

Indice

Presentazione del prof. Mario Cristofolini	2
Prefazione del Presidente Nazionale LILT	3
I tumori della pelle	4
Incidenza e mortalità Melanoma e Sole	5
Cause e fattori di rischio	6
Come si affronta il Melanoma?	7
La diagnosi precoce	8
L'abcde del melanoma	9
Attenzione!	10
Metodi di diagnosi precoce: gli screening	11
Il ruolo del medico in medicina generale	12
Proposte di scheda referto e flow-chart	13
In caso di sospetta diagnosi di melanoma cosa bisogna fare?	14
LILT	
Obiettivi e attività, come sostenere la LILT	15
Sezioni Provinciali della LILT	16

Presentazione

Vent'anni fa Bernie Ackerman, grande dermatologo americano, scrisse: "Nessuno dovrebbe morire di melanoma".

Purtroppo la mortalità di questo tumore in Italia non diminuisce e rappresenta un problema di sanità pubblica, in quanto colpisce soggetti anche giovani.

La LILT è da sempre in prima linea nell'affrontare il problema della diagnosi precoce dei tumori cutanei, metodica vincente per ridurre la mortalità: la prima campagna di educazione sanitaria al mondo rivolta alla popolazione per individuare il melanoma nelle fasi iniziali è iniziata nel 1977, merito della LILT di Trento, ed è stata adottata da quasi tutte le Sezioni provinciali della LILT che hanno organizzato efficienti ambulatori per la diagnosi delle lesioni pigmentate.

Durante gli ultimi 30 anni la Commissione sui tumori cutanei della LILT ha prodotto numeroso materiale educativo, in parte dedicato alla popolazione: "I tumori della pelle si autodenunciano" - "C'era una volta un neo che cresceva cresceva" - "Occhio al neo", in parte dedicato ai medici di medicina generale, con l'atlante interattivo "Il melanoma si lascia riconoscere" ed il recente volumetto "Triage, diagnosi e gestione dei pazienti con tumori cutanei". Ritengo doveroso qui ricordare tra i collaboratori di questa lunga battaglia contro il melanoma gli amici Paolo Carli e Pino Cascinelli, ora non più tra noi, Silvia Franceschi, Tullio Cainelli, Giuseppe Argenziano e tutta l'équipe della dermatologia di Trento.

Preoccupata per il continuo aumento nell'incidenza del melanoma, la LILT nel 90° di fondazione ha organizzato in tutta Italia la manifestazione "Se hai cara la pelle..." rivolta alla prevenzione primaria dei tumori cutanei e alla corretta esposizione al sole e ai raggi UV artificiali. Quest'ultimo libretto è un po' la sintesi di quanto possiamo fare nella lotta al melanoma e ai tumori cutanei per realizzare quanto auspicato da Ackerman: l'annullamento della mortalità di questi tumori. Un grazie sentito alla LILT ed in particolare al Presidente Schittulli che mi ha incoraggiato e supportato in quest'opera.



Mario Cristofolini

Prefazione

Per decenni le patologie tumorali sono state considerate un vero e proprio tabù, un messaggio di sofferenza e dolore, quasi privo di speranza. E il non parlarne, il far finta di niente era il modo più semplice, anche se il più rischioso, per allontanare la paura del tumore. Ma non il cancro stesso.

Oggi, l'atteggiamento psico-sociale, per fortuna, è cambiato e fondamentali passi in avanti sono stati compiuti grazie alla ricerca, alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia.

Si è in particolare sviluppata la cultura della prevenzione e della diagnosi precoce, che si stanno sempre più diffondendo e consolidando. Attraverso la prevenzione è, infatti, possibile oggi vincere il tumore. Bastano salutari comportamenti, semplici accortezze e periodici controlli clinico-strumentali.

La prevenzione e la diagnosi precoce oggi guariscono il 60% dei casi di cancro e siamo altresì consapevoli che intensificando le campagne di sensibilizzazione potremmo arrivare ad una guaribilità, già oggi, superiore all'80%.

Tuttavia, nonostante i miglioramenti scientifici avvenuti nel tempo, il livello di guardia deve restare ancora alto sul fronte della sensibilizzazione, soprattutto nei confronti dei giovani.

Questa certezza fa sì che la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori sia sempre più attivamente impegnata sul fronte della "prevenzione". Intesa sia come prevenzione primaria (adozione di stili e comportamenti di vita salutari: niente fumo – responsabile del 30% dei tumori –, corretta alimentazione, attività fisica e lotta alla cancerogenesi ambientale e professionale), sia come prevenzione secondaria (diagnosi precoce per i tumori della mammella, del collo dell'utero, del colon-retto, della prostata, del cavo orale e della cute).

Prevenire significa vivere. Più a lungo e bene.

L'informazione corretta e l'educazione alla salute sono elementi basilari per una efficace prevenzione.

Prof. Francesco Schittulli

*Presidente Nazionale
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori*

I tumori della pelle

Il termine 'tumore' o 'neoplasia' indica una massa di cellule che crescono in eccesso e in modo sordinato rispetto ai tessuti normali. Il tumore è maligno o 'cancro' quando invade i tessuti circostanti e/o si diffonde nell'organismo proliferando in zone diverse dalla sede originaria danneggiandole (metastasi).

Il cancro è una malattia genetica: è formato da cellule del nostro organismo che si comportano in maniera anomala a causa del cattivo funzionamento di alcune porzioni del loro DNA (geni). Le alterazioni genetiche sono ereditarie solo nel 2-5% dei tumori, nella maggioranza dei casi le alterazioni del DNA sono la conseguenza di danni che si accumulano progressivamente durante la vita della persona derivati da cause esterne (sostanze chimiche, fumo, alcol, cattiva alimentazione, sedentarietà, virus ecc.) o interne (alterazioni ormonali, metaboliche o del sistema immunitario).

La maggior parte dei tumori maligni della pelle deriva dalle cellule dell'epidermide – i carcinomi – e dai melanociti – il melanoma –; sono tipici della razza caucasica, sono i più frequenti in assoluto tra tutti i tumori.

I principali tumori cutanei maligni sono:

- il carcinoma basocellulare o basalioma. Il tumore cutaneo più comune, più frequente nelle zone esposte al sole ma anche sul tronco. Si presenta come placca o nodulo a lento accrescimento che infiltra il tessuto circostante. Non dà metastasi;
- il carcinoma spinocellulare o squamocellulare, che può essere preceduto dalla cheratosi attinica (precancerosi) nelle sedi esposte al sole (viso). Si presenta come crosta o nodulo spesso sanguinante che non guarisce. Può dare metastasi, specie se insorge sulle mucose es. labbro e non viene asportato in tempo;
- il melanoma. È il più aggressivo dei tumori della pelle. Tumori anche di piccole dimensioni, infatti possono avere un decorso molto grave. L'incidenza, che è in progressivo aumento in tutto il mondo negli ultimi decenni, viene imputata in parte all'invecchiamento progressivo della popolazione, ma soprattutto alla crescente eccessiva esposizione al sole e agli UV artificiali.

Incidenza e mortalità da melanoma

In Italia il melanoma ed è più frequente al Nord in passato nelle donne, recentemente negli uomini. Per l'incidenza (dati AIRTUM - Associazione Italiana Registri Tumori - 2013) il tasso standardizzato per età è di 14,3 per i maschi e 13,6 per le femmine X 100.000 abitanti. È in aumento annuale per gli uomini del 4,7% e 9% per le donne. È il 13° tumore per i maschi e il 9° per le femmine, ma è al 3° posto tra i tumori maligni nei maschi di età 35-40 anni e 2° nelle femmine di età 35-45.

Nella graduatoria per mortalità da tumore, il melanoma è attualmente al 13° posto con 2 casi ogni 100.000 abitanti/anno per le femmine e 2,8 per i maschi. I tassi di mortalità sono negli ultimi 30 anni stazionari a fronte dell'aumento nell'incidenza.

Il melanoma continua ad essere, per la sua aumentata frequenza e per la bassa sopravvivenza in stadi avanzati, anche in soggetti giovani, un problema di sanità pubblica.

Sole e melanoma

Il melanoma nasce dalla trasformazione tumorale dei melanociti, cellule presenti nella cute, che normalmente sono deputate alla difesa della pelle dai raggi UV mediante la produzione del pigmento cutaneo (la melanina) sotto lo stimolo della luce solare. A riguardo sono stati identificati 5 tipologie (fenotipi-fototipi) di individui (tabella 1) con differente sensibilità agli effetti nocivi delle radiazioni solari.

Tabella 1. Non tutte le persone reagiscono allo stesso modo al sole per il diverso fenotipo cutaneo.

FENOTIPO	SCOTTATURE	ABBRONZATURA	CAPELLI	OCCHI
1	sempre	mai	rossi o biondi	chiari
2	sempre	leggera	biondi o castano chiari	chiari
3	a volte	sempre	biondi o castani	qualsiasi
4-5	raramente/mai	sempre	castani o neri	marroni o neri

I fototipi 1, capelli rossi e carnagione chiara, sono quelli a maggior rischio di melanoma: hanno un difetto nella sintesi della melanina, producono la feomelanina che causa stress ossidativo al DNA e che è cancerogena.

Cause e fattori di rischio

Le cause dell'insorgenza del melanoma non sono state ancora del tutto identificate, ma al suo sviluppo concorrono sicuramente fattori genetico-fenotipici e ambientali.

Fattori genetico-fenotipici - presenza di mutazioni genetiche

- Familiarità per melanoma (8 -10% dei casi: è associata a mutazioni di alcuni geni che regolano la crescita cellulare).
- Precedente melanoma.
- Appartenenza al fenotipo I e II (difficoltà ad abbronzarsi e facili scottature solari).
- Presenza di molti nevi (nei) (>50).
- Presenza di nevi atipici.

Fattori ambientali

- Il più importante fattore di rischio causale per la popolazione di pelle bianca è la scottatura da **eccessiva esposizione solare**. La gran parte dei melanomi è correlata con l'esposizione acuta e intermittente alle radiazioni UV, soprattutto in età infantile.
- Occorre ricordare che l'intensità dell'irradiazione solare non è costante, ma aumenta:
 - tra le ore 11-16, quando si concentra il 95% di tutta l'irradiazione;
 - con la stagione: in estate nel nostro emisfero;
 - con l'altitudine (+ 4% ogni 300 metri);
 - con la latitudine (vacanze in Paesi vicini all'equatore);
 - in vicinanza di superfici riflettenti. lago-mare + 10%; sabbia + 10%-25%; neve + 80%.
- Un importante fattore di rischio è rappresentato **dall'utilizzo dell'abbronzatura artificiale (lettini UVA)**.
- Altri fattori di rischio sono le terapie immunosoppressive, le radiazioni ionizzanti e alcuni composti chimici (arsenico, catrame e oli minerali, pesticidi) a cui si può essere esposti per motivi lavorativi.

Come si affronta il Melanoma?

Con due modalità: la prevenzione primaria e la diagnosi precoce.

1. Prevenzione primaria: rivolta ad evitare i fattori di rischio conosciuti. Necessita di campagne di corretta informazione ed educazione, soprattutto in età scolare, senza scoraggiare le attività all'aria aperta, importanti per un sano sviluppo psico-fisico. È poco seguita in quanto prevede un sacrificio immediato (il piacere dell'abbronzatura) per un risultato positivo a distanza (meno invecchiamento cutaneo, meno tumori della pelle).

Attenzione:

- I bambini sotto i 12 mesi non devono essere esposti direttamente al sole.
- Evitare le ustioni solari soprattutto in giovane età e in soggetti con pelle chiara (fenotipo I e II).
- Proteggere in particolare naso, orecchie, spalle, dorso piedi, cuoio capelluto (nei calvi).
- Sfruttare i mezzi fisici: alberi, ombrelloni, teli, copricapo e indumenti leggeri, meglio se con tessuti anti-UV.
- Evitare di esporsi nelle ore centrali della giornata: dalle 11:00 alle 16:00. Attenzione anche se il tempo è nuvoloso e ai riflessi (neve, sabbia, ecc.).
- Evitare l'uso di essenze e profumi prima dell'esposizione al sole, poiché possono produrre effetti secondari di allergie e scottature a seguito dell'azione dei raggi UV.
- Applicare creme e schermi solari con fattore di protezione (SPF) adeguato al proprio fenotipo. Ripetere l'applicazione ogni 2 ore. Di regola è sufficiente un fattore 10-25, 30-50 se fototipo 1 e 2. Controllare la scadenza e che siano anche anti-UVA. L'utilizzo di creme solari non deve indurre una maggiore esposizione al sole e non sostituisce ma integra i mezzi fisici di protezione.
- Non ricorrere alla abbronzatura artificiale (lampade UV-A) che rappresenta un rischio documentato di melanoma (oltre a causare il foto invecchiamento precoce e il cancro della pelle) specie in età giovanile e

nei fenotipi I e II. L'abbronzatura artificiale non protegge dalle scottature solari. In Italia sono vietate ai minori di 18 anni, donne in gravidanza, in presenza di tumori cutanei.

- Gli autoabbronzanti hanno solo effetti cosmetici ma non "preparano" la pelle al sole.
- **N.B.** L'esposizione al sole induce la produzione della vitamina D importante per prevenire il rachitismo, l'osteoporosi e per rendere più attive le difese immunitarie. Per produrla è sufficiente un breve periodo di esposizione.
- È utile un'alimentazione di vegetali ricchi di antiossidanti: pomodoro, broccoli e thè verde.

2. Diagnosi precoce: consiste nell'individuazione e nel tempestivo trattamento dei precursori o delle fasi iniziali del tumore. Il melanoma, insorgendo sulla cute, è facilmente visibile e pertanto può essere sospettato con un semplice esame visivo della pelle.

Ogni individuo dovrebbe praticare "autoesame della pelle". Per un corretto autoesame è necessario spogliarsi completamente ed osservare tutta la superficie cutanea, incluso il cuoio capelluto, le pieghe interdigitali e la pianta dei piedi, facendosi aiutare da un familiare o utilizzando due specchi per evidenziare le zone meno accessibili. In seguito si può richiedere un "controllo dei nei" da parte del medico di Medicina Generale e quindi dal Dermatologo specialista.













Quali sono i segni per sospettare un melanoma?

Il **melanoma** anche se può insorgere su tutto l'ambito cutaneo, è più frequente sulle gambe nelle donne e sul dorso nell'uomo. **Più spesso insorge su cute sana, a volte si associa ad un neo preesistente.**

SEGNALI D'ALLARME per il melanoma: sistema ABCDE

- A = asimmetria della lesione
- B = bordi irregolari, frastagliati
- C = colore policromo o nero
- D = dimensioni > 5 mm (diametro)
- E = evoluzione: modificazioni in dimensione, forma e colore in un breve periodo di tempo (6-8 mesi)

Età di comparsa più frequente dopo i 40 anni.

Benigno - Neo		Maligno - Melanoma
<p>Simmetria</p> 	<p>A</p>	<p>Asimmetria</p>  
<p>Bordi regolari</p> 	<p>B</p>	<p>Bordi frastagliati a "carta geografica"</p>  
<p>Colore uniforme marrone</p> 	<p>C</p>	<p>Policromo (nero, bruno, rosso, ecc)</p>  
<p>Dimensione minore di 6 mm</p> 	<p>D</p>	<p>Dimensione maggiore di 6 mm</p>  
<p>Non modificazioni</p>	<p>E</p>	<p>Evoluzione in dimensione, forma e colore in un breve periodo di tempo (6-8 mesi)</p>

Attenzione!

Talvolta il melanoma nella fase iniziale non presenta tutte le caratteristiche **A B C D E**: può mancare la **A** (è simmetrico), la **B** (ha bordi lineari e regolari), la **D** (è piccolo con diametro inferiore a 5 mm). È presente però la **C** (colore policromo o marcatamente nero nelle lesioni più piccole).

Nel 15% del caso si presenta come nodulo di colore uniforme simmetrico compatto in accrescimento: questa forma ha una prognosi peggiore.

Segnale d'allarme veramente importante è la E (comparsa recente in adulto e modificazioni in dimensione, forma e colore in un breve periodo di tempo: 6 - 8 mesi).

Nei soggetti che presentano numerosi nevi il melanoma si distingue perché, rispetto a tutti gli altri nevi, ha caratteristiche diverse (di regola è più nero e irregolare: viene chiamato "**brutto anatroccolo**").

È importante quindi conoscere la propria pelle e osservare il comportamento delle lesioni pigmentate ponendo attenzione all'epoca d'insorgenza.

Un nuovo neo che nasce in età avanzata è sospetto.

Nel caso si riscontrino lesioni pigmentate sospette è bene sottoporsi tempestivamente a visita dal dermatologo per una più accurata diagnosi.

Lesioni pigmentate benigne più frequenti.

Non tutte le lesioni pigmentate presenti sulla pelle sono melanomi: nell'anziano spesso si riscontrano lesioni color marrone con superficie verrucosa, le **cheratosi seborroiche**: non sono formate da melanociti e sono benigne. Molto frequenti sono le lesioni benigne formate da melanociti: **nevi o nei**.

Possono essere presenti alla nascita (nei congeniti) o insorgere dopo (nei acquisiti di regola entro i 40 anni). In generale sono macchie regolari ovali o rotondeggianti, di colore marrone o nero, piccole <6 mm, più o meno rilevati. Alcuni possono essere più grandi e irregolari (nevi atipici) questi pongono problemi di diagnosi differenziale con il melanoma.

Metodi di diagnosi precoce: gli screening

Nel melanoma lo screening di popolazione asintomatica (dai 18 ai 75 anni) non è raccomandato dalle principali associazioni di prevenzione oncologica e dermatologica per la difficoltà di reperire un numero sufficiente di dermatologi, per la spesa eccessiva e per la mancanza di documentazione della sua efficacia. Screening selettivi possono essere realizzati per soggetti ad alto rischio di melanoma (soggetti con storia familiare o personale di melanoma e di portatori di più di 100 nei o nei atipici). In questi casi si consiglia l'autoesame della pelle ogni mese e il controllo del dermatologo ogni anno. Un altro screening selettivo raccomandato in numerose nazioni riguarda i soggetti maschi >di 50 anni (portatori di alta percentuale di melanomi invasivi).

I risultati migliori si ottengono con le campagne di educazione sanitaria organizzate su territori ben definiti (provincia) con scadenze programmate: prima la formazione di un centro per le lesioni pigmentate, formato da dermatologi esperti (ambulatorio di 2° livello), poi nell'ordine il coinvolgimento degli specialisti dermatologi sul territorio (ambulatorio di 1° livello), del medico di medicina generale, quindi della popolazione resa edotta delle caratteristiche del melanoma (ABCDE) per la pratica dell'autoesame della pelle.

Questa attività ha consentito l'individuazione di melanomi sempre più precoci con spessore sempre più sottile e conseguente prognosi favorevole (in Trentino nel 1980 i melanomi diagnosticati sottili erano circa il 20%, attualmente sono oltre il 70%). Gran parte delle sezioni della LILT presentano risultati positivi in questo tipo di attività.

Apparecchiature a supporto della diagnosi Il dermatologo oltre all'osservazione diretta ad occhio nudo utilizza il dermatoscopio, apparecchiatura ottica molto semplice, che consente l'osservazione della lesioni ad ingrandimenti maggiori evidenziando specifiche caratteristiche non visibili ad occhio nudo, aumentando così l'accuratezza diagnostica ed in particolare riducendo i falsi positivi e quindi le lesioni benigne asportate inutilmente. Altri metodi sono la videomicroscopia che consente l'acquisizione e l'archiviazione delle immagini al fine di un controllo a distanza. Può essere utile, come nelle tecnologie fotografia total-body, per il follow-up dei pazienti a rischio con molti nei (di regola annuale) o nel controllo (in generale dopo 3 o 4 mesi) di una singola lesione sospetta ma non sufficientemente atipica da richiedere l'asportazione. Tecnologie automatiche o applicazioni per smartphone attualmente mostrano "in real life" margini di errore per la presenza di melanomi non diagnosticati "falsi negativi" e aumento di lesioni falsamente positive. **Comunque nulla può rimpiazzare il beneficio dell'anamnesi e dell'esame clinico diretto del dermatologo.**

Messaggi per la popolazione

Tutti possono contrarre il melanoma, ma alcuni sono più a rischio:

- Hai un familiare con melanoma? Hai già avuto un melanoma?
- Da bambino hai avuto scottature con bolle?
- La tua pelle si scotta e non si abbronzata?
- Hai più di 50 nei?
- Hai nei più grande di una gommata da matita (5 mm)?

Impara a conoscere la tua pelle, pratica l'autoesame e interpella il tuo medico o il dermatologo se:

- un nuovo neo appare in età adulta;
- un neo preesistente si modifica;
- un nuovo neo diverso dagli altri;
- un neo con le caratteristiche ABCDE.

Ruolo del medico di medicina generale e quando è necessario consultare il dermatologo: esamina la pelle dei pazienti anche se richiedono la visita medica per malattie non cutanee.

Segnala al dermatologo:

- soggetti minori di 15 anni in presenza di neo congenito > di 2 cm o nodulo in accrescimento;
- soggetti 15-50 anni con più di 20 nei agli arti superiori (100 su tutto il corpo) o lesione con aspetti ABCDE;
- soggetti oltre i 50 anni con evidenti danni solari;

ma soprattutto presenza di un nuovo neo

- in una persona con familiarità di melanoma;
- in un soggetto che è stato sottoposto a trapianto d'organo (terapie immunosoppressive) un neo diverso dagli altri (brutto anatroccolo);
- in età adulta che si modifica.

Proposta di scheda referto e flow chart

Referto per l'ambulatorio di 1° livello

non presenta lesioni patologiche o sospette, nei comuni <50. **Autosame della cute e visita solo se compaiono nuove lesioni sospette o se lesioni pregresse si modificano** controllo entro anni _____

è un soggetto a rischio. **Controllo a 1 anno. Ambulatorio II livello**

fototipo 1 nei comuni >50 (nevi braccia >20) nei atipici >5

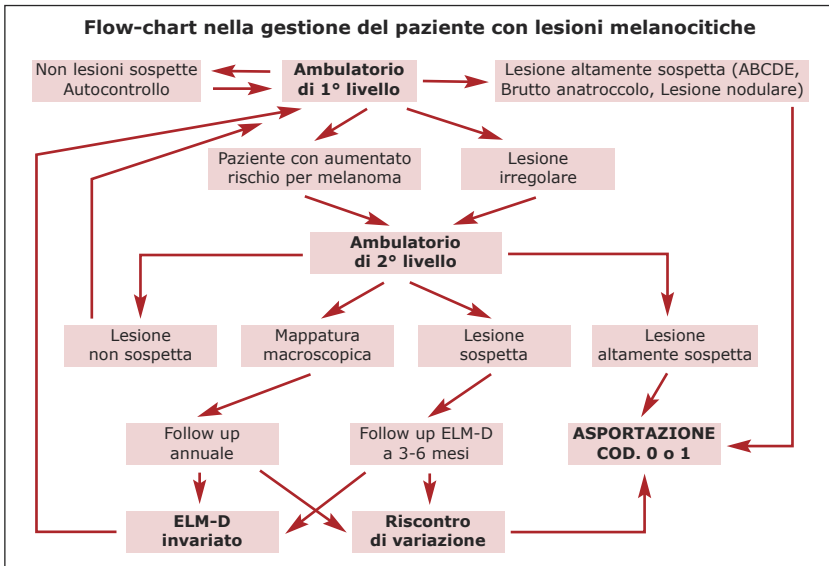
2 familiari di 1° grado per melanoma prec. melanoma o cancro alla cute

presenta lesione lievemente atipica. **Controllo a 3 mesi Ambul. II livello**

presenta lesione sospetta (ABCDE) o nodulo. **Da asportare**

cancro cutaneo melanoma nevo atipico

Ambulatorio di 2° livello, dermatologo esperto con tecnologie digitali ELM-D



In caso di sospetta diagnosi di melanoma cosa bisogna fare?

Con sospetto di Melanoma una lesione cutanea deve essere asportata chirurgicamente con una escissione a 1-2 mm in cute sana (biopsia escissionale). Prelievi parziali di lesioni sospette (biopsia incisionale) sono consentiti solo in casi particolari come ampie lesioni del volto.

Alla luce dell'esame istologico definitivo, in base alle caratteristiche del melanoma ed in particolare allo spessore secondo Breslow che rimane a tutt'oggi il fattore prognostico più importante, andranno praticate escissioni allargate che, come riportato in tutti i protocolli internazionali, prevedono 1 cm di margine per le lesioni fino ad 2 mm di spessore e 2 cm di margine per le lesioni con spessore >2 mm . I melanomi in situ possono venir escissi con 0,5 cm di margine. L'asportazione chirurgica, eseguita tempestivamente, per melanomi di basso spessore (fino ad 1 mm) è da sola garanzia di guarigione in oltre il 90% dei casi.

Per le lesioni con spessore sec. Breslow >1 mm può essere proposto lo studio del linfonodo sentinella che consiste nel prelievo del primo/i linfonodo/i drenanti la sede del tumore identificato/i da una linfoscintigrafia. Nonostante non sia dimostrato che tale procedura permetta di modificare la prognosi del melanoma, lo studio del linfonodo sentinella rimane una metodica valida e poco invasiva per la microstadiazione delle stazioni linfonodali fornendo informazioni utili anche la selezione dei pazienti candidabili a terapie adiuvanti.

Conclusioni

La prevenzione e la diagnosi precoce rappresentano gli strumenti più efficaci per ridurre l'incidenza e la mortalità del melanoma.

SE CI TIENI ALLA TUA PELLE, TIENILA D'OCCHIO!

LILT

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

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

Obiettivi e attività

- Prevenzione primaria: informazione e promozione dei corretti stili di vita.
- Diagnosi precoce.
- Assistenza e riabilitazione fisica e psicologica.
- Sostegno alla ricerca clinica ed epidemiologica.
- Formazione del volontario oncologico

Come sostenere la LILT

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

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

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

Sezioni Provinciali della LILT*

SEDE CENTRALE	Tel. 06.4425971	MATERA	Tel. 0835.332696
AGRIGENTO	Tel. 0925.905056	MESSINA	Tel. 090.3690211
ALESSANDRIA	Tel. 0131.206369 / 41301	MILANO	Tel. 02.49521
ANCONA	Tel. 071.2071203	MODENA	Tel. 059.374217
AOSTA	Tel. 0165.31331	MONZA	Tel. 02.49521
AREZZO	Tel. 0575.404785	NAPOLI	Tel. 081.5465880/ 5495188
ASCOLI PICENO	Tel. 0736.358360	NOVARA	Tel. 0321.35404
ASTI	Tel. 0141.595196	NUORO	Tel. 0784.619249
AVELLINO	Tel. 0825.73550 366.6254190	ORISTANO	Tel. 0783.74368
BARI	Tel. 080.5216157	PADOVA	Tel. 049.8070205
BARLETTA	Tel. 0883.332714	PALERMO	Tel. 091.6165777
BELLUNO	Tel. 0437.944952	PARMA	Tel. 0521.702243-988886
BENEVENTO	Tel. 0824.313799	PAVIA	Tel. 0382.27167-33939
BERGAMO	Tel. 035.242117	PERUGIA	Tel. 075.5004290
BIELLA	Tel. 015.8352111	PESARO-URBINO	Cell. 338.8076868
BOLOGNA	Tel. 051.4399148	PESCARA	Cell. 328.0235511 338.5885788
BOLZANO	Tel. 0471.402000	PIACENZA	Tel. 0523.384706
BRESCIA	Tel. 030.3775471	PISA	Tel. 050.830684
BRINDISI	Tel. 0831.520366	PISTOIA	Tel. 0573.365280
CAGLIARI	Tel. 070.495558	PORDENONE	Tel. 0434.28586
CALTANISSETTA	Tel. 0934.541873	POTENZA	Tel. 0971.441968
CAMPOBASSO	Tel. 0875.714008	PRATO	Tel. 0574.572798
CASERTA	Tel. 333.2736202	RAGUSA	Tel. 0932.229128
CATANIA	Tel. 095.7598457	RAVENNA	Tel. 0545.214081
CATANZARO	Tel. 0961.725026	REGGIO CALABRIA	Tel. 0965.331563
CHIETI	Tel. 0871.564889	REGGIO EMILIA	Tel. 0522.283844
COMO	Tel. 031.271675	RIETI	Tel. 0746.205577
COSENZA	Tel. 0984.28547	RIMINI	Tel. 0541.394018
CREMONA	Tel. 0372.412341	ROMA	Tel. 06.4425971
CROTONE	Tel. 0962.901594	ROVIGO	Tel. 0425.411092
CUNEO	Tel. 0171.697057	SALERNO	Tel. 089.220197
ENNA	Tel. 0935.511755 339.2171490	SASSARI	Tel. 079.214688
FERMO	Tel. 0734.963949	SAVONA	Tel. 019.812962
FERRARA	Cell. 340.9780408 329.4308789	SIENA	Tel. 0577.285147
FIRENZE	Tel. 055.576939	SIRACUSA	Tel. 0931.461769
FOGGIA	Tel. 0881.661465	SONDRIO	Tel. 0342.219413
FORLÌ-CESENA	Tel. 0543.731410	TARANTO	Tel. 099.4528021
FROSINONE	Tel. 0775.2071 / 333.2568341	TERAMO	Cell. 338.1541142
GENOVA	Tel. 010.2530160	TERNI	Tel. 0744.431220
GORIZIA	Tel. 0481.44007	TORINO	Tel. 011.836626
GROSSETO	Tel. 0564.453261	TRAPANI	Tel. 0923.873655
IMPERIA	Tel. 0184.570030 / 506800	TRENTO	Tel. 0461.922733
ISERNIA	Tel. 0865.441356	TREVISO	Tel. 0422.321855 335.1212509
L'AQUILA	Tel. 0862.580566	TRIESTE	Tel. 040.398312
LA SPEZIA	Tel. 0187.733996 366.6679988	UDINE	Tel. 0432.481802
LATINA	Tel. 0773.694124	VARESE	Tel. 0331.623002
LECCE	Tel. 0833.512777	VENEZIA	Tel. 041.958443
LECCO	Tel. 039.599623	VERBANO CUSIO OSSOLA	Tel. 0323.643668
LIVORNO	Tel. 0586.811921 / 444034/5	VERCELLI	Tel. 0161.255517
LODI	Tel. 0371.423052	VERONA	Tel. 045.8303675
LUCCA	Cell. 340.3100213	VIBO VALENTIA	Tel. 0963.44862
MACERATA	Tel. 0737.636748	VICENZA	Tel. 0444.513333/513881
MANTOVA	Tel. 0376.369177/8	VITERBO	Tel. 0761.325225
MASSA CARRARA	Tel. 0585/493036		

*Per ulteriori informazioni www.lilt.it