



OTTOBRE
MESE ROSA

Per
te stessa,
per chi
ti ama.



Elisabetta Gregoraci per LILT Nazionale

CON IL PATROCINIO DI



for

women
CAMPAGNA ASTROROSA



SOS LILT 800-998877

www.lilt.it lilt nazionale



for **women** 
CAMPAGNA NASTRO ROSA

INDICE

- P. 4** Introduzione del Presidente
- P. 6** Conoscere il tumore della mammella
- P. 8** Prevenzione del tumore della mammella
- P. 10** Diagnosi
- P. 14** Consigli Pratici
- P. 15** Prevenzione per tutte le identità
- P. 16** Il rischio eredo-familiare
- P. 17** I programmi di *screening*
- P. 19** Terapia
- P. 25** Preservare la fertilità: una possibilità concreta
- P. 26** Test genetici
- P. 26** Il *Follow-up* nel carcinoma della mammella: un percorso di cura verso la normalità. Guida per Pazienti e Medici di Medicina Generale
- P. 29** Quale riabilitazione
Dopo il carcinoma mammario
- P. 33** Dopo le terapie
- P. 34** Prevenire i tumori del collo dell'utero
- P. 34** Consigli per i giovanissimi
- P. 35** Bellezza è benessere
Vedersi meglio per sentirsi meglio
- P. 36** Supporto psicologico
La paziente e la sua famiglia
- P. 37** Diritto all'oblio oncologico
- P. 38** Il futuro in senologia
- P. 39** La LILT
- P. 42** Come sostenere la LILT

INTRODUZIONE DEL PRESIDENTE



VINCERE IL CANCRO AL SENO!

Sono circa 60.000 i nuovi casi l'anno di cancro al seno, che si conferma il big killer n.1, peraltro rappresentando il 30% di tutti i tumori che colpiscono le donne.

E sono circa 1 milione le donne italiane che hanno vissuto l'esperienza cancro al seno, con oltre 45.000 di loro in malattia avanzata. Grazie però alle nuove disponibilità diagnostico-terapeutiche registriamo una crescente percentuale di guaribilità, il cui finale

obiettivo è: mortalità zero per cancro al seno!

Un traguardo, questo, non più utopistico visti i dati di guaribilità (85%), grazie anche all'ampia rosa delle sempre più innovative tecnologie diagnostiche (v. intelligenza artificiale), dei trattamenti terapeutici personalizzati, della possibilità di predire questa patologia e della maggiore sensibilità e coinvolgimento della donna.

Nostro compito è poter garantire:

- uniformità territoriale dello screening (a partire dai 40-45 anni di età sino a 75 anni e con cadenza annuale);
- modulato *follow-up*, per le donne già colpite dal cancro al seno;
- coinvolgimento diretto del mondo femminile scolastico (corretta informazione, stili di vita sani, insegnamento dell'autoesame).

Oggi, registrando diagnosi di cancro al seno in donne sempre più giovani, sarebbe consigliabile eseguire una visita specialistica senologica con ecografia mammaria annuale, in donne di età compresa tra i 25 ed i 40 anni e, dai 40 anni in poi aggiungere la mammografia.

L'impegno costante della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) è investire in salute (e non in malattia), sapendo che la Prevenzione è l'arma vincente contro il cancro e lo stesso screening senologico può portare ad una riduzione della mortalità per cancro al seno sino al 40%.

Per questo la LILT, attraverso anche i fondi raccolti dal 5x1000, finanzia l'acquisto di apparecchiature diagnostiche, progetti di ricerca e borse di studio e, con i suoi circa 400 ambulatori/spazi prevenzione attivi e presenti sul territorio nazionale, invita ancora una volta le Istituzioni, Regioni ed Aziende Sanitarie ad avvalersi di detta disponibilità patrimoniale, attraverso forme di concreta collaborazione operativa (convenzioni/protocolli d'intesa) per diffondere la cultura della prevenzione oncologica (primaria, secondaria e terziaria) come metodo di vita.

In questo semplice opuscolo è riportato sinteticamente il percorso di questa malattia, lo stato dell'arte e le future prospettive, per una più lunga e migliore qualità di vita!

Prof. Francesco Schittulli
 Presidente Nazionale LILT
 Senologo-chirurgo oncologo

CONOSCERE IL TUMORE DELLA MAMMELLA

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

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

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

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

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

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

RECETTORI PER GLI ORMONI ESTROGENI E PROGESTERONE

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

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

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

LESIONI PRENEOPLASTICHE

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

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

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

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

PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

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

PREVENZIONE PRIMARIA

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

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

FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI

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

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

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

Risulta pertanto importante verificare lo stato mutazionale di questi geni nei casi di tumori mammari familiari.

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

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

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

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

Inoltre, è bene sapere che:

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

PREVENZIONE SECONDARIA

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

DIAGNOSI

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

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

Per una corretta palpazione del seno è necessario:

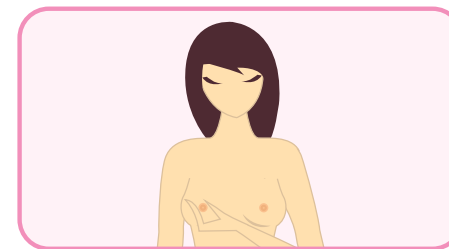
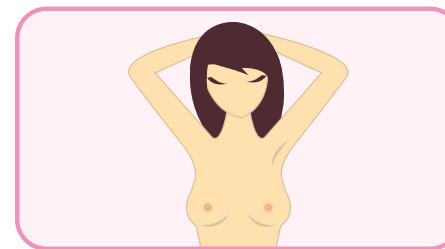
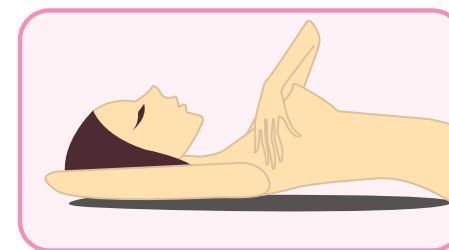
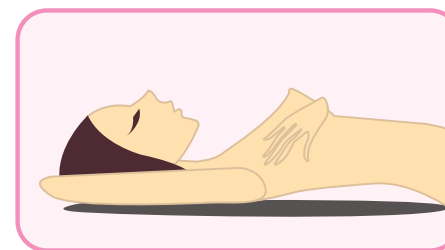
- Palpare entrambe le mammelle in senso rotatorio (circolare) con le dita unite a piatto.
- Non tralasciare la palpazione dell'ascella e del capezzolo.
- Guardare allo specchio se vi siano irregolarità della cute.
- Evidenziare, con una leggera spremitura del capezzolo, se sono presenti secrezioni. In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

AUTOESAME

È l'esame che la stessa donna dovrebbe eseguire ogni mese, sin da giovane. La metodologia di esame è semplice, ma è bene che sia un operatore sanitario a insegnarla. È particolarmente importante comunicare tempestivamente al proprio medico l'individuazione di eventuali cambiamenti verificatisi nel tempo e/o persistenti.

In particolare, fare attenzione se:

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

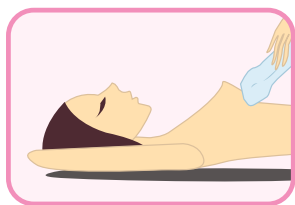


VISITA CLINICA SENOLOGICA

La visita specialistica permette al medico di valutare la presenza di noduli, segni cutanei o secrezioni sospette. In caso di anomalie, si procede con gli esami strumentali più adeguati (ecografia, mammografia). È consigliata almeno una volta all'anno, e più frequentemente in caso di familiarità o risultati sospetti.

ECOGRAFIA MAMMARIA

È una indagine clinica con la quale si misura l'elasticità del tessuto mammario, in grado quindi di poter rilevare noduli o formazioni anomale, valutando il modo in cui i tessuti duri e molli vengono compressi. Nonostante la continua rivoluzione dell'imaging e il rapido evolversi della tecnologia, l'ecografia non deve essere utilizzata come unico test per la diagnosi precoce dei tumori della mammella non palpabili.



Pertanto, essa offre contributi talora insostituibili nella diagnosi di lesioni nodulari benigne. È consigliabile che l'ecografia sia utilizzata soprattutto in associazione alla mammografia ed eventualmente, per casi particolari, alla risonanza magnetica mammaria. Indicata soprattutto nelle donne più giovani, integra la mammografia e aiuta a caratterizzare i noduli palpabili in tessuto denso. È un esame semplice, non invasivo, e non utilizza radiazioni. Non va usata da sola come test di screening.

MAMMOGRAFIA

La mammografia è l'esame cardine per la diagnosi precoce del tumore al seno, in particolare nelle donne oltre i 40 anni. Consente di individuare lesioni anche molto piccole e microcalcificazioni che possono rappresentare il primo segno di una neoplasia. Si tratta di un esame rapido e generalmente ben tollerato, che utilizza una bassa dose di radiazioni. La mammografia è il perno dei programmi di screening organizzato, e viene proposta ogni due anni alle donne tra i 50 e i 69 anni, ma può essere indicata annualmente già dai 40 anni in caso di fattori di rischio.

TOMOSINTESI MAMMARIA

La tomosintesi, detta anche mammografia 3D, rappresenta una evoluzione della mammografia tradizionale. Consente di ottenere immagini stratificate del seno, migliorando notevolmente la capacità di individuare lesioni anche in mammelle molto dense, dove la sovrapposizione dei tessuti può ostacolare la lettura dell'immagine. La tomosintesi è particolarmente utile nelle donne giovani o con seni densi e può ridurre il numero di richiami inutili dopo lo screening, aumentando l'accuratezza diagnostica.

MAMMOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO (CEM)

La mammografia con mezzo di contrasto viene eseguita dopo l'iniezione di un liquido di contrasto iodato in vena, che permette di ottenere anche informazioni riguardo la vascolarizzazione di una eventuale lesione mammaria. Alternativa innovativa alla RM, la CEM è utile quando la RM è controindicata o non disponibile. Indicata in seni densi, *follow-up* oncologico, secrezioni patologiche e per la stadiazione. Offre immagini ad alto contrasto in tempi rapidi.

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.

Le indicazioni secondo le linee guida EUSOBI includono: mutazioni genetiche (BRCA1/2), mammelle estremamente dense, stadiazione preoperatoria, monitoraggio della terapia neoadiuvante, secrezione patologica dal capezzolo, situazioni dubbie dopo mammografia/ecografia, valutazione delle protesi in *follow-up* oncologico.

MAMMOGRAFIA O ECOGRAFIA MAMMARIA?

La mammografia è l'esame di elezione per la ricerca dei tumori al seno, soprattutto nelle donne al di sopra dei 40 anni. Rappresenta l'indagine ottimale per individuare la presenza di microcalcificazioni, che talora possono essere espressione di lesioni tumorali o preneoplastiche.

L'uso della tecnica 3D con tomosintesi è oggi preferibile a quella tradizionale. Nelle giovani donne e più in generale in età fertile, a causa della maggiore densità della

mammella, lo studio viene completato con l'esecuzione di un'ecografia mammaria e, a volte, di una risonanza magnetica mammaria. Sarà lo specialista radiologo, unitamente al senologo, a indirizzare la paziente verso l'esame diagnostico più adeguato al caso.

PRELIEVI E BIOPSIE

Se gli esami evidenziano lesioni sospette, si ricorre a tecniche mini-invasive: agoaspirato (FNAC), agobiopsia, biopsia *vacuum-assisted*. Permettono diagnosi precise senza necessità di chirurgia maggiore.

La metodica di imaging utilizzata come guida per il prelievo è quella dove è visibile la lesione da biopsizzare. La guida ecografica è sempre preferibile, se possibile, poiché più facile, veloce, economica e meglio tollerata dalle pazienti.



I prelievi possono essere eseguiti con ago sottile ("agoaspirato", che permette l'esame citologico del materiale aspirato) sia con ago di dimensioni lievemente maggiori ("agobiopsia", che permette l'esame istologico dei frammenti di tessuto asportati). La cosiddetta "biopsia *vacuum assisted*" è un tipo di biopsia mininvasiva, eseguita in anestesia locale, che, a differenza della precedente, permette di prelevare

più frustoli di tessuto e di avere una migliore caratterizzazione istologica con una singola introduzione di ago. La procedura è ambulatoriale, non richiede una sedazione ma solo una semplice anestesia locale. Questo tipo di accertamento diagnostico è quello più largamente impiegato per lo studio delle microcalcificazioni. Ciò significa che, in caso si riscontri una lesione tumorale o preneoplastica, è necessario procedere comunque a un limitato intervento chirurgico.

CONSIGLI PRATICI

Ogni donna - in base all'età, al rischio e alla familiarità - dovrebbe confrontarsi con il proprio medico per pianificare un percorso personalizzato di diagnosi precoce.

ETÀ / CONDIZIONE	ESAMI CONSIGLIATI	FREQUENZA
25-39 anni	Autopalpazione + Visita senologica	Annuale
40+ anni	Visita + mammografia + ecografia	Annuale o biennale
Rischio aumentato	Aggiungere RM, test genetici	Secondo le indicazioni
Sospetto clinico	Agobiopsia / vacuum / RM/ CEM	In base alla valutazione

PREVENZIONE PER TUTTE LE IDENTITÀ

LA SALUTE DEL SENO – E NON SOLO – RIGUARDA TUTTE LE PERSONE

Il tumore al seno è comunemente associato alle donne cisgender, ma riguarda anche persone transgender, non binarie o intersex che possiedono tessuto mammario e ormoni che possono influenzare il rischio di sviluppare la malattia.

Se sei una donna transgender (AMAB) e stai seguendo una terapia ormonale femminilizzante da alcuni anni, il tuo rischio mammario aumenta rispetto alla popolazione maschile cisgender. In questi casi, può essere utile iniziare una sorveglianza periodica, da concordare con il medico, in base all'età, alla durata della terapia e alla presenza di eventuali fattori di rischio genetici o familiari.

Se sei un uomo transgender (AFAB) e non hai effettuato una mastectomia totale, è importante sapere che il tessuto mammario residuo può comunque sviluppare un tumore. Anche in questo caso, la valutazione del rischio va fatta con il supporto di professionisti competenti, preferibilmente in ambienti sanitari inclusivi e rispettosi dell'identità di genere.

Inoltre, se non sono stati asportati utero e ovaie, è essenziale sapere che anche questi organi possono essere soggetti a patologie oncologiche, comprese le neoplasie dell'endometrio e dell'ovaio. L'assunzione prolungata di testosterone, in alcune persone, può modificare le caratteristiche del tessuto uterino e ovarico, anche se non vi sono ancora evidenze definitive su un aumento del rischio. In ogni caso, è raccomandato continuare con controlli ginecologici regolari, personalizzati in base

alla situazione anatomica e ormonale. Qualunque sia la tua identità o il tuo percorso di genere, la prevenzione è un diritto che ti appartiene. LILT promuove l'accesso equo e rispettoso a tutti i servizi, e lavora per garantire informazione e accoglienza a ogni persona, senza pregiudizi.

IL RISCHIO EREDO-FAMILIARE

Come per le altre forme tumorali, anche il tumore mammario è nella maggior parte dei casi (92%) di origine "sporadica". Questo significa che i danni a carico dei geni che porteranno allo sviluppo della malattia tumorale non vengono "ereditati", ma si realizzano nell'individuo durante la vita a causa di vari fattori endogeni ed esogeni (cancerogenesi a più tappe). In oltre il 5-10% dei casi, il tumore mammario si sviluppa in seguito a mutazioni di specifici geni, come quelle a carico dei geni BRCA1 e BRCA2, "ereditate" con il corredo genetico ricevuto dai genitori. È stato documentato che la donna portatrice di specifiche mutazioni a carico di questi geni ha un rischio maggiore di poter sviluppare il carcinoma mammario e/o ovarico durante la propria vita.

In particolare, le donne che hanno ereditato la mutazione di BRCA1 hanno una probabilità del 45-80% di sviluppare durante la vita un tumore al seno e del 20-40% un tumore ovarico. Le donne con mutazione di BRCA2 hanno un rischio del 25-60% di sviluppare un tumore al seno e del 10-20% di sviluppare un tumore all'ovaio. Da questo deriva che avere ereditato la mutazione non significa avere ereditato la certezza che in un momento della propria vita si svilupperà il cancro.

Si è invece di fronte ad una predisposizione familiare, avendo ereditato un rischio maggiore di sviluppare la malattia rispetto a chi non è portatore della mutazione.

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

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

di indirizzare in maniera personalizzata la paziente alle migliori strategie preventive e terapeutiche.

I PROGRAMMI DI SCREENING

Un test di *screening* è un esame in grado di identificare nella popolazione le persone con lesioni a rischio meritevoli di approfondimento diagnostico. Queste persone, "selezionate" attraverso il test di screening, vengono sottoposte ad ulteriori esami che hanno invece "finalità diagnostica". Per il tumore della mammella la selezione viene effettuata tramite la mammografia. Risultare "positive" al test di screening, quindi, non equivale a "essere con certezza affette da tumore", significa invece che vi sono segni meritevoli di approfondimento diagnostico.

In Italia il "programma di *screening*" consiste nell'invito attivo mediante comunicazione individuale a entrare in un percorso nel quale sono assicurati sia il test di screening sia gli ulteriori esami e il trattamento eventualmente necessario.

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

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

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

annuale, accompagnati anche dall'esecuzione dell'ecografia e per l'intero arco di vita. La LILT raccomanda vivamente di aderire all'invito del SSN a eseguire la mammografia di screening inviato dalla propria ASL di appartenenza e offre, per questo, la più ampia disponibilità collaborativa per una capillare sensibilizzazione della popolazione femminile, anche attraverso le proprie Associazioni Provinciali. Per le donne più giovani di 50 anni o con più di 70 anni, la LILT raccomanda di rivolgersi al proprio medico di fiducia, ovvero a specialisti esperti in senologia, per concordare eventuali programmi individuali di prevenzione e di diagnosi precoce (autopalpazione, visita, indagini diagnostiche-strumentali) ma la LILT invita a sottoporsi spontaneamente alla prima mammografia a partire dai 40 anni per ottenere una anticipazione diagnostica del tumore mammario che presenta un primo picco di incidenza ai 45 anni. La LILT, impegnata a investire in salute e non in malattia, mette a disposizione dei suoi Soci i propri Centri di prevenzione e diagnosi precoce nonché gli ambulatori specialistici per affidarsi a percorsi di prevenzione e sottoporsi a visite specialistiche.

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE NELLA DIAGNOSTICA SENOLOGICA

L'intelligenza artificiale applicata alla diagnostica senologica offre un supporto sempre maggiore nell'individuazione di lesioni non sintomatiche.

Essa è entrata in campo sanitario da numerosi decenni e, in particolare, in ambito senologico ha assistito l'interpretazione delle immagini mammografiche con CAD (software addestrati dal medico), in grado di rilevare opacità che potrebbero non essere evidenti all'occhio umano e, nei casi di aree dubbie, classificarle come benigne o maligne. La più recente forma di intelligenza artificiale a disposizione è il Deep Learning, i cui software funzionano come la mente umana, imparando dall'esperienza, potenziando le informazioni corrette ed eliminando quelle sbagliate. A differenza del precedente machine learning che ha mostrato un appiattimento delle performances con il tempo, il deep learning consente di migliorare l'accuratezza diagnostica con l'aumento delle esperienze e dei dati offerti. L'intelligenza artificiale è stata applicata a diversi esami di imaging della diagnostica senologica, tra cui anche l'ecografia. In particolare, la letteratura scientifica pullula di articoli in cui si valutano le performances sia nella predizione benigno-maligno, che in merito all'assetto recettoriale, all'istotipo, al rischio di metastasi linfonodali ascellari nonché alle probabilità di risposta

completa dopo eventuale trattamento neoadiuvante. In particolare, potrebbe essere un valido ausilio soprattutto nello staging ascellare che, come sottolineato dalle recenti linee guida ESMO 2024, rappresenta uno spartiacque nel percorso diagnostico-terapeutico, indirizzando verso la chemioterapia neoadiuvante o la chirurgia up front. Inoltre, anche i più recenti studi pubblicati (ad esempio SOUND del 2024) che indicano la possibilità di una completa omissione della chirurgia ascellare, nelle donne con T1 ed ecografia ascellare negativa, potrebbe risultare utile nella selezione delle pazienti a cui risparmiare la biopsia del linfonodo sentinella. Inoltre, sono stati pubblicati studi in cui è riportato che potrebbe migliorare anche lo screening territoriale, facilitando la diffusione dell'ecografia mammaria e riducendone l'operatore-dipendenza. Si tratta di una branca in corso di studio e di ricerca, ma in rapida evoluzione, che potrebbe stravolgere l'attuale modo di fare diagnosi, evitando le biopsie o consentendo di selezionare meglio le pazienti da indirizzare a trattamento chirurgico. La peculiarità più interessante dell'intelligenza artificiale è che le sue performances migliorano quanti più dati vengono forniti. Pertanto, l'adesione agli studi e la raccolta di dati ed esperienze potrebbe rappresentare un enorme passo avanti nella diagnosi del cancro mammario.

TERAPIA

Il tumore al seno è in realtà un gruppo eterogeneo di malattie per le quali oggi abbiamo a disposizione un ampio ventaglio di opzioni terapeutiche complementari e variamente integrate tra loro, che comprendono la chirurgia, la radioterapia e le terapie mediche (ormonoterapia, chemioterapia, terapie biologiche o a bersaglio molecolare, etc.). La paziente che riceve una diagnosi di carcinoma della mammella è preferibile che sia seguita presso una Breast Unit che è costituita da un team di medici specialisti dedicati esclusivamente alla Senologia e composto da radiologo, chirurgo senologo, anatomopatologo, oncologo, radioterapista, chirurgo plastico e psicologo. Questo team valuterà dettagliatamente, sulla base delle dimensioni, sede, uni/multicentricità, caratteristiche biologiche del tumore e condizioni di salute della paziente, quale sia la strategia più efficace in termini di guarigione e migliore qualità di vita.

CHIRURGIA

La chirurgia è l'arma ancora oggi primaria e insostituibile per la cura e la guarigione dal cancro della mammella. Negli ultimi 50 anni le nuove conoscenze oncologiche hanno cambiato profondamente le indicazioni e le tecniche chirurgiche: dagli interventi altamente demolitivi (le mastectomie radicali e super radicali) sono succeduti quelli conservativi (associati alla radioterapia) anche con intenti estetici resi possibili dalle tecniche di oncoplastica e dalla sicurezza dimostrata anche in ambito oncologico dalla chirurgia ricostruttiva.

INTERVENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO

Consiste nell'asportazione limitata a una parte del seno, quella contenente il tumore e una parte di tessuto sano che lo circonda (resezione ghiandolare, quadrantectomia, tumorectomia) purché all'esame istologico risultino liberi da malattia neoplastica i margini dell'area asportata. Per ridurre i rischi di recidiva locale la chirurgia conservativa è seguita dalla radioterapia.

MASTECTOMIA

Le indicazioni alla mastectomia dipendono dalle dimensioni della neoplasia e della mammella, dalla sede del tumore e dalla sua eventuale multicentricità, dalla presenza di mutazione genetica, dalla controindicazione alla chemioterapia neoadiuvante, dalle scelte della paziente. La mastectomia totale comprende l'asportazione completa della ghiandola mammaria insieme al capezzolo, alla cute e al linfonodo sentinella o ai linfonodi ascellari. L'intento è ottenere la radicalità oncologica oggi ritenuta raggiungibile anche con una tecnica che va sempre più diffondendosi: la mastectomia skin/nipple sparing che conserva l'involucro cutaneo, il capezzolo e l'areola e consente la ricostruzione immediata del seno con impianto di protesi pre o retro il muscolo pettorale.

BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA

Consiste nell'asportazione del linfonodo o meglio dei linfonodi che per primi ricevono la linfa proveniente dal tumore e sui quali si potrebbero quindi ritrovare cellule neoplastiche che hanno seguito la via linfatica. Se l'esame istologico del linfonodo

sentinella non evidenzia la presenza di cellule neoplastiche, la rimozione degli altri linfonodi può essere evitata, riducendo in tal modo eventuali complicanze come il gonfiore del braccio (linfedema) e preservando la funzione fisiologica di filtro dei linfonodi stessi. In Centri Senologici specializzati e con alto volume di attività, grazie alle nuove conoscenze, sono eseguiti interventi di chirurgia ascellare meno estesa: quando 1 o 2 linfonodi sentinella risultassero positivi e il tumore fosse a basso rischio è possibile la de-escalation astenendosi dalla asportazione di tutti i restanti linfonodi ascellari riducendo così gli esiti dovuti alla dissezione.

DISSEZIONE ASCELLARE

È l'asportazione completa dei linfonodi ascellari di 1° e 2° livello (più raramente anche di quelli del 3° livello che sono asportati solo in caso di interessamento metastatico). La dissezione ascellare è necessaria in caso di metastasi dei linfonodi ascellari accertate o fortemente sospette all'esame clinico e radiologico preoperatori. Sulla chirurgia ascellare sono in corso studi e dibattiti. L'orientamento attuale è di procedere verso la de-escalation della dissezione ascellare riservandola sempre di più a casi selezionati. Ciò sia per le nuove conoscenze ottenibili circa la tipologia della neoplasia e anche perché la dissezione ascellare è la principale causa del linfedema del braccio dello stesso lato e di riduzione della sua funzionalità.

RICOSTRUZIONE MAMMARIA

Costituisce un momento del percorso di cura della paziente operata per tumore del seno nell'ambito del processo di recupero funzionale e riabilitazione della paziente ma favorisce anche il suo recupero psicologico e il ritorno a una migliore qualità di vita dopo la diagnosi e la terapia per tumore.

L'intervento di chirurgia plastica viene eseguito con la finalità di ripristinare la forma e il volume della mammella asportata dopo mastectomia ma è utile anche per ripristinare la propria fisionomia corporea. Può essere effettuata nella stessa seduta operatoria (ricostruzione immediata) o dopo la fine dei trattamenti, mediante l'inserimento di espansori tissutali e/o protesi (sopra o sotto il muscolo pettorale) 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 ma anche e soprattutto dalle aspettative e dalle scelte della paziente che, per prima cosa, deve essere fortemente motivata a sottoporsi alla ricostruzione consapevole che essa può richiedere ulteriori interventi correttivi anche sulla mammella controlaterale non interessata da malattia (mastopessi e mastoplastiche di simmetrizzazione).

LIPOFILLING

Il lipofilling del seno è una procedura chirurgica che utilizza il grasso della paziente stessa per aumentare il volume e migliorare la forma e le dimensioni del seno. Il grasso viene prelevato da altre aree del corpo, come addome o cosce, dopo essere trattato è iniettato nel seno. Questa tecnica è considerata un'opzione naturale e minimamente invasiva, senza l'uso di protesi mammarie.

RADIOTERAPIA

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia per uccidere le cellule tumorali. Essa agisce esclusivamente nella parte del corpo dove le radiazioni vengono somministrate e può essere utilizzata anche per distruggere eventuali cellule neoplastiche residue nella ghiandola mammaria o nei cavi ascellari dopo l'intervento chirurgico. Generalmente per il trattamento del tumore mammario la fonte delle radiazioni è fornita da un apparecchio esterno all'organismo, l'Acceleratore Lineare. Il beneficio della radioterapia è fondamentale e varia a seconda del tipo di intervento chirurgico effettuato.

- Dopo un intervento di chirurgia conservativa (quadrantectomia) la radioterapia sterilizza il tessuto mammario rimanente, eliminando eventuali cellule tumorali residue e riducendo drasticamente il rischio che la malattia si ripresenti nello stesso seno.
- Dopo un intervento di mastectomia (asportazione completa della mammella) la radioterapia viene generalmente proposta quando il tumore era di grandi dimensioni o quando erano presenti cellule tumorali in alcuni linfonodi ascellari per essere ancora più sicuri di aver eliminato ogni traccia della malattia.

Un tempo la radioterapia durava 5-6 settimane, oggi invece, grazie a studi scientifici e tecnologie avanzate, si utilizzano quasi sempre schemi "ipofrazionati", che permettono di completare il percorso terapeutico in un numero molto inferiore di giorni (dalle 3-3,5 settimane, dal lunedì al venerdì fino alle 5 frazioni totali in una sola settimana, secondo le indicazioni del radioterapista).

Come ogni terapia oncologica, anche la radioterapia può avere degli effetti collaterali, che sono quasi sempre temporanei e gestibili. I più comuni sono:

- Reazioni della pelle, simili ad un eritema solare, talvolta più importanti e pronunciate, e stanchezza (fatigue).

La radioterapia sulla mammella non causa invece la caduta dei capelli, poiché agisce solo localmente, e non rende radioattivi.

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

- 1. Cura della pelle:** Usa detergenti neutri e creme idratanti lenitive consigliate dal tuo medico o dal personale del centro di radioterapia, evita profumi, deodoranti alcoolici e prodotti aggressivi sulla zona trattata.
- 2. Abbigliamento:** Indossa abiti comodi, in fibre naturali (come il cotone), che non sfreghino sulla pelle irritata, preferisci reggiseni morbidi e senza ferretto.
- 3. Protezione dal sole:** La pelle trattata rimarrà sensibile per molto tempo. Evita di esporla direttamente al sole per almeno un anno dopo la fine della terapia e usa una protezione solare molto alta (SPF 50+).
- 4. Riposo e alimentazione:** Non pretendere troppo da te stessa. Riposati quando ne senti il bisogno e mantieni un'alimentazione sana e bilanciata, bevendo molta acqua. Un'attività fisica leggera, come una passeggiata, può aiutare a combattere la stanchezza.

In sintesi, la radioterapia moderna è più veloce, personalizzata e sempre più precisa: un passo fondamentale e molto efficace del percorso verso la guarigione completa.

TERAPIE FARMACOLOGICHE SISTEMICHE

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

di recidiva di malattia e aumentando le possibilità di guarigione.

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

Terapia ormonale

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

Chemioterapia

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

Terapie biologiche

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

Per tale motivo la tossicità di questi farmaci rispetto ai più comuni chemioterapici è generalmente ridotta, pur conservando il massimo beneficio terapeutico. Un esempio è rappresentato dai farmaci che agiscono selettivamente sul recettore HER2, indicati quando il tumore presenta elevati livelli di questa proteina. Oggi sempre di più sono proposte ed attuate terapie combinate, che hanno dimostrato una migliore efficacia terapeutica a lungo termine (terapie multimodali sequenziali). Le pazienti con tumore al seno ER positivo in fase avanzata (in Italia circa 40.000) vengono normalmente trattate con terapia endocrina a base di inibitori dell'aromatasi.

Oggi, lo standard di cura per queste pazienti prevede l'associazione della terapia endocrina con farmaci a bersaglio molecolare, come gli inibitori delle chinasi ciclina-dipendenti (CDK4/6), che hanno dimostrato di migliorare significativamente i risultati del trattamento.

Immunoterapia

L'immunoterapia rappresenta una frontiera promettente nel trattamento del tumore della mammella, in particolare per il carcinoma mammario con i recettori ormonali negativi, che è tra i più difficili da curare. Questo approccio terapeutico si basa sul potenziamento del sistema immunitario del paziente per combattere le cellule tumorali. Recenti studi hanno evidenziato l'efficacia dell'immunoterapia nel migliorare la sopravvivenza dei pazienti, sia nelle fasi iniziali della malattia che in quelle metastatiche.

Anticorpi coniugati

Gli anticorpi coniugati rappresentano un'altra recente innovazione nel trattamento del tumore della mammella, in particolare per i casi di tumore al seno metastatico. Questi farmaci sono una combinazione di anticorpi monoclonali, che riconoscono specifiche proteine espresse dalle cellule tumorali, e di un agente chemioterapico. L'anticorpo funge da vettore, guidando il chemioterapico direttamente alla cellula tumorale, con l'obiettivo di massimizzare l'effetto sulle cellule malate e minimizzare gli effetti collaterali sulle cellule sane.

PRESERVARE LA FERTILITÀ: una possibilità concreta

Una diagnosi di tumore al seno in giovane età apre inevitabilmente molte domande sul futuro, tra cui quella sulla possibilità di avere figli. Le terapie oncologiche, infatti, possono ridurre o compromettere la fertilità, in modo temporaneo o definitivo.

Per questo, è importante sapere che esistono tecniche di preservazione della fertilità, come la crioconservazione degli ovociti, che consentono – se pianificate prima dell'inizio dei trattamenti – di conservare una chance concreta di maternità in futuro. Anche chi è portatrice di mutazioni genetiche, come BRCA1 o BRCA2, e sta valutando interventi di prevenzione chirurgica (come la rimozione preventiva delle ovaie) può

prendere in considerazione questa opportunità. Parlane con il tuo oncologo o con un centro di medicina della riproduzione: oggi la scienza offre strumenti efficaci per difendere la qualità della vita, oltre la malattia.

TEST GENETICI

Conoscere il dettaglio delle mutazioni di ciascun singolo tumore consente di poter prevedere il comportamento biologico di quella neoplasia e di stratificare in maniera adeguata il rischio. Sono già a disposizione dei test genetici effettuati sul tumore primitivo asportato chirurgicamente che, analizzando il profilo di espressione di geni coinvolti nel processo di metastatizzazione, coadiuvano l'oncologo nella scelta del trattamento adiuvante più adeguato.

Tra questi, il test Oncotype DX si distingue per la sua capacità di analizzare l'espressione di 21 geni selezionati in un campione di 22 di tessuto tumorale. Questo test fornisce informazioni preziose sulla probabilità di recidiva del tumore e sulla risposta alla chemioterapia. In particolare, il test Oncotype DX è utilizzato per pazienti con tumore invasivo della mammella in stadio precoce, che sono positivi per i recettori ormonali e negativi per HER2. Grazie a questo test, è possibile stabilire se la chemioterapia è necessaria dopo l'intervento chirurgico, consentendo così di evitare trattamenti superflui e i loro potenziali effetti collaterali.

La LILT promuove l'uso di questi test su scala nazionale e auspica, per i casi indicati, la gratuità dell'esame. Dal 2021, in Italia è stato istituito un fondo nazionale che rende i test genomici gratuiti e rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale per le pazienti che rientrano in specifici criteri clinici stabiliti dall'oncologo medico.

IL FOLLOW-UP NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA: un percorso di cura verso la normalità. Guida per Pazienti e Medici di Medicina Generale

Superare un tumore della mammella è un percorso complesso che non termina con la fine delle terapie attive (chirurgia, chemioterapia, radioterapia). Infatti in questo momento inizia una fase altrettanto importante: il *follow-up*, un programma

di controlli periodici essenziale per monitorare lo stato di salute delle pazienti e accompagnarle verso una piena ripresa. Questo documento ha lo scopo di illustrare brevemente come si articola il *follow-up*, chiarendo il ruolo degli specialisti e del medico di Medicina Generale (MMG) in 2 fasi distinte: i primi 10 anni dalla diagnosi e il periodo successivo. L'obiettivo è fornire un percorso chiaro e rassicurante, che veda il ritorno alla "normalità" non come un abbandono, ma come il traguardo finale del percorso di cura.

Fase 1: I primi 10 anni dalla diagnosi: il follow-up specialistico

In questo primo decennio generalmente la paziente è seguita da un'équipe multidisciplinare (Breast Unit), con visite periodiche eseguite principalmente dall'oncologo medico e, se pertinente, dall'oncologo radioterapista e dal chirurgo senologo.

Gli obiettivi di questa fase sono:

- 1. La diagnosi precoce di eventuali recidive:** identificare tempestivamente un'eventuale ripresa della malattia, sia a livello locale (nella mammella operata), loco-regionale (nei linfonodi) o a distanza (metastasi).
- 2. La gestione degli effetti collaterali:** monitorare e trattare gli effetti a lungo termine delle terapie (es. linfedema, vampate di calore, dolori articolari da terapie ormonali, cardiotossicità, osteoporosi).
- 3. Il supporto psicologico:** offrire un punto di riferimento continuativo per ogni dubbio o necessità legata alla malattia pregressa, per la paziente ed i suoi caregivers.

Le modalità e la frequenza dei controlli sono codificate in ambito oncologico e stabilite dall'oncologo in base alla presentazione di malattia e ai trattamenti eseguiti. Come per i percorsi di cura anche il *follow-up* può essere personalizzato sulla paziente, la densità del seno, il tipo di tumore, l'età e il rischio genetico.

Per il Medico di Medicina Generale: In questa fase, il MMG è un alleato fondamentale. Gestisce le comorbidità, collabora con gli specialisti per il trattamento degli effetti collaterali, segnala eventuali segni clinici di sospetta ripresa e fornisce supporto continuativo. Rimane inoltre il punto di riferimento per tutte le problematiche di salute non direttamente correlate al tumore.

Fase 2: Dopo 10 anni dalla diagnosi: il ritorno alla gestione territoriale

Il superamento dei 10 anni di *follow-up* specialistico rappresenta un traguardo fondamentale. Talvolta, in caso di carcinoma in situ o a basso rischio, i tempi del follow up specialistico sono ridotti. In tutti i casi gli intervalli di tempo proposti vengono considerati adeguati per ridurre significativamente il rischio di recidiva o di sviluppare un nuovo tumore, che si avvicina a quello della popolazione generale.

Per questo motivo, la paziente può e deve essere "restituita" a un percorso di salute e prevenzione standard, gestito dal suo medico di Medicina Generale. Questo passaggio non è un abbandono, ma il riconoscimento dello stato di guarigione e un invito a riprendere in mano la propria vita, con la consapevolezza e la serenità di chi ha superato una grande sfida.

Gli obiettivi di questa fase sono:

1. **La prevenzione senologica primaria e secondaria:** come per ogni altra donna, con un'attenzione specifica alla mammella e ai tumori della sfera ginecologica.
2. **La promozione di uno stile di vita sano:** in questa fase l'attenzione si sposta dalla malattia alla salute proattiva (alimentazione, attività fisica, abolizione del fumo, stili di vita sani).
3. **La gestione della salute generale:** il MMG riprende la piena gestione della salute della paziente, integrando il suo storico oncologico nel quadro clinico complessivo.

IL PASSAGGIO DELLE CONSEGNE

Al termine del *follow-up* specialistico, l'oncologo redige una relazione clinica conclusiva per il MMG, riassumendo la storia clinica, le terapie effettuate e le raccomandazioni per il futuro. In caso di nuova sintomatologia o sospetto clinico è opportuno che il MMG riferisca la paziente nuovamente all'oncologo.

Schema dei Controlli Raccomandati:

- **Mammografia annuale:** Questo è l'unico esame di *follow-up* oncologico che deve proseguire. Se la paziente è in fascia screening riprende i periodici controlli proposti in questa fase. In alcune regioni la durata dello screening è stata estesa da 45 fino a 74 anni. In alternativa la mammografia sarà prescritta direttamente dal medico di Medicina Generale.

- **Autopalpazione del seno:** si tratta di una buona abitudine da mantenere con regolarità.
- **Visita di controllo annuale dal medico di Medicina Generale:** appare utile effettuare un *check-up* completo per monitorare la salute generale, la pressione arteriosa, il metabolismo e gestire eventuali altre patologie.
Non sono più necessari esami del sangue specifici (come i marcatori tumorali) o visite oncologiche di routine, se non in presenza di sintomi o segni specifici.

Per la Paziente: Questo è il momento di celebrare. Hai completato un percorso impegnativo. Ora, il tuo Medico di Famiglia, che conosce te e la tua storia, diventa il tuo principale alleato per una vita lunga e in salute. La prevenzione del tumore mammario con la mammografia annuale resta la tua arma più preziosa, come per tutte le donne.

10 anni: un traguardo di cura, una nuova vita.

QUALE RIABILITAZIONE - Dopo il carcinoma mammario

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

È bene che la paziente sia informata sul possibile manifestarsi di complicanze o di effetti collaterali, generalmente contenuti, delle terapie chirurgiche e radioterapiche. Taluni esiti possono comparire precocemente, cioè nei primi giorni dopo l'intervento chirurgico, altri possono manifestarsi dopo qualche settimana o anche a distanza di più tempo, a volte anche anni.

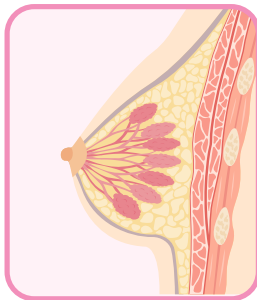
Precauzioni e consigli pratici dopo l'intervento

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

- Evitare di eseguire trasfusioni, iniezioni, misurazione della pressione dal lato dell'arto operato.
- Non sollevare oggetti eccessivamente pesanti o compiere sforzi prolungati (come

stirare, prendere in braccio i bambini, sollevare animali domestici, fare il bucato, etc.).

- Evitare sbalzi termici caldo-freddo.
- Evitare, soprattutto durante il trattamento radioterapico, di esporsi direttamente ai raggi solari o gli UVA.
- Cercare, quando si è sdraiati, di tenere in posizione elevata l'arto omolaterale al trattamento chirurgico (ad esempio, mettendo un cuscino sotto il braccio).
- Indossare un reggiseno sportivo elastico senza ferretti.
- Evitare di guidare l'automobile per le prime tre quattro settimane dopo l'intervento.
- Mobilizzare gradualmente le braccia, senza compiere sforzi eccessivi, a partire dai primi giorni dopo l'intervento.



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

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



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

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

Questi "cordoncini" (linfosclerosi), che talvolta appaiono sotto la cute dell'ascella dopo l'intervento chirurgico, non devono spaventare né limitare il movimento del braccio.



Effettuate gli esercizi lentamente, ripetendoli tante volte fino a ottenere un graduale allungamento, immaginando che il braccio si prolunghi nello spazio, senza una particolare forza (esercizio più sulla percezione che sulla motricità). Gli esercizi sono efficaci se determinano un moderato effetto di stiramento sotto l'ascella.



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

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

La produzione di siero può durare qualche settimana per poi ridursi progressivamente.

Questo non impedisce di muovere con scioltezza il braccio per le attività quotidiane, così come è importante muoversi con scioltezza se permane o compare durante la radioterapia, o a distanza di tempo, un lieve gonfiore nella zona sotto l'ascella. Il movimento contribuirà a

ripristinare la circolazione linfatica e venosa, riducendo il fastidio.

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

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

Durante l'intervento chirurgico può accadere che vengano lesi alcuni rami di un nervo della sensibilità cutanea. Nella maggior parte dei casi i sintomi dovuti alla lesione del nervo diminuiscono gradualmente nel tempo. Un'attività che preveda movimenti globali del corpo e tecniche di rilassamento e respirazione può essere utile a ridurre la sintomatologia.



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

Già qualche giorno dopo la rimozione dei punti, la cicatrice può essere trattata giornalmente utilizzando apposite creme elasticizzanti in vendita nelle farmacie.



Il massaggio va eseguito con i polpastrelli delle dita sulla cicatrice al fine di ammorbidirla, e deve produrre un movimento circolare sulla cute, senza provocare arrossamenti della zona. L'autotrattamento con le creme elasticizzanti può continuare per diversi mesi. Se le aderenze della cicatrice sono profonde può essere utile rivolgersi a fisioterapisti esperti nello scollamento manuale delle cicatrici. Nei casi più resistenti, si può ricorrere a

speciali punture sottocute con anestetico e antinfiammatori eseguite da un medico esperto o a interventi di chirurgia plastica.

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



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

Avrò il braccio gonfio?

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

Ho il braccio gonfio! Il medico dice che è "normale", conseguenza dell'intervento. Si 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. Ai primi segni di gonfiore ricorrente, è consigliabile rivolgersi a reparti o fisioterapisti specializzati nella terapia del linfedema, per curarlo in fase iniziale. Le terapie effettuate tempestivamente saranno più efficaci e potranno, in questa fase, essere risolutive.

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



L'asportazione dei linfonodi è causa di un'insufficienza linfatica che può predisporre l'arto a processi infiammatori/infettivi che si manifestano con arrossamento della cute, calore localizzato o aumento della temperatura corporea (febbre), dolore e aumento improvviso del volume dell'arto (edema). Il dolore è spesso il primo sintomo.

Tale processo infiammatorio talvolta si può manifestare anche alla mammella. La cura consiste in una terapia farmacologica a base di antibiotici e antinfiammatori, per la quale è necessario rivolgersi tempestivamente al proprio medico.

DOPO LE TERAPIE

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

Una delle preoccupazioni maggiori di chi è stata trattata per un tumore al seno è che la malattia possa ripresentarsi. Le donne operate per un tumore al seno devono rivolgersi al proprio medico per eseguire periodici controlli clinico-strumentali e per contrastare i possibili effetti collaterali dei trattamenti medici e chirurgici. Infine, la riabilitazione che non deve essere più solo fisica, ma soprattutto psicologica, nonché sociale e occupazionale. Non bisogna avere paura infatti di ricorrere a un supporto psicologico per superare un evento così sconvolgente e destabilizzante: vincere il cancro significa soprattutto infrangere dei tabù! Il cancro non si sconfigge mai da soli.

Anche in questa fase viene consigliato di:

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

PREVENIRE I TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO

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

I vaccini anti-HPV sono efficaci, sicuri e ben tollerati. È raccomandato e gratuito sia per maschi sia per le femmine dagli 11 anni di età. Consentono di prevenire complessivamente fino al 90% dei tumori cervicali e fino al 70-80% delle lesioni preneoplastiche di alto grado. I vaccini anti-HPV prevengono anche le lesioni pretumorali e tumori di vulva, vagina e ano: un'opportunità da non perdere!

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

Quindi vaccinazione per HPV e *screening* cervicale: alleati vincenti per ogni donna... e per ogni coppia.

CONSIGLI PER I GIOVANISSIMI

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

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa l'80% dei tumori più comuni può essere prevenuto seguendo stili di vita corretti.

Le tue scelte di oggi sono la migliore prevenzione per la tua salute di domani. I comportamenti più importanti su cui puoi agire sono:

- Non fumare e limitare l'alcol
 - Mangiare in modo sano (tanta frutta, verdura e pochi cibi elaborati).
 - Proteggersi dal sole con creme ad alta protezione ed evitare le ore più calde.
 - Evitare infezioni come l'HPV, che si previene con il vaccino e con rapporti protetti.
- Questi semplici gesti sono le armi più potenti che hai per difendere il tuo corpo e vivere una vita lunga e in salute".

BELLEZZA È BENESSERE - *Vedersi meglio per sentirsi meglio*

Per la donna che vive l'esperienza del tumore, e l'erosione della propria immagine personale e sociale, ritrovare bellezza e femminilità è una tappa importante per recuperare la fiducia in sé stessa. I laboratori CRE sono veri e propri centri di Medicina Estetica e Rigenerativa dedicati alle pazienti oncologiche.

Attivi in alcune sedi LILT che aderiscono all'iniziativa, il loro compito è accompagnare le donne nel percorso di riconquista di sé, che passa anche dalla cura dei disagi estetici provocati dalle terapie.

Nei CRE della LILT, per le pelli sensibili e rese più fragili dalle cure, la disidratazione, i rossori e altri inestetismi vengono affrontati con un percorso di oncoestetica individuale e personalizzato che parte da una prima valutazione diagnostica ed estetica della cute e dei suoi annessi e prosegue con la prescrizione di una terapia domiciliare basata su prodotti specifici che alleano il meglio della dermoestetica alla dolcezza di un trattamento di bellezza.

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

La costanza della cura domiciliare che estende e consolida il beneficio dei trattamenti effettuati nei laboratori CRE, incoraggia e sostiene nel tempo la riappropriazione del corpo e del valore di sé.

Un *follow-up* semestrale consentirà poi di valutare meglio i risultati ottenuti e di calibrare o aggiungere altri trattamenti, non chirurgici, a quelli già effettuati. Riconquistare la femminilità compromessa dalle terapie può davvero rendere

la donna psicologicamente più forte nella lotta contro il cancro. Perché benessere e aspetto sono, come tutti sappiamo, intimamente legati.

SUPPORTO PSICOLOGICO - La paziente e la sua famiglia

L'IMPATTO DEL TUMORE SULLA PSICHE

Essere malata di cancro non è un'esperienza che riguarda soltanto il corpo.

Fin dal momento della diagnosi il tumore irrompe nella vita della donna come un evento traumatico in grado di avere importanti ripercussioni psicologiche e di stimolare profonde reazioni emotive negative.

La malattia modifica aspetti personali, familiari e professionali, provocando a volte fatica nel riconoscersi nei vari aspetti della propria identità.

PERCHÉ IL SUPPORTO PSICOLOGICO

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

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

COSA FA UNO PSICONCOLOGO?

Lo psiconcologo è uno psicologo che ha una competenza specifica nel supporto psicologico e nella psicoterapia di chi è affetto dal tumore.

Ha come elemento prioritario quello di collaborare con l'équipe medica per promuovere la salute globale della paziente, occupandosi del suo benessere psicologico.

Gli obiettivi del supporto psicologico alla paziente oncologica sono:

- *Sostenerla nei momenti di maggiore criticità.*
- *Supportarla nell'elaborazione di nuovi significati e valori della vita.*

- *Supportarla durante i processi decisionali, aumentando la partecipazione al processo di cura e migliorando la compliance della paziente e la soddisfazione globale.*
- *Supportare la famiglia della paziente, parte integrante dell'esperienza di malattia.*
- *Promuovere stili di vita sani.*

IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

UNA NUOVA TUTELA PER CHI È GUARITO

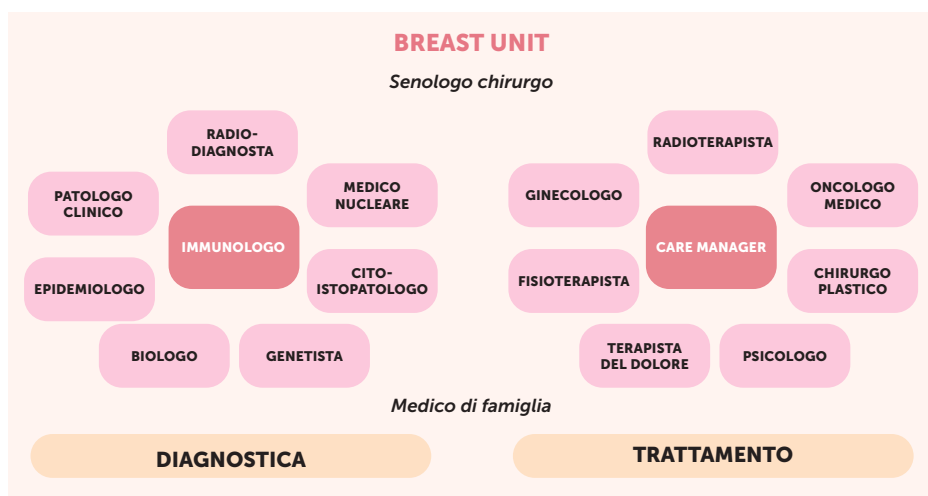
Affrontare un tumore è un'esperienza che segna profondamente, ma grazie ai progressi della medicina, sempre più persone oggi guariscono.

Tuttavia, anche dopo la guarigione, non è raro che ci si trovi davanti a ostacoli che nulla hanno a che fare con la salute: difficoltà nell'ottenere un mutuo, nell'accedere a un'assicurazione, nel partecipare a un concorso pubblico o, semplicemente, nella possibilità di riprogettare serenamente il proprio futuro.

Con l'entrata in vigore della Legge n. 193 del 2023, l'Italia ha introdotto il cosiddetto "diritto all'oblio oncologico". Si tratta di un principio fondamentale che garantisce alle persone guarite da un tumore il diritto a non essere più obbligate a dichiarare la propria pregressa malattia, qualora siano trascorsi dieci anni dalla conclusione dei trattamenti attivi e non si siano verificate recidive.

Questo periodo si riduce a cinque anni per chi ha ricevuto la diagnosi prima dei ventuno anni. Il diritto all'oblio rappresenta una svolta culturale e sociale, perché riconosce non solo la guarigione clinica, ma anche quella esistenziale. Significa che nessuno può più escluderti o discriminarti a causa della tua storia di malattia, restituendoti pienamente la libertà di vivere, lavorare e sognare.

Per approfondire questo tema e conoscere le modalità per far valere i tuoi diritti, è possibile consultare la guida completa disponibile sul sito LILT. Un semplice gesto per affermare un principio di dignità e uguaglianza che riguarda tutte e tutti.



IL FUTURO IN SENOLOGIA

I CAMBIAMENTI IN SENOLOGIA

- Rapida evoluzione della complessità clinica
- Miglioramento della diagnosi precoce
- Percorso multidisciplinare
- Pazienti più consapevoli ed esigenti

MODELLO ORGANIZZATIVO-SCIENTIFICO

- Strutture di alta qualità
- Trattamenti diagnostico-terapeutici personalizzati in linea con i protocolli internazionali
- Umanizzazione socio-sanitaria

CANCRO AL SENO: GUARIBILITÀ

- Screening (ampliamento)
- Raffinatezza tecnologica (evoluzione)
- Bioprofilo (trattamenti più efficaci)

IL RITARDO DIAGNOSTICO IN SENOLOGIA

Compromette

- Cura (trattamenti “leggeri”)
- Guarigione (sopravvivenza)
- Vita (aspettativa e qualità)

OBIETTIVI PER VINCERE IL CANCRO AL SENO

- Oncologico
- Estetico
- Psicologico

IN VIA DI SPERIMENTAZIONE

1. **Un biosensore** che utilizza strisce di carta trattate con anticorpi specifici. Questi si legano ai biomarcatori tipici del tumore al seno dopo l'invio di impulsi elettrici. Il tutto richiede poche gocce di saliva, ed i risultati si registrano in pochi secondi e con un costo di circa 6 €.
2. **La MammoWave** è una macchina per la diagnosi precoce del tumore al seno, che sfrutta la tecnologia a microonde e l'elaborazione dei dati dell'AI, riuscendo ad intercettare le più piccole variazioni dei tessuti, utilizzabile per un'attività di prevenzione anche sulle giovani donne.
3. **L'Intelligenza Artificiale** può prevedere, per esempio, se una donna svilupperà il tumore al seno in anticipo di 1-5 anni, basandosi esclusivamente sulle differenze localizzate nel tessuto del seno destro rispetto al sinistro.

LA LILT

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

Vigilato dal Ministero della Salute, opera senza fini di lucro e ha come compito istituzionale principale la promozione della cultura della prevenzione oncologica come metodo di vita. In particolare, da oltre 100 anni, la LILT promuove su tutto il territorio nazionale – in collaborazione con le principali istituzioni e le più importanti

organizzazioni nazionali e internazionali operanti in campo oncologico – campagne di sensibilizzazione e iniziative volte alla diffusione della corretta informazione e di uno stile di vita sano come efficace arma per difendersi dai tumori. È membro dell'European Cancer Leagues (ECL), mantiene rapporti con l'European Cancer Society e svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea.

LA MISSIONE

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

LE ATTIVITÀ

La LILT è da sempre un punto di riferimento nel panorama della prevenzione oncologica, sia in Italia che all'estero; offre numerosi servizi e stimola, attraverso convenzioni e protocolli d'intesa, uno scambio di informazioni ed esperienze al fine di stabilire e realizzare proficue sinergie. Indubbiamente la promozione e l'attuazione di una cultura della prevenzione rappresenta l'attività principale della LILT.

Per questo è il più grande ente pubblico dedicato alla lotta contro i tumori, intesa in tutti i suoi aspetti, collaborando attivamente con il Ministero dell'Istruzione e delle Politiche Agricole.

Prevenzione primaria

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

Prevenzione secondaria

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

Prevenzione terziaria

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

Assistenza domiciliare

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

Ricerca scientifica

La ricerca scientifica, particolarmente quella dedicata alla prevenzione, è parte integrante delle attività istituzionali della LILT. La LILT è impegnata a promuovere e attuare studi inerenti l'innovazione e la ricerca. Nel perseguimento di tale scopo la LILT collabora con le Istituzioni, gli Enti e gli organismi che operano a livello nazionale e internazionale in campo oncologico, anche attraverso borse di studio riservate a giovani neolaureati.

Nell'ultimo decennio sono stati finanziati oltre 100 progetti per circa 20 milioni di euro, aventi particolare riferimento al miglioramento della qualità della prevenzione primaria, secondaria e dell'assistenza ai pazienti oncologici e ai loro familiari. I progetti presentati, sono stati tutti sottoposti ad attenta valutazione da parte del Comitato Scientifico della LILT, costituito da personalità di riferimento a livello

internazionale nel campo della ricerca oncologica. Dal 2019 sono stati lanciati i progetti di Ricerca di Rete (PRR) e gli Investigator Grant (IG) per supportare la ricerca traslazionale.

COME SOSTENERE LA LILT

Con una donazione

Le donazioni possono essere effettuate:

- per la Sede Nazionale
 - con un versamento su cc/p 28220002
Codice IBAN: IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002
 - con un bonifico bancario intestato a:
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Sede Centrale
c/o Tesoreria Monte dei Paschi di Siena
Filiale di Roma, Via del Tritone, 14 - 00187 Roma
Codice IBAN: IT61 E 01030 03200 000006418011
BIC: PASCITMMROM
- direttamente all'Associazione LILT della propria Provincia consultando il sito www.lilt.it

5 PER MILLE PER LA LILT

È possibile aiutare la LILT devolvendo il 5 per Mille dell'Irpef. È sufficiente firmare nello spazio "Finanziamento della ricerca sanitaria" oppure "Finanziamento della ricerca scientifica e della Università" per la Sede Nazionale (C.F. 80118410580) e nello spazio "Sostegno degli enti del terzo settore iscritti nel RUNTS di cui all'art. 46, c. 1, del D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117, comprese le cooperative sociali ed escluse le imprese sociali costituite in forma di società, nonché sostegno delle ONLUS iscritte all'anagrafe" per sostenere l'Associazione LILT della propria Provincia, che si trova su www.lilt.it cliccando alla voce "La LILT in Italia" e selezionando la propria Regione. Tutte le informazioni sono disponibili sul sito www.5x1000allalilt.it

QUOTE SOCIALI

Per diventare socio LILT è sufficiente versare la quota annuale (15 euro, come socio ordinario, 100 euro, come socio sostenitore e 300 euro, come socio beneficiario).

Si ringraziano sentitamente:

Giuseppe Tonini
VicePresidente Comitato Scientifico LILT

e la Task Force Senologia:

Carlo Cabula
(Coordinatore) Chirurgo Oncologo -
Senologo

Antonella Ciabattini
Direttore Radioterapia P.O. San Filippo
Neri,
ASL Roma 1

Federica Pediconi
Resp. Servizio di senologia diagnostica
ed interventistica
Policlinico Umberto I, Sapienza
Università di Roma

Antonio Santoriello
Resp. Unità di Senologia Casa di cura
"Prof Dr Luigi Cobellis" Vallo della
Lucania

Clementina Savastano
Oncologo Medico-Salerno

Stefano Spinaci
Resp. Senologia Territoriale ASL3
Genovese



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for **women** 
CAMPAGNA NASTRO ROSA

SOS LILT 800-998877

www.lilt.it    lilt nazionale

CON IL PATROCINIO DI

