweden.*

SEDE CENTRALE	TEL. 06.4425971	sede.centrale@lilt.it	FORLÌ-CESENA	TEL. 0543.731882	forli-cesena@lilt.it
AGRIGENTO	TEL. 0925.905056	agrigento@lilt.it	FROSINONE	TEL. 0775.2072611 - CELL. 333.2568341	frosinone@lilt.it
ALESSANDRIA	TEL. 0131.206369 - 0131.41301	alessandria@lilt.it	GENOVA	TEL. 010.2530160	genova@lilt.it
ANCONA	TEL. 071.2071203	ancona@lilt.it	GORIZIA	TEL. 0481.44007	isontina@lilt.it
AOSTA	TEL. 0165.31331	aosta@lilt.it	GROSSETO	TEL. 0564.453261	grosseto@lilt.it
AREZZO	TEL. 0575.404785	arezzo@lilt.it	IMPERIA	TEL. 0184.1951700	imperia@lilt.it
ASCOLI PICENO	CELL. 339.8389111	ascolipiceno@lilt.it	ISERNIA	CELL. 393.9214669	isernia@lilt.it
ASTI	TEL. 0141.595196	asti@lilt.it	L'AQUILA	TEL. 0862.580566	laquila@lilt.it
AVELLINO	TEL. 0825.73550	avellino@lilt.it	LA SPEZIA	TEL. 0187.733996 - CELL. 344.3825540	laspezia@lilt.it
BARI	TEL. 080.52104040	bari@lilt.it	LATINA	TEL. 0773.694124	latina@lilt.it
BARLETTA	TEL. 0883.332714	barletta@lilt.it	LECCE	TEL. 0833.512777	lecce@lilt.it
BELLUNO	TEL. 0437.944952 - CELL. 348.4988800	belluno@lilt.it	LECCO	TEL. 039.599623	lecco@lilt.it
BENEVENTO	TEL. 0824.313799	benevento@lilt.it	LIVORNO	TEL. 058.6811921	livorno@lilt.it
BERGAMO	TEL. 035.242117	bergamo@lilt.it	LODI	TEL. 0371.423052	lodi@lilt.it
BIELLA	TEL. 015.8352111	biella@lilt.it	LUCCA	CELL. 340.3100213	lucca@lilt.it
BOLOGNA	TEL. 051.4399148	bologna@lilt.it	MACERATA	CELL. 331.9189268	macerata@lilt.it
BOLZANO	TEL. 0471.402000	bolzano@lilt.it	MANTOVA	TEL. 0376.369177	mantova@lilt.it
BRESCIA	TEL. 030.3775471	brescia@lilt.it	MASSA CARRARA	TEL. 0585.488280	massa-carrara@lilt.it
BRINDISI	CELL. 389.9213978	brindisi@lilt.it	MATERA	TEL. 0835.332696	matera@lilt.it
CAGLIARI	TEL. 070.495558	cagliari@lilt.it	MESSINA	TEL. 090.3690211	messina@lilt.it
CALTANISSETTA	CELL. 393.8110020	caltanissetta@lilt.it	MILANO		
CAMPOBASSO	TEL. 0875.714008	campobasso@lilt.it	MONZA BRIANZA	TEL. 02.49521	milanomonza brianza@lilt.it
CASERTA	CELL. 333.2736202	caserta@lilt.it	MODENA	TEL. 059.374217	modena@lilt.it
CATANIA	TEL. 095.7598457	catania@lilt.it	NAPOLI	TEL. 081.5466888	napoli@lilt.it
CATANZARO	TEL. 0961.725026	catanzaro@lilt.it	NOVARA	TEL. 0321.35404	novara@lilt.it
CHIETI	TEL. 0871.564889	chieti@lilt.it	NUORO	TEL. 0784.438670	nuoro@lilt.it
COMO	TEL. 031.271675	como@lilt.it	ORISTANO	TEL. 0783.74368	oristano@lilt.it
COSENZA	TEL. 0984.28547	cosenza@lilt.it	PADOVA	TEL. 049.8070205	padova@lilt.it
CREMONA	TEL. 0372.412341	cremona@lilt.it	PALERMO	TEL. 091.6165777	palermo@lilt.it
CROTONE	TEL. 0962.901594	crotone@lilt.it	PARMA	TEL. 0521.988886	parma@lilt.it
CUNEO	TEL. 0171.697057	cuneo@lilt.it	PAVIA	TEL. 0382.27167	pavia@lilt.it
ENNA	TEL. 0935.1960323 - CELL. 340.7248442	enna@lilt.it	PERUGIA	TEL. 075.5004290	perugia@lilt.it
FERMO	CELL. 340.646071	fermo@lilt.it	PESARO E URBINO	CELL. 338.8076868	pesaro-urbino@lilt.it
FERRARA	CELL. 340.9780408	ferrara@lilt.it	PESCARA	TEL. 085.4283537 - CELL. 328.0235511	pescara@lilt.it
FIRENZE	TEL. 055.576939	firenze@lilt.it	PIACENZA	TEL. 0523.384706	piacenza@lilt.it
FOGGIA	TEL. 0881.661465	foggia@lilt.it	PISA	TEL. 050.830684	pisa@lilt.it

ASSOCIAZIONI PROVINCIALI LILT

PISTOIA	TEL. 0573.1603201	pistoia@lilt.it
PORDENONE	TEL. 0434.20042	pordenone@lilt.it
POTENZA	TEL. 0971.441968	potenza@lilt.it
PRATO	TEL. 0574.511794 - 0574.572798	prato@lilt.it
RAGUSA	CELL. 334.3985455	ragusa@lilt.it
RAVENNA	CELL. 345.4233751	ravenna@lilt.it
REGGIO CALABRIA	TEL. 0965.331563 - CELL. 331.1035252	reggiocalabria@lilt.it
REGGIO EMILIA	TEL. 0522.283844	reggioemilia@lilt.it
RIETI	TEL. 0746.268112	rieti@lilt.it
RIMINI	TEL. 0541.56492	rimini@lilt.it
ROMA	TEL. 06.88817637/47	roma@lilt.it
ROVIGO	TEL. 0425.411092	rovigo@lilt.it
SALERNO	TEL. 089.241623	salerno@lilt.it
SASSARI	TEL. 079.214688	sassari@lilt.it
SAVONA	TEL. 019.812962	savona@lilt.it
SIENA	TEL. 0577.247259	siena@lilt.it
SIRACUSA	TEL. 0931.67306 - CELL. 328.9835816	siracusa@lilt.it
SONDRIO	TEL. 0342.219413	sondrio@lilt.it
TARANTO	CELL. 328.1752630	taranto@lilt.it
TERAMO	CELL. 338.1541142	teramo@lilt.it
TERNI	TEL. 0744.431220	terni@lilt.it
TORINO	TEL. 011.836626	torino@lilt.it
TRAPANI	CELL. 328.8746678	trapani@lilt.it
TRENTO	TEL. 0461.922733	trento@lilt.it
TREVISO	TEL. 0422.1740616 - 0422.321855	treviso@lilt.it
TRIESTE	TEL. 040.398312	trieste@lilt.it
UDINE	TEL. 0432.548999	udine@lilt.it
VARESE	TEL. 0331.623002	varese@lilt.it
VENEZIA	TEL. 041.958443	venezia@lilt.it
VERBANIA	CELL. 335.5400383	verbania@lilt.it
VERCELLI	TEL. 0161.255517	vercelli@lilt.it
VERONA	TEL. 045.8303675	verona@lilt.it
VIBO VALENTIA	TEL. 0963.547107	vibovalentia@lilt.it
VICENZA	TEL. 0444.513881	vicenza@lilt.it
VITERBO	TEL. 0761.325225	viterbo@lilt.it

COORDINATORI REGIONALI LILT

ABRUZZO	DOTT. MARCO LOMBARDO	abruzzo@lilt.it
BASILICATA	DOTT. VINCENZO BARILE	basilicata@lilt.it
CALABRIA	DOTT. FRANCESCO PETROLO	calabria@lilt.it
CAMPANIA	DOTT. OTO CUSANO	campania@lilt.it
EMILIA-ROMAGNA	DOTT. LUIGI VIANA	emiliaromagna@lilt.it
FRIULI VENEZIA GIULIA	PROF.SSA BRUNA SCAGGIANTE	friuliveneziagiulia@lilt.it
LAZIO	DOTT. ALFREDO CECCONI	lazio@lilt.it
LIGURIA	DOTT. PAOLO SALA	liguria@lilt.it
LOMBARDIA	DOTT.SSA SILVIA VILLA	lombardia@lilt.it
MARCHE	DOTT.SSA ROSA BRUNORI	marche@lilt.it
MOLISE	DOTT. MARIO PIETRACUPA	molise@lilt.it
PIEMONTE VALLE D'AOSTA	DOTT. SALVATORE LUBERTO	piemonte@lilt.it
PUGLIA	PROF. AVV. SAVINO CANNONE	puglia@lilt.it
SARDEGNA	DOTT. ALFREDO SCHIRRU	sardegna@lilt.it
SICILIA	DOTT. GIUSEPPE SCIBILIA	sicilia@lilt.it
TOSCANA	DOTT. EUGENIO PACI	toscana@lilt.it
TRENTINO-ALTO ADIGE	PROF. MARIO CRISTOFOLINI	trentinoaltoadige@lilt.it
UMBRIA	PROF. ANTONIO RULLI	umbria@lilt.it
VENETO	ING. DINO TABACCHI	veneto@lilt.it





LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for women

CAMPAGNA ASTROROSA 2021

CON IL PATROCINIO



Ministero della Salute

PARTNER



FNOMCeO



Federazione Ordini
Farmacisti Italiani



FID

Federazione Italiana Dama
Fondata nel 1924



SOS LILT

800-998877

www.lilt.it    lilt nazionale