



SOS LILT
800-998877

www.lilt.it lilt nazionale

#vivilrosa



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

women

CAMPAGNA NASTRO ROSA 2019



LA PREVENZIONE NON HA ETÀ.

Inizia subito a proteggerti dal cancro al seno.

VIVI il rosa.



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for women
CAMPAGNA ASTROROSA 2019

INDICE

- P.4:** Lettera del Presidente
- P.6:** Conoscere il tumore della mammella
- P.9:** Prevenzione del tumore della mammella
- P.12:** Diagnosi
- P.18:** Il rischio eredo familiare
- P.21:** I programmi di screening
- P.24:** Percorsi al di fuori di un programma di screening
- P.25:** Terapia
- P.29:** Test genetici
- P.32:** Quale riabilitazione
- P.36:** Dopo le terapie
- P.37:** Prevenire i tumori al collo dell'utero
- P.38:** Consigli per i giovanissimi
- P.38:** Bellezza è benessere
- P.40:** Supporto psicologico
- P.42:** La LILT
 - La mission
 - Le attività
- P.44:** Come sostenere la Lilt
- P.45:** Ringraziamenti

LETTERA DEL PRESIDENTE



La Prevenzione per vivere bene!

Il cancro al seno ha raggiunto il primato assoluto a livello di incidenza, attestandosi come il tumore più frequente.

Lo scorso anno infatti sono state registrate 52.800 donne italiane che hanno ricevuto questa diagnosi, con un trend in sensibile crescita.

Paradossalmente però, a fronte di questo aumento dei casi di cancro, si registra una, sia pure lieve ma costante, diminuzione della mortalità: ci si ammala di più, ma si muore di meno!

Ci si ammala di più perché, oltre l'innalzamento dell'aspettativa di vita, sono sensibilmente aumentati i fattori di rischio che determinano lo sviluppo di questa patologia e si muore di meno perché oggi disponiamo di una tecnologia avanzata e sempre più sofisticatamente innovativa, che ci permette di individuare lesioni tumorali millimetriche, con un basso grado di aggressività, un indice di malignità molto limitato ed un processo evolutivo metastatico della malattia (diffusione in altri organi e/o apparati) pressoché trascurabile/nullo.

Tanto grazie ad una diagnostica sempre più precisa, attenta, puntuale, come l'ecografia con elastosonografia, il mammografo (3D) con tomosintesi, la mammografia con mezzo di contrasto, la Risonanza Magnetica Mammaria (RMM).

Per di più disponiamo di trattamenti medici targhettizzati, pressoché "sartorializzati", con farmaci intelligenti, "a bersaglio" che garantiscono percorsi diagnostico- terapeutici "ad personam".

Lo scenario complessivo del tumore al seno che abbiamo di fronte e che dovremmo affrontare e superare è rappresentato tuttavia da alcune problematiche tuttora aperte:

- individuazione della malattia in fase sempre più preclinica;
- diagnosi della lesione tumorale in donne sempre più giovani;
- uniformità territoriale dello screening senologico (tuttora a macchia di leopardo);
- abbassamento dell'età dello screening, allargato all'ecografia;
- coinvolgimento attivo del mondo scolastico per le ragazze (corretta informazione ed insegnamento dell'autopalpazione);
- periodici e codificati controlli clinico - strumentali per le donne già colpite dal cancro al seno per l'eventuale diagnosi precoce e controllo di insorgenza di metastasi;
- prendersi cura delle circa 800.000 donne italiane con il vissuto cancro al seno e delle loro famiglie, con un approccio umano e personalizzato, avvalendosi di studi di ricerca (genomica, immunologia), centri "dedicati" alla senologia, e garantendo una qualificata continuità assistenziale: la "Breast Unit"!

In questo quadro rientra anche l'impegno della LILT, sia nel sensibilizzare le ragazze affinché imparino ed effettuino mensilmente l'autopalpazione del seno (come approccio informativo - educativo della problematica), sia nel sottolineare l'importanza della vaccinazione (anche per i ragazzi) per evitare l'infezione da HPV, perché dobbiamo investire in salute.

Infine, per le donne con tumore al seno, appropriarsi delle modalità psicologiche e rigenerativo - estetiche per il superamento di questa fase di criticità della propria vita. Un impegno corale 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 un organo che svolge tre nobili funzioni: estetica, sessuale e materna. Essa è costituita dai tessuti ghiandolare, adiposo ("grasso") e fibroso.

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

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

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 complesso e regolato da molteplici geni. In condizioni di normalità tale processo 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 ed incontrollata delle cellule che costituiscono il rivestimento interno dei dotti (galattofori e lobulari) ed il conseguente sviluppo di un tumore (cancerogenesi).

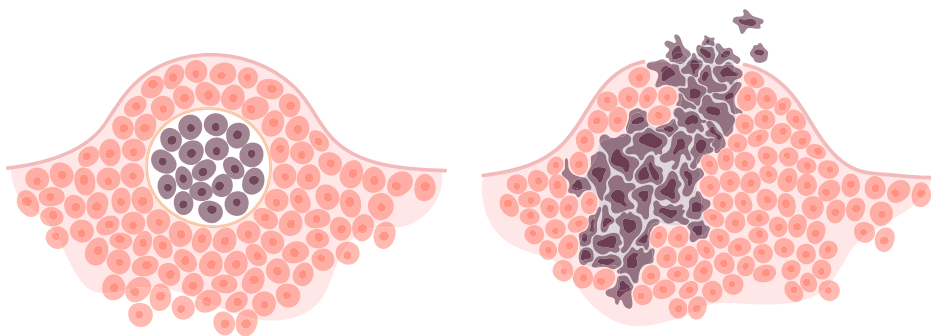
Il processo di cancerogenesi avviene lentamente, nel corso di molti anni. Gli esami diagnostico-strumentali oggi disponibili per una efficace diagnosi precoce consentono di poter individuare il tumore in una fase iniziale della sua crescita, allorché il tumore non dà segno di sé e non è palpabile (lesione preclinica) o addirittura in una fase che precede lo sviluppo del tumore infiltrante (lesione preneoplastica). 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 8 si ammala di tumore della mammella. Si stima che in Italia ogni anno vengano diagnosticati oltre 50.000 casi di carcinoma mammario. Nell'ultimo quinquennio l'incremento di incidenza di questa malattia è stato pari al 15%. In particolare fra le donne di età compresa tra i 25 e 45 anni, si stima che l'incremento sia stato di circa il 30%. Fortunatamente però da oltre 15 anni 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 dai lobuli mammari (carcinoma lobulare). Una distinzione più importante è quella fra carcinoma infiltrante (capace cioè di invadere i tessuti circostanti e di poter eventualmente diffondersi a distanza, dando luogo a metastasi) e carcinoma in situ (non in grado di sviluppare metastasi).

- **Carcinoma in situ:** le cellule neoplastiche sono confinate all'interno dei dotti o dei lobuli mammari e non infiltrano il tessuto circostante. Per tale motivo il carcinoma in situ non dà metastasi e non necessita di trattamento chemioterapico;
- **Carcinoma infiltrante:** le cellule tumorali oltrepassano la parete dei dotti e dei lobuli e, 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 medici più efficaci (fattori predittivi);
- **Recettori per gli ormoni estrogeno e progesterone:** le cellule tumorali nella maggior parte dei casi hanno specifiche strutture cui si legano gli ormoni estrogeno e progesterone, stimolandone 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 ormono dipendente poiché sottoposto a regolazione ormonale. Tutti i tumori con recettori per estrogeno e/o progesterone possono essere efficacemente trattati con farmaci che interferiscono sulla produzione o l'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:** 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 bio-chemioterapici.



Cellule tumorali benigne e maligne

La ricerca scientifica scopre costantemente 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.

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 (preneoplastiche). Dal punto di vista radiologico spesso si manifestano con la comparsa di microcalcificazioni o di lesioni comunque non palpabili che richiedono un approfondimento diagnostico con micro biopsia.

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 oppure, in una minoranza di casi, possono essere spia della presenza di un carcinoma nel tessuto circostante. Per tale motivo, quando vengono riscontrate ad esame micro biotico, può rendersi necessaria l'asportazione chirurgica dell'area interessata o un più ravvicinato monitoraggio nel tempo, secondo modalità suggerite dallo specialista senologo.

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. 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 circa il 60% dei tumori al seno oggi viene diagnosticato in

donne di età inferiore ai 55 anni);

- **Storia riproduttiva della donna:** prolungata esposizione ad estrogeni e progesterone, quale si registra nel menarca precoce (prima degli 11 anni) e nella menopausa tardiva (oltre i 55 anni); nulliparità (nessuna gravidanza) o prima gravidanza oltre i 35 anni; non allattamento al seno;
- **Familiarità:** presenza nella famiglia di più componenti (madre, sorella, zia, nonna etc.) con un vissuto di tumore al seno e/o ovaio;
- **Neoplasie e trattamenti progressi:** tumore all'altro seno, all'utero (endometrio) o all'ovaio, lesioni preneoplastiche della mammella; precedente radioterapia della parete toracica (es. per linfomi in età giovanile);
- **Mutazioni di specifici geni:** alcune mutazioni a carico di specifici geni (es. BRCA1 e BRCA2), se ereditate, aumentano il rischio di sviluppare tumori della mammella e dell'ovaio (predisposizione genetica).

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 alla durata del trattamento;
- **Obesità:** il rischio di tumore al seno è più alto nelle donne che dopo la menopausa sviluppino una condizione di obesità o di 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 restituisce all'organismo equilibrati rapporti ormonali;
- **Scarso consumo di frutta 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 così come di altre patologie. Al contrario, la dieta mediterranea e più in generale il consumo di frutta fresca, verdura e olio extravergine 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 aumenti 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 di esami e sostanze 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 significativa familiarità è consigliabile rivolgersi a strutture specializzate 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 complicanze legati a questa particolare fase della vita, come eventuale fattore di rischio. Il ricorso alla TOS deve essere giustificato e comunque consigliato dal medico.*

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, o sostanze ad azione ormonale). I risultati sono incoraggianti ma, ad oggi, tale approccio non è considerato standard. 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 meno aggressive e maggiori possibilità di guarigione. Essa oggi costituisce l'arma vincente nella lotta al cancro della mammella.

DIAGNOSI

È importante scoprire il tumore il più precocemente possibile. La probabilità di guarigione, scoprendo un tumore quando misura meno di un centimetro, è di oltre il 90%. Gli interventi sono conservativi e non procurano seri danni estetici alla donna.

Gli elementi più importanti per una corretta palpazione del seno che possono aiutare nella diagnosi precoce di un tumore mammario sono:

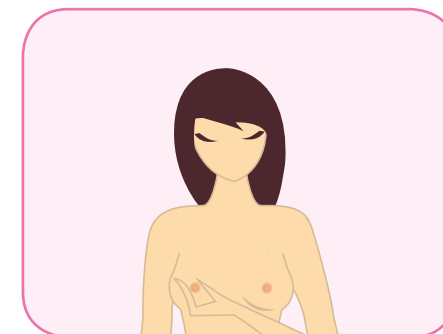
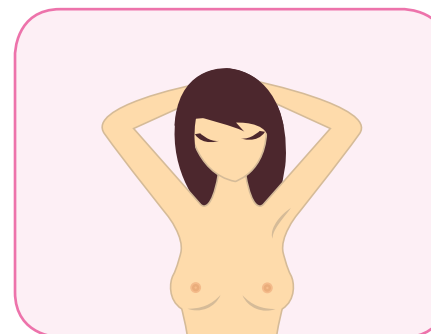
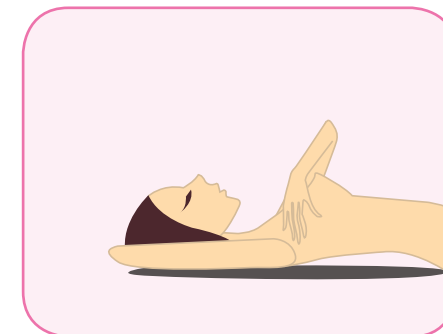
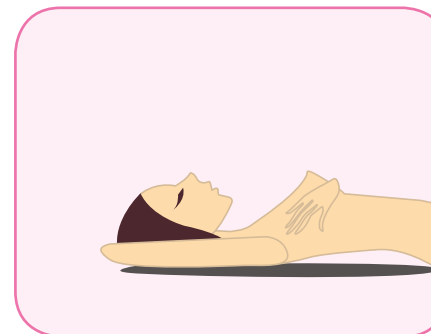
- *Palpare entrambe le mammelle in senso rotatorio (circolare) con le dita unite e piatte;*
- *Non tralasciare la palpazione dell'ascella e del capezzolo;*
- *Guardare allo specchio se vi sono irregolarità della cute;*
- *Evidenziare con una leggera spremitura del capezzolo se sono presenti secrezioni.*

Autoesame

È l'esame che la stessa donna dovrebbe eseguire ogni mese, sin da giovane (20-25 anni), secondo le modalità sopra descritte. 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.

In particolare fare attenzione se:

- *la cute della mammella o dell'areola sembra alterata, arrossata, ispessita, o 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;*
- *Comparsa spontanea di secrezioni dal capezzolo, soprattutto se sierosa o ematica;*
- *Alla palpazione della mammella o del cavo ascellare noti la comparsa di una tumefazione;*
- *La mammella appare arrossata ed aumentata di volume;*
- *Non deve suscitare allarme invece se si accusa periodicamente dolore o senso di tensione al seno, soprattutto in corrispondenza del ciclo mestruale.*



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".

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 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. Il rischio di sviluppare un tumore indotto dalle radiazioni provocate dalla mammografia è solo ipotetico.

Oggi la mammografia può essere fatta con apparecchiature digitali che migliorano la qualità delle immagini con una dose di radiazioni ridotta, ovvero la mammografia con mezzo di contrasto per la visualizzazione di un'area di nuova formazione di vasi che evidenzia le sole aree interessate dalla neoplasia.

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". Nell'acquisizione con tomosintesi, a livelli di dose di radiazioni comparabili a quelli di una mammografia digitale, si ottengono immagini della mammella in diverse angolazioni e poi un software di elaborazione la ricostruisce sezionandola in fette dello spessore di 1 mm. 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.

Alla luce dei primi promettenti studi sui vantaggi della tomosintesi rispetto alla mammografia bidimensionale, si prevede che questa innovativa tecnologia potrà presto avere un ruolo importante nell'iter diagnostico senologico integrato.

La tecnica d'esame non è sostanzialmente diversa da quella mammografica standard prevedendo il posizionamento della mammella sul piano del mammografo e graduale compressione della stessa.

Ecografia mammaria

Nonostante la continua 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 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, 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 delle 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 mammaria.

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.

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.

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 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 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.

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 poche cellule o di tessuto mammario attraverso l'agoaspirazione che risulta praticamente indolore.

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 ed il dosaggio dei markers tumorali nel sangue (CEA e Ca15-3).

Si sottolinea che i markers tumorali non sono di utilità per la diagnosi precoce del tumore perché scarsamente sensibili e specifici. 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 ad emissioni di positroni (PETTAC) possono essere utilizzate come esami di approfondimento e per la valutazione dell'efficacia delle terapie.

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, che si attua prestando anche attenzione alle eventuali modificazioni presentate dalla mammella, partecipando ai programmi di screening mammografico e sottoponendosi a periodici controlli clinico-strumentali. Nella maggior parte dei casi il tumore mammario si manifesta come un nodulo, variabilmente duro alla palpazione.

Inoltre altri segni devono essere tenuti in considerazione:

- *retrazione della pelle;*
- *arrossamenti localizzati o diffusi;*
- *retrazione o modificazione 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 del proprio seno deve indurla a richiedere un controllo da parte del proprio medico e/o di un senologo.

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 (vedi paragrafo: fattori di rischio).

Nell'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 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.

Il test genetico, effettuato su sangue periferico, pertanto non fornisce la diagnosi di tumore, ma aumenta le informazioni sul rischio di ammalarsi di tumore nel corso della vita. L'attuale possibilità di effettuare tali test spinge molte donne a chiederne l'effettuazione, specie se uno o più familiari hanno sviluppato un tumore.

In realtà, la presenza di uno o più casi di tumore in una famiglia (familiarità per un tumore) non necessariamente indica la presenza di una mutazione genetica ereditaria. La valutazione multidisciplinare genetica oncologica può dirimere i dubbi e stabilisce 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. Questo consente sia di evitare inutili ripercussioni psicologiche sulla singola donna che potrebbe stimare

erroneamente il proprio rischio di sviluppare un tumore, sia uno sperpero di risorse finanziarie.

Nel caso del tumore mammario, al fine di individuare le donne cui effettuare il test per le mutazioni dei geni BRCA1/BRCA2, vengono utilizzati dei modelli predittivi (BRCAPRO, Cuzick-Tyrer, BOADICEA, etc.) che si basano non solo sulla presenza di casi di tumore mammario (ed ovarico) in alcuni componenti della famiglia, ma anche su altri fattori.

A titolo esemplificativo si riporta la seguente tabella che in alcune Regioni viene utilizzata come strumento di selezione per identificare le donne da avviare alle strutture sanitarie per la gestione del rischio eredo-familiare dei tumori della mammella, collegati con l'attività di screening mammografico.

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	
		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

Solo nelle donne definite "ad elevato rischio" di essere portatrici di mutazione di BRCA1/ BRCA2 è indicato eseguire il relativo test genetico.

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 le migliori strategie preventive.

La LILT è altresì impegnata nella ricerca di nuovi metodi affidabili, più diffusamente fruibili e meno costosi che, al momento, sono in fase di sperimentazione (es. test che utilizza la saliva per la determinazione di mutazioni del DNA correlate all'aumentato rischio oncologico).



I PROGRAMMI DI SCREENING

"Screening" in inglese vuol dire selezione. Un test di screening è un esame in grado di identificare, nella popolazione presunta sana, le persone probabilmente 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 ci sono 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 ed il trattamento eventualmente necessario. I programmi di screening oncologico risultati "efficaci", cioè in grado di ridurre il tasso di mortalità per quel tipo di tumore nella popolazione sottoposta a screening attualmente sono 3: lo screening del tumore della cervice uterina, del colon-retto e del tumore della mammella.

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 ancora di piccole dimensioni;
- una migliore prognosi, grazie 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.

È attualmente in fase di studio l'estensione dello screening a tutte le 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, con cadenza annuale, accompagnate eventualmente anche dall'esecuzione dell'ecografia e per l'intero arco di vita.

La LILT raccomanda vivamente di aderire all'invito ad eseguire la mammografia di screening inviato dalla propria ASL di appartenenza 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 (autopalpazione, visita, indagini diagnostiche strumentali).

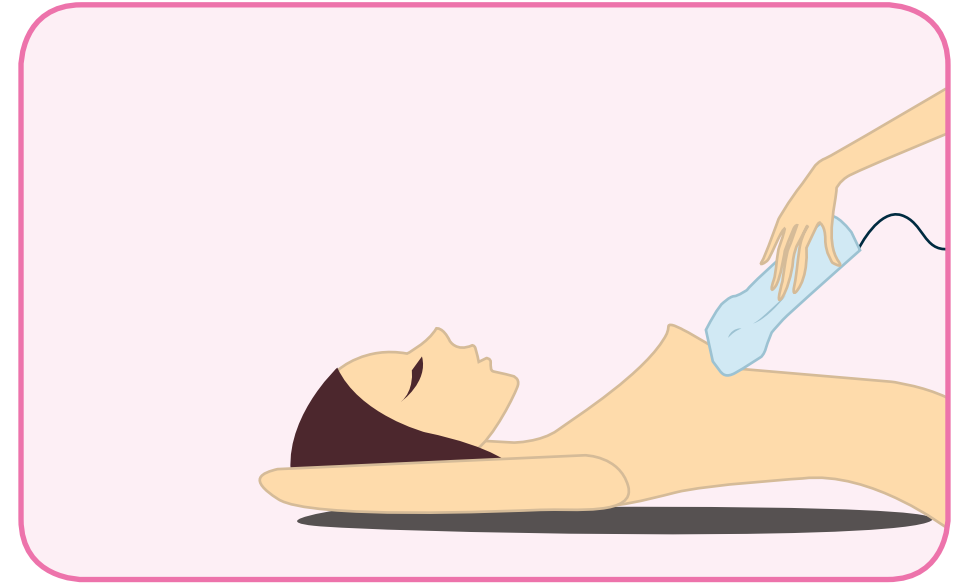
La LILT mette a disposizione dei suoi Soci i propri Centri di prevenzione e diagnosi precoce e i gli ambulatori specialistici per affidarsi a percorsi di prevenzione ed a sottoporsi a visite specialistiche e alla diagnostica strumentale.

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.

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, che per motivi di costi sanitari non copre tutte le fasce di età e che prevede la sola esecuzione della mammografia. Bisogna tener presente che il tumore al seno colpisce 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, può meglio essere 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 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.

PERCORSI 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 dall'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 RM della mammella.

L'autoesame nell'era dello screening

Eseguire periodicamente un autoesame del seno consente a ciascuna donna di "acquisire 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 una lesione, rivolgersi al proprio medico o senologo per qualsiasi dubbio e concedersi un momento per riflettere sull'importanza della prevenzione.

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). 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, 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 la 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 ed 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, strutture 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 il linfonodo o quelli che per primi si trovano sull'eventuale via di diffusione linfatica del tumore. In questo modo si riducono tempi di degenza e possibili complicanze, quali il gonfiore del braccio (linfedema).

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 seguita da una radioterapia.

Mastectomia

Asportazione completa della ghiandola mammaria insieme al capezzolo, alla cute soprastante 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).

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 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 (lembi muscolari).

La scelta dell'intervento dipende dalla situazione clinica, dalle terapie necessarie nel post-operatorio, dalle caratteristiche psicofisiche e costituzionali della paziente.

Radioterapia

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 non superiore a 4-6 settimane.

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

Radioterapia parziale della mammella

Trattamento sperimentale che prevede, per particolari casi, 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 (IORT).

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 comunque 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.

Terapie farmacologiche sistemiche

Le terapie mediche hanno lo scopo di eliminare le eventuali cellule tumorali (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 ed 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 estrogeno 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.

TEST GENETICI

Il carcinoma della mammella ha visto in questi recenti decenni un cambiamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo radicale, grazie alla ricerca che ha saputo apportare nuove conoscenze biologiche su questo tipo di tumore. Sappiamo adesso che il carcinoma della mammella non è una singola malattia ma, sulla base di parametri clinici e molecolari, possiamo distinguere almeno tre malattie denominate luminal, basal ed herb2 type, le quali presentano comportamento biologico e prognosi diversi.

Ad esempio i carcinomi luminal (65% del totale) si distinguono per una particolare eterogeneità del comportamento, con ripresa di malattia in circa il 40 - 50% dei casi, morte in 2/3 di queste pazienti a 5 anni dalla diagnosi, nonostante quadri anatomopatologici iniziali di apparente bassa aggressività.

Nuovi parametri biomolecolari partendo da una stima del rischio di ripresa di malattia, potranno essere in grado di orientare le scelte terapeutiche in maniera più articolata e modellata sulle effettive necessità.

Conoscere il dettaglio delle mutazioni di ciascun singolo tumore consente di 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. Il profilo genetico è di fondamentale importanza anche nella valutazione di parametri già noti come l'espressione di recettori ormonali e di HER2; questi vengono attualmente determinati con metodiche di immunoistochimica o di fluorescenza che danno informazioni sulla espressione morfologica del recettore, ma non del loro stato funzionale. Dal profilo di espressione genetica si possono ricavare informazioni aggiuntive che correlano specificamente l'espressione di alcuni geni alla risposta alle singole terapie. L'utilizzo dei test di profilazione genica offre l'opportunità di una più adeguata stratificazione del rischio, un miglioramento della pianificazione terapeutica e dell'outcome clinico, evitando quello che accade con i criteri clinico-patologici standard, il sotto-trattamento di circa il 20% delle donne con carcinoma mammario di grado 1 e il sovra-trattamento di circa il 15% delle donne con carcinoma mammario di grado 3.

PROFILO GENETICO NEOPLASIE MAMMELLA

Neoplasie SPORADICHE
 (90%)

Neoplasie a RISCHIO
 EREDO FAMILIARE (10%)

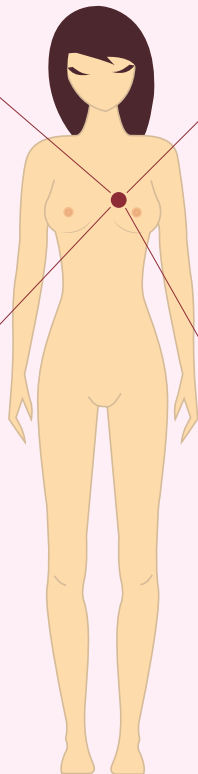
Biologia Neoplasia Sistemica
Biopsia Liquida:
 n° CTC
 cfDNA
 ctcDNA

Biologia Neoplasia Primitiva
Tests Multigenici:
 Endopredict
 Oncotype dx
 PAM 50
 ProSigna
 Mammaprint

Predicono il rischio di metastasi a distanza in donne RE+, Her2-

Oncologia di precisione:
 Migliora la comprensione dell'eterogeneità del tumore.
 Consente il monitoraggio dinamico delle risposte al trattamento e delle variazioni genomiche.
 Individua precocemente malattia minima residua.

Rischio Eredo Familiare
Rischio di ammalarsi
BRCA 1
BRCA 2
 In donne a "rischio elevato" valutazione multi-specialistica con questionario modello predittivo.



Progetto Ricerca LILT - 5 x 1000 2014

a cinque anni in Italia, è dell'85%.

L'Istat ha registrato, per l'anno 2015, 12.300 decessi per questa patologia. La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori è impegnata a finanziare vari progetti di Ricerca, uno dei quali si riferisce alla "biopsia liquida" che mira ad un approfondimento della conoscenza della biologia del tumore della mammella. (fondi LILT del 5 x 1000).

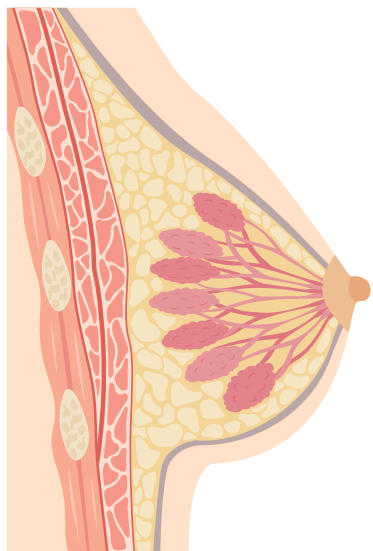
In tale ambito l'obiettivo è l'oncologia di precisione che migliora la comprensione della "eterogeneità" del tumore e che consente il monitoraggio dinamico delle risposte al trattamento e delle variazioni genomiche, individuando precocemente la malattia minima residua. Va sottolineato che la prima causa di morte nei pazienti oncologici è la diffusione metastatica del tumore dal sito primario.

Questa avviene attraverso il rilascio di cellule tumorali circolanti (CTC) nel torrente sanguigno. La biopsia o l'intervento chirurgico, indispensabili nell'attuale gestione della paziente, sono una fotografia, molto precisa, ma limitata al sito del tumore nel momento del prelievo e non rappresentano la sua eterogeneità e la possibile evoluzione della malattia. Lo studio delle CTC è una potenziale fonte di informazioni clinicamente attuabile relative al profilo molecolare della malattia.

È possibile accedere alle CTC ripetutamente ed in modo non invasivo, con un semplice prelievo di sangue periferico, fornendo una metodologia, clinicamente fattibile, per monitorare i cambiamenti longitudinali nel profilo della malattia, monitorare le risposte al trattamento. Inoltre nessuna metodica di imaging, anche la più sofisticata (PET, TAC, RNM), è in grado di rilevare qualche decina di CTC presente nell'organismo: "malattia minima residua".

La LILT si farà carico, presso gli organi competenti, di sollecitare l'uso di questi Test su scala nazionale garantendo, per i casi indicati, la gratuità dell'esame. Oggi la guaribilità,

QUALE RIABILITAZIONE - Dopo il carcinoma mammario



Gli interventi chirurgici per l'asportazione di tumori al seno sono di vario tipo: può essere asportata l'intera ghiandola mammaria (mastectomia) oppure una parte (quadrantectomia) insieme ad uno o tutti i linfonodi posti nel cavo ascellare, che drenano la regione mammaria e l'arto superiore (linfonodo sentinella e linfadenectomia ascellare completa).

Quando si rende necessario rimuovere l'intera ghiandola mammaria è possibile ricostruire la mammella mediante diverse tecniche chirurgiche, più o meno sofisticate.

La ricostruzione può essere immediata, cioè eseguita in concomitanza dell'intervento demolitivo, oppure differita alcuni mesi dopo il primo intervento. 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 il paziente sia informato sul possibile manifestarsi di lievi complicanze o di effetti collaterali delle terapie chirurgiche e radioterapiche.

Taluni esiti possono comparire precocemente, cioè nei primi giorni dopo l'intervento chirurgico, altri possono manifestarsi dopo qualche settimana od anche a distanza di più tempo, a volte anche anni. Nelle pagine seguenti risponderemo alle domande che più frequentemente ci vengono poste dopo un intervento chirurgico alla mammella esteso al cavo ascellare, con asportazione di tutti i linfonodi.

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 ...);*
- *Evitare sbalzi termici caldo-freddo;*
- *Evitare, soprattutto il trattamento radioterapico, di esporsi direttamente ai raggi solari o agli UV;*
- *Cercare, quando si è in posizione sdraiata, di tenere in posizione elevata l'arto (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 fare sforzi eccessivi, a partire dai primi giorni dopo l'intervento.*



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 al movimento, 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). Non è il caso di sforzarsi né di tenere il braccio immobile.



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 ad 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. Può essere utile effettuare giornalmente gli esercizi aggiungendo un leggero massaggio di sfioramento (simile ad una carezza) dall'ascella verso il fianco e verso la scapola. Al termine del massaggio può essere applicata una pomata di arnica o un flebotonico. Se il gonfiore si ripropone nel tempo, è utile sottoporsi a qualche seduta di linfo-drenaggio manuale, effettuata da fisioterapisti specializzati in linfo-logia. È possibile che il fastidio sia accentuato da temperature elevate, a seguito di sforzi fisici o se si usano reggiseni non adeguati, che lasciano solchi.



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 nei mesi successivi. In alcune persone, particolarmente emotive, queste sensazioni possono essere percepite con maggiore intensità e per molto 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 e deve produrre un movimento circolare sulla cute, senza provocare arrossamenti della zona. L'autotrattamento con le creme elasticizzanti può continuare per diversi mesi. Nell'esecuzione degli esercizi, privilegiate i

movimenti che inducono un progressivo e continuo stiramento della cicatrice e dei tessuti circostanti. 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 ed antinfiammatori eseguiti 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. La lesione di questo nervo rende più difficoltosi i movimenti di elevazione del braccio e può provocare una sporgenza della scapola detta anche scapola alata. 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 diversi mesi, 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 sgonfierà 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. In tal caso è bene sottoporsi ad opportune terapie fisiche, poiché il linfedema tende ad aumentare gradualmente nel tempo e ad aggravarsi. 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 ed 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 ed antinfiammatori, per la quale è necessario rivolgersi tempestivamente al proprio medico. La linfoangite non va confusa con la flebite o la tromboflebite che sono patologie del sistema venoso e vanno curate diversamente. Nel caso di febbre alta si può porre una borsa contenente acqua fredda o ghiaccio sulle zone più calde dell'arto. Gli episodi di linfoangite possono ripetersi e generalmente sono causati da qualche evento traumatico per l'arto (punture di insetti, piccole ferite, sforzi prolungati, esposizione diretta a fonti di calore), o da reazioni allergiche. È consigliabile adottare le precauzioni, ponendo particolare attenzione nell'evitare le piccole ferite.

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, mogli, compagne, madri, lavoratrici. A tutte loro va indirizzato un altro tipo di prevenzione, che tenga conto delle specifiche problematiche generate dall'esperienza della "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 deve essere più 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 e destabilizzante: 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 più che 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.

PREVENIRE I TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO

Il tumore della cervice uterina è il quarto tumore più frequente nelle donne nel mondo ed il secondo più comune nelle giovani donne (15-44 anni). Si stima che ogni anno, le donne Italiane colpite da questo tumore siano circa 2.500 e che ne muoiano circa 1.100. 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 verso HPV ha determinato una svolta epocale nella prevenzione primaria del tumore della cervice. Si tratta di vaccini ricombinanti, preparati in laboratorio da particelle simili al virus, che non contengono DNA virale, non possono infettare le cellule, riprodursi o causare malattia.

I vaccini 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. Ma HPV non è solo tumore della cervice uterina, ma anche lesioni pretumorali e tumori del basso tratto genitale (vulva, vagina, ano, pene) e alcuni tumori del distretto testa-collo. I vaccini anti HPV prevengono anche i condilomi (verruche ginecologiche) e le lesioni pretumorali e i tumori del basso tratto genitale: un'opportunità da non perdere! Inoltre la vaccinazione anti HPV è diventata vaccinazione universale, estesa anche ai maschi ed a particolari categorie a rischio (HIV positivi, soggetti con immunodepressione farmacologica, maschi omosessuali). Infine, studi clinici recenti dimostrano come il vaccino, anche nelle pazienti già sottoposte a precedenti trattamenti per lesioni della cervice uterina (es. conizzazioni, laser terapie) e/o del basso tratto genitale HPV-correlate, abbia un ruolo importante nella riduzione delle recidive delle suddette lesioni.

Possiamo concludere, il vaccino HPV quindi può essere raccomandato (come forma di vaccinazione individuale) anche nelle donne adulte, sessualmente attive, già trattate per lesioni HPV- correlate.

Il miglioramento delle attuali strategie di prevenzione secondaria basate sul Pap Test e l'introduzione del nuovo test HVP dopo i 30 anni, permette una diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche della cervice uterina ed un trattamento adeguato per evitare la loro evoluzione in cancro.

Quindi vaccinazione per HPV e screening cervicale: alleati vincenti per ogni donna!

CONSIGLI PER I GIOVANISSIMI

Tutti gli studi disponibili ci dicono che la probabilità di sviluppare un tumore dipende sia dalla intensità sia dalla durata di esposizione ad uno o più fattori di rischio. Quindi, prima si inizia a fare prevenzione, prima eliminiamo l'esposizione ai fattori di rischio, prima ne guadagniamo in termini del rischio personale di sviluppare un tumore, prima viene fatta la diagnosi, maggiori sono le possibilità di guarire dal tumore.

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;*
- *Alcool;*
- *HPV;*
- *Esposizione ai raggi ultravioletti.*

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 se stessa e la forza mentale indispensabili per affrontare e superare la malattia. I laboratori CRE sono veri e propri centri di Medicina Estetica e Rigenerativa dedicati alle pazienti oncologiche. Attivi nelle 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 fragilizzate 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 nella malattia.

È compito degli operatori dei CRE prendersi cura dell'impatto cutaneo della chemioterapia, che conferisce alla pelle un aspetto invecchiato, opaco e spento. All'accentuazione di linee e rughe, alla dilatazione dei capillari, alla perdita di elasticità ed alla comparsa di macchie è possibile ovviare con metodiche di Medicina Estetica efficaci ma delicate quali la biorivitalizzazione con le vitamine, i peeling, e la dermocosmesi correttiva.

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.

Nell'ambito delle cure oncologiche terziarie i CRE della LILT svolgono quattro funzioni fondamentali per il benessere e l'equilibrio della donna:

- *sociale: contribuiscono a ridare fiducia in sé e a preservare l'identità sociale;*
- *psicologica: contribuiscono a rinforzare l'autostima e a conservare il sentimento di identità e di integrità corporea;*
- *educativa: aiutano la donna a farsi parte attiva del proprio benessere e a sviluppare nuove competenze a partire dalla cura di sé;*
- *di accompagnamento: incoraggiano, guidano e permettono di "riappropriarsi dello specchio" e di evitare l'isolamento.*

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 stimolare profonde reazioni emotive, come senso di solitudine, di abbandono, paura di morte, ansia per l'ignoto, senso di impotenza, rabbia. La malattia modifica aspetti personali, familiari e professionali, provocando a volte fatica nel riconoscersi nei vari aspetti della propria identità. Per questo, spesso si ha bisogno di un aiuto per far sì che l'impatto psicologico della malattia non distrugga la qualità di vita e non comprometta il percorso di cura.

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 ed 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, poiché "la rilevazione precoce delle dimensioni psicosociali (screening del disagio emozionale, rilevazione dei bisogni della paziente e della sua qualità di vita) rappresenta il presupposto per individuare le donne che necessitano di interventi mirati". Viene inoltre stabilito che "l'attivazione, nelle diverse neoplasie e fasi di malattia, di percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificamente psicoterapeutici (individuali, di gruppo, di coppia, familiari) risultano fondamentali per la paziente e per la sua famiglia".

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:

- **Sostenere nei momenti di maggiore criticità** - Dalla diagnosi, all'inizio delle terapie, alle trasformazioni del corpo, l'intervento psicologico può favorire l'espressione e l'ascolto delle reazioni emozionali della paziente, attraverso azioni di sostegno all'elaborazione dei vissuti e alla messa in atto di strategie di fronteggiamento e riorganizzazione.
- **Supportare nell'elaborazione di nuovi significati** - La sofferenza psicologica, al pari di quella fisica, è una componente determinante dello stato di salute complessivo della donna e l'intervento dello psicologo può aiutare ad inquadrare in maniera diversa la malattia stimolando la "crescita post traumatica": si tratta cioè di dare un significato nuovo all'esperienza del tumore e di utilizzarla come uno stimolo di crescita personale.
- **Supportare durante i processi decisionali** - Questo è utile per analizzare i fattori coinvolti nelle decisioni dei medici e delle pazienti in condizioni di incertezza e rischio, spesso caratterizzate da un elevato carico emotivo. Attraverso un approccio personalizzato si arriva a promuovere l'empowerment della paziente, aumentandone la partecipazione al processo di cura, la compliance e la soddisfazione globale.
- **Supportare la famiglia della paziente** - La famiglia è parte integrante dell'esperienza di malattia: diverse ricerche evidenziano quanto un supporto adeguato dei familiari durante la malattia oncologica sia importante per la gestione della quotidianità. Offrire percorsi di sostegno psicologico ai caregivers permette di diminuire i livelli di stress e di individuazione emozionale, oltre che di fornire interventi psicoterapeutici, informazioni e indicazioni che possano sostenere la famiglia in tutte le fasi di malattia.
- **Promuovere stili di vita sani** - Lo psicologo ha tra i vari obiettivi anche quello di delineare modelli di intervento per la prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute e per la promozione di 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 combattere il cancro. La LILT è la più antica organizzazione nazionale del settore.

Venne infatti fondata nel 1922 e già 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 ed 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).

La mission

L'obiettivo principale della LILT è sconfiggere i tumori attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione, infatti, è considerata da sempre il compito istituzionale prioritario della LILT - così come ben evidenziato dallo stesso pay-off "Prevenire è vivere" - e 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, ed 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 (primaria, secondaria e terziaria) 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.

Prevenzione primaria

Corretta alimentazione ed educazione alla salute attraverso la diffusione di materiale didattico-informativo (campagne di sensibilizzazione, incontri nelle scuole, ecc.); 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 forme tumorali allo stadio iniziale, aumentando così notevolmente la possibilità di completa guarigione e di ricorrere a cure poco aggressive.

Prevenzione terziaria

Riabilitazione fisica, psichica, sociale e occupazionale del malato oncologico. Un prezioso compito che la LILT è in grado di offrire grazie all'attività delle Sezioni Provinciali, dei punti Prevenzione (ambulatori) in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Assistenza domiciliare

Preziosa integrazione alle cure ospedaliere tramite le Sezioni 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.

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 alla Sezione LILT della tua 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 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 annuale (10 euro, come socio ordinario, 150 euro, come socio sostenitore e 300 euro, come socio beneficiario).

RINGRAZIAMENTI

Prof. Antonio Rulli

(Breast Unit Azienda Ospedaliera di Perugia)

Prof. Francesco Torino

(Oncologia Medica - Università Tor Vergata - Roma)

Prof. Giovanni Scambia

(Direttore Scientifico della Fondazione Policlinico A. Gemelli)

Prof. Gabriella Pravettoni

(Università degli Studi di Milano- IEO)

Dr. Roberta Lovreglio

(Dermatologo - Ceo A.R.S. Insitute)

La Sezione Provinciale di Cagliari

(per il capitolo della riabilitazione)

Prof. Giuseppe D'Ermo, Dr. Ugo Redi, Dr. Giovanni Marruzzo, Dr. Bernard Luraschi

(Sapienza Univ. di Roma, Dipart. Chir. P. Valdoni Policlinico Umberto I).

SEZIONI PROVINCIALI LILT

SEDE CENTRALE TEL. 06.4425971
 AGRIGENTO TEL. 0925.905056
 ALESSANDRIA TEL. 0131.206369
 ANCONA TEL. 071.2071203
 AOSTA TEL. 0165.31331
 AREZZO CELL. 393 9328570
 ASCOLI PICENO CELL. 339 8389111
 ASTI TEL. 0141.595196
 AVELLINO TEL. 0825.73550
 BARI TEL. 080.5216157
 BARLETTA TEL. 0883.332714
 BELLUNO TEL. 0437.944952
 BENEVENTO TEL. 0824.313799
 BERGAMO TEL. 035.242117
 BIELLA TEL. 015.8352111
 BOLOGNA TEL. 051.4399148
 BOLZANO TEL. 0471.402000
 BRESCIA TEL. 030.3775471
 BRINDISI CELL. 389 9213978
 CAGLIARI TEL. 070.495558
 CALTANISSETTA CELL. 393 8110020
 CAMPOBASSO TEL. 0875.714008
 CASERTA CELL. 333.2736202
 CATANIA TEL. 095.7598457
 CATANZARO TEL. 0961.725026
 CHIETI TEL. 0871.564889
 COMO TEL. 031.271675
 COSENZA TEL. 0984.28547
 CREMONA TEL. 0372.412341
 CROTONE TEL. 0962.901594
 CUNEO TEL. 0171.697057
 ENNA TEL. 0935.1960323
 CELL. 3407248442
 FERRARA CELL. 340.9780408
 FIRENZE TEL. 055.576939
 FOGGIA TEL. 0881.661465
 FORLÌ-CESENA TEL. 0543.731882

FROSINONE CELL. 333.2568341
 GENOVA TEL. 010.2530160
 GORIZIA TEL. 0481.44007
 GROSSETO TEL. 0577.285147
 IMPERIA TEL. 0184.570030
 ISERNIA CELL. 393 9214669
 L'AQUILA TEL. 0862.580566
 LA SPEZIA TEL. 0187.733996
 LATINA TEL. 0773.694124
 LECCE TEL. 0833.512777
 LECCO TEL. 039.599623
 LIVORNO TEL. 0586.811921
 LODI TEL. 0371.423052
 LUCCA CELL. 340.3100213
 MACERATA TEL. 0733.813777
 MANTOVA TEL. 0376.369177/8
 MASSA CARRARA TEL. 0585.46855
 MATERA TEL. 0835.332696
 MESSINA TEL. 090.3690211
 MILANO TEL. 02.49521
 MODENA TEL. 059.374217
 MONZA BRIANZA TEL. 02.49521
 NAPOLI TEL. 081.5466888
 NOVARA TEL. 0321.35404
 NUORO TEL. 0784.619249
 ORISTANO TEL. 0783.74368
 PADOVA TEL. 049.8070205
 PALERMO TEL. 091.6165777
 PARMA TEL. 0521.988886
 PAVIA TEL. 0382.33939
 PERUGIA TEL. 075.5004290
 PESARO-URBINO CELL. 338 8076868
 PESCARA TEL. 085.4283537
 PIACENZA TEL. 0523.384706
 PISA TEL. 050.830684
 PISTOIA TEL. 0573.365280
 PORDENONE TEL. 0434.20042

POTENZA TEL. 0971.441968
 PRATO TEL. 0574.572798
 RAGUSA TEL. 0932.229128
 RAVENNA CELL. 345 4233351
 REGGIO CALABRIA TEL. 0965.331563
 REGGIO EMILIA TEL. 0522.283844
 RIETI TEL. 0746.205577
 RIMINI TEL. 0541.56492
 ROMA TEL. 06.88817637/47
 ROVIGO TEL. 0425.411092
 SALERNO TEL. 089.241623
 SASSARI TEL. 079.214688
 SAVONA TEL. 019.812962
 SIENA TEL. 0577.285147
 SIRACUSA TEL. 0931.67306
 SONDRIO TEL. 0342.219413
 TARANTO CELL. 328 1752630
 TERAMO CELL. 338 1541142
 TERNI TEL. 0744.431220
 TORINO TEL. 011.836626
 TRAPANI TEL. 0923.873655
 TRENTO TEL. 0461.922733
 TREVISO TEL. 0422.1740616
 TRIESTE TEL. 040.398312
 UDINE TEL. 0432 548999
 VARESE TEL. 0331.623002
 VENEZIA TEL. 041.958443
 VERBANIA CELL. 335 5400383
 VERCELLI TEL. 0161.255517
 VERONA TEL. 045.8303675
 VIBO VALENTIA TEL. 0963.547107
 VICENZA TEL. 0444.513881
 VITERBO TEL. 0761.325225



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

women

CAMPAGNA NASTRO ROSA 2017



SOS LILT
800-998877

www.lilt.it   lilt nazionale

#vivilrosa