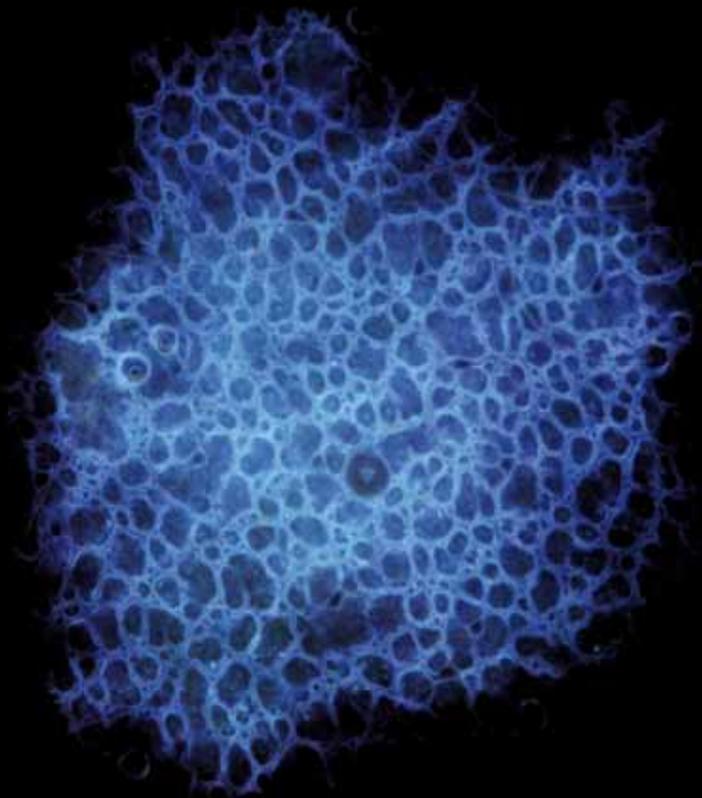




LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

*prevenire è vivere*

Proposta di un modello condiviso



**Triage, Diagnosi e Gestione  
pazienti con tumori cutanei**



A cura della **Commissione LILT sui tumori cutanei:**

Giuseppe ARGENZIANO, Alessandro ANNETTA, Paola DE SIMONE, Kitty PERIS,  
Vitaliano SILIPO, Dario VASSALLO, Iris ZALAUDEK, Mario CRISTOFOLINI

Con la collaborazione di: Ausilia MANGANONI e Alessandra MOSCAROLI

# Indice



Prefazione	pag. 2
Premessa	pag. 3
Il progetto	pag. 5
■ Prima fase: il medico di medicina generale	pag. 5
■ Seconda fase: il dermatologo	pag. 20
■ Terza fase: la gestione del melanoma	pag. 25
Appendice I	pag. 31
Appendice II	pag. 32
La LILT	pag. 33
■ Chi è la LILT	pag. 33
■ La Mission	pag. 33
■ Le attività	pag. 34
■ Come sostenere la LILT	pag. 35
Sezioni Provinciali della LILT	pag. 36



# Prefazione

L'incidenza di melanomi e di tumori cutanei è andata progressivamente aumentando tra le popolazioni europee ed il nostro Paese non fa eccezione. I tumori cutanei figurano infatti tra le neoplasie maligne più frequenti in entrambi i sessi. Ciò è comprensibilmente imputabile ad un cambiamento delle abitudini di vita e ad un aumento dell'esposizione alle radiazioni ultraviolette, sia di tipo naturale che artificiale.

La mortalità per questo tipo di neoplasia non è, fortunatamente, in crescita. Anzi si è registrata una lieve flessione, soprattutto per i giovani. Questo grazie alla diffusione della cultura della prevenzione e alla diagnosi precoce. In questo l'impegno e l'attività della LILT sono state determinanti.

In particolare, per quel che riguarda il melanoma cutaneo – poiché la sua evoluzione è strettamente correlata allo spessore raggiunto al momento della sua asportazione – la diagnosi precoce rappresenta l'arma fondamentale per ridurre significativamente la mortalità, unitamente alle regole per la corretta esposizione ai raggi ultravioletti. Oggi, la maggior parte dei melanomi viene diagnosticata in una fase clinica molto precoce, con alte probabilità di guarigione. Questo risultato è stato ottenuto anche grazie alla sensibilizzazione della popolazione e dei medici.

Tuttavia uno dei problemi che spesso si riscontrano nella diagnosi precoce del melanoma e dei tumori cutanei, nonché nella gestione clinica dei pazienti affetti da questa neoplasia, è la sensibile frequenza della patologia cutanea benigna, per la quale le persone si rivolgono agli specialisti. Se da una parte ciò è un bene, dall'altra rende più difficilmente accessibili gli ambulatori "dedicati".

La LILT, forte della sua presenza capillare su tutto il territorio nazionale, ha voluto realizzare un progetto di screening multilivello che coinvolge la persona, il medico di medicina generale, dermatologi ed operatori della LILT, per razionalizzare ed ottimizzare la diagnosi precoce dei tumori cutanei.

Scopo di questo opuscolo è inoltre quello di fornire delle "linee guida" semplici ed immediate per la diagnosi precoce dei tumori cutanei, offrendo in tal modo occasione di aggiornamento e di discussione per tutti coloro che operano nel settore.

*Prof. Francesco Schittulli*  
*Presidente Nazionale*  
*Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori*

# Premessa

I tumori cutanei rappresentano un problema sanitario rilevante a causa della loro elevata incidenza nella popolazione. In Italia si stima che almeno 15 persone su 100.000 sviluppino un melanoma ogni anno, mentre il carcinoma basocellulare, con una incidenza di almeno 10 volte superiore, rappresenta il tumore maligno più frequente nell'uomo. Il carcinoma squamocellulare si attesta, invece, su posizioni intermedie.

Lo screening del melanoma riveste una particolare rilevanza per almeno due motivi: il primo è relativo alla elevata mortalità di questa neoplasia, se la diagnosi non è tempestiva; il secondo riguarda la grande frequenza della sua controparte benigna, i nevi melanocitici, che sono presenti sulla cute di larghe fasce di popolazione. Di conseguenza, lo screening del melanoma dovrebbe coinvolgere un numero di persone molto elevato.

Negli ultimi anni l'attenzione nei confronti di questa neoplasia è molto aumentata, con il risultato di una progressiva saturazione delle strutture preposte allo screening del melanoma.





**Liste di attesa** di mesi, o addirittura anni, rappresentano ormai la norma per accedere agli ambulatori di screening, così come le liste di attesa per l'accesso agli ambulatori chirurgici, a causa dell'elevato numero di nevi benigni che, non riconosciuti clinicamente, vengono asportati inutilmente al fine di diagnosticare il melanoma in fase precoce. Tale situazione è paradossale perché per i pazienti con melanoma diviene sempre più difficile l'accesso alla diagnosi precoce e al trattamento tempestivo, visti i tempi di attesa così lunghi.

Gli aspetti generali della patologia sono stati già affrontati nel volume 4 della collana degli opuscoli LILT "Il melanoma". Scopo di questa pubblicazione è quello di proporre delle **raccomandazioni per il triage**, diagnosi e gestione clinica, sulla base delle più recenti acquisizioni nel campo delle neoplasie cutanee benigne e maligne.

Gli obiettivi sono i seguenti:

- Incremento delle diagnosi di melanoma
- Riduzione del numero di asportazioni inutili
- Riduzione delle liste di attesa negli ambulatori diagnostici e chirurgici
- Incremento della qualità del servizio assistenziale ai pazienti.

# Il progetto



Il progetto prevede l'implementazione di un percorso multidisciplinare e multilivello del paziente affetto da melanoma e suddiviso in 3 fasi distinte.

## PRIMA FASE: IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La prima fase è rappresentata dallo "screening di primo livello". Dai dati della letteratura recente si evince chiaramente che la prevalenza di pazienti con melanoma nell'ambito della popolazione che si reca dal medico di medicina generale (MMG) è pari a 1 su 200 pazienti (Argenziano G, et al. J Clin Oncol 2006). Questo dato è ben più rilevante rispetto ai dati di incidenza relativi alla popolazione generale (vedi premessa) e significa che la collaborazione con i MMG e il loro coinvolgimento nello screening di primo livello del melanoma è essenziale.

Nella prima fase del progetto si prevede quindi una serie di incontri con i MMG al fine di fornire loro semplici ed efficaci strumenti diagnostici per effettuare lo screening e, al tempo stesso, stabilire un percorso preferenziale dei pazienti selezionati dai MMG. Durante tali incontri formativi e di aggiornamento, ai MMG saranno illustrate le più attuali linee guida per la diagnosi del melanoma, l'epidemiologia e i fattori di rischio, ma soprattutto un sistema di screening semplificato per l'individuazione delle lesioni sospette.

Nella *scheda paziente* riportata qui di seguito, sono riassunte le indicazioni principali che devono indurre il MMG a richiedere un controllo specialistico.

## MOTIVO DEL CONTROLLO

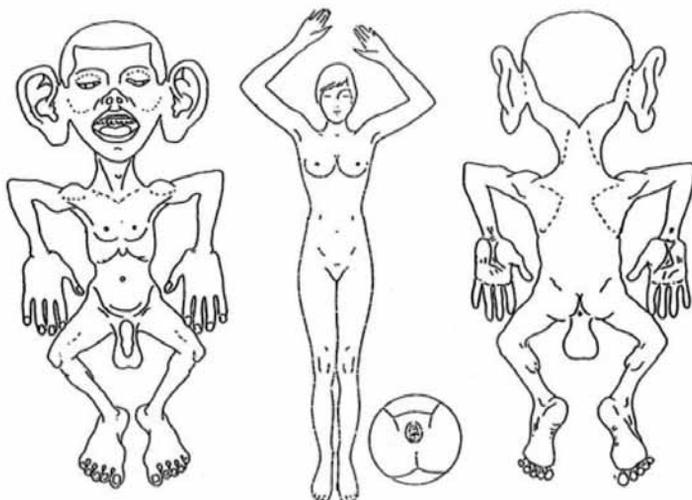
Paziente di età inferiore a 15 anni con:

- Nevo congenito di diametro superiore a 2 cm
- Nodulo insorto da meno di 1 anno

Paziente di età compresa tra 15 e 50 anni con:

- Numerosi nevi (>20) sulle braccia
- Una o più lesioni piane, grandi e asimmetriche (ABCD+)
- Una o più lesioni nodulari in accrescimento (EFG+)
- Paziente di età superiore a 50 anni con danno solare  
(ho escluso che le lesioni da controllare siano nevi dermici, cheratosi seborroiche e angiomi rubini)
- Altro \_\_\_\_\_

Indicare le sedi delle lesioni sospette utilizzando la figura qui di seguito:





**Al di sotto dei 15 anni di età**, il melanoma è un evento estremamente raro, o addirittura quasi inesistente nei bambini prepuberi. I nevi dei bambini, quindi, non destano preoccupazione se non per due eccezioni rappresentate dai nevi di diametro superiore ai 2 cm e dalle lesioni nodulari in rapido accrescimento.

In questi casi il controllo dermatologico si rende necessario per due ordini di motivi. Il primo è relativo alla possibile insorgenza di un *melanoma nel contesto di un nevo congenito*. Se è vero che il melanoma è estremamente raro

nell'infanzia, è anche vero che la maggior parte dei casi riportati sono legati ai nevi presenti dalla nascita, che mostrano un rischio di trasformazione proporzionale alla loro dimensione. In particolare, i nevi di dimensioni inferiori ai 2 cm presentano un rischio praticamente nullo, mentre circa 1:200 di quelli di dimensioni superiori ai 2 cm possono sviluppare un melanoma nel corso della vita (Moscarella E, et al. Exp Rev Dermatol 2009).

Il secondo motivo di controllo dermatologico in pazienti di età inferiore ai 15 anni è rappresentato dalla comparsa di un *nodulo in rapido accrescimento*. Che siano pigmentati o di colore rosa-rossastro, le lesioni palpabili dei bambini in rapido accrescimento da meno di un anno possono rappresentare un difficile problema diagnostico differenziale, non soltanto clinico ma anche istologico. In alcuni casi, cioè, ci si può trovare di fronte ad un caso di nevo di Spitz o di tumore di Spitz atipico, lesione melanocitaria caratterizzata a volte da una biologia intermedia fra una lesione completamente benigna ed un melanoma. La gestione di queste lesioni prevede quindi la completa asportazione da parte del dermatologo.



*Paziente di età inferiore a 15 anni con nevo congenito di dimensione superiore a 2 cm*

**Nei pazienti di età compresa fra i 15 e i 50 anni**, sono 3 le indicazioni per la richiesta di un controllo dermatologico da parte del MMG. La prima è rappresentata dalla *presenza di più di 20 nevi agli arti superiori*. In questo caso, il paziente con ogni probabilità è affetto dalla cosiddetta “sindrome del nevo displastico”, che costituisce uno dei fattori di rischio per melanoma più importanti in questa fascia di età. Il paziente va quindi gestito dallo specialista che provvederà a eseguire una mappatura dei nevi per il monitoraggio digitale (vedi di seguito). Il criterio dei 20 nevi sulle braccia rappresenta quindi un sistema facile e rapido per il triage di questa tipologia di pazienti a rischio da parte del MMG. Si deve precisare che i nevi al di sotto dei 2 mm di diametro non devono essere considerati nel computo totale delle lesioni.

La seconda indicazione è rappresentata dall'osservazione di *una o più lesioni pigmentate piane, grandi (>6 mm) e asimmetriche*. Queste lesioni sono quelle considerate positive alla regola dell'ABCD del melanoma, dove “A” sta per asimmetria, “B” per bordi irregolari (a carta geografica), “C” per colore disomogeneo (variabile dal marrone, al nero e al grigio) e “D” per diametro superiore a 6 mm. Alcuni autori segnalano l'opportunità di aggiungere all'ABCD la lettera “E” per evoluzione, cioè l'osservazione di modifiche della forma, colore e dimensione da parte del paziente. In questi casi la le-



*Paziente di età inferiore a 15 anni con lesione palpabile, un nodulo, insorto da meno di un anno*



*Paziente tra i 15 e i 50 anni con più di 20 nevi sulle braccia (diametro >2 mm)*



sione va osservata con l'ausilio della dermoscopia da parte del dermatologo (vedi di seguito) perché il rischio è che possa trattarsi di un melanoma in fase iniziale.

La terza e ultima indicazione al controllo di II livello nella fascia di età fra i 15 e i 50 anni è rappresentata dall'osservazione di *una o più lesioni positive alla cosiddetta regola dell'EFG*. Questo acronimo sta ad indicare gli aspetti clinici del melanoma a rapido accrescimento, il cosiddetto melanoma nodulare, che spesso non presenta i criteri dell'ABCD, che sono invece tipici del melanoma superficiale. Una lesione EFG positiva è un nodulo rilevato (E = elevation), duro alla palpazione (F = firm) e in crescita da meno di un anno (G = growing). Un melanoma di questo tipo presenta una biologia molto aggressiva, per cui lesioni EFG positive devono essere subito riferite allo specialista per gli accertamenti del caso.



*Paziente di età compresa tra i 15 e 50 anni con 1 o più lesioni piane, grandi (>6 mm) e asimmetriche*



*Paziente di età compresa tra i 15 e 50 anni con 1 o più lesioni nodulari in accrescimento*



*Paziente di 35 anni  
con nevi multipli.  
Il numero di nevi  
agli arti superiori è  
certamente maggiore  
di 20, quindi necessita  
di approfondimento  
diagnostico da parte  
del dermatologo.*



*Paziente di 45 anni con una singola lesione piana,  
grande e asimmetrica, quindi chiaramente sospetta.*



*4 melanomi con i tipici caratteri dell'ABCD:  
Asimmetria, Bordi a carta geografica,  
Colore disomogeneo e  
Dimensioni maggiori di 6 mm.*



*In alto, 6 esempi di nevi ABCD negativi. Le lesioni sono simmetriche, e i bordi e il colore sono sostanzialmente regolari. La lesione in basso, invece, è chiaramente sospetta (ABCD positiva), anche in confronto alla regolarità delle lesioni che la circondano (segno del "brutto anatroccolo").*



La diagnosi differenziale del melanoma nodulare si pone principalmente con il nevo dermico, che in genere è nodulare ma presenta una consistenza soffice, una superficie spesso moriforme, e soprattutto, viene riferito dal paziente come presente da molti anni.

**Nei pazienti di età superiore ai 50 anni**, l'unico criterio selettivo per un controllo specialistico è rappresentato dalla presenza di danno attinico in sedi facilmente ispezionabili, quali il volto, il décolleté e il dorso delle mani. Nel caso in queste sedi siano presenti cheratosi attiniche o altri segni di intenso fotodaneggiamento, è necessario che il MMG provveda ad un controllo della cute anche in sedi coperte (tronco ed estremità superiori e inferiori). In questi casi, la probabilità di ritrovarsi dinanzi ad un tumore cutaneo è molto elevata. È stato segnalato, infatti, che nel caso il paziente presenti una lesione sospetta in sedi esposte, la probabilità di scoprire un tumore cutaneo in sedi coperte è di circa 1 a 10 (Argenziano G, at al. J Am Acad Dermatol 2011). Durante l'ispezione della cute di questi soggetti, molto spesso ci si trova dinanzi a nevi dermici, cheratosi seborroiche e angiomi rubino. Queste lesioni sono molto frequenti in pazienti di età superiore ai 50 anni e rappresentano lesioni completamente benigne e di facile individuazione. Il nevo dermico, come detto in precedenza, si presenta come una lesione nodulare di consistenza soffice e superficie moriforme. La cheratosi seborroica è caratterizzata da una superficie verrucosa, con squame untuose facilmente rimuovibili e una pigmentazione giallo-brunastra o color camoscio. Gli angiomi rubino, infine, sono in genere multipli, di piccole dimensioni e tipicamente di colore rosso. In tutti questi casi, il controllo specialistico non è necessario, mentre sarà essenziale nel caso la lesione non presenti le tipiche caratteristiche riconducibili ad una di queste 3 tipologie di lesioni benigne.



*Paziente di età superiore a 50 anni con danno solare*



*Nevo dermico (nodulo di aspetto moriforme)*



*Cheratosi seborroica (superficie verrucosa)*

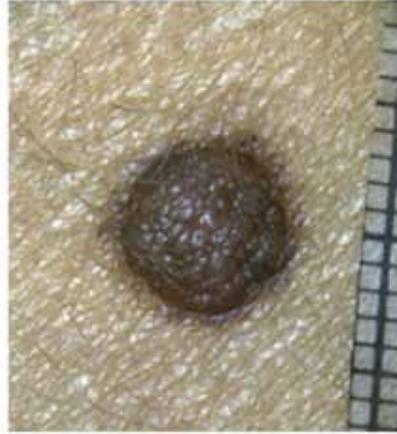


*Angiomi rubino (lesioni multiple di colore rosso)*



*Nevo acquisito (piano e regolare)*

*Nevo dermico (nodulo di aspetto moriforme)*



*Cheratosi seborroica (superficie untuosa e bordi netti)*

*Angiomi rubino (lesioni multiple di colore rosso)*





*In alto, 6 esempi di nevi dermici, EFG negativi. Le lesioni sono nodulari, ma di consistenza soffice, superficie moriforme e presenti da anni. La lesione in basso, invece, è chiaramente sospetta (EFG positiva), perché nodulare, di consistenza dura e riferita in crescita da alcuni mesi.*



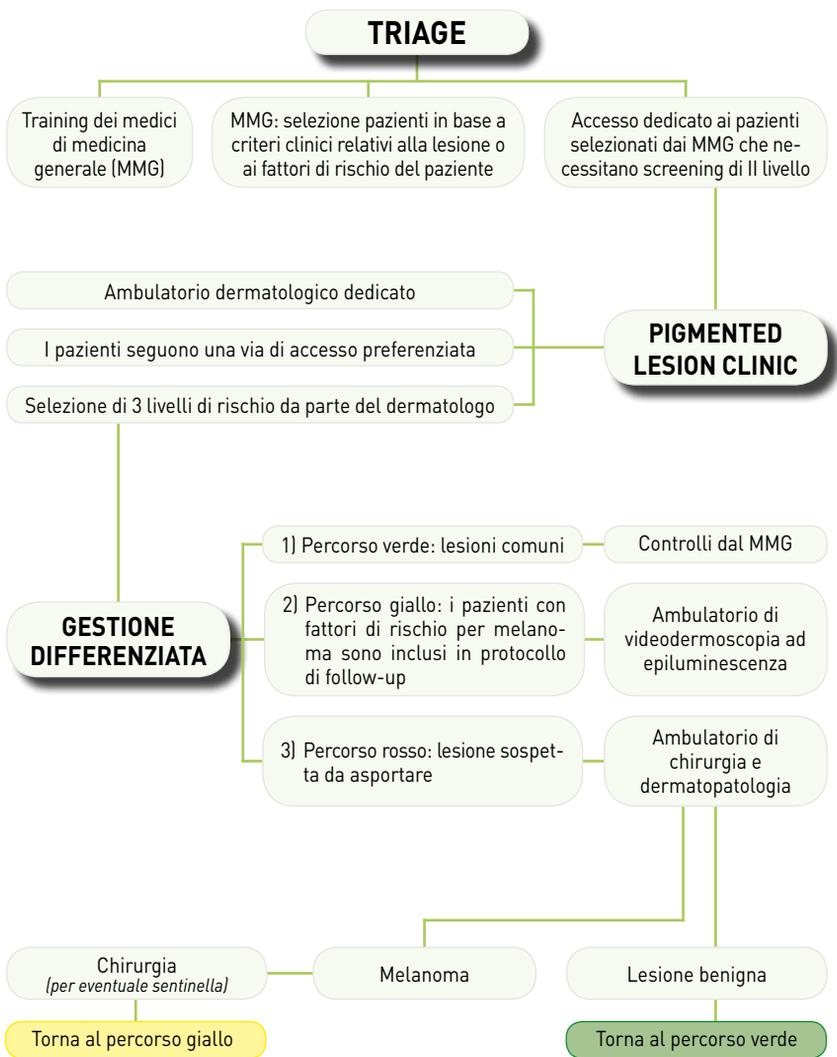
*In alto, 6 esempi di cheratosi seborroiche e nevi dermici, EFG negativi. Le lesioni sono nodulari, ma di consistenza soffice, superficie verrucosa o moriforme e presenti da anni. La lesione in basso, invece, è chiaramente sospetta (EFG positiva), perché nodulare, di consistenza dura e riferita in crescita da alcuni mesi.*



Il **percorso preferenziale** dei pazienti selezionati dai MMG prevede l'implementazione di ambulatori dedicati a cui i pazienti sottoposti a screening dai MMG possano accedere facilmente ed in tempi molto brevi. Lo screening di II livello sarà effettuato dai dermatologi del territorio, esperti nella diagnostica clinica e dermoscopia del melanoma.

In questa fase, i pazienti saranno divisi secondo 3 livelli di rischio in base alla loro situazione clinica (*vedi figura*):

1. Pazienti con lesioni comuni (percorso verde) saranno istruiti all'autocontrollo e rinviati al MMG per i successivi controlli.
2. Pazienti con fattori di rischio per melanoma (percorso giallo), quali un elevato numero di nevi oppure storia familiare o personale di melanoma, saranno inclusi in un protocollo di follow-up e seguiti presso gli ambulatori di videodermoscopia (*vedi di seguito*).
3. Pazienti con lesioni sospette (percorso rosso) saranno inviati al dermochirurgo per l'asportazione e la successiva diagnosi istopatologica. In caso di diagnosi istopatologica negativa, il paziente sarà indirizzato al percorso verde o giallo, a seconda delle condizioni cliniche menzionate in precedenza. In caso di diagnosi istopatologica di malignità, il paziente sarà indirizzato invece verso il percorso terapeutico relativo alla patologia e allo stadio del tumore (terapia chirurgica, biopsia linfonodo sentinella, terapia medica, protocollo clinico-strumentale di follow-up – *vedi di seguito*).



## SECONDA FASE: IL DERMATOLOGO

Un simile percorso di collaborazione deve essere implementato con i dermatologi e altri specialisti del territorio che si occupano di screening del melanoma, al fine di creare una rete di collaborazione provinciale, prima, e regionale e nazionale, poi, per la diagnosi e cura dei pazienti con melanoma. Tale percorso implica la condivisione del seguente approccio clinico diagnostico:

### 1. Strumentazione

Al fine di ottimizzare il lavoro di screening e ridurre i tempi di accesso agli ambulatori di II livello, gli specialisti dovranno essere dotati di dermatoscopio manuale, che consente di ridurre i tempi di visita e, al tempo stesso, di sottoporre i pazienti ad un controllo completo delle lesioni cutanee. Da uno studio recente, si stima che i tempi di screening con dermatoscopio manuale sono dell'ordine dei 2-3 minuti (Zalaudek I, et al. Arch Dermatol 2008). Ciò consente di esaminare il paziente su tutta la superficie cutanea, metodo imprescindibile se si vuol diagnosticare un melanoma che sfugga ai tipici caratteri clinici dell'ABCD. Inoltre, i dermatoscopi manuali sono relativamente economici e consentono di osservare le caratteristiche morfologiche delle lesioni con una qualità di immagine ottimale. Al contrario, gli strumenti videodermatoscopici digitali, non offrono una qualità di immagine sufficiente per la diagnosi, essendo studiati specificamente per il monitoraggio digitale dei pazienti con nevi multipli. Inoltre, sono molto più costosi e, soprattutto, allungano significativamente i tempi da dedicare allo screening di base, cioè la prima visita specialistica effettuata dal paziente.





## 2. Selezione pazienti

Come accennato in precedenza, il problema dello screening del melanoma è rappresentato dalla enorme incidenza dei nevi melanocitici nella popolazione, il che implicherebbe lo screening di larghe fasce della popolazione, cosa assai difficile da praticare. Ci sono tuttavia due dati molto significativi che devono tenersi in debita considerazione. Il primo riguarda i MMG: si stima che più del 60% dei pazienti con melanoma sono stati visitati dal loro MMG nell'anno precedente alla diagnosi per problemi non inerenti alla cute e non hanno usufruito di una diagnosi più precoce (Geller AC, et al. *J Gen Intern Med* 1992). Il secondo riguarda i dermatologi: in un recentissimo studio clinico si è calcolato che il rischio di perdere un tumore cutaneo in pazienti visitati dai dermatologi per problemi localizzati (che quindi non implicino un controllo della cute in toto) è dell'ordine di 1 a 50, mentre il rischio di perdere un melanoma è di circa 1 paziente ogni 200 di età superiore ai 60 anni (Argenziano G, et al. *J Am Acad Dermatol* 2011). Questi dati allarmanti devono orientarci a considerare, almeno per quanto riguarda lo specialista, la possibilità di offrire uno screening cutaneo completo, non solo ai pazienti che lo richiedono, ma anche alle seguenti tipologie:

1. Pazienti con storia personale o familiare di melanoma
2. Pazienti di età inferiore ai 50 anni che presentino più di 20 nevi agli arti superiori
3. Pazienti di età superiore ai 50 anni che presentino danno solare evidente.

Questo schema, modificato da un recente studio francese (Quéreux G, et al. *Eur J Cancer Prev* 2011), consente una selezione molto rapida ed efficace delle categorie di pazienti a maggior rischio di melanoma da sottoporre, quindi, a visita completa ("total body").



### 3. Outcome triage di II livello

Una volta selezionato il paziente a rischio da esaminare con il dermatoscopio manuale, si procede tenendo conto di due distinte tipologie di pazienti, che necessitano un approccio completamente diverso. Da un lato vi sono i pazienti che presentano una singola lesione o poche lesioni da osservare, e dall'altro vi sono i pazienti con nevi multipli.

#### PAZIENTI CON SINGOLE LESIONI

Nei pazienti con lesione singola lo scopo è semplicemente quello di ottimizzare la sensibilità per melanoma. Per tale motivo, *il risultato del triage è dicotomico*: se la lesione è benigna il paziente verrà congedato, mentre se la lesione è sospetta si procederà all'asportazione. Questo approccio, nell'apparenza molto intuitivo, in realtà non lo è affatto nella pratica quotidiana. Generalmente infatti, si ricorre alla terza via rappresentata dal follow-up, che spesso è visto come una procedura interlocutoria, utile da un lato per essere sicuri che la lesione sia effettivamente benigna, e dall'altro per evitare una escissione inutile. In realtà il follow-up deve essere visto come una procedura specifica da mettere in atto principalmente nei pazienti con nevi multipli.

La scelta dicotomica, invece, consente un duplice vantaggio: da un lato decongestionare gli ambulatori di screening da pazienti in follow-up che continuano a tornare a controllo inutilmente, dall'altro evitare di correre il rischio di ritardare una diagnosi di melanoma.



In centri specializzati e in casi selezionati si può ricorrere all'osservazione in *microscopia confocale*, metodica non invasiva di recente introduzione che permette di ottenere immagini in bianco e nero su un piano orizzontale con una risoluzione cellulare simil-istologica (Pellacani G, et al. J Invest Dermatol 2007). Tale metodica diagnostica si integra nel percorso multidisciplinare dei pazienti con particolare riferimento a:

- lesioni del viso
- lesioni ipopigmentate/rosa
- lesioni prive di pattern in dermoscopia inclusi i noduli
- lesioni multiple (in genere non più di 3-4 per paziente) con dermoscopia equivoca in pazienti con numerosi nevi.

Infine, in alcuni centri specializzati si ricorre, in caso di lesioni piane, reticolari e moderatamente atipiche, al *monitoraggio a breve termine* (dopo 3 mesi). Tale procedura deve essere condotta con molta attenzione perché spesso il melanoma può accrescersi molto lentamente e quindi dopo soli 3 mesi può non essere visibile alcuna modifica di rilievo. Viceversa, circa il 10% dei nevi monitorati a breve termine possono mostrare lievi modifiche e quindi indurre ad una inutile asportazione (Menzies S, et al. Arch Dermatol 2001).

#### *PAZIENTI CON NEVI MULTIPLI*

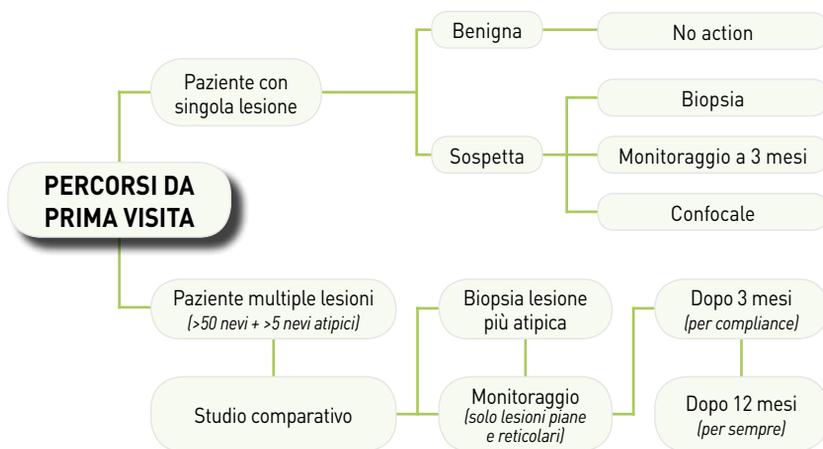
Nei pazienti con nevi multipli lo scopo è quello di ottimizzare la specificità, evitare cioè l'*asportazione inutile* delle numerose lesioni benigne che appaiono morfologicamente atipiche all'esame clinico e dermoscopico. In questi casi, bisogna ricorrere a due metodi diagnostici accessori, rappresentati dallo studio comparativo e dal followup. Un paziente con nevi multipli viene definito tale per la presenza di un numero complessivo di nevi superiore a 50 (ad esclusione delle lentigo o efelidi e di nevi di dimensioni inferiori ai 2 mm) e la contemporanea presenza di almeno 5 nevi cosiddetti clinicamente atipici, caratterizzati cioè da dimensioni superiori ai 6 mm e di forma o colore irregolare. Durante la visita di base, i nevi del paziente vengono osservati con dermatoscopio manuale e lo specialista determina la tipologia nevica del pa-



ziente, ossia il pattern morfologico ricorrente nelle lesioni di quel paziente. Sarà quindi facile mettere in evidenza una eventuale lesione che si discosta da quel pattern e che quindi dovrà essere sottoposta ad escissione. Questo *studio comparativo* permette di ridurre il numero di asportazioni inutili di circa il 75% (Argenziano G, et al. Arch Dermatol 2011).

Una volta effettuato lo studio comparativo durante la visita di base, il paziente con nevi multipli sarà inserito in un programma di *monitoraggio*. Questo essenzialmente per due motivi: primo perché è possibile che il melanoma si nasconda tra le lesioni meno atipiche al momento della visita di base. Secondo perché il rischio che un paziente del genere sviluppi un melanoma nel corso della vita è pari al 3% circa. Lo schema da seguire implica innanzitutto la fidelizzazione del paziente e successivamente il monitoraggio ad libitum del paziente stesso. Per tali motivi, la procedura prevede un primo controllo dopo soli 3 mesi, tempo sufficientemente breve al fine di ottimizzare l'aderenza del paziente al programma di follow-up. Successivamente il paziente dovrà essere seguito a cadenza annuale e per tempi lunghi. Si sottolinea la necessità di sottoporre a monitoraggio solo le lesioni clinicamente piane (non palpabili) e con pattern dermoscopico prevalentemente reticolare. In questo caso si può essere ragionevolmente sicuri di non monitorare un eventuale melanoma biologicamente più aggressivo, come i melanomi palpabili o con pattern dermoscopico globulare o misto.

Questo implica una valutazione nuovamente dicotomica per queste ultime lesioni. In altre parole, in caso di lesione palpabile o globulare, la diagnosi può essere chiaramente di benignità (nevo dermico, nevo blu, cheratosi seborroica, etc.), quindi il monitoraggio non è necessario. Oppure, in caso di dubbio, la lesione deve essere escissa ma, di nuovo, certamente non monitorata.



## TERZA FASE: LA GESTIONE DEL MELANOMA

Lo step clinico successivo riguarda la gestione dei pazienti con melanoma, che saranno sottoposti a protocolli diagnostici e terapeutici sulla base dello stadio di malattia. Nella stragrande maggioranza dei casi, fortunatamente, la gestione del paziente può essere affrontata dal *dermatologo* di riferimento, in quanto la maggior parte dei pazienti presenta melanomi in fase precoce. Solo in casi selezionati e in stadi più avanzati di malattia, il paziente potrà essere meglio gestito in strutture di riferimento.

Tali strutture di III livello, meglio definite come “*Melanoma Unit*”, sono formate da equipe multidisciplinari, nel contesto di istituzioni complesse, e hanno lo scopo di offrire al paziente un supporto di elevato livello di professionalità che solo un gruppo multi specialistico può sostenere.

### 1. Stadiazione

Se a seguito di una biopsia escissionale di una lesione sospetta la diagnosi istopatologica è di melanoma, si deve procedere alla stadiazione del paziente. Lo scopo della stadiazione nel soggetto affetto da melanoma è quello di impo-



stare il più corretto protocollo di terapia e follow-up sulla base del rischio relativo di ricorrenza o metastasi della malattia.

Sebbene le ultime linee guida sulla stadiazione dei pazienti con melanoma prendano in debita considerazione parametri accessori, quali l'ulcerazione e

il numero di mitosi, lo spessore istologico del melanoma primitivo (indice di Breslow) resta il parametro prognostico più affidabile e, quindi, costituisce il punto cardine per la stadiazione di malattia.

Sulla base del solo spessore istologico, si definisce di stadio 0 il melanoma in situ, di stadio I il melanoma di spessore inferiore ai 2 mm e di stadio II il melanoma con spessore superiore ai 2 mm. In *tabella* è riportato un sistema semplificato di stadiazione (non si tiene conto dell'ulcerazione e delle mitosi che in realtà fanno "slittare" lo staging), in cui si evince che gli stadi III e IV sono quelli in cui il melanoma non è più confinato alla cute, ma presenta metastasi regionali (comprese le metastasi cutanee in transit) o a distanza.

Appare evidente che lo scopo degli esami di stadiazione è quello di *individuare l'eventuale presenza di malattia a livello regionale o viscerale*. Tuttavia, gli esami saranno modulati a seconda del rischio che il paziente presenti, già al momento della diagnosi del melanoma primitivo, una o più localizzazioni metastatiche; rischio che, intuitivamente, cresce con il crescere dello spessore istologico. In *tabella* sono riportati gli esami da effettuare in relazione al diverso spessore del tumore primitivo e quindi in relazione al differente rischio di localizzazione regionale e viscerale.

## 2. Terapia chirurgica e biopsia linfonodo sentinella

Una volta effettuata la stadiazione e verificato che non vi siano localizzazioni macroscopiche di malattia a livello regionale e a distanza, si procede al trattamento chirurgico del melanoma primitivo. Come riassunto in *tabella*, lo schema di radicalizzazione previsto per melanomi di differente spessore istologico è molto semplice e prevede solo 3 livelli: il primo per il melanoma in situ (escissione con 5 mm in cute sana), il secondo per melanomi invasivi

Stadio 0	Melanoma in situ
Stadio I	Melanoma < 2 mm
Stadio II	Melanoma > 2 mm
Stadio III	Metastasi linfonodali
Stadio IV	Metastasi viscerali



di spessore inferiore a 2 mm (escissione con 1 cm in cute sana) e il terzo per melanomi di spessore superiore ai 2 mm (escissione con 2 cm in cute sana).

Se, al contrario, le indagini di stadiazione evidenziano presenza di malattia a livello regionale o a distanza, la gestione sarà più complessa, perché ovviamente non sarà più rivolta soltanto al trattamento del melanoma primitivo, ma anche a quello delle metastasi. Nonostante alcuni nuovi farmaci abbiamo aperto recentemente un nuovo orizzonte nella terapia medica del melanoma, ancora oggi il cardine nel trattamento di questo tumore resta la rimozione chirurgica delle metastasi, non solo quelle linfonodali, ma anche, ove possibile, quelle viscerali.

Un discorso a parte merita la biopsia del linfonodo sentinella. Tale procedura si esegue contemporaneamente all'intervento di radicalizzazione (per melanomi di spessore superiore a 1 mm), ma rappresenta a tutti gli effetti l'ultima tappa del percorso di stadiazione del paziente. Purtroppo, fino ad oggi non si è potuto dimostrare che tale procedura costituisca anche un valido presidio terapeutico; anzi, si è evidenziato che la linfadenectomia radicale successiva alla eventuale positività del linfonodo sentinella (pur se considerata lo "standard of care") non conferisce alcun vantaggio, in termini di sopravvivenza, rispetto alla linfadenectomia effettuata al momento della comparsa delle metastasi clinicamente accertabili a livello linfonodale (Morton DL, et al. N Engl J Med 2006).

<b>SPESSORE</b>	<b>STADIAZIONE</b>	<b>TERAPIA</b>
<i>Melanoma in situ e melanoma &lt;1 mm</i>	<i>Esame clinico</i>	<i>MM in situ: escissione con 5 mm in cute sana MM &lt;1 mm: 1 cm</i>
<i>Melanoma 1-2 mm</i>	<i>Esame clinico Ecografia linfonodi e addome RX torace Biopsia linfonodo sentinella</i>	<i>Escissione con 1 cm in cute sana</i>
<i>Melanoma &gt;2 mm</i>	<i>Esame clinico Ecografia linfonodi TC testa, torace, addome Biopsia linfonodo sentinella</i>	<i>Escissione con 2 cm in cute sana</i>



### 3. Follow-up

Lo scopo del follow-up nel soggetto affetto da melanoma è quello di riconoscere tempestivamente l'eventuale *ricorrenza di malattia e/o l'insorgenza di altre lesioni primitive* (melanoma primitivo multiplo). La ricorrenza di malattia è definita "satellitosi", se avviene entro 3 cm di distanza dalla cicatrice chirurgica del pregresso melanoma, "in transit", se tra la cicatrice ed i linfonodi locoregionali (satellitosi e in transit rientrano nel gruppo delle metastasi loco-regionali e classificate come stadio III), e "a distanza" (stadio IV), se compaiono metastasi linfonodali o cutanee in distretti non in relazione col melanoma primitivo, o viscerali, scheletriche e del sistema nervoso centrale.

I vari protocolli di follow-up si differenziano sulla base delle caratteristiche clinico-patologiche della lesione primitiva e sullo stadio di malattia, ma anche in relazione alla eventuale comparsa di sintomatologia (indagini mirate). Fatta questa premessa va rilevato che, ad oggi, il follow-up dei pazienti con melanoma è un argomento ancora molto controverso, in quanto non esistono schede di programmazione univoche in mancanza di trials randomizzati a riguardo. Dunque non siamo ancora in grado di stabilire se follow-up intensivi che prevedono esami strumentali frequenti siano realmente più efficaci nell'aumentare la sopravvivenza globale del paziente e la sua qualità di vita, rispetto a follow-up meno intensivi.

Un'altra problematica riguarda la scelta degli esami diagnostici strumentali da effettuare. Ad esempio, è stato dimostrato che l'**Rx torace** non consente quasi mai una diagnosi precoce di ricorrenza di malattia, ma è invece gravato da numerosi falsi positivi che poi necessitano di esami più invasivi come la TC. Garbe C, et al. (Oncol 2003) hanno dimostrato che su 2396 pazienti nei quali era stata posta diagnosi di ricorrenza di malattia in sede polmonare con Rx torace, solo nello 0,5% è stata confermata una vera ricorrenza di malattia.

L'utilizzo della **TC** rispetto alla radiologia tradizionale offre una maggiore capacità di differenziare i tessuti molli, ma impone comunque una valutazione dei potenziali rischi legati ad un'eccessiva esposizione alle radiazioni ionizzanti.

L'**ecografia**, invece, è la metodica diagnostica più utilizzata nei pazienti ad alto rischio di ricorrenza linfonodale di malattia. Si registra un consenso pres-



soché unanime sul fatto che l'ecografia sia superiore all'esame clinico, ovvero alla semplice palpazione linfonodale, per il riconoscimento delle metastasi loco-regionali, sebbene non sia chiaro se il riconoscimento precoce delle stesse corrisponda ad un reale miglioramento della sopravvivenza. I pazienti in cui l'ecografia rivela un sospetto di ricorrenza devono essere sottoposti ad ago biopsia con guida ecografica o ad asportazione chirurgica per confermare o meno il reperto strumentale.

La **PET** ha una sensibilità maggiore della TC per individuare le metastasi (incluse quelle cutanee), ad eccezione delle piccole metastasi polmonari e del tessuto cerebrale che è meglio studiato attraverso la **RMN**. Tuttavia anche la PET è gravata da molti falsi positivi e va quindi considerata come metodica di II livello, da utilizzare per conferma in caso di reperto positivo alla TC.

Al di là dell'importanza ed efficacia dei diversi esami strumentali, nel paziente con pregresso melanoma è necessario definire un preciso management che preveda: educazione all'autoesame, attenta anamnesi personale e familiare, esame clinico e dermoscopico completo di tutte le lesioni pigmentate e non, al fine di riconoscere precocemente eventuali altri melanomi primitivi.

Il *melanoma primitivo multiplo* (MPM) presenta una incidenza del 3-8%, a seconda delle diverse casistiche, nei pazienti con melanoma. Il MPM può essere "sincrono" (due o più melanomi simultanei), "metacrono" (due o più melanomi che insorgono in momenti diversi della vita del paziente), e sia sincrónico che metacrono. La diagnosi di MPM non rappresenta un elemento prognostico sfavorevole, poiché la sopravvivenza a 5 anni di questi pazienti non differisce da quella dei pazienti con melanoma sporadico (essendo sempre correlata allo spessore del singolo melanoma). Inoltre, un attento follow-up ed una migliore sensibilizzazione dei soggetti già affetti da melanoma determinano una diagnosi più precoce dei melanomi insorti successivamente.

In *tabella* è riportato uno schema semplificato dei protocolli di follow-up da adottare negli stadi 0, I e II di malattia (modificato da: Quaglino P, et al. G Ital Dermatol Venereol 2007). Lo schema certamente più intensivo è quello previsto per il melanoma in stadio II, in cui l'esame clinico sarà effettuato ogni 4

mesi, l'ecografia ogni 6 mesi (almeno per i primi 5 anni), così come gli esami radiologici, che saranno praticati a cadenza semestrale alternando Rx torace e TC testa, torace, addome.

Si sottolinea, infine, che il follow-up dei pazienti con melanoma deve essere effettuato da un clinico esperto nella diagnostica delle lesioni pigmentate, **dermatologo in primis**, vista l'importanza di dover riconoscere tempestivamente un secondo melanoma primitivo. Inoltre, molto spesso questi pazienti, soprattutto i più giovani, presentano molti nevi e quindi la diagnosi differenziale deve essere effettuata secondo gli schemi riportati in precedenza. Solo nel caso di sospetto di ricorrenza di malattia (stadio III e IV), il paziente dovrà essere riferito ad un centro di riferimento multidisciplinare.

<b>STADIO</b>	<b>ESAME CLINICO</b>	<b>ESAMI STRUMENTALI</b>
<i>Stadio 0 (melanoma in situ)</i>	<b>Ogni 12 mesi</b> <i>Ogni 6 mesi se nevi multipli e/o storia familiare o personale di melanoma</i>	Nessuno
<i>Stadio I (melanoma &lt;2 mm)</i>	<b>Ogni 6 mesi per 5 anni</b> <i>Poi ogni 12 mesi per altri 5 anni</i>	<b>Ecografia</b> linfonodi e addome <i>ogni 6 mesi per 5 anni</i>
		<b>RX</b> torace ogni 12 mesi per 5 anni
<i>Stadio II (melanoma &gt;2 mm)</i>	<b>Ogni 4 mesi per 5 anni</b> <i>Poi ogni 6 mesi per altri 5 anni e poi ogni 12 mesi</i>	<b>Ecografia</b> linfonodi e addome <i>ogni 6 mesi per 5 anni (poi ogni 12 mesi per altri 5 anni)</i>
		<b>RX</b> torace ogni 12 mesi per 5 anni
		<b>TC</b> total body ogni 12 mesi per 5 anni <i>(con intervallo di 6 mesi da RX torace)</i>

# Appendice I

Scheda paziente da fornire ai medici di medicina generale per l'invio dei pazienti al dermatologo di riferimento. (form scaricabile da: [www.lilt.it](http://www.lilt.it))

Nome del paziente \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

## MOTIVO DEL CONTROLLO

Paziente di età inferiore a 15 anni con:

- Nevo congenito di diametro superiore a 2 cm
- Nodulo insorto da meno di 6 mesi

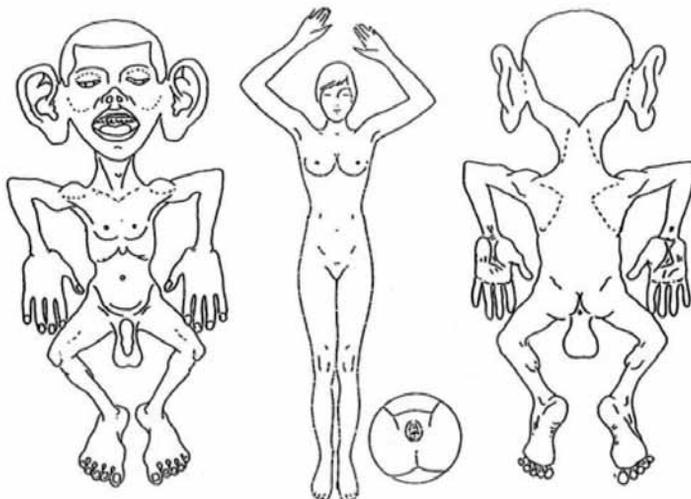
Paziente di età compresa tra 15 e 50 anni con:

- Numerosi nevi (>20) sulle braccia
- Una o più lesioni piane, grandi e asimmetriche (ABCD+)
- Una o più lesioni nodulari in accrescimento (EFG+)

Paziente di età superiore a 50 anni con danno solare  
(ho escluso che le lesioni da controllare siano nevi dermici, cheratosi seborroiche e angiomi rubini)

Altro \_\_\_\_\_

Indicare le sedi delle lesioni sospette utilizzando la figura qui di seguito:



# Appendice II

Scheda paziente da compilare a cura del dermatologo (form scaricabile da: [www.litt.it](http://www.litt.it))

Nome del medico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Iniziali paziente \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

## Paziente inviato dal MMG

**No**     **Si** (precisare con quale indicazione tra quelle elencate di seguito)

Paziente di età inferiore a 15 anni con:

- Nevo congenito di diametro superiore a 2 cm
- Nodulo insorto da meno di 6 mesi

Paziente di età compresa tra 15 e 50 anni con:

- Numerosi nevi (>20) sulle braccia
- Una o più lesioni piane, grandi e asimmetriche (ABCD+)
- Una o più lesioni nodulari in accrescimento (EFG+)
- Paziente di età superiore a 50 anni con danno solare  
(ho escluso che le lesioni da controllare siano nevi dermici, cheratosi seborroiche e angiomi rubini)
- Altro \_\_\_\_\_

## VALUTAZIONE DEL DERMATOLOGO:

- Percorso verde**  Lesione benigna, nessun ulteriore controllo
- Percorso giallo**  Monitoraggio a breve termine di singola lesione lievemente atipica
- Protocollo monitoraggio paziente con nevi multipli
- Percorso rosso**  Lesione sospetta, da asportare

## In caso di lesione asportata, riportare la diagnosi istologica:

- Nevo melanocitico
- Melanoma (spessore: \_\_\_\_\_ )
- Carcinoma basocellulare
- Carcinoma spinocellulare/cheratoacantoma
- Carcinoma in situ (incluso cheratosi attinica, Bowen, Queirat, leucoplachia)
- Lentigo solare
- Cheratosi seborroica
- Lesione vascolare
- Malattia di Kaposi
- Dermatofibroma
- Tumore annessiale benigno
- Tumore annessiale maligno
- Carcinoma di Merkel
- Lesione infiammatoria
- Altro \_\_\_\_\_

# La LILT



## CHI È LA LILT

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

La LILT è la più antica organizzazione nazionale del settore. Venne infatti fondata nel 1922 e già nel 1927 ottenne il riconoscimento giuridico e la qualifica di "Ente Morale" con decreto di Vittorio Emanuele III, re d'Italia.

Opera senza fini di lucro su tutto il territorio nazionale, sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e la vigilanza del Ministero della Salute. Collabora con lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e gli altri enti ed organismi operanti in campo oncologico. È membro dell'European Cancer Leagues (ECL), dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) e svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea. Mantiene rapporti con l'European Cancer Society e con analoghe istituzioni in Cina, Albania e Kosovo. Nell'agosto 2009 la LILT ha aderito al network internazionale European Men's Health Forum (EMHF).

## LA MISSION

L'obiettivo principale della LILT è sconfiggere i tumori attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La Prevenzione, infatti, è considerata da sempre il compito istituzionale prioritario della LILT – così come ben evidenziato dallo stesso pay-off "Prevenire è vivere" – e 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, offrendo numerosi servizi e stimolando, 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 (primaria, secondaria e terziaria) rappresenta l'attività principale della LILT. Per questo è la più grande associazione dedicata alla lotta contro i tumori, intesa in tutti i suoi aspetti.

**Prevenzione primaria:** corretta alimentazione ed educazione alla salute attraverso la diffusione di materiale didattico-informativo (campagne di sensibilizzazione, incontri nelle scuole, ecc.); 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 forme tumorali allo stadio iniziale, aumentando così notevolmente la possibilità di completa guarigione e di ricorrere a cure poco aggressive.

**Prevenzione terziaria:** riabilitazione fisica, psichica, sociale e occupazionale del malato oncologico: un prezioso compito che la LILT è in grado di offrire grazie all'attività delle Sezioni Provinciali, dei punti Prevenzione (ambulatori) e in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale. Assistenza domiciliare: preziosa integrazione alle cure ospedaliere, tramite le Sezioni 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.



## COME SOSTENERE LA LILT

### Con una donazione

Le donazioni possono essere effettuate:

- per la Sede Nazionale
  - con carta di credito collegandosi al sito [www.lilt.it](http://www.lilt.it);
  - con un versamento su cc/p 28220002  
Codice IBAN: IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002;
  - con un versamento su cc/b Monte dei Paschi di Siena,  
Filiale di Roma, Via del Corso 232  
Codice IBAN: IT40 A010 3003 2000 0000 9340 323;
- direttamente alla Sezione LILT della tua provincia consultando il sito [www.lilt.it](http://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" per la Sede Nazionale e nello spazio "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a), del D.Lgs. n. 460 del 1997" per sostenere la Sezione LILT della tua Provincia.

### Quote sociali

Per diventare socio LILT è sufficiente versare la quota annuale (10 euro, come socio ordinario; 150 euro, come socio sostenitore).

# Sezione 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. 039.2333664/69/70
AREZZO	Tel. 800.235999	NAPOLI	Tel. 081.5465880/ 5462900
ASCOLI PICENO	Tel. 0736.358360	NOVARA	Tel. 0321.35404
ASTI	Tel. 0141.595196	NUORO	Tel. 0784.619249
AVELLINO	Tel. 0825.73550	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	Tel. 0721.364094
BOLOGNA	Tel. 051.4399148	PESCARA	Tel. 328.0235511/ 3385885788
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	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	SASSARI	Tel. 079.214688
FERMO	Tel. 0734.62522582	SAVONA	Tel. 019.812962
FERRARA	Tel. 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. 0775.2071373/4/5	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. 0865.29484	TREVISO	Tel. 0422.321855-335.1212509
L'AQUILA	Tel. 0862.310117	TRIESTE	Tel. 040.398312
LA SPEZIA	Tel. 0187.732912-734462	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	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](http://www.lilt.it)





[www.lilt.it](http://www.lilt.it)

**SOS LILT**  
**800-998877**