



Volume 30 - Numero 7-8

Luglio-Agosto 2017

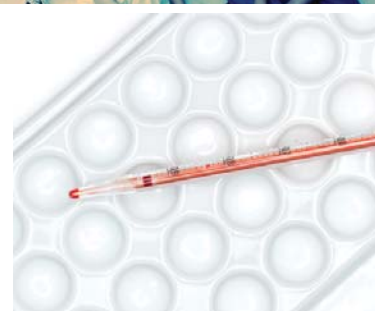
ISSN 0394-9303 (cartaceo)

ISSN 1827-6296 (online)

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**Le Infezioni Sessualmente Trasmesse:
aggiornamento dei dati
dei due Sistemi
di sorveglianza sentinella
attivi in Italia al 31 dicembre 2015**



Poste italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - 70% - DCB Roma

www.iss.it

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

**Uso del latte materno e del latte umano donato
nei neonati gravi pretermine in Toscana:**

Archivio terapie intensive neonatali (TIN) Toscane on-line

**Costruzione partecipata del Piano per la salute
(2015-25) della PA di Trento**

SOMMARIO

Gli articoli

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2015	3
Dati in breve	3
Il Sistema di sorveglianza sentinella delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basato su centri clinici	5
Il Sistema di sorveglianza	5
Nota per la lettura di questo numero del <i>Notiziario</i>	5
La casistica	5
Sintesi finale	10
Il Sistema di sorveglianza sentinella delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basato su laboratori di microbiologia clinica	11
Il Sistema di sorveglianza	11
La casistica	11
Sintesi finale	17

Tabella 1 - Caratteristiche dei due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST, uno basato su centri clinici e l'altro basato su laboratori di microbiologia clinica	21
---	----

Tabelle 2-3 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei soggetti con IST per anno: 1991-2015	22
Tabella 3 - Distribuzione totale dei casi per tipo di IST diagnosticata: 1991-2015	23

Tabelle 4-7 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica

Tabella 4 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli individui dai quali sono stati raccolti i campioni, per genere: intero periodo e 2015	24
Tabella 5 - Prevalenza di <i>Chlamydia trachomatis</i> in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2015	25
Tabella 6 - Prevalenza di <i>Trichomonas vaginalis</i> in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2015	26
Tabella 7 - Prevalenza di <i>Neisseria gonorrhoeae</i> in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2015	27

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserito BEN)

Uso del latte materno e del latte umano donato nei neonati gravi pretermine in Toscana: Archivio terapie intensive neonatali (TIN) Toscane on-line.....	i
Costruzione partecipata del Piano per la salute (2015-25) della Provincia Autonoma di Trento come cornice comune alle politiche sociali sanitarie.....	iii

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica. Promuove e tutela la salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.

Dipartimenti

- Ambiente e salute
- Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento
- Malattie infettive
- Neuroscienze
- Oncologia e medicina molecolare
- Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria

Centri nazionali

- Controllo e valutazione dei farmaci
- Dipendenze e doping
- Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure
- Health technology assessment
- Malattie rare
- Prevenzione delle malattie e promozione della salute
- Protezione dalle radiazioni e fisica computazionale
- Ricerca su HIV/AIDS
- Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci
- Salute globale
- Sostanze chimiche
- Sperimentazione e benessere animale
- Tecnologie innovative in sanità pubblica
- Telemedicina e nuove tecnologie
- Sangue
- Trapianti

Centri di riferimento

- Medicina di genere
- Scienze comportamentali e salute mentale

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità:
Gualtiero Ricciardi

Direttore responsabile: Paola De Castro

Comitato scientifico, ISS: Barbara Caccia, Paola De Castro, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Luigi Palmieri, Patrizia Popoli, Anna Maria Rossi, Emanuela Testai, Vito Vetrugno, Ann Zeuner

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sandra Salinetti, Silvia Negrola

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo) e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2017

Numero chiuso in redazione il 31 agosto 2017



Stampato in proprio

LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE: AGGIORNAMENTO DEI DATI DEI DUE SISTEMI DI SORVEGLIANZA SENTINELLA ATTIVI IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2015



Maria Cristina Salfa¹, Maurizio Ferri², Barbara Suligoi¹ e la Rete Sentinella dei Centri clinici*
e dei Laboratori di microbiologia clinica* per le Infezioni Sessualmente Trasmesse

¹Dipartimento di Malattie Infettive, ISS

²Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale, ISS

RIASSUNTO - Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuse che interessano milioni di individui ogni anno. In Italia sono attive due sorveglianze sentinella, una basata su centri clinici attiva dal 1991 (segnala tutte le persone con una diagnosi confermata di IST) e una basata su laboratori di microbiologia clinica attiva dal 2009 (segnala le persone che si sottopongono a test di laboratorio per *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e *Neisseria gonorrhoeae*), entrambe coordinate dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. La raccolta e l'invio dei dati avviene tramite un sistema di segnalazione online via web.

Parole chiave: sorveglianza; centri clinici; laboratori; infezioni sessualmente trasmesse

SUMMARY (*Sentinel surveillance of sexually transmitted infections based on a network of clinical centres and sentinel surveillance of sexually transmitted infections based on a network of microbiology laboratories*) - Sexually transmitted infections (STI) are widely spread worldwide, affecting millions of people every year. In Italy, a sentinel surveillance system reporting data on patients with a symptomatic STI started in 1991, and a sentinel surveillance system reporting data on people tested for three STI (*Chlamydia trachomatis* infection, *Trichomonas vaginalis* infection, *gonorrhoea*) started in 2009. The National AIDS Unit (Centro Operativo AIDS, COA) of the Italian National Institute of Health coordinates both surveillance systems and receives data through a web-based platform.

Key words: surveillance; clinical centres; laboratories; sexually transmitted infections

barbara.suligoi@iss.it

DATI IN BREVE

- Aumenta progressivamente, tra il 2010 e il 2015, il numero delle persone con una IST confermata
- Si è stabilizzato il numero di stranieri con una IST confermata negli ultimi dieci anni
- Aumentano del 153% le segnalazioni di condilomi ano-genitali tra il 2004 e il 2015
- Aumentano costantemente dal 2008 i casi di infezione da *Chlamydia trachomatis*
- Le giovani donne tra i 15 e i 24 anni mostrano la più alta prevalenza di infezione da *Chlamydia trachomatis* rispetto alle donne di età superiore
- Dopo il 2000, i casi di sifilide I-II sono aumentati del 350% rispetto agli anni Novanta
- Lieve aumento dei casi di sifilide latente e di gonorrea negli ultimi cinque anni
- Aumenta tra il 2008 e il 2015 la percentuale di HIV positivi tra le persone con una IST confermata
- Nel 2015, la prevalenza di HIV tra le persone con una IST confermata è stata circa sessanta volte più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana

Azioni possibili

- Incrementare le attività di informazione sulle IST (sintomi, segni e complicanze delle IST)
- Educare alla salute sessuale attraverso le regole del sesso sicuro che prevedono un uso corretto del condom, una riduzione del numero dei partner sessuali, un uso consapevole dell'alcol e un non uso di sostanze stupefacenti
- Favorire la diagnosi precoce e la prevenzione (favorire la vaccinazione anti-epatite B e anti-HPV; favorire l'estensione della vaccinazione anti-HPV ad altri sottogruppi oltre a quelli già previsti)



(*) La composizione dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete Sentinella dei Centri clinici e dei Laboratori di microbiologia clinica per le Infezioni Sessualmente Trasmesse è riportata a p. 19-20.

Segue Azioni possibili

- Migliorare il *contact tracing* e promuovere la terapia delle IST anche del partner
- Favorire la diagnosi precoce attraverso l'offerta del test per *Chlamydia trachomatis* in donne giovani anche se asintomatiche
- Incrementare l'offerta del test sierologico per sifilide tra i soggetti con IST
- Incrementare nella popolazione generale la consapevolezza del ruolo delle IST nella trasmissione/acquisizione dell'HIV
- Aumentare il testing HIV e promuovere l'utilizzo del preservativo tra i soggetti con IST
- Aumentare la proposta e l'effettuazione del test HIV tra le persone con una IST confermata attraverso un counseling mirato
- Elaborare un piano nazionale pluriennale per la prevenzione delle IST, nonché attivare programmi di sorveglianza dei comportamenti

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo, che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno, e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie (1).

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea, sifilide e pediculosi del pube (2). La notifica obbligatoria dovrebbe garantire una copertura nazionale dei casi per tali patologie ma non sempre viene rispettata, comportando una sottostima del numero di casi per queste tre patologie. Inoltre, non fornisce dati su altre IST rilevanti, quali le infezioni da clamidia, da *trichomonas*, i condilomi ano-genitali, l'herpes genitale, solo per citare le principali.

Per sopperire a questa mancanza di dati sulle IST, direttive di organismi internazionali in tema di sorveglianza e controllo delle IST (3-5) hanno portato all'attivazione in Italia, così come in altri Paesi europei, di due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST, entrambi coordinati dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La sorveglianza clinica, attiva dal 1991, si basa su centri clinici altamente specializzati nella diagnosi e cura dei soggetti con IST, mentre la sorveglianza di laboratorio, attiva dal 2009 e nata dalla collaborazione tra il COA-ISS e il Gruppo di Lavoro Infezioni Sessualmente Trasmesse (GLIST) dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI), si basa su laboratori di microbiologia clinica che fanno diagnosi di nuovi casi di infezione da *Chlamydia trachomatis*, da *Neisseria gonorrhoeae* e da *Trichomonas vaginalis*, in persone che si sottopongono a test di laboratorio per una o più di queste infezioni.

Questi Sistemi di sorveglianza sentinella non hanno una copertura nazionale e quindi non segnalano il 100% dei soggetti con IST, ma assicurano

stabilità e costanza nell'invio dei dati, informazioni robuste e affidabili nel tempo, permettono di misurare la frequenza relativa delle singole IST e di valutare i fattori di rischio associati all'acquisizione delle IST, nonché una trasmissione reale dei dati.

Inoltre, sia i centri clinici che i laboratori di microbiologia clinica adottano la stessa definizione di caso (Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici: viene inclusa ogni persona con un'acertata diagnosi clinica più conferma di laboratorio di IST tra quelle previste dal sistema, che non è già segnalato dallo stesso centro per la stessa patologia nei tre mesi precedenti; Sistema di sorveglianza delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica: vengono segnalate tutte le determinazioni riferite a persone sottoposte a indagine diagnostica per una o più delle tre sopracitate infezioni, sia che risultino positive che negative alla identificazione del patogeno), e si equivalgono per quanto riguarda l'accuratezza nella raccolta dati, la tipologia dei centri clinici e dei laboratori di microbiologia clinica, e la scheda di raccolta dati.

Quello che emerge è pertanto una grande omogeneità sia tra i centri clinici che tra i laboratori di microbiologia clinica dei due Sistemi di sorveglianza, che permette l'aggregazione, l'analisi dei dati relativi alle IST nonché l'invio di questi all'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) per integrarli e confrontarli con quelli raccolti dalle altre sorveglianze europee attive per le IST (6). Questi Sistemi rientrano nell'accordo di collaborazione relativo al progetto CCM - Azioni centrali "Sistema di Sorveglianza delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) attraverso due reti sentinella basate su centri clinici e su laboratori di microbiologia clinica" del 2015.

Di seguito vengono quindi riportati i principali risultati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST attivi in Italia aggiornati al 31 dicembre 2015. ■

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SENTINELLA DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE BASATO SU CENTRI CLINICI

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il Sistema è attivo dal 1991, è coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e allo stato attuale prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (Figura 1) (*l'elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST, è riportato a p. 19*). Gli obiettivi, i metodi e gli strumenti per la raccolta dei dati sono stati descritti in precedenti fascicoli del *Notiziario* (7-10).

I centri segnalano le persone con una prima diagnosi di IST (primo episodio), confermata - ove previsto - da appropriati test di laboratorio, e raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali e cliniche, nonché il sierostato HIV. Per alcune diagnosi di IST si sono scelti criteri di definizione di caso a favore di una maggiore sensibilità (ad esempio, le diagnosi di patologie virali sono basate su criteri

esclusivamente clinici), per altre patologie si è scelto un criterio di definizione di caso a favore di una maggiore specificità, includendo nella definizione di caso la conferma microbiologica della diagnosi (ad esempio, infezioni batteriche e protozoarie). In questi anni, tale Sistema ha consentito di conoscere l'andamento delle diagnosi di diversi quadri clinici di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nelle persone con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio (ad esempio, stranieri, maschi che fanno sesso con maschi, giovani).

Una sintesi delle caratteristiche di questo Sistema di sorveglianza è riportata in Tabella 1 (p. 21).

NOTA PER LA LETTURA DI QUESTO NUMERO DEL NOTIZIARIO

Per l'anno 2015 il centro IST di Firenze non ha inviato i dati secondo le scadenze programmate. Per ovviare all'assenza dei dati 2015 di tale centro, solo per questo abbiamo stimato, per il 2015, lo stesso numero di casi che aveva segnalato nel 2014. Pertanto, i dati riportati in questo numero di *Notiziario*, relativamente all'anno 2015, per il Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, non sono definitivi e saranno suscettibili di modifica nel prossimo aggiornamento dei dati. Per tale motivo, abbiamo ridotto le analisi ai risultati principali, prevedendo di presentare le analisi complete al prossimo aggiornamento.

LA CASISTICA

Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2015, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 115.207 nuovi casi di IST.

Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

L'andamento delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei soggetti con IST, sono riportate in Tabella 2* (p. 22). ►

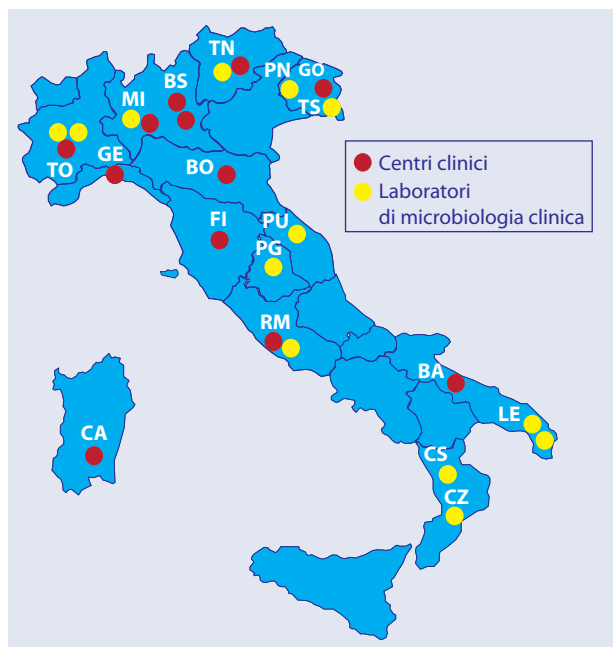


Figura 1 - Distribuzione geografica dei 12 centri clinici e dei 13 laboratori di microbiologia clinica partecipanti ai due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST

(*) Le Tabelle 2-3 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici sono riportate a p. 22-23.

Intero periodo (1991-2015)

In tale periodo, il 70,6% (n. 81.343) dei casi di IST è stato diagnosticato in uomini e il 29,4% (n. 33.864) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 32 anni (range interquartile - IQR, 26-40 anni). Il 19,0% (n. 20.820) dei soggetti con IST era di nazionalità straniera. Il 55,4% dei soggetti aveva una diagnosi di IST virale, il 42,1% di IST batterica, il 2,0% di IST parasitaria, e lo 0,4% di IST protozoaria (Tabella 2, p. 22).

L'andamento delle caratteristiche demografiche nell'intero periodo (1991-2015) ha mostrato un incremento del 23,3% dei casi annui di IST nelle donne

nel periodo 2011-2015 rispetto al periodo 1991-2010 e un incremento del 45,4% dei casi annui di IST negli uomini nel periodo 2011-2015 rispetto al periodo 1991-2010 (Figura 2).

L'età mediana dei soggetti con IST non è cambiata nel tempo né per gli uomini né per le donne, mantenendosi tuttavia superiore tra gli uomini. Dall'inizio della sorveglianza si è registrato un aumento dei casi annui di IST in stranieri; in particolare, il numero di casi di IST in stranieri è all'incirca raddoppiato, passando da 500 casi del 1991 a 955 del 2015 (Figura 3)

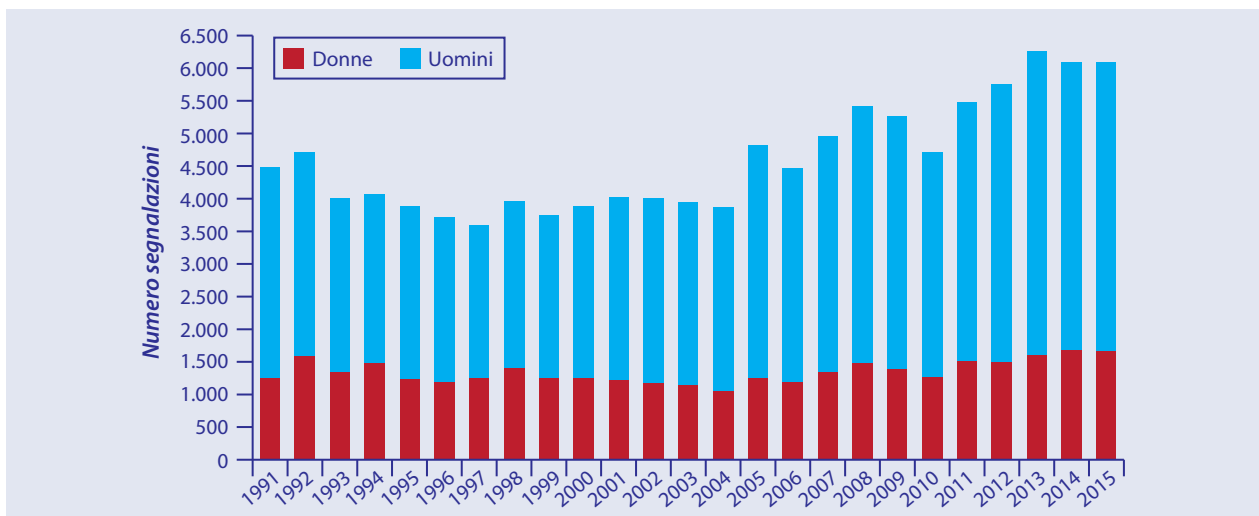


Figura 2 - Andamento delle segnalazioni di IST per genere (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015)

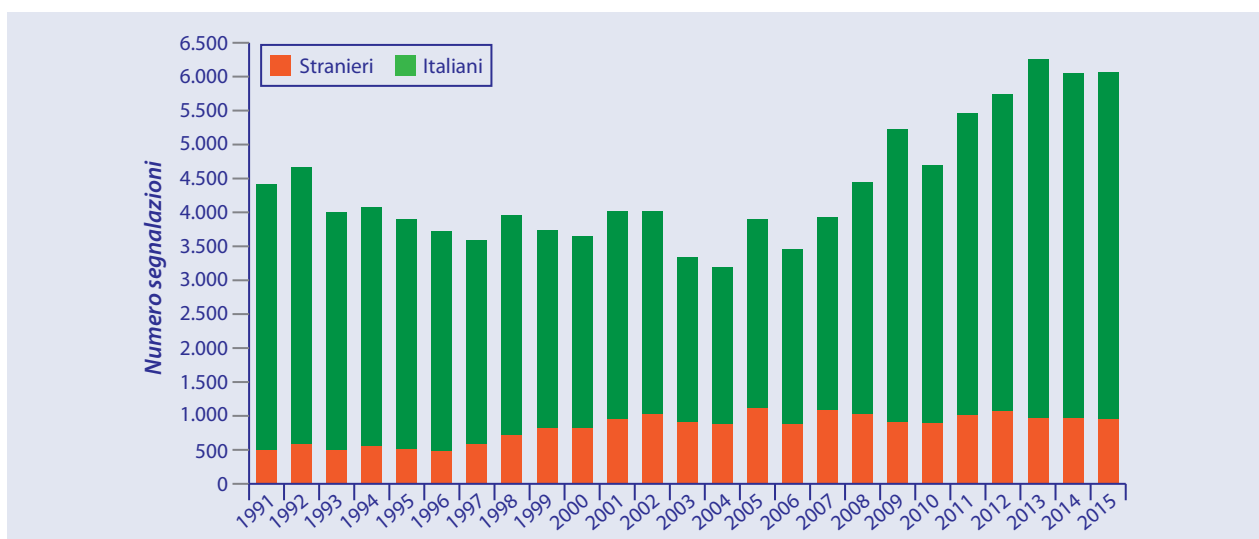


Figura 3 - Andamento delle segnalazioni di IST per nazionalità (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015)

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata

Intero periodo (1991-2015)

Nell'intero periodo è emerso che le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (47.553 casi, 41,3% del totale), la sifilide latente (9.968 casi, 8,7% del totale), le cervicovaginiti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC), cioè da agenti eziologici diversi da *Chlamydia trachomatis* (Ct), *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) e *Trichomonas vaginalis* (Tv) (9.087 casi, 7,9% del totale) e l'herpes genitale (8.586 casi, 7,5% del totale) (Tabella 3, p. 23).

Andamenti temporali delle principali IST

Totale soggetti

L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile fino al 2000. Dopo il 2000 i casi di sifilide I-II hanno evidenziato un aumento rilevante: nel 2005 si è osservato un aumento delle diagnosi di circa cinque volte rispetto al 2000 e, successivamente, una riduzione fino al 2012. Tra il 2012 e il 2013 c'è stato un lieve aumento di casi di sifilide I-II, che sono passati da 337 casi del 2012 a 397 del 2013. Successivamente, c'è stata una diminuzione dei casi fino a 338 casi segnalati di sifilide I-II nel 2015 (Figura 4). L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione fino al 1996, poi una ripresa delle segnalazioni fino al 2005 di circa due volte rispetto al 1996 (si è passati da 303 casi del 1996 a 547 casi del 2005) e, successivamente, una riduzione e stabilizzazione dei casi fino al 2014 (365



casi segnalati). Nel 2015, sono stati segnalati 413 casi di sifilide latente (Figura 4). Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al 1999 e un successivo aumento di due volte tra il 1999 e il 2006 (si è passati da 189 casi del 1999 a 427 casi del 2006), per poi diminuire e stabilizzarsi fino al 2014 (320 casi segnalati). Nel 2015, sono stati segnalati 360 casi di gonorrea (Figura 4). I casi di infezione da Ct hanno mostrato una costante riduzione fino al 2002 e un successivo aumento: in particolare dopo il 2008 si è osservato un incremento di due volte e mezzo tra il 2008 e il 2013, passando da 209 casi del 2008 a 471 casi del 2013. Nel 2014 e nel 2015 sono stati segnalati, rispettivamente, 412 e 437 casi di infezione da Ct (Figura 4).



Figura 4 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015)



Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 418 casi del 2005 a 286 del 2015 (andamento non mostrato). Tra le due principali IST virali (Figura 5), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è rimasto costante fino al 2004 per poi mostrare un progressivo incremento raggiungendo il picco massimo nel 2014 con un aumento più che doppio rispetto al 2004, passando da 1.312 casi del 2004 a 3.367 casi del 2014. Nel 2015, sono stati segnalati 3.316 casi di condilomi ano-genitali (Figura 5). L'herpes genitale ha mostrato

una riduzione delle segnalazioni tra il 1991 e il 2004 e un successivo aumento passando da 243 casi del 2004 a 425 casi del 2013; successivamente, si è osservata una riduzione fino a 339 casi di herpes genitale nel 2015 (Figura 5). Tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali. Le cervicovaginiti da Tv hanno mostrato un andamento temporale dei casi in progressiva riduzione, passando da 50 casi del 1991 a 3 casi del 2013. Nel 2015, c'è stato un aumento con 14 casi segnalati di cervicovaginiti da Tv (Figura 6). I casi di linfogranuloma venereo (LGV) hanno interessato principalmente gli uomini (dal 1991 al 2015, il 93,9% dei casi sono stati segnalati in uomini e il 6,1% in donne) e l'andamento ha mostrato un progressivo aumento, passando da 4 casi del 1991 a 27 casi del 2012. Dal 2012 al 2015, l'andamento dei casi di LGV ha mostrato una riduzione, passando da 27 casi del 2012 a 3 casi del 2015 (Figura 6). L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato due picchi, uno nel 1996 con 234 casi e l'altro nel 2003 con 208 casi e una successiva riduzione fino a 29 casi del 2015 (Figura 6). L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato un aumento progressivo, di circa 7 volte, dai 95 casi del 1991 ai 641 casi del 2009 e una successiva lieve riduzione e stabilizzazione fino al 2015 (498 casi segnalati) (Figura 6). Per tutte le altre IST diagnosticate gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo (Tabella 3, p. 23).

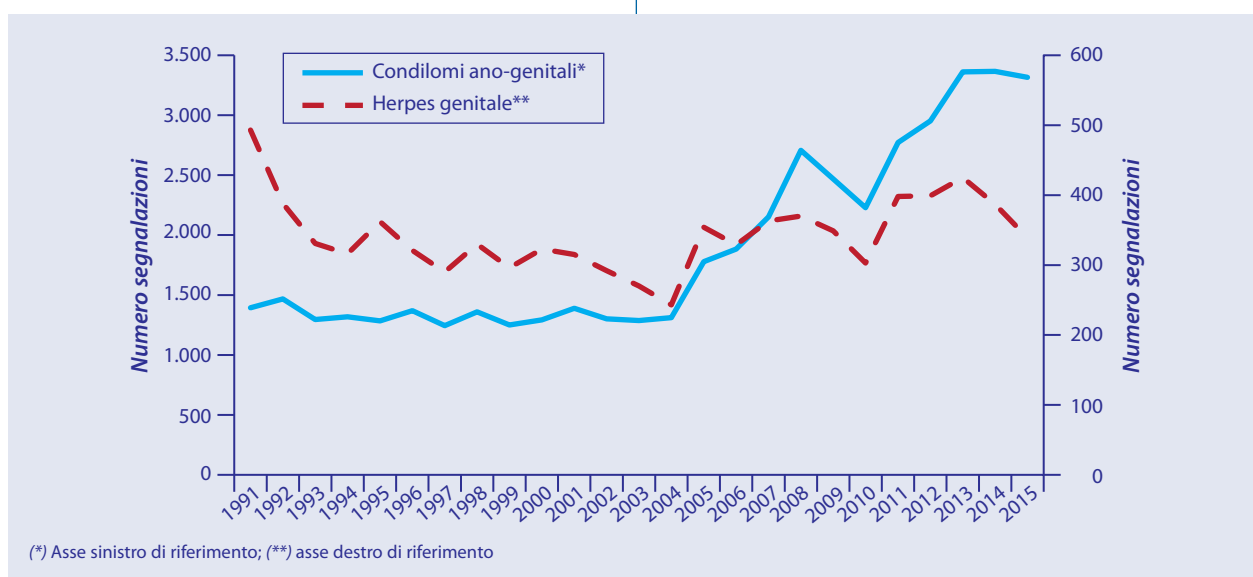


Figura 5 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015)

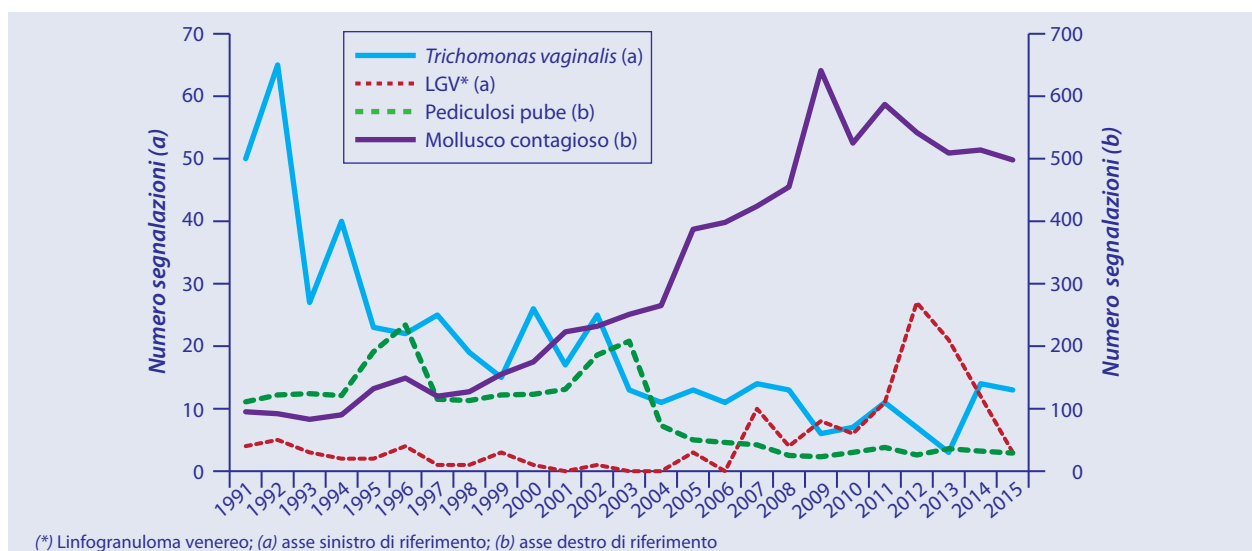


Figura 6 - Andamento delle segnalazioni di infezione da *Trichomonas vaginalis*, di Linfogranuloma venereo (LGV), di Pediculosi del pube e di Mollusco contagioso (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015)

L'infezione da HIV nei soggetti con IST

Testati e non testati per HIV

Dei 115.207 soggetti con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2015, 80.511 (69,9%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2015), tra gli 80.511 soggetti con IST testati per HIV, 6.162 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 7,7% (IC 95%: 7,5-7,8).



Andamenti temporali

Testati per HIV

La percentuale di soggetti con IST testati per HIV è diminuita dal 1991 al 2000, passando dal 76,0% al 52,0%, successivamente è aumentata raggiungendo il picco massimo nel 2007 (79,0%), infine ha mostrato un lieve declino fino al 2011 e una ripresa fino al 75,8% del 2014. Nel 2015, la percentuale di soggetti con IST testati per HIV è stata pari al 71,2% (Figura 7).

Prevalenza di HIV

Nei soggetti con IST si osserva un decremento della prevalenza HIV con alcuni picchi specifici (Figura 7). In particolare, la più alta prevalenza di HIV si è osservata nel 1997 (11,0%), mentre la più bassa si è osservata nel 2008 (4,7%). Dopo il 2008, si è assistito a un incremento della prevalenza HIV fino al 9,9% del 2015 (Figura 7).

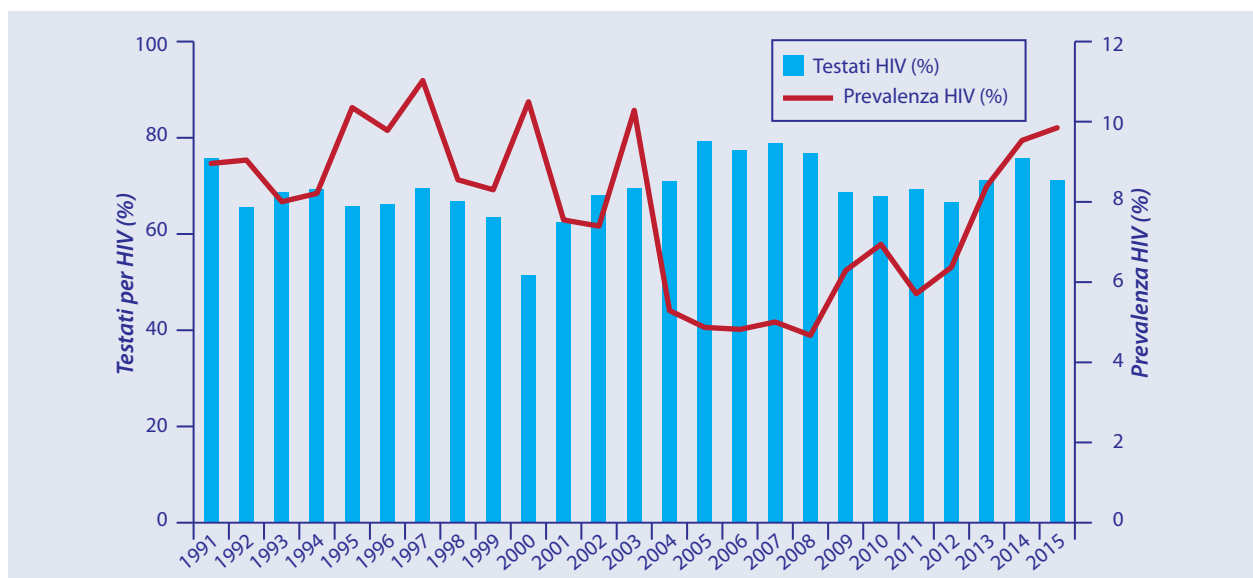


Figura 7 - Percentuale di soggetti con IST testati per HIV e prevalenza HIV (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015, 80.511 soggetti con IST testati per HIV)

SINTESI FINALE

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici tra il 2010 e il 2015 indicano che la frequenza e la diffusione delle IST in Italia è rilevante e si osserva un aumento del numero totale dei casi segnalati nel tempo. In particolare, si osserva un incremento degli uomini con IST nel periodo 2011-2015; questo rispecchia il bacino di utenza dei centri clinici IST di questa sorveglianza, che essendo centri dermatologici specializzati in IST hanno un'utenza principalmente maschile. Inoltre, nel tempo aumenta anche la percentuale (circa il 19,0% nel 2015) di stranieri con IST, che rappresentano una quota più elevata rispetto alla percentuale di stranieri presenti nel nostro Paese, pari a circa l'8,0%, indicando come il centro IST costituisca un buon punto di aggancio con il Servizio Sanitario Nazionale (11).

È importante sottolineare che le IST attualmente a notifica obbligatoria, quali sifilide, gonorrea e pediculosi del pube, rappresentano solo il 20,0% circa dei casi diagnosticati e curati nei centri clinici della sorveglianza nel 2015. L'aumento di sifilide I-II e gonorrea dopo il 2000 riflette l'aumento dei casi di sifilide e gonorrea osservato in Europa negli anni 2000 e segnalato in Italia anche dalle notifiche obbligatorie negli stessi anni (2, 12).

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di Ct, basati su tecniche di biologia molecolare, ha probabilmente

influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da Ct segnalate dopo il 2000 in tutti i sottogruppi.

Il rapido aumento dei casi di condilomi anogenitali che si osserva in tutti i sottogruppi dal 2004 potrebbe essere attribuibile alla campagna vaccinale anti-HPV per le adolescenti, che ha sollecitato una maggiore attenzione nei confronti delle patologie HPV-correlate, nonché all'introduzione di test diagnostici per l'identificazione di HPV basati su tecniche più sensibili e specifiche (test biomolecolari).

È evidente, infine, un aumento progressivo di segnalazioni di mollusco contagioso dal 2004 e una riduzione di segnalazioni di pediculosi del pube dal 2003.

L'aumento della percentuale di testati per HIV negli ultimi anni e la riduzione della prevalenza di HIV tra i casi segnalati sottolineano la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza negli ultimi due decenni. Tuttavia, la prevalenza di HIV mostra un evidente aumento dopo il 2008, suggerendo un'augmentata esposizione a rapporti sessuali non protetti tra le persone con IST. Nel 2015, la prevalenza di HIV tra le persone con una IST confermata è stata circa sessanta volte (13) più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana. Questi risultati sottolineano l'urgenza di una proposta attiva del test HIV alle persone che afferiscono ai centri IST (14). ■

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

USO DEL LATTE MATERNO E DEL LATTE UMANO DONATO NEI NEONATI GRAVI PRETERMINE IN TOSCANA: ARCHIVIO TERAPIE INTENSIVE NEONATALI (TIN) TOSCANE ON-LINE

Monia Puglia¹, Elettra Berti², Cristiana Bosi³, Anna Ingargiola², Letizia Magi⁴, Elena Martelli⁵, Simone Pratesi⁶, Emilio Sigali⁷, Barbara Tomasini⁸, Luigi Gagliardi⁹, Franca Rusconi² e il Gruppo TIN Toscare on-line*

¹Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze; ²Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Firenze;

³Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze; ⁴Ospedale San Donato, Arezzo; ⁵Ospedale S. Stefano, Prato; ⁶Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze;

⁷Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa; ⁸Azienda Ospedaliero Universitaria Senese, Siena; ⁹Ospedale della Versilia, Viareggio (LU)

SUMMARY (*Breastfeeding and donor human milk in very preterm newborns in Tuscany*) - Breastfeeding or donor human milk are the first choice in preterm infant feeding. To analyze clinical practice concerning the enteral nutrition in very preterm newborns, data were collected by an area-based online registry (TIN Toscare on-line) including very preterm (< 32 weeks of gestational age) or very low birth weight (≤ 1500 g) infants born in Tuscany (years 2012-14), Italy. In this Region a network of human milk banks is in place since several years. The overall human milk prevalence (mother's own milk + human donor milk) was high both at the beginning of enteral nutrition and at complete enteral feeding (79.5% and 77.8% respectively). Human donor milk was used more frequently than mother's own milk to start enteral nutrition (66.9%), while breastfeeding rate was higher when newborns achieved complete enteral nutrition (36.4%). Rate of any breastfeeding at discharge overlapped those reported in national registries (62.3%), while it was higher than those reported from international reports (25-55%). These findings suggest that using human donor milk does not compromise the subsequent initiation of breastfeeding.

Key words: donor human milk; milk bank; preterm infant

franca.rusconi@meyer.it

Introduzione

Il latte materno è universalmente considerato l'alimento di prima scelta per tutti i neonati (1-3). Le evidenze scientifiche confermano che il latte materno rappresenta la migliore risorsa nutrizionale anche per il neonato pretermine, ovvero nato prima di 37 settimane di età gestazionale (EG). In caso di mancata disponibilità o insufficienza di latte materno, il latte umano donato rappresenta la migliore alternativa per l'alimentazione di questi neonati (1-4). Infatti, nonostante il trattamento termico a cui viene sottoposto per annullare il rischio infettivo, mantiene alcuni importanti effetti benefici. Rispetto alla nutrizione con formule per pretermine, l'uso del latte umano donato è stato associato a una ridotta incidenza di enterocolite necrotizzante, sepsi e altre infezioni e a una migliore tolleranza alimentare (2-5). In alcuni studi il latte umano è risultato inversamente associato a insorgenza di ipertensione arteriosa e insulino-resistenza a distanza (1, 5). Attualmente, vi sono pochi dati in letteratura sul tipo di nutrizione nel neonato pretermine, e in particolare riguardo l'utilizzo del latte umano donato. Lo scopo del presente studio è quello di analizzare la prevalenza d'uso di latte

materno e di latte umano donato nei neonati gravemente pretermine (EG < 32 settimane) o di peso alla nascita molto basso (very low birth weight - VLBW ≤ 1.500 g) nella regione Toscana, al momento dell'inizio della nutrizione enterale, durante il ricovero e alla dimissione.

La Toscana ha messo a punto dal 2009 un Archivio accessibile in rete (TIN Toscare on-line), dove il personale sanitario abilitato di 17 punti nascita o terapia intensiva neonatale (TIN) regionali registra i dati anonimizzati relativi a tutti i neonati gravi pretermine o VLBW. Dal 2012 l'Archivio è stato arricchito con informazioni relative alla nutrizione enterale.

Metodi

I dati analizzati di TIN Toscare on-line comprendono quelli di tutti i neonati registrati relativamente agli anni 2012-14 (ultimo anno completo disponibile). La completezza dell'Archivio è controllata ogni anno incrociando i dati relativi ai nuovi nati inseriti nell'Archivio con quelli registrati nel certificato di assistenza al parto e i casi eventualmente mancanti vengono inseriti dai centri nascita. Inoltre, ogni 3-4 mesi viene controllata la completezza delle singole variabili presenti nell'Archivio.

Per il presente studio sono stati esclusi i neonati deceduti, dal momento che il decesso avviene per lo più durante la prima settimana di vita, epoca di inizio della nutrizione enterale. Le variabili prese in considerazione sono state: età in giorni all'inizio della nutrizione enterale; età in giorni alla nutrizione enterale completa (definita come l'assenza di qualsiasi infusione a scopo nutrizionale, ad esempio amminoacidi); età alla dimissione; tipo di allattamento all'inizio della nutrizione enterale, al raggiungimento della nutrizione enterale completa e alla dimissione. La variabile "allattamento alla dimissione" si riferisce alla prescrizione effettuata al momento della dimissione e non prevede l'impiego di latte umano donato, considerando che il latte umano donato è garantito esclusivamente nel periodo di ricovero e non a domicilio, salvo casi eccezionali.

Sono state calcolate l'età mediana (in giorni) all'inizio della nutrizione enterale, al raggiungimento della nutrizione enterale completa e alla dimissione e la prevalenza d'uso di latte materno, latte di banca e latte di formula negli stessi momenti del ricovero. ►

(*) Gruppo TIN Toscare on-line: R. Banchini, M.C. Papi, D. Pecori, S. Pratesi, F. Mecacci, C. Dani, A. Ingargiola, M. Moroni, E. Berti, F. Rusconi, P. Fiorini, E. Sigali, M. Vuerich, C. Riparbelli, A. Boldrini, S. Dilucia, G. Panariello, B. Tomasini, A. Giovannoni, R. Moschetti, S. Tognetti, L. Capuzzo, S. Magnanensi, U. Gasperini, A. Brioschi, E. Martelli, P.L. Vasarri, C. Carlotti, R. Danieli, S. Gragnani, G.L. Benetti, M. Tiezzi, F. Civitelli, L. Magi, M. Martini, A. Cardinale, R. Bini, M. De Filippo, L. Cafaggi, C. Bosi, B. Gambi, M. Pezzati, S. Toti, M. Strano, P. Gabrielli, G. Placidi, L. Gagliardi, M. Puglia, R. Berni, A. Corsi, F. Voller.

Risultati

Dal 2012 al 2014 sono stati registrati in TIN Toscana on-line 1.042 neonati, pari all'1,1% dei nati vivi in Toscana. Per il presente studio sono stati esclusi dall'analisi 122 neonati deceduti per lo più durante i primi 7 giorni di vita. Quindi i neonati inclusi nello studio sono stati 920. Di questi, 731 (79,5%) sono neonati gravemente pretermine, i restanti 189 sono neonati VLBW con EG > 32 settimane. Il 74,5% dei neonati considerati ha un'EG di almeno 28 settimane, il 24,5% è nato a un'EG compresa tra le 23 e le 27 settimane. Per 11 neonati (1,2%) è stata riportata un'EG < 23 settimane. I 920 neonati inclusi nello studio hanno un'età mediana alla dimissione di 49 giorni (interquartile range - IQR = 37).

Il 76,3% dei neonati considerati ha iniziato la nutrizione enterale nel primo giorno di vita, con percentuali maggiori all'aumentare dell'EG: 54,9% a 22-25 settimane, 64,4% a 26-28 settimane, 81% a 29-31 settimane e 82% per i neonati di EG > = 32 settimane, ma VLBW (Figura - Giorni di inizio della nutrizione enterale per età gestazionale nei neonati gravi pretermine registrati in TIN Toscana on-line. Anni 2012-14. *È possibile consultare online la Figura nella versione estesa del BEN*). Il 91,7% dei neonati considerati inizia l'alimentazione entro il quarto giorno di vita.

All'inizio della nutrizione enterale, la prevalenza di allattamento esclusivo (materno e umano donato) è del 79,5%. Il latte maggiormente impiegato in questa fase è il latte umano donato (66,9%), seguito dal latte materno (12,6%). L'allattamento complementare (materno più formula) rappresenta lo 0,9% del totale. L'alimentazione con formula adattata nelle prime fasi di alimentazione enterale è praticata nel 19,7% dei casi (Tabella - Tipo di allattamento all'inizio della nutrizione enterale, al raggiungimento della nutrizione enterale completa e alla dimissione in neonati gravi pretermine registrati in TIN Toscana on-line. Anni 2012-14. *È possibile consultare online la Tabella nella versione estesa del BEN*). Per 4 neonati il dato non è riportato.

Il 47,9% dei neonati considerati raggiunge la nutrizione enterale completa entro i primi 10 giorni di vita (mediana: 11 giorni; IQR:13) e l'84,9% entro i primi 30 giorni.

Il tipo di nutrizione enterale maggiormente impiegato al momento della nutrizione enterale completa è costituito da latte umano. La prevalenza di allattamento esclusivo è del 77,8%. Il tipo di latte prevalente è il latte materno (36,4%), seguito dal latte umano donato (26,4%).

Un altro 15% dei pazienti riceve latte materno più latte umano donato. Il restante 13,1% è allattato in maniera complementare (latte umano donato e/o materno + formula). Il 9,1% è nutrito con formula adattata (Tabella). Per 11 neonati il dato non è riportato.

Alla dimissione, il 27,4% dei neonati è allattato esclusivamente con il latte materno (con o senza aggiunta di fortificante), il 34,9% in maniera complementare sia con latte materno sia con formula adattata e il 37,7% è alimentato con formula (Tabella).

Discussione

Nei neonati gravi pretermine o VLBW vi è un generale ma non unanime consenso a iniziare precocemente l'alimentazione enterale, possibilmente entro le prime 24 ore di vita ossia non appena venga raggiunta la stabilità emodinamica (6, 7). Un inizio precoce sembra favorire la maturazione intestinale e lo sviluppo del microbiota intestinale, riducendo i processi infiammatori. Oltre il 90% dei neonati inclusi nel presente studio ha intrapreso la nutrizione enterale entro 4 giorni di vita e ciò si è verificato anche nei neonati che avevano una EG estremamente bassa (oltre il 50% dei neonati tra 22 e 25 settimane di EG ha intrapreso la nutrizione enterale nella prima giornata di vita).

In letteratura non sono presenti dati riguardo il tipo di latte impiegato all'inizio della nutrizione enterale nei neonati gravi pretermine. Nella nostra popolazione circa l'80% dei neonati gravemente prematuri o VLBW ha iniziato la nutrizione enterale con latte umano, con una netta prevalenza del latte umano donato rispetto al latte materno (66,9% vs 12,6%). In effetti, sono molteplici i fattori che possono compromettere un adeguato allattamento materno in caso di nascita pretermine, soprattutto nelle prime ore dopo il parto. Il ricovero del bambino in un reparto di TIN e la conseguente separazione dalla madre interrompe bruscamente il processo interattivo alla base della lattazione. Inoltre lo stress, la depressione e la preoccupazione materna svolgono un ruolo determinante sulla possibile compromissione del rilascio di ossitocina. Alcuni fattori di rischio legati alla prematurità, quali difficoltà nell'alimentazione e nell'attaccamento al seno, possono ulteriormente ostacolare l'allattamento materno. In questa fase il ricorso al latte umano donato rappresenta dunque una risorsa importante per la nutrizione enterale nei neonati gravi pretermine. È interessante notare come al raggiungimento della nutrizione enterale

le completa, che talvolta avviene tardivamente nei neonati ad alto rischio, la prevalenza di allattamento con latte umano (latte materno + latte umano donato) rimanga sostanzialmente stabile, con una inversione del rapporto latte materno/latte umano donato a favore dell'allattamento materno. Questo a conferma che il ricorso transitorio a latte umano donato non preclude né ostacola il successivo allattamento materno, qualora sia adeguatamente promosso e sostenuto dagli operatori sanitari (8). Per quanto riguarda il tipo di allattamento alla dimissione, l'allattamento materno, esclusivo (solo latte materno) e/o complementare (latte materno + latte di formula), è predominante (62,3%) con prevalenze d'uso simili a quelle nazionali riportate nel 2013 dall'Italian Neonatal Network (pari al 63%) (dati disponibili su: www.vtoxoford.org).

Diversamente, in uno studio multicentrico condotto in 13 TIN italiane (9), solo il 54% dei neonati VLBW era alimentato con latte materno (esclusivo o complementare) al momento della dimissione. I pochi dati internazionali disponibili complessivamente mostrano prevalenze inferiori di allattamento alla dimissione: il Vermont Oxford Network (www.vtoxoford.org) registra una prevalenza di allattamento pari al 55,8%, mentre sono riportate prevalenze consistentemente inferiori (circa 25-35%) in alcune regioni europee che hanno partecipato allo studio MOSAIC (10).

Gli incoraggianti risultati che abbiamo riportato in Toscana, in particolare per l'utilizzo del latte umano donato, sono da attribuire alla presenza di sei banche del latte che coprono tutto il territorio regionale (www.regione.toscana.it/-/banche-del-latte-materno). Le banche del latte umano donato hanno l'obiettivo di garantire la disponibilità e la distribuzione gratuita su indicazione medica del latte umano donato. Inoltre, assicurano la qualità e la sicurezza del latte donato attraverso lo screening delle donatrici, il controllo e la pastorizzazione del latte. Al fine di migliorarne l'organizzazione e l'efficienza, la Giunta Regionale Toscana ha disposto, prima in Europa, la costituzione della Rete Regionale delle Banche del Latte Umano Donato (ReBLUD). ■

Riferimenti bibliografici

1. American Academy of Pediatrics, section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
2. Davanzo R, Maffei C, Silano M, et al. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano. Position Statement 2015 di

- Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf).
- Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:189-207.
 - Moro GE, Arslanoglu S, Bertino E, et al. XII Human Milk in Feeding Premature Infants: Consensus Statement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;61:S16-9.

- Quigley M, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(4):CD002971.
- Dutta S, Singh B, Chessell L, et al. Guidelines for feeding very low birth weight infants. *Nutrients* 2015;7:423-42.
- Bombell S, McGuire W. Early trophic feeding for very low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD000504.
- Ministero della Salute. Promozione dell'uso di latte materno nelle Unità di Terapia Neonatale ed accesso dei genitori ai reparti. Raccomandazione congiun-

ta di Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e Vivere Onlus. 2016 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2497_allegato.pdf).

- Davanzo R, Monasta L, Ronfani L, et al. Breastfeeding at NICU discharge: a multicenter Italian study. *J Hum Lact* 2013;29:374-80.
- Bonet M, Blondel B, Agostino R, et al. Variations in breastfeeding rates for very preterm infants between regions and neonatal units in Europe: results from the MOSAIC cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96:F450-2.

COSTRUZIONE PARTECIPATA DEL PIANO PER LA SALUTE (2015-25) DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO COME CORNICE COMUNE ALLE POLITICHE SOCIALI E SANITARIE

Pirous Fateh-Moghadam¹, Sara Carneri², Patrizia Gentile², Andrea Anselmo³, Ileana Olivo⁴ e Silvio Fedrigotti⁵

¹Osservatorio per la Salute, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento; ²Unità di Missione Strategica per la Trasparenza e la Partecipazione della PA di Trento;

³Servizio Politiche Sanitarie, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento; ⁴Servizio Politiche Sociali, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento;

⁵Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento

SUMMARY (*The development of the Trentino Health Plan: a participatory process*) - In December 2015 the government of the Autonomous Province of Trento adopted the Health Plan 2015-2025. The overall goal of this strategic health plan is to lengthen life expectancy with a specific focus on quality of life and well-being, increasing equity and reducing premature and preventable deaths. The plan's conceptual framework is based on two key elements: the definition of health as physical, mental, and social well-being and, second, the need for the awareness that promoting health relies on action taken on individual, economic, social, and environmental determinants with the participation of all sectors of society and government. The plan has been developed following a participatory approach by means of working groups, web platforms, and sharing of experiences through consultations and workshops, engaging all stakeholders and the general public. During two phases, of 2 and 1/2 months each, about 1,200 contributions and proposals have been collected, two thirds of which have been integrated into the plan. The plan changed substantially from its first draft (22 pages, 29 areas of intervention) to the final version (44 pages, 63 areas of intervention). It took 18 months to complete the entire process, from the development of the first draft to the final approval.

Key words: health plan; health-in-all-policies; participatory approach

Pirous.FatehMoghadam@provincia.tn.it

Introduzione

A dicembre 2015 la Provincia Autonoma (PA) di Trento si è dotata di un Piano per la salute di valenza strategica (2015-25), che mette al centro la salute come benessere fisico, mentale e sociale (non solo assenza di malattia) e fa proprio l'approccio *health in all policies* promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La salute riguarda infatti tutte le politiche - ambiente, agricoltura, urbanistica, turismo, cultura, scuola - poiché spesso le decisioni di settore possono concorrere a rafforzare o, al contrario, ridurre la buona salute delle persone. Il Piano si basa sulle strategie di riferimento internazionali (1) e sull'esame del contesto epidemiologico e sociale del Trentino. Individua alcune finalità strategiche, cinque macro-obiettivi e alcuni ambiti di intervento per l'implementazione.

Il documento è il risultato di un processo partecipativo a cui hanno aderito sia gli addetti ai lavori che i cittadini.

In Trentino la popolazione gode di buona salute e ha una lunga aspettativa di vita (2). Il Piano si pone l'obiettivo di migliorare ulteriormente questa situazione, di ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili e di aumentare l'equità e il potere decisionale del singolo e della comunità. Per raggiungere questi obiettivi si propone di investire sulle risorse per la salute, contrastare i principali fattori di rischio e ottimizzare il sistema dei servizi sociosanitari.

Materiali e metodi

Nel 2014 l'Osservatorio per la Salute, del Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, avvia e coordina un gruppo di lavoro che elabora il Piano per la salute. Due i

punti di partenza: la definizione della salute come benessere fisico, mentale e sociale (e non semplice assenza di malattia) e la consapevolezza che per promuovere e rafforzare la salute occorre intervenire su più fattori: di natura individuale, economica, sociale e ambientale.

Due le finalità strategiche: migliorare la salute di tutti (relativamente alle disuguaglianze nella salute) e affinare la governance per la salute (come interagiscono istituzioni e organizzazioni sociali, si relazionano con i cittadini e prendono le decisioni). Cinque i macro-obiettivi, connessi e interdipendenti tra loro.

Macro-obiettivi tematici

- 1 Più anni di vita in buona salute (per aumentare il benessere e ridurre i maggiori problemi di salute seguendo un approccio sull'intero ciclo di vita); ►

- 2 un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute (per rendere più facile la conduzione di una vita salutare e sostenibile agendo sul contesto di vita e lavoro);
- 3 un sistema sociosanitario con la persona al centro (per rendere i servizi alla persona più vicini al cittadino, più efficaci, più sicuri, più sostenibili e più equi).

Macro-obiettivi trasversali

- 4 Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà;
- 5 migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione.

Per arrivare a un documento di Piano completo e condiviso, è stato avviato un processo partecipativo.

Consultazione pubblica (in due fasi) e partecipazione

Il processo partecipativo (Figura 1 - Fasi e attività del processo partecipativo. *È possibile consultare online la Figura 1 nella versione estesa del BEN*) ha previsto due fasi di consultazione online, molte iniziative informative sul territorio, tavoli di lavoro e seminari pubblici per l'avvio e la restituzione dei risultati.

La prima bozza di Piano viene illustrata, a novembre 2014, a un pubblico di addetti ai lavori: referenti del sociale e della sanità, oltre a rappresentanti delle istituzioni locali, delle associazioni e del terzo settore.

A dicembre inizia la consultazione online. Sulla piattaforma web (<https://partecipata.tn.it>) viene messa a disposizione la bozza del Piano per fare valutazioni, commenti e nuove proposte. La consultazione è accompagnata da numerose presentazioni pubbliche per spiegare struttura e contenuti del Piano e modalità per partecipare. A metà febbraio si chiude con circa 340 contributi e 27 documenti inviati al Dipartimento - da oltre 80 tra associazioni, enti e organizzazioni - e pubblicati online.

Tra febbraio e marzo, il materiale viene analizzato da un tavolo tecnico. La seconda bozza del Piano integra molti contributi emersi durante la consultazione (circa due terzi tra proposte/commenti sono stati accolti), secondo criteri di pertinenza e congruenza. Alcune parti del documento vengono riformulate (in particolare il terzo macro-obiettivo) e vengono aggiunti 14 nuovi ambiti di intervento. Particolare attenzione è stata data al linguaggio, comprensibile e non in gergo tecnico-burocratico.

Ad aprile 2015 viene organizzato un seminario di restituzione pubblica dei risultati e prende il via la seconda fase di

consultazione, aperta a tutti i cittadini. Il processo viene accompagnato da iniziative di promozione della partecipazione su tutto il territorio. Vengono coinvolte le Comunità di Valle, con serate informative e tavoli di lavoro. Tutto il processo è supportato da newsletter, link sul sito della PA, materiali informativi (cartoline e segnalibri) veicolati attraverso le biblioteche e i centri servizi. Vengono attivati canali social e un sito web dedicato (<https://io.racconto.partecipa.tn.it>) con l'obiettivo di diffondere l'iniziativa e dare informazioni.

In due mesi e mezzo, la piattaforma di consultazione (IoPartecipo) ha oltre 3.000 visitatori; 230 sono le persone intervenute in modo attivo con 840 contributi. Hanno partecipato persone di tutte le fasce d'età (19-70 anni), in prevalenza con un elevato livello di istruzione, maschi e femmine ripartiti in modo uniforme. Assente la voce dei cittadini stranieri (10% della popolazione). Per colmare questo vuoto, ad agosto 2015 viene organizzato un incontro (World Café), in collaborazione con il CINFORMI (l'agenzia provinciale che affronta tutte le questioni legate ai migranti), cui aderiscono 20 cittadini stranieri che operano come mediatori culturali.

Chiusa la consultazione online, tutti i contributi sono stati poi analizzati e valutati da un gruppo di lavoro multidisciplinare, che ha integrato il documento (circa due terzi tra proposte/commenti sono stati accolti), riformulato alcune parti (in particolare il primo e secondo macro-obiettivo), aggiunto 7 nuovi ambiti di intervento e scartato circa 35 proposte perché non pertinenti.

Risultati

Complessivamente, tra la prima e seconda fase di consultazione, i contributi sono stati oltre 1.200. Mentre la prima versione del Piano conteneva 29 aree di intervento e 22 pagine, la versione definitiva contiene 63 aree di intervento e 44 pagine (Figura 2 - Evoluzione del Piano salute dovuta alla partecipazione. *È possibile consultare online la Figura 2 nella versione estesa del BEN*) (3, 4).

I contributi di carattere operativo, laddove pertinenti con l'impianto generale, sono stati archiviati, per essere ripresi in vista dell'elaborazione dei piani operativi.

Conclusioni

La prima bozza di Piano, messa online a dicembre 2014, è stata sottoposta a consultazione e più volte rivista, scritta, integrata, dandone conto pub-

blicamente. Il processo si è concluso con l'approvazione del Piano nei tempi previsti, consegnando, dopo 18 mesi di lavoro, alla PA di Trento uno strumento strategico importante. Il processo di costruzione del Piano ha fatto emergere la difficoltà di trovare un linguaggio comune - trasversale alle discipline e ai servizi - per declinare la definizione di salute in concreto. Ha messo anche in evidenza come parlare di salute implichi un cambiamento di paradigma non banale e soltanto in parte accettato fino in fondo dagli addetti ai lavori nel campo sociale e nella sanità, come in altri settori che sono chiamati a dare concretezza alla strategia di salute in tutte le politiche. Su questo terreno la sfida è aperta. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori di questo fascicolo dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Health 2020, Sustainable Development Goals (www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals-sdgs).
2. Il profilo di salute della Provincia Autonoma di Trento (www.trentinosalute.net/Contenuti/Notizie/Il-profilo-di-salute-della-provincia-di-Trento).
3. Taking a participatory approach to development and better health. Examples from the Regions for Health Network. (Case studies), WHO; 2015 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/294064/Taking-participatory-approach-development-health-malmo-skane.pdf).
4. Adopting a broader concept of health and well-being in the development of the Trentino health plan (2015–2025): a participatory process, WHO; 2016 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/318141/RHN-Trentino-health-plan-20152025.pdf?ua=1).

Comitato scientifico, ISS

A. Bella, C. Donfrancesco, C. Faralli, A. Filia, L. Galluzzo, C. Giambi, I. Lega, L. Penna, P. Luzi, M. Maggini, S. Mallone, L. Nisticò, L. Palmieri, P. Barbariol, P. Scardetta, S. Spila Alegiani, A. Tavilla, M. Torre

Comitato editoriale, ISS

P. De Castro, C. Faralli, M. Maggini, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp
e-mail: ben@iss.it

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SENTINELLA DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE BASATO SU LABORATORI DI MICROBIOLOGIA CLINICA

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il Sistema è attivo dal 2009, è coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nasce dalla collaborazione tra il COA-ISS e il Gruppo di lavoro Infezioni Sessualmente Trasmesse (GLIST) dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI), e allo stato attuale prevede la collaborazione di 13 laboratori di microbiologia clinica, dislocati sul territorio nazionale (Figura 1) (l'elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei laboratori di microbiologia clinica per le IST, è riportato a p. 20). Gli obiettivi, i metodi e gli strumenti per la raccolta dei dati del sistema sono stati descritti in precedenti fascicoli del *Notiziario* (9-10, 15-17). Sono incluse in questa sorveglianza le seguenti IST: l'infezione da *Chlamydia trachomatis* (Ct), da *Trichomonas vaginalis* (Tv) e da *Neisseria gonorrhoeae* (Ng).

I laboratori di microbiologia clinica segnalano i soggetti che effettuano un test per la ricerca di una o più delle tre infezioni previste e il risultato del test, sia che risulti positivo che negativo all'identificazione del patogeno. Per ogni individuo, i laboratori di microbiologia clinica possono segnalare l'even-

tuale identificazione anche di più di un patogeno e raccolgono alcuni dati socio-demografici, clinici e comportamentali. Ai laboratori di microbiologia clinica pervengono campioni biologici di provenienza diversa, che riflettono un'utenza territoriale molto ampia e meno selezionata rispetto a quella dei centri clinici per IST, che concentrano invece una popolazione sintomatica con comportamenti ad alto rischio. Una sintesi delle caratteristiche di questo Sistema di sorveglianza è riportata in Tabella 1 (p. 21).

LA CASISTICA

La casistica completa per tutti i 13 laboratori di microbiologia clinica è disponibile sino al 31 dicembre 2015. Dal 1° aprile 2009 al 31 dicembre 2015 i laboratori di microbiologia clinica hanno segnalato 125.735 campioni, analizzati per un'indicazione di approfondimento diagnostico per almeno una delle tre infezioni.

L'andamento dei campioni segnalati per anno e per genere è riportato in Figura 8. Sono stati segnalati in media 17.962 campioni all'anno (minimo: 14.712; massimo: 21.367). ▶

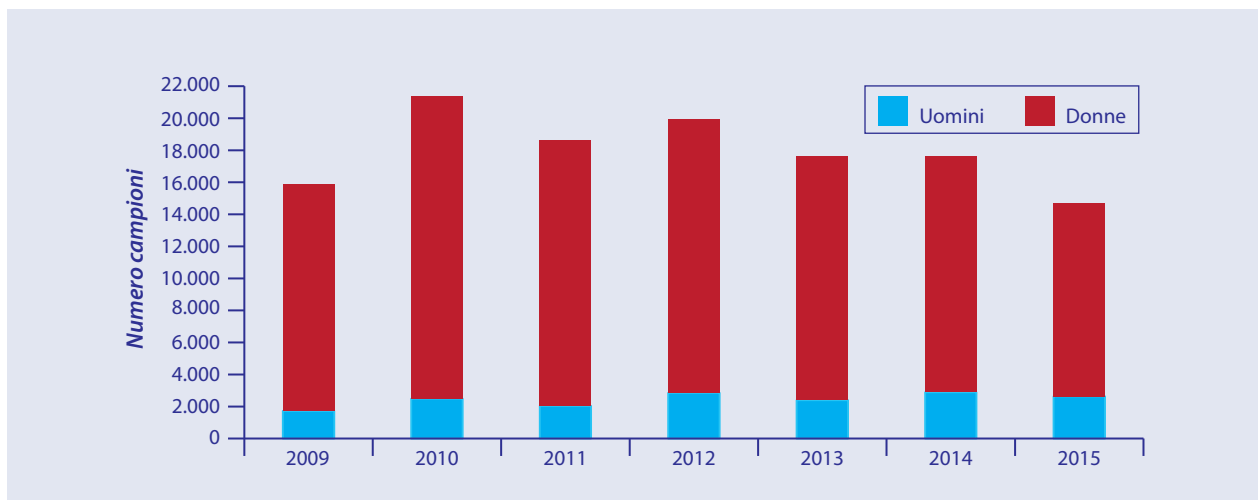


Figura 8 - Andamento dei campioni segnalati dai laboratori per anno e per genere (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

Le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli individui dai quali sono stati raccolti i campioni, sono riportate in Tabella 4* (p. 24). Si è scelto di riportare, oltre ai dati relativi all'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015), anche quelli relativi al 2015, ultimo anno a disposizione, per dare un quadro più recente della situazione.

Intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015)

L'86,4% (n. 108.675) degli individui da cui sono stati prelevati i campioni era costituito da donne e il 13,6% (n. 17.047) da uomini (Tabella 4, p. 24). L'età mediana è stata di 35 anni (IQR 29-40 anni); in particolare, per le donne è stata di 34 anni (IQR 29-40 anni) e per gli uomini di 37 anni (IQR 30-44 anni). Il 14,9% (n. 18.553) degli individui da cui sono stati prelevati i campioni era costituito da stranieri; di questi, il 60,0% proveniva da altri Paesi europei, il 18,3% dall'Africa, il 12,2% dall'America e il 9,5% dall'Asia e dall'Oceania.

La maggior parte dei campioni sono stati richiesti da medici di medicina generale (MMG) e da ginecologi (Tabella 4, p. 24). In particolare, tra le donne la maggior parte dei campioni sono stati richiesti da MMG (40,4%), da ginecologi (29,7%) e da reparti ospedalieri (8,9%); mentre tra gli uomini la maggior parte dei campioni sono stati richiesti da MMG (49,9%), da centri infertilità (17,2%) e da centri IST (10,9%) (dati non mostrati). I laboratori del Nord Italia hanno segnalato il 52,0% dei campioni, quelli del Centro il 33,7% e quelli del Sud il 14,3% (dati non mostrati).

Il 26,8% delle donne era in gravidanza (Tabella 4, p. 24). Il 51,2% (n. 61.672) degli individui presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione, mentre il 48,8% era asintomatico (Tabella 4, p. 24). In particolare, il 48,6% delle donne e il 50,2% degli uomini era asintomatico (dati non mostrati).

Relativamente ai metodi contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi, il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 7,2% degli uomini e delle donne non gravide (Tabella 4, p. 24). Tra le donne non gravide, il 13,5% ha riferito di utilizzare la pillola (dati non mostrati).

Relativamente alle caratteristiche comportamentali, il 94,5% degli uomini e delle donne ha dichiarato di aver avuto più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi. Inoltre, il 93,6% degli uomini e delle donne ha dichiarato di avere un partner stabile da almeno tre mesi (Tabella 4, p. 24). In particolare, il 15,8% degli uomini ha dichiarato di aver avuto più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi, rispetto al 3,9% delle donne, e il 14,1% degli uomini ha dichiarato di non avere un partner stabile da almeno tre mesi rispetto al 5,2% delle donne (dati non mostrati).

Delle 125.735 determinazioni totali, 109.316 (86,9%) sono state quelle mirate alla ricerca di Tv, 94.608 (75,2%) alla ricerca di Ct, e 72.280 (57,5%) alla ricerca di Ng (Tabella 4, p. 24). In particolare, delle 108.675 determinazioni in donne, 98.609 (90,7%) sono state quelle mirate alla ricerca di Tv, 80.107 (73,7%) alla ricerca di Ct e 58.151 (53,5%) alla ricerca di Ng; mentre delle 17.047 determinazioni in uomini, 10.697 (62,8%) sono state quelle mirate alla ricerca di Tv, 14.493 (85,0%) alla ricerca di Ct e 14.123 (82,8%) alla ricerca di Ng (dati non mostrati).

Nelle donne la ricerca di Ct è stata eseguita per l'89,6% dei casi con tampone cervicale e negli uomini per il 53,5% dei casi con tampone uretrale. Nelle donne la ricerca di Tv è stata eseguita per il 79,0% dei casi con tampone vaginale e negli uomini per il 47,8% dei casi con urina primo mitto. Nelle donne la ricerca di Ng è stata eseguita per il 61,5% dei casi con tampone cervicale e negli uomini per il 58,4% dei casi con tampone uretrale (dati non mostrati).

La diagnosi di infezione da Ct è stata eseguita sempre tramite NAAT.

Da luglio 2013 viene raccolta anche la variabile relativa al tipo di test utilizzato per la diagnosi di infezione da Tv e da Ng. Nello specifico, la diagnosi di Tv è stata eseguita tramite esame microscopico, nel 51,0% degli uomini e nel 56,7% delle donne. La diagnosi di Ng è stata eseguita tramite esame colturale, nel 77,3% degli uomini e nell'85,4% delle donne (dati non mostrati).

Anno 2015

La distribuzione delle caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche che si è osservata nel 2015 è riportata in Tabella 4, p. 24.

(*) Le Tabelle 4-7 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica sono riportate da p. 24 a p. 27.

Infezione da *Chlamydia trachomatis*

Nell'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015), la prevalenza dell'infezione da Ct è risultata pari al 3,4% (n. 3.199 casi): in particolare, 7,9% tra gli uomini e 2,6% tra le donne (Tabella 5, p. 25).

Andamento dei testati e della prevalenza

La Figura 9 mostra l'andamento temporale del numero dei soggetti testati per Ct e la prevalenza di Ct per anno. Dall'aprile 2009 al dicembre 2015 si osservano cambiamenti nel numero di soggetti testati per Ct, con valori più elevati nel 2010 e una stabilizzazione con lieve riduzione negli anni successivi. Nel medesimo periodo si osserva un andamento stabile della prevalenza di Ct tra il 2009 e il 2012 e un successivo rialzo dopo il 2012.

Determinanti socio-demografici, clinici e comportamentali

Intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015)

Nell'intero periodo (Tabella 5, p. 25), la prevalenza di Ct è risultata più elevata tra i soggetti di età 15-24 anni, rispetto ai soggetti con più di 24 anni (8,6% *vs* 2,6%; 2,6% dato non mostrato in Tabella 5, p. 25). In particolare, la prevalenza di Ct diminuisce al crescere dell'età, dall'8,6% tra i soggetti di 15-24 anni, al 3,6% tra i soggetti di 25-34 anni, all'1,9% tra i soggetti di età superiore ai 34 anni (Figura 10) (Tabella 5, p. 25). Questo decremento della prevalenza di Ct per classe di età si osserva sia tra le donne che tra gli uomini (Figura 10).

Inoltre, nell'intero periodo, la prevalenza di Ct è risultata più elevata (Tabella 5, p. 25): tra gli individui provenienti dai centri IST rispetto a tutti ►

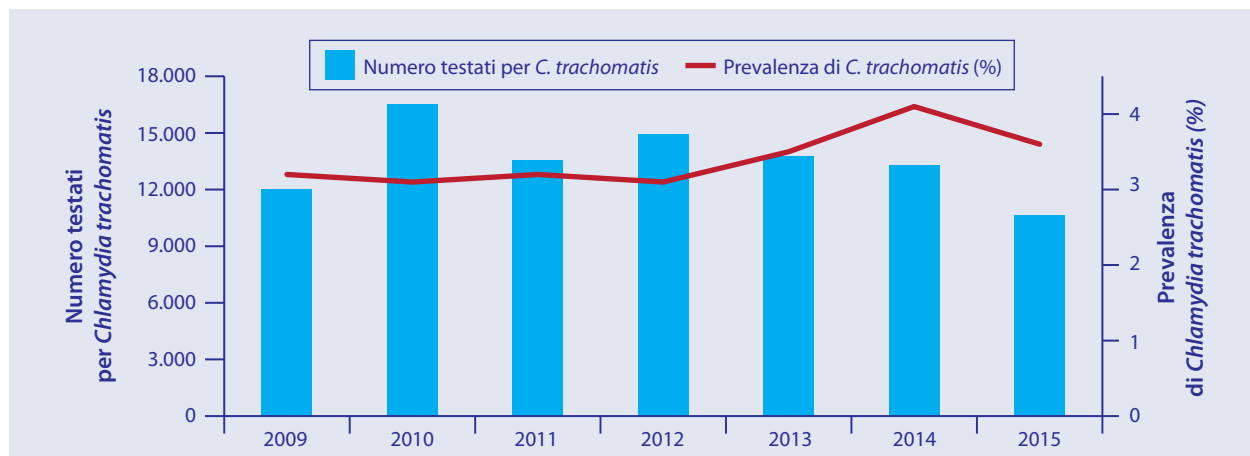


Figura 9 - Andamento del numero dei soggetti testati per *Chlamydia trachomatis* e della prevalenza di *Chlamydia trachomatis* per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

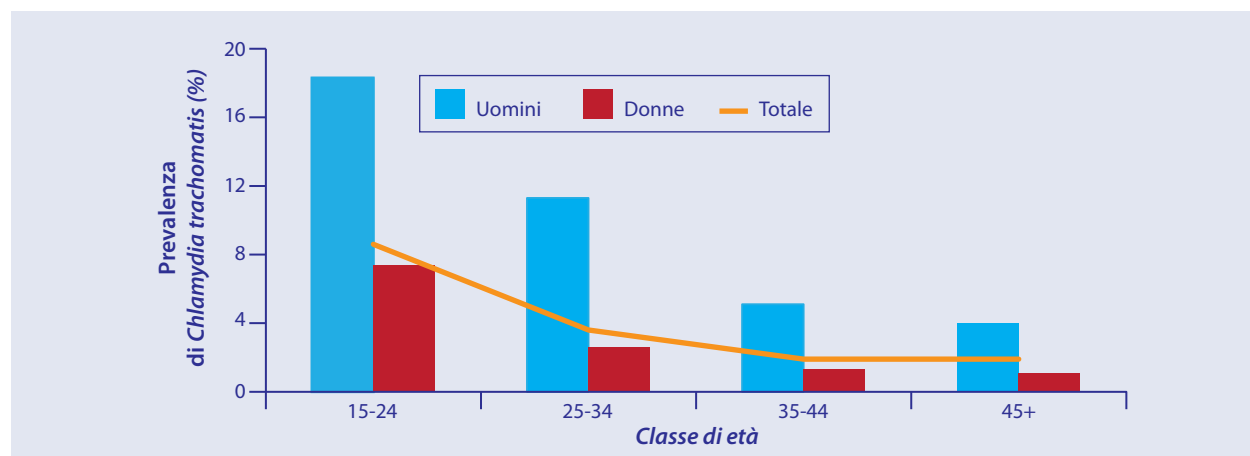


Figura 10 - Prevalenza di *Chlamydia trachomatis* per classe di età e per genere: 80.107 donne e 14.493 uomini testati per *Chlamydia trachomatis* (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

gli altri individui (12,0% *vs* 2,9%; 2,9% dato non mostrato in Tabella 5, p. 25); tra i soggetti testati nei laboratori del Nord Italia rispetto ai soggetti testati nei laboratori del Centro-Sud Italia (4,8% *vs* 1,9%; dati non mostrati in Tabella 5, p. 25); tra le donne non gravide rispetto alle gravide (2,8% *vs* 1,3%); tra i soggetti con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto agli asintomatici (4,6% *vs* 2,2%); tra gli uomini e le donne che hanno riferito di utilizzare metodi non barriera rispetto agli uomini e alle donne che hanno dichiarato l'uso costante del condom (6,1% *vs* 3,1%); tra i soggetti che hanno riferito di aver avuto più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi rispetto a quelli che ne hanno riferito nessuno o uno (13,8% *vs* 2,3%); tra i soggetti che hanno riferito di essere senza partner stabile da almeno tre mesi rispetto a quelli che hanno riferito di avere un partner stabile da almeno tre mesi (10,6% *vs* 2,5%).

In particolare, nell'intero periodo, le donne straniere hanno mostrato una prevalenza di Ct maggiore rispetto alle italiane, nel sottogruppo delle molto giovani (15-19 anni) (straniere 13,1% *vs* italiane 7,2%) e delle gravide (straniere 2,6% *vs* italiane 1,0%) (dati non mostrati). Tra gli uomini, nell'intero periodo, la prevalenza di Ct è risultata più alta: tra gli uomini con più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi rispetto a quelli con nessuno o uno (17,7% *vs* 4,9%); tra gli uomini senza partner stabile da almeno tre mesi rispetto a quelli con partner stabile da almeno tre mesi (16,3% *vs* 5,5%) (dati non mostrati).

Nell'intero periodo, dei 3.199 soggetti positivi alla Ct, più di un terzo (33,9%) non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione; in particolare, la quota di asintomatici è risultata maggiore tra le donne rispetto agli uomini (36,9% *vs* 28,6%) e tra le donne gravide rispetto alle non gravide (54,7% *vs* 34,6%) (dati non mostrati).

Anno 2015

Nel 2015, la prevalenza di Ct è risultata pari al 3,6% (n. 381 casi): in particolare, 6,3% tra gli uomini e 2,8% tra le donne. Le prevalenze di Ct nei diversi sottogruppi di soggetti sono riportate in Tabella 5 (p. 25).

Nel 2015, dei 381 soggetti positivi alla Ct, circa un terzo (29,4%) non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione; in particolare, la quota di asintomatici è risultata maggiore tra le donne rispetto agli uomini (35,9% *vs* 28,5%) e tra le donne gravide rispetto alle non gravide (46,4% *vs* 34,8%) (dati non mostrati).

Infezione da *Trichomonas vaginalis*

Nell'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015), la prevalenza dell'infezione da Tv è risultata pari allo 0,8% (n. 848 casi): in particolare, 0,1% tra gli uomini e 0,8% tra le donne (Tabella 6, p. 26).

Andamento dei testati e della prevalenza

La Figura 11 mostra l'andamento temporale del numero dei soggetti testati per Tv e la prevalenza di Tv per anno. Dall'aprile 2009 al dicembre 2015

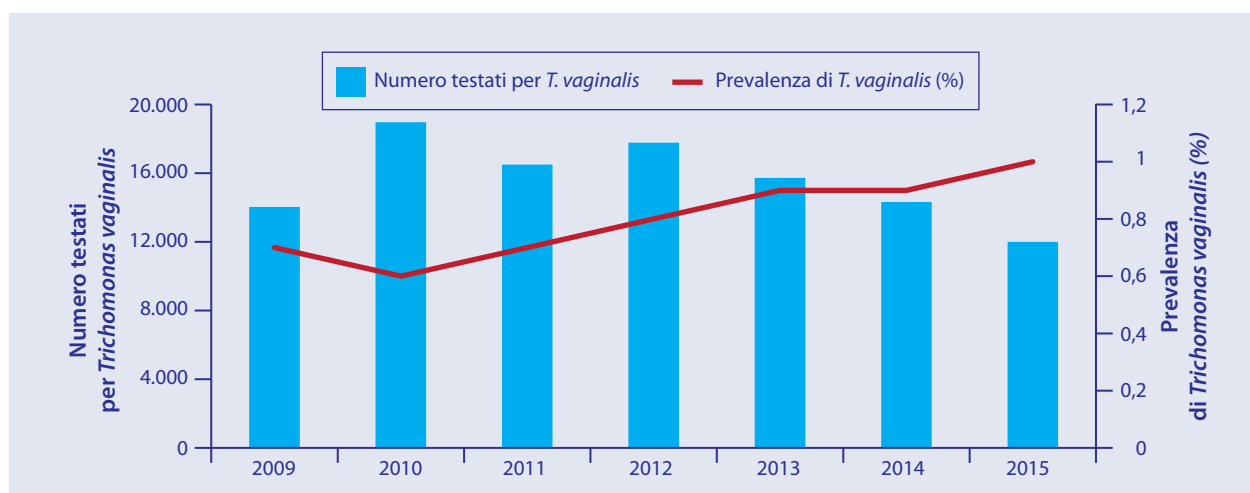


Figura 11 - Andamento del numero dei soggetti testati per *Trichomonas vaginalis* e della prevalenza di *Trichomonas vaginalis* per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

si osservano cambiamenti nel numero dei soggetti testati per Tv, con valori più elevati nel 2010 e una stabilizzazione e riduzione negli anni successivi. Nel medesimo periodo, la prevalenza di Tv ha mostrato un incremento progressivo dal 2010 al 2015.

Determinanti socio-demografici, clinici e comportamentali

Intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015)

Nell'intero periodo, la prevalenza di Tv è risultata più alta (Tabella 6, p. 26): tra i soggetti di età superiore a 44 anni rispetto a quelli di età inferiore ai 44 anni (1,5% *vs* 0,6%; 0,6% dato non mostrato in Tabella 6, p. 26); tra gli stranieri rispetto agli italiani (1,5% *vs* 0,6%); tra le donne non gravide rispetto alle gravide (0,9% *vs* 0,5%); tra i soggetti con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto agli asintomatici (1,1% *vs* 0,4%); tra i soggetti che hanno riferito di essere senza partner stabile da almeno tre mesi rispetto a quelli che hanno riferito di avere un partner stabile da almeno tre mesi (1,2% *vs* 0,6%).

In particolare, nell'intero periodo, tra le donne, la prevalenza di Tv è risultata più alta: tra quelle di età superiore a 44 anni rispetto alle più giovani (1,8% *vs* 0,7%); tra le straniere rispetto alle italiane (1,6% *vs* 0,7%); tra quelle con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto alle asintomatiche (1,2% *vs* 0,4%); tra quelle senza partner



stabile da almeno 3 mesi rispetto a quelle con partner stabile da almeno tre mesi (1,4% *vs* 0,7%) (dati non mostrati).

Nell'intero periodo, degli 848 soggetti positivi al Tv, circa un quarto (24,4%) non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione; in particolare, la quota di asintomatici è risultata maggiore: tra le donne straniere rispetto alle italiane (56,5% *vs* 16,7%); tra le donne gravide rispetto alle non gravide (35,7% *vs* 23,2%) (dati non mostrati).

Anno 2015

Nel 2015, la prevalenza di Tv è risultata pari all'1,0% (n. 114 casi): in particolare, 0,2% tra gli uomini e 1,1% tra le donne. Le prevalenze di Tv nei diversi sottogruppi di soggetti sono riportate in Tabella 6, p. 26. Nel 2015, dei 114 soggetti positivi al Tv, il 25,9% non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione (dati non mostrati).

Infezione da *Neisseria gonorrhoeae*

Nell'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015), la prevalenza dell'infezione da Ng è risultata pari allo 0,5% (n. 371 casi): in particolare, 2,1% tra gli uomini e 0,1% tra le donne (Tabella 7, p. 27).

Andamento dei testati e della prevalenza

La Figura 12 mostra l'andamento temporale del numero dei soggetti testati per Ng e la prevalenza di Ng per anno. Dal 2010 al 2011 si osserva una riduzione dei soggetti testati per Ng, e un aumento con stabilizzazione negli anni successivi. La prevalenza ►



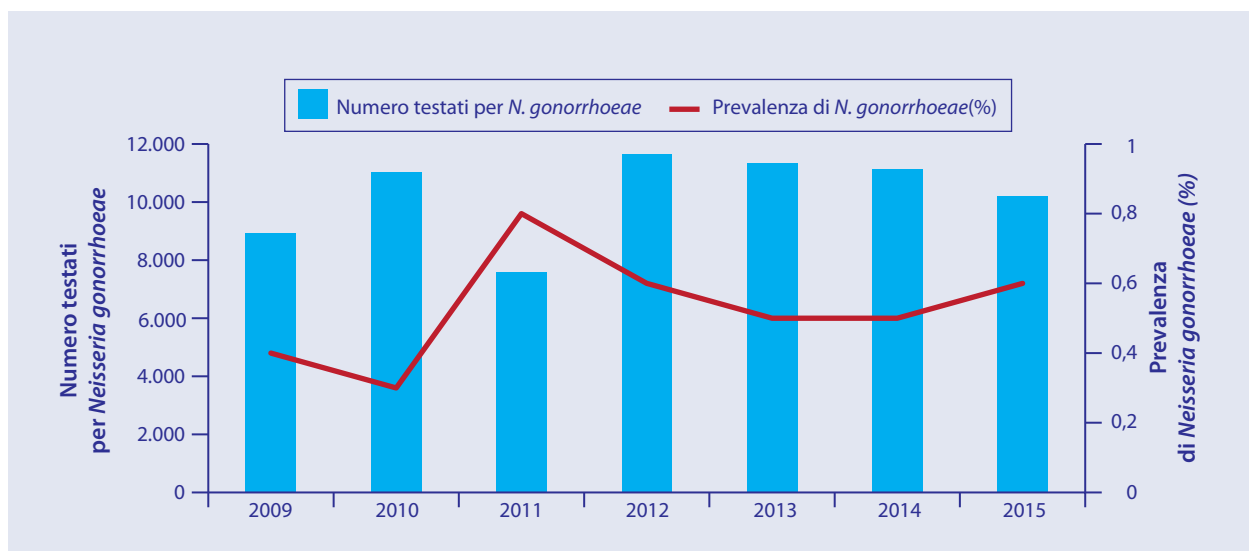


Figura 12 - Andamento del numero dei soggetti testati per *Neisseria gonorrhoeae* e della prevalenza di *Neisseria gonorrhoeae* per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

di Ng ha mostrato un aumento tra il 2010 e il 2011 e una successiva riduzione e stabilizzazione fino al 2014. Vi è stato un lieve aumento della prevalenza nel 2015.

Determinanti socio-demografici, clinici e comportamentali

Intero periodo (aprile 2009-dicembre 2015)

Nell'intero periodo, la prevalenza di Ng è risultata più alta (Tabella 7, p. 27): tra i soggetti provenienti dai centri IST rispetto agli altri (4,3% *vs* 0,4%; 0,4% dato non mostrato in Tabella 7, p. 27); tra i soggetti testati nei laboratori del Nord Italia rispetto ai soggetti testati nei laboratori del Centro-Sud Italia (0,7% *vs* 0,3%; 0,3% dato non mostrato in Tabella 7, p. 27); tra i soggetti con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto agli asintomatici (0,9% *vs* 0,1%); tra i soggetti che hanno riferito di aver avuto più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi rispetto a quelli che ne hanno riferito nessuno o uno (2,8% *vs* 0,2%); tra i soggetti che hanno riferito di essere senza partner stabile da almeno tre mesi rispetto a quelli che hanno riferito di avere un partner stabile da almeno tre mesi (2,4% *vs* 0,3%). In particolare, nell'intero periodo, tra le donne, la prevalenza di Ng è risultata più alta: tra quelle provenienti dai centri IST rispetto alle altre (0,7% *vs* 0,1%); tra quelle con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto a quelle asintomatiche (0,2% *vs* 0,1%); tra

le donne con più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi rispetto a quelle con nessuno o uno (0,4% *vs* 0,1%) (dati non mostrati).

Tra gli uomini, nell'intero periodo, la prevalenza di Ng è risultata più alta: tra quelli provenienti dai centri IST rispetto agli altri (6,2% *vs* 1,6%); tra gli uomini testati nei laboratori del Nord Italia rispetto a quelli testati nei laboratori del Centro-Sud Italia (3,9% *vs* 1,1%); tra quelli con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto agli asintomatici (3,8% *vs* 0,4%); tra gli uomini con più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi rispetto a quelli con nessuno o uno (5,3% *vs* 0,9%); tra gli uomini senza partner stabile da almeno tre mesi rispetto a quelli con partner stabile da almeno tre mesi (5,1% *vs* 1,0%) (dati non mostrati). Nell'intero periodo, dei 371 soggetti positivi alla Ng, l'11,5% non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione (dati non mostrati).

Anno 2015

Nel 2015, la prevalenza di Ng è risultata pari allo 0,6% (n. 58): in particolare, 2,5% tra gli uomini e 0,1% tra le donne. Le prevalenze di Ng nei diversi sottogruppi di soggetti sono riportate in Tabella 7, p. 27. Nel 2015, dei 58 soggetti positivi alla Ng, il 12,3% non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione (dati non mostrati).

SINTESI FINALE

La provenienza dei campioni biologici è varia e questo riflette un'utenza territoriale molto ampia e meno selezionata dei laboratori di microbiologia clinica rispetto a quella dei centri clinici per le IST, che concentrano invece una popolazione sintomatica con comportamenti a maggiore rischio.

Si è osservato un incremento delle richieste di test da parte dei centri infertilità dal 2012 in poi con un corrispondente aumento della prevalenza di Ct.

Circa il 12,0% del campione è rappresentato da giovani (15-24 anni), percentuale simile a quella osservata nella popolazione italiana (circa il 10,0%) (18). Gli stranieri rappresentano il 14,9% della popolazione e la maggior parte di questi provengono da altri Paesi europei o dall'Africa, riflettendo la distribuzione degli stranieri in Italia (11). L'infezione più diffusa è stata quella da Ct, seguita dall'infezione da Tv e dall'infezione da Ng. La prevalenza dell'infezione da Ct più alta tra gli uomini rispetto alle donne potrebbe essere attribuita a una maggiore probabilità di sottoporsi al test per le donne, mentre gli uomini tendono a testarsi solo quando manifestano sintomi e/o quando vengono invitati a testarsi perché partner di donne infette. Infine, tra gli uomini una percentuale elevata di campioni biologici sono stati richiesti da centri IST, le cui popolazioni sono generalmente più a rischio di IST.

L'elevata prevalenza di Ct tra i soggetti pluripartner e tra i giovani (15-24 anni), suggerisce che questi gruppi dovrebbero essere prioritariamente testati per Ct, possibilmente con un'offerta gratuita del test, al fine di ridurre la diffusione di questa infezione. I dati evidenziano anche che la prevalenza di Ct è maggiore nelle donne non gravide rispetto alle gravide, ma sot-



tolineano che quest'ultime dovrebbero essere testate per Ct, sia perché più spesso asintomatiche, sia per evitare complicanze neonatali.

I dati evidenziano una maggiore diffusione di Tv tra le donne, soprattutto al di sopra dei 44 anni e straniere, rispetto agli uomini.

Infine, i dati mostrano che l'infezione da Ng è più diffusa tra gli uomini e tra i soggetti con due o più partner sessuali negli ultimi sei mesi. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Progress report of the implementation of the global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015*. Geneva: WHO; 2015.
2. www.salute.gov.it/malattiefettive/paginaInternaMenuMalattiefettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi
3. World Health Organization. *Management of patients with sexually transmitted diseases* (Technical Report Series; 810). Geneva: WHO; 1991.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. *Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008-2013*. Stockholm: ECDC.

5. European Centre for Disease Prevention and Control. *Long-term surveillance strategy 2014-2020*. Stockholm: ECDC; 2013.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Sexually transmitted infections in Europe 2013*. Stockholm: ECDC (Surveillance Report, 2015).
7. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. *Not Ist Super Sanità* 2012;25(2):3-10.
8. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: i dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia. *Not Ist Super Sanità* 2014;27(4):3-39.
9. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2013. *Not Ist Super Sanità* 2015;28(2):3-43.
10. Salfa MC, Ferri M, Suligoi B, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2014. *Not Ist Super Sanità* 2016;29(2):3-39.
11. ISTAT. Popolazione straniera residente al 31 dicembre 2015 (www.demo.istat.it).
12. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004;80(4):255-63.
13. Camoni L, Raimondo M, Urcioli R, et al. Persone che vivono con l'HIV in Italia: dati del secondo censimento *Not Ist Super Sanità* 2015;30(1):3-7.
14. Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 191, 18 agosto 2011.
15. Giuliani M, Salfa MC, Latino MA, et al. Una rete di laboratori pubblici per studiare le infezioni sessualmente trasmesse per via sessuale. *Not Ist Super Sanità* 2009;22(10):3-7.
16. Salfa MC, Regine V, Giuliani M, et al. La Sorveglianza delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basata su una Rete di Laboratori: 16 mesi di attività. *Not Ist Super Sanità* 2010;23(10):11-5.
17. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basata su una Rete di Laboratori: 27 mesi di attività. *Not Ist Super Sanità* 2011;24(10):15-9.
18. ISTAT. Popolazione residente al 1° gennaio 2016 (www.demo.istat.it).

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM 2015

I dati sulle due sorveglianze delle IST sono disponibili online all'indirizzo www.iss.it/ccoa

UNITÀ OPERATIVA

RICERCA PSICO-SOCIO-COMPORTAMENTALE, COMUNICAZIONE, FORMAZIONE

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità



Per qualsiasi dubbio sull'**infezione da HIV** e sulle **infezioni sessualmente trasmesse** è possibile rivolgersi agli esperti del **Telefono Verde AIDS** e **IST 800 861 061** servizio nazionale anonimo e gratuito, attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13.00 alle 18.00. È presente anche un consulente in materia legale.



www.uniticontrolaids.it



@UniticontrolAIDS



uniticontrolaids



uniticontrolaids

Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le Infezioni Sessualmente Trasmesse

Piemonte

Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse
I Clinica Dermatologica S. Lazzaro
Ospedale delle Molinette
Via Cherasco, 23
10123 Torino
Referente: **Sergio DELMONTE**
Collaboratore: **Elena Stroppiana**

Liguria

Centro MST-SC Dermatologia
Ospedale Galliera di Genova
Via Mura delle Cappuccine, 14
16128 Genova
Referente: **Luigi PRIANO**

Lombardia

Centro MTS Unità Operativa - Dermatologia
Fondazione Ca' Granda IRCCS Policlinico
Università di Milano
Via Pace, 9
20122 Milano
Referente: **Marco CUSINI**
Collaboratore: **Stefano Ramoni**

Centro MTS
Azienda Spedali Civili di Brescia
Piazza Spedali Civili, 1
25125 Brescia
Referente: **Alberto MATTEELLI**
Collaboratore: **Giorgia Sulis**

UO Medicina Transculturale
e Malattie a trasmissione sessuale
ASL Brescia
Viale Piave, 40
25123 Brescia
Referente: **Issa EL HAMAD**
Collaboratore: **Carla Scolari**

Trentino-Alto Adige

Centro Dermatologia Sociale - MTS
Ospedale Regionale S. Chiara
Via Gocciadoro, 82
38100 Trento
Referente: **Franco URBANI**
Collaboratore: **Laura Rizzoli**

Friuli-Venezia Giulia

Centro MST
Presidio Preventivo Epidemiologico Provinciale AIDS
Via Vittorio Veneto, 181
34170 Gorizia
Referente: **Gianmichele MOISE**
Collaboratore: **Marina Drabeni**

Emilia-Romagna

Centro MTS - Clinica Dermatologica
Ospedale S. Orsola
Via Massarenti, 1
40138 Bologna
Referente: **Antonietta D'ANTUONO**
Collaboratore: **Valeria Gaspari**

Toscana

Centro MTS - Clinica Dermatologica
Università di Firenze
Piazza Indipendenza, 11
50121 Firenze
Referente: **Laura TIRADRITTI**
Collaboratore: **Luigi Pisano**

Lazio

Centro MST/HIV
Istituto Dermatologico San Gallicano
Via Fermo Ognibene, 23
00144 Roma
Referente: **Antonio CRISTAUDO**
Collaboratore: **Alessandra Latini**

Puglia

Clinica Dermatologica Universitaria
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari
Piazza Giulio Cesare, 11
70124 Bari
Referente: **Mauro GRANDOLFO**

Sardegna

Centro MST - Clinica Dermatologica
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica
PO S. Giovanni di Dio
Via Ospedale, 46
09124 Cagliari
Referente: **Franco RONGIOLETTI**
Collaboratore: **Roberta Satta**

Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei laboratori di microbiologia clinica per le Infezioni Sessualmente Trasmesse

Piemonte

SC Ostetricia e Ginecologia Settore 2U - PO S. Anna
Città della Salute e della Scienza di Torino
Corso Spezia, 60
10100 Torino
Referente: **Giulia MASUELLI**
Collaboratore: **Maria Agnese Latino**
Laboratorio Analisi Microbiologia - Ospedale Civile di Ivrea
Piazza Credenza, 2
10015 Ivrea (TO)
Referente: **Ivana RAPETTI**
Collaboratore: **Eleonora Stacchini**

Lombardia

UO Microbiologia
Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese
Via Giovanni Paolo II
20025 Legnano (MI)
Referente: **Pierangelo CLERICI**
Collaboratore: **Monica Barzani**

Trentino-Alto Adige

Laboratorio di Microbiologia e Virologia
Azienda Provinciale Servizi Sanitari Trento
L.go Medaglie d'Oro, 9
38122 Trento
Referente: **Rosanna PREDAZZER**

Friuli-Venezia Giulia

SOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli"
Via Montereale, 24
33170 Pordenone
Referente: **Maria Luisa MODOLO**
Collaboratore: **Rita De Rosa**
Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute
Università degli Studi di Trieste
IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo
Via dell'Istria, 65/1
34100 Trieste
Referente: **Manola COMAR**
Collaboratore: **Francesco De Seta**

Umbria

Sezione di Microbiologia -
Dipartimento di Medicina Sperimentale
Ospedale Santa Maria della Misericordia
Piazza Menghini, 1, San Sisto
06132 Perugia
Referente: **Silvia BOZZA**
Collaboratore: **Cristina Tiecco**

Marche

Unità Operativa Patologia Clinica
Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
PO S. Croce
Via Vittorio Veneto, 2
61032 FANO (PU)
Referente: **Barbara PIERETTI**
Collaboratore: **Marco Moretti**

Lazio

UOC Microbiologia e Virologia
Ospedale Sandro Pertini
Via dei Monti Tiburtini, 385
00157 Roma
Referente: **Maria Carmela CAVA**
Collaboratore: **Silvia Calcaterra**

Calabria

UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedaliera di Cosenza
Via Zara
87100 Cosenza
Referente: **Cristina GIRALDI**
Collaboratore: **Daniela Perugini**
UO Microbiologia e Virologia
Presidio Ospedaliero
di Lamezia Terme
Via A. Perugini, 1
88046 Lamezia Terme (CZ)
Referente: **Rosa Anna LEONE**
Collaboratore: **Pasquale Minchella**

Puglia

Sezione Virologia
e Biologia Molecolare
Laboratorio "Dr. Pignatelli" srl
Via Martiri d'Otranto, 2
73100 Lecce
Referente: **Luigi TAGLIAFERRO**
Collaboratore: **Paola Menegazzi**
UOS Biologia Molecolare
Laboratorio Patologia Clinica
PO Galatina
ASL Lecce
Via Padre Pio, 5
73013 Galatina (LE)
Referente: **Anna Rita BRUNO**

Tabella 1 - Caratteristiche dei due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST, uno basato su centri clinici e l'altro basato su laboratori di microbiologia clinica

Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici	Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica
Attivazione 1° gennaio 1991	Attivazione 1° aprile 2009
Centro di coordinamento Centro Operativo AIDS (COA)	Centro di coordinamento Centro Operativo AIDS (COA)
Centri periferici 12 centri clinici per le IST	Centri periferici 13 laboratori di microbiologia clinica
Soggetti segnalati Ogni persona con una diagnosi clinica di IST + conferma di laboratorio (vengono segnalati soggetti con un primo episodio di IST)	Soggetti segnalati Ogni persona sottoposta a test di laboratorio per <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Trichomonas vaginalis</i>
Informazioni raccolte Socio-demografiche, comportamentali e cliniche di ogni singola persona, risultato test HIV	Informazioni raccolte Socio-demografiche, comportamentali e cliniche, risultato test di laboratorio
Raccolta e invio dai centri clinici per le IST al COA Tramite un sistema di segnalazione online via web	Raccolta e invio dai laboratori di microbiologia clinica al COA Tramite un sistema di segnalazione online via web
Popolazione in studio Persone con sintomi di IST	Popolazione in studio Persone con e senza sintomi di IST che fanno dei controlli per diversi motivi (ad esempio, cheek up, segni o sintomi genitali, gravidanza, nuovo partner, nuovo metodo contraccettivo ecc.)
Punto di vista Specialistico	Punto di vista Popolazione afferente a servizi ospedalieri

Tabelle 2-3 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici
Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei soggetti con IST per anno: 1991-2015 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015)

Anni	Caratteristiche							
	Uomini	Donne	Italiani	Stranieri	IST virale	IST batterica	IST parassitaria	IST protozoaria
1991	3.229	1.253	3.916	500	1.981	2.340	111	50
1992	3.119	1.599	4.071	598	1.948	2.583	122	65
1993	2.659	1.343	3.503	495	1.710	2.141	124	27
1994	2.581	1.492	3.517	554	1.724	2.188	121	40
1995	2.649	1.243	3.382	509	1.779	1.899	191	23
1996	2.514	1.204	3.227	489	1.840	1.622	234	22
1997	2.330	1.262	2.993	596	1.654	1.798	115	25
1998	2.552	1.406	3.234	724	1.817	2.009	113	19
1999	2.489	1.254	2.905	835	1.701	1.905	122	15
2000	2.620	1.262	2.821	828	1.791	1.942	123	26
2001	2.801	1.231	3.059	951	1.927	1.957	131	17
2002	2.829	1.185	2.985	1.028	1.826	1.977	186	25
2003	2.795	1.150	2.419	914	1.808	1.916	208	13
2004	2.816	1.049	2.308	889	1.820	1.961	73	11
2005	3.556	1.259	2.776	1.115	2.519	2.233	50	13
2006	3.273	1.197	2.573	885	2.610	1.803	46	11
2007	3.613	1.348	2.834	1.097	2.939	1.966	42	14
2008	3.926	1.481	3.418	1.032	3.532	1.837	25	13
2009	3.867	1.392	4.314	906	3.458	1.772	23	6
2010	3.441	1.272	3.796	904	3.057	1.619	30	7
2011	3.968	1.512	4.452	1.007	3.757	1.674	38	11
2012	4.246	1.510	4.673	1.066	3.894	1.829	26	7
2013	4.652	1.600	5.283	967	4.296	1.917	36	3
2014	4.396	1.692	5.076	980	4.267	1.775	32	14
2015	4.422	1.668	5.101	955	4.153	1.895	29	13

Tabella 3 - Distribuzione totale dei casi per tipo di IST diagnosticata (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2015)

IST diagnosticate	1991-2015	
	n.	%
Virali		
Condilomi ano-genitali	47.553	41,3
Herpes genitale	8.586	7,5
Mollusco contagioso	7.669	6,7
Batteriche		
Cervicovaginite NG-NC*	9.087	7,9
Uretrite NG-NC*	7.733	6,7
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	6.893	6,0
Sifilide latente	9.968	8,7
Reinfezione sifilitica	371	0,3
Cervicite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	378	0,3
Uretrite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	6.794	5,9
Cervicite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	2.053	1,8
Uretrite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	5.083	4,4
Linfogranuloma venereo	132	0,1
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	20	0,0
Ulcera venerea	42	0,0
Granuloma inguinale	4	0,0
Protozoarie		
Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	490	0,4
Parassitarie		
Pediculosi del pube	2.351	2,0

(*) NG-NC: non gonococciche non-clamidiali

Tabelle 4-7 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica

Tabella 4 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli individui dai quali sono stati raccolti i campioni, per genere: intero periodo e 2015 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

Caratteristiche	Aprile 2009-Dicembre 2015		2015	
	Totale (n. 125.735) n.	% ^a	Totale (n. 14.712) n.	% ^a
Genere				
Uomini	17.047	13,6	2.635	17,9
Donne	108.675	86,4	12.077	82,1
Dato non disponibile	13	-	0	-
Classi di età (in anni)				
15-24	15.575	12,3	1.746	11,9
25-34	46.473	37,0	5.203	35,4
35-44	45.700	36,4	5.259	35,7
45 e più	17.935	14,3	2.504	17,0
Dato non disponibile	52	-	0	-
Nazionalità				
Italiani	106.019	85,1	12.323	85,8
Stranieri	18.553	14,9	2.040	14,2
Europa ^b	11.135	60,0	1.172	57,4
Africa ^b	3.400	18,3	348	17,1
America ^b	2.257	12,2	297	14,6
Asia e Oceania ^b	1.761	9,5	223	10,9
Dato non disponibile	1.163	-	349	-
Provenienza dei campioni segnalati				
Medici di medicina generale	52.086	41,7	5.079	34,8
Ginecologi	32.285	25,8	4.223	28,9
Reparto ospedaliero	10.115	8,1	700	4,8
Accesso diretto	6.998	5,6	493	3,4
Centri infertilità	9.260	7,4	1.727	11,8
Consultori	6.930	5,5	978	6,7
Centri IST	3.919	3,1	626	4,3
Urologi	1.457	1,2	247	1,7
Dermatologi	113	0,1	21	0,1
Altro	1.812	1,4	519	3,6
Dato non disponibile	760	-	99	-
Gravidanza in atto				
Sì	28.309	26,8	2.297	19,9
No	77.314	73,2	9.250	80,1
Dato non disponibile	3.052	-	530	-
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo				
Sì	61.672	51,2	7.688	55,4
No	58.849	48,8	6.194	44,6
Dato non disponibile	5.214	-	830	-
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c				
Nessuno	58.047	70,3	7.091	71,5
Condom sempre	5.935	7,2	586	5,9
Metodi non barriera ^d	18.629	22,5	2.245	22,6
Dato non disponibile	11.750	-	1.963	-
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi				
0-1	100.751	94,5	10.144	93,3
≥ 2	5.916	5,5	730	6,7
Dato non disponibile	19.068	-	3.838	-
Avere un partner stabile da almeno tre mesi				
Sì	99.815	93,6	10.000	90,9
No	6.831	6,4	878	8,1
Dato non disponibile	19.089	-	3.834	-
Soggetti testati per patogeno^e				
<i>Trichomonas vaginalis</i>	109.316	86,9	11.997	81,5
<i>Chlamydia trachomatis</i>	94.608	75,2	10.648	72,4
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	72.280	57,5	10.272	69,8

(a) Percentuali basate su campioni per i quali le informazioni sono disponibili; (b) percentuali calcolate sul totale degli stranieri; (c) vengono considerate solo donne non gravide; (d) pillola, IUD, diaframma, spermicida, altro; (e) per ogni patogeno le percentuali sono basate sul totale dei casi

Tabella 5 - Prevalenza di *Chlamydia trachomatis* in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2015 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

	Aprile 2009-Dicembre 2015		2015	
	n. testati	Prevalenza (%)	n. testati	Prevalenza (%)
Totale testati	94.608	3,4	381	3,6
Genere				
Uomini	14.493	7,9	2.223	6,3
Donne	80.107	2,6	8.425	2,8
Dato non disponibile	7	-	-	-
Classi di età (in anni)				
15-24	12.104	8,6	1.278	9,0
25-34	35.040	3,6	3.716	4,4
35-44	35.542	1,9	3.980	1,9
45 e più	11.880	1,9	1.674	1,7
Dato non disponibile	39	-	0	-
Nazionalità				
Italiani	78.750	3,3	8.763	3,5
Stranieri	14.908	3,6	1.568	4,1
Europa ^a	8.973	3,7	34	3,8
Africa ^a	2.744	3,1	11	4,3
America ^a	1.796	4,0	12	5,1
Asia e Oceania ^a	1.395	3,4	7	4,0
Dato non disponibile	950	-	11	-
Provenienza dei campioni segnalati				
Medici di medicina generale	34.590	3,5	3.170	3,7
Ginecologi	25.156	2,2	2.755	2,4
Reparto ospedaliero	7.952	2,8	475	5,3
Accesso diretto	5.102	3,6	430	8,4
Centri infertilità	8.970	1,2	1.618	1,2
Consultori	5.453	3,2	807	1,5
Centri IST	3.714	12,0	592	9,5
Urologi	1.280	4,1	212	5,7
Dermatologi	86	2,3	16	0,0
Altro	1.675	12,3	494	6,1
Dato non disponibile	630	-	79	-
Gravidanza in atto^b				
Sì	18.929	1,3	1.316	2,2
No	58.907	2,8	6.626	2,7
Dato non disponibile	2.271	-	483	-
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo				
Sì	43.705	4,6	5.054	4,5
No	47.260	2,2	4.849	2,3
Dato non disponibile	3.625	-	740	-
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c				
Nessuno	46.278	2,9	5.597	2,6
Condom sempre	4.642	3,1	451	3,1
Metodi non barriera ^d	14.543	6,1	1.749	5,8
Dato non disponibile	7.745	-	1.051	-
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi				
0-1	77.883	2,3	7.709	2,5
≥ 2	5.239	13,8	667	12,0
Dato non disponibile	11.486	-	2.272	-
Avere un partner stabile da almeno tre mesi				
Sì	77.424	2,5	7.661	2,7
No	5.604	10,6	731	8,8
Dato non disponibile	11.580	-	2.256	-

(a) Percentuali calcolate sul totale degli stranieri; (b) dato riferito alle sole donne; (c) vengono considerate solo donne non gravide; (d) pillola, IUD, diaframma, spermicida, altro

Tabella 6 - Prevalenza di *Trichomonas vaginalis* in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2015 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

	Aprile 2009-Dicembre 2015		2015	
	n. testati	Prevalenza (%)	n. testati	Prevalenza (%)
Totale testati	109.316	0,8	11.997	1,0
Genere				
Uomini	10.697	0,1	1.554	0,2
Donne	98.609	0,8	10.443	1,1
Dato non disponibile	10	-	0	-
Classi di età (in anni)				
15-24	13.102	0,6	1.469	0,8
25-34	41.498	0,6	4.328	0,6
35-44	39.133	0,7	4.056	0,9
45 e più	15.538	1,5	2.144	1,7
Dato non disponibile	42	-	0	-
Nazionalità				
Italiani	92.054	0,6	10.253	0,8
Stranieri	16.547	1,5	1.625	1,5
Europa ^a	9.840	1,7	898	1,7
Africa ^a	3.073	0,9	309	1,3
America ^a	2.080	1,7	249	2,0
Asia e Oceania ^a	1.545	1,4	169	0,6
Dato non disponibile	715	-	119	1,7
Provenienza dei campioni segnalati				
Medici di medicina generale	48.661	0,8	4.773	0,8
Ginecologi	30.572	0,6	4.158	0,7
Reparto ospedaliero	9.635	0,8	501	1,8
Accesso diretto	6.361	0,5	469	0,9
Centri infertilità	4.810	0,2	680	0,6
Consultori	5.701	1,9	866	2,8
Centri IST	1.167	0,9	119	0,8
Urologi	1.006	0,1	216	0,0
Dermatologi	90	1,1	19	0,0
Altro	636	0,8	109	0,9
Dato non disponibile	677	-	87	-
Gravidanza in atto^b				
Sì	27.391	0,5	2.206	0,7
No	69.592	0,9	8.150	1,2
Dato non disponibile	1.626	-	87	-
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo				
Sì	55.073	1,1	7.107	1,2
No	50.961	0,4	4.730	0,6
Dato non disponibile	3.262	-	154	-
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c				
Nessuno	49.191	0,9	5.695	1,1
Condom sempre	5.020	0,4	528	0,8
Metodi non barriera ^d	15.663	0,7	1.765	1,1
Dato non disponibile	10.223	-	1.715	-
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi				
0-1	88.671	0,7	8.332	1,0
≥ 2	4.062	0,9	505	0,8
Dato non disponibile	16.583	-	3.160	-
Avere un partner stabile da almeno tre mesi				
Sì	87.609	0,6	8.176	1,0
No	5.089	1,2	669	0,7
Dato non disponibile	16.618	-	3.152	-

(a) Percentuali calcolate sul totale degli stranieri; (b) dato riferito alle sole donne; (c) vengono considerate solo donne non gravide; (d) pillola, IUD, diaframma, spermicida, altro

Tabella 7 - Prevalenza di *Neisseria gonorrhoea* in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2015 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2015)

	Aprile 2009-Dicembre 2015		2015	
	n. testati	Prevalenza (%)	n. testati	Prevalenza (%)
Totale testati	72.280	0,5	10.272	0,6
Genere				
Uomini	14.123	2,1	1.827	2,5
Donne	58.151	0,1	8.445	0,1
Dato non disponibile	6	-	0	-
Classi di età (in anni)				
15-24	9.305	0,7	1.322	0,9
25-34	26.892	0,5	3.681	0,5
35-44	25.741	0,4	3.411	0,4
45 e più	10.324	0,7	1.858	0,7
Dato non disponibile	15	-	0	-
Nazionalità				
Italiani	61.059	0,5	8.821	0,5
Stranieri	10.794	0,5	1.320	0,7
Europa ^a	6.513	0,4	756	0,4
Africa ^a	1.994	0,6	259	1,2
America ^a	1.316	0,5	202	1,0
Asia e Oceania ^a	971	0,4	103	1,0
Dato non disponibile	427	-	131	2,3
Provenienza dei campioni segnalati				
Medici di medicina generale	35.904	0,5	4.240	0,4
Ginecologi	13.834	0,1	3.127	0,2
Reparto ospedaliero	7.659	0,4	516	0,8
Accesso diretto	2.468	0,9	413	1,0
Centri infertilità	4.423	0,0	638	0,0
Consultori	3.636	0,2	576	0,5
Centri IST	2.115	4,3	374	4,0
Urologi	1.109	1,2	204	2,9
Dermatologi	58	0,0	17	0,0
Altro	754	1,7	102	2,0
Dato non disponibile	320	-	65	-
Gravidanza in atto^b				
Sì	13.964	0,1	1.294	0,2
No	43.209	0,1	7.032	0,1
Dato non disponibile	978	-	119	-
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo				
Sì	35.942	0,9	5.973	0,8
No	34.383	0,1	4.099	0,2
Dato non disponibile	1.944	-	195	-
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c				
Nessuno	34.499	0,5	4.930	0,5
Condom sempre	3.141	0,5	448	0,9
Metodi non barriera ^d	10.916	0,8	1.840	1,0
Dato non disponibile	2.576	-	1.636	-
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi				
0-1	55.747	0,2	6.678	0,3
≥ 2	4.186	2,8	596	3,9
Dato non disponibile	12.347	-	2.998	-
Avere un partner stabile da almeno tre mesi				
Sì	55.328	0,3	6.610	0,3
No	4.200	2,4	676	2,7
Dato non disponibile	12.752	-	2.986	-

(a) Percentuali calcolate sul totale degli stranieri; (b) dato riferito alle sole donne; (c) vengono considerate solo donne non gravide; (d) pillola, IUD, diaframma, spermicida, altro



Nei prossimi numeri:

La legionellosi in Italia nel 2016
Formazione in sicurezza alimentare e veterinaria

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Tel. +39-0649901 Fax +39-0649387118

a cura del Settore Attività Editoriali