

Diffusione delle malattie sessualmente trasmesse

Barbara SULIGOI

Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Riassunto. - Il panorama internazionale sulle malattie sessualmente trasmesse (MST) rivela che negli USA dal 1995 l'infezione da *Chlamydia trachomatis* risulta la patologia infettiva più notificata seguita a breve distanza dalla gonorrea e dall'AIDS. In Inghilterra la gonorrea è al secondo posto, e in Africa le MST rappresentano ancora una proporzione rilevante di tutte le diagnosi mediche negli adulti. In Italia il panorama MST delineato dalle notifiche ISTAT, limitatamente a sifilide e gonorrea, sembra invece porre tali patologie in secondo piano, anche se recenti indagini mostrano la non attendibilità di questi dati. Nel 1991 è stato avviato un sistema di sorveglianza sentinella delle MST basato sull'attività di 47 centri MST pubblici che ha già consentito di raccogliere dati completi sugli andamenti delle MST nel nostro paese.

Parole chiave: malattie sessualmente trasmesse, HIV-1, sorveglianza sentinella.

Summary (*The diffusion of sexually transmitted diseases in Italy*). - The World Health Organization has stressed the importance of preventing and controlling sexually transmitted diseases (STD) at the global level, also in light of the high costs represented by sequelae and complications for both children and adults. In industrialised countries, STD represent the most commonly notified infectious disease. Moreover, in non-industrialised, especially in Africa, STD represent the major reason for which adults seek health care. In Italy, data based on statutory notifications suggest that the incidence of gonorrhoea and syphilis has decreased in the past 20 years, though annual rates are underestimated. This report presents the data collected by the Italian System for the Surveillance of STD.

Key words: sexually transmitted diseases, HIV-1, sentinel surveillance.

Introduzione

Nel 1989 la World Health Organization (WHO) ha espresso in un documento formale l'importanza sanitaria delle malattie sessualmente trasmesse (MST) a livello mondiale, non solo per le gravi complicanze e sequele che esse comportano, in modo particolare in donne e bambini, ma anche per la loro associazione con l'infezione da HIV quali possibili fattori di rischio nella trasmissione del virus [1]. In tale documento la WHO identifica quali obiettivi futuri l'approfondimento della conoscenza sulle MST al fine di comprendere meglio le interazioni biologiche tra MST ed HIV, nonché la programmazione di interventi di controllo e prevenzione per le MST in tutte le nazioni del mondo. Secondo stime recenti la WHO stima che ogni anno si verifichino 333 milioni di nuovi casi di MST curabili in tutto il mondo (cioè di gonorrea, infezioni da clamidia, sifilide, ulcera venerea) [2].

Negli ultimi decenni sono stati identificati oltre 20 agenti eziologici trasmessi per via sessuale, in massima parte grazie alla disponibilità di tecniche di laboratorio avanzate. Sulla scorta di queste recenti acquisizioni, sono state definite come "classiche" le malattie veneree tradizionali quali sifilide e gonorrea, mentre una lunga lista di patologie nuove (quali condilomatosi, herpes genitale, infezioni da clamidia, ecc.) sono state

accomunate dal termine "MST di seconda generazione", e sono proprio queste ultime che hanno contribuito a modificare in modo radicale il panorama delle MST apparentemente assopito e sconfitto dalle terapie antibiotiche.

Analizzando i dati internazionali, si rileva ad esempio che negli USA nel 1997 l'infezione da clamidia è stata di gran lunga la malattia più notificata nell'ambito delle malattie con denuncia obbligatoria, seguita dalla gonorrea [3]. In Inghilterra le MST vengono notificate per legge ad un sistema di sorveglianza specifico ed indipendente da quello delle altre malattie infettive: secondo i dati del 1999 sono stati segnalati oltre 61 000 casi di condilomi genitali, 51 000 casi di infezione da clamidia, quasi 16 000 nuovi casi di herpes genitale e più di 15 000 di gonorrea [4]. In Africa le MST costituiscono una quota rilevante (tra il 2,5% e il 5%) di tutte le diagnosi che vengono effettuate in adulti, e, con variazioni relative alle diversità epidemiologiche tra vari paesi, sono incluse tra i primi tre problemi di salute pubblica della fascia 15-34 anni [5].

Questa premessa permette di inquadrare le MST in una prospettiva più ampia rispetto a quella puramente nazionale che, in base ai dati ISTAT, sembra porre tali patologie nettamente in secondo piano: dai dati ISTAT del 1995 la sifilide risulta al 17° posto e la gonorrea al 18° posto tra le malattie infettive sottoposte a denuncia [6].

Tali notifiche sembrano sottostimare di circa il 50% le frequenze di sifilide e gonorrea rispetto ai dati riportati da 87 centri dermatologici del nostro paese [7]. L'incidenza di gonorrea, secondo dati del 1988, è dello 0,4 per 100 000 abitanti, 131 volte più bassa che in Spagna e 153 volte più bassa che in Norvegia [8]. Appare evidente da tutte queste considerazioni che i dati ufficiali italiani sulle MST sono poco attendibili, sottostimati e inadatti a comprendere la vera dimensione del problema in Italia.

Per colmare questa carenza informativa, dal 1991 è attivo un sistema di sorveglianza delle MST che prevede la segnalazione di tutti i casi incidenti di malattie veneree diagnosticati da parte di una rete sentinella composta da centri pubblici per la diagnosi e cura delle MST.

Obiettivi

Compito principale di questo sistema di sorveglianza non è quello di registrare l'intero numero di casi diagnosticati, bensì di fungere da osservatorio privilegiato (sistema sentinella) per consentire una descrizione realistica e globale del fenomeno MST attraverso:

- a) l'identificazione di variazioni negli andamenti delle singole patologie;
- b) l'identificazione dei fattori di rischio associati alle varie patologie;
- c) l'osservazione di andamenti e diffusione relativamente a:
 - specifiche aree geografiche;
 - specifici parametri temporali (stagioni);
 - specifiche aree socio-culturali di popolazione.

I risultati del sistema prevedono, come obiettivi secondari:

- 1) la messa a punto di programmi mirati di controllo e prevenzione delle MST, compresa l'elaborazione di linee-guida per la diagnosi e cura delle MST;
- 2) il miglioramento degli interventi clinici e di trattamento;
- 3) la prevenzione delle patologie neonatali e perinatali connesse con le MST;
- 4) il controllo e la prevenzione delle complicanze e sequele a livello dell'apparato riproduttivo;
- 5) lo studio e il controllo della cancerogenesi associata alle MST;
- 6) il monitoraggio e la prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV;
- 7) la programmazione di interventi di supporto e l'allocazione mirata delle risorse economiche.

Metodi

Il sistema di sorveglianza si avvale della collaborazione di una rete composta da 48 centri pubblici per la diagnosi e cura delle MST ubicati in 19 regioni

italiane. Come precedentemente detto, tale rete è composta da centri "sentinella", e pertanto i dati riportati alla sorveglianza non sono rappresentativi di tutti i pazienti MST italiani, ma possono essere considerati dei buoni indicatori di variazioni geografiche e temporali delle patologie incluse nel sistema di sorveglianza, a condizione che le caratteristiche della popolazione afferente a tali centri rimanga stabile nel tempo. Al fine di garantire tale stabilità, viene effettuata periodicamente una analisi delle variabili che riguardano la composizione della popolazione in studio (sesso, fasce di età, proporzione di afferenti per centro e per area geografica, tipo di diagnosi, ecc.), in modo da tenere in debita considerazione eventuali variazioni che potrebbero influire sui risultati complessivi.

Per ogni paziente affetto da una MST in atto vengono registrati, su una scheda sintetica, dati demografici, comportamentali, la diagnosi di MST, il metodo di diagnosi, ed il risultato del test anti-HIV quando effettuato. Per ogni malattia sono state elaborate definizioni di caso basate su criteri clinici e di laboratorio. Tutti i dati vengono inviati al centro coordinatore (situato presso l'Istituto Superiore di Sanità), dove viene curata l'archiviazione elettronica, l'elaborazione e l'analisi statistico-epidemiologica.

Risultati

Dal gennaio 1991 al dicembre 1996 sono pervenute al centro di coordinamento nazionale del sistema, presso l'Istituto Superiore di Sanità, 44 438 segnalazioni di caso di malattia sessualmente trasmessa [9].

L'età media dei pazienti è di $33,6 \pm 11,4$ anni (mediana 31 anni, moda 25 anni) e questi per il 63,0% sono maschi. Oltre la metà dei casi ha frequentato la sola scuola dell'obbligo, il 36,0% ha completato le scuole medie superiori, e il 7,0% l'università. Il 10,0% dei casi sono stati diagnosticati in pazienti non-italiani; prevalentemente in africani e sud-americani. La quasi totalità della casistica ha riferito di avere rapporti sessuali con l'altro sesso (92,2%), il 57,5% riferisce di non aver mai utilizzato il preservativo negli ultimi sei mesi, e oltre il 46,0% di avere avuto rapporti sessuali con un numero di partner sessuali variabile tra 2 e 5. Un quarto dei casi riferisce inoltre di essere stato già curato nel passato per almeno un'altra MST.

La MST più diffusa in Italia secondo i dati del sistema di sorveglianza sentinella è la condilomatosi genitale (24,9%), seguita dalle vaginiti non-specifiche (18,0%) e dalle uretriti maschili non-specifiche (12,3%) (le vaginiti ed uretriti non-specifiche comprendono patologie ove venga isolato microbiologicamente un agente sessualmente trasmissibile diverso da *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis*; i microorganismi più frequentemente isolati

sono stati *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum*).

Le MST classiche come la sifilide sintomatica e l'uretrite gonococcica sono rappresentate per numero di notifiche al 9° e al 7° posto rispettivamente, mentre il linfogranuloma venereo, l'ulcera venerea e il granuloma inguinale rappresentano patologie pressoché scomparse nella popolazione italiana anche considerando che i 92 casi segnalati riguardano perlopiù soggetti stranieri provenienti da aree endemiche.

Gli andamenti per anno di diagnosi delle diverse MST non mostrano significativi incrementi o decrementi del numero dei casi nel tempo.

Dei 44 438 casi di MST, 28 907 (65,1%) sono stati sottoposti al test HIV e 2,476 di questi (8,5%) sono risultati positivi alla ricerca degli anticorpi. La maggioranza dei soggetti con infezione da HIV sapeva di esserlo al momento della diagnosi della MST. Escludendo i soggetti già sieropositivi le prevalenze HIV per i diversi gruppi di esposizione risultano del 16,0%, dell'11,1%, del 6,4% e dello 0,9% per gli omosessuali-tossicodipendenti, per gli omosessuali, per i tossicodipendenti (TD) e per gli eterosessuali non TD, rispettivamente.

L'incidenza HIV complessiva è stata di 1,9 x 100 anni persona (a/p). Gli omosessuali hanno mostrato un'incidenza HIV del 7,0 x 100 a/p, i tossicodipendenti del 2,0 x 100 a/p e gli eterosessuali non-TD dello 0,4 x 100 a/p [10].

Conclusioni

I dati forniti dal sistema di sorveglianza, hanno offerto, per la prima volta in Italia, informazioni sulle caratteristiche delle malattie trasmesse per via sessuale [9], consentendo una raccolta di dati omogenei (fatto rilevante per quanto concerne, ad esempio, la definizione di caso delle singole patologie) ed evitando la frammentazione delle informazioni provenienti da studi sporadici o numericamente insufficienti.

Una migliore conoscenza del fenomeno MST in Italia rappresenta un obiettivo fondamentale da raggiungere al fine di poter valutare non soltanto le sue dimensioni epidemiologiche, ma anche i relativi costi sanitari (impegno di risorse sanitarie, impegno di costi diagnostici e terapeutici) nonché i costi clinici e sociali connessi con le sequele e le complicanze (patologie neonatali, sterilità, sequele legate alla cancerogenesi).

Sulla base di questi risultati sono stati già effettuati programmi mirati di prevenzione (campagne di screening su gruppi a rischio, *contact tracing*, educazione specifica

in ambito scolastico, programmi di informazione pre-gestazionale) e sono stati elaborati protocolli diagnostici e terapeutici specifici di supporto per il personale specialistico [11, 12].

Lavoro presentato su invito.

Accettato il 23 agosto 2000.

BIBLIOGRAFIA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1989. *Consensus statement from consultation on sexually transmitted diseases as a risk factor for HIV transmission*. WHO, Geneva. (WHO/GPA/INF/89.1).
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION/GPA. 1995. *Global prevalence and incidences of selected curable sexually transmitted diseases: overview ad estimates*. WHO, Geneva. (WHO/GPA/STI 95-1). p. 1-26.
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. 1990. Summary of notifiable diseases, United States - 1990. *MMWR* 39: 53-54.
4. PUBLIC HEALTH LABORATORY SERVICE. Data on STIs in England (1995 to 1999). In: <http://www.phls.co.uk/facts/STI/DataOnSTIsInEng9599.htm>.
5. PIOT, P. & HOLMES, K.K. 1989. Sexually transmitted diseases. In: *Tropical and geographical medicine* K.S. Warren & A.A.F. Mahmoud (Eds). 2nd ed. McGraw Hill, New York. p. 894-910.
6. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA. 1999. *Annuario ISTAT delle malattie infettive*. ISTAT, Roma.
7. GRECO, D., GIULIANI, M. & SULIGOI, B. 1990. Sexually transmitted diseases in Italy: clinical returns versus statutory notifications. *Genitourin. Med.* 66: 383-386.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1989. *Surveillance and monitoring of sexually transmitted diseases*. WHO, Geneva. (ICP/VDT 011/4).
9. GIULIANI, M. & SULIGOI, B. 1998. Presenza e diffusione delle malattie sessualmente trasmesse in Italia. *L'Ospedale Maggiore* 3: 185-190.
10. SULIGOI, B., GIULIANI, M., GALAI, N., BALDUCCI, M. & THE STD SURVEILLANCE WORKING GROUP. 1999. HIV incidence among repeat HIV testers with sexually transmitted diseases in Italy. *AIDS* 13: 845-850.
11. SEZIONE ITALIANA DI RICERCA IN VENEREOLOGIA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA. 1997. Protocolli di diagnosi e terapia delle malattie a trasmissione sessuale di competenza dermatovenerologica. *G. Ital. Dermatol. Venereol.* 132: 1-28.
12. MAGLIANO, E., POZZOLI R., SULIGOI, B., CALÌ, A., CLERICI, P., PANUCCIO, A., TERRAMOCCI, R., GASPONI, A., RASSU, M., CECCHINI, G. & GUASCHINO, S. 2000. Linea-guida per le indagini diagnostiche microbiologiche nello studio delle infezioni uretro-cervico-vaginali. *Patologia Genitale Infettiva e Neoplastica* 2: 3-14.