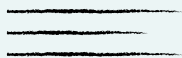
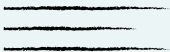


? 

✓ 

? 

✓ 



Linfomi

Una piccola guida per conoscere la malattia
e affrontarla con consapevolezza



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

Autori:

Prof. Luigi Rigacci – Unità di Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali, Dipartimento di Medicina e Chirurgia. Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e Università Campus Bio-Medico di Roma, Roma, Italia.

Dott.ssa Monica Di Cecca – Unità di Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali, Dipartimento di Medicina e Chirurgia. Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italia.

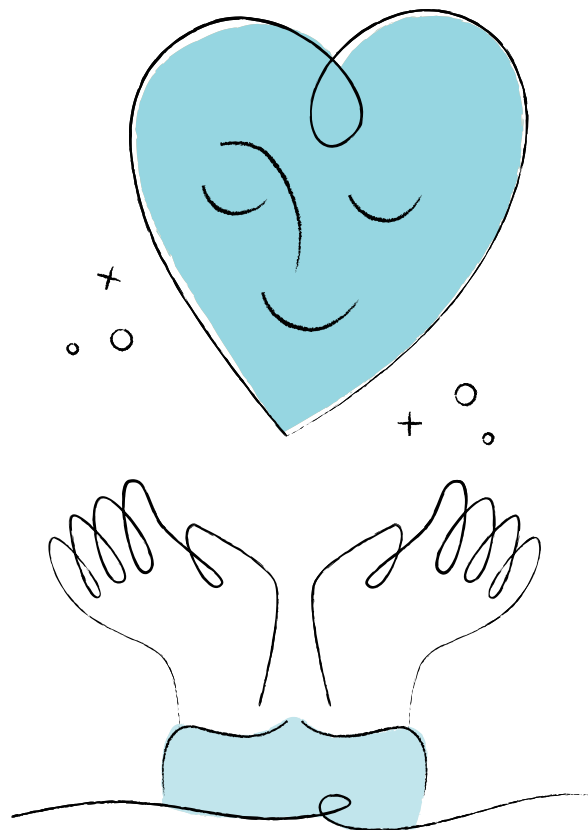
"Piccoli passi verso una nuova normalità" – a cura del Gruppo pazienti Linfomi AIL-FIL, che ha collaborato anche alla impostazione dell'opuscolo.

"Affrontare la malattia" a cura delle Dottoresse Elvira Tulimieri e Tiziana Oliveto, psiconcologhe della sezione AIL di Salerno.

Curatela editoriale e scientifico-divulgativa: Lorenzo Cusimano – Specialista ricerca, salute e accesso alle cure, Area Pazienti AIL Nazionale.

Progetto grafico e illustrazioni realizzati da Studio Super Santos. Le informazioni contenute nel seguente opuscolo sono aggiornate a giugno 2026.

Insieme
a voi



Care e cari pazienti, care e cari caregivers,

nel nostro lungo cammino insieme, noi di AIL abbiamo imparato che l'esperienza della malattia non tocca soltanto la salute, ma può influenzare ogni aspetto della vita: dal lavoro alla famiglia, fino alle piccole cose della vita quotidiana. Per questo, da oltre 55 anni, accanto al sostegno alla ricerca scientifica, ci impegniamo con costanza per offrire servizi pensati per rispondere alle vostre esigenze reali, sensibilizzare l'opinione pubblica e migliorare la qualità di vita di ogni paziente e di chi lo accompagna. L'opuscolo che state per leggere, scritto in collaborazione con medici e professionisti, vuole essere uno strumento informativo per accompagnarvi in ogni fase del delicato percorso di cura: dalla diagnosi ai trattamenti, dalla gestione delle complicanze fino alle terapie di ultima generazione. Attenzione però: la ricerca scientifica, anche grazie al sostegno della nostra Associazione, compie progressi continui.

Vi invitiamo quindi a rivolgervi sempre al vostro ematologo e a consultare la sezione **"News ematologiche"** del sito www.ail.it per restare aggiornati sulle novità terapeutiche e sui servizi AIL dedicati a pazienti, familiari e caregivers. Per un supporto ancora più diretto, ricordiamo che AIL è sempre al vostro fianco attraverso:

- ✓ **Il Numero Verde AIL (800 22 65 24)**, per consulenze gratuite di carattere medico, legale e sociale, e per ricevere supporto psicologico.
- ✓ **lo Sportello Sociale online**, sempre disponibile sul sito www.ail.it, per ricevere supporto sui temi legati ai diritti civili e sociali.

Ci auguriamo che le informazioni contenute in questo opuscolo vi siano di aiuto e possano contribuire a realizzare la nostra missione: costruire un futuro in cui nessun paziente ematologico sia lasciato solo, e ogni persona possa vivere con dignità l'esperienza di malattia.

Buona lettura



Giuseppe Toro
Presidente Nazionale AIL

Indice

Conosci la malattia

Cosa sono i linfomi	10
---------------------	----

I diversi tipi di linfoma	10
---------------------------	----

Le cause e fattori di rischio dei linfomi	14
--	----

Segni e sintomi	15
-----------------	----

Il percorso diagnostico e terapeutico

Il percorso diagnostico	16
-------------------------	----

Le terapie	19
------------	----

Le sequenze terapeutiche e i trattamenti in uso

Gli effetti collaterali delle terapie

Trattamenti di ultima generazione

Terapie sperimentali

Frequenza e gestione dei follow-up	30
---------------------------------------	----

Cosa sono le recidive e come sono gestite	31
--	----

Stili di vita e benessere psicologico

La nutrizione	34
---------------	----

L'attività fisica	34
-------------------	----

Vita sociale e di relazione	35
-----------------------------	----

Q&A	38
-----	----

La malattia nella vita di tutti i giorni

Enciclopedia	40
--------------	----

delle principali terapie
oncologiche

Piccoli passi verso una nuova normalità

Piccoli passi verso	42
---------------------	----

una nuova normalità

Conosci AIL

Sempre al vostro fianco	50
-------------------------	----

I contatti AIL

La nostra mission	52
-------------------	----

I numeri AIL

Linfomi



Cara paziente, caro paziente,

quando AIL mi ha proposto la realizzazione di un opuscolo sui linfomi, ho accolto questa iniziativa con estremo entusiasmo, coinvolgendo la Dott.ssa Monica Di Cecca, giovane ematologa che mi ha supportato nella scrittura con passione e competenza.

Nonostante si parli comunemente di linfomi, questo termine sottende un gruppo eterogeno di patologie, ognuna con le sue peculiarità in termini di decorso, terapie e possibile prognosi. L'opuscolo che state per leggere nasce proprio con questo obiettivo: orientare pazienti, familiari e caregiver sul mondo dei linfomi, per affrontare il percorso di cura con consapevolezza e ridurre il senso di disorientamento che è assolutamente comprensibile sperimentare dopo la diagnosi di una patologia con così tante sfumature.

In questo opuscolo cercheremo di offrire un orientamento sui linfomi, fornire una guida sull'iter diagnostico e terapeutico e rispondere ai dubbi più comuni. Tuttavia, le informazioni contenute in questo opuscolo non possono e non devono assolutamente sostituirsi al confronto con il proprio ematologo che, insieme al team medico, accompagnerà il paziente lungo tutto il percorso di cura, rispondendo a tutte le eventuali domande.

Consigliamo pertanto di utilizzare questo opuscolo come uno strumento per imparare a conoscere la patologia, ma di affrontare tutti gli eventuali dubbi sorti in corso di lettura, o riguardanti il proprio percorso di cura, con il proprio ematologo di riferimento. La mia speranza è che questo opuscolo vi stimoli ad affrontare l'esperienza della malattia e il percorso di cura con consapevolezza e curiosità, riducendo l'ansia del non detto o dell'ignoto che è del tutto comprensibile sperimentare in un periodo così delicato della vita.

Buona lettura,

Luigi Rigacci
Unità di Ematologia e Trapianto
di Cellule Staminali, Dipartimento
di Medicina e Chirurgia

Cosa sono i linfomi

I **linfomi** sono **tumori del sangue** che colpiscono i **linfociti**, un particolare tipo di **globuli bianchi** fondamentale per la **difesa dell'organismo**.

In condizioni fisiologiche, i **linfociti** – che si distinguono principalmente in **linfociti B, T e Natural Killer** – circolano nel **sangue** e nei vasi del **sistema linfatico**. Lungo la rete dei **vasi linfatici**, disposti regolarmente in tutto l'organismo, risiedono i **linfonodi**: piccole “**stazioni di controllo**” del sistema linfatico dove gli **agenti estranei potenzialmente pericolosi** (come **batteri, virus o cellule tumorali**) vengono intercettati e “bloccati”, in modo da essere raggiunti ed eliminati dai linfociti. Per svolgere correttamente questa funzione, i linfociti devono completare un complesso processo di **maturazione e attivazione**.

In alcuni casi, tuttavia, queste cellule possono acquisire **mutazioni del loro DNA** che ne interrompono la maturazione, causandone la trasformazione in **cellule tumorali**: cellule non funzionali capaci di proliferare in maniera incontrollata. È proprio dall'accumulo di questi linfociti “patologici” nei linfonodi o in altri organi dell'organismo che nascono i **linfomi**.

I linfociti “patologici”, proprio come quelli sani, possono circolare **all'interno dell'organismo**, diffondendosi anche a distanza dal luogo di origine, arrivando a infiltrarsi in altri **linfonodi** o in **organi non linfonodali** (le cosiddette “**localizzazioni extralinfonodali**”).

Per questo motivo, al contrario dei **tumori solidi**, nei linfomi il concetto oncologico di **metastasi** non ha nessun valore o significato, trattandosi di malattie per loro natura diffuse. Nelle **malattie ematologiche**, infatti, il coinvolgimento di più sedi del corpo non indica necessariamente una malattia più grave o più avanzata, poiché il **sistema linfatico** e il **sangue** sono naturalmente distribuiti in tutto l'organismo.

In questi casi, invece, diviene importante conoscere lo **stadio** della malattia, cioè l'estensione e la distribuzione del linfoma. Conoscere lo stadio consente di identificare le sedi da monitorare con maggiore attenzione e di definire il **percorso terapeutico** più adatto, modulando l'intensità e la **durata delle cure** in modo personalizzato alle condizioni del paziente.

I diversi tipi di linfoma

Sotto il termine **linfoma** ricade un gruppo vasto ed eterogeneo di **patologie**. Il principale criterio di classificazione li suddivide in due grandi categorie: i **linfomi di Hodgkin** e i **linfomi non Hodgkin**.

Tuttavia, poiché la trasformazione in **cellule tumorali** può avvenire in stadi diversi del processo di **maturazione**, possiamo distinguere diverse **sottocategorie di linfoma**. Ad esempio, si parla di **linfoma follicolare** se lo stop maturativo è nei follicoli, mentre è detto **marginale** se lo stop maturativo è nella parte marginale del follicolo linfatico.

Il linfoma di Hodgkin

Il **linfoma di Hodgkin (LH)** prende il nome dal medico britannico **Thomas Hodgkin**, che lo descrisse per la prima volta nel 1832. Questo linfoma origina da **linfociti B** che, in seguito all'acquisizione di specifiche **mutazioni genetiche**, si trasformano in **cellule tumorali** di grandi dimensioni chiamate **cellule di Reed-Sternberg**, considerate il principale elemento distintivo della patologia.

Queste cellule, tuttavia, rappresentano solo una piccola quota della **massa tumorale** complessiva (circa il 3-4% delle cellule presenti nel **linfonodo coinvolto**), venendo circondate da numerose **cellule infiammatorie** che contribuiscono a creare un ambiente che protegge e favorisce la **crescita tumorale**. Poiché il **tessuto linfatico** è distribuito in tutto l'organismo, il **linfoma di Hodgkin** può svilupparsi in diverse sedi. Per questo motivo, al momento della diagnosi e prima dell'inizio delle **terapie**, tutti i pazienti vengono sottoposti a un percorso di **stadiazione** (di cui parleremo successivamente), finalizzato a definire l'**estensione della malattia** e le sedi coinvolte. Generalmente, il linfoma di Hodgkin tende a diffondersi in modo relativamente ordinato, interessando progressivamente le **stazioni linfonodali** vicine a quella di origine; più raramente, invece, esordisce in **organi diversi dal sistema linfatico**.

Il **linfoma di Hodgkin** può essere ulteriormente classificato in due grandi categorie: il **linfoma di Hodgkin classico**, che rappresenta la forma più frequente, e il **linfoma di Hodgkin a predominanza linfocitaria nodulare**, una variante più rara. A sua volta, il linfoma di Hodgkin classico comprende quattro **sottotipi**: **sclerosi nodulare**, **ricco di linfociti**, **cellularità mista** e **deplezione linfocitaria**.

I linfomi non-Hodgkin

I **linfomi non Hodgkin (LNH)** possono originare sia dai **linfociti T** sia dai **linfociti B**. I primi sono chiamati **linfomi a cellule T** e rappresentano la variante più rara, mentre i linfomi che colpiscono i linfociti B, chiamati **linfomi a cellule B**, sono la forma più diffusa. Tuttavia, contrariamente ai **linfomi di Hodgkin**, i linfomi a cellule B non presentano le **cellule di Reed-Sternberg**.

I **linfomi a cellule B** possono essere ulteriormente classificati in funzione della **velocità di crescita** e del **grado di aggressività**. Le forme a crescita lenta e con comportamento meno aggressivo sono definite **linfomi indolenti**, mentre quelle a crescita rapida e maggiore aggressività sono definite **linfomi aggressivi**.

I **linfomi non Hodgkin** nel 15-20% dei casi possono presentarsi anche in forma **extranodale**, cioè con interessamento di **tessuti linfatici** situati al di fuori dei linfonodi. Le sedi più frequentemente coinvolte includono il **tratto gastrointestinale**, il **sistema genito-urinario**, il **sistema nervoso centrale**, la **mammella**, le **ghiandole salivari e lacrimali**, il **testicolo**, la **tiroide** e i **polmoni**.

Come per i linfomi di Hodgkin, è importante sottolineare che sotto la definizione di **linfoma non Hodgkin** rientra un insieme molto eterogeneo di malattie (circa **60-70 sottotipi**), ciascuna con caratteristiche biologiche, andamento clinico e risposta ai trattamenti differenti. Per questo motivo, di fronte al sospetto di **LNH** è indispensabile eseguire un'**analisi istologica**, cioè lo studio al microscopio di un frammento di tessuto prelevato tramite **biopsia**. Questo esame permette di identificare con precisione il **sottotipo di linfoma** e guidare la scelta terapeutica

più appropriata. Considerata l'importanza di questa indagine ai fini di una corretta **diagnosi**, non bisogna preoccuparsi se talvolta l'**ematologo** richieda una revisione dei preparati istologici o un nuovo prelievo qualora il materiale iniziale non sia sufficiente a definire con chiarezza il quadro diagnostico. Si tratta di passaggi del tutto normali dell'**iter diagnostico**, fondamentali per arrivare a una **classificazione accurata** e quindi a un **trattamento mirato**.

Linfomi indolenti

Sono definiti **linfomi indolenti** tutti quei linfomi a **crescita lenta** e con un **decorso clinico meno aggressivo**. Tra i principali linfomi indolenti rientrano soprattutto specifici **linfomi non Hodgkin (iNHL)**: il **linfoma follicolare**, il **linfoma della zona marginale** e la **leucemia linfatica cronica**.

Proprio a causa della loro bassa **velocità di proliferazione**, i comuni **chemioterapici** - che agiscono principalmente sulle **cellule tumorali in rapida divisione** - non sono sempre in grado di eliminare completamente la malattia. Questo accade perché una parte significativa delle cellule tumorali si trova in fase di **quiescenza**, risultando quindi meno sensibile a questo tipo di trattamenti.

Per questo motivo, una strategia frequentemente adottata nei linfomi indolenti è il cosiddetto "monitoraggio attivo", che consiste nel non iniziare immediatamente una **terapia attiva**, ma nel monitorare attentamente l'andamento della malattia nel tempo.

È importante chiarire che il monitoraggio attivo non equivale a una mancanza di cura: durante questo periodo il paziente è seguito in modo regolare

dall'**ematologo**, che valuta l'evoluzione della malattia individuando il momento più opportuno ed efficace per iniziare un eventuale **trattamento** che elimini completamente il linfoma. In questa fase, la **collaborazione del paziente** è fondamentale, soprattutto nel segnalare tempestivamente la comparsa di nuovi **segni o sintomi**, utili per un monitoraggio più accurato. In ogni caso, il **monitoraggio attivo** rappresenta una fase normale dell'**iter terapeutico** e, in molti casi, può protrarsi per anni senza incidere in modo significativo sulla **qualità di vita** del paziente.

Linfomi aggressivi

Si tratta di **linfomi** caratterizzati da una **crescita rapida** e spesso da un **comportamento clinico aggressivo**, in grado di causare **danni importanti** e potenzialmente pericolosi se non trattati tempestivamente.

In questi casi, una volta formulata la **diagnosi di linfoma** e completato l'**iter diagnostico** necessario a definirne con precisione il **sottotipo**, è fondamentale avviare immediatamente il **trattamento** più appropriato alle caratteristiche e alla **stadiazione** specifiche della malattia.

Linfomi: quanto sono diffusi e chi interessano

Le differenze tra i **linfomi di Hodgkin** e i **linfomi non Hodgkin** riguardano anche la loro **diffusione nella popolazione**. Come riportato nell'edizione 2025 de **I Numeri del Cancro**, i **linfomi di Hodgkin** sono una **patologia rara**. L'**incidenza** (il numero di nuovi casi)

è pari, infatti, a **3-4 nuovi casi ogni 100.000 abitanti all'anno**, con una lieve prevalenza nel **sexso maschile**; rapportando questi dati ai dati di incidenza di tutti i tumori, i linfomi di Hodgkin rappresentano circa lo **0,3% di tutte le nuove diagnosi oncologiche** e circa il **10% di tutti i linfomi**.

La malattia è inoltre caratterizzata da una **distribuzione bimodale dell'incidenza**, con un primo picco tra i **20 e i 30 anni** e un secondo dopo i **60 anni**.

Decisamente più elevata è invece l'**incidenza dei linfomi non Hodgkin**, che rientrano tra i **dieci tumori più frequenti in Italia**. Ogni anno si registrano infatti circa **20 nuovi casi ogni 100.000 abitanti**, pari a circa il **3-4% di tutte le diagnosi tumorali**.

Queste neoplasie possono insorgere a qualsiasi età, ma sono più comuni nelle persone di **età medio-avanzata**, in particolare oltre i **60 anni**, e colpiscono uomini e donne con frequenza pressoché sovrapponibile.

Linfomi di Hodgkin

Incidenza	Nel 2024 sono state stimate circa 2.218 nuove diagnosi (uomini = 1.203; donne = 1.015)
------------------	---

Mortalità	Nel 2022 sono stati stimati 420 decessi (uomini = 250; donne = 170)
------------------	--

Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi	85% negli uomini e 87% nelle donne
--	---------------------------------------

Prevalenza	Sono 62.300 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di linfoma di Hodgkin (uomini = 30.700; donne = 31.600)
-------------------	---

Linfomi non-Hodgkin

Incidenza	Nel 2024 sono state stimate circa 13.271 nuove diagnosi (uomini = 7.321; donne = 5.950)
------------------	--

Mortalità	Nel 2022 sono stati stimati 5.800 decessi (uomini = 3.300; donne = 2.500)
------------------	--

Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi	67% negli uomini e 70% nelle donne
--	---------------------------------------

Prevalenza	Sono 166.700 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di linfoma non-Hodgkin (uomini = 85.300; donne = 81.400)
-------------------	---

Per offrire una panoramica completa della diffusione e dell'impatto di queste patologie nella popolazione, nelle tabelle a pagina 13 sono riportati i principali **indicatori epidemiologici** relativi ai **linfomi di Hodgkin e non Hodgkin: incidenza** (numero di nuovi casi), **prevalenza** (numero di persone viventi con una precedente diagnosi), **mortalità e sopravvivenza netta a cinque anni dalla diagnosi**.

Le cause e i fattori di rischio dei linfomi

Le **cause** che portano allo sviluppo dei **linfomi** non sono ancora completamente conosciute.

Focus

Cosa è un fattore di rischio?



Per **fattore di rischio** si intende qualsiasi caratteristica, condizione o esposizione che aumenta la probabilità che una persona sviluppi una determinata malattia.

Attenzione però:

l'esposizione a un fattore di rischio non implica la certezza di ammalarsi, ma soltanto una **probabilità maggiore** rispetto a chi non è esposto a quel fattore.

Tuttavia, la ricerca ha identificato alcuni **fattori di rischio** associati a una maggiore probabilità di sviluppare la malattia. Tra questi rientrano l'esposizione a **pesticidi, sostanze chimiche** e altri **agenti inquinanti**, alcune **infezioni virali e batteriche**, nonché l'esposizione a particolari forme di **radiazioni**.

Negli anni è emerso inoltre che alcuni **agenti infettivi** possono essere associati all'insorgenza di specifici **sottotipi di linfoma**.

Tra i principali si ricordano:

- ✓ **Helicobacter pylori (HP)**, associato al **linfoma gastrico MALT**;
- ✓ il **virus dell'epatite C (HCV)**, in particolare nelle forme croniche di infezione;
- ✓ **Chlamydia psittaci**, associata ad alcuni **linfomi degli annessi orbitali**;
- ✓ il **virus di Epstein-Barr (EBV)**;
- ✓ il **virus dell'immunodeficienza umana (HIV)**.

Tra i fattori che possono favorire l'insorgenza dei **linfomi** vanno considerate anche le **terapie immunosoppressive prolungate**, come quelle utilizzate dopo un **trapianto di organo solido** (ad esempio cuore, polmone o rene) o nel trattamento di alcune **malattie autoimmuni**.

Un tema spesso discusso riguarda la possibile **familiarità della malattia**: è bene specificare che attualmente non esistono prove di una possibile **trasmissione ereditaria della malattia**, cioè da genitore a figli. Allo stesso modo, non sono state

identificate specifiche **alterazioni genetiche ereditarie** che determinino, da sole, un aumento significativo del rischio di sviluppare la malattia.

È tuttavia lecito ipotizzare che particolari **caratteristiche genetiche ereditabili** possano rendere alcune persone più suscettibili ai fattori di rischio associati allo sviluppo di un linfoma, come l'**invecchiamento**, il **fumo** e altre **sostanze cancerogene**.

Segni e sintomi

Tra i segni più evidenti associati allo sviluppo dei **linfomi**, e che più frequentemente spinge un paziente a rivolgersi al medico, è l'**ingrossamento di uno o più linfonodi superficiali** nella regione del **collo**, delle **ascelle** o dell'**inguine**. Generalmente, i **linfonodi ingrossati** non provocano dolore, né spontaneamente né alla palpazione.

i sintomi più comuni associati al linfoma sono:

- ✓ **febbre superiore a 38°C** (prevalentemente la sera) senza evidenze di infezioni in atto;
- ✓ **abbondanti sudorazioni notturne**, tali da rendere necessario cambiare pigiama e lenzuola più volte;
- ✓ **diminuzione del peso corporeo** superiore al **10% del peso normale negli ultimi sei mesi** non altrimenti spiegabile;

Possono inoltre essere presenti sintomi più aspecifici, come **astenia** (stanchezza persistente) e **disappetenza** (assenza di fame e del desiderio di mangiare).

Un sintomo caratteristico, osservato soprattutto nel **linfoma di Hodgkin**, è il **prurito diffuso**, talvolta intenso, che può provocare **lesioni cutanee** a causa del continuo grattamento.

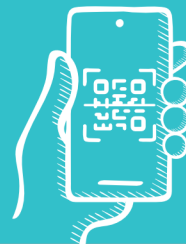
Alcuni sintomi possono variare in base alla **sede interessata** dall'ingrossamento dei linfonodi.

AIL sul territorio: le sezioni

AIL opera sul territorio nazionale grazie all'impegno di **83 sezioni locali** presenti in tutta Italia. Una struttura capillare che permette di **operare a stretto contatto con il paziente** e di rispondere nella maniera migliore alle esigenze del territorio. Sono le sezioni ad erogare sul territorio i **servizi di assistenza, a supportare la ricerca e a sostenere i centri ematologici**.

Per conoscere la sezione più vicina a te e i servizi gratuiti offerti per i pazienti e i caregiver visita il sito oppure inquadra il QR code:

<https://www.ail.it/conosci-ail/ail-sul-territorio>



Ad esempio, la presenza di **linfonodi ingrossati nel torace** o di **infiltrazioni polmonari** può causare **tosse persistente, difficoltà respiratorie, dolore toracico e gonfiore del collo**.

Quando **linfonodi ingrossati** interessano l'addome, possono comparire **sensazione di sazietà precoce, dolore addominale e diarrea**. Quando invece compaiono localizzazioni nel **sistema nervoso centrale** possono manifestarsi **confusione mentale, alterazioni della personalità, disturbi del linguaggio e riduzione della forza** in uno o più arti.

È importante sottolineare che nessuno di questi **sintomi** è specifico dei **linfomi** e che molte altre patologie possono presentarsi con manifestazioni simili. Per questo motivo, la **biopsia** di un linfonodo o di un'altra **lesione extralinfonodale sospetta** rappresenta un passaggio indispensabile per distinguere il linfoma da altre malattie e identificare con precisione il **sottotipo coinvolto**.

Il percorso diagnostico e terapeutico

Una **diagnosi completa di linfoma**, qualunque esso sia, non si limita a osservare la semplice presenza della malattia, ma deve anche definirne lo **stadio**, cioè l'**estensione** e la **diffusione della malattia** nell'organismo.

L'unico **esame diagnostico** che permette di rilevare con accuratezza la malattia è la **biopsia linfonodale**, cioè l'analisi al microscopio di un campione di linfonodo del paziente prelevato chirurgicamente. Quando le sedi sospette non sono in superficie ma sono localizzate in profondità (nel **torace** o nell'**addome**), saranno l'**ematologo** o l'**oncologo** a scegliere la procedura migliore per ottenere un campione di tessuto sufficiente a raggiungere una diagnosi.

Tra le tecniche più utilizzate rientrano le **biopsie istologiche eco o TC guidate, la laparoscopia o laparotomia, la mediastinoscopia o mediastinotomia**. Queste non devono assolutamente essere utilizzate per **linfonodi superficiali** a meno che non sospettino malattie diverse dalle **linfoproliferative**.

È importante sottolineare che nessun **esame di imaging**, da solo, può essere considerato diagnostico per il linfoma: la conferma definitiva richiede sempre un **esame istologico** del tessuto interessato. Una diagnosi completa di **linfoma**, qualunque esso sia, non si limita a osservare la semplice presenza della malattia, ma deve anche **definirne lo stadio**, cioè l'estensione e la diffusione della malattia nell'organismo. Per questo motivo, dopo aver individuato un linfoma, il passaggio successivo è rappresentato dalle **indagini di stadiazione**.

La stadiazione costituisce un processo fondamentale non solo per stabilire la **prognosi** (cioè fare previsioni sul decorso della patologia), ma rappresenta allo stesso tempo il primo **atto terapeutico**. Di fatto, conoscere esattamente le **sedi della malattia** alla diagnosi consente di valutare la **risposta alle terapie** monitorando le stesse sedi nel tempo.

Tradizionalmente, i **linfomi** vengono classificati in **quattro stadi**:

Stadio I	Un unico distretto linfonodale interessato.
Stadio II	Due o più distretti linfonodali interessati situati solo sopra il diaframma (collo, ascelle torace) o solo sotto il diaframma (addome, zona pelvica, inguine).
Stadio III	Interessamento di linfonodi sia sopra che sotto il diaframma.
Stadio IV	Malattia diffusa a linfonodi e ad altri organi extra-linfatici (es. fegato, milza, polmoni, midollo osseo).



Ogni **stadio** può inoltre essere classificato come di tipo **A** o **B**, a cui è attribuito un valore prognostico.

Con **B** si intende la presenza di **sintomi sistemici** (**febbre, sudorazione notturna profusa e calo di peso**). Se questi sintomi non sono presenti, il linfoma è classificato di tipo A.

Per ottenere un **inquadramento completo della malattia** sono necessari ulteriori **accertamenti**, che consentono non solo di identificare le **sedi coinvolte**, ma anche di caratterizzare il **linfoma** dal punto di vista **biologico e molecolare**, contribuendo a definire il **sottotipo specifico** e le **strategie terapeutiche** più appropriate.

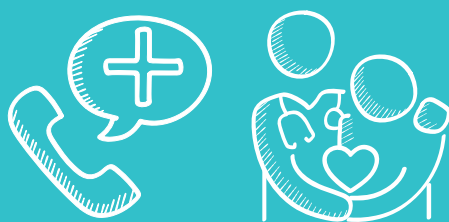
Un inquadramento completo dovrebbe prevedere:

- ✓ una **visita medica accurata** per valutare i **sintomi** e i **segni della patologia**;
- ✓ un **emocromo** con un **esame morfologico del sangue venoso periferico**, utile per valutare il numero e l'aspetto delle **cellule del sangue** e osservare l'eventuale presenza di malattia nel **circolo periferico**;
- ✓ l'**esame del midollo osseo**, prelevato mediante **agoaspirato midollare** e **biopsia osteomidollare** dalle ossa del bacino in **anestesia locale**. Questo accertamento permette di verificare la presenza di **cellule linfomatose** e di valutare la **funzionalità midollare**;
- ✓ **analisi molecolari e genetiche**, che consentono di individuare specifici **marcatori biologici** utili per la **definizione prognostica**, la **scelta della terapia** e per il **monitoraggio della risposta ai trattamenti**;

✓ **esami di imaging** (come **radiografia del torace, ecografia dell'addome, tomografia computerizzata con contrasto, FDG-PET e**

risonanza magnetica) per identificare la presenza di **malattia linfonodale** ed eventuali **siti extra-linfonodali** o **infezioni in atto**.

Il Numero Verde e lo Sportello Sociale AIL



Ricevere **una diagnosi di malattia oncoematologica** rappresenta spesso un momento estremamente delicato, in cui molti aspetti della vita (dal lavoro alla gestione degli affetti, fino alla percezione del sé) possono cambiare profondamente. Proprio per questo, l'AIL mette a disposizione di pazienti e caregiver due servizi di supporto gratuiti dedicati: **il Numero Verde e lo Sportello Sociale**.

Il Numero Verde AIL è uno **spazio informativo, sicuro e aggiornato** in cui pazienti e caregiver possono porre domande e chiarire dubbi non solo sulle patologie e sui centri di cura, ma anche su lavoro, su diritti e agevolazioni e richiedere un supporto psicologico.

Il **Numero Verde AIL (800 22 65 24)** è attivo **dal lunedì al venerdì** e in linea si alternano **ematologi, psiconcologhe e esperti di diritto del lavoro e agevolazioni sociali**, secondo il seguente calendario settimanale:

- **Ematologi:** in linea ogni lunedì, giovedì e venerdì dalle ore 15:00 alle 17:00;
- **Esperta di diritto del lavoro e agevolazioni sociali:** in linea ogni martedì dalle ore 15:00 alle 19:00;
- **Esperte psico-oncologhe:** in linea ogni mercoledì dalle ore 10:00 alle 12:00 e dalle 15:00 alle 17:00.

Lo **Sportello Sociale** è invece un **servizio di informazione e consulenza** istituito da AIL allo scopo di offrire **supporto sui temi dei diritti civili e sociali ai pazienti con malattie ematologiche e ai loro familiari**.

Per inviare una richiesta allo sportello sociale visita il sito o inquadra il QR code:

<https://www.ail.it/come-possiamo-aiutarti/servizi-ail-pazienti-e-caregiver/sportello-sociale>



Le terapie

La **gestione delle terapie** rappresenta una delle fasi più delicate dell'**esperienza di malattia**.

Per affrontare questo momento con piena consapevolezza, è importante che il **paziente**, insieme ai **familiari** e ai **caregiver**, sia adeguatamente informato e comprenda i **trattamenti** a cui verrà sottoposto. Al tal fine, al termine di questo opuscolo è stata inserita una breve guida per capire il funzionamento generale delle principali **terapie** utilizzate nel trattamento dei **linfomi**.

Quando è necessario iniziare una terapia

La scelta del momento più adeguato per iniziare il **trattamento** di un **linfoma** dipende dal **tipo** individuato durante la **diagnosi**.

Nel caso di **Linfomi di Hodgkin** e di **Linfomi non Hodgkin aggressivi** la terapia deve essere avviata una volta completate le **indagini di stadiazione**.

In questi casi, infatti, intervenire tempestivamente previene l'aggravamento dei **sintomi** e aumenta le probabilità di ottenere la **remissione della malattia**, cioè la temporanea o definitiva scomparsa dei **segni** e dei **sintomi**. Questo costituisce il presupposto per una possibile **guarigione**, cioè l'eliminazione definitiva della malattia.

Solo in casi particolari - come nel caso di **infezioni in corso** - l'inizio della terapia può essere rimandato, attendendo il momento in cui il paziente versa nelle **condizioni ottimali**.

Nel caso di **linfomi indolenti**, invece, la strategia più efficace è il monitoraggio attivo, rimandando l'inizio dei trattamenti a un momento successivo. In questi casi, infatti, non esistono terapie in grado di ottenere una **guarigione** e, soprattutto, il **sistema immunitario del paziente** è in grado di controllare il linfoma, spesso anche per anni, senza la comparsa di **segni** e **sintomi** rilevanti o fastidiosi per il paziente.

Attenzione però:

come detto in precedenza è importante ribadire che la **monitoraggio attivo** non corrisponde a uno stato di **abbandono** o di **assenza di cura**. Si tratta, al contrario, di un periodo di **attenzione continua** in cui il paziente viene seguito dallo **specialista ematologo** attraverso **controlli clinici e strumentali periodici**, valutando attentamente l'evoluzione della malattia e stabilendo se e quando sia necessario iniziare il trattamento. Durante questo periodo di monitoraggio, anche il paziente svolge un **ruolo attivo**, segnalando tempestivamente l'eventuale comparsa di **nuovi sintomi** o cambiamenti del proprio **stato di salute**.

Pertanto, per quanto rappresenti una **reazione del tutto naturale**, il **monitoraggio attivo** non dovrebbe essere vissuto con **pessimismo**, né come un periodo di attesa del peggioramento della malattia, ma come una vera e propria **terapia basata sulle evidenze cliniche**.

Numerosi **studi** e anni di progressi nella **ricerca scientifica** hanno infatti dimostrato che, nei **linfomi indolenti**, iniziare la terapia immediatamente non migliora la **prognosi** rispetto a un avvio del trattamento al momento opportuno. Per questo motivo, in questi casi il **monitoraggio attivo** rappresenta l'approccio più **efficace** e **sicuro**, al pari di una terapia, che evita al contempo eventuali **effetti collaterali** conseguenti all'esposizione alle terapie.

Le sequenze terapeutiche e i trattamenti in uso

Prima di approfondire i **trattamenti** utilizzati nella cura dei **linfomi**, è importante chiarire due concetti importanti e ricorrenti in **oncologia**: le **linee di terapia** e i **cicli terapeutici**.

Per **linea di terapia** si intende la strategia terapeutica utilizzata in **un determinato momento**. Ogni linea di terapia è caratterizzata dalla combinazione di **trattamenti e farmaci specifici**, che agiscono in modo complementare tra loro, ognuno con un suo **meccanismo d'azione** e un suo **profilo di sicurezza**. Durante un percorso di cura può essere necessario cambiare linea di terapia.

Il primo trattamento somministrato dopo la diagnosi prende il nome di **terapia di prima linea** e rappresenta generalmente l'opzione con maggiori probabilità di successo. Se la malattia non risponde adeguatamente oppure il paziente sviluppa **effetti collaterali** che impediscono di proseguire il trattamento, l'**ematologo** può ricorrere a una **terapia di seconda linea**, basata su farmaci con meccanismo d'azione e profilo di **tossicità** possibilmente diversi da quelli precedentemente utilizzati. Se anche la seconda linea non è efficace, può essere necessario intervenire con ulteriori **linee di terapia** (terza, quarta ecc.). Dopo la somministrazione di una terapia è necessario un **periodo di pausa** per consentire all'organismo di recuperare dagli effetti dei trattamenti e **ripristinare la normale produzione delle cellule del sangue**.

L'insieme del periodo di trattamento attivo e della fase di riposo, prende il nome di **ciclo di terapia**. Nella maggior parte dei casi, un ciclo dura **21 o 28 giorni**.

Le terapie nel Linfoma di Hodgkin

Nel **linfoma di Hodgkin**, la scelta della **terapia di prima linea** dipende principalmente dallo **stadio della malattia**. Negli **stadi localizzati (I-II)**, il trattamento prevede generalmente la combinazione di **chemioterapia e radioterapia**. Negli **stadi avanzati (III-IV)**, il trattamento si basa prevalentemente sulla **chemioterapia** o sull'**immuno-chemioterapia**, mentre la **radioterapia** viene utilizzata solo in situazioni selezionate come trattamento complementare.

Le terapie nei linfomi non Hodgkin

Nei **linfomi non Hodgkin**, la prima linea di trattamento consiste nella maggior parte dei casi in un programma di **immuno-chemioterapia** della durata di circa **sei cicli**. Tuttavia, lo schema terapeutico varia in funzione del **sottotipo di linfoma**, della sua **aggressività** e delle caratteristiche cliniche del paziente.

La **radioterapia** mantiene un ruolo importante nelle forme **localizzate**, soprattutto negli stadi iniziali. In alcuni **linfomi indolenti** può rappresentare la terapia principale, mentre in altre forme viene associata alla **chemioterapia**. In questi casi, l'aggiunta della radioterapia può consentire una riduzione del numero complessivo di **cicli chemioterapici**, spesso da sei a tre o quattro.

L'iter terapeutico

Nella maggior parte dei casi, i trattamenti vengono effettuati in regime di **day hospital** o **ambulatoriale**, senza necessità di **ricovero**. A seconda dello schema

terapeutico utilizzato, il paziente può ricevere la terapia in uno, due o tre giorni consecutivi. Durante il percorso terapeutico vengono eseguiti **controlli periodici** per verificare l'**efficacia delle cure**. Generalmente, dopo il terzo o quarto ciclo, viene

Un viaggio da fare insieme: i servizi di accompagnamento AIL verso i centri di cura



Per i pazienti e i loro caregiver che vivono **lontano dai centri di cura**, spostarsi per ricevere le terapie può essere un grosso impegno dal punto di vista economico, fisico ed emotivo. Proprio per questo, AIL e le sue sezioni mettono a disposizione due servizi pensati per alleggerire il carico logistico e facilitare l'accesso alle cure: la **Mobilità Solidale** e il **Servizio Navetta**.

Il servizio di **Mobilità Solidale AIL** è rivolto ai pazienti che, per ricevere cure presso centri ematologici specializzati, sono costretti a spostarsi **al di fuori della propria provincia di residenza** e si trovano in difficoltà economica. Attraverso questo servizio, AIL contribuisce a **coprire i costi di viaggio**, riducendo così le

distanze tra i pazienti e le cure. Il supporto può estendersi anche a un accompagnatore.

Il **Servizio Navetta**, invece, è pensato per i pazienti più fragili o **con difficoltà negli spostamenti quotidiani**. Grazie all'impegno delle sezioni AIL, i volontari offrono un servizio di accompagnamento **dalla propria abitazione al presidio ospedaliero di riferimento a livello provinciale**, per consentire l'accesso alle terapie in modo più semplice e sicuro.

Attenzione: non tutte le sezioni AIL oggi offrono questi servizi. Per verificarne la disponibilità, è consigliabile individuare la sezione AIL più vicina e contattarla direttamente per ricevere maggiori informazioni.



Puoi trovare la sezione più vicino a te visitando il sito o inquadrando il QR code:

<https://www.ail.it/conosci-ail/ail-sul-territorioail-pazienti-e-caregiver/sportello-sociale>



effettuata una rivalutazione mediante **PET** o **TC**: se gli esami danno esito positivo allora si proseguirà con la stessa linea di terapia, mentre in caso negativo si proseguirà con la linea di terapia successiva.

Alla fine del programma terapeutico, il paziente ripete gli esami eseguiti durante la fase di **stadiazione**. Tra questi, l'esame strumentale più importante è la **PET**, poiché permette di valutare la cosiddetta risposta metabolica delle cellule tumorali.

Una PET negativa indica una **remissione completa dell'attività metabolica**, e quindi l'assenza di attività tumorale misurabile nell'area precedentemente interessata dal linfoma. Altre tecniche utilizzate al termine delle terapie per monitorare la risposta ai trattamenti sono la **citofluorimetria** e le indagini di **biologia molecolare**. Si tratta di esami particolarmente sensibili, che permettono di osservare la presenza anche di piccole tracce di malattia, identificando e prevenendo precocemente la

Le Case AIL ospitano i pazienti vicino ai centri di cura

Le **Case AIL** sono strutture costruite in prossimità dei centri ematologici e gestite dalle Sezioni provinciali, con l'obiettivo di **ospitare pazienti onco-ematologici e loro familiari/caregivers** quando si spostano temporaneamente dal luogo di residenza per le terapie.

Le Case AIL sono luoghi pensati non solo per **aiutare economicamente e logisticamente** i pazienti durante le cure, ma anche per condividere questa esperienza con altri ospiti e trovare un supporto morale e pratico da parte di volontari nel calore di **una vera e propria casa**.

Attenzione: le Case AIL non sono ancora presenti in tutta Italia.



Puoi verificare la disponibilità del servizio sul territorio visitando il sito o inquadrando il QR code:

<https://www.ail.it/come-possiamo-aiutarti/servizi-ail-pazienti-e-caregiver/case-ail>



comparsa di eventuali **recidive**, cioè la ricomparsa della malattia dopo una fase di remissione.

Un concetto strettamente collegato è quello di **malattia minima residua (MRD, Minimal Residual Disease)**, ovvero la presenza di un numero estremamente ridotto di **cellule tumorali residue** dopo il trattamento, rilevabile solo mediante metodiche molto sensibili.

A differenza di quanto avviene nelle **leucemie**, nei **linfomi** la valutazione della MRD ha ancora applicazioni limitate e viene utilizzata solo in alcuni **sottotipi specifici**, come il **linfoma mantellare** e alcune forme rare. Attualmente, nella maggior parte dei casi, la MRD non viene impiegata per guidare le decisioni terapeutiche, ma rappresenta principalmente uno strumento di monitoraggio durante il **follow-up**.

Gli effetti collaterali delle terapie

I **farmaci** utilizzati nelle **terapie dei linfomi** raramente determinano la comparsa di **effetti indesiderati**. A distanza di **7-10 giorni** dalla somministrazione delle terapie possono tuttavia manifestarsi alcuni **eventi avversi**, chiamati complessivamente **tossicità**, legati principalmente alla **distruzione** da parte dei **farmaci chemioterapici** delle **cellule del sangue**, la cui sede di origine è proprio nel **midollo osseo**.

Le principali **tossicità** includono:

- ✓ **leucopenia** (calo drastico del numero dei **globuli bianchi**), con conseguente aumento del **rischio infettivo**;
- ✓ **piastrinopenia** (calo significativo delle **piastrine**), con maggior rischio di **sanguinamenti** ed **emorragie**.

Altre **tossicità** possono interessare la **mucosa gastrointestinale**, con comparsa di sintomi come **diarrea** e **dolori addominali**, e organi come **fegato** e **reni**. Sottoporsi a **controlli clinici** e ad **esami di laboratorio** tra un ciclo e l'altro è pertanto importante per tenere sotto controllo le **tossicità** e prevenire possibili **complicanze**.

Trattamenti di ultima generazione

Negli ultimi anni, i progressi della **ricerca scientifica** hanno reso disponibili diversi **trattamenti innovativi** contro i **tumori**, che possono essere definiti di **ultima generazione**. Nel campo dei **linfomi**, queste innovazioni hanno portato all'introduzione di due importanti strategie terapeutiche altamente specifiche:

- ✓ **terapie basate sull'immunoterapia**, che sfruttano il **sistema immunitario** del paziente per riconoscere e distruggere le **cellule tumorali**;
- ✓ **targeted therapies (terapie a bersaglio molecolare)** che utilizzano, che utilizzano farmaci progettati per colpire in modo selettivo specifiche **alterazioni** presenti nelle cellule neoplastiche

CAR-T e Bispecifici

Tra le **immunoterapie di ultima generazione** rientrano le **CAR-T** e gli **anticorpi bispecifici**. Entrambe le strategie hanno un elemento in comune: il coinvolgimento diretto dei **linfociti T** del paziente nel riconoscimento e nell'eliminazione delle **cellule tumorali**.

I **linfociti T** sono un tipo di **globuli bianchi** appartenenti al **sistema immunitario** e svolgono un ruolo essenziale nella **difesa dell'organismo**. In condizioni fisiologiche, essi esprimono sulla loro membrana **recettori** che funzionano secondo un meccanismo "**chiave-serratura**", permettendo il riconoscimento specifico di **molecole specifiche (chiamate antigeni)** presenti su agenti potenzialmente pericolosi per l'organismo (come **batteri, virus e cellule tumorali**).

Una volta riconosciuti tali bersagli, i linfociti T possono attivare una **risposta immunitaria** finalizzata alla loro eliminazione.

Questo principio è alla base delle terapie **CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell)**. In questo approccio, i **linfociti T del paziente** vengono prelevati e modificati mediante **ingegneria genetica** per esprimere sulla loro superficie un **recettore artificiale** in grado di riconoscere **antigeni specifici** espressi dalle cellule tumorali del linfoma.

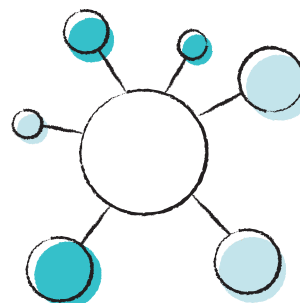
Dopo la **reinfusione** nel paziente, queste cellule agiscono come "**soldati**" altamente specializzati, in grado di individuare ed eliminare le **cellule neoplastiche** sfruttando il sistema immunitario stesso.

Un importante vantaggio delle **CAR-T** è la loro capacità di **proliferare e persistere nel tempo** nell'organismo, contribuendo a mantenere il controllo della **malattia** anche a distanza di tempo dall'infusione. Attualmente, questa terapia non viene generalmente utilizzata in **prima linea**, ma in alcuni tipi di linfoma è disponibile già dalla **seconda linea di trattamento**, con un impatto significativo sull'**efficacia terapeutica** e sulle **probabilità di controllo della malattia**.

Anche gli **anticorpi bispecifici** sfruttano i **linfociti T**, ma con un meccanismo differente rispetto alle CAR-T. Questa terapia, infatti, consiste nella somministrazione di particolari **anticorpi ingegnerizzati** in grado di legare contemporaneamente due bersagli: da un lato i **linfociti T del paziente** e dall'altro le **cellule neoplastiche**. In questo modo agiscono come un "**ponte**", avvicinando i linfociti T alle cellule tumorali e favorendone l'eliminazione.

Inoltre, i linfociti T sono in grado di rilasciare **citochine**, molecole che amplificano la risposta attirando nella sede della risposta immunitaria altri linfociti, potenziando così l'azione **antitumorale**.

Questa strategia rappresenta oggi un'opzione terapeutica fondamentale per alcuni **linfomi refrattari o resistenti alla chemioterapia**.



Terapie a bersaglio molecolare

Le **terapie a bersaglio molecolare** prendono questo nome perché utilizzano farmaci in grado di agire in modo selettivo su alcuni processi cellulari alterati nelle **cellule tumorali**, come quelli che regolano la **crescita cellulare** e la loro **morte programmata** (un processo chiamato **apoptosi**). Come descritto

nelle pagine iniziali di questo opuscolo, nei **linfomi** mutazioni del DNA dei linfociti possono alterare questi meccanismi, causando la proliferazione e l'immortalizzazione di queste cellule.

I farmaci a bersaglio molecolare agiscono proprio bloccando questi meccanismi alterati.

Curarsi a casa, senza rinunciare agli affetti: le Cure Domiciliari AIL

Durante un percorso di cura, il benessere e la qualità della vita possono esser messi a dura prova. Per questo AIL supporta, in sinergia con il Servizio Sanitario Nazionale, **un servizio di Cure Domiciliari**, pensato per facilitare la continuità terapeutica tra centro ematologico e casa per i pazienti fragili o in difficoltà.

Grazie ai professionisti sanitari attivati da AIL è possibile **trasferire a domicilio**, accanto ai propri affetti, molte **prestazioni dei Day Hospital ematologici** e degli ambulatori, riducendo così gli accessi agli ospedali, i rischi connessi agli spostamenti e le lunghe attese ambulatoriali.

Tramite le Cure Domiciliari, vengono erogate a casa dei pazienti prestazioni come **visite mediche, trasfusioni, somministrazione di farmaci antibiotici, antiemorragici, antidolorifici** e, in alcune realtà, anche

farmaci antitumorali. Fondamentali sono poi le **prestazioni infermieristiche** come i **prelievi di sangue** e il **supporto psicologico e sociale**.



Attenzione: le Cure Domiciliari AIL non sono ancora erogate in tutta Italia. Per verificare la disponibilità del servizio sul territorio, contatta la sezione AIL più vicina a te per ricevere maggiori informazioni.



Puoi trovare la sezione più vicino a te visitando il sito o inquadrando il QR code:

<https://www.ail.it/conosci-ail/ail-sul-territorio>



Alcuni esempi rilevanti includono:

- ✓ farmaci come l'**ibrutinib**, l'**acalabrutinib** e lo **zanubrutinib**, utilizzati sia in prima che in seconda linea nel trattamento dei **linfomi**, sono **inibitori di una molecola chiamata BTK (Bruton's Tyrosine Kinase)**, un recettore che regola la proliferazione e maturazione dei **linfociti B**, spesso deregolato nei linfomi.
- ✓ il **venetoclax**, che funziona come inibitore della molecola **BCL-2 (B-cell lymphoma 2)**. Si tratta di un recettore fondamentale per la regolazione del processo di **apoptosi**, la cui deregolazione nei linfomi aumenta la **resistenza delle cellule tumorali**, favorendone la sopravvivenza. Nei prossimi anni sono attesi ulteriori farmaci diretti contro BCL-2 e altre proteine correlate, con l'obiettivo di ampliare ulteriormente le **opzioni terapeutiche disponibili**.

Terapie sperimentali

Durante il percorso di cura, i pazienti in possesso dei requisiti clinici idonei possono essere invitati a partecipare a **studi clinici** per valutare **terapie sperimentali**. Si tratta di studi volti a testare il **profilo di nuove molecole**, differenti **dosaggi di molecole già in uso** o combinazioni diverse di **farmaci già ampiamente utilizzati in clinica**. Lo scopo di questi studi è quello di favorire la ricerca di **cure sempre più efficaci e mirate**, con meno **effetti collaterali** e con un conseguente miglioramento della **qualità di vita dei pazienti**.

È importante sottolineare che la partecipazione a uno **studio clinico** è sempre **libera e gratuita**, e condotta sotto l'attenta supervisione e assistenza

dell'**ematologo responsabile dello studio** presso il centro di cura. Prima dell'adesione, l'ematologo avrà il compito di favorire una **scelta consapevole** da parte del paziente, illustrando dettagliatamente le **finalità dello studio**, i possibili esiti clinici positivi, così come gli eventuali **effetti collaterali**, rispondendo a tutte le domande del paziente. Anche dopo l'adesione, il paziente ha il diritto di ritirarsi in qualsiasi momento dallo **studio**. In questo caso, l'ematologo illustrerà come interrompere la **terapia sperimentale** in completa sicurezza. La decisione di interrompere la partecipazione non compromette in alcun modo la **qualità delle cure future**.

Infine, è importante sapere che ogni **studio clinico** viene condotto nel rispetto delle normative europee (**Good Clinical Practice, GCP**) e della legislazione italiana sulla **ricerca clinica**, ed è approvato dai **comitati etici** e dall'**AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)**, a garanzia della correttezza **scientifica, etica e legale**.

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche

In alcune situazioni particolari, come in caso di **recidiva** (cioè la ricomparsa del linfoma dopo un periodo di remissione) o di mancata risposta alla **terapia di prima linea**, l'**ematologo** può valutare l'opportunità di ricorrere a un **trapianto di cellule staminali emopoietiche**. In altri casi, come nei **linfomi di tipo T**, il trapianto è invece parte integrante della prima linea di terapia insieme alla **immuno-chemioterapia**.

Il **trapianto di cellule staminali emopoietiche** è una procedura che consente di ripopolare il **midollo osseo**

I momenti di informazione AIL per i pazienti

Per i pazienti e i caregiver, **ricevere informazioni chiare e aggiornate** su tutti gli aspetti legati alla malattia è fondamentale per affrontare il percorso di cura con **maggiore consapevolezza** e restare al passo con le novità cliniche e della ricerca scientifica. Per questo, AIL Nazionale promuove numerose iniziative informative dedicate ai pazienti e ai loro caregiver.

Incontri pazienti-medici

Appuntamenti gratuiti, in presenza e online, che mettono in dialogo pazienti, caregiver e specialisti ematologi per approfondire la conoscenza delle patologie, conoscere le nuove terapie e condividere esperienze.

Per conoscere i prossimi appuntamenti, partecipare a un incontro o guardare le registrazioni degli eventi precedenti, visita il sito o inquadra il QR code:

<https://pazienti.ail.it/incontri-informativi/>



Opuscoli informativi

Materiali dedicati alle specifiche patologie, ma anche ai diritti, alle agevolazioni e agli stili di vita delle persone con malattie oncoematologiche. Puoi scaricare gli opuscoli AIL in formato digitale visitando il sito o inquadrando il QR code:

<https://pazienti.ail.it/informazioni-utili/opuscoli-informativi/>



News ematologiche

Aggiornamenti costanti sulle principali novità della ricerca e delle terapie in ambito oncoematologico. Per leggere tutte le news ematologiche, visita il sito o inquadra il QR code:

<https://www.ail.it/ail-eventi-e-news/ail-blog/ail-news-ematologiche>



attraverso l'infusione di **cellule staminali emopoietiche**, cioè cellule ematiche immature in grado di generare tutte le cellule del sangue (**globuli rossi, globuli bianchi e piastrine**).

In linea generale, il trapianto prevede due fasi principali:

- ✓ una fase di **condizionamento**, durante la quale vengono somministrate **chemioterapie ad alte dosi** per eliminare il maggior numero possibile di cellule tumorali;
- ✓ una fase di **infusione delle cellule staminali emopoietiche**, che migrano nel **midollo osseo** e ne ripristinano progressivamente la normale funzionalità.

A seconda dell'origine delle cellule staminali utilizzate, si distinguono due principali tipologie di trapianto: **autologo e allogenico**.

Nei linfomi, il trapianto **autologo** è il trattamento maggiormente utilizzato, mentre il trapianto **allogenico** è impiegato con meno frequenza, generalmente in caso di fallimento del trapianto autologo.

Trattandosi di una terapia particolarmente intensiva, il **trapianto di cellule staminali** è una procedura riservata esclusivamente a pazienti in condizioni cliniche idonee. In generale, il trattamento è indicato per pazienti di età inferiore ai **65-70 anni**. Altri parametri tenuti in considerazione sono lo **stato di salute generale** e la presenza di altre patologie. È sempre l'**ematologo** a valutare attentamente ogni singolo caso, proponendo il trapianto quando i possibili benefici risultano significativamente superiori ai **rischi del trattamento**.

Trapianto autologo

Nel **trapianto autologo** (o autotrapianto), le **cellule staminali** utilizzate provengono dallo stesso paziente.

Queste cellule vengono generalmente raccolte prima della chemioterapia di condizionamento, prelevate dal sangue periferico mediante una procedura chiamata **aferesi**. Una volta raccolte, vengono congelate e conservate fino al momento del trapianto. Successivamente, il paziente viene sottoposto a una **chemioterapia di condizionamento ad alte dosi**, che ha l'obiettivo di eliminare il maggior numero possibile di cellule tumorali. Al termine del trattamento, le cellule staminali precedentemente raccolte vengono reinfuse per consentire la ricostituzione del **midollo osseo**.

Lo scopo dell'autotrapianto è quindi di permettere la somministrazione di dosi di **chemioterapia più elevate** rispetto a quelle utilizzate nei trattamenti convenzionali, aumentando così la capacità di eliminare le cellule tumorali eventualmente resistenti alle terapie standard. Tuttavia, questi trattamenti danneggiano anche le cellule sane del **midollo osseo**, provocando una condizione chiamata **aplasia midollare**, caratterizzata da una marcata riduzione della produzione di **globuli bianchi, globuli rossi e piastrine**.

È per questo motivo che le cellule staminali vengono raccolte prima della chemioterapia e poi reinfuse dopo il trattamento. Essendo state conservate al di fuori dell'organismo durante la fase di condizionamento, non vengono danneggiate dai farmaci e possono quindi ripopolare il midollo osseo e ripristinarne progressivamente la funzione.

Durante il periodo di **aplasia midollare** il paziente è maggiormente esposto al rischio di **infezioni, anemia e sanguinamenti**, a causa della temporanea carenza delle cellule del sangue. Per questo motivo viene monitorato attentamente e rimane ricoverato in **ambiente protetto** fino all'**attecchimento** delle cellule staminali reinfuse.

Si tratta comunque di una fase temporanea, che termina quando le cellule staminali attecchiscono nel **midollo osseo** e riprendono la normale produzione delle cellule del sangue.

L'autotrapianto rappresenta ancora oggi una strategia terapeutica importante in alcuni linfomi, anche se negli ultimi anni il suo impiego si è ridotto in alcune situazioni grazie allo sviluppo di nuove **immunoterapie**, tra cui le **terapie CAR-T**.

Trapianto allogenico

Nel **trapianto allogenico**, le cellule staminali reinfuse nel paziente provengono invece da un **donatore** (un familiare o una persona non imparentata) compatibile.

A differenza dell'autotrapianto, il beneficio del trapianto allogenico non dipende soltanto dalla **chemioterapia ad alte dosi**, che distrugge le cellule tumorali, ma anche dall'azione del nuovo **sistema immunitario del donatore**, che può contribuire ad attaccare le cellule di linfoma residue.

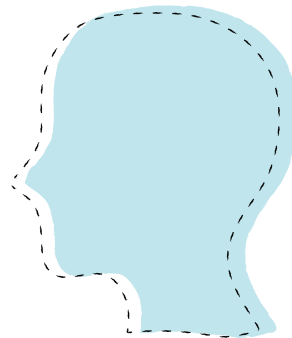
Per questo motivo, il trapianto allogenico viene generalmente riservato per quei linfomi particolarmente **resistenti**, quando tutte le altre terapie non hanno dimostrato efficacia.

La principale complicanza di questa procedura è la **malattia del trapianto contro l'ospite**. Per comprendere meglio questo fenomeno, può essere utile un confronto con il **trapianto d'organo**. Nel trapianto di un organo, il rischio principale è che il sistema immunitario del ricevente rigetti l'organo trapiantato. Nel trapianto allogenico di cellule staminali, invece, può accadere il contrario: è il nuovo sistema immunitario del donatore a riconoscere come estraneo l'organismo del paziente, attaccando alcuni tessuti.

Prognosi e follow-up

Il termine **prognosi** indica la previsione dell'evoluzione di una malattia nel tempo in termini di **guaribilità, sopravvivenza e qualità di vita**.

Nei **linfomi**, la prognosi dipende da molteplici fattori. Tra i più importanti vi sono il **tipo di linfoma**, la sua **aggressività** e l'**estensione della malattia** al momento della diagnosi. Tuttavia, contano anche le caratteristiche del paziente, come l'**età**, le condizioni generali di salute e l'eventuale presenza di altre patologie (pregresse o concomitanti), che possono condizionare la capacità del paziente di tollerare i trattamenti più intensivi.



Nello specifico, la prognosi viene valutata dall'analisi dei seguenti fattori:

- ✓ il **sottotipo di linfoma** e la presenza di **marker molecolari** utilizzabili come potenziali target per terapie mirate;
- ✓ la **stadiazione** (estensione della malattia nei vari distretti dell'organismo);
- ✓ il calcolo (ove esistente) dell'**indice di rischio prognostico**, cioè la stima statistica della probabilità che si verifichino eventi come recidiva, guarigione o sopravvivenza;
- ✓ le **condizioni generali del paziente** e la sua capacità di tollerare le terapie più efficaci.

Nei pazienti anziani assume particolare importanza la **valutazione geriatrica multidimensionale (VGM)**, uno strumento che analizza diversi aspetti della salute della persona, tra cui autonomia funzionale, presenza di altre patologie, stato nutrizionale e funzioni cognitive. Questa valutazione consente di stimare in modo più accurato la cosiddetta **età biologica**, che spesso è più utile dell'**età anagrafica** per stabilire quali trattamenti possano essere affrontati in sicurezza.

In linea generale, molti linfomi mostrano una buona risposta alle **terapie** (in particolare alla **chemioterapia** e alla **radioterapia**), configurandosi come patologie con buone probabilità di cura e di guarigione.

Il decorso specifico dipende tuttavia dal tipo di linfoma. Genericamente i **linfomi indolenti** hanno un decorso molto lento e solitamente caratterizzato da molteplici **recidive** della malattia, mentre i **linfomi**

aggressivi hanno un maggior rischio di decorso infausto se le terapie non si dimostrano efficaci, godendo al contempo di grossissime possibilità di risoluzione in caso di efficacia della terapia.

Frequenza e gestione dei follow-up

Al termine della **terapia**, e dopo aver ottenuto una **remissione completa di malattia**, il paziente entra nella fase di **follow-up**, cioè un programma di **controlli periodici** finalizzato a monitorare lo **stato di salute**, verificare il mantenimento della **risposta ai trattamenti** e identificare precocemente eventuali segni di **recidiva**.

In linea generale, il **follow-up** prevede:

- ✓ **controlli** ogni 3 mesi durante il primo anno dalla conclusione della terapia;
- ✓ **controlli** ogni 6 mesi durante il secondo e il terzo anno;
- ✓ **controlli** una volta l'anno negli anni successivi (da 5 a 10 anni).

Durante le **visite di controllo**, l'ematologo valuta le condizioni cliniche del paziente ed esamina eventuali **sintomi** o segni sospetti.

Il programma specifico di follow-up dipende dal tipo specifico di **linfoma**, ma comprende generalmente:

- ✓ **esame clinico specialistico;**
- ✓ **esami di laboratorio;**
- ✓ **esami di imaging**, come TC total body o ecografia delle stazioni linfonodali superficiali e dell'addome. Se questi esami evidenziano il sospetto di una possibile **recidiva** (cioè la ricomparsa della malattia), viene richiesta generalmente anche una PET.

Cosa sono le recidive e come sono gestite

Per **recidiva** si intenda la ricomparsa dei **segni e dei sintomi della malattia** dopo un periodo di **remissione**. Il **rischio di recidiva** varia considerevolmente in base al **sottotipo di linfoma**. Nei **linfomi indolenti**, la malattia può ripresentarsi anche a distanza di molti anni dal termine delle cure. Per questo motivo, i **controlli** vengono spesso proseguiti fino a **dieci anni** dalla fine del trattamento.



Nei **linfomi aggressivi** e nel **linfoma di Hodgkin**, invece, il rischio di recidiva è maggiore nei **primi due o tre anni** successivi alla conclusione della terapia. Sebbene siano possibili ricadute più tardive, si tratta di casi molto rari. Per tale ragione, in questi pazienti il **follow-up** viene generalmente mantenuto per almeno **cinque anni** dalla fine della terapia.

Quando si sospetta una **recidiva**, soprattutto se si verifica a distanza di tempo dalla prima diagnosi, è spesso consigliabile ripetere l'**esame istologico della biopsia**. Questo perché, nel tempo, alcune caratteristiche del linfoma possono cambiare e influenzare la scelta del **trattamento più appropriato**. È importante ricordare che non tutte le **recidive** sono uguali. In particolare, una recidiva che si verifica entro **un anno** dal termine della terapia di prima linea tende ad avere caratteristiche e prospettive diverse rispetto a una recidiva che compare dopo un intervallo più lungo. Anche il **tipo di linfoma** coinvolto influenza in modo significativo le **scelte terapeutiche**.

Recidiva di un linfoma indolente

In caso di recidiva di un linfoma indolente, la nuova biopsia assume particolare importanza per escludere un'eventuale **trasformazione istologica**, cioè l'evoluzione verso una forma diversa potenzialmente più aggressiva. Una volta completati gli **esami di ristadiazione**, se gli esami confermano la diagnosi di una recidiva di linfoma indolente l'**approccio terapeutico** è generalmente lo stesso della prima diagnosi: un periodo di **monitoraggio attivo** seguito dall'eventuale inizio di un **trattamento di seconda linea**, che sarà diverso da quello di prima linea.

Recidiva di un linfoma aggressivo o del linfoma di Hodgkin

Nei **linfomi non Hodgkin aggressivi**, le opzioni terapeutiche dipendono da diversi fattori, tra cui il tempo trascorso dalla conclusione della terapia iniziale. Nei pazienti con **recidiva precoce (entro un anno)** il trattamento più indicato prevede le **terapie CAR-T**, mentre nelle **recidive tardive (oltre un anno)** si ricorre a **trattamenti di salvataggio basati su immuno-chemioterapia**, seguiti da **autotrapianto di cellule staminali emopoietiche**.

Nel **linfoma di Hodgkin**, i **nuovi farmaci** permettono di trattare efficacemente le recidive, consentendo in molti casi di ottenere una nuova **remissione della malattia** e di avviare successivamente il paziente a un percorso di consolidamento con **autotrapianto**. In entrambi i casi, il **trapianto allogenico di cellule staminali** viene oggi riservato a **situazioni particolari e selezionate**.

Quando considerarsi guariti

In termini generali, si può affermare che un paziente che raggiunge una **remissione completa** e la mantiene per almeno **cinque anni** può essere considerato **clinicamente guarito**.

Nei linfomi, tuttavia, è necessario distinguere tra **forme indolenti** e **forme aggressive**. I linfomi indolenti hanno un andamento tipicamente cronico e, in molti casi, non possono essere considerati definitivamente guaribili.

Esistono però numerosi pazienti che, mantenendo una remissione completa per oltre **dieci anni**, possono essere ragionevolmente considerati guariti anche dal punto di vista clinico.

Nei **linfomi aggressivi** e nel **linfoma di Hodgkin**, invece, l'assenza di recidiva nei **primi due-tre anni** dal raggiungimento della remissione completa è associata a una **drastica riduzione del rischio di ricaduta** e, di conseguenza, a un'elevata **probabilità di guarigione definitiva**.

La gestione degli effetti collaterali

Gli **effetti collaterali** dei trattamenti per il linfoma possono essere distinti in **acuti**, quando insorgono durante la terapia, e **tardivi**, quando si manifestano a distanza di mesi o anni dal termine del trattamento.

Le **complicanze acute** sono prevalentemente di **natura infettiva** e richiedono un'attenta gestione clinica, spesso in stretta collaborazione con il **medico di famiglia**. Tra le **complicanze tardive**, una delle più rilevanti è la **cardiotossicità**, associata in particolare all'impiego di una classe di chemioterapici nota come **antracicline**.

Per ridurre il rischio e intercettare precocemente eventuali alterazioni cardiache, è fondamentale eseguire **controlli cardiologici periodici** durante il **follow-up**, anche in assenza di sintomi. Un'altra possibile complicanza a lungo termine riguarda l'**alterazione della funzione delle ghiandole endocrine** deputate alla produzione ormonale, come la **tiroide**.

Tra gli **effetti tardivi** più importanti vi è anche l'aumento del rischio di sviluppare altre forme di tumore, che possono presentarsi anche dopo **più di 10 anni** dal termine delle terapie, in alcuni casi anche dopo **30 anni**.

La **radioterapia** e alcuni classi di **chemioterapici** rappresentano un fattore ben documentato di aumento del rischio di nuove neoplasie, così come alcuni fattori legati allo **stile di vita**, come il **fumo** e il consumo di **alcol**, in particolare per **neoplasie polmonari e gastrointestinali**.

Alcuni chemioterapici possono inoltre determinare **effetti cutanei**, che si manifestano con **alterazioni della pigmentazione, secchezza della cute e maggiore sensibilità alla luce solare**.

Infine, uno **stile di vita sano** – basato su **alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, ridotto consumo di alcol e astensione dal fumo** – può contribuire sia alla **prevenzione** sia al **controllo degli effetti a lungo termine delle terapie**.

La preservazione della fertilità

Alcuni **trattamenti oncologici** possono determinare un aumento del rischio di sviluppare **infertilità**, sia maschile che femminile. In alcuni casi può trattarsi di un fenomeno transitorio, ma per prevenire e ridurre qualsiasi complicanza è possibile adottare **strategie di preservazione della fertilità** prima dell'inizio delle cure.

Nei pazienti maschi, la procedura più raccomandata consiste nella **raccolta e crioconservazione del liquido seminale** prima di avviare il trattamento.

Nelle pazienti femmine, invece, le opzioni includono la **crioconservazione degli ovociti** o del **tessuto ovarico**. Si tratta tuttavia di procedure più complesse, che richiedono **tempi di preparazione di alcune settimane**.

Tuttavia, in casi di urgenza clinica, cioè di rapida crescita della malattia, i trattamenti oncologici devono essere iniziati il più rapidamente possibile. Di conseguenza, non è possibile aspettare il tempo necessario per effettuare la raccolta di cellule uovo o di tessuto ovarico. La scelta deve essere sempre discussa e condivisa con la **paziente**, cercando eventualmente **alternative di protezione della fertilità**.

Durante il trattamento è inoltre raccomandato l'uso di un **metodo contraccettivo efficace** per tutta la durata della terapia e per alcuni mesi dopo la sua conclusione, poiché una **gravidanza in corso di trattamento** o nelle fasi immediatamente successive può essere associata a un aumentato rischio di **complicanze e malformazioni fetali**. In genere si consiglia di attendere almeno **due anni dalla fine delle terapie** prima di programmare una gravidanza.

La gravidanza, inoltre, determina di per sé un **abbassamento delle difese immunitarie** che potrebbe favorire una **ricidiva di malattia**, soprattutto se in prossimità della fine delle cure.



Stili di vita e benessere psicologico

La nutrizione

Durante il **percorso di cura di un linfoma** è consigliato seguire un **regime alimentare vario e completo**. Sebbene non sia richiesta l'eliminazione di alcun tipo di cibo, è raccomandabile seguire alcune piccole indicazioni, come:

- ✓ evitare **cibi crudi** (carne o pesce) e **formaggi eccessivamente freschi**;
- ✓ lavare accuratamente le **verdure**.

L'**idratazione** è fondamentale: si consiglia l'assunzione di almeno **due litri di acqua al giorno**, salvo controindicazioni per la presenza di altre comorbidità. Per situazioni particolari sarà necessario confrontarsi con un **nutrizionista**.

L'attività fisica

Durante il periodo delle **terapie**, le energie dell'organismo sono principalmente impegnate nel recupero dagli effetti del trattamento. Per questo motivo, le attività sportive **agonistiche** o particolarmente intense sono generalmente sconsigliate.

Al contrario, un'**attività fisica moderata, regolare e adeguata** alle proprie condizioni rappresenta un elemento importante del **percorso di cura**. Camminare, fare passeggiate all'aria aperta o salire le scale, quando possibile, sono attività generalmente raccomandate.

È invece opportuno prestare maggiore attenzione alle attività svolte in **ambienti chiusi e affollati**, dove il rischio di esposizione a **infezioni** può essere più elevato. Durante il trattamento è consigliabile evitare esercizi che comportino uno **sforzo intenso dell'apparato cardiovascolare**, fermandosi non appena si percepisce una sensazione di sforzo.

Come al solito, confrontarsi con il proprio **ematologo di riferimento** aiuterà a gestire la situazione al meglio, con **indicazioni personalizzate** in base alle condizioni cliniche e al tipo di trattamento in corso.



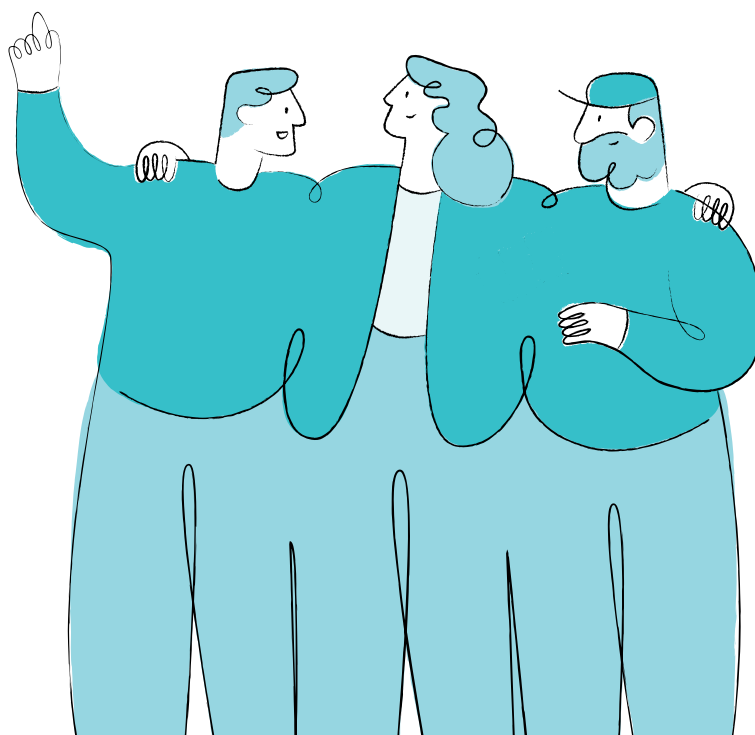
Vita sociale e di relazione

Durante le terapie l'organismo è più vulnerabile al rischio di contrarre infezioni, che possono influenzare negativamente l'esito delle cure. In questo periodo i **rapporti sociali** non sono vietati, ma è fortemente raccomandato adottare alcune semplici **precauzioni** per ridurre il **rischio di contagio**:

- ✓ limitare la frequentazione di **luoghi con un numero eccessivo di persone**, soprattutto se chiusi;
- ✓ responsabilizzare **amici e parenti** a tenere comportamenti che limitino il rischio di contagio, soprattutto in presenza di **sintomi influenzali**;

- ✓ mantenere una corretta **igiene delle mani** e rispettare le eventuali indicazioni fornite dal **team curante**;
- ✓ durante i **rapporti sessuali**, utilizzare **protezioni** che limitino lo sviluppo di infezioni.

Seguendo queste semplici precauzioni, è possibile continuare a vivere una **normale vita sociale** e mantenere e i rapporti con i propri affetti, riducendo il rischio di infezioni senza rinunciare ai **momenti di condivisione**. L'importante è adottare **comportamenti prudenti e consapevoli**, evitando inutili allarmismi ma senza sottovalutare i possibili rischi.



Affrontare la malattia



*A cura delle Dott.sse Elvira Tulimieri e Tiziana
Oliveto, psico-oncologhe della sezione AIL di Salerno.*

Ansia, paura e rabbia sono emozioni del tutto normali dopo una **diagnosi di linfoma** o durante un **percorso di cura**. Si tratta di un cambiamento spesso improvviso, che può arrivare come un “fulmine a ciel sereno” e stravolgere la quotidianità: dal **lavoro** alla gestione degli **affetti**, fino alle piccole cose di tutti i giorni.

In questo momento delicato è comune provare **frustrazione, senso di precarietà, sfiducia per il futuro** o difficoltà ad accettare i **cambiamenti del proprio corpo** e sviluppare una diversa **percezione di sé**. Sono vissuti profondamente umani, che fanno parte del **processo di adattamento alla malattia**.

Per questo motivo, non è necessario sentirsi sempre “forti” e nascondere le **fragilità**. Parlarne con **familiari, amici** o con il proprio **medico** può infatti aiutare ad alleggerire il **carico emotivo** e migliorare il **benessere psicologico**. Anche la partecipazione a **gruppi di supporto tra pazienti** può favorire la condivisione delle esperienze e ridurre il **senso di isolamento**.

È inoltre utile considerare, fin dalla diagnosi, un **supporto psicologico professionale** con uno **psiconcologo**, che può aiutare a elaborare le emozioni, gestire lo **stress** e sviluppare **strategie efficaci** per affrontare i cambiamenti.

AIL attribuisce grande importanza al **benessere psicologico**, considerandolo una parte integrante del **percorso di cura**. Per questo offre un servizio di **psiconcologia gratuito**, uno **spazio di ascolto** pensato per supportare **pazienti e caregiver** e accompagnarli insieme in questo momento delicato della loro vita. Puoi trovare il **supporto AIL**:

- ✓ nei **reparti di ematologia** presenti su tutto il territorio nazionale in cui è presente AIL (contattare la **sezione AIL** sul territorio per maggiori informazioni);
- ✓ al **numero verde AIL: 800 226 524**, a cui risponde un **esperto psico-oncologo** ogni mercoledì dalle **10 alle 12** e dalle **15 alle 17**.



Q&A

La malattia nella vita di tutti i giorni



Cosa succede se smetto di assumere un farmaco?

Se decide di smettere di assumere un farmaco ne deve assolutamente parlare con il suo **ematologo di riferimento** perché, alcune volte, la sospensione può provocare i cosiddetti **'flaire'**, cioè **manifestazioni particolarmente aggressive della malattia**.



Posso fare le vaccinazioni in corso o dopo il trattamento?

Le **vaccinazioni** sono indicate preferibilmente al di fuori delle terapie, anche se non c'è nessun pericolo se si utilizza un vaccino indicato durante i trattamenti. L'unico problema è che il vaccino potrebbe non essere **efficace** o esserlo meno.



Posso assumere qualsiasi medicina insieme ai farmaci per il trattamento dei linfomi?

Farmaci come **antipiretici** o **antibiotici** possono essere utilizzati con una certa tranquillità. Come regola generale però non assuma mai farmaci senza aver prima parlato con il suo **ematologo di riferimento**.



Ci sono integratori o vitamine che possono aiutare o interferire con i farmaci?

In linea di massima, al momento non ci sono indicazioni precise in merito all'utilizzo di **integratori** o **vitamine** in corso di terapia. Anche in questo caso è bene parlarne apertamente con il suo **ematologo**, in quanto alcuni integratori potrebbero interferire con il **metabolismo dei farmaci** in corso di assunzione. Ricordi comunque che un'**alimentazione varia e completa** apporta tutti gli integratori e le vitamine di cui abbiamo necessità.



Come gestire nausea, perdita di appetito o cambiamenti di gusto?

A parte l'utilizzo (quando necessario) di **farmaci anti-nausea**, la **perdita di appetito (dispepsia)** e i **cambiamenti di gusto (disgeusia)** sono effetti collaterali comuni. In questi casi, è consigliato mangiare poco e spesso. Sono generalmente tollerati meglio **alimenti semplici, poco conditi, a temperatura ambiente o freddi**.

Anche **bere a piccoli sorsi** durante la giornata può essere utile. In alcuni casi, l'utilizzo di specifici alimenti, come lo **zenzero**, può contribuire a ridurre la nausea. Quando manca la fame, è importante non aspettare lo stimolo ma organizzare **piccoli pasti frequenti**.

Può essere utile scegliere **alimenti più energetici e proteici** anche in **piccole quantità**, per garantire comunque un **adeguato apporto nutrizionale**.



Come gestire la paura di contrarre infezioni? Come gestire contatti con bambini o animali?

Con cautela. È consigliabile limitare contatti molto stretti con i bambini se presentano **sintomi influenzali**, purtroppo molto frequenti per i bimbi dell'asilo o delle scuole primarie nel periodo autunno/inverno. Per gli **animali**, evitare ogni contatto promiscuo, soprattutto con animali che non vivono solo in casa.



Posso viaggiare, andare in vacanza al mare o in montagna e prendere il sole?

Certamente! Si può andare in **vacanza**, sia al mare che in montagna. Attenzione però al **sole**, che è un potente immunosoppressore. È pertanto fondamentale utilizzare sempre **creme di protezione** evitando esposizioni prolungate.



Si può affrontare una maternità? Quali sono le precauzioni da prendere? Ci sono rischi per la madre e/o per il bambino?

Questo è un argomento molto, molto delicato. Per il periodo di trattamento è assolutamente controindicato affrontare una **maternità**, sia da parte del malato che del partner.

È necessario quindi prendere **precauzioni sulla fertilità**. Inoltre, pur non essendoci assolutamente controindicazioni ad avere una normale **vita sessuale di coppia**, è indispensabile utilizzare **metodi anticoncezionali** anche meccanici (**condom**) per ridurre il rischio di **trasmissioni di infezioni** (candida ad esempio).

Solitamente poi si sconsigliano **gravidanze entro i due anni dalla fine della terapia**. Al termine di questo periodo, non ci sono controindicazioni alla **gravidanza**, ma dobbiamo ricordare che la gravidanza. Ad ogni modo, in caso di desiderio di maternità, è opportuno confrontarsi in **maniera serena e aperta** con il suo **ematologo** di riferimento.



Come affrontare piccoli malesseri senza allarmismi?

Condividere questi **malesseri** con il vostro **ematologo di riferimento** o con i vostri cari è molto importante. Anche i gruppi di pazienti possono essere preziosi, consentendo di condividere i propri malesseri con persone che spesso li hanno sperimentati sulla propria pelle. Il consiglio è uno: **mai darsi risposte da soli**.

Enciclopedia delle principali terapie oncologiche

Provare emozioni spiacevoli o nutrire pensieri negativi alla sola idea dei **trattamenti oncologici**, futuri o in corso, è del tutto comprensibile. Tuttavia le terapie rappresentano il primo passo verso un **futuro lontano dalla malattia**. **Imparare a conoscerle**, capire come agiscono e cosa accade all'organismo può aumentare l'aderenza ai trattamenti e contribuire ad affrontare le cure con maggiore **consapevolezza** e meno allarmismi.

La chemioterapia

La **chemioterapia** è un trattamento che sfrutta la capacità di alcuni farmaci di inibire la crescita delle **cellule tumorali**, impedendone la **replicazione incontrollata**. Nella maggior parte dei casi prevede la somministrazione combinata di più farmaci, generalmente per **via endovenosa** oppure per **via orale**. Per specifici tipi di **linfoma** può essere necessario somministrare i farmaci anche per **via intratecale**, cioè direttamente nel **liquido cerebrospinale (liquor)** mediante **puntura lombare**. La chemioterapia viene svolta in **regime ambulatoriale** e, solo in alcuni casi, in **regime di ricovero**. A seconda del tipo di trattamento, i farmaci possono essere somministrati in uno o più giorni, a cui segue un periodo di pausa di qualche settimana fino alla nuova somministrazione. I **farmaci chemioterapici** non sono sufficientemente selettivi contro le cellule tumorali, ma distruggono anche una parte delle cellule

sane, in particolare le **cellule staminali del midollo osseo** da cui si sviluppano i **globuli rossi**, i **globuli bianchi** e le **piastrine**. Ecco perché tra gli **effetti collaterali della chemioterapia** si riscontrano:

- ✓ **stanchezza cronica e affaticamento**, conseguenza dell'**anemia** (calo dei globuli rossi);
- ✓ **maggior rischio infettivo**, dovuto alla riduzione del numero dei globuli bianchi;
- ✓ **emorragie**, a causa della diminuzione delle piastrine.

Anche le cellule delle **mucose** (della bocca, dello stomaco e degli organi genitali) e le cellule dei **follicoli piliferi** possono essere compromesse nella loro replicazione, causando perdita di peli, ciglia e capelli e effetti collaterali all'apparato gastrointestinale. Durante il periodo di trattamento si è sottoposti a **controlli periodici** in ospedale per verificare la tolleranza dei farmaci somministrati e proseguire le terapie in **completa sicurezza**.

Immunoterapia

L'**immunoterapia** si basa sull'utilizzo di **anticorpi monoclonali**: molecole biologiche in grado di riconoscere specifiche cellule dell'organismo e distruggerle in maniera selettiva. Gli anticorpi monoclonali si distinguono principalmente in due tipi: **non coniugati** e **coniugati con tossine**. Gli **anticorpi monoclonali non coniugati**, detti anche '**nudi**', sono in grado di riconoscere molecole specifiche (chiamate **antigeni**) esposti sulle cellule neoplastiche, danneggiandole direttamente o tramite il **sistema immunitario dell'ospite**. A seconda del tipo di linfoma, questi anticorpi possono essere somministrati da soli o

in associazione ad un **trattamento chemioterapico**. La somministrazione avviene per **via endovenosa** o **sottocutanea**. Sono solitamente ben tollerati e possono essere somministrati sia in regime ambulatoriale che di ricovero. L'infusione viene abitualmente preceduta da una **premedicazione** composta da **paracetamolo**, **antistaminici** e/o **cortisone** per prevenire eventuali reazioni simili a quelle allergiche. Gli **anticorpi monoclonali coniugati** trasportano invece **tossine** o **sostanze radioattive** che agiscono solo sulle cellule riconosciute e legate dall'anticorpo. Fra i più comuni ci sono il **brentuximab**, il **polatuzumab**, il **loncastuximab**.

Radioterapia

La **radioterapia** consiste nell'uso di **radiazioni ad alta energia**, generate da apparecchiature chiamate acceleratori lineari in grado di distruggere le cellule tumorali, evitando il più possibile di danneggiare le cellule sane. La radioterapia costituisce un'importante **opzione terapeutica** nella cura dei linfomi, essendo i **linfociti** delle cellule estremamente **radiosensibili**.

Può essere utilizzata da sola o in combinazione con altri trattamenti (come la **chemioterapia** o la **chemio-immunoterapia**). È un trattamento **indolore e localizzato**, che coinvolge in genere le zone del corpo dove sono presenti le **adenopatie** di maggiori dimensioni all'esordio. Il trattamento viene eseguito presso il **centro di radioterapia** dell'ospedale; la durata del ciclo dipende dal **tipo** e dallo **stadio della malattia**. Grazie all'importante **progresso tecnologico**, la moderna radioterapia riesce a somministrare la dose necessaria in modo molto più preciso rispetto al passato, limitando i danni ai **tessuti circostanti**. Nel corso degli anni, si è inoltre assistito ad una progressiva riduzione dei **volumi irradiati** e

delle **dosi somministrate**, diminuendo significativamente il rischio di **tossicità tardiva** tipica dei trattamenti di vecchia generazione.

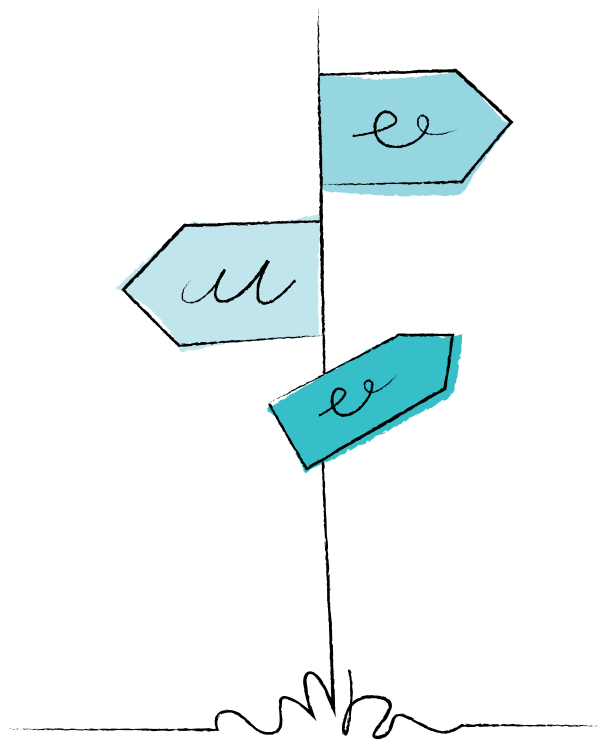
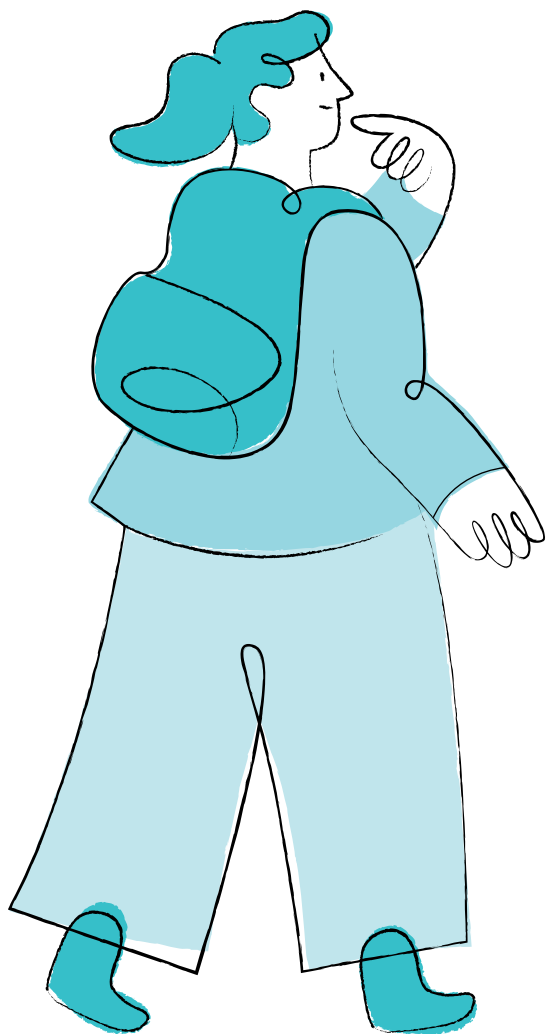
Terapia di supporto

Le **terapie di supporto** sono tutti quegli interventi che aiutano a gestire e prevenire gli **effetti collaterali** delle malattie e delle terapie. Queste comprendono:

- **trasfusioni di emocomponenti** (globuli rossi e piastrine), per trattare l'**anemia** e la riduzione della **conta piastrinica**;
- somministrazione di **antibiotici**, **antifungini** e **antivirali** per la prevenzione e il trattamento delle **infezioni**;
- somministrazione di **fattori di crescita (G-CSF)**, per stimolare la produzione di **globuli bianchi (neutrofili)** e limitare il più possibile il rischio di infezioni, riducendo al minimo il periodo di **neutropenia** (calo dei globuli bianchi bassi);
- **terapia antidolorifica**, somministrata per alleviare il dolore al **cavo orale** o a livello addominale causato dai chemioterapici;
- **idratazione**, per proteggere il **rene** dall'effetto tossico dei chemioterapici e dalle sostanze liberate dalle cellule tumorali distrutte;
- **farmaci antiemetici**, per il controllo della **nausea** precoce e tardiva indotta dalla chemioterapia;
- **eritropoietina**: che stimola la produzione di **globuli rossi** migliorando l'anemia conseguente alla chemioterapia;
- accurata **igiene del cavo orale** con **antisettici** e **micostatici** per limitare il rischio di infezioni alla **mucosa orale**.

Piccoli passi verso una nuova normalità

Capitolo a cura del Gruppo pazienti linfomi AIL-FIL



Piccoli passi verso una nuova normalità

Il momento in cui si riceve la diagnosi è sicuramente un momento di grande sconforto e **paura**.

Siamo assaliti da un senso di immobilità, come se tutto intorno a noi si fermasse per un istante, persino il nostro respiro o il battito del cuore sembrano cessare la loro attività. I pensieri corrono alla velocità della luce e convergono verso scenari bui e pieni di incertezze. Siamo immobili in un tunnel, non possiamo tornare indietro e non avanziamo. Viviamo immobilizzati nel terrore.

Tuttavia, se decidiamo di restare fermi senza fare alcun passo, ci priviamo della possibilità di scoprire se da qualche parte c'è una via d'uscita per noi.

La **conoscenza** è uno dei passi che ci conduce verso quel puntino luminoso in fondo al tunnel, guidandoci lungo tutto il nostro percorso. Quando iniziamo a capire meglio la nostra malattia, a conoscere le terapie e a fidarci dei medici e degli infermieri che ci guidano nel percorso di cura, iniziamo a muovere i primi passi verso la luce. Non possiamo controllare ciò che è esterno a noi, la malattia e le terapie, ma possiamo controllare noi stessi. Il modo in cui parliamo a noi stessi, come gestiamo le emozioni e dove indirizziamo i nostri pensieri sono tutti aspetti che possiamo gestire.

A volte, **fermarsi un attimo e tornare a concentrarsi su ciò che ci fa stare bene**, eliminando il superfluo, può fare una grande differenza. Riprendere quella passeggiata nel bosco che abbiamo sempre rimandato perché non avevamo tempo, leggere quel libro che è rimasto lì sul comodino a prendere polvere e che non abbiamo mai finito.

Riscoprire vecchie passioni come l'arte e la pittura, o scoprirne di nuove. Così torniamo a prenderci cura delle piante, a comprare le tele e i colori. Torniamo a prenderci cura di noi stessi, ad amarci. La malattia arriva e ci rammenta che ci eravamo allontanati da noi stessi, dalla nostra essenza, dalla nostra natura. Arriva e può ricordarci semplicemente di prenderci cura di noi. Di amarci.

E in questo processo di cura di noi stessi stiamo inconsapevolmente aiutando il nostro organismo a reagire.

Ognuno reagisce alla diagnosi in modo differente, ma è di fondamentale importanza **accogliere e ascoltare ogni emozione**, che sia essa rabbia, paura, tristezza, solitudine, senso di smarrimento. Soprattutto non esistono emozioni giuste o sbagliate, piuttosto funzionali o disfunzionali: spesso diventa indispensabile chiedersi

“Questa sensazione, questo pensiero, questa convinzione mi è utile ora? E se sì, che funzione ha al fine di farmi stare meglio?”

Una famosa psicoterapeuta americana, Virginia Satir, diceva, infatti, **“La vita non è come dovrebbe essere, la vita è quello che è. È il modo in cui l'affronti che fa la differenza”**.

Anche concentrarsi sulle azioni che possiamo fare, come capire meglio la malattia e le cure disponibili, può darci un senso di controllo e farci sentire più forti. Informarsi, parlare con il medico, scoprire che ci sono molte strade possibili e che **la ricerca ha fatto enormi passi avanti**, può ridurre la paura e farci sentire più consapevoli. Diventiamo consapevoli.

Questo non significa che sarà facile, ma nemmeno che sarà impossibile. La tristezza arriverà, e va bene così. Aniché cercare di sopprimerla, possiamo **lavorare per migliorare la qualità della nostra vita**, attraverso l'alimentazione, la meditazione e coltivando rapporti sinceri. Il nostro corpo si nutre non solo di alimenti, ma di suoni, parole, immagini: iniziamo a scegliere il nostro "cibo" per amarci totalmente nel corpo, nella mente e nell'anima. Leggere, ad esempio, può essere utile: ci aiuta a restare presenti nel qui e ora, senza proiettarci in un futuro che non esiste ancora.

Anche sentirsi arrabbiati è un sentimento naturale, non va minimizzato o nascosto. Piuttosto, possiamo provare a trasformare la rabbia in qualcosa di costruttivo ed incanalarla in attività come scrivere, camminare, fare attività fisica.

Non dimentichiamoci che chiedere aiuto, magari a uno specialista, è sempre un'opzione valida.

La terapia può anche cambiare il nostro corpo, ed è normale faticare ad accettarlo. Ma **tutto cambia, niente è permanente.** Lo stesso albero perde le foglie e rifiorisce ogni anno. Pensare che ciò che stiamo vivendo non è permanente, ci dà fiducia. Proviamo ad immaginare la terapia come la stagione in cui il nostro albero perde le foglie. Perdere le foglie ci fa osservare maggiormente il tronco ed i rami che le sorreggono: resta l'essenziale. Curiamo le nostre radici, il nostro tronco e i nostri rami per accogliere una nuova primavera e nuove foglie.

Molto spesso **ci si sente incompresi**, è difficile spiegare ciò che si prova, ma anche quando proviamo a farlo dobbiamo capire che non è semplice comprendere per chi non vive la malattia in prima persona. Le persone che ci circondano e ci

vogliono bene, talvolta fanno molta più fatica di noi perché non sanno cosa sentiamo. È importante spiegare loro cosa proviamo con sincerità: dire loro come vorremmo ci aiutassero, oppure chiedere di evitare di parlarci in un certo modo perché magari ci infastidisce: potrebbe rivelarsi fondamentale per vivere serenamente un periodo così sfidante! Parlare, poi, con persone che hanno vissuto la nostra stessa esperienza di malattia ci fa sentire meno soli, ma soprattutto ci fa capire che tutto quello che proviamo e pensiamo è molto frequente tra pazienti, ed è del tutto normale.

Il tumore arriva come un tornado che mette a dura prova le relazioni interpersonali, soprattutto quelle affettive.

Sono frequenti i casi di "allontanamento" del partner dopo la diagnosi, o quelli in cui si ha paura di un possibile abbandono o distacco. Questo genera una ferita emotiva che potrebbe indurci a sentire il dovere di soddisfare le esigenze del partner per non "perderlo". E questo può succedere anche nel rapporto sessuale.

Non dobbiamo privarcene, ma amarci anche in questo, nell'accettare che anche il nostro piacere possa cambiare durante le terapie. Proviamo invece, anche con l'aiuto del partner, ad esplorare il nostro "nuovo" corpo e ad ascoltarlo, così da creare una nuova sinergia che ci leghi. Allo stesso modo è normale che il partner, così come un amico, si senta messo da parte nel nostro processo di amor proprio e autoguarigione, e quindi tenda a costruire un muro invece di costruire un nuovo spazio relazionale.

***È frequente tra ex-pazienti sentir pronunciare queste parole:
"con il tumore ho perso molti amici,
alcuni di loro si sono dileguati nel nulla".***

Non facciamocene una colpa, e non accaniamoci contro di loro. Comprendiamo che siamo tutti diversi, che molte persone non riescono a sostenere una situazione emotivamente così intensa e dura. Piuttosto guardiamo a chi è rimasto al nostro fianco, a chi ogni giorno continua a regalarci un sorriso non per compiacerci ma il semplice gusto di farlo, o alle nuove persone che sono entrate nella nostra vita proprio "grazie" alla malattia.

Il legame affettivo che nasce nel dolore è temprato. Molti di noi hanno trovato dei grandi amici nei vicini di lettino durante le infusioni di farmaci chemioterapici, o negli infermieri che diventano i nostri confidenti.

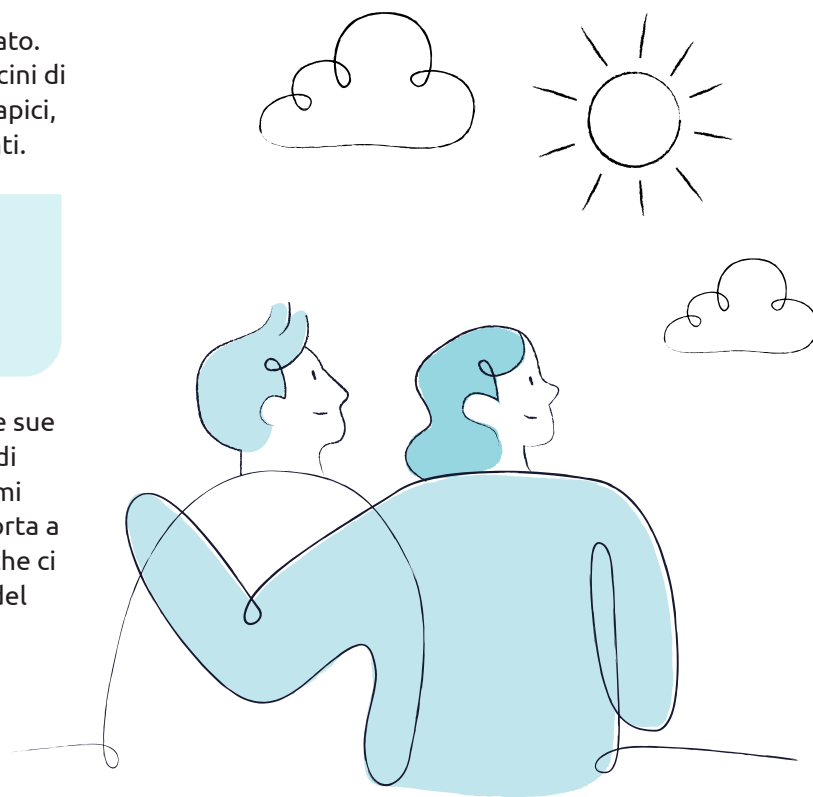
***Ciò che vogliamo davvero dalle persone
care che ci circondano è che ci guardino
con gli stessi occhi di sempre.***

Vogliamo l'amica che continua a raccontarci delle sue disavventure amorose senza che abbia il timore di sentirsi inadeguata o che pensi che i suoi problemi siano futili, abbiamo bisogno dell'amico che ci porta a fare un giro sulla sua auto nuova, della mamma che ci ripete continuamente che dobbiamo mangiare, del vicino di casa che ci ferma sul pianerottolo per raccontarci le ultime dal quartiere.

Questa "normalità" intorno a noi è l'ancoraggio della nostra barca nel mare mosso.

Infine, non dobbiamo dimenticare che tutti gli sforzi che facciamo per cercare di reagire alla diagnosi di malattia li facciamo per noi stessi, non perché dobbiamo farci carico di una responsabilità di trionfo sulla malattia.

***Non stiamo combattendo una guerra,
stiamo coltivando la nostra pace interiore,
base fondamentale per superare
serenamente le terapie.***



Il **Gruppo Pazienti Linfomi AIL-FIL** nasce nel 2016 dalla collaborazione tra l'Associazione Italiana contro Leucemie, Linfomi e Mieloma (AIL) e la Fondazione Italiana Linfomi (FIL), con l'obiettivo di portare la voce dei pazienti e dei caregiver all'interno delle attività di ricerca, informazione e advocacy sui linfomi.

Il Gruppo promuove iniziative volte a migliorare l'informazione, la consapevolezza e la qualità di vita delle persone che convivono con un linfoma, favorendo il dialogo tra pazienti, professionisti sanitari, ricercatori e istituzioni.

Il Gruppo è formato esclusivamente da pazienti e familiari per condividere esperienze, affrontare problematiche comuni ed essere sempre aggiornati sugli sviluppi delle ricerche relative alla diagnosi e cura dei linfomi. Il gruppo non si sostituisce in alcun modo alla figura del medico ma rappresenta un sostegno per i pazienti, fornendo risposte alle loro domande e aiutandoli a migliorare l'approccio alla malattia.

Il contributo della FIL al gruppo dà un valore aggiunto in termini scientifici dato che la FIL raggruppa oltre 150 centri ematologici italiani che lavorano in "rete" per realizzare ricerche scientifiche finalizzate all'incremento della percentuale di guarigione dei pazienti affetti da linfoma, allo sviluppo delle conoscenze biologiche in questo campo e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

Potete contattare il gruppo scrivendo all'indirizzo:
infolinfomi@ailpazienti.org

Bibliografia

Le informazioni contenute in questo opuscolo derivano da linee guida scientifiche internazionali, materiale divulgativo per pazienti e documenti informativi elaborati da società scientifiche ematologiche. Per un approfondimento si consiglia di consultare le seguenti fonti:

1. Associazione Italiana contro Leucemie, Linfomi e Mieloma (AIL). AIL Pazienti – Informazioni per pazienti e caregiver. Disponibile su: www.ail.it ; pazienti.ail.it
2. Fondazione Italiana Linfomi (FIL). Informazioni sui linfomi e percorsi terapeutici. Disponibile su: www.filinf.it
3. Fondazione Umberto Veronesi. Linfomi: sintomi, diagnosi e terapie. Disponibile su: www.fondazioneveronesi.it
4. European Society for Medical Oncology (ESMO). Clinical Practice Guidelines for Lymphomas and Hematologic Malignancies. Disponibile su: www.esmo.org
5. Società Italiana di Ematologia (SIE). Aggiornamenti e raccomandazioni cliniche in ematologia. Disponibile su: www.siematologia.it
6. Lymphoma Coalition. Patient guide for lymphoma. Disponibile su: www.lymphomacoalition.org
7. Leukaemia Care. Blood cancer patient information and support. Disponibile su: www.leukaemiacare.org.uk
8. American Cancer Society. Lymphoma – Patient Information Guide. Disponibile su: www.cancer.org
9. National Cancer Institute (NCI). Lymphoma – Diagnosis and Treatment Information. Disponibile su: www.cancer.gov/types/lymphoma
10. AIOM, AIRTUM et al. (2025). *I numeri del cancro in Italia 2025*. Associazione Italiana di Oncologia Medica, Roma.



La **Fondazione Italiana Linfomi-ETS (FIL)** è una organizzazione nazionale con sede ad Alessandria e Modena originata dalla naturale evoluzione dell'Intergruppo Italiano Linfomi (IIL), gruppo di cooperazione spontanea tra clinici e ricercatori impegnati nello studio e nella terapia dei linfomi in Italia sorto nel 1993.

Nel 2010 l'unione di tali gruppi preesistenti in un unico organismo nazionale ha dato vita alla FIL, che collabora con oltre 1.000 soci (medici e personale sanitario) appartenenti a circa 150 diversi centri ematologici ed oncoematologici distribuiti sul territorio nazionale.

La FIL svolge attività di ricerca scientifica sui linfomi e gli studi che sponsorizza hanno come unico fine quello di migliorare la salute dei pazienti. Oltre allo svolgimento della prevalente attività di ricerca clinica sui linfomi, FIL promuove progetti formativi per medici ematologi, specialisti di discipline collegate alla diagnosi e cura dei linfomi (patologi, radioterapisti, medici nucleari, radiologi, biologi, dermatologi, infermieri, coordinatori di ricerca clinica, ecc.), l'assegnazione di borse di studio a giovani ricercatori e collaborazioni con altri Enti e Istituzioni per la divulgazione della conoscenza dei linfomi (come la collaborazione con AIL ETS per a supporto del Gruppo Pazienti Linfomi).

Per saperne di più:

Uffici PACTO – Spalto Marengo 44
15121 Alessandria (AL)

Tel: 0131 033152

Mail: comunicazione@filinf.it

www.fondazioneitalianalinfomi.it

Instagram: [fondazioneitalianalinfomi](https://www.instagram.com/fondazioneitalianalinfomi)

Facebook: Fondazione Italiana Linfomi-ETS

Linkedin: FIL-Fondazione Italiana Linfomi

X: FIL_ETS



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

Sempre al vostro fianco

Care e cari pazienti, care e cari caregivers,

se avete ricevuto questo opuscolo è perché avete partecipato a uno dei nostri incontri pazienti-medici, visitato una sezione AIL o uno dei nostri canali di comunicazione.

Tuttavia, le **attività e le iniziative di AIL** dedicate a pazienti e caregiver **non si esauriscono qui**.

Per rimanere sempre aggiornati e scoprire tutte le nostre iniziative, vi invitiamo a visitare il sito di AIL Nazionale www.ail.it e seguire i nostri canali social.



Facebook

@AIL.associazione.contro.leucemie



Instagram

@ail_ets



LinkedIn

@AIL - Associazione Italiana contro Leucemie,
linfomi e mieloma



TikTok

@ail_ets

Da oltre 55 anni, in AIL condividiamo un unico obiettivo comune: **costruire insieme un futuro senza tumori del sangue**.

Mentre la ricerca scientifica lavora per raggiungere questo ambizioso traguardo, **AIL Nazionale, le sue sezioni e oltre 17.000 volontari** presenti su tutto il territorio nazionale si impegnano ogni giorno per garantire che ogni paziente e chi lo accompagna possa affrontare la malattia con sempre maggiore **dignità, coraggio e qualità della vita**.

Qualunque sia la fase del percorso oncologico in cui vi trovate, AIL è al vostro fianco.



Un futuro senza tumori del sangue.
Insieme possiamo.



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

La nostra missione

AIL promuove e sostiene la ricerca scientifica per la cura delle leucemie, dei linfomi e del mieloma; assiste i pazienti e le famiglie accompagnandoli in tutte le fasi del percorso della malattia con servizi adeguati alle loro esigenze; si propone di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di sensibilizzare l'opinione pubblica alla lotta contro le malattie del sangue.

Nel 2025, AIL Nazionale
e le sue Sezioni hanno...



finanziato **206**
progetti di ricerca



curato **2.326**
pazienti nella propria
abitazione



supportato **111**
centri di ematologia



ospitato **2.418**
pazienti e familiari
nelle Case AIL

I servizi che offriamo per un futuro senza tumori del sangue:

Aggiorniamo pazienti e famiglie su patologie e terapie disponibili

- organizzando 13 incontri medici-pazienti (4 online e 9 in forma ibrida) sulle principali malattie ematologiche nei quali esperti analizzano i diversi aspetti delle patologie e si confrontano con pazienti e caregiver, protagonisti della giornata.

Offriamo informazioni e supporto per pazienti e famiglie

- grazie al Numero Verde AIL, attivo dal lunedì al venerdì allo 800 22 65 24: in linea un ematologo, uno psicologo e un esperto di diritto del lavoro e agevolazioni sociali.

Diamo voce ai diritti dei pazienti

- attraverso i Gruppi AIL Pazienti (articolazione organizzativa di AIL Nazionale) ci occupiamo di diritti di informazione, di accesso alle cure e sociali.

Finanziamo la ricerca

- su leucemie, linfomi, mieloma e altre malattie del sangue e sosteniamo il GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto).

Forniamo cure domiciliari

- evitando ogni anno a 1.948 adulti e 378 bambini difficoltà e rischi connessi allo spostamento verso l'ospedale e permettendo loro una migliore qualità di vita.

Aiutiamo pazienti e familiari con servizi socioassistenziali

- un aiuto concreto per circa 6.000 pazienti e familiari ogni anno, che include consulenze legali, assistenza sociale, supporto psicologico.

Supportiamo i Centri di Ematologia

- e di Trapianto di Cellule Staminali aiutando a realizzare/ristrutturare day hospital, reparti, ambulatori e laboratori, ad acquistare apparecchiature, a finanziare personale sanitario e a sostenere protocolli di cura sperimentale.

Sosteniamo la mobilità sanitaria

- con 8.390 viaggi solidali per garantire gli spostamenti a pazienti, familiari e donatori di midollo verso centri di cura lontani dalla residenza.

Accogliamo pazienti e familiari nelle Case AIL

- ospitando 1.047 pazienti e 1.371 familiari che sostengono le terapie lontani dal luogo di residenza

Contribuiamo alla formazione e l'aggiornamento

- di medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio con l'erogazione di borse di studio, prestazioni professionali e contratti di lavoro.

Supportiamo pazienti e familiari nell'affrontare le problematiche sociali

- con il servizio "sportello sociale AIL": per facilitare l'orientamento tra i percorsi della burocrazia, fornendo informazioni su diritti e agevolazioni assistenziali. 119 pazienti all'anno usufruiscono del servizio.



Trova la Sezione AIL
più vicina a te



www.ail.it

Con il patrocinio di

