

15

**DOMANDE
SULL'INFEZIONE
DA HPV**



ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER L'EDUCAZIONE DEMOGRAFICA

Opuscolo a cura dell'AIED
(Associazione Italiana per l'Educazione Demografica)
via Salaria 58 00198 Roma
Novembre 2013

Dr. Roberto Sindico - *Medico ginecologo*
Dott.ssa Anna Sampaolo - *Psicologa-psicoterapeuta*
Distribuzione gratuita

NOTA IMPORTANTE. Questo depliant ha uno scopo esclusivamente informativo. Ogni sforzo è stato condotto per renderlo chiaro, aggiornato, facilmente comprensibile da un pubblico vasto. Tuttavia, non possiamo escludere eventuali omissioni ed errori, come anche possibili difficoltà interpretative da parte dei lettori. Non rispondiamo in alcun modo di un uso improprio e non autorizzato delle informazioni fornite.

1. Cos'è l'HPV?

Con la denominazione Human Papilloma Virus (HPV) si indica una famiglia di virus di cui, sino ad oggi, si conoscono oltre 150 sottotipi.

Alcune delle manifestazioni indotte dal Papillomavirus (i condilomi acuminati) sono note sin dall'antichità, essendo descritte in tavolette egiziane ed epigrafi elleniche e romane.

Le acquisizioni scientifiche su questo argomento hanno avuto una crescita costante negli ultimi dieci anni e la rilevanza clinica dell'HPV è aumentata notevolmente dopo la sua dimostrata capacità di indurre la trasformazione neoplastica delle cellule epiteliali infettate, in particolare delle cellule epiteliali che rivestono il collo uterino.

Attualmente l'infezione da HPV è considerata la malattia sessualmente trasmessa più diffusa nel mondo e si calcola che oltre l'80% delle persone (uomini e donne) la contrarrà nel corso della vita. È documentata tuttavia anche una trasmissione attraverso qualsiasi oggetto (asciugamani, biancheria intima, ecc) su cui sia presente DNA virale infettante.

Nella gran parte dei casi la malattia è asintomatica ed il virus viene eliminato dal sistema immunitario dell'individuo infetto senza produrre danni. Purtroppo l'infezione non induce una protezione immunitaria valida e sono possibili reinfezioni in caso di nuovi contatti.

Purtroppo tali informazioni non hanno raggiunto in modo capillare ed uniforme tutto il personale sanitario che a volte fornisce informazioni terroristiche. Spesso, inoltre, le persone interessate per avere informazioni, ricorrono a mezzi di comunicazione di massa (internet, stampa, ecc.) o a figure improprie come amici e parenti, con il solo risultato di vedere ingigantite le proprie ansie e paure.

Con questo lavoro ci proponiamo di offrire delle informazioni soddisfacenti e comprensive sull'infezione da HPV, al fine di sollevare le persone interessate dal fardello di ansia e paura che esso ingenera.

2. Come si contrae l'infezione da HPV

Tutti gli HPV conosciuti sono epitelio tropici (infettano cioè selettivamente cellule epiteliali della cute e mucose), provocando, nella maggior parte dei casi, proliferazioni focali nella zona stessa di infezione. Possono interessare qualsiasi parte del corpo: alcuni tipi infettano le mani (verruca volgare), le ginocchia e i piedi, altri la faccia, il cavo orale e altri il tratto genitale (condilomi).

Per quanto riguarda gli organi genitali, la trasmissione dell'infezione avviene prevalentemente per via sessuale. I microtraumi dei tessuti dovuti al rapporto permettono al virus di superare le nostre barriere difensive e quindi infettare le cellule. La topografia delle lesioni è pertanto tipica delle sedi caratterizzate da una maggiore fragilità epiteliale (collo uterino, piccole labbra e vestibolo vaginale, ano). È possibile la trasmissione del virus con il sesso orale, sebbene non frequente, poichè la bocca, con la sua acidità ed enzimi, è un ambiente poco ospitale. Rara la trasmissione verticale (da madre infetta a feto, durante il parto) o l'autoinoculazione. È peraltro documentata la trasmissione attraverso fomite (ossia per contagio indiretto, attraverso oggetti inanimati come asciugamani, biancheria intima).

Non sappiamo con certezza quanto tempo il virus viva fuori dall'organismo ma si ritiene che questo tempo sia breve e pertanto una sua trasmissione per fomite può essere possibile solo in tempi assai ristretti. Poiché la latenza dell'infezione è variabile, non è possibile stabilire quando questa si è instaurata. Dopo un periodo di incubazione, che può oscillare tra 1 e 8 mesi, il sistema immunitario, prevalentemente cellulo-mediato dell'organismo ospite, attiva una risposta difensiva che potrà tradursi in remissione clinica, in malattia conclamata o persistenza del virus integrato nel genoma ospite. La maggior parte delle infezioni da HPV vengono eliminate dall'organismo circa 9 mesi dopo l'infezione iniziale. In caso contrario la persona sviluppa un'infezione persistente o recorrente. È stato dimostrato che un'infezione da HPV persistente aumenta il rischio relativo di sviluppare una lesione di alto grado.

3. Il manifestarsi di un'infezione da HPV implica necessariamente che il partner attuale è stato infedele?

L'infezione latente ed il variabile periodo di incubazione in relazione alla risposta immunitaria dell'ospite, rendono impossibile risalire al momento dell'infezione. Pertanto **è importante sottolineare che lo sviluppo di lesioni genitali, anche durante un lungo periodo di relazione, non implica necessariamente infedeltà**, anche se è probabile che il partner attuale sia anch'esso infettato.

4. Quali sono i diversi tipi di HPV?

I Papillomavirus vengono suddivisi in sottotipi a seconda della conformazione del proprio DNA e vengono designati numericamente.

In base alla differente capacità di indurre una trasformazione neoplastica, gli HPV che interessano prevalentemente l'area anogenitale, sono stati classificati in tre differenti categorie:

HPV a basso rischio oncogenico: Tipi 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 32, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 47, 49, 54, 57, 61, 62, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 94. Questi virus sono molto spesso associati a condilomi acuminati e qualche volta sono stati trovati associati a lesioni di basso grado (L SIL-CIN I), mentre raramente sono associati a lesioni gravi o cancri invasivi.

HPV ad alto rischio oncogenico: Tipi 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67, 68, 70, 73, 82, 85. Comunemente associati a lesioni di alto grado (H SIL-CIN2 e 3) e cancri invasivi della cervice, ano, pene e vulva.

HPV a rischio oncogenico intermedio: Tipi 26, 30, 53, 66, 69. Sono stati trovati associati a lesioni di alto grado ma raramente riscontrati in carcinomi microinvasivi.

5. Come si evidenziano le lesioni da HPV?

Le verruche genitali sono lesioni che interessano l'area ano-genitale. Possono presentarsi come lesioni confinate o possono confluire in placche. La sola ispezione clinica è sufficiente a diagnosticare la maggior parte delle verruche genitali esterne, e c'è una buona correlazione tra obiettività e studi istologici. Le verruche genitali sono frequentemente multifocali (una o più lesioni in un sito anatomico, per es. la vulva), o multicentriche (lesioni presenti in diversi siti anatomici, per es. il perineo e la cervice) ed è perciò importante esaminare colposcopicamente l'intero tratto genitale inferiore prima di procedere al trattamento. Un'anoscopia è raccomandata in uomini e donne con episodi ricorrenti di lesioni perianali e con una storia di rapporti anali.

Clinicamente le infezioni da HPV possono essere distinte in:

- **cliniche**: la forma osservabile ad occhio nudo e/o prontamente riconoscibile con le comuni metodiche diagnostiche (Pap test, colposcopia con biopsia mirata);
- **subcliniche**: le lesioni sono documentabili esclusivamente con esame colposcopico o cervicografia, dopo applicazione di acido acetico;
- **latenti**: la forma evidenziabile esclusivamente mediante metodiche di ibridizzazione molecolare in tessuti clinicamente ed istologicamente normali.

Dopo il contagio il virus può scomparire, vinto dalle difese dell'organismo, o rimanere latente anche per lunghi periodi di tempo (è stata dimostrata la presenza di particelle virali nelle aree cutanee circostanti la lesione primaria trattata).

La latenza dell'HPV è un aspetto cruciale per la biologia di questo virus.

La permanenza del virus allo stato latente spiega le recidive e spiega anche la fluttuazione nel tempo della presenza di HPV DNA nei tessuti. Di certo la latenza del virus è responsabile della ricomparsa dopo trattamento e questa latenza rende impossibile una diagnosi differenziale tra persistenza e reinfezione. Il contagio è quindi mantenuto dalla forma latente che potrebbe, peraltro, de-

terminare la persistenza di un'anomalia citologica al Pap test dopo il trattamento fisico della lesione.

6. Come si presentano le lesioni da HPV?

A livello cervico-vaginale l'infezione da HPV può manifestarsi in forma di:

- lesioni esofitiche (condilomi floridi e micropapillari);
- lesioni piane, non rilevate (condilomi piatti e puntato bianco).

A livello vulvare possiamo osservare:

- condilomi floridi (piccole papule di colore rosso, la cui superficie si ricopre di granulazioni e digitazioni), spesso asintomatici, raramente associati a bruciore o prurito;
- condilomi microfloridi;
- condilomi piatti.

7. Che cosa è il Pap Test?

A più di mezzo secolo dal suo avvento il Pap test, ancor oggi, è quasi unanimemente considerato insostituibile. L'introduzione dello screening citologico cervicale ha infatti ridotto di circa il 75% l'incidenza del cervico-carcinoma. Il Pap test consiste nell'analisi citologica al microscopio delle cellule cervicali desquamate, raccolte con una spatolina di legno dall'esocollo (spatola di Ayre) e dal canale cervicale con una spazzolina (cytbrush) e strisciate su un vetrino.

È un esame a basso costo, di semplice esecuzione e trascurabile invasività, dotato di buona sensibilità e specificità. Deve però essere interpretato da citopatologi molto specializzati poiché è un esame soggettivo, poco standardizzabile e con un discreto tasso di risultati falsamente negativi (circa il 20%) legati alla presenza di fattori oscuranti (muco, batteri, ecc) o altri fattori tecnici. Inoltre alcune anomalie citologiche, secondarie a situazioni infiammatorie, possono essere erroneamente interpretate come alterazioni da HPV, generando risultati falsamente positivi.

Attualmente è disponibile un metodo innovativo di raccolta e conservazione desquamate: il **Thin Prep**. Il ma-

teriale prelevato con gli appositi strumenti, viene diluito in una soluzione liquida e quindi conservato in un apposito contenitore; viene poi elaborato al fine di rimuovere il materiale oscurante (muco, batterie, ecc) ed ottenere un campione cellulare più ricco e, soprattutto, permettere una distribuzione più omogenea della popolazione cellulare sul vetrino, evitando la presenza di cellule aggregate o sovrapposte che potrebbero nascondere elementi tumorali. Studi effettuati hanno dimostrato la superiorità del Thin Prep rispetto al Pap test tradizionale nell'identificazione di cellule anomale; inoltre garantisce la possibilità di effettuare contestualmente altri esami (come l'HPV Testing) senza dover ripetere prelievi. È comunque da rilevare **che il Pap test non fa diagnosi ma serve ad evidenziare le alterazioni citologiche che indirizzeranno la donna verso esami di secondo livello come la COLPOSCOPIA.**

8. Come si classificano le cellule cervicali esaminate con il Pap Test

Riportiamo la terminologia attualmente usata nella classificazione delle cellule cervicali in funzione delle caratteristiche morfologiche.

Sistemi di classificazione:

IRR: *Infection Reactive Repair* (riparazione cellulare in seguito a infezione).

ASC-US: *Atypical squamous cells of undetermined significance* (cellule squamose atipiche a significato indeterminato); è la forma più lieve di anomalia citologica.

ASC-H: *ASC-high grade SIL* (cellule squamose atipiche, non si può escludere una lesione di alto grado).

LSIL: *Low-grade squamous intraepithelial lesion* (lesione intraepiteliale squamosa di basso grado), di solito a regressione spontanea.

HSIL: *High-grade squamous intraepithelial lesion* (lesione intraepiteliale squamosa di alto grado), è l'anomalia non cancerosa più grave e richiede trattamento immediato.

Displasia: anomalie nella divisione cellulare o nella morfologia.

Discariosi: anomalia delle cellule esfoliate che colpisce il nucleo e non il citoplasma.

Carcinoma in situ: forma di HSIL refertata al Pap-test come tumore cervicale.

CIN: *Cervical intraepithelial neoplasia* (neoplasia intraepiteliale cervicale), di grado I, II o III, stabilito in seguito a prelievo biotico ed esame istologico.

9. Che cos'è l'HPV test?

Recentemente è stato proposto di associare al Pap test tecniche per l'identificazione del DNA dell'HPV. L'assenza del genoma virale o la presenza di un virus a basso rischio, permetterebbe di allungare i tempi di ripetizione del Pap-test. Una crescente importanza sembra acquistare inoltre l'utilizzazione della tipizzazione virale nel triage delle pazienti con ASCUS e L SIL, mentre si prospetta un suo possibile ruolo nel follow-up delle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa per displasia cervicale.

La **PCR** e la **Hybrid Capture II** sono le metodiche attualmente più utilizzate.

La PCR permette di tipizzare in modo altamente specifico il genoma virale e quindi la potenziale singola identificazione di tutti i sottotipi dell'HPV; richiede però personale di laboratorio altamente specializzato con conseguente lievitazione dei costi. È utilizzata principalmente a scopo di ricerca o come test di riferimento.

La tecnologia Hybrid Capture II possiede i requisiti di semplicità di esecuzione, riproducibilità e contenimento dei costi, necessari per un impiego routinario. Viene utilizzata per individuare la presenza di ceppi virali ad alto rischio.

Il valore prognostico di un test positivo per DNA virale, specialmente in presenza di citologia normale, non è ancora ben compreso. In pratica, un test per la tipizzazione virale positivo non indica in modo assoluto che esista o si svilupperà una lesione di alto grado (basso valore predittivo positivo), ma suggerisce alla donna di sottoporsi a controlli regolari fino alla regressione dell'infezione.

Meno discusso è il ruolo di HPV-DNA test nella gestione del Pap test anomalo, particolarmente in caso di cellule squamose atipiche (ASC).

Nelle donne di età superiore ai 30 anni un risultato positivo per i tipi di HPV ad alto rischio sta ad indicare una potenziale infezione persistente che, in concomitanza con un risultato del Pap test borderline o anormale, segnala che la donna corre un rischio elevato di sviluppare una lesione di alto grado del collo uterino.

Nelle donne di età compresa tra i 20 e i 30 anni con HPV test positivo, è opportuno ripetere l'esame dopo 9 mesi. La maggior parte delle infezioni da HPV sono infatti transitorie nelle donne di età inferiore ai 30 anni.

Se il DNA virale non verrà rilevato con il test di follow-up, l'infezione si è risolta e la donna potrà tornare con tranquillità allo screening di routine.

10. Cosa è la colposcopia?

La colposcopia è l'osservazione del collo dell'utero con un mezzo ottico di ingrandimento ed una fonte di luce che permette un'ottima osservazione del campo.

Il collo dell'utero viene deterso con una soluzione fisiologica e toccato con altri due liquidi: il primo, l'acido acetico, può anche bruciare un po', è trasparente, ed evidenzia le alterazioni virali che appariranno biancastre; il secondo (soluzione di lugol) è scuro, contiene iodio e, fissandosi alle cellule sane, colora di scuro il collo uterino ad eccezione delle zone dove è presente una lesione. In caso di immagine patologica, si esegue una biopsia (con una apposita pinza si prende cioè un piccolissimo frammento di tessuto in modo pressoché indolore o, al peggio, con un fastidio uguale ad un pizzicottino). Dal risultato istologico si decide cosa fare.

11. Che ruolo svolge l'HPV nella genesi di una malattia invasiva del collo uterino?

Il ruolo dell'infezione genitale da Human Papillomavirus (HPV) nella genesi di una malattia invasiva della cer-

vice uterina e dei suoi precursori è ben noto da anni. Recentemente si è andata affermando l'ipotesi che tale infezione sia l'unico agente eziologico coinvolto nel processo oncogeno a livello cervicale.

Tale processo è favorito da molteplici cofattori, primo tra i quali il grado di capacità immunitaria dell'ospite.

La diversa evoluzione dell'infezione sarà quindi dipendente da:

fattori legati all'ospite

- abitudini sessuali (numero di partners, età al primo rapporto, uso di contraccettivi di barriera od orali);
- età (massima incidenza tra 20 e 24 anni);
- immunosoppressione;
- infezioni da HIV (con meccanismo di sinergismo virale);
- fumo;
- fattori nutrizionali (carenza di antiossidanti);
- concomitante presenza di altre malattie sessualmente trasmesse (attivazione virale);

fattori legati al virus

- sierotipo e carica virale (è stato rilevato come il ruolo oncogeno dell'infezione da HPV sia direttamente proporzionale alla carica virale ed alla persistenza nel tempo dell'infezione genitale).

12. Il condom può impedire la trasmissione dell'HPV?

La maggior parte delle ricerche non dimostra sostanziali benefici nell'uso del condom nel prevenire la trasmissione del virus (il virus non si trasmette attraverso il sangue o altri fluidi, come lo sperma).

Tuttavia, l'evidenza clinica suggerisce che l'uso regolare del condom aumenta il tasso di guarigione delle lesioni cliniche e subcliniche e, poiché si pensa che le lesioni visibili siano trasmesse più facilmente di quelle subcliniche, è opportuno consigliare l'uso del condom finché le verruche non siano scomparse. Il condom fornisce una barriera fisica che protegge i più comuni siti di infezione, ma non previene tutti i contatti genitali cute-cute. L'uso del condom è tuttavia raccomandato, soprattutto con nuovi

partners sessuali, per proteggersi contro le altre malattie sessualmente trasmesse.

Poiché l'infezione viene solitamente contratta da uomini e donne giovani, i rapporti sessuali occasionali devono essere protetti.

Persone clinicamente guarite dall'infezione da HPV potrebbero essere dei portatori e nascondere un'infezione latente, costituendo quindi una possibile fonte di contagio per i partners presenti e futuri. Il condom, quindi, può essere uno strumento addizionale di prevenzione, da inserire però in un quadro generale di riduzione del rischio basato sui comportamenti sessuali.

13. È necessario che anche il proprio partner sessuale sia visitato?

L'esame del partner sessuale è consigliabile, ma non indispensabile per la gestione delle verruche perché il ruolo della reinfezione è probabilmente minimo e, in assenza di una terapia curativa, un trattamento che riduca la trasmissione non è realistico. Tuttavia, i partners sessuali di donne con verruche genitali possono essere visitati per stabilire la presenza di verruche genitali o altre infezioni trasmissibili sessualmente. Possono inoltre beneficiare dei consigli sulle implicazioni di avere un partner con le verruche genitali.

Poiché il trattamento delle verruche genitali probabilmente non elimina l'infezione da HPV, le pazienti e i loro partner devono sapere che si può rimanere infetti anche se le verruche sono scomparse.

14. Come si trattano le verruche genitali?

Lo scopo primario del trattamento è l'eliminazione delle manifestazioni dell'HPV anche se spesso asintomatiche (ma possono essere dolorose o dare prurito).

Il trattamento può esitare in uno stato clinicamente guarito, ma l'infezione virale sottostante può o meno persistere. L'eliminazione delle verruche esterne visibili può

non diminuire l'infettività, dal momento che le verruche non rappresentano l'intera carica virale. Siti interni e tratti di cute clinicamente normali possono agire come serbatoi per l'infezione da HPV.

Se non trattate, le verruche possono risolversi spontaneamente (il 20% in 6 mesi), restare inalterate, oppure aumentare in numero e dimensioni. Raramente progrediscono verso un cancro. Se le verruche non si presentano nell'anno seguente il trattamento, il rischio di trasmissione dell'HPV è basso.

Oggi giorno non esiste nessun trattamento ideale per tutte le pazienti o tutte le verruche.

Possiamo distinguere due tipi di trattamento:

- **Trattamenti auto-applicanti:** I trattamenti auto-applicanti includono soluzioni chimiche che distruggono le verruche come la Podofillina e sostanze stimolanti le difese dell'organismo: l'Imiquimod. Le pazienti devono essere in grado di identificare e raggiungere le verruche e seguire accuratamente le istruzioni per l'applicazione.

- **Trattamenti effettuati direttamente dal medico:** Podofillina, Imiquimod, Crioterapia, Acido tricloroacetico, Diatermocoagulazione, Laser.

Molte pazienti richiedono un iter terapeutico piuttosto che un singolo trattamento. Questo dipende da una serie di fattori quali: le dimensioni, la morfologia e il numero di verruche, il sito anatomico, la preferenza della paziente, l'età e le abilità cognitive, l'esperienza del medico.

15. Esiste un vaccino contro l'HPV?

Sono disponibili in Italia vaccini profilattici con proteine virali ricombinanti del capsido L1 ed L2.

Presso l'AIED è disponibile il vaccino tetravalente, preventivo, per i ceppi 16, 18, 6, 11 (i ceppi 16 e 18 causano circa il 70% delle lesioni di alto grado del collo uterino mentre i ceppi 6 e 11 causano circa il 90% delle lesioni condilomatose).

Le donne vaccinate dovranno comunque continuare a sottoporsi regolarmente al Pap test e, a seconda dell'età, all'HPV test.

Infatti:

- La protezione fornita dai vaccini non riguarda tutti i ceppi di HPV. Esistono all'incirca 15 tipi di HPV che possono causare il restante 30% dei tumori del collo uterino

- Si preferisce somministrare il vaccino alle giovani donne prima che divengano sessualmente attive. Il momento ideale per la vaccinazione è l'adolescenza. La protezione si annulla se la donna ha già contratto i ceppi virali per i quali il vaccino è stato preparato.

Comunque al momento attuale, le conoscenze scientifiche indicano che anche nella donna più adulta (fino a 45 anni), con negatività al test virale, la vaccinazione HPV conferisce un'elevata protezione (oltre l'80%).

Anche le donne con accertata pregressa malattia HPV correlata, ma negative ad un test prevaccinale, ottengono un'elevata protezione nei confronti dei quattro genotipi vaccinali.

Ricorda dunque che:

- **L'HPV è un virus molto comune.**
- **Se le anomalie cellulari vengono rilevate precocemente il trattamento ha successo nel 100% dei casi.**
 - **L'incubazione è lunga e di durata sconosciuta.**
 - **L'infezione latente rende impossibile l'individuazione del partner sessuale.**
 - **Nel caso di un risultato di HPV positivo farsi guidare nella gestione dal proprio ginecologo.**

Per ulteriori informazioni sull'infezione da HPV e su modi e tempi della vaccinazione rivolgersi ai medici dei consultori AIED



Associazione Italiana per l'Educazione Demografica

SEZIONE DI ROMA

Via Salaria 58 tel. 06.88.40.661 fax 06.85.30.11.20
00198 Roma • www.aied-roma.it • roma@aied.it

ELENCO DELLE SEZIONI AIED

Albenga (SV) Via Cesare Battisti 8/4 17031 • tel. 0182.52482
aiedalbenga@tiscali.it • www.aiedalbenga.it

Ascoli Piceno Via Asiago 2 63100 • tel. 0736.259452
fax 0736.246532 • aied_ap@libero.it • www.aiedascoli.com

Bari Via Sagarriga Visconti 199 70123 • tel. 080.5219441
fax 080.5219441 • aiedbari@libero.it • www.aiedbari.org

Bergamo Via Angelo Maj 16 24121 • tel. 035.232600
fax 035.222159 • info@aied-bg.it • www.aiedbergamo.it

Bolzano Via Isarco 6 39100 • tel. 0471.979399

Brescia Via Cefalonia 49 25124 • tel. 030.220169
fax 030.2422885 • info@aiedbrescia.org • www.aiedbrescia.org

Genova Via Cesarea 37/E/R 16121 • tel. 010.566565
consultorio@aiedgenova.it • www.aiedgenova.it

L'Aquila Viale Alcide De Gasperi 45 67100 • tel. 0862.65985
fax 0862.65985 • aiedaq@tin.it

La Spezia Piazza Caduti della Libertà 34 19100
tel. 0187.20062 • aiedlaspezia@libero.it • www.aiedlaspezia.org

Latina Via Don Morosini 2 04100 • tel. 0773.664555
fax 0773.664555 • aiedlatina2010@libero.it

Messina Via III° Palazzo 5 98164 Torre Faro • tel. 090.321336
fax 090.327135 • info@aiedme.it

Mestre (VE) Via Gaspare Gozzi 53 30172
tel. 041.5317860 • fax 041.5329622
aied-ve@aied-ve.provincia.venezia.it • aied-venezia.webnode.it

Milano Viale Regina Giovanna 36 20129 • tel. 02.66714156
fax 02.66714156 • info@aiedmilano.com • www.aiedmilano.com

Napoli Via Cimarosa 186 80127 • tel. 081.5567604
aiednapoli@libero.it • www.consulterioronapoli.it

Novara Via Magnani Ricotti 10 28100 • tel. 0321.392388
aied.novara@tin.it

Pisa Via Bonanno 66 56125 • tel. 050.550255
aiedpisa@libero.it • www.comune.pisa.it/aied/

Pordenone Via Del Fante 26 33170 • tel. 0434.364152
fax 0434.551545 • aied@aiedpn.it

Roma Consultori: viale Gorizia 14 00198 • tel. 06.85.57.731
via Toscana 30/1 00187 • tel. 06.42.82.53.14

Centro menopausa: via Toscana 30/2 00187 • tel. 06.42.82.53.14

Centro adolescenti: via Toscana 30/4 00187 • tel. 06.42.88.14.54

Sassari Via Nizza 19 07100 • tel. 079.299922
aiedsassari@tin.it • www.aiedlibra.it

Udine Viale Bassi Gio Batta 64 33100 • tel. 0432.42042
fax 0432.421076 • aied@aiedud.it

Verona Via Tito Speri 7 37121 • tel. 045.8013043
fax 045.8013043 • aiedvr@tin.it • www.aiedverona.org



ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER L'EDUCAZIONE DEMOGRAFICA