

Elisabetta Gregoraci per LILT

#iofaccioprevenzione

LA PREVENZIONE
È UN MESSAGGIO
PER TUTTE NOI



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

women

CAMPAGNA ASTROROSA 2016



L'indice

<i>Lettera del Presidente</i>	<i>pag. 4</i>
<i>La mammella</i>	<i>pag. 6</i>
<i>Conoscere il tumore al seno</i>	<i>pag. 7</i>
· Il cancro al seno	pag. 7
· Le lesioni preneoplastiche	pag. 9
<i>È possibile prevenire il tumore della mammella?</i>	<i>pag. 9</i>
· Prevenzione del tumore al seno: come ridurre il rischio	pag. 10
· Fattori di rischio non modificabili	pag. 10
· Test genetici del carcinoma mammario	pag. 10
· Fattori di rischio modificabili e abitudini di vita	pag. 12
· Cos'altro puoi fare per ridurre il tuo rischio?	pag. 13
· Quali sono i segni che devono indurre a visita medica?	pag. 13
<i>Quali sono gli esami per scoprire precocemente il tumore della mammella?</i>	<i>pag. 14</i>
· Autoesame	pag. 15
· Visita clinica senologica	pag. 15
· Mammografia	pag. 16
· Ecografia	pag. 16
· Risonanza magnetica mammaria (RMM)	pag. 16
· Mammografia o ecografia mammaria?	pag. 16
· Prelievi con ago	pag. 17
· Altri esami clinico-diagnostici	pag. 17
· Lo screening organizzato	pag. 17
· Cosa accade se una donna risulta "positiva" alla mammografia di screening?	pag. 20
· Lo screening spontaneo	pag. 20
<i>Quali percorsi diagnostici possono essere attuati al di fuori di un programma di screening?</i>	<i>pag. 21</i>
· Donna asintomatica	pag. 21
· Donna sintomatica	pag. 21
· L'autoesame nell'era dello screening	pag. 21
<i>Di quali terapie potresti aver bisogno?</i>	<i>pag. 22</i>
· Chirurgia	pag. 22
· Radioterapia	pag. 22
· Terapie farmacologiche	pag. 22
· Terapie farmacologiche neoadiuvanti	pag. 22
· Definizione degli interventi	pag. 23
<i>Dopo le terapie</i>	<i>pag. 25</i>
<i>LILT</i>	<i>pag. 26</i>
<i>La LILT: una concreta testimonianza di solidarietà</i>	<i>pag. 27</i>
<i>Sezioni Provinciali della LILT</i>	<i>pag. 28</i>

Si ringraziano per la collaborazione alla stesura del testo il Prof. Antonio Orlacchio e il Dott. Francesco Torino dell'Università di Roma Tor Vergata

Lettera del Presidente



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 e una maggiore sensibilizzazione della donna alla diagnosi precoce, rivelatasi strategicamente determinante e vincente in termini di guaribilità e migliore qualità di vita.

Si stima che in Italia nel 2016 saranno oltre 50.000 i nuovi casi di cancro della mammella. L'aumento dell'incidenza del tumore al seno è stata pari ad oltre il 15% nell'ultimo quinquennio. In particolare il tumore al seno ha registrato un aumento tra le giovani donne e 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 per ora previsto dal Servizio Sanitario Nazionale e 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" che ogni anno si tiene nel mese di ottobre, promuove la cultura della prevenzione come metodo di vita, affinché tutte le donne possano sottoporsi a visite senologiche periodiche, consigliando loro a partire dai 40 anni di età di effettuare adeguati controlli clinico-strumentali (visita, ecografia e mammografia). Anche perché il cancro della mammella non è da considerare come una singola malattia, presentando comportamento biologico e prognosi differenti, ed identificare correttamente le caratteristiche biomolecolari del tumore spalanca nuove possibilità terapeutiche, sempre più appropriate e mirate. La disponibilità oggi di terapie innovative e di sempre più raffinate tecniche di imaging ha "incentivato" le donne a sottoporsi a periodici controlli clinico-strumentali per una efficace prevenzione e diagnosi precoce, a garanzia di una più longeva e migliore qualità di vita.

Oggi la guaribilità del cancro del seno si è attestata intorno all'80-85%.

Sicché il 15-20% delle pazienti che affronta la malattia non riesce a superarla.

Ma sappiamo anche che una diagnosi precoce di cancro al seno comporterebbe una guaribilità superiore al 95% dei casi.

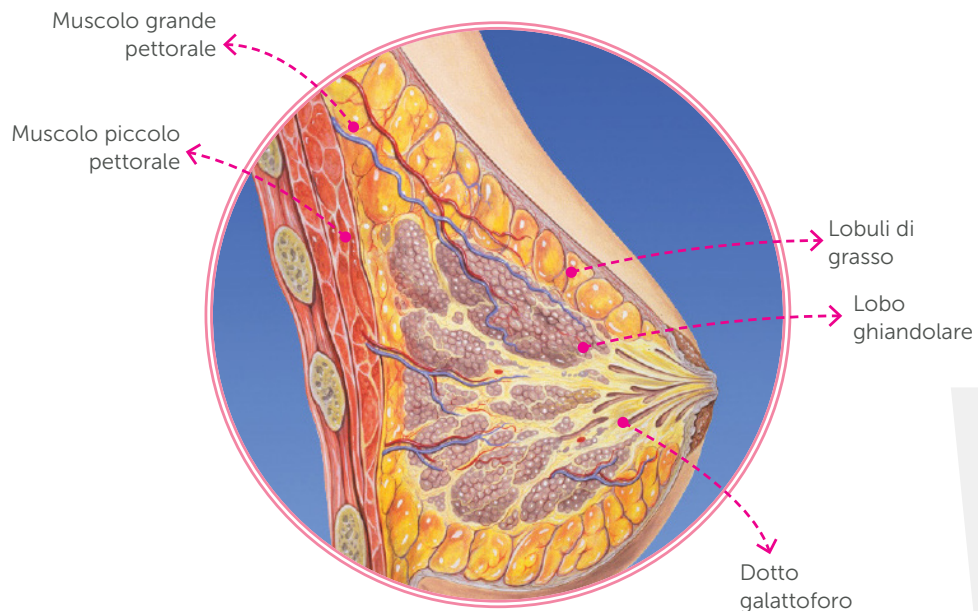
Nel 2022 la LILT celebrerà i 100 anni di attività e, ricordando quando nel dicembre del 1969 apparve sul New York Times un'inserzione con queste parole: "Perché non proviamo a sconfiggere il cancro prima del duecentesimo anniversario dell'America? Che festa sarebbe!", vorrebbe festeggiarli con la vittoria sul cancro. Con questo spirito ci sentiamo di dichiarare una guerra vincente al cancro, senza morti o prigionieri: un inno alla speranza e alla vita in una guerra difficile, non breve, ma certamente vittoriosa se sapremo prenderci cura del nostro ambiente. Questo perché oggi conosciamo l'importanza dei fattori ambientali, tant'è che definiamo il cancro: una malattia ambientale su base genetica.

Lavoreremo quindi insieme affinché i circa 3 milioni di uomini e donne con un vissuto cancro possano serenamente convivere con questa malattia, come se si trattasse di una patologia cronica (paragonabile all'artrosi, al diabete, all'ipertensione) e perché la guaribilità si possa avvicinare sempre più al nostro obiettivo finale: 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 sofisticato e regolato da alcuni geni. In condizioni di normalità tale processo avviene secondo un fisiologico programma, in modo preciso e regolare.

Tuttavia l'invecchiamento ed eventuali fattori ambientali possono danneggiare questi geni, determinando una crescita 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

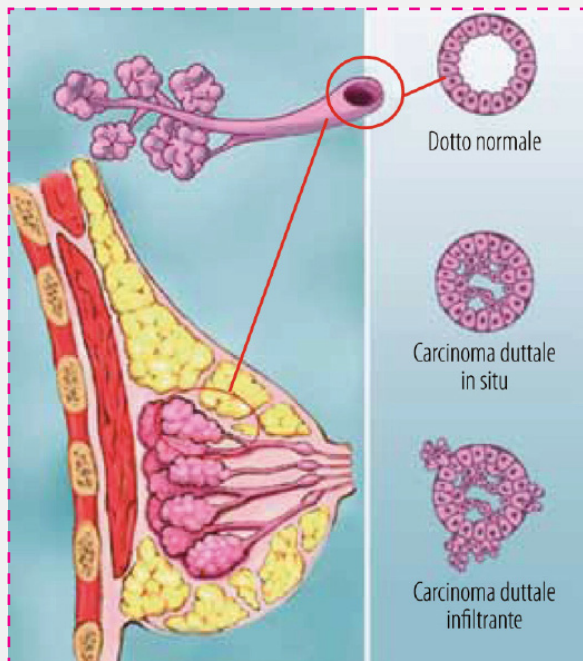
È il tumore più frequente della donna e la sua incidenza è particolarmente elevata nei Paesi occidentali ad economia più avanzata. In Italia una donna su 8 si ammala di tumore della mammella.

Si stima che in Italia vengano diagnosticati oltre 50.000 casi di carcinoma mammario l'anno.

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. 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 delle 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 intraepitrali (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.

Non vi è infatti unanime consenso sull'utilizzo di tali sostanze con finalità preventiva. È invece certo che nella maggior parte delle malattie, compresa quella neoplastica, sane abitudini alimentari e di vita ne favoriscono la prevenzione.

Fondamentale è invece la prevenzione secondaria che ha l'obiettivo di ottenere la diagnosi più precoce possibile. La scoperta del tumore (in genere con la mammografia e l'ecografia) nella sua fase iniziale permette 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 estrogeno 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 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 (BrCa1 e BrCa2), se ereditate, aumentano il rischio di sviluppare tumori della mammella e dell'ovaio ("predisposizione genetica"; vedi tabella a pagina 11).

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

te 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	Qualunque	
	2 mammelle		1 mammella			
Madre	2	2	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 BrCa1/2 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

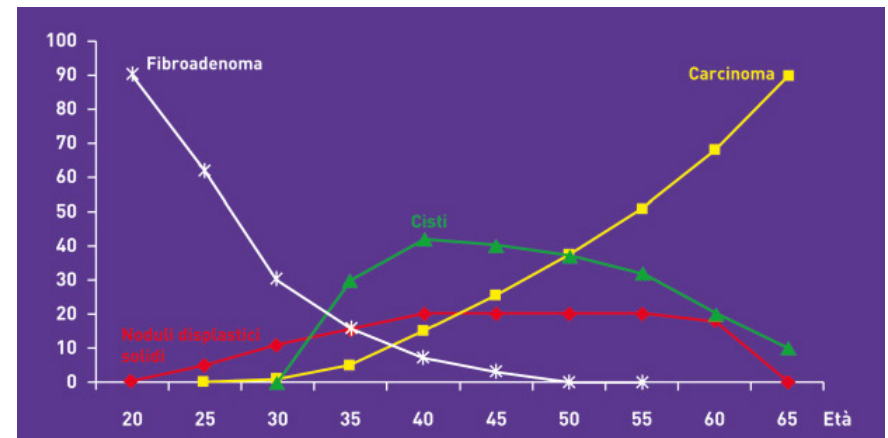
il controllo dello stile di vita – praticare una regolare attività fisica, controllare il peso corporeo, limitare il consumo di alcol, scegliere con cura la propria alimentazione e regolamentare l'assunzione di terapia ormonale dopo la menopausa – uno strumento valido per la prevenzione del carcinoma 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.

Altri segni devono comunque essere ricordati:

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



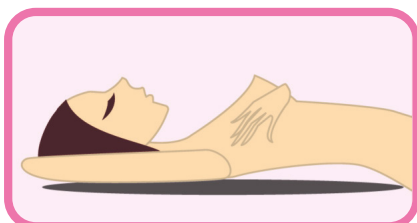
In genere il tumore della mammella non provoca dolore. Nessuno di questi segni o sintomi è sicuramente indicativo della presenza di un tumore al seno. Per tale motivo qualsiasi cambiamento che la donna individui a carico del proprio seno deve indurla a richiedere un controllo da parte del proprio medico e/o di un senologo.

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

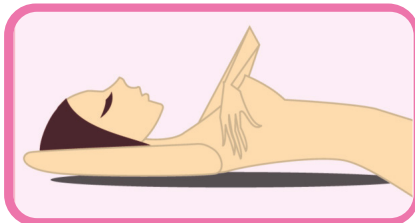
È importante scoprire il tumore il più precocemente possibile. Scoprendo un tumore quando misura meno di un centimetro, la probabilità di guarigione è di oltre il 90%, gli interventi sono conservativi e non procurano seri danni estetici alla donna.

Gli esami più importanti per la diagnosi di un tumore mammario sono:

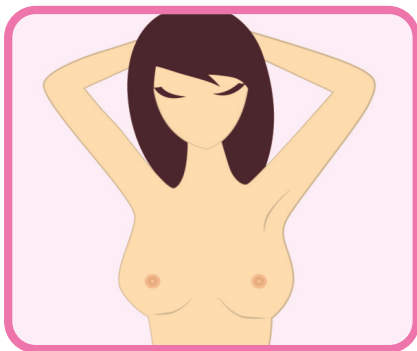
1. Palpare entrambe le mammelle in senso rotatorio (circolare) con le dita unite e piatte
2. Non tralasciare la palpazione dell'ascella e del capezzolo
3. Guardare allo specchio se vi sono irregolarità della cute
4. Evidenziare con una leggera spremitura del capezzolo se sono presenti secrezioni



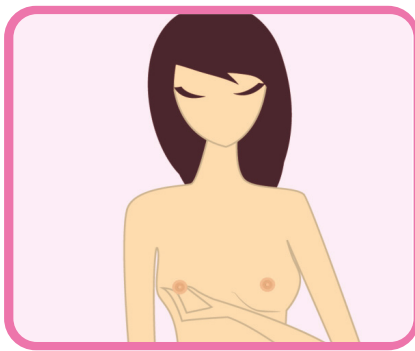
1. Palpare entrambe le mammelle in senso rotatorio (circolare) con le dita unite e piatte



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).

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

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".

In particolare fare attenzione se:

- la cute della mammella o dell'areola sembra alterata, arrossata, ispessita o retratta.
- 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 se si nota 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.

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.

Ecografia

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.

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.

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.



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 – è scientificamente dimostrata l'assenza di pericolo di disseminazione di cellule tumorali – ed hanno una funzione esclusivamente diagnostica. Ciò significa che in caso si riscontri una lesione tumorale o preneoplastica è necessario procedere comunque ad un limitato intervento chirurgico.

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

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). Questi ultimi tuttavia non sono di utilità per la diagnosi precoce del tumore, perché il loro valore nel sangue non si modifica negli stadi iniziali ma solo, e non sempre, in caso di comparsa di metastasi in organi a distanza. In alcuni casi può essere necessario eseguire anche 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 "positivo" 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).

Radioterapia

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

Terapie farmacologiche

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 (terapie con finalità "adiuvante"). 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.

Terapie farmacologiche neoadiuvanti

In alcuni casi per rendere più radicale e/o meno demolitiva l'exeresi chirurgica del tumore può essere necessario effettuare la terapia farmacologica prima dell'intervento.

Definizione degli interventi

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

Mastectomia: asportazione completa della ghiandola mammaria insieme con il capezzolo, la cute soprastante e i linfonodi ascellari (mastectomia radicale), o con conservazione dell'involucro cutaneo esterno e se possibile dell'areola e del capezzolo (mastectomia "skin-nipple sparing").

Biopsia del linfonodo sentinella: asportazione del linfonodo o dei linfonodi che per primi ricevono la linfa proveniente dal tumore e sui quali si potrebbero quindi ritrovare cellule coinvolte per via linfatica. Se l'esame istologico del linfonodo sentinella non evidenzia la presenza di cellule neoplastiche, la rimozione degli altri linfonodi può essere evitata, riducendo in tal modo eventuali complicanze come il gonfiore del braccio (linfedema).

Dissezione ascellare: asportazione completa dei linfonodi ascellari (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 (lombi 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 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 (IORT): si tratta di una tecnica in cui una singola alta dose di radiazioni viene somministrata nel corso dell'intervento chirurgico direttamente sul letto tumorale. Fra i vantaggi di questa tecnica vi è quello di poter

erogare le radiazioni direttamente sul bersaglio, risparmiando le strutture sane adiacenti e/o quelle sottostanti.

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.

2 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.



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), 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!

Note

A series of 15 horizontal dashed lines for writing notes.

si ringrazia:

Bottega Verde
NATURA ITALIANA


FIORE
di PUGLIA


sportika
teamwear since 1982




LILT
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

for **women**
CAMPAGNA NAZIONALE ROSA 2016 

www.lilt.it

SOS LILT
800-998877

 lilt nazionale