

#METTILOKO



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

women

CAMPAGNA NASTRO ROSA 2017





for women
CAMPAGNA NAZIONALE 2017

INDICE

P.4: Lettera del Presidente

P.6: La Mammella

- Conoscere il tumore al seno
- Il cancro al seno

P.8: Le lesioni preneoplastiche

P.8: È possibile prevenire il tumore della mammella?

P.9: Test genetici e carcinoma mammario

P.11: Fattori di rischio modificabili e abitudini di vita

P.12: Cos'altro puoi fare per ridurre il rischio?

P.12: Quali sono i segni che devono indurre a visita medica

P.12: Quali sono gli esami per scoprire precocemente il tumore della mammella?

P.16: Lo screening organizzato

P.18: Quali percorsi diagnostici possono essere attuati al di fuori di un programma screening?

P.20: Quale riabilitazione dopo il carcinoma mammario

P.23: Dopo le terapie

P.24: E per prevenire i tumori al collo dell'utero?

P.28: LILT:

- Obiettivi e qualità
- Come sostenerla

P.29: Ringraziamenti



Il tumore della mammella continua per la donna ad essere il "big killer n.1". Paradossalmente, nonostante la costante crescita annuale dell'incidenza di questa patologia, si registra tuttavia una sia pur lenta ma continua e progressiva diminuzione della mortalità.

E questo grazie ad una sempre più corretta informazione ed una maggiore sensibilizzazione della donna verso la diagnosi precoce, rivelatasi strategicamente determinante e vincente in termini sia di guaribilità, sia di migliore qualità di vita.

Si stima che in Italia nel 2018 saranno oltre 52.000 i nuovi casi di cancro della mammella ed abbiamo 3 problematiche da affrontare e risolvere:

- 1) sviluppo del cancro al seno in età sempre più giovanile;*
- 2) uniforme estensione dello screening senologico;*
- 3) prendersi cura delle oltre 700.000 donne che hanno vissuto l'esperienza cancro, modulando, a livello personale, il relativo follow-up.*

Nell'ultimo quinquennio l'aumento dell'incidenza del tumore al seno infatti è stata pari ad oltre il 15%. In particolare si è registrato un incremento tra le giovani donne in età compresa tra i 35 ed i 50 anni di circa il 30%. Si tratta di una fascia di età "esclusa" dal programma di screening previsto (per ora) dal Servizio Sanitario Nazionale, riservato alle donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni.

Per questo la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), con la sua "campagna Nastro Rosa" ogni anno, nel mese di ottobre, promuove la cultura della prevenzione come metodo di vita, dedicato al benessere della donna, affinché tutte le donne possano sottoporsi a visite senologiche, consigliando loro a partire dai: 16 - 18 anni praticare l'autoesame mensile; 25 - 30 anni effettuare annualmente una visita senologica con esame ecografico; 40 anni di età effettuare adeguati controlli clinico-strumentali (visita senologica, eco - mammografia).

Il cancro della mammella non è da considerarsi come singola malattia, presentando comportamento biologico e prognosi differenti. Sicché identificare correttamente le caratteristiche biomolecolari del tumore apre a nuove possibilità terapeutiche, sempre più appropriate, mirate e personalizzate.

La disponibilità oggi sia di terapie innovative, sia di sempre più raffinate tecniche di "imaging", ha di fatto incentivato le donne a sottoporsi a periodici controlli clinico-strumentali per una efficace prevenzione e diagnosi precoce, a garanzia di una salutare longevità.

Oggi la guaribilità del cancro del seno è attestata intorno all'80-85% dei casi. Questo significa che il 15-20% delle pazienti che affrontano la malattia non riescono a vincerla. Sappiamo però che la diagnosi precoce di cancro al seno comporterebbe una guaribilità superiore al 95% dei casi.

Nel 2022, fra cinque anni, la LILT celebrerà i 100 anni di attività e vorrebbe impegnarsi a raggiungere e celebrare questo traguardo. Che festa sarebbe!

Con questo spirito ci sentiamo di dichiarare una guerra vincente nei confronti del cancro. Un inno alla speranza e alla vita in una guerra difficile, non breve, ma certamente vittoriosa se, insieme, sapremo nella concretezza dei fatti prenderci cura di noi stessi e del nostro ambiente. Questo perché oggi conosciamo l'importanza dei fattori di rischio ambientali, essendo il cancro una malattia ambientale su base genetica.

Lavoreremo insieme affinché gli oltre 3 milioni di uomini e donne con un vissuto cancro del nostro Paese possano serenamente convivere con questa malattia, al pari di una patologia cronica (paragonabile all'artrosi, al diabete, all'ipertensione) e perché la guaribilità si possa avvicinare sempre più al nostro comune finale obiettivo: mortalità Zero per cancro!

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

LA 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).

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 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).

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 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 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 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 ormonodipendente 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.

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 (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 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 vengono riscontrate ad esame microscopico, può rendersi necessaria l'asportazione chirurgica dell'area interessata o un più ravvicinato monitoraggio nel tempo, secondo modalità suggerite dallo specialista senologo.

È POSSIBILE PREVENIRE IL TUMORE DELLA MAMMELLA?

La risposta è in parte 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 poter 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 o sostanze ad azione ormonale). Per quanto i risultati della farmacoprevenzione del tumore mammario siano incoraggianti, ad oggi tuttavia tale approccio non è ancora considerato uno standard.

Se non vi è unanime consenso a fare uso di tali sostanze, al contrario è certo che sane abitudini alimentari e salutari stili di vita favoriscono la prevenzione di molte malattie cronico-degenerative compresa quella neoplastica.

Fondamentale è inoltre la prevenzione secondaria che 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.

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

I seguenti fattori aumentano il rischio di sviluppare il tumore mammario.

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) o 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 pregressi: 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"; vedi box).

TEST GENETICI E CARCINOMA MAMMARIO

Come per le altre forme tumorali, anche il tumore mammario è nella maggior parte dei casi 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 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.

Carcinoma della mammella						Carcinoma dell'ovaio
Età di insorgenza	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

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).

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI E ABITUDINI DI VITA

- **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 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 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.

COS'ALTRO 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, 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.

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.

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.

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 seri danni estetici alla donna.

Gli elementi esami più importanti per una corretta palpazione del seno che possono aiutare nella diagnosi precoce 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.

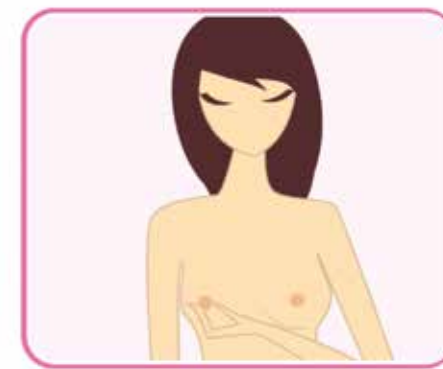
Autoesame

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:

1. la cute della mammella o dell'areola sembra alterata, arrossata, ispessita, o retratta o con noduli in rilievo.
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 appare arrossata ed aumentata di volume.
6. 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.

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 a 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.

Prelevi 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 marker 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 (PET-TAC) possono essere utilizzate 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 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 ad:

- 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. 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 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 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).

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 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, 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).

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?

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.

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 (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 dal 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 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, 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 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").

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) o 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 linfoadenectomia 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 o 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.

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 linfoologia.

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 ed 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.



#METTILOKO

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/infezioni 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 linfangite 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 linfangite 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.



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 (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 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.

RADIOTERAPIA

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.

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.

Radioterapia intraoperatoria (o IORT): si tratta di una tecnica in cui una singola, alta dose di radiazioni viene somministrata nel corso dell'intervento chirurgico o direttamente sul tumore, oppure, a tessuto neoplastico asportato, direttamente sul letto tumorale (per eliminarne il rischio di infiltrazione microscopica). Uno dei vantaggi di questa tecnica è di poter erogare le radiazioni direttamente sul bersaglio, risparmiando le strutture sane adiacenti e/o quelle sottostanti.

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 e alle caratteristiche biologiche del tumore. In alcuni casi per favorire o ridurre l'exeresi chirurgica del tumore può essere necessario effettuare la terapia farmacologica prima dell'intervento (terapie farmacologiche "neoadiuvanti").

Terapia ormonale: utilizza farmaci che bloccano l'azione o produzione degli estrogeni. Si usa come trattamento singolo o dopo la chemioterapia nei casi in cui i test eseguiti sul tumore dimostrino la presenza dei recettori per 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.

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.

È PER PREVENIRE I TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO?

Che cosa indica il termine "HPV"?

Con il termine HPV (acronimo inglese per Human Papilloma Virus, virus del papilloma umano) si indica una famiglia di oltre 100 virus, costituiti da DNA, che possono infettare le cellule di rivestimento (epiteliali) della pelle e di diverse mucose, alcuni dei quali sono responsabili dell'insorgenza di patologie, tumorali e non, a carico di vari organi (cute, bocca, gola, cervice uterina, vulva, vagina e ano). Dei 40 ceppi di HPV che colpiscono le zone genitali, solo 13 sono responsabili del tumore della cervice uterina e, per questo motivo, sono definiti ceppi ad alto rischio: fra questi i ceppi denominati "16" e "18" sono responsabili del 70% dei tumori della cervice uterina. A livello cutaneo altri ceppi HPV (ceppi "6" e "11") sono definiti "a basso rischio" poiché generalmente non sono in grado di produrre modificazioni cellulari che evolveranno in un tumore, ma possono indurre la formazione di verruche o di condilomi (escrescenze benigne che compaiono nell'area ano-genitale di uomini e donne).

Come si contrae l'infezione da HPV?

L'HPV è molto diffuso nella popolazione e costituisce la principale infezione a trasmissione sessuale. Si stima che circa l'80% delle donne sessualmente attive contraggano l'infezione di qualsiasi tipo di HPV nel corso della loro vita e che oltre la

metà di queste infezioni dovuta ad un ceppo ad alto rischio. La trasmissione dell'HPV si realizza principalmente attraverso i rapporti sessuali. L'uso del preservativo, sebbene riduca il rischio di infezione, non lo elimina totalmente dal momento che il virus può infettare anche parti di pelle non protette dal profilattico. L'infezione, specie per i ceppi ad alto rischio, è più frequente tra le ragazze più giovani. La giovane età al primo rapporto sessuale (specie sotto i 16 anni), il numero dei partner sessuali, malattie o terapie che indeboliscono il sistema immunitario condizionano aumentandolo il rischio di contrarre l'infezione da HPV.

Una volta contratta l'infezione si svilupperà il cancro?

No. Il 60-90% delle infezioni da HPV, incluse quelle da tipi oncogeni (o "ad alto rischio"), è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario entro 1-2 anni dal contagio. Inoltre, la gran parte delle persone che hanno contratto l'infezione non ha sintomi, ma può trasmettere il virus. In caso di infezione persistente, in circa 5 anni, si possono sviluppare lesioni precancerose che, se non curate, possono progredire fino al cancro. Il tempo stimato per l'insorgenza del carcinoma della cervice uterina varia fra 20 e 40 anni.

Il fumo di sigaretta, l'uso di contraccettivi orali, l'elevato numero di parti, la presenza di altre malattie sessualmente trasmesse e la familiarità sono stati individuati come fattori che favoriscono la progressione da infezione a lesioni preneoplastiche, fino al cancro. Se l'infezione non guarisce, può generare alterazioni delle cellule della cervice uterina di vario tipo, denominate in generale displasie, e classificate in CIN (neoplasia intraepiteliale cervicale) e SIL (lesione squamosa intraepiteliale) secondo vari gradi di gravità. Il carcinoma della cervice uterina, vista la frequenza dell'infezione da HPV, ne rappresenta in proporzione un esito raro. Infatti, fortunatamente solo l'1% delle donne che hanno sviluppato l'infezione da HPV ad alto rischio svilupperà il carcinoma della cervice.

Tuttavia, esso rappresenta il quarto tumore più frequente nel sesso femminile, con una stima di 528.000 nuovi casi all'anno e 266.000 decessi nel mondo nel 2012 (la maggior parte dei quali nei Paesi in via di sviluppo). In Italia si stima che nel 2012 si siano verificati circa 1500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e circa 700 decessi. Poiché l'evoluzione delle lesioni precancerose verso il cancro della cervice uterina non è frequente e richiede tempi lunghi, la partecipazione allo screening consente una diagnosi precoce di lesioni preneoplastiche (con lo screening vengono ogni anno diagnosticate in Italia circa 130.000 lesioni precancerose della cervice uterina) oltre che della patologia conclamata, con una stima di riduzione dell'incidenza di tale tumore di circa il 30% rispetto al 2002. Altrettanto importante nella prevenzione del tumore della cervice uterina è la vaccinazione contro l'infezione da HPV.

HPV uguale cancro della cervice uterina?

No. Il tumore della cervice uterina è la più diffusa, ma non è la sola, neoplasia di cui alcuni virus HPV sono responsabili. I ceppi oncogeni di HPV, sono responsabili di circa

il 90% dei tumori dell'ano, di circa 70% dei tumori della vagina, del 50% dei tumori del pene e del 40% dei tumori della vulva. L'HPV risulta inoltre responsabile del 26% dei tumori dell'orofaringe (in particolare i tumori delle tonsille e della base della lingua). Vari studi hanno documentato DNA di HPV a basso rischio (in particolare 6 e 11) nel 100% dei condilomi ano-genitali e nella quasi totalità della papillomatosi respiratoria giovanile ricorrente. Tali dati hanno contribuito alla decisione di estendere la vaccinazione anti-HPV anche ai maschi.

Cosa si può fare contro l'HPV?

Fin dall'inizio degli anni Ottanta nei Paesi occidentali, la mortalità per carcinoma della cervice uterina è in continua e forte riduzione, per effetto delle campagne di screening e diagnosi precoce tramite il Pap-test. Questa malattia resta invece un'importante causa di malattia e morte per le donne nei Paesi più poveri, dove questi programmi di screening non riescono a raggiungere ampie fasce della popolazione e dove si verificano l'85% dei casi e quasi il 90% dei decessi. Più di recente, al Pap-test è stato affiancato, ed a seconda delle strategie, talvolta sostituito, il cosiddetto HPV-DNA test, un esame che identifica sulla superficie della cervice uterina la presenza del DNA dell'HPV (non la presenza di lesioni cellulari, come nel caso del Pap-Test).

Dal 2008 in Italia è possibile prevenire l'infezione da HPV. E' infatti possibile vaccinarsi contro i ceppi di HPV ad alto rischio, responsabili della maggior parte dei casi di tumore. Da tale anno è in vigore una campagna che raccomanda e offre gratuitamente la vaccinazione contro il virus alle ragazze tra gli 11 e i 12 anni, età in cui si presume che non siano ancora venute a contatto con il virus. I più diffusi sono due vaccini che vengono somministrati per via intramuscolare: uno bivalente e uno quadrivalente.

Il primo è diretto contro i ceppi 16 e 18 del virus (ceppi "oncogeni" ad alto rischio), mentre nel secondo, alla protezione contro tali ceppi, si aggiunge anche quella contro il 6 e l'11 (ceppi associati alla formazione di condilomi a livello genitale).

Dal 2017 è disponibile un terzo vaccino che, oltre a HPV 6, 11, 16 e 18, assicura la protezione contro altri sette sierotipi capaci di indurre patologie tumorali. L'efficacia di tali vaccini è vicina al 98%. Nelle ragazze di 11-12 anni due dosi somministrate nell'arco di 6 mesi garantiscono una buona protezione. Per vaccinazioni in età successive, sono invece consigliate tre dosi. Non è ancora certa la durata della protezione conferita da tali vaccini che sembra durare almeno a dieci anni, ma se gli studi in corso lo confermeranno, potrebbero essere utili dosi di richiamo per prolungarne l'effetto.

Il vaccino anti-HPV è sicuro?

I vaccini che in Italia sono autorizzati contro le infezioni da HPV sono caratterizzati oltre che da elevatissima efficacia, da pari livelli di sicurezza e tollerabilità. Essi non contengono l'agente virale indebolito o ucciso, ma solo particelle dell'involucro del virus (le cosiddette Vlp: virus-like particles). Queste molecole mimano la parte più esterna del virus e stimolano la risposta immunitaria. Non contengono invece il DNA virale e non hanno perciò la capacità di infettare le cellule, replicarsi e quindi causare

l'infezione. I dati emersi da studi condotti oramai su milioni di ragazze hanno mostrato che i vaccini anti-HPV non provocano eventi avversi di rilievo.

Tra questi i più comuni sono una leggera febbre e arrossamento e gonfiore nel punto di iniezione. Potrebbero inoltre insorgere mal di testa, disturbi gastrointestinali, un leggero senso di malessere o dolori muscolari, ma si tratta comunque di fenomeni passeggeri.

La sicurezza di tali vaccini è stata confermata nel 2015 da uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di quasi 10 anni in oltre 110 Paesi, per un numero di dosi >200 milioni, che ne ha confermato la sostanziale sicurezza.

Se mi vaccino posso evitare il Pap-test?

No. La vaccinazione difende dalle infezioni, ma non solleva chi ha effettuato la vaccinazione dal rispondere alla chiamata ad effettuare lo screening per il tumore della cervice uterina a partire dai 25 anni. Il vaccino-anti HPV protegge solo da alcuni ceppi di HPV e non da quelli che, anche se meno frequentemente, possono indurre alterazioni alle cellule della cervice uterina.

Il vaccino mi permette di non usare il profilattico?

No. L'uso del profilattico è raccomandato sempre, anche alle persone vaccinate, nel corso di rapporti occasionali, per proteggere da molte altre infezioni a trasmissione sessuale.

Si devono vaccinare solo le ragazze?

La condizione ideale è quella di vaccinare le ragazze che non hanno ancora iniziato l'attività sessuale, che rimane il principale veicolo di trasmissione del virus. Ma il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 estende la vaccinazione anche ai maschi nel loro undicesimo anno di età, sia per interrompere la circolazione del virus, sia per proteggerli da tumori più rari di quello dell'utero, ma dipendenti dagli stessi ceppi virali, come i più rari carcinomi di ano, pene, cavo orale e gola.

La protezione elevatissima ottenibile con il vaccino, si riduce nel caso in cui l'individuo sia già venuto a contatto con uno dei ceppi HPV contro cui esso è diretto. Tuttavia, poiché persiste la protezione nei confronti dei ceppi residui ed il vaccino sembra ottenere una protezione crociata rispetto ai ceppi componenti, la vaccinazione anti-HPV è approvata dagli Enti regolatori Europeo ed Italiano fino a 26 anni (acquistabile in alcune regioni a prezzo agevolato).

LILT

La LILT è l'unico Ente Pubblico di notevole rilievo su base associativa, vigilato dal Ministero della Salute, 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, gli oltre 350 punti di prevenzione ambulatoriale e le oltre 700 delegazioni comunali, la LILT si contraddistingue per il capillare radicamento sul territorio nazionale, offrendo prestazioni socio-sanitarie nella lotta contro il cancro, complementari e integrative al SSN (Servizio Sanitario Nazionale).

Obiettivi e attività

- Prevenzione primaria: corretta informazione e promozione delle sane abitudini di vita
- Diagnosi sempre più precoce
- Assistenza e riabilitazione fisica, psicologica, sociale e occupazionale
- Sostegno alla ricerca clinica ed epidemiologica
- Formazione del volontariato 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, società, imprese, 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 supportare 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!

SI RINGRAZIANO:

Prof. Cosimo Di Maggio (diagnostica senologica) - Prof. Giuseppe D'Ermo (Professore Aggregato Dirigente medico Policlinico Umberto I - Roma) - Prof. Antonio Rulli (Breast Unit senologia e Professore Associato Università - Perugia) - Prof. Francesco Torino (Ricercatore di Oncologia Medica - Università Tor Vergata - Roma) - Prof. Antonio Orlacchio (Componente Comitato Scientifico Nazionale LILT, Ordinario di Diagnostica per Immagini e Radioterapia c/o Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione Università degli Studi "Tor Vergata" - Roma) - Prof. Eugenio Procaccini (Coordinatore Breast Unit dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli" - Napoli)

SEZIONI PROVINCIALI LILT

AGRIGENTO	388 8020286
ALESSANDRIA	0131 41301
ANCONA	071 2071203
AOSTA	016 531331
AREZZO	393 9328570
ASCOLI PICENO	339 8389111
ASTI	0141 595196
AVELLINO	0825 73550
BARI	080 5210404
BAT	0883 332714
BELLUNO	0437 944952
BENEVENTO	0824 313799
BERGAMO	035 242117
BIELLA	015 8352111
BOLOGNA	051 4399148
BOLZANO	0471 402000
BRESCIA	030 3775471
CAGLIARI	070 49 55 58
CALTANISSETTA	393 8110020
CAMPOBASSO	0875 714008
CASERTA	0823 1984057
CATANIA	095 7598457
CATANZARO	0961 532113/725026
COMO	031 271675
COSENZA	0984 28547
CREMONA	0372 412341
CROTONE	0962 901594
CUNEO	0171 697057
ENNA	0935 1960323
FERRARA	340 9780408
FIRENZE	055 76939
FOGGIA	0881 661465
FORLÌ	0543 731882
FROSINONE	333 2568341

GENOVA	010 2530160
GORIZIA	0481 44007
GROSSETO	0564 453261
IMPERIA	0184 570030
ISERNIA	393 9214669
LA SPEZIA	0187 733996
L'AQUILA	0862 580566
LATINA	0773 694124
LECCE	0833 512777
LECCO	039 599623
LIVORNO	0586 811921
LODI	0371 423052
LUCCA	340 3100213
MANTOVA	0376 369177/78
MASSA CARRARA	0585 46855
MATERA	0835 332696
MESSINA	090 3690211
MILANO	02 49521
MODENA	059 374217
NAPOLI	081 5466888
NOVARA	0321 35404
NUORO	0784 619249
ORISTANO	0783 74368
PADOVA	049 8070205
PALERMO	091 6165777
PARMA	0521 988886
PAVIA	0382 33939
PERUGIA	075 5004290
PESARO	338 8076868
PESCARA	085 4283537
PIACENZA	0523 384706
PISA	050 830684
PISTOIA	0573 365280
PORDENONE	0434 20042

POTENZA	0971 441968
PRATO	0574 572798
RAGUSA	0932 229128
RAVENNA	345 4233351
REGGIO CALABRIA	0965 331563
RIETI	0746 205577
RIMINI	0541 56492
ROMA	06 88817637/47
ROVIGO	0425 411092
SALERNO	089 241623
SASSARI	079 214688
SAVONA	019 812962
SEDE CENTRALE	06 4425971
SIENA	0577 285147
SIRACUSA	0931 67306
SONDRIO	0342 219413
TARANTO	328 1752630
TERAMO	338 1541142
TERNI	0744 431220
TORINO	011 836626
TRENTO	0461 922733
TREVISO	0422 1740616
TRIESTE	040 398312
UDINE	0432 548999
VARESE	0331 623002
VENEZIA	041 958443
VERBANIA	335 5400383
VERCELLI	0161 255517
VERONA	045 8303675
VIBO VALENTIA	0963 547107
VICENZA	0444 513881
VITERBO	0761 325225

CON IL PATROCINIO:



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*



Ministero della Salute



SOS LILT
800-998877

www.lilt.it



lilt nazionale
