

# Racconti della città dell'Aids

**San Francisco** - *Test facile, terapia per tutti e PrEP per una città Aids-free*

**S**in dall'inizio degli anni 80 San Francisco è stata un epicentro dell'epidemia da Hiv. I primi casi di quella misteriosa malattia che prese poi il nome di Aids furono osservati qui. E da allora non ha smesso di essere una città in prima linea nel tentativo di contenere la diffusione dell'infezione da Hiv. Il racconto della città – per parafrasare il titolo di una nota serie di romanzi qui ambientata, *Tales of the city* – non può prescindere dal ruolo avuto dalla comunità gay: qui c'è Castro, uno dei primi e più vibranti quartieri gay degli Stati Uniti, e qui è stato ucciso **Harvey Milk**, il primo consigliere comunale gay dichiarato nella storia della politica USA. Nonostante le enormi differenze tra il sistema sanitario statunitense e quello italiano, l'analisi di come San Francisco stia affrontando il problema dell'Hiv può fornire utili spunti di riflessione anche nel nostro paese, se non altro a partire dal fatto che la amministrazione cittadina ha abbracciato un progetto sanitario, politico e culturale che ha come obiettivo di azzerare le nuove infezioni da Hiv.

L'obiettivo è stato lanciato in occasione dell'ultima giornata mondiale della lotta all'Aids del 1° dicembre ma già da tempo le autorità cittadine si stanno dando da fare per abbattere gli ostacoli che ancora impediscono di fermare la diffusione del virus. Da un lato occorre che tutte le persone che vivono con l'Hiv abbiano stabilmente carica virale non rilevabile, in modo da rendere più remota la possibilità che trasmettano

l'infezione, dall'altro occorre allargare l'accesso a tutti gli strumenti di prevenzione disponibili.

## TEST FACILE E ACCESSIBILE

Gli Stati Uniti hanno un tasso piuttosto basso di infezioni da Hiv non diagnosticate. Questo risultato è stato ottenuto anche grazie all'abbattimento di ogni barriera che ritardasse il ricorso al test Hiv. E anche in questo San Francisco ha fatto da apripista. Nel 2006, infatti, le autorità cittadine decisero di provare ad abolire il counseling pre-test e il consenso informato scritto fino ad allora necessari per effettuare il test Hiv: solo pochi mesi dopo, l'autorità sanitaria federale – il *Center for Diseases Control and Prevention* o CDC – seguì l'esempio.

Questo, insieme a una tradizione di offerta del test al di fuori dell'ambiente sanitario, ha fatto sì che San Francisco riuscisse ad abbattere il numero di infezioni non diagnosticate: oggi si stima che il 94%

delle persone con Hiv della città conosca il proprio stato, contro un 84% a livello nazionale.

## UN CAMBIO CULTURALE

Ma è evidente che un abbattimento delle barriere per il test Hiv diventa fattibile ed efficace se sono state abbattute le barriere di tipo culturale. In altre parole, occorre che lo stigma verso l'Hiv sia almeno contenuto. Oggi, per certi aspetti, a San Francisco è



## Lavorare sugli stili di vita

*Editoriale di Sergio Lo Caputo,  
Consiglio scientifico*

*Negli ultimi anni sulle riviste scientifiche appaiono spesso lavori che valutano l'importanza dei fattori che impattano sulla sopravvivenza dei pazienti sieropositivi. In molti casi si tratta di studi osservazionali basati su dati di coorti molto numerose e con analisi statistiche molto complesse. Molte delle conclusioni che emergono da questi studi evidenziano quella che è la problematica attuale più complessa nella gestione del paziente sieropositivo: modificare stili di vita che possono aumentare il rischio di mortalità per patologie non HIV correlate. Questo dato da un lato rappresenta una conferma del grande successo ottenuto dalla terapia antiretrovirale in termini di sopravvivenza e di miglioramento della qualità della vita ma indica anche che è cambiata la gestione della persona sieropositiva. Nei Paesi occidentali, dove la popolazione sieropositiva è prevalentemente costituita da persone tra i 40 e 60 anni, il clinico si trova ad affrontare sempre più spesso problematiche connesse a stili di vita errati che collegati*

*continua a pag. 2*

*continua a pag. 2*



Editoriale di Sergio Lo Caputo  
segue da pag. 1

*all'avanzare dell'età ed a possibili tossicità a lungo termine dei farmaci rappresentano il vero rischio per la salute dei propri pazienti. I periodici controlli clinici e di laboratorio, più frequenti rispetto a quelli effettuati nella popolazione "sana", evidenziano problematiche connesse ad una dieta errata, ad abuso di alcool ed al fumo di sigarette. Intervenire su questi aspetti e chiedere alla persona sieropositiva di modificare radicalmente alcune abitudini rappresenta oggi la sfida più grande. Purtroppo per varie cause la percentuale di successo è spesso molto bassa forse anche inferiore a quella che si osserva in studi su altre popolazioni. I rischi connessi al fumo di sigaretta sono ampiamente noti così come è documentata l'alta percentuale di fumatori tra le persone sieropositive. Chiedere ad una persona sieropositiva di smettere di fumare è forse più difficile perché vi sono tanti fattori di "stress" che ostacolano il passaggio ad uno stile di vita più salutare. Tuttavia è compito del clinico evidenziare ad ogni controllo, fornendo tutti gli aiuti possibili, quanto il fumo e gli altri stili di vita errati possono impattare sulla salute. Le persone sieropositive che spesso da tanti anni e con tanti sacrifici assumono farmaci antiretrovirali, dimostrando un encomiabile attaccamento alla propria vita, devono comprendere che oggi non è più sufficiente assumere correttamente la terapia ma bisogna intervenire sugli stili di vita errati.*

## San Francisco - *Aids-free city*

segue da pag. 1

così: per un gay che viva in città è normale fare il test almeno una volta all'anno. E questo è avvenuto anche grazie alla presenza di numerosi centri non ospedalieri dove effettuarlo. La **City Clinic**, ad esempio, è nel centro della città da più di un secolo: aprì nel 1911 per la salute sessuale delle prostitute, dal 1933 offre controlli per le malattie a trasmissione sessuale e dai primi anni 80 anche il test Hiv. E a Castro, il quartiere gay per eccellenza, da più di dieci anni è attivo **Magnet**, un centro gestito dalla community sorto in un vecchio teatro (come dimostra il tabellone sopra l'ingresso) e caratterizzato da una enorme vetrata aperta sulla strada: all'inizio qualcuno pensava che tutta questa visibilità potesse essere un ostacolo perché le persone si avvicinassero ai servizi per la salute sessuale gay offerti nel centro da operatori alla pari. Invece oggi già dal mattino c'è qualcuno in fila in attesa che il centro apra: sono circa 9.000 i test fatti ogni anno e il successo dell'iniziativa è tale che a brevissimo il centro si trasferirà in un'altra sede più grande e spaziosa.

Grazie a iniziative come queste, oggi secondo le stime effettuate sul campo dei volontari, circa il 72% dei maschi gay a San Francisco fa il test una volta all'anno. E i tassi di diagnosi di infezione recente sono scesi del 67% dal 2007, mentre i nuovi casi di Hiv diagnosticati complessivamente nella popolazione maschile sono calati del 37%. Se si paragonano questi dati con quelli di una città europea con una grande comunità gay come Lon-



dra, si vede che nella capitale britannica questi tassi sono rimasti invariati dal 2007 e che la proporzione di maschi che si sottopongono regolarmente al test è al massimo del 58%.

### SEROSORTING EFFICACE?

Se ne potrebbe dedurre che i gay di San Francisco abbiano meno problemi con l'uso del preservativo, ma questo sembra valere solo per chi non vive con l'Hiv. I tassi di malattie a trasmissione sessuale come sifilide e gonorrea tra i gay sieropositivi in questa città sono infatti circa 3-4 volte più alti che tra i maschi sieronegativi. Altri dati mostrano come il sesso senza preservativo tra partner di stato Hiv diverso o ignoto siano diminuiti nella capitale californiana. Insomma, la fotografia che si ricava da questi dati è che all'ombra del Golden Gate il test Hiv è divenuto una pratica consueta, quindi molte persone conoscono il proprio stato sierologico e ne parlano apertamente, rendendo possibili delle pratiche di *serosorting* (cioè decidere di usare il profilattico con i partner che hanno l'Hiv) efficaci.

Secondo gli studiosi, potrebbe essere molto più difficile trovare conferma dell'efficacia di questa strategia in metropoli più multiculturali come Londra: è evidente che alla base ci





sia un approccio culturale che ha fatto dell'Hiv un argomento "normale" di cui chiunque parla con relativamente maggiore consapevolezza e facilità rispetto a quanto avvenga nel Vecchio Continente.

#### AIDS-FREE CITY

E così non sembra quindi velleitario lanciare l'obiettivo di fare di San Francisco la prima città "Aids-free" degli Stati Uniti. Una sfida davvero difficile, visto che secondi i dati disponibili appena il 25% delle persone con HIV negli Stati Uniti ha carica virale non rilevabile. Ma a San Francisco sono riusciti a portare questa percentuale fino al 68% grazie agli sforzi fatti su due fronti: offrire la terapia tempestivamente e mantenere le persone in cura. Il sistema sanitario statunitense basato sulle assicurazioni private, infatti, rende difficile per molte persone a scarso reddito continuare la terapia antiretrovirale dopo la diagnosi di infezione da Hiv. La riforma introdotta da Obama ha migliorato la situazione ma i problemi permangono.

Per colmare questo divario, a San Francisco nel 2013 è stato lanciato **RAPID** (*Rapid Antiretroviral Program Initiative for new Diagnoses*), un programma sostenuto dalla University of California, San Francisco (UCSF), dal San Francisco General Hospital (SFGH) e dal dipartimento di salute pubblica municipale che prevede di fornire la terapia antiretrovirale a tutti al momento della diagnosi. In questo modo si elimina ogni riferimento alla soglia dei CD4 e si offre un supporto economico a coloro che non dispongono di una assicurazione sanitaria in grado di provvedere per i farmaci antiretrovirali. Grazie al contributo di farmacie, fondazioni e attivisti, il programma garantisce la continuità di cura a tutti, provvedendo persino a trovare un modo per pagare i farmaci nel caso che una persona si trasferisca in un'altra città.

Questo naturalmente ha un effetto anche sui tassi di trasmissione: se le persone hanno la possibilità di seguire correttamente la terapia, la loro carica virale non rilevabile rende molto improbabile la trasmissione dell'infezione. Non sarà grazie a questo che nel 2013 in città si sono contate 359 nuove diagnosi contro le oltre 500 del 2007, ma certo aiuta.

#### LA NUOVA FRONTIERA DELLA PREVENZIONE

Ma per riuscire a dimezzare questa cifra nei prossimi tre anni, come è negli obiettivi delle autorità sanitarie locali, la terapia non basta. Serve la prevenzione. Ecco perché si sta studiando il modo per rendere disponibile a

tutti coloro che la vogliono la PrEP o profilassi pre-esposizione. Le persone a rischio di contrarre l'infezione da Hiv che assumono una pillola al giorno che combina tenofovir ed emtricitabina (due molecole già in uso per il trattamento dell'Hiv) possono in questo modo ridurre drasticamente la probabilità di contrarre l'infezione. I centri comunitari cittadini



sono impegnati già da alcuni anni in programmi per l'implementazione della PrEP: alla City Clinic **Robert Wilder Blue** si è dato da fare perché le persone che lo desiderano possano avere le prescrizioni per il medicinale anche una volta conclusi gli studi clinici in cui erano coinvolte. La situazione è particolarmente complessa, perché solo chi non ha assicurazione sanitaria e guadagna meno di 58.000 dollari all'anno può accedere al programma di assistenza lanciato dall'azienda farmaceutica produttrice con il quale si ottiene il farmaco gratis per 18 mesi. Ma sono diverse le assicurazioni sanitarie che non coprono la PrEP: per questo, con l'aiuto di diverse istituzioni si è riuscito a fare in

modo di garantire ad almeno 35 utenti della City Clinic l'accesso al farmaco. La Kaiser Foundation, ad esempio, ha messo in campo un programma per sostenere finanziariamente chi vuole usare questo strumento di prevenzione mentre altri progetti di implementazione sono in corso in città, anche presso il Magnet. Ma le autorità locali vorrebbero fare di San Francisco la prima città in cui chiunque desideri assumere la PrEP possa farlo senza preoccupazioni economiche, implementando un sistema per aiutare tutti coloro che non possono contare sull'assicurazione sanitaria per pagare il farmaco.



Robert Wilder Blue della San Francisco City Clinic con la collega Stephanie Cohen

# Mortalità e rischio cardiovascolare tra fumo e HIV

**Stili di vita** - di *Giulio Maria Corbelli, ufficio stampa Anlaids*

**N**ei paesi sviluppati, la disponibilità della terapia antiretrovirale ha fortemente ridotto il rischio di morte per cause correlate all'AIDS. Parallelamente, le malattie cardiovascolari e i tumori non-AIDS correlati sono diventati la causa più frequente di morte tra le persone con HIV. Nonostante la aspettativa di vita della popolazione sieropositiva si stia approssiando sempre di più a quella della popolazione generale, ancora oggi il rischio di mortalità non correlata all'AIDS risulta più alto tra chi ha l'HIV.

Negli ultimi 15 anni, diversi studi osservazionali hanno rivelato che le persone con HIV hanno un rischio elevato di attacco cardiaco. I ricercatori hanno proposto diverse ipotesi per spiegare il legame tra infezione da HIV e malattia cardiovascolare: da un lato l'infezione da HIV modifica i livelli di colesterolo e altri lipidi nel sangue, dall'altro essa provoca uno stato di infiammazione che incrementa il rischio di attacco cardiaco. Ma altri fattori potrebbero entrare in gioco, come l'uso di alcuni farmaci antiretrovirali, la genetica, la pressione arteriosa non nella norma, la co-infezione con altri virus come il citomegalovirus e, naturalmente, gli stili di vita. Tra questi il fumo sembra essere, come nella popolazione generale, uno dei fattori di rischio più importanti per malattie cardiovascolari e alcuni tipi di tumore.

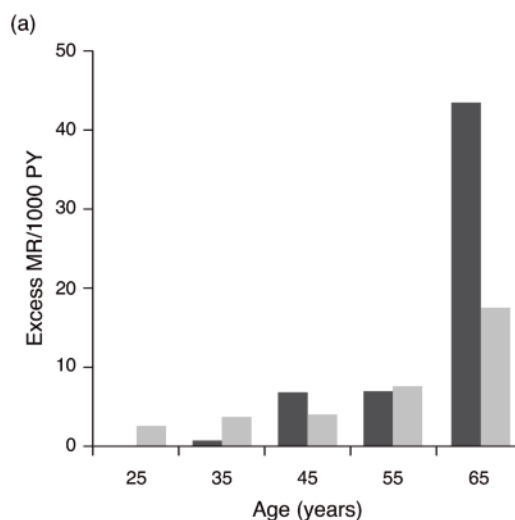
Recentemente alcuni studi hanno cercato di indagare quanto l'incremento di mortalità nella popolazione HIV-positiva fosse da attribuire al fumo. Già nel 2013 uno studio danese (Helleberg M et al. Clin Infect Dis 2013) aveva trovato che nella coorte di persone con HIV in Danimarca il fumo era associato con un incremento di almeno quattro volte del rischio di morte per cause non connesse con l'HIV. Una analisi più recente della stessa coorte



(Rasmussen LD et al. Clin Infect Dis 2015) mostra come tra le persone che non hanno mai fumato il rischio di attacco cardiaco è simile tra HIV positivi o HIV negativi. Al contrario, tra le persone con HIV fumatrici attive il rischio era tre volte più grande rispetto a quello dei fumatori sieronegativi.

I ricercatori della **ART Cohort Collaboration**, un network che comprende alcune coorti dell'Europa occidentale e Nord America, hanno provato a vedere se questi dati danesi potevano essere estesi a tutta la popolazione con HIV occidentale. Sono quindi stati analizzati i dati delle persone con HIV che hanno iniziato la terapia tra il 1 gennaio 1996 e il 1 dicembre 2008, che fossero in vita e in follow-up un anno dopo l'inizio della terapia e di cui fossero disponibili dati sull'abitudine al fumo. Sono inoltre state escluse le persone consumatrici di sostanze per via endovenosa perché in questa popolazione l'abitudine al fumo è molto diffusa e i tassi di mortalità sono più alti rispetto al resto della popolazione HIV: introdurli in questa analisi, dunque, avrebbe potuto portare a sovrastimare l'impatto del fumo sulla mortalità.

Delle 45.812 persone con HIV eleggibili nelle otto coorti partecipanti, 3.567 sono state escluse perché IDU e 24.250 per mancanza di dati sull'abitudine al fumo. L'analisi prende quindi in consi-



(a) Incremento del tasso di mortalità specifico per gruppi di età associato al fumo di sigaretta (barre scure) o ai fattori connessi con l'HIV (barre grigie)

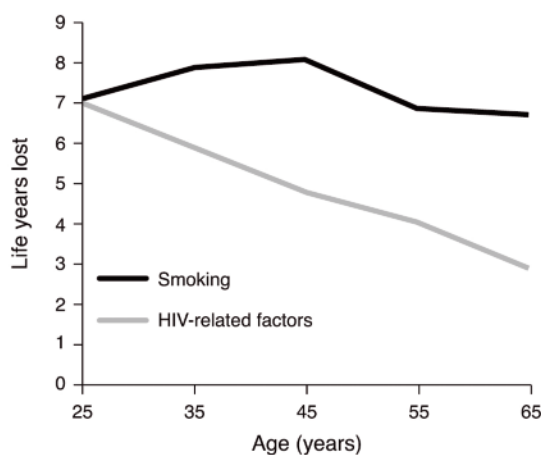


derazione 17.995 individui per un follow-up totale di 79.760 persone-anno. Di questi il 60% era fumatore. Secondo i risultati, il tasso di mortalità dovuta a tutte le cause era di 7,9 (intervallo di confidenza del 95%: 7,2 – 8,79) per 1000 persone-anno tra i fumatori e 4,2 (CI 95% 3,5 – 5,0) tra i non fumatori. I fumatori avrebbero quindi un rischio di morire quasi due volte superiore (1,94 - CI 95% 1.56–2.41). Questo rapporto del tasso di mortalità (*mortality rate ratio* – MRR) tra chi fuma e chi no era simile nelle varie stratificazioni per sesso, periodo di riferimento, modalità di trasmissione di HIV, stato immunologico o soppressione virale al baseline. In cinque delle otto



coorti che hanno partecipato allo studio, erano disponibili anche dati sul numero di ex-fumatori. Il numero di partecipanti relativi a queste coorti era di 8.519 per complessivi 32.983 persone-anno. In questo gruppo, la proporzione di attuali, ex o non fumatori era rispettivamente di 46,5, 25,7 e 27,8%. Il

(b)



Anni di vita persi per gruppi di età associati al fumo di sigaretta (linee scure) o ai fattori connessi con l'HIV (linee grigie)

MRR tra chi attualmente fumava e chi non aveva mai fumato era di 1,70 (CI 95% 1,23 - 2,34) mentre tra chi aveva smesso e chi non aveva mai iniziato era di 0,92 (CI 95% 0,64 – 1,34). Colpiscono anche i dati relativi ai tassi di morti dovute a tumori non-AIDS: tra queste, il 36% era

stata causata da cancro ai polmoni per un totale di 34 casi, tutti registrati nel gruppo dei fumatori, mentre il 50% (47 casi) era dovuta a tumori fortemente correlati al fumo (polmoni, testa e collo, esofago, pancreas e vescica) e 45 di questi – corrispondenti al 96% – si sono verificati tra i fumatori.

I ricercatori riconoscono che è improbabile che il tabacco sia l'unica causa dell'aumento di mortalità tra fumatori e non fumatori: è invece plausibile che ci siano alcuni fattori di confondimento non valutati, come l'assunzione di alcol o altri fattori relativi allo stile di vita, che contribuiscono a ridurre l'aspettativa di vita dei fumatori. Tuttavia è chiaro che nell'era della terapia antiretrovirale efficace, il rischio associato con l'avere l'HIV è condizionato da diversi fattori la cui valutazione presenta delle complessità.

♀

#### Tassi di mortalità per ciascuna causa di morte aggiustati per status di fumatore

|                                           | All cohorts (79 760 person-years follow-up) |                                         | Cohorts with information on current, previous and never-smokers (32 983 person-years follow-up) |                                             |                                              |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                                           | Deaths                                      | MRR (95% CI)<br>Smoker versus nonsmoker | Deaths                                                                                          | MRR (95% CI)<br>Current versus never smoker | MRR (95% CI)<br>Previous versus never smoker |
| AIDS-related deaths                       | 152                                         | 1.37 (0.93–2.02)                        | 99                                                                                              | 1.21 (0.73–2.01)                            | 0.54 (0.28–1.03)                             |
| Non-AIDS related deaths                   | 276                                         | 2.61 (1.88–3.61)                        | 153                                                                                             | 2.45 (1.49–4.03)                            | 1.40 (0.81–2.42)                             |
| Non-AIDS malignancies                     | 94                                          | 3.13 (1.80–5.45)                        | 43                                                                                              | 2.42 (1.03–5.68)                            | 0.94 (0.34–2.64)                             |
| Cardiovascular disease                    | 39                                          | 6.28 (2.19–18.0)                        | 27                                                                                              | 8.82 (1.15–67.8)                            | 4.55 (0.55–37.6)                             |
| Non-AIDS infections                       | 26                                          | 2.38 (0.88–2.46)                        | 10                                                                                              | 3.98 (0.47–15.8)                            | 1.38 (0.12–15.8)                             |
| Liver disease                             | 19                                          | 8.70 (1.14–66.6)                        | 14                                                                                              | 3.44 (0.42–28.4)                            | 1.46 (0.15–14.4)                             |
| Other                                     | 66                                          | 1.42 (0.81–2.49)                        | 29                                                                                              | 1.08 (0.40–2.93)                            | 0.66 (0.22–1.98)                             |
| Non-AIDS, not classified                  | 32                                          | 2.56 (0.96–6.83)                        | 30                                                                                              | 1.90 (0.61–5.96)                            | 2.34 (0.73–7.43)                             |
| Accident/violence/suicide/substance abuse | 36                                          | 2.30 (0.92–5.77)                        | 24                                                                                              | 2.14 (0.60–7.60)                            | 0.38 (0.06–2.36)                             |
| Unknown                                   | 56                                          | 1.38 (0.78–2.46)                        | 25                                                                                              | 0.93 (0.30–2.87)                            | 1.27 (0.41–3.92)                             |



## La prevenzione al Carnevale di Viareggio

**È** diventata ormai una radicata e sana tradizione la partecipazione dei volontari di Anlaids Versilia al Carnevale di Viareggio. Come è d'obbligo, amici e amiche di Anlaids capitanati da **Maria Cristina Tognetti** sono scesi in strada fantasiosamente travestiti: con il loro banchetto e i loro striscioni, le maschere targate Anlaids si sono posizionati all'ingresso della sfilata per distribuire gratuitamente a tutti coloro – mascherati e non – giunti per assistere al Carnevale oltre 10.000 preservativi offerti dalla ditta Condomix ([www.condomix.it](http://www.condomix.it)) a cui va la gratitudine di Anlaids.



Porgere un condom ai passanti è un gesto semplice che ricorda quanto

sia facile e indispensabile proteggersi dall'infezione da Hiv.

Un gesto

che non perde importanza nemmeno in un contesto in cui – come recita il proverbio – “ogni scherzo vale”. Lo conferma l'attrice toscana **Katia Beni** che quest'anno ha accettato di essere testimonial di Anlaids per l'occasione. In questa veste, la comica nota per la sua interpretazione del personaggio di Tina nella serie televisiva *Carabinieri* è stata accolta anche dal Commissario della Fondazione Carnevale **Stefano Pozzoli**, insieme a Burlamacco e Ondina (i simboli del Carnevale più famoso d'Italia) per essere iscritta insieme agli altri ospiti dell'edizione 2015 nell'Albo del Club degli Amici del Carnevale di Viareggio. ♀



## Invalidità: cambiano le visite di revisione

**L'**Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale Inps ha emanato lo scorso 23 gennaio la circolare numero 10 per chiarire l'applicazione di alcuni aspetti della legge 114 del 24 agosto 2014 sulle “Semplificazioni per i soggetti con invalidità”. La legge, infatti, introduce almeno due importanti innovazioni. La prima riguarda la visita di revisione: una persona a cui sia stata riconosciuta una invalidità soggetta a revisione per la verifica della permanenza dei requisiti sanitari mantiene i diritti acquisiti (eventuali provvidenze economiche, prestazioni o agevolazioni lavorative) anche se, trascorsa la data di scadenza del verbale di invalidità, non è stata ancora effettuata la visita di revisione. In altre parole, se l'ente ritarda la convocazione per la visita, rimane in vigore il verbale precedente e i benefici acquisiti non vengono perduti.

Rispetto alla visita di revisione, subentra la seconda importante novità: essa, infatti, diventa ora di competenza dell'Inps senza l'intervento, come in precedenza, delle aziende sanitarie locali. Sarà quindi l'Inps a convocare il cittadino per la visita di revisione e spetterà alle commissioni dell'Inps pronunciarsi sulla permanenza o meno del grado d'invalidità precedentemente accertato, così come sul suo eventuale sopravvenuto aggravamento.

Le nuove norme dovrebbero introdurre, secondo l'Inps, uno snellimento delle pratiche e dei tempi e una semplificazione dell'iter. Il fatto che tutti i controlli siano effettuati da un unico ente dovrebbe consentire anche una maggiore attenzione ad eventuali abusi. È infatti sempre l'Inps che deve occuparsi dei 150.000 controlli previsti per il piano di verifiche straordinarie legate alle strategie di contrasto degli illeciti. ♀



Anno VI numero 70  
gennaio 2015

Newsletter d'informazione di  
**Anlaids Onlus**  
Associazione Nazionale  
per la Lotta contro l'Aids  
via Giovanni Giolitti 42  
00185 Roma  
Tel. 064821077  
[www.anlaidsonlus.it](http://www.anlaidsonlus.it)  
[info@anlaidsonlus.it](mailto:info@anlaidsonlus.it)

Registrazione al Trib. di Roma  
n. 196/2010 del 19 aprile 2010

Direttore responsabile:  
Giulio Maria Corbelli  
[stampa@anlaidsonlus.it](mailto:stampa@anlaidsonlus.it)

Le foto a pagina 2 e 3 sono di Giulio Maria Corbelli, le foto a pagina 1, 4 e 5 sono sotto licenza Wikipedia/ Commons.

Progetto grafico: Gamca

Su [anlaidsonlus.it/forum](http://anlaidsonlus.it/forum), il dott. Francesco Baldasso risponde a domande di ambito medico.