

SOTTO L'ALTO PATRONATO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA



Nicoletta Romanoff per LILT

Sconfiggiamo il tumore al seno.

**SIAMO PIÙ
FORTI INSIEME.**

photocredits : Alvaro Beamud Cortés



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere



THE ESTÉE LAUDER COMPANIES
**BREAST
CANCER
AWARENESS
CAMPAIGN**



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

INDICE

Lettera del Presidente	4
Prefazione del Ministro della Salute	6
La mammella	8
Conoscere il tumore al seno	9
Il cancro al seno	9
Le lesioni preneoplastiche	11
E' possibile prevenire il tumore della mammella?	11
Come ridurre il rischio	12
Fattori di rischio non modificabili	12
Fattori di rischio modificabili e abitudini di vita	14
C'è qualcos'altro che puoi fare per ridurre il tuo rischio?	15
Quali sono i segni che devono indurre a visita medica?	15
Quali sono gli esami per scoprire precocemente il tumore della mammella	16
Visita clinica senologica	17
Autoesame	17
Mammografia	17
Ecografia	18
Mammografia o ecografia mammaria?	18
Quali altri accertamenti può suggerirti il tuo medico?	19
Prelievi con ago	19
Risonanza Magnetica Mammaria (RMM)	19
Altri esami clinico-diagnostici	20
Lo screening organizzato	20
Lo screening spontaneo	21
L'autoesame nell'era dello screening	22
Di quali terapie potresti aver bisogno?	22
Chirurgia	23
Radioterapia	23
Terapie farmacologiche	23
Definizione degli interventi	24
Dopo le terapie	26
LILT	27
Obiettivi e attività	27
La LILT: una concreta testimonianza di solidarietà	28
Sezioni provinciali	29

Lettera del Presidente



Il tumore della mammella continua ad essere il “big killer n.1” del genere femminile. Nonostante la costante crescente anomala incidenza di questa patologia si registra tuttavia una sia pur lenta ma continua diminuzione della mortalità.

E questo grazie ad una sempre più corretta informazione e una maggiore sensibilizzazione verso la diagnosi precoce, che si è rivelata strategicamente determinante e vincente per il successo in termini di guaribilità.

Si stima che in Italia siano oltre 45.000 i nuovi casi di cancro della mammella. L'aumento dell'incidenza del tumore al seno è stata pari circa al 15% negli ultimi sei anni. In particolare il tumore al seno registra un aumento tra le giovani donne e in età compresa tra i 25 e i 45 anni l'incremento è stato di circa il 30%. Si tratta di una fascia di età “esclusa” dal programma di screening previsto dal Servizio Sanitario Nazionale riservato alle donne di età invece compresa tra i 50 ed i 69 anni.

Per questo la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori con la “campagna nastro rosa” promuove la cultura della prevenzione come metodo di vita affinché tutte le donne si sottopongano a visite senologiche periodiche, consigliando dai 40 anni di età di effettuare adeguati controlli diagnostico-strumentali.

La disponibilità oggi di raffinate ed evolutive tecniche di imaging e di terapie innovative ha “incentivato” le nostre donne a sottoporsi a periodici controlli clinico-strumentali per una efficace prevenzione, a garanzia di una più longeva e migliore qualità di vita.

Oggi, la guaribilità dal cancro del seno si è attestata intorno all'85%. Ma il 15 - 20% dei pazienti che affrontano la malattia non riescono a superarla.

Il cancro della mammella non è da considerare come una singola malattia eterogenea, sia pur sulla base di parametri clinici e biologici possiamo distinguere almeno tre differenti malattie: luminal, basal e erbB2 type che presentano comportamento biologico e prognosi differenti.

Identificare correttamente il sottotipo molecolare del tumore apre le porte a nuove possibilità terapeutiche, sempre più adeguate e mirate per il trattamento dello specifico sottotipo molecolare in questione.

Tra otto anni celebreremo i 100 anni di attività della Lilt e ricordo quando nel dicembre del 1969 apparve sul New York Times un'inserzione con queste parole “Perché non proviamo a sconfiggere il cancro prima del duecentesimo anniversario dell'America? Che festa sarebbe!”.

Con questo spirito mi sento di dichiarare una nuova definitiva guerra al cancro, senza morti o prigionieri. Ma un inno alla vita e alla speranza in una guerra difficile,

non breve, ma con armi sopraffini e bersagli bio-molecolari.

La prevenzione ha scoperto, in aggiunta alla diagnosi precoce, l'importanza dei fattori ambientali e sulla base di ciò oggi possiamo definire il cancro una malattia ambientale su base genetica.

Lavoreremo quindi insieme perché gli oltre 2 milioni di uomini e donne che in questo momento hanno un tumore diagnosticato possano serenamente convivere con questa malattia, come se si trattasse di una patologia cronica (paragonabile all'artrosi, al diabete, all'ipertensione) e perché la guaribilità si avvicini sempre più al nostro obiettivo finale: mortalità zero.

Prof. Francesco Schittulli
Senologo-chirurgo oncologo
Presidente Nazionale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Prefazione del Ministro



La lotta al cancro è una delle priorità della mia azione di governo della sanità.

La patologia oncologica è destinata a diventare sempre di più un problema non solo sanitario ma anche sociale che deve essere affrontato nella sua globalità. I dati parlano chiaro. Oggi in Italia circa 1.000 persone ogni giorno ricevono una diagnosi di cancro, e il cancro alla mammella è stimato essere il primo tumore per frequenza nella donna rappresentando il 30% circa di tutte le nuove diagnosi tumorali. Dall'analisi dei dati dei Registri tumori italiani si stima che in Italia siano diagnosticati oltre 45.000 nuo-

vi casi l'anno di carcinoma della mammella. Fortunatamente in un'alta percentuale di casi, grazie a screening e terapie avanzate, il tasso di mortalità per questo tumore si è ridotto sempre di più e il tasso delle guarigioni e della sopravvivenza è aumentato. Tutti noi abbiamo il dovere di far conoscere che ciò è possibile, che il cancro si può vincere, per promuovere nelle persone l'attenzione alla propria salute e la consapevolezza che prevenzione, controlli clinici periodici e diagnosi precoce rappresentano delle vere e proprie "corazzate" nella lotta contro questa malattia. Un ruolo strategico in tal senso è quindi giocato dalla corretta informazione e dalla stretta collaborazione tra medici e pazienti, in grado di orientare le scelte ed offrire non solo un supporto terapeutico ma anche psicologico al paziente.

Nell'ottica della moderna sanità pubblica, e in una prospettiva di lungo periodo, emerge il primo aspetto di rilievo del ruolo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ormai storico partner delle istituzioni sanitarie nelle attività di prevenzione, attraverso il doppio binario dell'erogazione di servizi e di organizzazione del volontariato sia professionale che non, in attuazione di una mission specifica di questo "Ente pubblico su base associativa".

In questo rapporto si è prefigurata una delle linee strategiche più attuali, anche a livello europeo, nella lotta contro il cancro: ricercare sistemi di collaborazione con le parti interessate competenti e promuovere la responsabilizzazione dei cittadini e dei rappresentanti della società civile.

La Campagna Nastro Rosa, ormai un appuntamento consolidato sin dal 1989, quando prese avvio negli Stati Uniti, è un'ulteriore occasione di applicazione sul campo dei principi che ho appena tratteggiato e di valorizzazione del ruolo della LILT.

Ma, soprattutto, è un'occasione in più offerta alle donne per accompagnarle nella lotta contro il tumore al seno con una vasta campagna di sensibilizzazione che ha l'obiettivo di promuovere e diffondere la cultura della prevenzione del tumore al seno. Ritengo particolarmente apprezzabile che la LILT proponga un approccio complessivo in questa battaglia, sottolineando sia l'importanza di adottare corret-

ti stili di vita, sia la necessità di sottoporsi ad opportuni controlli clinici periodici. Anche l'opuscolo che avete tra le mani risponde a tale ottica.

Mi auguro che esso possa trovare ampia diffusione e soprattutto attenta lettura, al fine di diffondere la conoscenza di una strategia vincente nella lotta ai tumori del seno, un nemico che può e deve essere affrontato con ottime prospettive di vittoria.

On. Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

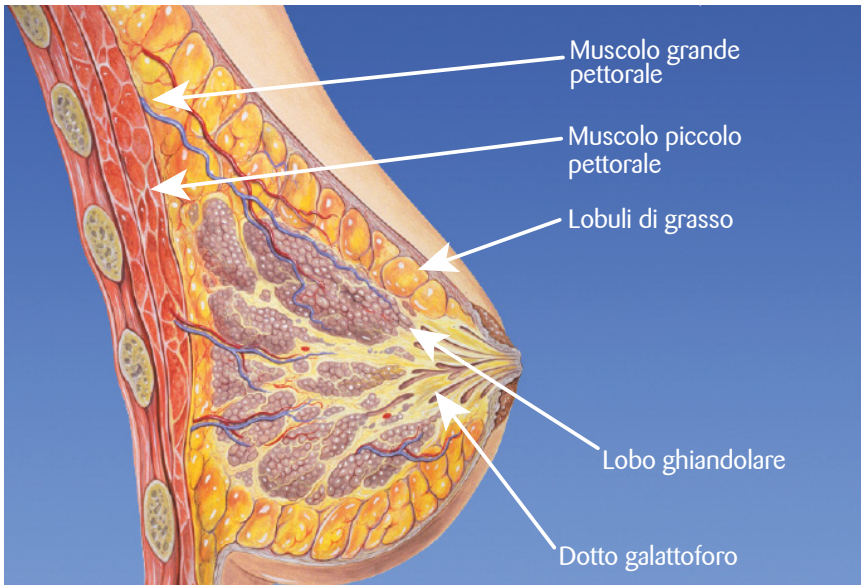
La mammella

La mammella è un organo che svolge tre nobili funzioni: estetica, sessuale e materna. È costituita da tessuto ghiandolare, adiposo (“grasso”) e fibroso. Quest’ultimo fa da impalcatura alla ghiandola, ricca di vasi sanguigni, linfatici e nervi. La ghiandola mammaria così costituita è rivestita esternamente dalla cute, sostenuta posteriormente dal muscolo pettorale. Il latte materno viene prodotto nella mammella a livello di piccole strutture ghiandolari chiamate lobuli e trasportato al capezzolo attraverso i dotti mammari.

Lo sviluppo e i cambiamenti della ghiandola mammaria avvengono principalmente a seguito dello stimolo degli ormoni femminili, estrogeni e progesterone, a seconda della fase ormonale e dell’età della donna.

Generalmente la componente ghiandolare è molto rappresentata nelle donne giovani e in pre-menopausa; al contrario in post-menopausa e con l’avanzare dell’età, il tessuto adiposo della mammella tende ad aumentare. Questo fa sì che la mammografia nelle giovani donne, e più in generale nelle donne con seno denso, sia più difficile da interpretare, rendendo così necessaria l’integrazione con l’ecografia mammaria e/o la risonanza magnetica.

Anche nella mammella maschile è presente una minima componente di tessuto ghiandolare che, raramente, può essere sede di tumore (1% rispetto alle donne).



Conoscere il tumore al seno

Le cellule che costituiscono la ghiandola mammaria 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 sofisticato e regolato da alcuni geni. In condizioni di normalità tale processo avviene secondo un preciso fisiologico programma, in modo regolare, secondo un programmato ordine. Tuttavia l'invecchiamento ed eventuali fattori ambientali possono danneggiare questi geni, determinando una crescita incontrollata delle cellule mammarie ed il conseguente sviluppo di un tumore (cancerogenesi). Il processo di cancerogenesi avviene lentamente nel corso di molti anni. Gli esami strumentali oggi disponibili per una efficace diagnosi precoce consentono di individuare il tumore in una fase del tutto iniziale della sua crescita, quando il tumore non è palpabile e non dà segni di sé o addirittura in una fase che precede lo sviluppo del tumore infiltrante (lesione preneoplastica).

Il cancro al seno

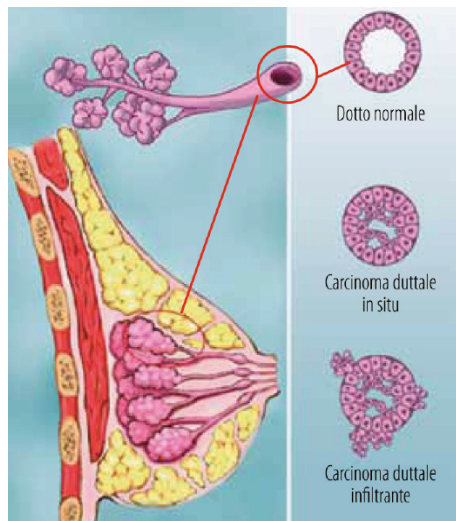
È il tumore più frequente della donna e la sua incidenza è particolarmente elevata nei Paesi occidentali ad economia più avanzata. In Italia una donna su 9 si ammala di tumore della mammella. Si stima che in Italia nel 2012 siano stati diagnosticati oltre 46.000 nuovi casi di carcinoma mammario. Negli ultimi sei anni l'incremento di incidenza di questa malattia è stata pari al 15%. In particolare fra le donne di età compresa tra i 25 e 45 anni, si stima che l'incremento sia stato circa del 30% circa. Da circa 15 anni si registra una progressiva riduzione della mortalità. La maggior parte (il 70%) dei tumori al seno originano dalle cellule dei dotti; una percentuale inferiore invece dai lobuli mammari. I tipi più frequenti di carcinoma mammario sono rappresentati da:

- **carcinoma duttale**
- **carcinoma lobulare**

La distinzione più importante è quella fra carcinoma invasivo (capace cioè di infiltrare i tessuti circostanti e di poter eventualmente diffondersi a distanza dando luogo a metastasi) e carcinoma in situ (che non è in grado di sviluppare metastasi).

- **carcinoma in situ:** le cellule neoplastiche sono confinate all'interno dei dotti o dei lobuli mammari e non invadono il tessuto circostante. Per tale motivo le neoplasie in situ non danno metastasi e non necessitano di trattamenti chemioterapici.
- **carcinoma infiltrante:** le cellule tumorali oltrepassano la parete dei dotti e dei lobuli ed infiltrando i vasi linfatici e sanguigni presenti nel tessuto connettivo di sostegno, 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) ed a scegliere i trattamenti più efficaci (fattori predittivi).



- **Recettori per gli ormoni estrogeni e progesterone:** le cellule tumorali nella maggior parte dei casi hanno delle strutture cui si legano gli ormoni estrogeni ed il progesterone, stimolando la crescita.

La presenza dei recettori ormonali è considerata un elemento che condiziona favorevolmente la prognosi, poiché le cellule tumorali conservano una caratteristica comune alle cellule della mammella sana, che è un organo sottoposto a regolazione ormonale.

Tutti i tumori con recettori per estrogeni e/o progesterone possono essere efficacemente trattati con farmaci che interferiscono sulla produzione o l'azione ormonale (terapia ormonale).

- **Grado di differenziazione cellulare (grading):** indica quanto la cellula tumorale somiglia alla controparte sana. Un tumore ben differenziato ha una prognosi migliore di uno scarsamente differenziato.
- **Indice di proliferazione:** è espresso da una percentuale che indica quanto "attiva" sia la crescita di quel determinato tumore. Più è elevato tale indice, maggiore può essere la velocità di crescita del tumore.
- **HER2:** è una proteina presente sulla superficie delle cellule tumorali che ne regola la crescita e contro la quale sono state messe a punto terapie mirate (terapie biologiche). L'aumentata presenza del recettore HER2 è indicativa di maggiore aggressività della malattia e pertanto ad oggi viene considerata come uno dei criteri di scelta per consigliare specifici trattamenti chemioterapici.

La ricerca scientifica costantemente scopre nuovi geni e proteine che possono svolgere dei ruoli chiave nei processi di trasformazione tumorale. Una migliore comprensione della biologia dei tumori mammari consentirà di migliorare ulteriormente la caratterizzazione della malattia, la sua suscettibilità ai trattamenti e di personalizzare sempre più cure efficaci.

Le lesioni preneoplastiche

Il diffondersi dei programmi di screening e di nuovi ed accurati mezzi diagnostici ha fatto sì che sempre più frequentemente siano individuate lesioni che non indicano la presenza di un carcinoma, ma di un'alterazione iniziale delle cellule mammarie.

Si tratta di forme patologiche che possono in alcuni casi precedere il tumore mammario (pre-neoplastiche).

Da un punto di vista radiologico spesso si manifestano con la comparsa di microcalcificazioni o di lesioni comunque non palpabili che richiedono un approfondimento diagnostico con microbiopsia.

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

- **Iperplasia duttale atipica**
- **Neoplasie lobulari intraepitali (LIN)**

Le lesioni preneoplastiche possono rappresentare una condizione di rischio per lo sviluppo di un tumore o, in una minoranza di casi, possono essere spia della presenza di un carcinoma nel tessuto circostante.

Per tale motivo quando riscontrate ad esame microbioptico, può rendersi necessaria l'asportazione chirurgica dell'area interessata o più semplicemente un ravvicinato monitoraggio nel tempo, secondo modalità suggerite dallo specialista senologo.

È possibile prevenire il tumore della mammella?

La risposta è sicuramente affermativa. Le strategie preventive si basano su due approcci ben precisi e fra loro integrati: la prevenzione primaria e quella secondaria. La prevenzione primaria ha l'obiettivo di individuare e rimuovere le cause che contribuiscono allo sviluppo di un tumore (fattori di rischio). La farmacoprevenzione è una promettente modalità di prevenzione primaria, anche nel tumore mammario. Essa ha la finalità di prevenire la comparsa del tumore, grazie all'assunzione da parte della donna di sostanze che prevengono o interrompono il processo di cancerogenesi (es. derivati della vitamina A ed elementi ormonali). Per quanto i risultati della farmacoprevenzione del tumore mammario siano incoraggianti, ad oggi tale approccio non è ancora considerato uno standard. La prevenzione secondaria ha l'obiettivo di ottenere la diagnosi più precoce possibile. La scoperta del tumore (in genere con la mammografia e l'ecografia) nella sua fase iniziale permette cure meno aggressive e con maggiori possibilità di guarigione. Essa oggi costituisce l'arma vincente nella lotta al cancro della mammella.

Prevenzione del tumore al seno: come ridurre il 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 un tumore al seno aumenta con l'aumentare dell'età della donna, sebbene la maggior parte dei tumori al seno (circa il 60%) colpisca le donne di età inferiore ai 55 anni.
- **Storia riproduttiva della donna:** prolungata esposizione agli estrogeni e progesterone, quale si registra nel menarca precoce (prima degli 11 anni) o nella menopausa tardiva (oltre i 55 anni); nulliparità (nessuna gravidanza) o prima gravidanza oltre i 35 anni; non allattamento dei figli.
- **Familiarità:** presenza nella famiglia di componenti (madre, sorella, zia, nonna etc.) con tumore al seno e/o ovaio.
- **Predisposizione genetica:** In alcune Regioni italiane, presso gli ambulatori dello screening mammografico, viene consegnato alle donne un questionario (facilmente reperibile in letteratura) basato sul modello di Cuzick-Tyrer o BOADICEA, molto semplice da compilare che permette di distinguere le donne in tre categorie di rischio: simile alla popolazione generale, rischio moderato e alto rischio (allegato schema).

Le donne ad alto rischio sono inviate a consulenza genetica complessa al Gruppo Multidisciplinare che continuerà il percorso con eventuale definizione di BRCA1 e BRCA2.

Risulta chiaro così che un test genetico viene effettuato solo dopo aver individuato la donna ad alto rischio.

Di seguito è riportato lo strumento di selezione per identificare le donne da avviare ai centri per la gestione del rischio eredo-familiare dei tumori della mammella. Tale tabella si caratterizza per una maggiore sensibilità e minore specificità e quindi una minore capacità predittiva del test positivo per quanto riguarda l'individuazione del rischio elevato. Tuttavia tale strumento appare adeguato, in funzione della semplicità di impiego, per una prima valutazione, alla quale seguirà presso il centro una ulteriore valutazione con un modello di predizione del rischio come il modello di Cuzick-Tyrer o il BOADICEA.

Età di insorgenza	Carcinoma della mammella				Carcinoma dell'ovaio	
	Prima dei 40 anni	Tra 40 e 49 anni		Tra 50 e 59 anni	Dopo i 60 anni	Qualunque
		2 mammelle	1 mammella			
Madre	2	2	1	1	0	1
Sorella 1	2	2	1	1	0	1
Sorella 2	2	2	1	1	0	1
Figlia 1	2	2	1	1	0	1
Figlia 2	2	2	1	1	0	1
Nonna Paterna	2	2	1	1	0	1
Zia Paterna 1	2	2	1	1	0	1
Zia Paterna 2	2	2	1	1	0	1
Nonna Materna	1	1	1	0	0	1
Zia Materna 1	1	1	1	0	0	1
Zia Materna 2	1	1	1	0	0	1
Padre	2	2	2	2	2	-
Fratello	2	2	2	2	2	-
Cugina	0	0	0	0	0	0
Nipote	1	1	1	0	0	1

Cerchiare i punteggi relativi ai casi riferiti e sommarli.

Se la somma è 0 o 1, il rischio è assimilabile a quello della popolazione generale

Se la somma è 2 o più è indicato l'invio al centro di senologia individuato come Hub.

	Rischio assimilabile alla popolazione generale	Rischio moderato	Rischio alto ¹
Rischio a partire dai 20 anni	meno del 17%	17% - 30%	30% o più
Rischio tra 40 e 50 anni	meno del 3%	3% - 8%	8% o più

Cerchiare i punteggi relativi ai casi riferiti e sommarli.

Se la somma è 0 o 1, il rischio è assimilabile a quello della popolazione generale

Se la somma è 2 o più è indicato l'invio al centro di senologia individuato come Hub.

Definizione di parenti

Parenti di primo grado: madre, padre, figli, sorella, fratello.

Parenti di secondo grado: nonni, nipoti, zii, sorellastra, fratellastro.

Parenti di terzo grado: bisnonni, prozii, cugino di primo grado, pronipoti.

- **Patologie predisponenti:** tumore all'altro seno, all'utero (endometrio) o all'ovaio, lesioni preneoplastiche della mammella, precedente radioterapia della parete toracica (es. linfomi in età giovanile).

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI E ABITUDINI DI VITA

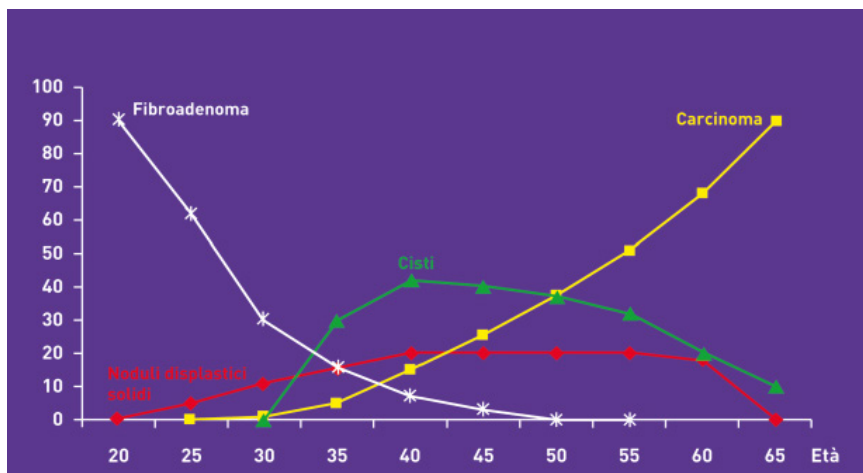
- **Terapia ormonale sostitutiva:** i farmaci a base di estrogeni e progesterone, assunti dopo la menopausa per alleviarne i disturbi, possono lievemente aumentare il rischio di sviluppare un tumore al seno. Il rischio è proporzionale alla durata del trattamento.
- **Obesità:** il rischio di tumore al seno è più alto nelle donne che dopo la menopausa vadano incontro ad un sovrappeso. Anche l'eccesso ponderale durante la pubertà si associa ad incremento del rischio di sviluppare un tumore al seno in età adulta. Nel tessuto adiposo in eccesso infatti vengono prodotte maggiori quantità di insulina e di estrogeni in grado di stimolare la proliferazione cellulare.
- **Scarsa attività fisica:** il regolare esercizio fisico riduce il rischio di sviluppare un tumore al seno. Esso aiuta infatti a mantenere il peso corporeo, favorisce l'aumento delle difese immunitarie e stimola la produzione da parte dell'organismo di sostanze anti-ossidanti in grado di neutralizzare i radicali liberi.
- **Scarso consumo di frutta fresca e verdura:** una dieta ad alto apporto calorico, ricca di grassi e di zuccheri raffinati o con frequente consumo di carni rosse, aumenta il rischio di sviluppare un tumore al seno. Al contrario la dieta mediterranea, e più in generale il consumo di frutta fresca e verdura, olio extra vergine di oliva, riducono il rischio.
- **Alcol:** il rischio di tumore al seno aumenta proporzionalmente al quantitativo di alcol assunto.
- **Fumo:** anche il tumore al seno sembra 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 - praticare una regolare attività fisica, controllare il peso corporeo, limitare il consumo di alcol, scegliere con cura la propria alimentazione e regolamentare l'assunzione di terapia ormonale dopo la menopausa - uno strumento valido per la prevenzione del carcinoma mammario, efficace e raccomandabile al pari degli esami e delle terapie comunemente utilizzati per la diagnosi precoce.

Inoltre è bene sapere che:

- le alterazioni benigne della mammella (in particolare cisti e fibroadenomi) ed il dolore (mastalgia) non aumentano il rischio di sviluppare un tumore mammario;
- nel caso esista una documentata e importante familiarità è consigliato rivolgersi a centri specializzati per sottoporsi a consulenza genetica e ricevere adeguate informazioni e indicazioni;

- gli studi effettuati negli ultimi anni hanno permesso di chiarire meglio il ruolo della Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS), cioè di quei farmaci ormonali utilizzati in menopausa per alleviare i sintomi e le complicitanze legati a questa particolare fase della vita, come eventuale fattore di rischio. Il ricorso alla TOS deve essere giustificato e comunque consigliato dal medico.



C'è qualcos'altro che puoi fare per ridurre il tuo rischio?

Molte donne sanno che un tumore al seno può manifestarsi anche in assenza di specifici fattori di rischio, per cause che ancora non si conoscono. Ecco l'importanza della diagnosi precoce, prestando anche attenzione alle eventuali modificazioni presentate dalla mammella, partecipando ai programmi di screening mammografico e sottoponendosi a periodici controlli clinico-strumentali.

Quali sono i segni che devono indurre a visita medica?

Purtroppo ancora oggi, molte donne, inadeguatamente informate sui vantaggi derivanti dalla diagnosi precoce in assenza di sintomi, non si sottopongono a controlli di tipo preventivo e scoprono, spesso con le proprie mani, la presenza di un nodulo. Per questo motivo è necessario che le donne conoscano anche segni e sintomi con i quali un tumore della mammella può presentarsi. Nella maggior parte dei casi il tumore mammario si manifesta come un nodulo, variabilmente duro alla palpazione.

Altri segni devono comunque essere ricordati:

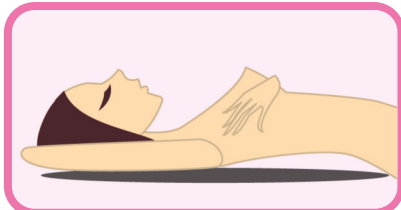
- retrazione della pelle;
- arrossamenti localizzati o diffusi;
- retrazione o cambiamento del capezzolo;
- secrezione dal capezzolo;
- comparsa di un nodulo in sede ascellare.

In genere il tumore della mammella non provoca dolore.

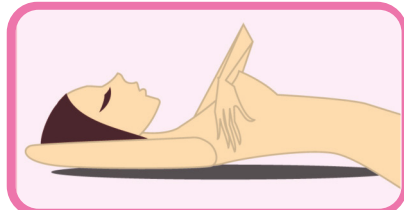
Nessuno di questi segni o sintomi è sicuramente indicativo della presenza di un tumore al seno! Per tale motivo, qualsiasi cambiamento che la donna individui a carico della mammella deve indurre a richiedere un controllo da parte del proprio medico e/o di un senologo.

Quali sono gli esami per scoprire precocemente il tumore della mammella?

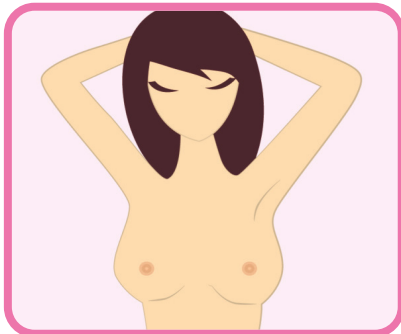
È importante scoprire il tumore il più precocemente possibile. Scoprendo un tumore quando misura meno di un centimetro, la probabilità di guarigione è di oltre il 90%, gli interventi sono conservativi e non procurano danni estetici alla donna. Gli esami più importanti per la diagnosi di un tumore mammario sono:



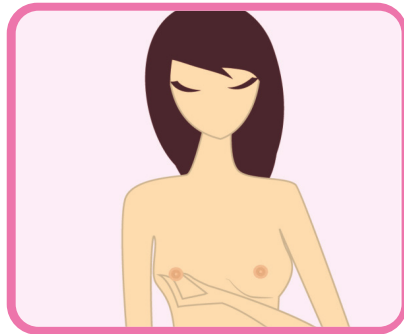
1. Palpare entrambe le mammelle in senso rotatorio (circolare) con le dita unite e piatte



2. Non tralasciare la palpazione dell'ascella e del capezzolo



3. Guardare allo specchio se vi sono irregolarità della cute



4. Evidenziare con una leggera spremitura del capezzolo se sono presenti secrezioni

Visita clinica senologica

È l'esame della mammella eseguito dal proprio medico o da uno specialista (esperto in senologia), al fine di riscontrare l'eventuale presenza di noduli o di altri segni clinici sospetti, meritevoli di ulteriori indagini. La visita, anche se eseguita da medici esperti, non è però sufficiente ad escludere la presenza di tumore e qualsiasi risultato deve essere integrato da altri esami. In presenza di un nodulo, l'esame clinico deve far parte integrante degli accertamenti diagnostici strumentali. La visita senologica è anche l'occasione per un colloquio approfondito con la donna sul problema "cancro della mammella".

Autoesame

È il controllo che la stessa donna dovrebbe eseguire ogni mese.

Esso consiste nell'osservazione allo specchio delle proprie mammelle e nella palpazione delle stesse. La metodologia di esame è semplice, ma è bene che sia un medico ad insegnarla. È particolarmente importante che la donna comprenda che il fine dell'autoesame non è la diagnosi bensì, la sola "conoscenza" delle caratteristiche delle proprie mammelle e quindi l'individuazione di eventuali cambiamenti verificatisi nel tempo e/o persistenti, da comunicare tempestivamente al proprio medico. È anche utile evidenziare con una leggera spremitura del capezzolo se sono presenti secrezioni.

In particolare fare attenzione se:

1. La cute della mammella o dell'areola sembra alterata, arrossata, ispessita o retratta.
2. 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.
3. Comparsa spontanea di secrezioni dal capezzolo, soprattutto se sierosa o ematica.
4. Alla palpazione della mammella o del cavo ascellare noti la comparsa di una tumefazione.
5. La mammella ti sembra arrossata ed aumentata di volume.

Non preoccuparti invece se periodicamente accusi dolore o senso di tensione al seno, soprattutto in corrispondenza del ciclo mestruale.

Mammografia

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

Per questo motivo la mammografia è attualmente l'unica tecnica che possa 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. Il rischio di sviluppare un tumore indotto dalle radiazioni provocate dalla mammografia è solo ipotetico.

Ecografia

Nonostante la rivoluzione dell' imaging ed 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.

Allo stato attuale delle conoscenze, quindi, salvo casi particolari (es. giovane età) è consigliabile che l'ecografia sia utilizzata soprattutto in associazione alla mammografia, ed eventualmente, per casi particolari, alla risonanza magnetica.

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 digitale è oggi preferibile a quella tradizionale perché la qualità dell'immagine è migliore e l'impiego di raggi X ulteriormente ridotto. La mammografia, tuttavia, può avere dei limiti diagnostici per la densità della mammella, caratteristica nelle giovani donne e più in generale in età fertile. In questi casi lo studio viene completato con l'esecuzione di un'ecografia mammaria e, a volte, di una risonanza magnetica. L'ecografia rappresenta l'esame più utile per distinguere un nodulo solido da una cisti a contenuto fluido e consente una migliore caratterizzazione del nodulo e della sua vascolarizzazione attraverso la valutazione color-doppler.



Quali altri accertamenti può suggerirti il tuo medico?

L'esame citologico o istologico è indicato per la donna che presenti alla mammografia o all'ecografia lesioni meritevoli di approfondimento diagnostico, per confermare o escludere la presenza di un carcinoma. Se un tempo per acquisire queste informazioni era necessario ricorrere ad un intervento chirurgico, oggi è possibile avere una conferma diagnostica attraverso procedure sicure, affidabili e minimamente invasive, costituite dai prelievi di cellule singole o di tessuto mammario attraverso l'agoaspirazione che risulta praticamente indolore.

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, e si esegue mediante uno strumento dedicato - quello più noto è il Mammotome® - con l'ausilio dell'ecografo o del mammografo. Questo tipo di accertamento diagnostico è quello più largamente impiegato per lo studio delle microcalcificazioni. Tutte le procedure sopradescritte sono oncologicamente sicure - non è scientificamente dimostrato alcun pericolo di disseminazione di cellule tumorali - ed hanno una funzione esclusivamente diagnostica. Ciò significa che in caso si riscontri una lesione tumorale o preneoplastica è necessario procedere comunque ad un limitato intervento chirurgico.

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 a giudizio del radiologo o dello specialista senologo, ad integrazione della mammografia e dell'ecografia, nei casi in cui vi sia una discrepanza tra esami precedenti o in presenza di un carcinoma accertato, per una migliore stadiazione locale. L'esame può tuttavia dare degli esiti falsamente sospetti. Esso va pertanto eseguito in centri senologici.

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, una scintigrafia ossea ed il dosaggio dei markers tumorali nel sangue (CEA e CA 15-3). Questi ultimi non sono di utilità per la diagnosi precoce del tumore, perché il loro valore nel sangue non si modifica negli stadi iniziali ma solo, e non sempre, in caso di comparsa di metastasi in organi a distanza. In caso di malattia avanzata la tomografia assiale computerizzata (TAC), la tomografia ad emissioni di positroni (PET-TAC), la risonanza magnetica nucleare possono essere utilizzati come esami di approfondimento e per la valutazione dell'efficacia delle terapie.

Lo screening organizzato

“Screening” è un termine inglese che vuol dire selezione. Un test di screening è un esame in grado di identificare, nella popolazione presunta sana, le persone forse ammalate. 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 è stata la scoperta di segni meritevoli di approfondimento diagnostico. In Italia il “programma di screening” consiste nell'invito attivo mediante comunicazione individuale ad entrare in un percorso, nel quale sono assicurati sia il test di screening sia gli ulteriori esami e il trattamento eventualmente necessario.

Oggi esistono 3 programmi di screening oncologici che sono risultati “efficaci”, cioè in grado di ridurre il tasso di mortalità per quel tipo di tumore nella popolazione sottoposta a screening. Si tratta dello screening del tumore della cervice uterina, del tumore della mammella e del colon-retto.

I risultati di uno studio finanziato dalla LILT e dal Ministero della Salute e del Welfare - Progetto IMPATTO - hanno dimostrato che lo screening mammografico realizzato nel nostro Paese ha portato:

- una riduzione della mortalità per carcinoma mammario;
- una riduzione del numero di interventi demolitivi, poiché il tumore è ancora di piccole dimensioni;
- una migliore prognosi, dovuta appunto alla diagnosi precoce.

Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, offre gratuitamente a tutte le donne di età compresa tra i 50 ed 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 ed il luogo dell'esame. Sono presenti su gran

parte del territorio nazionale “programmi di screening organizzato” che prevedono l’attuazione di una mammografia (e degli eventuali necessari approfondimenti) ogni 2 anni per le donne nella fascia di età 50-69 anni. È attualmente in fase di studio l’estensione dello screening alle donne di età compresa fra i 45-50 anni ed 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 anche a partire dai 40 anni di età e con cadenza annuale, per l’intero arco di vita.

La LILT raccomanda vivamente di aderire all’invito ad eseguire la mammografia di screening inviato dalla ASL ed offre, per questo, la più ampia disponibilità collaborativa per una capillare sensibilizzazione della popolazione femminile, anche attraverso le proprie Sezioni 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 (indagini diagnostiche strumentali, visita, autopalpazione).

Cosa accade se una donna risulta “positiva” alla mammografia di screening?

L’eventuale riscontro alla mammografia di un nodulo o di reperti dubbi sarà seguito da un ulteriore invito a sottoporsi ad esami di approfondimento (anche in questo caso gratuiti), che possono andare dalla semplice integrazione dei dati acquisiti in corso dell’esame iniziale con altre immagini mammografiche, con l’ecografia, con l’eventuale agoaspirato in presenza di nodulo, o con la risonanza magnetica.

Screening spontaneo

Lo screening mammografico offerto dal nostro Servizio Sanitario Nazionale è quindi uno strumento molto efficace per la diagnosi precoce dei tumori al seno, che per motivi di costi sanitari non copre tutte le fasce di età e che prevede solo l’esecuzione della mammografia. Bisogna tener presente che il tumore al seno colpisce in circa il 30% dei casi donne al di sotto dei 50 anni, 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, viene meglio caratterizzato da un’ecografia mammaria. Per tale motivo le donne devono sapere che anche a loro è affidata 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 ad effettuare una visita specialistica, suggerirà strategie di prevenzione più idonee (tipologia di esame e frequenza di esecuzione).

Quali percorsi diagnostici possono essere attuati al di fuori di un programma di screening?

DONNA ASINTOMATICA

Età inferiore a 40 anni - Corretta informazione e insegnamento dell'autoesame. Nessun controllo preventivo strumentale, salvo che si tratti di donna ad alto rischio, inserita in uno specifico programma di sorveglianza diagnostica.

Età superiore a 40 anni - Mammografia con periodicità compresa fra 12 e 24 mesi, integrata dalla ecografia, specie nelle donne con mammelle radiologicamente dense.

DONNA SINTOMATICA

Età inferiore a 35 anni - In presenza di un nodulo, la visita senologica, l'ecografia e l'eventuale agoaspirazione sono da ritenersi sufficientemente utili. La persistenza del dubbio comporta il completamento del percorso diagnostico con mammografia e con eventuali altri esami diagnostico-strumentali.

Età superiore a 35 anni - Mammografia in associazione alla visita senologica e all'ecografia: consente una diagnosi accurata e pone al riparo dalla non diagnosi di carcinomi radiologicamente non rilevabili. In caso di persistenza di immagini di difficile interpretazione, o che presentino elementi di sospetto, è necessario eseguire prelievo con ago. Caso per caso sarà necessario decidere se il prelievo con ago debba essere o meno preceduto dalla RMM.

L'autoesame nell'era dello screening

Il miglioramento delle indagini diagnostiche impiegate per una diagnosi sempre più precoce del tumore al seno ha fatto sì che possano essere rilevati tumori molto piccoli, non apprezzabili alla palpazione o addirittura alterazioni che precedono lo sviluppo stesso della neoplasia. Qual'è allora il ruolo dell'autopalpazione nella prevenzione del tumore al seno?

Eseguito periodicamente un auto-esame del seno consente a ciascuna donna di "avere confidenza" con la propria mammella e di apprezzarne gli eventuali cambiamenti che dovessero manifestarsi nel periodo di intervallo tra un esame ed il controllo successivo. Tale sorveglianza può generare preoccupazioni o falsi allarmi, ma sensibilizzare le donne all'autopalpazione significa incoraggiarle a non aver paura di conoscere e scoprire un nodulo, rivolgersi al proprio medico o senologo per qualsiasi dubbio e concedersi un momento per riflettere sull'importanza della prevenzione.

Di quali terapie potresti aver bisogno?

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 (ormono e chemioterapia).

La paziente che riceve una diagnosi di carcinoma della mammella sarà seguita da un team di medici specialisti composto dal radiologo, chirurgo senologo, anatomo-patologo, oncologo, radioterapista e chirurgo plastico che 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 ed insostituibile per la cura e guarigione del cancro della mammella. Le tecniche d'intervento sono essenzialmente due: la conservativa e la demolitiva. La tecnica chirurgica conservativa, (quadrantectomia o tumorectomia), applicabile nel caso di tumori di piccole dimensioni, consiste nell'asportare solo il tumore e una parte limitata del tessuto mammario sano circostante. Tale tecnica consente un buon risultato estetico, garantendo comunque la radicalità del trattamento.

La tecnica demolitiva (mastectomia), sempre meno frequente, consiste nell'asportazione totale della mammella. In questi casi l'intervento chirurgico si associa sempre più spesso a tecniche di chirurgia ricostruttiva eseguite, quando possibile, nella stessa seduta operatoria. È parte essenziale delle cure chirurgiche l'attenzione verso lo studio dei linfonodi ascellari ovvero le ghiandole che filtrano la linfa derivante dalla ghiandola mammaria. Nel passato questi linfonodi venivano sempre asportati completamente per il relativo esame istologico. La metodologia oggi di elezione, quando indicata, è la tecnica del linfonodo sentinella che rimuove ed esamina istologicamente solo uno o due linfonodi, quelli cioè che per primi si trovano sull'eventuale via di diffusione linfatica del tumore.

Solo nel caso in cui questi risultino coinvolti dal tumore si esegue l'asportazione degli altri linfonodi ascellari. In questo modo si riducono tempi di degenza e possibili complicanze, quali il gonfiore del braccio (linfedema).

Radioterapia

La radioterapia: è generalmente associata alla chirurgia conservativa per diminuire il rischio di recidive locali. Gli effetti collaterali sono estremamente limitati con le moderne apparecchiature.

Terapie farmacologiche

Le terapie mediche hanno lo scopo di eliminare le eventuali cellule tumorali (micro metastasi) residue all'intervento chirurgico ed alla radioterapia, riducendo il rischio di recidiva di malattia ed 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.

Definizione degli interventi

Intervento chirurgico conservativo: asportazione limitata ad una parte del seno, quella contenente il tumore e parte del tessuto sano che lo circonda (resezione ghiandolare; quadrantectomia), generalmente seguito da una radioterapia.

Mastectomia: asportazione completa della ghiandola mammaria insieme con il capezzolo, la cute soprastante e i 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 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).

Dissezione ascellare: asportazione completa dei linfonodi ascellari, necessaria in caso di metastasi ascellari accertate o evidenti all'esame clinico e radiologico preoperatorio.

Ricostruzione mammaria: intervento di chirurgia plastica eseguito con la finalità di ripristinare la forma ed 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 a fasci esterni: trattamento standard che completa la terapia locale dei carcinomi mammari dopo un intervento chirurgico conservativo, per ridurre il rischio di recidiva di malattia nel tessuto mammario residuo. La mammella viene irradiata dall'esterno e la dose totale di radiazioni viene suddivisa, per una durata massima complessiva di 4-6 settimane.

Radioterapia parziale della mammella: trattamento sperimentale che prevede la sola irradiazione dell'area contenente la neoplasia (di piccole dimensioni) e non dell'intera mammella e della cute come nella radioterapia a fasci esterni. Ciò implica una durata minore del trattamento fino alla possibilità di concluderlo nello stesso tempo dell'intervento chirurgico come nel caso della radioterapia intraoperatoria. Questo tipo di radioterapia è di recente introduzione ed i risultati in termini di sicurezza oncologica, sia pur promettenti, devono essere confrontati nel tempo con la radioterapia tradizionale. Per questo viene attualmente eseguita solo nell'ambito di studi clinici.

Radioterapia dopo mastectomia: radioterapia esterna necessaria in casi selezionati per ridurre il rischio di recidive del tumore sulla parete toracica o sui linfonodi (specie della mammaria interna). In tutti i casi, la radioterapia non provoca particolari disturbi, né caduta dei capelli. I suoi effetti collaterali sono soprattutto locali e per lo più caratterizzati da un ispessimento ed arrossamento della cute della mammella.

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 degli 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 significativo anche negli stadi iniziali della malattia.

Terapie biologiche: utilizzano farmaci che agiscono in modo mirato, selettivo, interferendo prevalentemente con i meccanismi 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.

Dopo le terapie

Guarire di tumore al seno si può. E oggi si deve! Sono sempre di più infatti le donne che dopo aver superato la malattia riprendono il loro ruolo di donne, compagne, madri, lavoratrici.

A tutte loro va indirizzato un altro tipo di prevenzione, che tenga conto delle specifiche problematiche generate dalla “vissuta” malattia. Una delle preoccupazioni maggiori di chi è stata trattata per un tumore al seno è che la malattia possa ripresentarsi. Anche per la prevenzione della recidiva si può fare molto: 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 è solo fisica, ma anche sociale, occupazionale e psicologica. Non bisogna avere paura infatti di ricorrere ad un supporto psicologico per superare un evento così sconvolgente: vincere il cancro significa soprattutto infrangere dei tabù!

I risultati di recenti studi scientifici dimostrano che anche dopo la diagnosi di tumore al seno adottare stili di vita “salutari” è molto utile. Anche in questa fase viene consigliato di:

- Mantenere un adeguato peso corporeo
- Prediligere una dieta ricca di frutta fresca, verdura ed olio extravergine di oliva
- Svolgere un’attività fisica costante e regolare
- Limitare il consumo di alcol
- Evitare di fumare.

Queste poche regole migliorano la prognosi della malattia e aiuteranno a vivere più a lungo e meglio.

LILT

La LILT è l'unico Ente Pubblico di notevole rilievo su base associativa, vigilato dal Ministero della Salute ed impegnato nella lotta contro i tumori, che opera dal 1922 senza fini di lucro su tutto il territorio nazionale. Collabora con lo Stato, le Regioni, i Comuni e gli altri enti ed organismi impegnati in campo oncologico. Membro dell'European Cancer Leagues (ECL) e dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC), collabora con l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), svolgendo un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea e dell'interscambio di informazioni sul cancro tra i vari Stati membri.

Nel 2003 la LILT è stata insignita con la Medaglia d'Oro al Merito della Salute Pubblica dal Presidente della Repubblica Italiana. Con le sue 106 Sezioni Provinciali, i 397 punti prevenzione ambulatoriali e le oltre 800 delegazioni comunali, la LILT si contraddistingue per il forte capillare radicamento sul territorio nazionale, offrendo prestazioni preziose nella lotta contro il cancro, complementari e integrative al SSN (Servizio Sanitario Nazionale).

Obiettivi e attività

- Prevenzione primaria: informazione e promozione delle corrette abitudini di vita.
- Diagnosi precoce.
- Assistenza e riabilitazione fisica, psicologica, sociale e occupazionale.
- Sostegno alla ricerca clinica ed epidemiologica.
- Formazione del volontario oncologico.

Come sostenere la LILT

Aiutare la LILT vuol dire contribuire concretamente alla lotta contro il cancro:

- con una donazione (quota associativa o elargizione libera);
- con il coinvolgimento di aziende o società nel sostegno di progetti specifici;
- donando il proprio tempo al volontariato;
- devolvendo il proprio 5 per mille alla LILT.

Per tenerVi aggiornati sulle iniziative LILT, visitate il sito www.lilt.it oppure rivolgetevi alle Sezioni Provinciali del Vostro territorio.

La LILT: una concreta testimonianza di solidarietà

Con una donazione

Le donazioni possono essere effettuate:

- direttamente alla Sede Nazionale;
 - con carta di credito collegandosi al sito www.lilt.it;
 - sul conto corrente postale n° 28220002
Codice IBAN: IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002
 - con bonifico bancario intestato a Lega Italiana Lotta Tumori
su c/c 2035 - ABI 01005- CAB 03203 BNL BANCA NAZIONALE DEL LAVORO
S.P.A - AG. 3 ROMA
Codice IBAN: IT 35 Y 01005 03203 000000002035
- direttamente alla Sezione LILT della propria Provincia, consultando il sito www.lilt.it

5 per mille alla Lilt

È possibile aiutare la LILT devolvendo il 5 per Mille dell'Irpef. È sufficiente firmare nello spazio "Finanziamento della ricerca sanitaria" 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 la Sezione LILT della propria Provincia, che si trova su www.lilt.it cliccando alla voce "La LILT in Italia" e selezionando la vostra regione.

Quote sociali:

Per diventare socio LILT è sufficiente versare la quota minima annuale di 10 euro.

Diventa volontario Lilt!

Diventare volontario LILT vuol dire dare valore al proprio tempo. Il volontario LILT è una risorsa preziosa per la società, il cittadino ed il malato oncologico in particolare. Vi sono molti modi per essere volontario LILT: dall'assistenza al malato, alle attività di sensibilizzazione e raccolta fondi. Visita il sito www.lilt.it o rivolgiti alla Sezione LILT della Tua Provincia per scoprire come diventare volontario LILT.

Unico requisito: avere un cuore grande!

Le Sezioni Provinciali della LILT

SEDE CENTRALE	Tel. 06.4425971	MATERA	Tel. 0835.332696
AGRIGENTO	Tel. 0925.905056	MESSINA	Tel. 090.3690211
ALESSANDRIA	Tel. 0131.206369-41301	MILANO	Tel. 02.49521
ANCONA	Tel. 071.2071203	MODENA	Tel. 059.374217
AOSTA	Tel. 0165.31331	MONZA	Tel. 02.49521
AREZZO	Tel. 0575.404785	NAPOLI	Tel. 081.5465880/ 5495188
ASCOLI PICENO	Tel. 0736.358360	NOVARA	Tel. 0321.35404
ASTI	Tel. 0141.595196	NUORO	Tel. 0784.619249
AVELLINO	Tel. 0825.73550-366.6254190	ORISTANO	Tel. 0783.74368
BARI	Tel. 080.5216157	PADOVA	Tel. 049.8070205
BARLETTA	Tel. 0883.332714	PALERMO	Tel. 091.6165777
BELLUNO	Tel. 0437.944952	PARMA	Tel. 0521.702243-988886
BENEVENTO	Tel. 0824.313799	PAVIA	Tel. 0382.27167-33939
BERGAMO	Tel. 035.242117	PERUGIA	Tel. 075.5004290
BIELLA	Tel. 015.8352111	PESARO-URBINO	Tel. 338.8076868
BOLOGNA	Tel. 051.4399148	PESCARA	Tel. 328.0235511/ 338.5885788
BOLZANO	Tel. 0471.402000	PIACENZA	Tel. 0523.384706
BRESCIA	Tel. 030.3775471	PISA	Tel. 050.830684
BRINDISI	Tel. 0831.520366	PISTOIA	Tel. 0573.365280
CAGLIARI	Tel. 070.495558	PORDENONE	Tel. 0434.659085
CALTANISSETTA	Tel. 0934.541873	POTENZA	Tel. 0971.441968
CAMPOBASSO	Tel. 0875.714008	PRATO	Tel. 0574.572798
CASERTA	Tel. 333.2736202	RAGUSA	Tel. 0932.229128
CATANIA	Tel. 095.7598457	RAVENNA	Tel. 0545.214662
CATANZARO	Tel. 0961.725026	REGGIO CALABRIA	Tel. 0965.331563
CHIETI	Tel. 0871.564889	REGGIO EMILIA	Tel. 0522.283844
COMO	Tel. 031.271675	RIETI	Tel. 0746.205577
COSENZA	Tel. 0984.28547	RIMINI	Tel. 0541.56492
CREMONA	Tel. 0372.412341	ROMA	Tel. 06.88817637
CROTONE	Tel. 0962.901594	ROVIGO	Tel. 0425.411092
CUNEO	Tel. 0171.697057	SALERNO	Tel. 089.220197
ENNA	Tel. 0935.511755-339.2171490	SASSARI	Tel. 079.214688
FERMO	Tel. 0734.963949	SAVONA	Tel. 019.812962
FERRARA	Tel. 340.9780408	SIENA	Tel. 0577.285147
FIRENZE	Tel. 055.576939	SIRACUSA	Tel. 0931.461769
FOGGIA	Tel. 0881.661465	SONDRIO	Tel. 0342.219413
FORLÌ-CESENA	Tel. 0543.731410	TARANTO	Tel. 099.4528021
FROSINONE	Tel. 0775.207374/5-333.2568341	TERAMO	Cell. 338.1541142
GENOVA	Tel. 010.2530160	TERNI	Tel. 0744.431220
GORIZIA	Tel. 0481.44007	TORINO	Tel. 011.836626
GROSSETO	Tel. 0564.453261	TRAPANI	Tel. 0923.873655
IMPERIA	Tel. 0184.570030-506800	TRENTO	Tel. 0461.922733
ISERNIA	Tel. 0865.441356	TREVISO	Tel. 0422.1740616-335.1212509
L'AQUILA	Tel. 0862.580566-347.6482159	TRIESTE	Tel. 040.398312
LA SPEZIA	Tel. 0187.733996-366.6679988	UDINE	Tel. 0432.481802
LATINA	Tel. 0773.694124	VARESE	Tel. 0331.623002
LECCE	Tel. 0833.512777	VENEZIA	Tel. 041.958443
LECCO	Tel. 039.599623	VERBANO CUSIO OSSOLA	Tel. 0323.643668
LIVORNO	Tel. 0586.811921-444034/5	VERCELLI	Tel. 0161.255517
LODI	Tel. 0371.423052	VERONA	Tel. 045.8303675
LUCCA	Cell. 340.3100213	VIBO VALENTIA	Tel. 0963.44862
MACERATA	Cell. 331.9189268	VICENZA	Tel. 0444.513333/513881
MANTOVA	Tel. 0376.369177/8	VITERBO	Tel. 0761.325225
MASSA CARRARA	Tel. 0585/46855		

ANNOTAZIONI

Con il patrocinio:



Presidenza del Consiglio dei Ministri



Ministero della Salute

Si ringrazia:

Nestlé
Fitness



PEUGEOT

yamamay

KIABI
la moda a piccoli prezzi


PASQUALE BRUNI



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

www.lilt.it

 [lilt nazionale](#)

SOS LILT
800-998877