



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere



Il tumore del collo dell'utero n. 2



Il tumore del collo dell'utero

a cura della
COMMISSIONE NAZIONALE LILT "ANTICIPAZIONE DIAGNOSTICA"

Coordinatore

Prof. Pier Giorgio NATALI

*Direttore laboratorio di Immunologia e Patologia Molecolare,
Polo Oncologico Istituto "Regina Elena" (RM)*

Componenti

Dott. Francesco ANGELINI

Primario Onc. Medica Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale (RM)

Prof. Domenico D'UGO

*Responsabile U. O. di Chirurgia Generale, Policlinico A. Gemelli,
Università Cattolica del "Sacro Cuore" (RM)*

Prof. Cosimo DI MAGGIO

Professore Ordinario di Radiologia, Università (PD)

Dott. Claudio GUSTAVINO

Primario S.C. Oncologia Ginecologica, IST (GE)

Dott. Domenico MESSINA

Direttore U.O.C. Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate" (TP)

Prof. Marco SALVATORE

*Direttore Dip.to di Sc. Biomorfologiche e Funzionali,
Univ. degli Studi "Federico II", Fac. di Medicina e Chirurgia (NA)*

Dott.ssa Aurora SCALISI

Direttore U.O. Screening Ginecologico, Azienda USL 3 (CT)

Prof. Francesco Paolo SELVAGGI

*Resp. Sez. Urologia e Trapianti di Rene Dip. dell'Emergenza
e dei Trapianti di Organi (D.E.T.O.), Università degli Studi (BA)*

Prof. Giovanni SIMONETTI

*Direttore Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Imaging Molecolare,
Radiologia Interventistica e Radioterapia, Policlinico Universitario "Tor Vergata" (RM)*

Dott.ssa Daniela TERRIBILE

*Dirigente medico Chirurgia Senologica, Policlinico A. Gemelli,
Università Cattolica del "Sacro Cuore" (RM)*

Dott.ssa Anna DI IORIO

Responsabile attività scientifica, Sede Centrale LILT (RM)

In collaborazione con

Dott. Andrea PUPPO

Commissario, Sezione Provinciale LILT (GE)

Il Pap test, un esame semplice,
sicuro e... che Ti salva la vita!!!

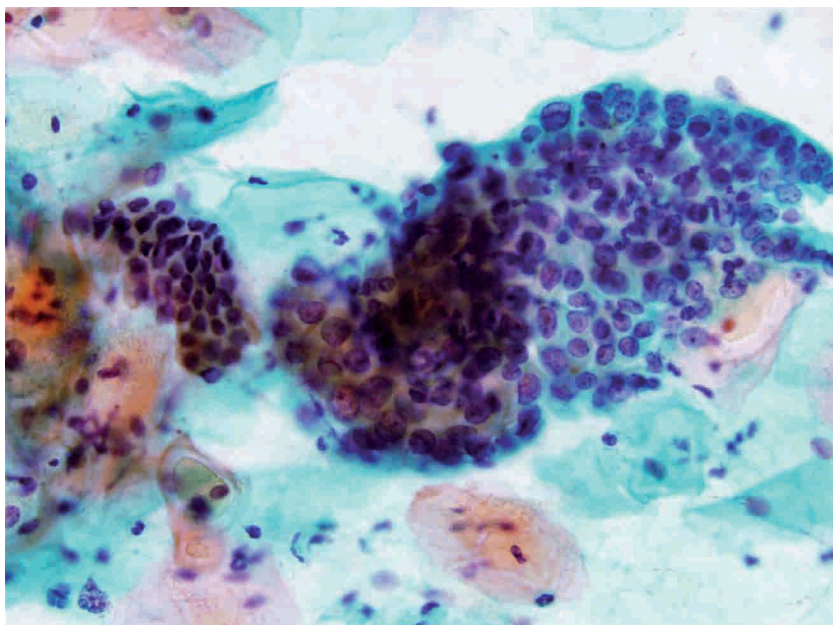


Figura 1. Preparato citologico cervico-vaginale (Pap test)



Indice

Prefazione	pag. 3
Cos'è il tumore del collo dell'utero?	pag. 4
Quali sono le cause del tumore del collo dell'utero?	pag. 7
Quali sono i segni per sospettare un tumore del collo dell'utero?	pag. 8
Quali esami possono scoprirlo?	pag. 8
Il Pap test: conosciamolo meglio!	pag. 9
In caso di Pap test positivo quali altri esami si devono effettuare?	pag. 11
Che cos'è l'HPV (Human Papilloma Virus)?	pag. 12
Vaccini anti HPV: a chi e quando?	pag. 14
Come si cura il tumore del collo dell'utero?	pag. 16
Conclusioni	pag. 16
LILT	pag. 17
■ Obiettivi e attività	pag. 17
■ Come sostenere la LILT	pag. 17
■ Sezioni Provinciali della LILT	pag. 18





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 54% 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

Cos'è il tumore del collo dell'utero?

Il collo dell'utero (cervice uterina) è la parte di questo organo che sporge in vagina. È rivestito nella sua porzione esterna (esocervice) da un rivestimento squamoso (epitelio pavimentoso composto) e nella sua porzione interna (endocervice) da un rivestimento ghiandolare (epitelio cilindrico). Il punto di passaggio tra i due epiteli viene chiamato "giunzione squamo-colonnare" (GSC) ed è una zona particolarmente sensibile ad insulti di varia natura e dove più frequentemente può insorgere il tumore (Figura 2).

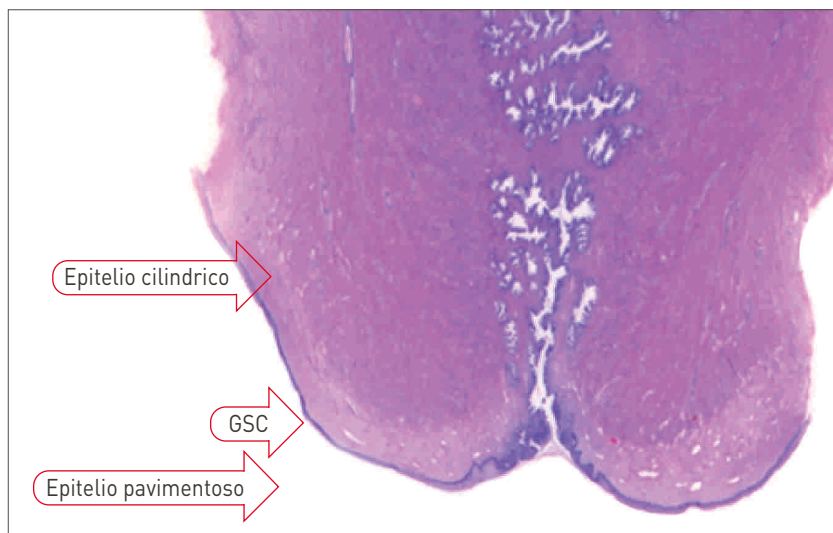


Figura 2. Collo dell'utero (immagine al microscopio). La giunzione squamo-colonnare (GSC), cioè l'area di transizione tra i due tipi di epiteli (cellule ghiandolari e squamose) che rivestono la cervice, è la zona dove avvengono, perlopiù, le modificazioni in senso tumorale.



In Italia, il carcinoma del collo dell'utero (o cervicocarcinoma) è al quinto posto, per incidenza, dopo il tumore della mammella, del colon retto, del polmone e dell'endometrio. Nel nostro Paese si registrano, ogni anno, circa 3.500 nuovi casi e 1800 decessi (vedi Tabella 1). Tale tumore invece è al primo posto per incidenza, in molti Paesi in via di sviluppo, nella fascia di età compresa tra i 35 e i 45 anni.

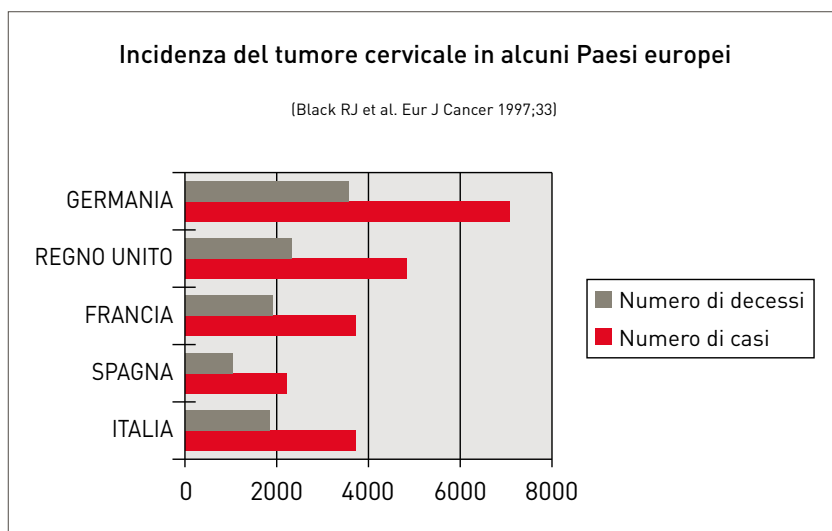


Tabella 1. Incidenza (numero di nuovi casi) di tumore cervicale in alcuni Paesi europei.



La maggior parte dei tumori del collo dell'utero sono, da un punto di vista istologico, carcinomi a cellule squamose (o spinocellulari), cioè derivati dalle cellule epiteliali squamose, mentre solo il 5% sono adenocarcinomi, cioè derivati dalle cellule ghiandolari. I tumori del collo dell'utero possono essere diagnosticati efficacemente in fase precoce (cioè in forma ancora di lesione pre-tumorale) attraverso l'esecuzione di un esame semplice e a basso costo: il Pap test (o esame colpocitologico, o detto anche esame citologico cervico-vaginale).

L'informazione, la diffusione capillare del test di screening (Pap test), il reclutamento e l'aggiornamento continuo di operatori sanitari dedicati, insieme alla recentissima introduzione della vaccinazione verso HPV, rappresentano le risorse più importanti per ridurre al minimo l'incidenza di questo tumore.

Quali sono le cause del tumore del collo dell'utero?

La ricerca scientifica ha dimostrato, ormai da diversi anni, che la causa necessaria, ma non sufficiente, per sviluppare il tumore del collo dell'utero è l'infezione persistente da parte di alcuni tipi di **Papillomavirus** (o HPV). Si tratta di virus a prevalente trasmissione sessuale molto diffusi che, in presenza di altre condizioni predisponenti solo in parte note (scarsa igiene intima, attività sessuale precoce, partner numerosi, fumo di sigaretta, uso prolungato di contraccettivi orali, HIV, immunodepressione, ecc.), può indurre, nelle cellule del collo dell'utero, la trasformazione tumorale.

In caso di infezione persistente da HPV il tempo che intercorre tra l'infezione e il carcinoma può raggiungere anche i 15-20 anni. Proprio in considerazione dei tempi della storia naturale di questo tumore, il Pap test, insieme alla frequenza con cui viene raccomandato, risulta lo strumento più efficace per individuare le lesioni precancerose del collo dell'utero (Figura 3).

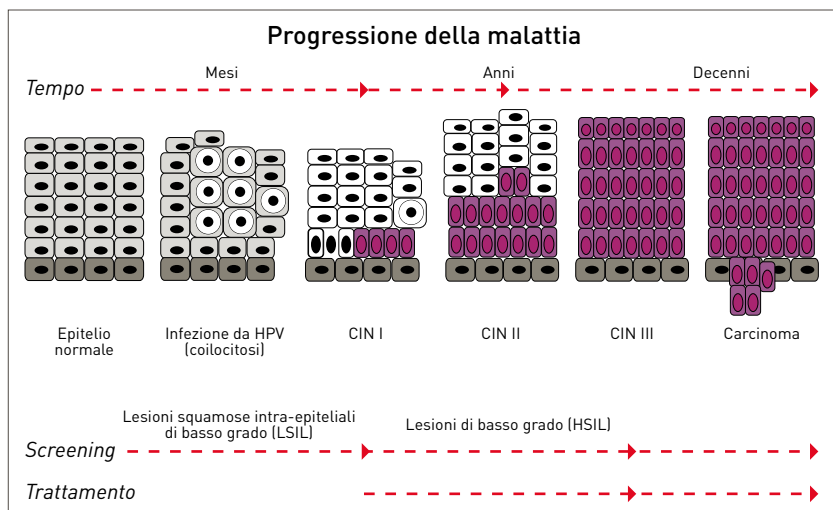


Figura 3. Storia naturale del tumore del collo dell'utero. Dall'infezione da HPV all'insorgenza delle lesioni preneoplastiche (CIN = Neoplasia Cervicale Intraepiteliale) di grado crescente dal I al III, sino al carcinoma.

Quali sono i segni per sospettare un tumore del collo dell'utero?

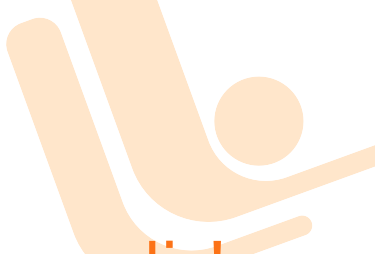
In alcuni casi il tumore della cervice uterina si può manifestare con piccole perdite di sangue vaginali, in particolare dopo i rapporti sessuali.

Tuttavia il tumore, soprattutto nelle fasi iniziali, è frequentemente asintomatico. Pertanto il Pap test, associato eventualmente alla visita ginecologica, rimane lo strumento più efficace per una corretta diagnosi precoce.

Quali esami possono scoprirlo?

Solo l'esecuzione del **Pap test** permette di individuare la stragrande maggioranza dei tumori del collo dell'utero in fase iniziale. L'esame clinico ginecologico (comprensivo dell'osservazione "a occhio nudo" della cervice attraverso l'esame con lo speculum) è positivo solo nei casi di carcinomi clinici in stadio avanzato.

In presenza di anomalie cellulari riscontrate al Pap test è necessario eseguire un esame chiamato "**colposcopia**", nel corso del quale è possibile effettuare **prelievi citologici e/o biotici** (ovvero prelievi di cellule e/o frammenti di tessuto), ed eseguire eventualmente anche l'**HPV test**, un esame di biologia molecolare in grado di identificare il DNA di alcuni sottotipi virali maggiormente responsabili dell'insorgenza del tumore.



Il Pap test: conosciamolo meglio!

Che cos'è?

È un esame che viene utilizzato per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del collo dell'utero.

A che cosa serve?

Permette di individuare le lesioni pre-tumorali e i tumori allo stadio iniziale, cioè quando i sintomi possono essere del tutto assenti.

Chi deve sottoporsi periodicamente all'esecuzione del Pap test?

In base ai programmi di screening attivi sul nostro territorio nazionale, tutte le donne a partire dai 25 anni di età e sino al 64° anno ogni 3 anni. Nelle donne più giovani le linee guida americane consigliano di datare il 1° controllo entro 3 anni dall'inizio dei rapporti.

Cos'è lo Screening

Screening è un termine inglese che vuol dire selezione. Nel caso in questione la selezione viene effettuata, tramite il Pap test, un esame semplice e non invasivo, fra popolazione a rischio di sviluppare il cervicocarcinoma e popolazione che non presenta tale rischio.

Oggi esistono 3 programmi di screening oncologici efficaci nel ridurre la mortalità (individuando la malattia nella sua fase iniziale nella popolazione sana e potendola così sconfiggere più facilmente), rivolti alle fasce di popolazione considerate a rischio: lo screening del tumore della cervice uterina che stiamo trattando, lo screening del tumore della mammella e quello del colon retto.

Tutte le ASL sono obbligate ad invitare le persone a rischio di malattia (in questo caso tutte le donne di età compresa fra 25 e 64 anni) a partecipare a questi programmi, che prevedono l'esecuzione gratuita, qualora ce ne sia bisogno, degli esami di approfondimento e di eventuali terapie.



Come si esegue? È un esame doloroso?

È un esame innocuo e indolore. Il ginecologo (o l'ostetrica) inserisce uno speculum (una sorta di divaricatore a due branche) in vagina, esponendo il collo dell'utero sul fondo vaginale. Tale visione permette di osservare il collo dell'utero e quindi prelevare le cellule dell'esocervice, utilizzando, per lo più, una spatola (spatola di Ayre), e quelle dell'endocervice mediante una sorta di spazzolino chiamato cytobrush. Le cellule poste su un vetrino, opportunamente colorate, vengono studiate da personale altamente specializzato operante in Centri qualificati.

L'introduzione del Pap test nella pratica clinica corrente, soprattutto nel contesto di specifici programmi di screening, ha ridotto l'incidenza delle forme tumorali invasive e, dunque, della mortalità, dimostrando così la grande utilità di tale indagine sia in termini di salute pubblica che di costi socio-sanitari.



In caso di Pap test positivo quali altri esami si devono effettuare?

L'esame che viene indicato per accertare o escludere la presenza di una lesione cervicale sospettata con il Pap test è la **colposcopia**.

È un esame completamente indolore ed effettuabile in ambulatorio dallo specialista ginecologo.

Consiste nell'osservazione del collo dell'utero ad un ingrandimento maggiore rispetto alla visione ad occhio nudo, servendosi di un sistema ottico e anche dell'ausilio di particolari coloranti (acido acetico e soluzione di Lugol) che permettono di visualizzare più chiaramente le aree di epitelio alterato e, quindi, di effettuare eventualmente una biopsia mirata (anch'essa non dolorosa) per il successivo esame istologico al fine di definire la natura della lesione.

L'individuazione di lesioni precancerose e di carcinomi pre-clinici permettono opzioni di trattamento perlopiù conservative ed effettuabili in regime ambulatoriale (con l'ausilio di semplici anestetici locali).



Che cos'è l'HPV (Human Papilloma Virus)

La comunità scientifica ha ormai accertato che le neoplasie maligne della cervice uterina hanno origine virale; in particolare i virus responsabili del processo di trasformazione tumorale sono i **Papilloma virus**, una famiglia di virus a DNA di cui si conoscono 100 tipi e dei quali 80 infettano l'uomo (Figura 4).

La presenza di questi virus nei cervicocarcinomi è pari al 99,7%.

Pertanto, stante la presenza del virus in tutti i carcinomi del collo dell'utero, risulta evidente che la diagnosi precoce dell'infezione da Papillomavirus ha un altissimo valore predittivo.

Da queste conoscenze nasce l'importanza di poter identificare la presenza del DNA virale nel basso tratto genitale femminile, **senza però che questa informazione costituisca una fonte di apprensione e di ansia per la paziente e per il medico**. La presenza del virus, infatti, in assenza di alterazioni cellulari citologiche e/o istologiche, costituisce solamente un fattore di rischio e non rappresenta di per sé una condizione patologica tumorale.

Infatti l'infezione da HPV (Human Papilloma Virus) è largamente diffusa tra le donne, in prevalenza tra le fasce di età più giovani (in Europa un'alta percentuale delle ragazze tra i 15 e i 17 anni è già venuta in contatto con il virus), dove però ha più spesso (80% dei casi) un carattere transitorio e un'evoluzione favorevole (cioè l'infezione regredisce spontaneamente). **Quando l'infezione da HPV scompare anche il rischio scompare.**

Il rischio di infezione da HPV è prevalentemente correlato a contatti anogenitali intimi ancor più se attuati con differenti partners o se il partner ha a sua volta rapporti con più partners. È importante inoltre sapere che molte persone affette dal Papilloma virus non presentano segni clinici e non hanno sintomi e quindi possono trasmettere il virus a loro insaputa.

È ormai noto che solo l'infezione persistente da HPV ad alto rischio oncogeno e condizioni individuali favorevoli consentono l'insorgenza del cervicocarcinoma, rendendo quest'ultimo, complicanza RARA di un'infezione molto frequente.

Dei diversi tipi di HPV solo una minoranza (tipo 16, 18, 31, 33, 35, ecc.), è capace di indurre quelle alterazioni cellulari caratteristiche del processo neoplastico; tali ceppi sono definiti a medio-alto rischio e, attualmente, sono questi ad essere ricercati con l'esecuzione dell'HPV-test, che è un test che, dal punto di vista dell'esecuzione pratica, consiste in un prelievo analogo a



quello del Pap test, e che è risultato un test ad alta sensibilità per le lesioni citologiche, sia di basso che di alto grado.

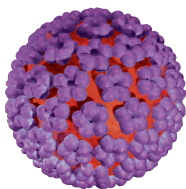
È bene ricordare che le donne con infezione persistente da HPV ad alto rischio presentano un rischio oltre 300 volte più alto di sviluppare un CIN (Neoplasia Intraepiteliale Cervicale) rispetto a donne che risultano negative.

Il test HPV in atto è indicato, dalle attuali Raccomandazioni del Ministero della Salute:

1. nei casi (*triage*) di citologia dubbia o anormale di basso grado o borderline;
2. nel follow up dopo trattamenti escissionali per CIN.

Per l'eventuale impiego di questo test come screening primario bisognerà attendere la conclusione degli studi randomizzati in corso ed in atto se ne sconsiglia l'uso al di fuori di studi controllati.

L'HPV-test è pertanto oggi un ulteriore esame a cui si può ricorrere per completare in alcuni casi la diagnosi.



HPV: dimensioni del problema

L'HPV provoca circa 470.000 casi di cancro cervicale ogni anno. Pur essendo noto che la maggior parte di questi casi si verifica nei Paesi in via di sviluppo dove le campagne di screening organizzato e spontaneo non sono effettuate, si contano, comunque, ben 35.000 decessi ogni anno per le donne residenti in Europa e USA. La percentuale di evidenza di DNA HPV in preparati istologici di cancro cervicale è del 99,7%; pertanto l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, nel 1999, ha riconosciuto l'HPV come causa necessaria per la genesi del cancro del collo dell'utero; in particolare sono stati riconosciuti i tipi 16 e 18 come agenti cancerogeni ed i tipi 31, 33 e 35 come probabilmente cancerogeni.

Figura 4. Un'immagine di Human Papilloma Virus.



Vaccini anti HPV: a chi e quando?

Le infezioni anogenitali da HPV rappresentano attualmente l'infezione sessualmente trasmessa più comune tra adolescenti e giovani donne, stimando che più del 75% della popolazione femminile andrà incontro a questa infezione nel corso della vita.

Sono quattro (ma più di cento sono conosciuti) i tipi di HPV più frequentemente contratti: il 6, l'11, il 16 e il 18. I primi due (6 e 11) sono responsabili della condilomatosi genitale nell'uomo e nella donna. I condilomi sono delle lesioni papillomatose di cute e mucose, senza implicazioni significative in senso neoplastico. I tipi 16 e 18, invece, sono responsabili del 70% dei carcinomi del collo dell'utero e di percentuali significative di tumori vaginali, vulvari, del pene e dell'ano.

Due sono ad oggi i tipi di vaccini disponibili, *uno bivalente* (HPV 16-18) *per la prevenzione delle lesioni oncologiche della cervice* e *l'altro quadrivalente* (HPV 16-18-6-11), *per la prevenzione nelle donne vaccinate anche delle lesioni condilomatose ano-vaginali*. Il programma vaccinale gratuito, programmato dal Ministero della Salute, ha come target le adolescenti di 12 anni di età. Per le altre fasce di età ci si può rivolgere alla ASL di competenza.

Dal punto di vista tecnico la produzione del vaccino prevede l'isolamento di una specifica proteina virale (definita L1) che, attraverso un procedimento particolare, riproduce una struttura simile al virus HPV; l'inoculazione avviene per via intramuscolare e prevede la somministrazione di 3 dosi (al tempo 0, dopo 2 mesi e dopo 6 mesi nel caso del vaccino quadrivalente e al tempo 0, dopo 1 mese e dopo 6 mesi per il vaccino bivalente) per produrre l'immunità (cioè la produzione di anticorpi specifici diretti contro il virus).

La tollerabilità, del vaccino, ad oggi segnalata, è buona, non essendo stati riscontrati, in corso di sperimentazione, percentuali significative di eventi avversi. Gli effetti più frequentemente descritti sono, comunque, eritema e/o dolore nella sede di iniezione, possibile nausea e sintomatologia di tipo influenzale (febbre e dolori articolari).

La somministrazione del vaccino attualmente è autorizzata fino a 26 anni di età (esistono sperimentazioni cliniche in atto che stanno studiando gruppi di donne di età superiore ma i cui risultati non sono ancora noti); ad oggi l'immunità conferita dal vaccino è stata studiata a 5 anni ed è garantita per questo periodo.



Sopra i 26 anni di età il Pap test eseguito regolarmente ogni 3 anni conferisce una protezione superiore a quella del vaccino. La vaccinazione in donne che hanno già avuto rapporti sessuali e delle quali non si conosce lo stato di infezione può dare un beneficio inferiore, perché tali donne potrebbero già avere una immunizzazione naturale nei confronti di uno degli HPV contenuti nel vaccino.

Al momento è sconsigliato praticare la vaccinazione HPV contestualmente ad altre vaccinazioni.

Controindicazione assoluta alla vaccinazione è la gravidanza.

Il vaccino è disponibile in Italia dal febbraio 2007.

È infine fortemente raccomandato a chi si vaccina di sottoporsi ugualmente ai programmi di screening attraverso l'esecuzione del Pap test, visto che il vaccino in atto esistente copre solo il 70% dei virus associati al carcinoma della cervice, poiché il rimanente 30% dei carcinomi è attribuibile a tipi di HPV che non sono prevenibili con l'attuale vaccinazione.

Per i motivi sopraesposti, pur se vaccinati, è necessario quindi adottare tutte le precauzioni che rendono minime le possibilità di contagio (ad esempio l'uso del preservativo, che protegge anche dall'AIDS).

L'utilizzazione del vaccino anti HPV rappresenta un importante presidio di prevenzione, che si affianca ma non sostituisce lo screening periodico, attualmente raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Va tenuto presente, inoltre, che i suoi effetti sulla prevenzione del cancro della cervice saranno prodotti solo tra alcuni decenni.



Come si cura il tumore del collo dell'utero?

Il carcinoma a cellule squamose, di solito, rimane localizzato o si diffonde localmente per un lungo periodo di tempo; le metastasi a distanza si verificano, infatti, tardivamente (Figura 3 pag. 7).

Le percentuali di sopravvivenza a 5 anni vanno dall'80-90% per lo stadio I (più precoce) a meno del 15% per lo stadio IV (più avanzato). Circa l'80% delle recidive si manifesta entro 2 anni. Fattori prognostici negativi includono la grandezza del tumore, l'interessamento linfonodale, l'invasione profonda della cervice e dei tessuti di sostegno dell'utero (parametri) e quella dei vasi.

CIN 1: (neoplasia intraepiteliale cervicale limitata allo strato basale dell'epitelio esocervicale) di solito non trattata chirurgicamente perché regredisce spontaneamente nell'80% dei casi.

CIN 2-3: trattamento chirurgico minimo in regime di day surgery.

Altra metodica escissionale utilizzata è la conizzazione con bisturi a lama fredda di solito riservata al trattamento del carcinoma microinvasivo, metodica che però richiede un ricovero ordinario anche se solo di qualche giorno e il ricorso all'anestesia generale. I metodi distruttivi quali la crioterapia o la diatermocoagulazione non rappresentano per questo genere di lesioni, il trattamento adeguato.

Nel caso di tumore invasivo il trattamento sarà chirurgico, accompagnato o meno da chemio e/o radioterapia.

Conclusioni

Le strategie efficaci per prevenire il tumore del collo dell'utero sono estremamente semplici e facilmente eseguibili da ogni donna:

- curare sempre la propria igiene personale
- evitare rapporti sessuali a rischio non protetti
- eseguire periodicamente il Pap test, aderendo ai programmi di screening
- effettuare controlli ginecologici regolari
- non aspettare ad avere dei sintomi per sottoporsi a dei controlli e non esitare a sottoporsi ad una visita ginecologica in caso di disturbi, anche se lievi

La LILT è l'unico Ente Pubblico su base associativa 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, le Province, 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), svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea e dell'interscambio di informazioni sul tumore tra gli 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 103 Sezioni Provinciali, i 20 Comitati Regionali e le oltre 800 delegazioni comunali, la LILT si contraddistingue per un forte radicamento sul territorio e, grazie soprattutto ai suoi oltre 350 ambulatori, offre un servizio capillare e prezioso nella lotta contro il cancro.

■ OBIETTIVI E ATTIVITÀ

- Prevenzione primaria: informazione e promozione dei corretti stili di vita
- Diagnosi precoce
- Volontariato, assistenza e riabilitazione
- Ricerca clinica ed epidemiologica

■ COME SOSTENERE LA LILT

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

- con una donazione
- diventando partner LILT
- diventando socio LILT
- con il 5 per mille alla LILT
- scegliendo di donare il proprio tempo al volontariato.

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. 090.2212646/2212619
ALESSANDRIA	Tel. 0131.41301/206369	MILANO	Tel. 02.2662771
ANCONA	Tel. 071.2071203	MODENA	Tel. 059.374217
AOSTA	Tel. 0165.31331	NAPOLI	Tel. 081.5465880
AREZZO	Tel. 800.235999	NOVARA	Tel. 0321.35404
ASCOLI PICENO	Tel. 0736.358360	NUORO	Tel. 0784.619249
ASTI	Tel. 0141.595196	ORISTANO	Tel. 0783.74368
AVELLINO	Tel. 0825.73550	PADOVA	Tel. 049.8070205
BARI	Tel. 080.5216157	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. 075.5857311
BIELLA	Tel. 015.8352111	PESARO-URBINO	Tel. 0721.364094
BOLOGNA	Tel. 051.4399148	PESCARA	Tel. 085.4252500
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. 0823.273837/333.2736202	RAGUSA	Tel. 0932.229128
CATANIA	Tel. 095.7598457	RAVENNA	Tel. 0545.214081
CATANZARO	Tel. 0961.725026	REGGIO CALABRIA	Tel. 0965.331563
CHIETI	Tel. 0871.564889/3554133	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. 06.3297730/3297731
CROTONE	Tel. 0962.901594	ROVIGO	Tel. 0425.411092
CUNEO	Tel. 0171.697057	SALERNO	Tel. 089.220197
ENNA	Tel. 0935.511755	SASSARI	Tel. 079.214688
FERRARA	Tel. 0532.236696	SAVONA	Tel. 019.812962/821403
FIRENZE	Tel. 055.576939	SIENA	Tel. 0577.285147
FOGGIA	Tel. 0881.661465	SIRACUSA	Tel. 0931.461769
FORLÌ-CESENA	Tel. 0543.731410	SONDRIO	Tel. 0342.219413
FROSINONE	Tel. 0775.841083	TARANTO	Tel. 099.4587360
GENOVA	Tel. 010.2530160	TERAMO	Cell. 338.1541142
GORIZIA	Tel. 0481.44007	TERNI	Tel. 0744.431220/275496
GROSSETO	Tel. 0564.453261	TORINO	Tel. 011.836626
IMPERIA	Tel. 0184.570030/506800	TRAPANI	Tel. 0923.873655
ISERNIA	Tel. 0865.29484	TRENTO	Tel. 0461.922733
L'AQUILA	Tel. 0862.310117	TREVISIO	Tel. 0422.321855
LA SPEZIA	Tel. 0187.732912/734462	TRIESTE	Tel. 040.398312
LATINA	Tel. 0773.694124	UDINE	Tel. 0432.481802
LECCE	Tel. 0833.512777	VARESE	Tel. 0331.623002
LECCO	Tel. 039.5916683	VENEZIA	Tel. 041.958443
LIVORNO	Tel. 0586.811921/444034	VERBANO CUSIO OSSOLA	Tel. 0323.643668
LODI	Tel. 0371.423052	VERCELLI	Tel. 0161.255517
LUCCA	Cell. 340.3100213	VERONA	Tel. 045.8303675
MACERATA	Tel. 0737.636748	VIBO VALENTIA	Tel. 0963.44862
MANTOVA	Tel. 0376.369177/8	VICENZA	Tel. 0444.513333
MASSA	Tel. 0585.493036	VITERBO	Tel. 0761.325225





www.lilt.it

