

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 2014**

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



Inserto BEN
Bollettino Epidemiologico Nazionale

**Promuovere scelte salutari in età evolutiva: obiettivo spuntino.
Regione Piemonte 2008-14**

**La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili
e la promozione della salute nel governo clinico
della ASL 3 genovese**

www.iss.it

SOMMARIO

Gli articoli

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2014	3
Dati in breve	3
Il Sistema di sorveglianza sentinella delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basato su centri clinici	5
Il Sistema di sorveglianza	5
La casistica	5
Sintesi finale	22
Il Sistema di sorveglianza sentinella delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basato su laboratori di microbiologia clinica	23
Il Sistema di sorveglianza	23
La casistica	23
Sintesi finale	28

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	32
---	----

Tabelle 2-5 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei soggetti con IST, per genere: intero periodo e 2014	33
Tabella 3 - Distribuzione totale e per genere dei casi per tipo di IST diagnosticata: intero periodo e 2014	34
Tabella 4 - Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di soggetti con IST: intero periodo e 2014	34
Tabella 5 - Prevalenza di HIV, totale e per genere, per IST diagnosticata: intero periodo e 2014	35

Tabelle 6-9 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica

Tabella 6 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli individui dai quali sono stati raccolti i campioni, per genere: intero periodo e 2014	36
Tabella 7 - Prevalenza di <i>Chlamydia trachomatis</i> in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2014	37
Tabella 8 - Prevalenza di <i>Trichomonas vaginalis</i> in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2014	38
Tabella 9 - Prevalenza di <i>Neisseria gonorrhoeae</i> in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2014	39

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserito BEN)

Promuovere scelte salutari in età evolutiva: obiettivo spuntino. Regione Piemonte 2008-14	i
La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e la promozione della salute nel governo clinico della ASL 3 genovese	iii

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.

È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

Dipartimenti

- Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
- Biologia Cellulare e Neuroscienze
- Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
- Farmaco
- Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
- Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Tecnologie e Salute

Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Malattie Rare
- Organismo Notificato per i Dispositivi Medici e la Valutazione dei Cosmetici
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sostanze Chimiche
- Sangue
- Trapianti

Servizi tecnico-scientifici

- Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
- Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità:
Gualtiero Ricciardi

Direttore responsabile: Paola De Castro

Comitato scientifico: Barbara Caccia, Paola De Castro, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Luigi Palmieri, Patrizia Popoli, Anna Maria Rossi, Emanuela Testai, Vito Vetruogno, 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, Guendalina Sellitri

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 2015

Numero chiuso in redazione il 29 febbraio 2016



Stampato in proprio

LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE: AGGIORNAMENTO DEI DATI DEI DUE SISTEMI DI SORVEGLIANZA SENTINELLA ATTIVI IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2014



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, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

²Settore Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, 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 nata nel 1991 (segnala tutte le persone con una diagnosi confermata di IST) e una basata su laboratori di microbiologia clinica nata nel 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 2011 e il 2014, il numero delle persone con una IST confermata
- Raddoppia, dal 1991 al 2014, il numero di stranieri e di maschi che fanno sesso con maschi (MSM) con una IST confermata
- Aumentano da diversi anni, in modo costante le segnalazioni di condilomi ano-genitali
- 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
- Aumentano, dopo il 2011, i casi di sifilide I-II negli MSM
- Elevata frequenza di sifilide latente tra le donne straniere
- Aumenta, tra il 2008 e il 2014, la percentuale di HIV positivi tra le persone con una IST confermata, principalmente tra gli MSM
- Nel 2014, 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 componenti della Rete Sentinella dei Centri Clinici e dei Laboratori di microbiologia clinica per le Infezioni Sessualmente Trasmesse è riportata a p. 30-31.

- 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 per sifilide tra gli MSM e tra le donne straniere
- Incrementare nella popolazione generale la consapevolezza del ruolo delle IST nella trasmissione/acquisizione dell'infezione da HIV
- Aumentare il test HIV e promuovere l'utilizzo del condom tra gli MSM
- 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 relative 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 ci sono 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, come tutte le sorveglianze 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'accertata 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: 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 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 2014.

Di seguito vengono riportati i principali risultati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST attivi in Italia, aggiornati al 31 dicembre 2014. ■

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. 30-31). Gli obiettivi, i metodi e gli strumenti per la raccolta dei dati sono stati descritti in precedenti fascicoli del *Notiziario* (7-9).

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 - MSM, giovani).

Una sintesi delle caratteristiche di questo Sistema di sorveglianza è riportata in Tabella 1 (p. 32).

LA CASISTICA

La casistica completa per tutti i 12 centri clinici è disponibile sino al 31 dicembre 2014. Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2014, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 109.117 nuovi casi di IST. Il

numero dei casi di IST è rimasto stabile fino al 2004, con una media di 3.994 casi di IST segnalati per anno; successivamente, dal 2005 al 2014, le segnalazioni (5.320 casi medi per anno) hanno subito un incremento pari al 33,2% rispetto al periodo 1991-2004 (Figura 2).

Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

Le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei soggetti con IST, distinte per genere, nell'intero periodo (1991-2014) e nel 2014, sono riportate in Tabella 2* (p. 33).

Si è scelto di riportare, oltre ai dati relativi all'intero periodo (1991-2014), anche quelli relativi al 2014, ultimo anno a disposizione, per dare un quadro recente della situazione. ▶

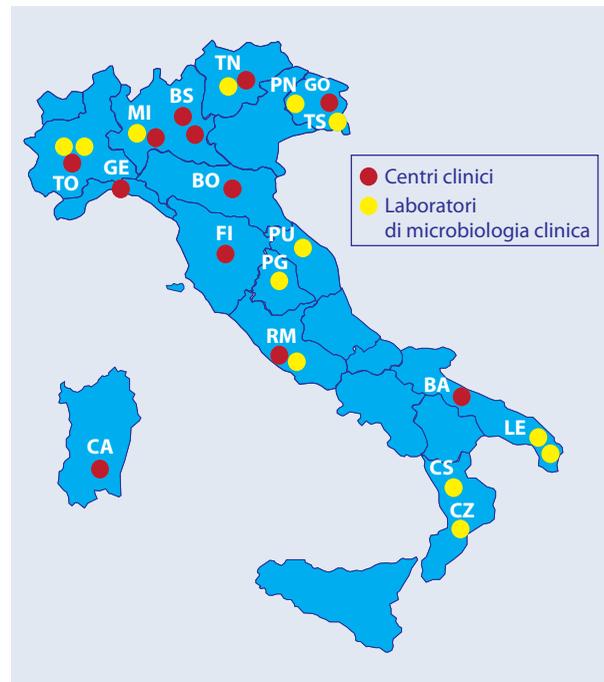


Figura 1 - Distribuzione geografica dei 12 centri clinici e dei 13 laboratori di microbiologia clinica partecipanti ai due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST

(*) Le Tabelle 2-5 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici sono riportate da p. 33 a p. 35.

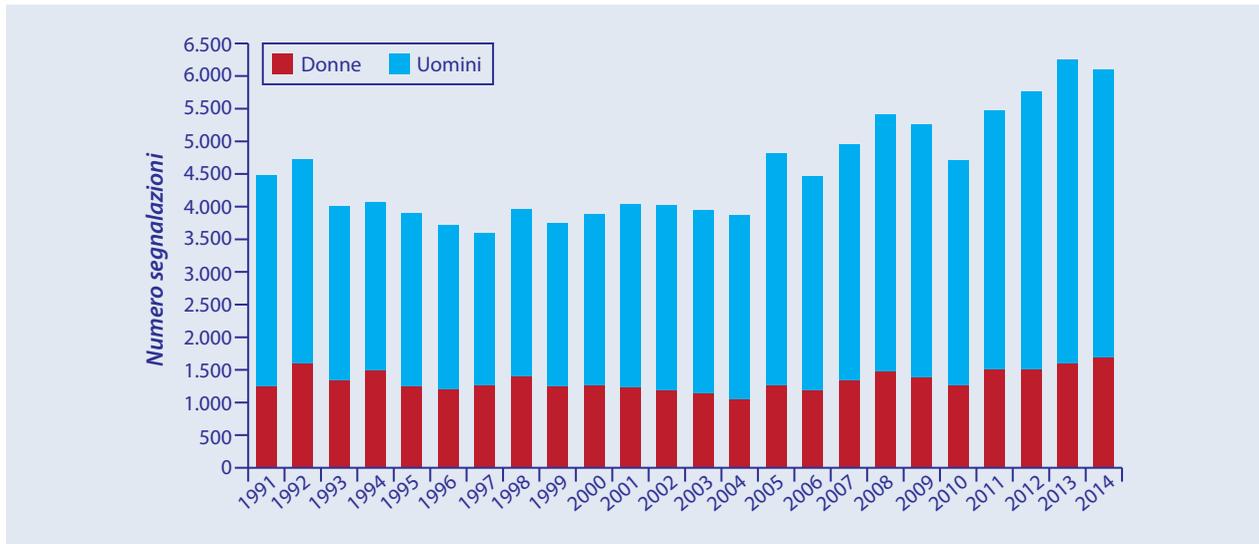


Figura 2 - Andamento delle segnalazioni di IST per genere (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

Intero periodo (1991-2014)

Nell'intero periodo, il 70,5% (n. 76.921) dei casi di IST è stato diagnosticato in uomini e il 29,5% (n. 32.196) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 32 anni (range interquartile - IQR, 26-40 anni); in particolare 33 anni (IQR 27-41 anni) per gli uomini e 30 anni (IQR 24-38 anni) per le donne.

Il 19,2% (n. 19.869) dei soggetti con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 40,8% e 29,1%). La quota di donne straniere con IST era maggiore rispetto a quella degli uomini stranieri (22,7% *vs* 17,7%) e la maggior parte di queste proveniva da altri Paesi europei e dall'America (rispettivamente, 52,3% e 18,4%); mentre la maggior parte degli uomini stranieri con IST proveniva dall'Africa e da altri Paesi europei (rispettivamente, 35,4% e 34,6%) (Tabella 2, p. 33).

Il 42,9% dei soggetti con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 43,9% di possedere un diploma di scuola media superiore, l'11,0% di essere in possesso di una laurea e solo il 2,2% ha riferito di non avere nessuna istruzione (Tabella 2, p. 33). Una distribuzione simile si è osservata sia tra le donne che tra gli uomini (Tabella 2, p. 33).

La metà dei soggetti con IST (50,7%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 42,5% da due a cinque partner e il 6,8% sei o più. In particolare, tra

le donne con IST una quota più elevata presentava 0-1 partner nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST rispetto agli uomini (Tabella 2, p. 33).

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 45,3% degli uomini e il 48,0% delle donne con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo. L'utilizzo (sempre e saltuario) del condom è aumentato passando dal 33,0% nel 1991 al 55,1% nel 2014 (dato non mostrato). Tra le donne, il 19,2% ha riferito di utilizzare la pillola (Tabella 2, p. 33).

L'utilizzo di sostanze stupefacenti per via iniettiva nella vita è stato riferito dal 3,3% dei soggetti con IST; una percentuale simile è stata osservata sia tra le donne che tra gli uomini. Oltre un quinto dei soggetti con IST (22,3%) ha riferito di avere avuto una IST in passato, in particolare la quota di uomini che ha riferito di avere avuto una IST in passato era maggiore rispetto alla quota di donne (24,4% *vs* 17,3%) (Tabella 2, p. 33).

L'83,7% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 16,3% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 76,7% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 23,3% in MSM (Tabella 2, p. 33). Il 54,7% dei soggetti aveva una diagnosi di IST virale, il 42,8% di IST batterica, il 2,1% di IST parassitaria, e lo 0,4% di IST protozoaria. Il 56,8% degli uomini aveva una diagnosi di IST virale, il 40,7% di IST batterica, il 2,5% di IST parassitaria, mentre non c'è stata

nessuna diagnosi di IST protozoaria. Il 49,6% delle donne aveva una diagnosi di IST virale, il 47,6% di IST batterica, l'1,5% di IST protozoaria e l'1,3% di IST parassitaria (Tabella 2, p. 33).

Anno 2014

La distribuzione delle caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche che si è osservata nel 2014 è riportata in Tabella 2, p. 33.

Andamento delle caratteristiche socio-demografiche e comportamentali

L'andamento delle caratteristiche demografiche nell'intero periodo (1991-2014) ha mostrato un incremento del 22,0% dei casi annui di IST nelle donne nel periodo 2011-2014 rispetto al periodo 1991-2010 e un incremento del 62,0% dei casi annui di IST negli uomini nel periodo 2005-2014 rispetto al periodo 1991-2004 (Figura 2).

L'età mediana dei soggetti con IST non è cambiata nel tempo né per gli uomini né per le donne, mantenendo, tuttavia, un'età mediana superiore tra gli uomini. Dall'inizio della sorveglianza si è registrato un aumento dei casi annui di IST in stranieri e in MSM. In particolare, il numero di casi di IST in stranieri è all'incirca raddoppiato, passando da 500 casi del 1991 a 980 del 2014 (Figura 3), così come quello in MSM che è passato da 498 casi del 1991 a 1.240 casi del 2014 (andamento non mostrato). Inoltre, l'andamento dei casi di IST in stranieri per area geografica

di origine ha evidenziato negli ultimi anni un incremento dei soggetti provenienti da altri Paesi europei e dall'America (andamento non mostrato).

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata

Intero periodo (1991-2014)

Nell'intero periodo è emerso che le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (44.238 casi, 40,5% del totale), la sifilide latente (9.555 casi, 8,8% del totale), le cervicovaginiti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC), cioè da agenti eziologici diversi da Ct, Ng e Tv (8.942 casi, 8,2% del totale) e l'herpes genitale (8.247 casi, 7,6% del totale) (Tabella 3, p. 34).

In particolare, tra gli uomini le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (32.488 casi, 42,2% del totale uomini), le uretriti NG-NC (7.590 casi, 9,9% del totale uomini), le uretriti da Ng (6.460 casi, 8,4% del totale uomini) e la sifilide latente (6.145 casi, 8,0% del totale uomini) (Tabella 3, p. 34); tra le donne le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (11.750 casi, 36,5% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (8.942 casi, 27,8% del totale donne), la sifilide latente (3.410 casi, 10,6% del totale donne) e l'herpes genitale (2.163 casi, 6,7% del totale donne) (Tabella 3, p. 34). Tra gli MSM le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (33,7% del totale MSM), la sifilide primaria ►

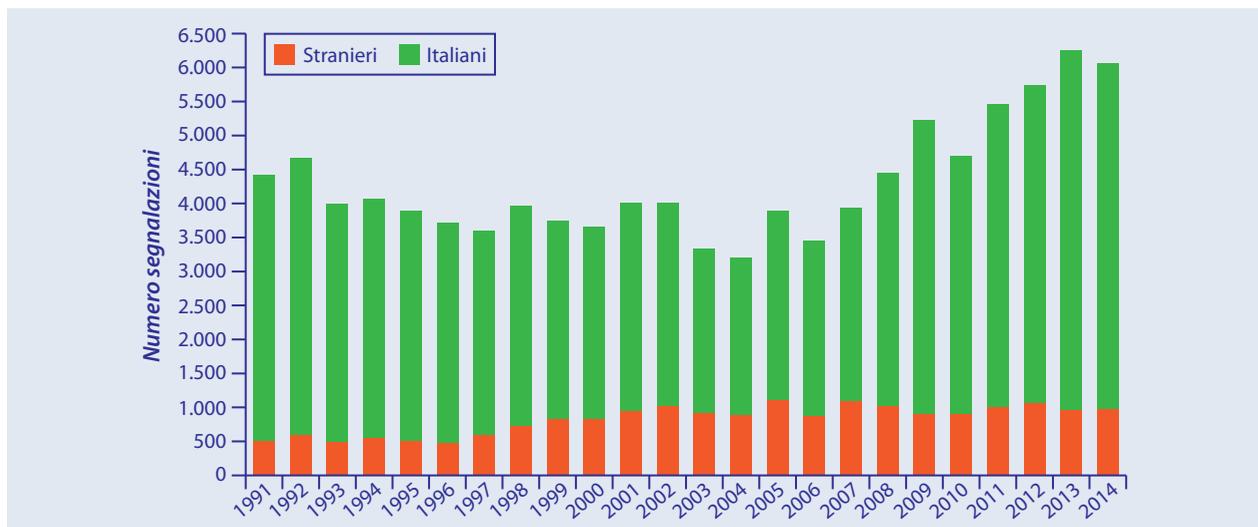


Figura 3 - Andamento delle segnalazioni di IST per nazionalità (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

e secondaria (I-II) (19,6% del totale MSM), le uretriti da Ng (14,9% del totale MSM) e la sifilide latente (11,9% del totale MSM) (dati non mostrati). Tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva nella vita le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.559 casi, 55,9% del totale), l'herpes genitale (195 casi, 7,0% del totale), la sifilide latente (142 casi, 5,1% del totale) e il mollusco contagioso (135 casi, 4,8% del totale) (dati non mostrati). Tra gli italiani è emerso che le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (42,4% del totale italiani), le cervicovaginiti NG-NC (8,7% del totale italiani), l'herpes genitale (7,8% del totale italiani) e la sifilide latente (7,1% del totale italiani); mentre tra gli stranieri i condilomi ano-genitali (29,7% del totale stranieri), la sifilide latente (16,7% del totale stranieri), le uretriti NG-NC (8,9% del totale stranieri) e le uretriti da Ng (8,8% del totale stranieri) (dati non mostrati).

Anno 2014

Nel 2014, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (3.367 casi, 55,3% del totale), il mollusco contagioso (514 casi, 8,4% del totale), l'herpes genitale (387 casi, 6,4% del totale) e la sifilide latente (365 casi, 6,0% del totale) (Tabella 3, p. 34). In particolare, tra gli uomini le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (2.396 casi, 54,5% del totale uomini), il mollusco contagioso (357 casi, 8,1% del totale uomini), la sifilide I-II (341 casi, 7,8% del totale uomini), e le uretriti da Ng (301 casi, 6,8% del totale uomini); tra le donne le più frequenti patologie sono state i condilomi ano-genitali (971 casi, 57,4% del totale donne), il mollusco contagioso (157 casi, 9,3% del totale donne), le cervicovaginiti da NG-NC (144 casi, 8,5% del totale donne) e l'herpes genitale (130 casi, 7,7% del totale donne) (Tabella 3, p. 34).

In particolare, tra gli MSM le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (38,6% del totale MSM), la sifilide I-II (20,7% del totale MSM), le uretriti da Ng (12,7% del totale MSM) e la sifilide latente (11,0% del totale MSM) (dati non mostrati).

Tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva nella vita le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (34 casi, 56,7% del totale), l'uretrite da Ng (6 casi, 10,0% del totale), l'herpes genitale, la sifilide I-II e il mollusco contagioso (ognuno 4 casi, 6,7% del totale) (dati non mostrati).

Tra gli italiani è emerso che le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (57,4% del totale italiani), il mollusco contagioso (9,0% del totale italiani), la sifilide I-II (6,4% del totale italiani) e l'herpes genitale (6,0% del totale italiani); mentre tra gli stranieri i condilomi ano-genitali (44,5% del totale stranieri), la sifilide latente (15,5% del totale stranieri), l'herpes genitale (8,4% del totale stranieri), il mollusco contagioso (5,6% del totale stranieri) e l'uretrite da Ng (5,6% del totale stranieri) (dati non mostrati).

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata: casi particolari

In particolare, le diagnosi di condilomi ano-genitali e di infezioni da Ct hanno mostrato, nell'intero periodo (1991-2014), una maggiore proporzione nei soggetti di età compresa tra i 15 e i 24 anni rispetto a quelli di età superiore (condilomi ano-genitali: 44,1% *vs* 39,7%; infezioni da Ct: 8,0% *vs* 5,7%). Questa specifica distribuzione per età si è evidenziata sia nelle donne (condilomi ano-genitali: 40,7% *vs* 34,9%; infezioni da Ct: 8,8% *vs* 4,8%), che negli uomini (condilomi ano-genitali: 46,5% *vs* 41,4%; infezioni da Ct: 7,5% *vs* 6,0%) e si è mantenuta tale per tutto l'intero periodo (1991-2014). Inoltre, in Figura 4 è mostrata la distribuzione percentuale delle diagnosi di IST in donne per area geografica di origine nell'anno 2014; nello specifico, il rombo rosso rappresenta la distribuzione percentuale delle diagnosi di IST in donne italiane. In Figura 5 è mostrata la distribuzione percentuale delle diagnosi di IST in uomini per specifica area geografica di origine nell'anno 2014; nello specifico, il rombo rosso rappresenta la distribuzione percentuale delle diagnosi di IST in uomini italiani.

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. Nel 2014, sono stati segnalati 362 casi di sifilide I-II (Figura 6). L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione fino al 1996, poi una ripresa delle

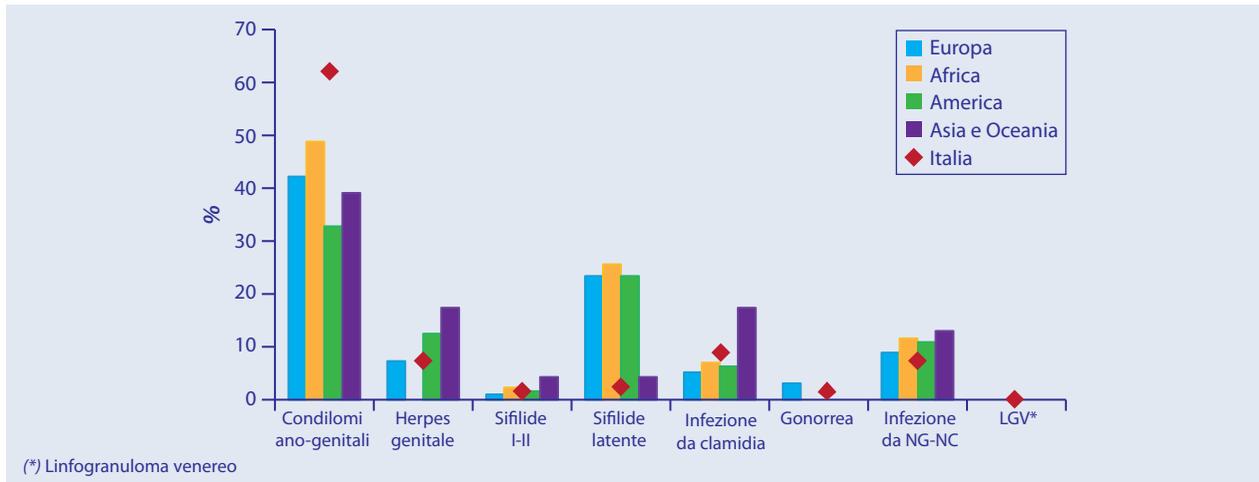


Figura 4 - Distribuzione percentuale delle diagnosi di IST per area geografica di origine in donne: 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

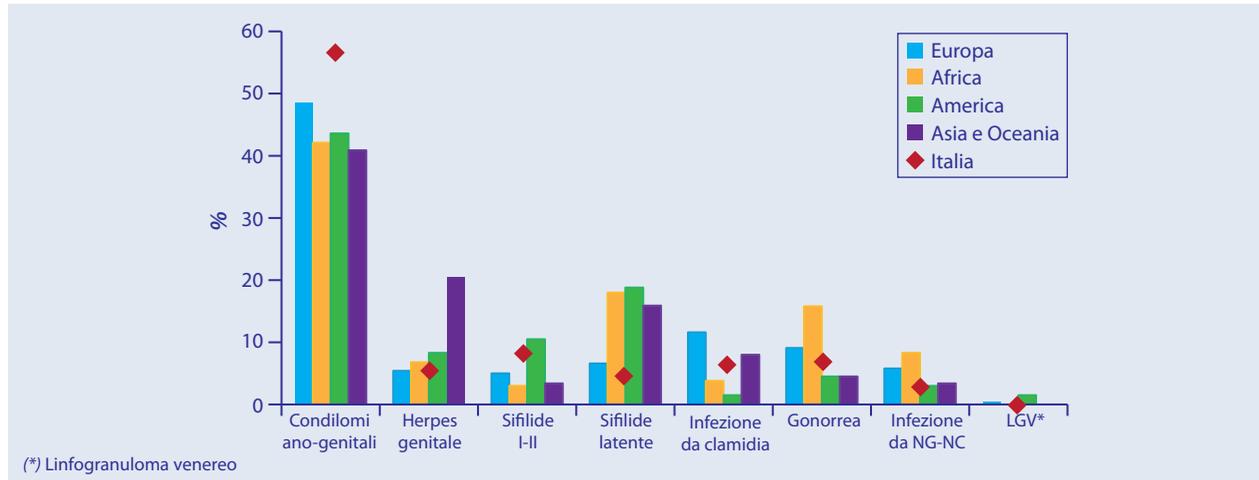


Figura 5 - Distribuzione percentuale delle IST per area geografica di origine in uomini: 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

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) (Figura 6). 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) (Figura 6). 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, sono stati segnalati 412 casi di infezione da Ct (Figura 6).

Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 1.030 casi del 1991 a 280 del 2014 (andamento non mostrato). Tra le due principali IST virali (Figura 7), 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. 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; nel 2014, le segnalazioni di herpes genitale sono state pari a 387 casi. Tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle ►

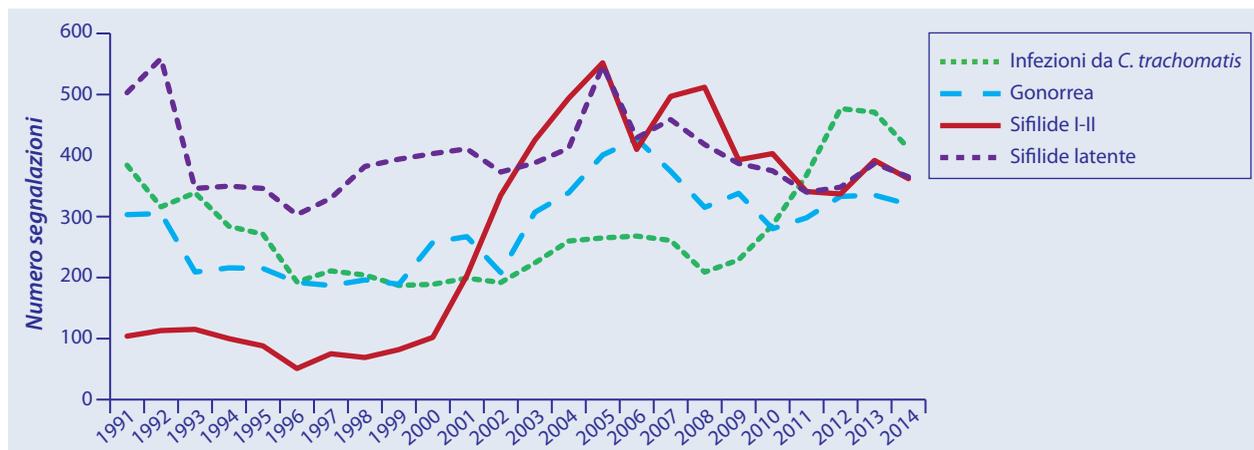


Figura 6 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

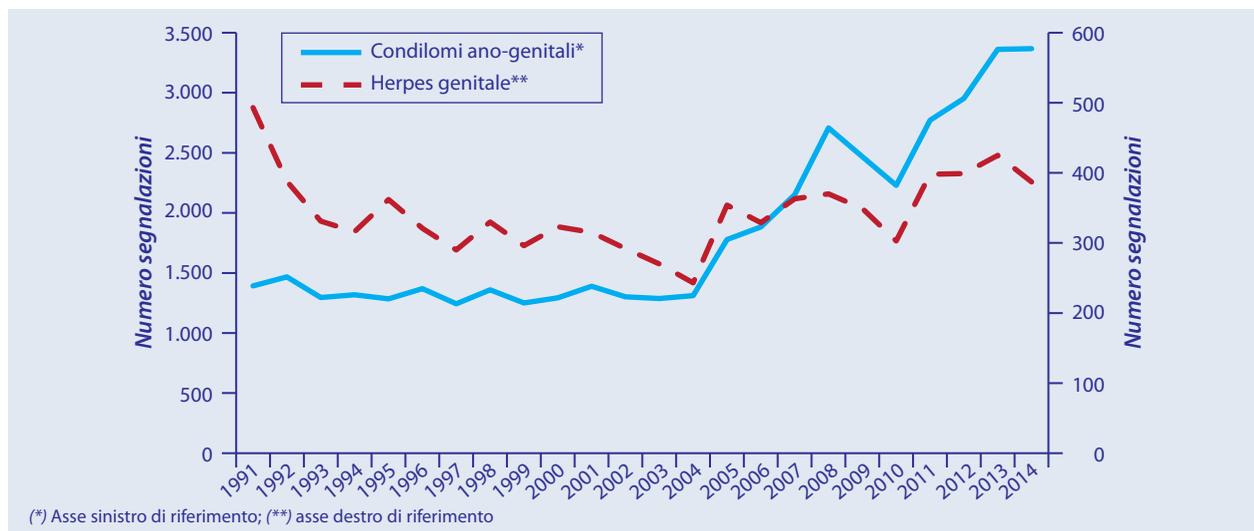


Figura 7 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

dei condilomi ano-genitali. Le cervico-vaginiti da *Tv* hanno mostrato un andamento temporale dei casi in progressiva riduzione, passando da 50 casi del 1991 a 3 casi del 2013; nel 2014, sono stati segnalati 14 casi di infezione da *Tv* (Figura 8). I casi di linfogranuloma venereo (LGV) hanno interessato principalmente gli uomini (dal 1991 al 2014, il 69,6% dei casi sono stati segnalati in MSM, il 23,2% in uomini eterosessuali e il 7,1% in donne) e l'andamento ha mostrato un progressivo aumento, passando da 4 casi del 1991 a 27 casi del 2012. Dal 2012 al 2014, l'andamento dei casi di LGV ha mostrato una riduzione, passando da 27 casi del 2012 a 14 casi del 2014 (Figura 8). 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 32 casi del 2014 (Figura 8). 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 stabilizzazione fino al 2014 (514 casi segnalati) (Figura 8). Per tutte le altre IST diagnostiche gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo (Tabella 3, p. 34).

Donne

L'andamento dei casi di sifilide I-II ha evidenziato una riduzione rilevante tra il 1991 e il 1998: nel 1998 si è osservata una riduzione delle diagnosi di circa sei volte rispetto al 1991 e, successivamente, un aumento di circa quindici volte nel 2008 (si è passati da 4 casi del 1998 a

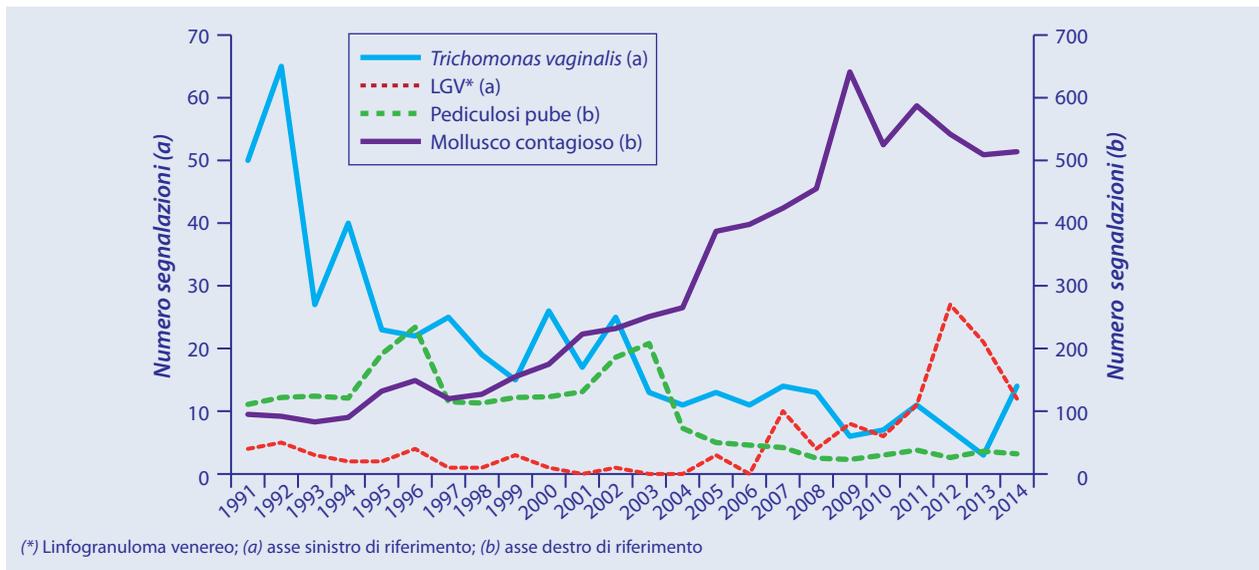


Figura 8 - Andamento delle segnalazioni di infezione da *Trichomonas vaginalis*, di linfogranuloma venereo (LGV), di pediculosi del pube e di mollusco contagioso (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

59 casi del 2008). Dopo il 2008, si è assistito a una riduzione dei casi fino ai 21 casi segnalati nel 2014 (Figura 9). L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione fino al 1996, poi un aumento delle segnalazioni di circa due volte tra il 1996 e il 2005 (si è passati da 109 casi del 1996 a 200 casi del 2005), e successivamente una progressiva riduzione fino al 2014 (105 casi segnalati) (Figura 9). Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al 1999 e un aumento di circa sei volte tra il 1999 e il 2006, passando da 6 casi del 1999 a 35 casi del 2005. Successivamente, le segnalazioni di gonorrea sono lievemente diminuite fino al 2011, per poi mostrare un nuovo incremento passando da 8 casi del 2011 a 19 del 2014 (Figura 9). I casi di infezione da Ct hanno mostrato una riduzione fino al 2000 e un successivo aumento di due volte e mezzo tra il 2000 e il 2014, passando da 49 casi del 2000 a 127 casi del 2014 (Figura 9). Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 408 casi del 1991 a 106 del 2012, per poi risalire a 145 casi nel 2014 (andamento non mostrato). Tra le due principali IST virali (Figura 10), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito fino al 2002, per poi mostrare un progressivo incremento, raggiungendo il picco massimo nel 2014 con un aumento di circa tre volte rispetto al 2002, passando da 261 casi del 2002 a 971 casi del 2014. L'herpes genitale ha mostrato un andamento costante delle segnalazioni tra il 1991 e il 2004 e un successivo aumento, raggiungendo il picco massimo nel 2011, con un aumento più che doppio

rispetto al 2004 (si è passati da 62 casi del 2004 a 147 casi del 2011). Si è poi stabilizzato negli ultimi tre anni, con 130 casi segnalati nel 2014.

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato due picchi, uno nel 1996 con 58 casi e l'altro nel 2003 con 42 casi e una successiva riduzione fino a 1 caso del 2014 (andamento non mostrato).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato un aumento progressivo, di circa 7 volte, dai 38 casi del 1991 ai 193 casi del 2009 e una successiva lieve riduzione fino al 2014 (105 casi) (andamento non mostrato). Per tutte le altre IST diagnosticate, gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo (Tabella 3, p. 34).

Uomini

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 sei volte rispetto al 2000, passando da 88 casi del 2000 a 497 casi del 2005 e, successivamente, una riduzione fino al 2012, un nuovo incremento nel 2013 con 365 casi segnalati e una lieve riduzione nel 2014 con 341 casi segnalati (Figura 11). 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, passando da 194 casi del 1996 a 347 casi del 2005 e, successivamente, una riduzione fino al 2011, un nuovo ►

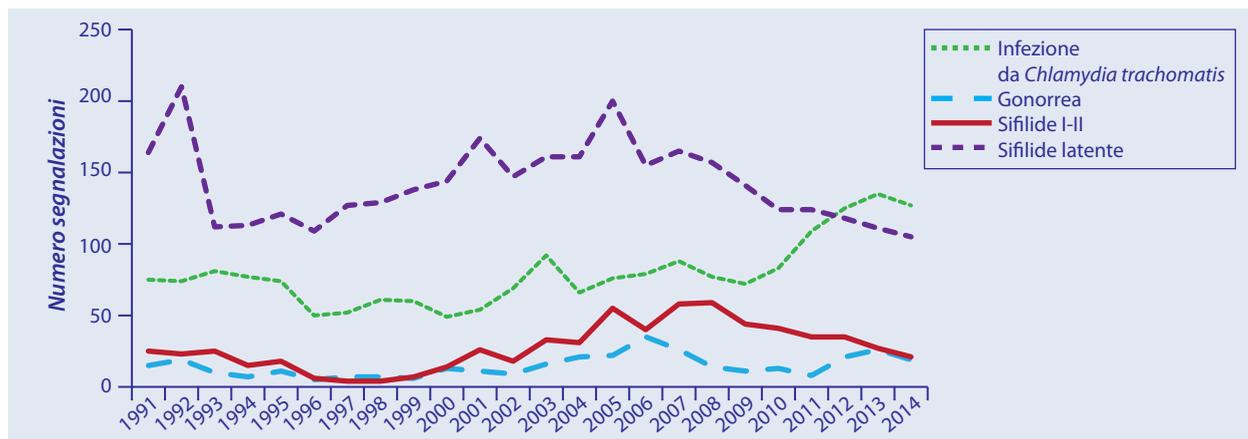


Figura 9 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in donne (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

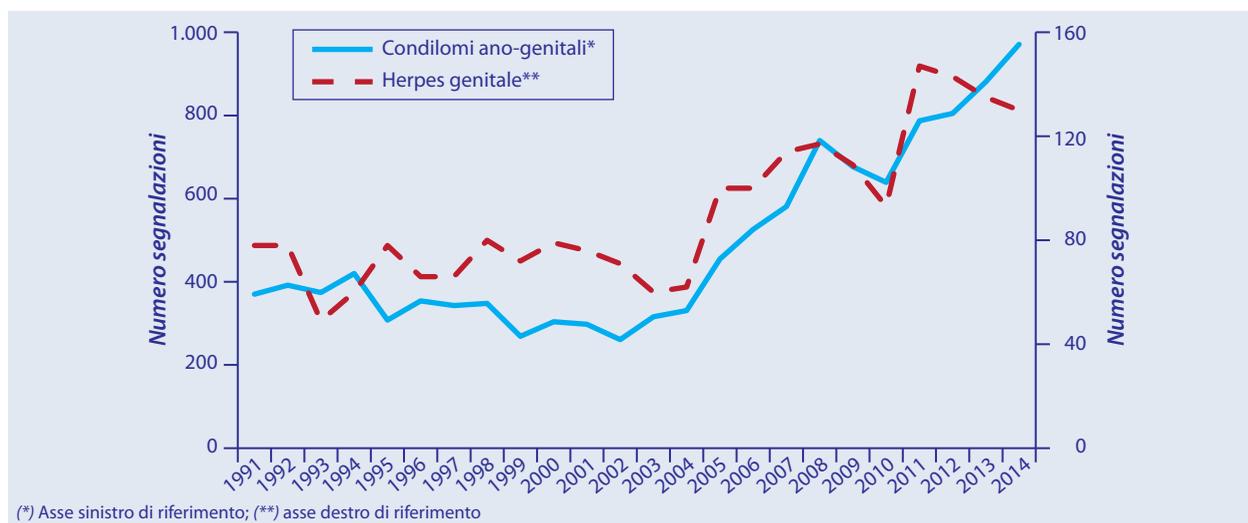


Figura 10 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in donne (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

incremento nel 2013 con 276 casi segnalati e una lieve riduzione nel 2014 con 260 casi segnalati (Figura 11). Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al 1999 e un successivo aumento di due volte tra il 1999 e il 2006, passando da 183 casi del 1999 a 392 casi del 2006, per poi diminuire lievemente fino al 2014 (301 casi segnalati) (Figura 11). I casi di infezione da Ct hanno mostrato una riduzione fino al 2002 e un successivo aumento di tre volte tra il 2002 e il 2012, passando da 123 casi del 2002 a 352 casi del 2012. Dal 2012 al 2014, si è osservata una riduzione dei casi di infezione da Ct, passando da 352 casi del 2012 a 285 casi del 2014 (Figura 11). Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 622 casi del 1991 a 135 del 2014 (andamento non mostrato). Tra le due

principali IST virali (Figura 12), il numero annuo di segnalazioni di condilomi anogenitali è rimasto costante fino al 2004, per poi mostrare un progressivo incremento, raggiungendo il picco massimo nel 2013 con un aumento di circa due volte e mezzo rispetto al 2004 (si è passati da 981 casi del 2004 a 2.481 casi del 2013). Nel 2014, il numero di segnalazioni di condilomi anogenitali è stato pari a 2.396 casi. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il 1991 e il 2004 e un successivo lieve aumento fino al 2013, passando da 181 casi del 2004 a 290 casi del 2013. Nel 2014, il numero di segnalazioni di herpes genitale è stato pari a 257 casi. L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato due picchi, uno nel 1996 con 176 casi e l'altro nel 2003 con 166 casi e una successiva riduzione fino ai 31

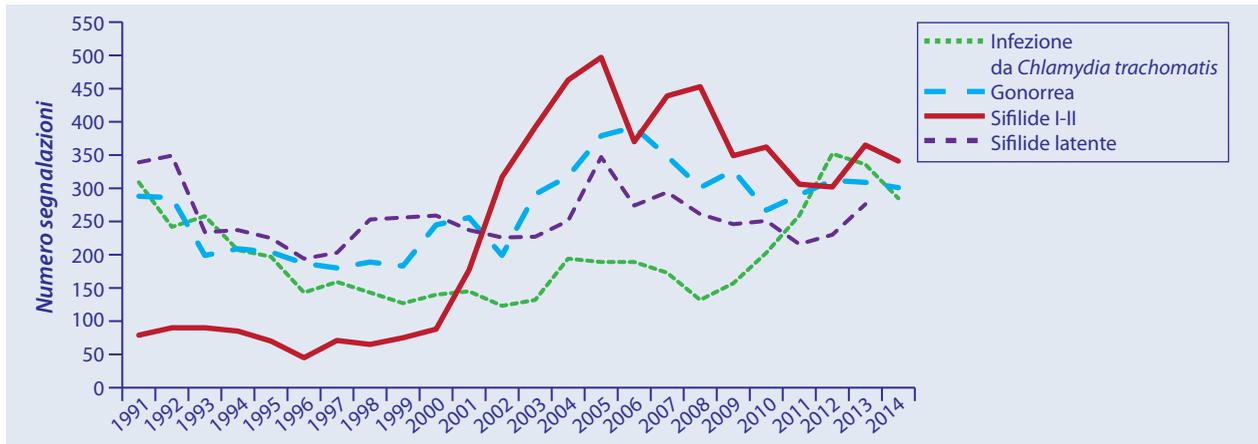


Figura 11 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in uomini (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

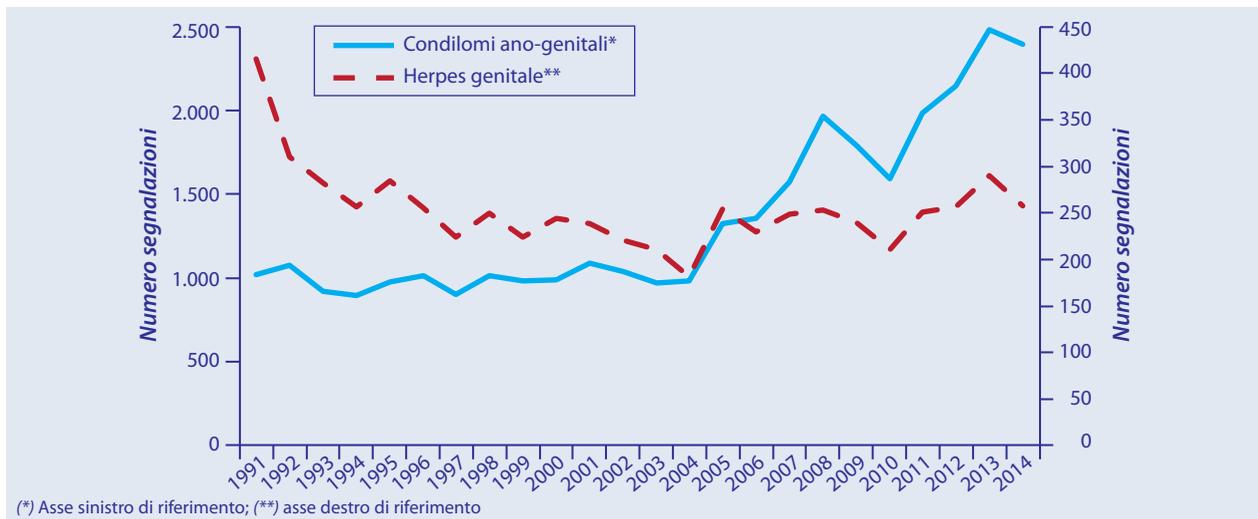


Figura 12 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in uomini (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

casi del 2014 (andamento non mostrato). L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato un aumento progressivo, di circa 8 volte, dai 57 casi del 1991 ai 448 casi del 2009 e una successiva stabilizzazione fino al 2014 (357 casi segnalati) (andamento non mostrato). Per tutte le altre IST diagnosticate, gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo (Tabella 3, p. 34).

Uomini eterosessuali

L'andamento dei casi di sifilide I-II ha mostrato una riduzione fino al 1996 e un successivo incremento raggiungendo il picco massimo nel 2008, con un aumento di circa sette volte rispetto al 1996, passando da 27 casi del 1996 a 177 casi del 2008 e, infine, una riduzione fino al 2014 (69 casi segnalati) (Figura 13).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 274 casi del 1991 a 113 casi del 2014 (Figura 13). I casi di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al 1997, un successivo lieve incremento, passando da 122 casi del 1997 a 184 casi del 2006 e, infine, una riduzione e stabilizzazione fino al 2014 (130 casi segnalati) (Figura 13). I casi di infezione da Ct hanno mostrato una riduzione fino al 2002 e un successivo aumento di circa due volte e mezzo fino al 2013, passando da 108 casi del 2002 a 257 casi del 2013, per poi diminuire a 217 casi segnalati nel 2014 (Figura 13). Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 554 casi del 1991 a 86 casi del 2014 (andamento non mostrato). Tra le due principali IST virali (Figura 14), il numero annuo di segnalazioni di condilomi anogenitali è ►

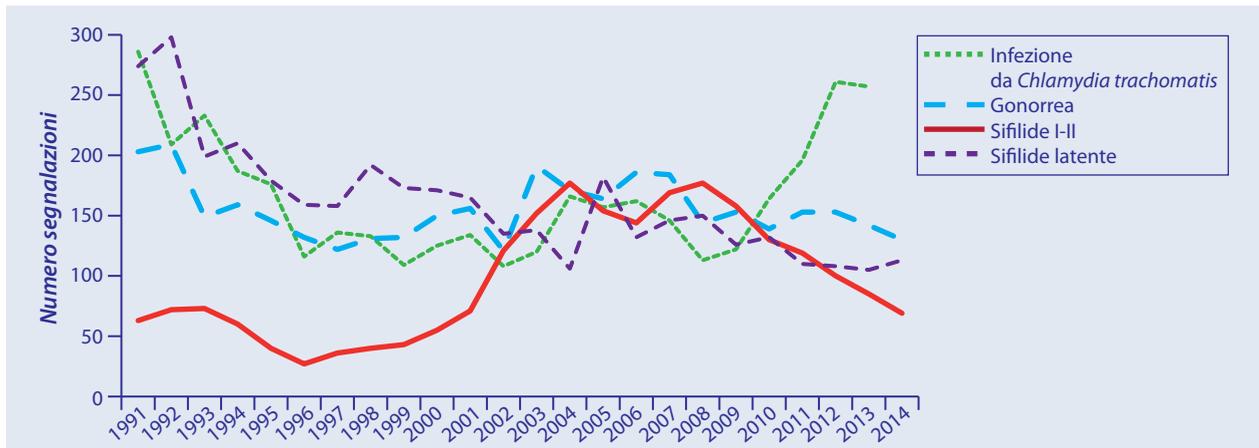


Figura 13 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in uomini eterosessuali (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

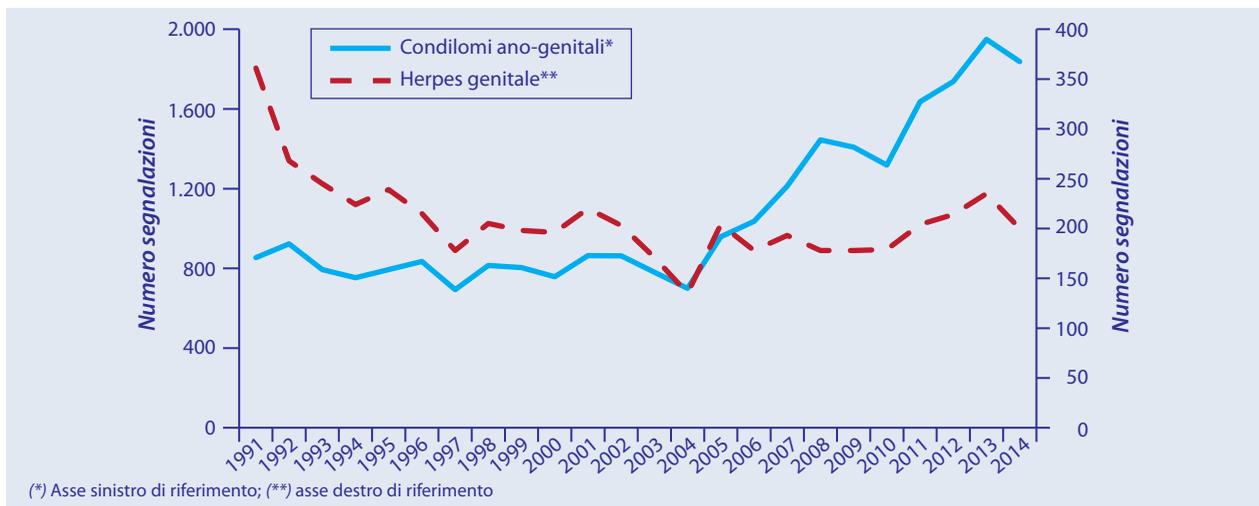


Figura 14 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in uomini eterosessuali (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

rimasto relativamente costante fino al 2004, per poi mostrare un progressivo incremento, raggiungendo il picco massimo nel 2013 con un aumento quasi triplo rispetto al 2004 (si è passati da 700 casi del 2004 a 1.949 casi del 2013). Nel 2014, le segnalazioni di condilomi anogenitali sono state pari a 1.838 casi. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni fino al 2004, e un successivo lieve aumento passando da 135 casi del 2004 a 235 casi del 2013. Nel 2014, le segnalazioni di herpes genitale sono state pari a 200 casi.

MSM

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 dieci volte rispetto al 2000, passando da 31 casi del 2000 a 325 casi del 2005 e, successivamente, una riduzione fino a 177 casi del 2011. Si è osservato, poi, un incremento dei casi, fino a 257 casi del 2014 (Figura 15). L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione fino al 1994, poi una ripresa delle segnalazioni fino al 2007 di circa quattro volte rispetto al 1994, passando da 27 casi del 1994 a 134 casi del 2007. Successivamente, c'è stata una lieve riduzione e stabilizzazione dei casi di sifilide latente fino al 2011 e una lieve ripresa tra il 2011 (101 casi segnalati) e il 2014 (137 casi segnalati) (Figura 15). Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una lieve riduzione fino al 1999 e un successivo aumento di circa quattro volte tra il 1999 e il 2005, passando da 51 casi del 1999 a 187

casì del 2005, poi una lieve diminuzione e stabilizzazione fino al 2014 (158 casì segnalati) (Figura 15). I casì di infezione da Ct hanno mostrato una costante riduzione fino al 2003 e un successivo aumento di circa sette volte tra il 2003 e il 2014, passando da 9 casì del 2003 a 61 casì del 2014 (Figura 15). Il numero dei casì di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 68 casì del 1991 a 30 casì del 2013, per poi risalire a 46 casì segnalati nel 2014 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 16), il numero annuo di segnalazioni di condilomi anogenitali è lievemente aumentato fino al 2006 per poi mostrare un progressivo incremento, raggiungendo il picco massimo nel 2008 con un aumento piú che doppio rispetto al 2006 (si è passati da 198 casì del 2006 a 516 casì del 2008). Successivamente, vi è stata una riduzione delle segnalazioni di condilomi anogenitali fino al 2010 (273 casì segnalati) e una ripresa fino al 2014 (479 casì segnalati).

L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il 1991 e il 2006, passando da 54 casì del 1991 a 18 casì del 2006, e un successivo lieve aumento con stabilizzazione fino al 2014 (42 casì segnalati).

Italiani

L'andamento dei casì di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile fino al 2000. Dopo il 2000 i casì di sifilide I-II hanno evidenziato un aumento rilevante: nel 2005 si è osservato un aumento delle diagnosi di circa sei volte rispetto al 2000, passando da 66 casì del 2000 a 410 casì del 2005 e, successivamente, una lieve riduzione e stabilizzazione fino al 2012 (269 casì segnalati). Dal 2012 al 2014 si è osservato un lieve aumento dei casì di sifilide I-II, passando da 269 casì del 2012 a 324 casì del 2014 (Figura 17). L'andamento dei casì di sifilide latente ha mostrato una progressiva riduzione delle segnalazioni, passando da 418 casì del 1991 a ►

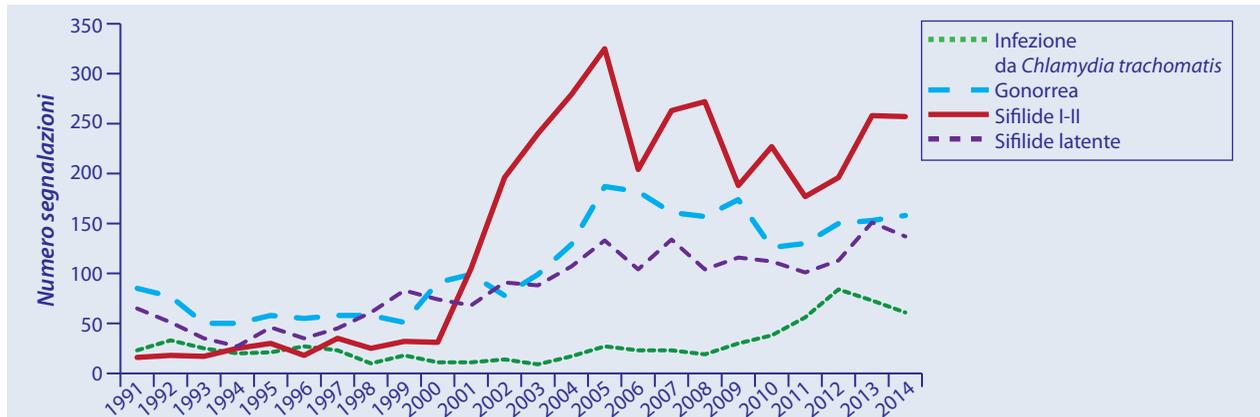


Figura 15 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in MSM (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

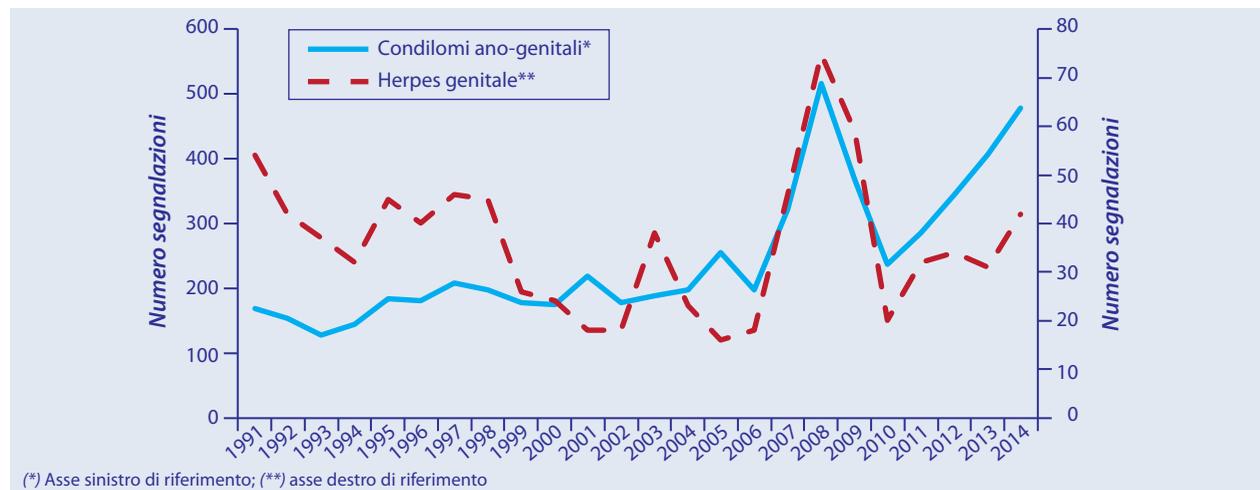


Figura 16 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in MSM (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

182 casi del 2004 e una successiva stabilizzazione fino al 2014 (211 casi segnalati) (Figura 17). Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al 1999, un successivo aumento di circa due volte tra il 1999 e il 2009, passando da 118 casi del 1999 a 281 casi del 2009 e, infine, un successivo lieve aumento fino al 2014 (256 casi segnalati) (Figura 17). I casi di infezione da Ct hanno mostrato una costante riduzione fino al 2008, passando da 321 casi del 1991 a 94 casi del 2008 e un successivo aumento di circa quattro volte tra il 2008 e il 2013 (da 94 casi del 2008 a 383 casi del 2013). Nel 2014 sono stati segnalati 343 casi di infezione da Ct (Figura 17). Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 900 casi del 1991 a 204 casi del 2014 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 18), il numero annuo di segnalazioni di condilomi anogenitali è diminuito fino al 2004, per poi aumentare costantemente fino ai 2.913 casi del 2014, con un aumento di quasi quattro volte rispetto ai 740 casi del 2004. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni, passando da 451 casi del 1991 a 166 casi del 2004 e un successivo aumento di quasi due volte dal 2004 al 2014, passando da 166 casi del 2004 a 303 casi del 2014.

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato due picchi, uno nel 1996 con 210 casi e l'altro nel 2003 con 126 casi e una successiva riduzione fino ai 29 casi del 2014 (andamento non mostrato).

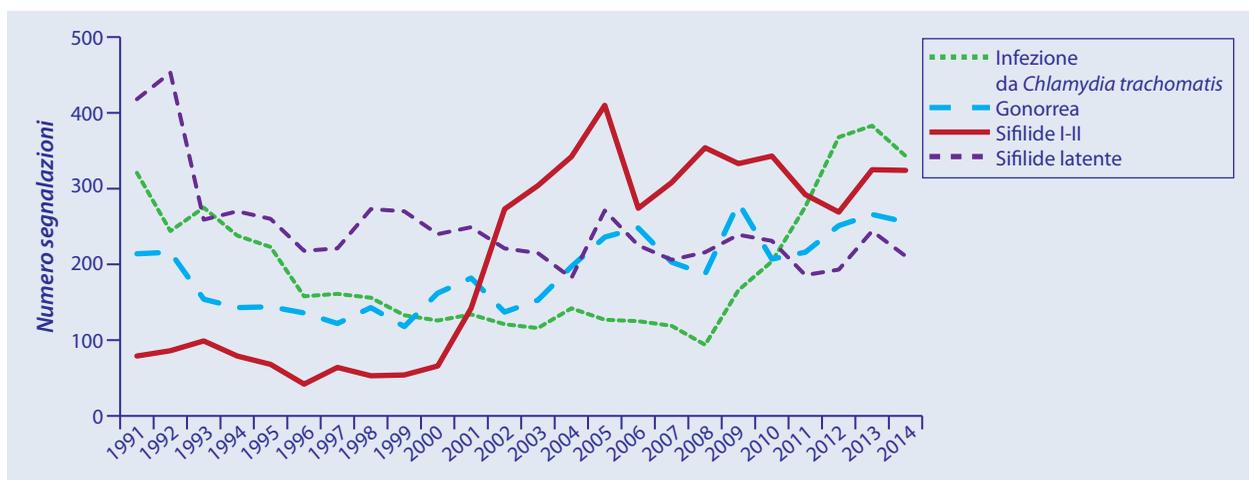


Figura 17 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in italiani (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

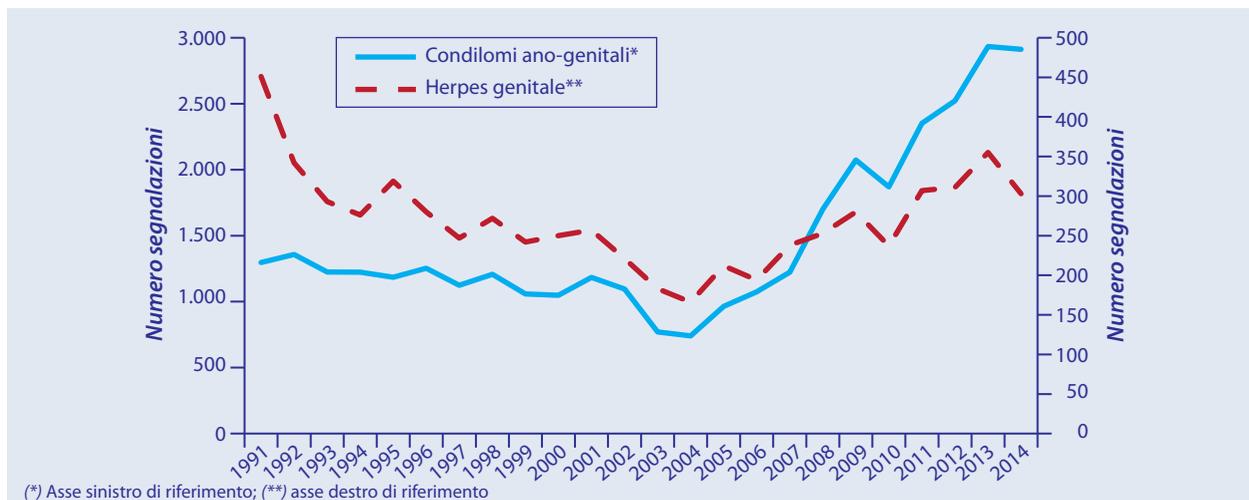


Figura 18 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in italiani (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato un aumento progressivo, di circa 6 volte, dai 90 casi del 1991 ai 571 casi del 2009 e una successiva stabilizzazione fino al 2014 (456 casi segnalati) (andamento non mostrato).

Stranieri

L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile fino al 1998. Dopo il 1998 i casi di sifilide I-II hanno evidenziato un aumento rilevante: nel 2007 si è osservato un aumento delle diagnosi di circa sei volte rispetto al 1998, passando da 16 casi del 1998 a 92 casi del 2007 e, successivamente, una riduzione fino al 2014 (38 casi segnalati) (Figura 19).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato un progressivo aumento delle segnalazioni fino al 2005, passando da 82 casi del 1991 a 231 casi del 2005 e una

successiva riduzione e stabilizzazione fino al 2014 (152 casi segnalati) (Figura 19). Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato un andamento stabile fino al 2002, un successivo aumento da 71 casi del 2002 a 114 del 2007 e una progressiva riduzione fino al 2014 (61 casi segnalati) (Figura 19). I casi di infezione da Ct hanno mostrato una riduzione fino al 1996, passando da 51 casi del 1991 a 34 casi del 1996 e un successivo aumento di circa due volte e mezzo tra il 1996 e il 2013 (si è passati da 34 casi del 1996 a 88 casi del 2013). Nel 2014 sono stati segnalati 68 casi di infezione da Ct (Figura 19).

Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 113 casi del 1991 a 50 casi del 2013, per poi risalire a 73 casi nel 2014 (andamento non mostrato). Tra le due principali IST virali (Figura 20), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è aumentato progressiva-

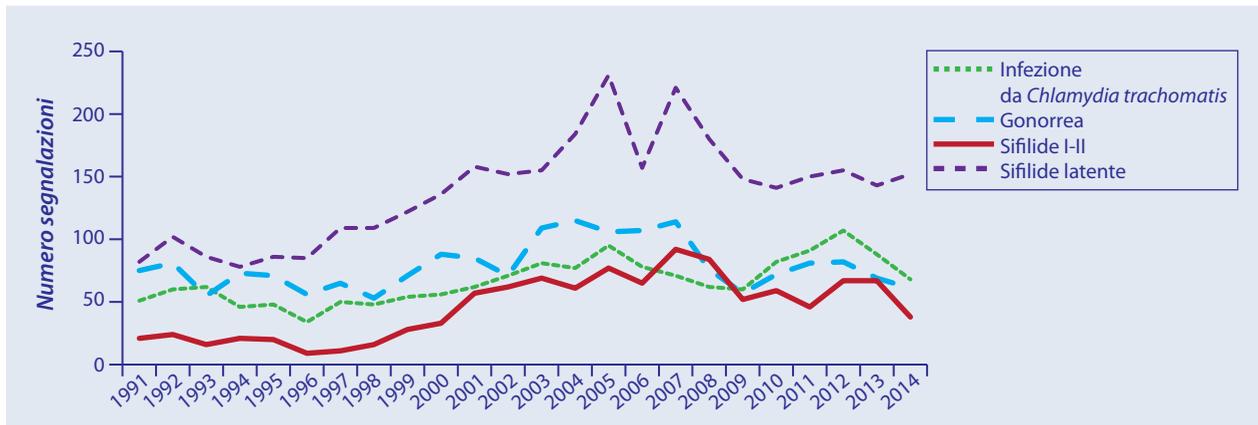
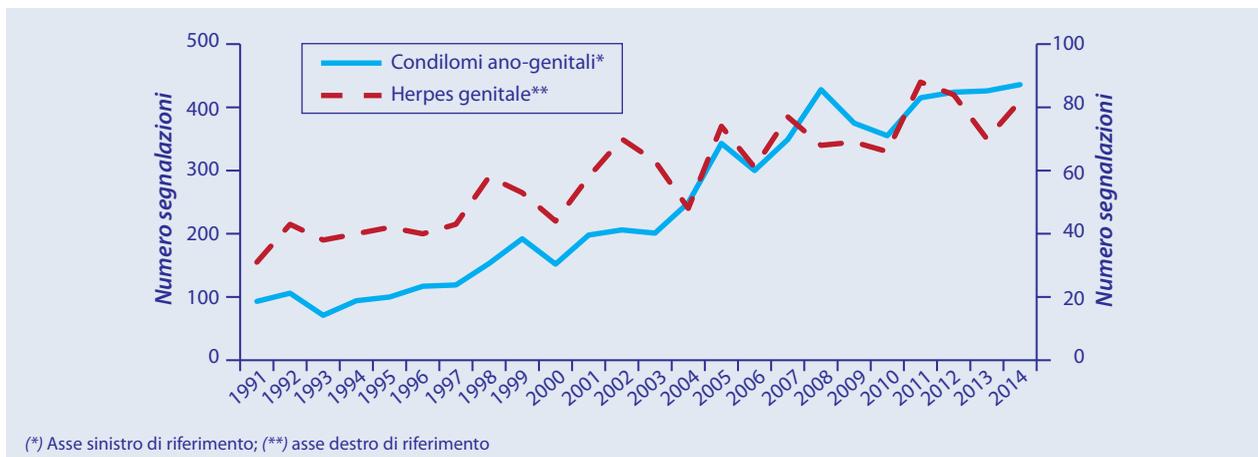


Figura 19 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in stranieri (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)



(*) Asse sinistro di riferimento; (**) asse destro di riferimento

Figura 20 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in stranieri (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

mente, passando da 93 casi del 1991 a 436 casi del 2014. Anche l'herpes genitale ha mostrato, seppure in misura minore, un progressivo aumento delle segnalazioni, passando da 31 casi del 1991 a 82 casi del 2014.

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato due picchi, uno nel 1996 con 24 casi e l'altro nel 2003 con 73 casi e una successiva riduzione fino ai 3 casi del 2014 (andamento non mostrato).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato un aumento progressivo, di circa 14 volte, dai 5 casi del 1991 ai 69 casi del 2007 e una successiva lieve riduzione e stabilizzazione fino al 2014 (55 casi segnalati) (andamento non mostrato).

Consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva

L'andamento dei casi di sifilide I-II ha mostrato una riduzione da 24 casi del periodo 1991-1994 a 11 casi del periodo 1995-1998, per poi aumentare lievemente e stabilizzarsi fino al periodo 2011-2014 (con una media di 19 casi per periodo negli ultimi quattro periodi) (Figura 21).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione costante dal periodo 1991-1994 al periodo 2011-2014, passando da 46 casi segnalati a 13 casi (Figura 21). Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2003-2006, passando da 26 casi del 1991-1994 a 6 casi del 2003-2006, e un successivo lieve aumento nell'ultimo periodo, 2011-2014 (23 casi segnalati) (Figura 21).

I casi di infezione da Ct hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2003-2006, passando da 31 casi del periodo 1991-1994 a 1 caso del periodo 2003-2006, e un successivo aumento fino ai 44 casi segnalati del periodo 2011-2014 (Figura 21).

Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 118 casi del periodo 1991-1994 a 18 casi del periodo 2011-2014 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 22), il numero di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1994 al periodo 2003-2006, passando da 493 casi a 121 casi, per poi aumentare e stabilizzarsi nel 2011-2014 (219 casi segnalati). L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1994 e il periodo 2011-2014, passando da 72 casi a 19 casi; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 35 casi del periodo 1991-1994 a 1 caso del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato una riduzione, passando da 38 casi del periodo 1991-1994 a 7 casi del periodo 1999-2002, per poi aumentare fino a 31 casi del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

L'infezione da HIV nei soggetti con IST

Testati e non testati per HIV

Dei 109.117 soggetti con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2014, 76.176 (69,8%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST. L'età mediana dei soggetti con IST testati per HIV è risultata pari a 31 anni (IQR 25-40 anni), mentre quella dei non testati è risultata pari a 33 anni (IQR 27-42 anni). Dei 6.089 soggetti con una nuova IST segnalati nel 2014, 4.617 (75,8%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST. L'età mediana dei soggetti con IST testati per HIV è risultata pari a 32 anni (IQR 26-42 anni), mentre quella dei non testati è risultata pari a 34 anni (IQR 27-43 anni).

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2014), tra i 76.176 soggetti con IST testati per HIV, 5.735 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 7,5% (IC95%: 7,3-7,7). L'età mediana dei soggetti con IST HIV positivi è risultata pari a 35 anni (IQR 29-42 anni), mentre quella dei soggetti HIV negativi è risultata pari a 31 anni (IQR 25-39 anni).

Nel 2014, tra i 4.617 soggetti con IST testati per HIV, 440 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 9,5% (IC95%: 8,7-10,4). L'età mediana dei soggetti con IST HIV positivi è risultata pari a 41 anni (IQR 33-49 anni), mentre quella dei soggetti HIV negativi è risultata pari a 31 anni (IQR 25-41 anni).

Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di soggetti con IST

La prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di soggetti con IST, nell'intero periodo (1991-2014) e nel 2014, è riportata in Tabella 4 (p. 34). Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra i soggetti con IST è risultata più elevata tra gli uomini rispetto alle donne (8,8% *vs* 4,1%), tra gli italiani rispetto agli stranieri (8,3% *vs* 5,6%), tra i consumatori di sostan-

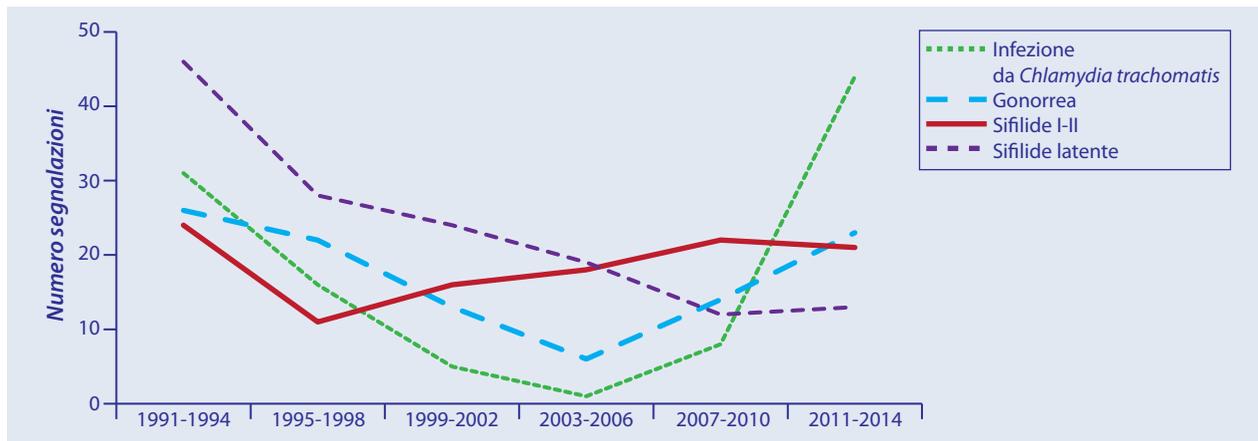


Figura 21 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva, per quadriennio (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

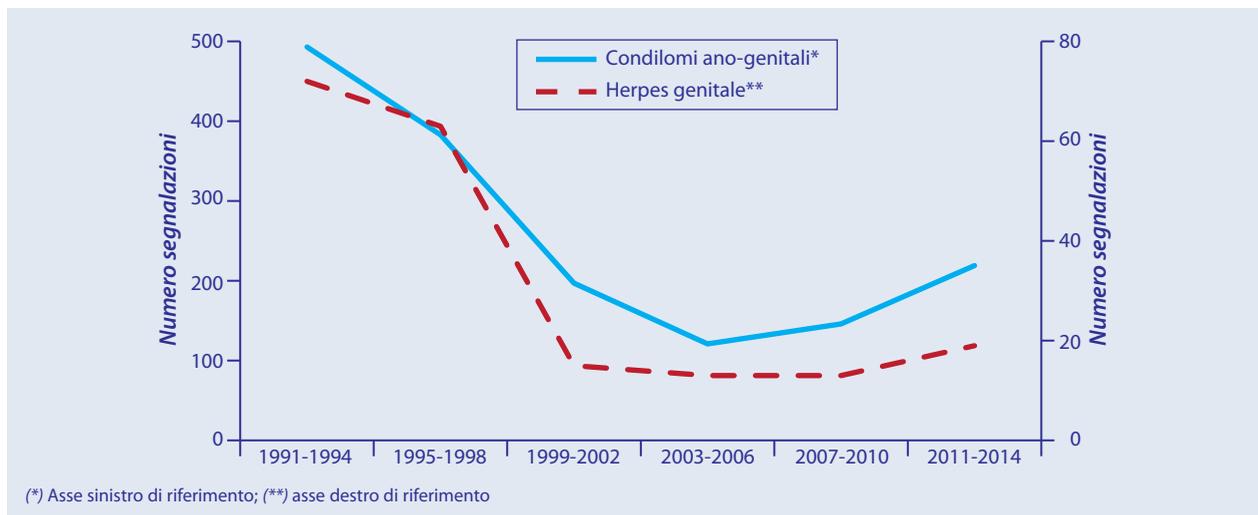


Figura 22 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva, per quadriennio (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

ze stupefacenti per via iniettiva nella vita rispetto a coloro che hanno riferito di non aver consumato tali sostanze (51,4% vs 6,4%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (19,0% vs 4,5%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (22,1% vs 3,9%). In particolare, la prevalenza di HIV è aumentata all'aumentare dell'età, dal 2,9% nei soggetti di 15-24 anni al 7,5% di quelli di 25-34 anni e al 10,0% nei soggetti con 35 o più anni. Se si considera l'area di origine si osserva che i soggetti con IST provenienti dall'America hanno mostrato una prevalenza di HIV più alta degli italiani con IST (13,5% vs 8,3%) e di tutti gli altri stranieri con IST non americani (13,5% vs 5,5%; dato non mostrato in Tabella 4). L'85,0% degli americani con IST HIV positivi proveniva dal Sud America.

Inoltre, la prevalenza di HIV aumenta e passa dal 6,0% nei soggetti con nessuno o un partner, al 7,3% nei soggetti con due-cinque partner e al 14,9% nei soggetti con sei o più partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST.

Nel 2014, la prevalenza di HIV tra i soggetti con IST è risultata più elevata tra gli uomini rispetto alle donne (12,0% vs 3,0%), tra gli americani rispetto agli altri stranieri (19,5% vs 8,4%; dato non mostrato in Tabella 4), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (26,4% vs 4,0%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (31,2% vs 2,3%). In particolare, la prevalenza di HIV aumenta con l'aumentare dell'età, dal 2,8% nei soggetti di 15-24 anni al 5,9% di quelli di 25-34 anni e al 15,7% nei soggetti con 35 o più anni. ▶

Inoltre, la prevalenza di HIV aumenta con l'aumentare del numero dei partner sessuali passando dal 7,5% nei soggetti con nessuno o un partner, all'11,1% nei soggetti con due-cinque partner e al 17,0% nei soggetti con sei o più partner nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV per IST diagnosticata

La prevalenza di HIV per IST diagnosticata, sia totale che distinta per genere, è riportata in Tabella 5 (p. 35) ed è relativa all'intero periodo (1991-2014) e al 2014.

Nuovi e vecchi HIV positivi

Dal 1991 al 2014, tra i 5.735 soggetti con IST HIV positivi, il 29,0% (IC95% 27,8-30,2) (n. 1.665) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un soggetto con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo). L'età mediana dei soggetti con IST nuovi HIV positivi è risultata pari a 33 anni (IQR 27-40 anni), mentre quella dei soggetti con IST vecchi HIV positivi è risultata pari a 35 anni (IQR 30-42 anni).

In particolare, nel 2014, tra i 440 soggetti con IST HIV positivi, il 14,5% (IC95% 11,4-18,2) (n. 64) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST (nuovo HIV positivo). Nel 2014, l'età mediana dei soggetti con IST nuovi HIV positivi, è

risultata pari a 34 anni (IQR 27-42 anni), mentre quella dei soggetti con IST vecchi HIV positivi è risultata pari a 43 anni (IQR 35-49 anni).

Rispetto ai vecchi HIV positivi, i nuovi HIV positivi, nell'intero periodo (1991-2014), sono risultati più frequentemente giovani (15-24 anni) (14,5% vs 5,4%) (p-value <0,001), stranieri (24,7% vs 11,3%) (p-value <0,001), pluripartner (sei o più partner nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST) (25,4% vs 12,1%) (p-value <0,001), e MSM (59,9% vs 56,8%) (p-value <0,05). Inoltre, la quota di soggetti che riferiva di utilizzare sostanze stupefacenti per via iniettiva nella vita è stata più bassa tra i nuovi HIV positivi rispetto ai vecchi HIV positivi (90,4% vs 69,5%) (p-value <0,001).

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 2012 e una ripresa, nel 2014, fino al 75,8% (Figura 23). In particolare, la percentuale di donne con IST testate per HIV è stata sempre più bassa rispetto alla percentuale di uomini; questa differenza è diminuita dal 2006, tanto che nel 2014 la percentuale di donne con IST testate per HIV è stata simile a quella degli uomini (rispettiva- *segue*

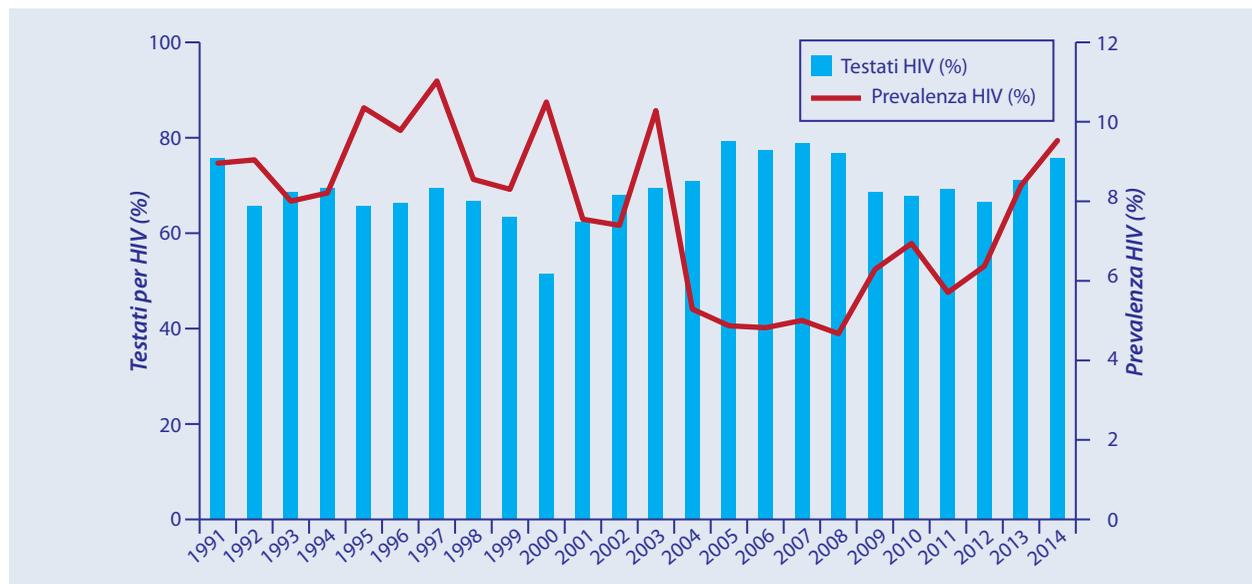


Figura 23 - Percentuale di soggetti con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014, 109.117 soggetti con IST)

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

PROMUOVERE SCELTE SALUTARI IN ETÀ EVOLUTIVA: OBIETTIVO SPUNTINO. REGIONE PIEMONTE 2008-14

Teresa Denise Spagnoli¹, Marcello Caputo² e Alessandra Suglia³

¹Struttura Semplice Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale, ASL TO3 Collegno e Pinerolo; ²Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CN1;

³Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3, Regione Piemonte

SUMMARY (*Target snack, a project to promote healthy eating in children. Region of Piedmont (Italy) 2008-14*) - In Piedmont, the first data collection of the survey OKkio alla SALUTE (2008) showed a high prevalence of overweight among children 8-9 years old and a high frequency of unhealthy dietary behaviour as an excessive consumption of mid-morning snacks. To identify a model for promoting healthy snacks among children and parents, in a pilot area, we involved paediatricians/teachers to use some validated tools. The effectiveness was evaluated through the survey OKkio alla SALUTE. Since 2008 to 2014 the percentage of subjects with excessive consumption of snacks and obesity fell in the intervention area *vs* the control one. Since the results are encouraging, the project will be continued.

Key words: snacking, obesity, prevention

tspagnoli@aslto3.piemonte.it

Introduzione

Gli spuntini possono contribuire a migliorare la qualità dell'alimentazione e a modulare favorevolmente il bilancio energetico giornaliero quando la scelta ricade su prodotti salutari (frutta, yogurt) e l'apporto calorico resta contenuto entro il limite delle 100-150 Kcal (1). Tuttavia, molti soggetti, soprattutto in età evolutiva, subiscono il fascino di cibi spesso ricchi di energia e predisponenti al sovrappeso se consumati in modo inappropriato.

Il tipo di spuntino consumato a metà mattina dai bambini è rilevato dall'indagine nazionale OKkio alla SALUTE (2, 3) che considera nutrizionalmente adeguati "spuntini contenenti circa 100 calorie, che corrispondono, ad esempio, a uno yogurt, a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Nel caso le scuole prevedano la distribuzione della merenda agli alunni, la merenda è classificata direttamente come adeguata". Sono invece considerati abbondanti gli spuntini che non soddisfano le suddette caratteristiche. La prima indagine, condotta nel 2008, ha evidenziato un'alta prevalenza in Italia (35,9%) di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità, *cut off* dell'International Obesity Task Force) (2, 3) nei bambini di 8-9 anni. Nella regione Piemonte, secondo questa indagine, i bambini in sovrappeso erano il 19%, mentre gli obesi l'8%. La tipologia dello spuntino si è subito rivelata come criticità emergente. Infatti, l'82% dei bambini in Italia e il 78% in Piemonte sceglievano spuntini di metà mattina abbondanti.

In merito agli interventi di promozione

di consumo di spuntini sani, l'analisi della letteratura disponibile presenta evidenze di efficacia in interventi mirati per lo più a piccoli target (singole scuole e/o direzioni scolastiche) o in interventi di breve durata. Un gruppo di lavoro costituito da operatori delle ASL, nell'ambito del Progetto regionale Incremento della cultura nutrizionale, ha ritenuto strategico identificare un modello di intervento per promuovere il consumo di spuntini sani che permettesse di operare su vasta scala e a lungo termine, testandone efficacia e riproducibilità su una ASL pilota della regione Piemonte. È stata selezionata, a questo fine, l'ASL TO3 (590.000 abitanti), con una prevalenza di eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni del 27% e un consumo di spuntini abbondanti del 79% (valore regionale 78%), sovrapponibile alla media regionale e senza differenze significative per altre variabili valutate dall'indagine OKkio alla SALUTE, quali colazione adeguata (64% vs 62%), consumo di bibite zuccherate almeno una volta/die (38% vs 41%).

Materiali e metodi

Strumenti di intervento - In un contesto di razionalizzazione delle risorse, al fine di intervenire su vasta scala e sul lungo termine, si è ritenuto strategico sviluppare una rete regionale tra gli esperti in nutrizione, come i pediatri di famiglia e gli insegnanti, figure significative non solo per il ruolo di riferimento per bambini e genitori, ma anche per la possibilità di diffondere i messaggi corretti in modo capillare nel territorio e con una continuità nel tempo. Per sviluppare strategie semplici e condivise,

il gruppo del Progetto Obiettivo spuntino, in linea con i principi del *social marketing*, ha sondato le esigenze del target (pediatri e insegnanti di scuola primaria) attraverso *focus group* a componente mista (insegnanti e operatori sanitari), grazie ai quali, nel 2008-09, sono stati strutturati e validati i seguenti strumenti di intervento:

- due tipologie di percorsi formativi sugli spuntini: uno rivolto ai pediatri di famiglia e uno agli educatori di tutte le scuole campionate da OKkio alla SALUTE, in parallelo con le diverse edizioni dell'indagine (2008, 2010, 2012, 2014), per garantire la diffusione sul territorio e nel tempo delle informazioni;
- un kit didattico sugli spuntini per gli insegnanti distribuito durante i corsi, contenente informazioni utili agli educatori per svolgere un'attività di formazione a cascata sui colleghi;
- quattro tipologie di schede informative contenenti suggerimenti alle famiglie sui consumi emersi come criticità - colazione, spuntini/bevande zuccherine, verdura/frutta - e sulla promozione dell'attività motoria. Le schede sono state condivise tra tutti i pediatri di famiglia (le schede sugli spuntini/bibite riportavano, in modo sintetico, gli stessi messaggi contenuti nel kit didattico per gli insegnanti).

Il coinvolgimento dei pediatri, in particolare, è stato favorito dalla loro partecipazione ad altre iniziative territoriali nella ASL pilota sulla prevenzione dell'obesità infantile (progetto Percorso diagnostico terapeutico nell'obesità in età pediatrica (4). Il Progetto ha dato loro la possibi-

lità di cimentarsi ulteriormente nel ruolo di educatori, trasmettendo a bambini e genitori, durante gli accessi in ambulatorio, informazioni corrette e mirate sull'importanza della prima colazione, sull'attività fisica, sul consumo di frutta e verdura e di spuntini adeguati.

Soggetti coinvolti nell'intervento - I percorsi formativi (5) hanno coinvolto i pediatri di famiglia di 4 degli 8 distretti che compongono la ASL TO3 e tutti gli insegnanti delle classi delle scuole primarie campionate da OKkio alla SALUTE, consentendo, nell'arco delle 4 edizioni della sorveglianza (2008, 2010, 2012, 2014), di raggiungere più della metà delle scuole primarie (77 su 150) afferenti alla ASL TO3. Ulteriori dettagli sono disponibili sul sito del Centro regionale di documentazione per la promozione della salute - DoRS Regione Piemonte (6).

Analisi dell'efficacia - Essendosi ampliato nel tempo, rispetto al 2008 (tempo 0), il numero delle scuole interessate dai suddetti interventi formativi (35 nel 2009, 50 nel 2010, 64 nel 2012, 77 nel 2014), in ciascuna sorveglianza OKkio alla SALUTE è cresciuta la proporzione, nel campione estratto, delle scuole che risultavano essere state formate precedentemente al campionamento vs quelle non formate (0 scuole formate sulle 35 campionate nel 2008, 11/21 = 52% nel 2010, 12/22 nel 2012 = 54%, 14/24 = 58% nel 2014), facendo sì che i dati raccolti potessero essere utilizzati per la verifica degli eventuali cambiamenti indotti dal Progetto. Il consumo

di spuntini sani, nonché gli indicatori (mediana curva body mass index - BMI, % eccesso ponderale) potenzialmente influenzati dall'intake calorico giornaliero attraverso gli spuntini, sono stati valutati nel tempo attraverso i dati delle indagini biennali di OKkio alla SALUTE, confrontando attraverso il test χ^2 l'esito nell'area di intervento (ASL TO3) con quello dell'area di controllo (Piemonte).

Risultati

Consumi/stili di vita dei bambini - Dal 2008 al 2014, i programmi di offerta a scuola di spuntini salutari a metà mattina (frutta/latte/yogurt) sono cresciuti più in Piemonte (dal 19% al 56%) che nella ASL TO3 (dal 17% al 35%). Tuttavia, la proporzione di bambini con consumi adeguati di spuntino mattutino è aumentata in misura significativamente superiore nella ASL TO3 rispetto al Piemonte (rispettivamente dal 17% al 63% e dal 16% al 52%; $p < 0,01$) (Figura). Pertanto, il dato della ASL TO3 mostra che gli interventi nel contesto scolastico sono più efficaci ove gli insegnanti e i pediatri siano coinvolti nel promuovere scelte consapevoli nei bambini e nei loro genitori, basandosi sugli strumenti di intervento impiegati.

Per quanto concerne la qualità dello spuntino mattutino, si registra, dal 2008 al 2014, un miglioramento nella ASL TO3, con incremento della quantità di frutta consumata (9% vs 37% $p < 0,01$ sul totale degli alimenti consumati nel *break*) e riduzione delle merendine (29% vs 15%, $p < 0,01$) o di spuntini salati quali pizza o focaccia (7% vs 2%), $p < 0,01$). Anche il consumo dello spuntino dopo cena si è

ridotto in misura significativa, dal 33% al 26% ($p < 0,05$ elaborazione ASL TO3 su dati dell'Istituto Superiore di Sanità - ISS).

Un altro dato di rilievo è emerso dal confronto geografico e temporale del consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate, con valori simili nel 2008 (41% vs 38% $p = 0,13$) e significativamente diversi nel 2014 tra Piemonte (38%) e ASL TO3 (33%; $p < 0,05$), mentre non si sono osservate variazioni significative di altre abitudini alimentari (colazione adeguata 62% vs 63%) o stili di vita (bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana - 17% vs 18% - o che trascorrono davanti alla TV o ai videogiochi più di 2 ore al giorno - 27% vs 24%, $p = 0,15$).

Lo status ponderale dei bambini - In parallelo ai cambiamenti sui consumi alimentari si è verificato dal 2010 al 2014 un miglioramento (spostamento a sinistra) della curva del BMI della popolazione pediatrica di 8-9 anni campionata dall'indagine OKkio alla SALUTE, con riduzione significativa della percentuale di bambini in eccesso ponderale (20% sovrappeso e 7% obesi nel 2008 vs 15% sovrappeso e 4% obesi nel 2014; $p < 0,05$ (elaborazione ISS, Figura).

Conclusioni

- Il Progetto Obiettivo spuntino è innovativo per aver realizzato interventi integrati di promozione di una sana alimentazione su un campione monitorato nel tempo.
- A medio/lungo termine (dal 2008 al 2014), le azioni formativo/educative intraprese mostrano di aver prodotto effetti favorevoli nel promuovere scelte alimentari sane nei bambini della scuola primaria.
- I risultati, che hanno visto migliorare soprattutto i comportamenti oggetto di iniziative di promozione della salute a scuola e negli ambulatori pediatrici (spuntini/bibite), indicano come punti di forza del Progetto la rete di alleanze e i messaggi semplici e condivisi tra i diversi attori.
- Tale metodologia di intervento ha mostrato un'efficacia apprezzabile, pur impiegando risorse relativamente ridotte; sarebbe pertanto auspicabile estenderla ad altre realtà, in virtù del fatto che strumenti e percorsi formativi sono stati codificati e quindi permettono di garantire la riproducibilità dell'esperienza. ■

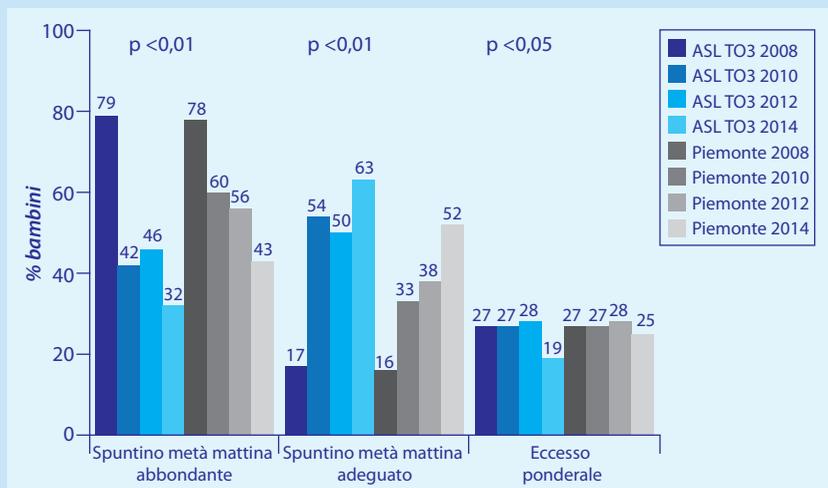


Figura - Dati dell'indagine OKkio alla SALUTE sugli spuntini mattutini e sull'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) nei bambini di 8-9 anni nella ASL TO3 (area di intervento) e nella regione Piemonte (area di controllo) nel 2008, 2010, 2012 e 2014 (2, 3)

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare agli operatori delle ASL piemontesi per la preziosa collaborazione, agli insegnanti, ai bambini e ai genitori della ASL TO3 che hanno partecipato al Progetto Obiettivo spuntino e ai pediatri di famiglia che hanno sviluppato il Progetto Percorso diagnostico terapeutico nell'obesità in età pediatrica, contribuendo in modo decisivo al raggiungimento dei risultati ottenuti.

Dichiarazione sul conflitto di interessi

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. Regione Piemonte. Carta di identità dello spuntino: revisione dei dati della letteratura scientifica per gli operatori sanitari (www.aslto3.piemonte.it/info/prevenzione/dwd/educ_alimentare/allegato24_volume1.pdf).
2. OKkio alla SALUTE 2008-2010-2012-2014: sintesi dei dati nazionali. Regione Piemonte. OKkio alla SALUTE: risultati regionali delle indagini 2008, 2010, 2012, 2014 (www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni).
3. Regione Piemonte. OKkio alla SALUTE: risultati delle indagini 2008-2010-2012-2014 ASL TO3 (www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni).
4. Regione Piemonte. DoRS. Progetto Obiettivo spuntino. Approfondimenti sull'area di intervento del pediatra di famiglia (www.dors.it/page.php?idarticolo=2513).
5. Regione Piemonte. DoRS. Obiettivo spuntino: la formazione e i materiali (www.dors.it/page.php?idarticolo=2512).
6. www.dors.it

LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL GOVERNO CLINICO DELLA ASL 3 GENOVESE

Claudio Culotta¹, Raffaella Castiglia¹, Rosamaria Cecconi¹, Patrizia Crisci¹, Gianna Elisa Ferrando¹, Patricia Fortini¹ e Roberto Carloni²

¹Struttura di Epidemiologia, ASL 3 Genovese; ²Agenzia Regionale Sanitaria Liguria, Genova

SUMMARY (*Noncommunicable diseases prevention and health promotion in clinical governance of health local unit ASL 3 Genovese, Italy*) - The challenge for health care systems is to limit the impact of chronic diseases according to the global objectives of WHO for 2025. Surveillance systems on lifestyles can give a contribute with the objective of making prevention and health promotion significant in health local units clinical governance. In ASL 3 Genovese a first step in this direction was the preparation of a plan of prevention to share with the stakeholders in the perspective of a process of social construction of health.

Key words: health promotion; chronic diseases prevention; clinical governance

claudio.culotta@asl3.liguria.it

Introduzione

La sfida per i sistemi sanitari dei Paesi occidentali è quella di contenere l'impatto delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha formulato delle strategie globali, finalizzate alla riduzione entro il 2025 del 25% della mortalità prematura per malattie croniche, attraverso la copertura della popolazione con farmaci, tecnologie sanitarie e counseling, ma soprattutto attraverso la riduzione dei principali determinanti delle MCNT (Tabella).

Questi determinanti non sono legati soltanto a fattori genetici e biologici o a stili di vita individuali, ma anche a fattori socioeconomici, ambientali e culturali e alle disuguaglianze che si verificano nei contesti sociali.

Quindi una domanda fondamentale è: chi deve agire per ridurre l'impatto?

Il discorso non può rimanere circoscritto al settore sanitario, ma deve coinvolgere tutte le politiche in una prospettiva di costruzione sociale della salute, per rispondere ai bisogni della popolazione che non sono solo bisogni di assistenza, espressi da pazienti o gruppi a rischio,

ma anche di prevenzione e promozione della salute, riguardanti tutta la popolazione e spesso non espressi.

Materiali e metodi

Passando dal pensiero globale dell'OMS all'agire locale incontriamo numerose difficoltà di ordine pratico. La prima è legata alla misurazione del bisogno non espresso e all'organizzazione di risposte efficaci. Se ci riferiamo, ad esempio, alla sedentarietà, i dati dei sistemi di sorveglianza sugli stili di vita ci dicono che nella ASL 3 Genovese ridurre del 10% la percentuale dei residenti insufficientemente attivi entro il 2025 vuol dire che in quell'anno, rispetto alla situazione attuale, il numero dei bambini attivi (nelle cinque classi della scuola primaria) dovrà essere aumentato di 2.300 unità, quello degli adulti di 28.000 e quello degli over 65 di 6.500.

Come possiamo raggiungere questi obiettivi?

Nella ASL 3 Genovese siamo partiti dalla programmazione e dalla creazione di reti a livello aziendale. La struttura di Epidemiologia, a seguito del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-13, ha coordinato un percorso per la redazione di un

Piano aziendale della prevenzione e della promozione della salute 2013-15, anche allo scopo di dare continuità alla programmazione aziendale nel campo della promozione della salute, in attesa del nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-18. Il Piano aziendale parte da un profilo di salute e da una ricognizione delle iniziative esistenti, prevede la creazione di gruppi di lavoro multidisciplinari tematici, l'inserimento degli obiettivi nel processo di budget aziendale e l'attivazione di strumenti di monitoraggio.

Per raggiungere efficacemente il target è stato necessario rafforzare le reti di collaborazione con i portatori di interesse esterni all'azienda (Comuni, municipi, terzo settore, scuole e università) e formare gli operatori sanitari nel campo della comunicazione per la salute, attraverso l'utilizzo di metodi e strumenti propri del marketing sociale.

Risultati

Il Piano aziendale è stato approvato con delibera nel mese di aprile 2013. Nei gruppi di lavoro aziendali sono stati coinvolti oltre 100 operatori di tutti i servizi. I progetti censiti sono stati 93 e sono ►

Tabella - I 9 obiettivi globali per la riduzione entro il 2025 delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

Mortalità e morbilità

Riduzione del 25% della mortalità prematura per malattie croniche

Fattori di rischio per le MCNT

Riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol

Riduzione del 10% della sedenterietà

Riduzione del 30% del consumo di sale

Riduzione del 30% del fumo di tabacco

Riduzione del 25% dell'ipertensione

No aumento di diabete/obesità

Risposta dei sistemi nazionali

Copertura dell'80% con medicinali e tecnologie essenziali

Copertura del 50% di counselling e terapia farmacologica

stati organizzati secondo programmi e contesti. Il monitoraggio è stato eseguito semestralmente: nel giugno 2015, 73 progetti risultavano in linea con gli obiettivi e 20 avevano raggiunto parzialmente gli obiettivi o avevano richiesto una ridefinizione del cronoprogramma. Sono stati realizzati (in collaborazione con il Centro di documentazione per la promozione della salute - DoRS - del Piemonte corsi e laboratori di marketing sociale che hanno formato 75 operatori. Il Piano aziendale di prevenzione è stato presentato alla Conferenza dei sindaci della ASL 3 Genovese e sono stati avviati percorsi di integrazione fra la programmazione sanitaria e quella dei servizi sociali. Operatori della struttura di Epidemiologia fanno parte del tavolo "Città sane" del Comune di Genova e favoriscono la partecipazione della ASL alle relative iniziative. L'iniziale ricaduta sui cittadini ha visto, fra l'altro, la diffusione nel territorio delle proposte di attività fisica adattata (64 corsi attivi nel 2015, con 866 partecipanti) e lo sviluppo di gruppi di cammino in alcuni Comuni periferici, nonché la diffusione del progetto Pedibus in nuove scuole.

La recente approvazione del PNP 2014-18 e del PRP ligure (maggio 2015; successive integrazioni approvate nel gennaio 2016) rafforza l'attività di programmazione aziendale, grazie al buon livello di corrispondenza fra gli obiettivi centrali del PNP e gli obiettivi del precedente Piano aziendale.

In linea con gli indirizzi regionali, nella ASL 3 Genovese sono partite o sono state programmate nuove iniziative.

È stato avviato un programma di promozione della salute nel *setting* lavorativo rivolto ai dipendenti della ASL (che sono tutti potenzialmente promotori di salute) e in questo ambito è stata recentemente ultimata un'indagine conoscitiva (basata sul questionario PASSI,

integrato da una sezione del questionario FIASO sul benessere organizzativo aziendale), su un campione rappresentativo di 400 dipendenti della ASL.

In collaborazione con i servizi di medicina penitenziaria e la direzione del carcere genovese sono previste attività di formazione rivolte al personale sanitario e a quello addetto alla custodia.

Si stanno organizzando, in collaborazione con i clinici, gruppi di cammino per pazienti diabetici e psichiatrici, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e di ridurre le disuguaglianze nel campo della salute.

Discussione e conclusioni

Nella ASL 3 Genovese gli operatori della struttura di Epidemiologia partecipano al ciclo di programmazione e controllo a livello locale, cioè alla *clinical governance* aziendale. Questa partecipazione è importante se si vuole evitare il rischio che la prevenzione e la promozione della salute risultino poco rilevanti per l'azienda.

Rimangono, tuttavia, alcune criticità rispetto alle quali è necessario fare ulteriori progressi, anche attraverso il Piano attuativo aziendale del PRP 2014-18.

Bisogna che tutti i progetti che sono tra loro omogenei per finalità o contesti siano inseriti in un programma unitario che va condiviso sia nella ASL che con la comunità di riferimento (quartiere, unità urbanistica, piccolo Comune). Ad esempio, si avrà un unico programma di promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione in tutte le età della vita e nei vari contesti, articolato in vari "pacchetti di lavoro" e coordinato, a livello aziendale, da un gruppo multidisciplinare di operatori. Questo collaborerà con i portatori di interesse esterni a livello metropolitano e nelle comunità locali. Analogamente, i progetti di promozione della salute nel *setting* scolastico, finalizzati

non solo all'acquisizione di conoscenze, ma soprattutto allo sviluppo di *life skill* nei giovani, non saranno programmati e realizzati da singoli servizi, ma da équipe multidisciplinari e intersettoriali, collegate alla comunità locale e comprendenti gli insegnanti, le famiglie, le istituzioni locali e le associazioni.

Occorre consolidare la collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attraverso le nuove forme di associazione di tali medici (Unità territoriali di assistenza primaria) e in collaborazione con i distretti.

È necessario, inoltre, proseguire e rafforzare il lavoro di condivisione di obiettivi e strategie con tutti i portatori di interesse, sottolineando i collegamenti tra stili di vita per la salute e comportamenti sobri finalizzati al rispetto dell'ambiente e alla qualità di vita nelle comunità locali: mobilità attiva e sostenibile, contrasto alle varie forme di dipendenza (compresa la dipendenza dai media, dalla pubblicità, dai consumi), contrasto alle disuguaglianze socioeconomiche e culturali. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

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. Global status report on non communicable diseases, 2014 (www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/).
2. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies; 1991.
3. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q* 2003;7(1):73-82.
4. Fattori G, French J, Blair-Stevens C (Ed.). *Guida operativa al marketing sociale*. Modena: Artestampa; 2009.

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Paola Luzi
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso
 e-mail: ben@iss.it

segue

mente, 74,1% vs 76,5%) (andamento non mostrato). La percentuale di stranieri con IST testati per HIV è stata sempre più alta, nell'intero periodo, rispetto alla percentuale degli italiani; in particolare, nel 2014 la percentuale di stranieri con IST testati per HIV è stata pari al 79,1%, mentre quella degli italiani è stata pari al 75,3%. Inoltre, la percentuale di MSM con IST testati per HIV è stata sempre più alta, nell'intero periodo, rispetto a quella degli eterosessuali; in particolare, nel 2014 la percentuale di MSM con IST testati per HIV è stata pari all'89,7%, mentre quella degli eterosessuali è stata pari al 72,8%. Infine, la percentuale di consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva nella vita con IST testati per HIV è stata sempre più alta, nell'intero periodo, rispetto a quella dei non consumatori; in particolare, nel 2014 la percentuale di consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva nella vita con IST testati per HIV è stata pari al 75,0%, mentre quella dei non consumatori è stata pari al 73,3% (andamenti non mostrati).

Prevalenza di HIV

Nei soggetti con IST si osserva un decremento della prevalenza HIV con alcuni picchi specifici (Figura 23). 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 9,5% del 2014 (Figura 23). Negli uomini eterosessuali con IST, si è osservata una riduzione della prevalenza HIV dal 5,6% del 1991 all'1,3% del 2005,

successivamente si è assistito a un lieve aumento con una stabilizzazione fino all'1,9% del 2014 (Figura 24). Nelle donne con IST, si è osservata una riduzione della prevalenza HIV dal 7,9% del 1991 all'1,6% del 2006, successivamente si è assistito a una stabilizzazione e a una lieve ripresa fino al 3,0% del 2014 (Figura 24). Negli MSM con IST, la prevalenza HIV si è notevolmente ridotta, passando dal 28,0% del 1991 al 10,8% del 2008, successivamente si è assistito a un aumento fino al 31,2% del 2014 (Figura 24). Negli italiani con IST, la prevalenza HIV è diminuita passando dal 9,0% del 1991 al 5,4% del 2008, successivamente vi è stato un aumento fino al 9,3% del 2014 (Figura 24). Negli stranieri con IST, la prevalenza di HIV è diminuita dal 6,9% del 1991 al 2,8% del 2006. Successivamente, si è assistito a un aumento fino al 10,7% del 2014 (Figura 24). Infine, la prevalenza di HIV si è notevolmente ridotta tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva nella vita con IST, passando dal 62,1% del periodo 1991-1994 al 15,4% del periodo 2011-2014 (andamento non mostrato).

Nuovi HIV positivi

Durante l'intero periodo (1991-2014), nei soggetti con IST HIV positivi si osserva un decremento della percentuale dei nuovi HIV positivi. In particolare, la più alta percentuale di soggetti con IST nuovi HIV positivi si è osservata nel 2001 (45,8%) e nel 2008 (48,5%), mentre la più bassa percentuale di soggetti con IST nuovi HIV positivi si è osservata nel 1996 (13,3%) e nel 2014 (14,5%). ▶

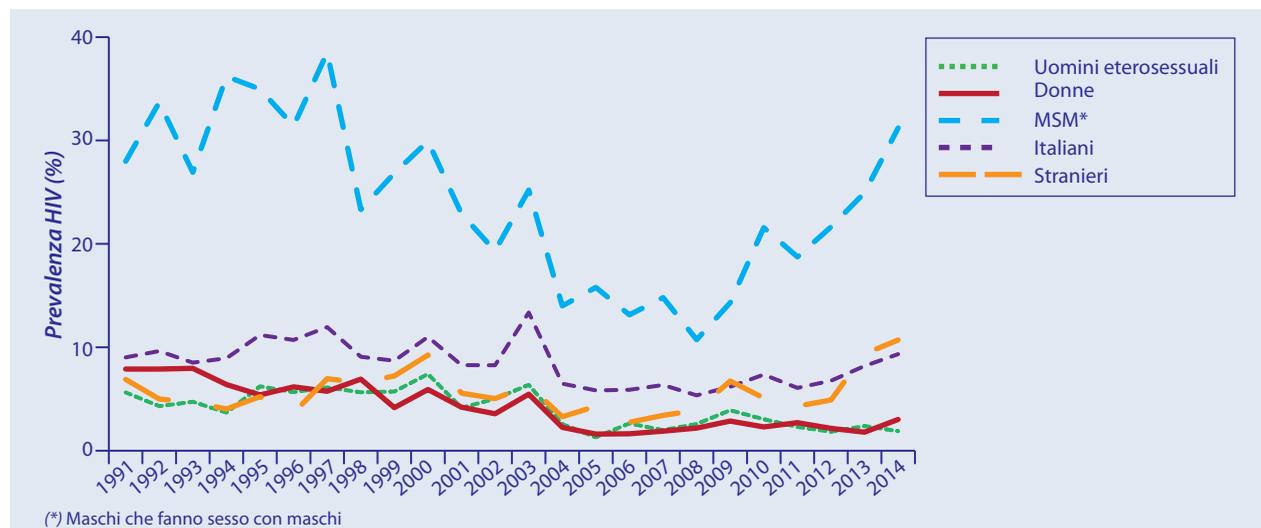


Figura 24 - Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di soggetti con IST (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

SINTESI FINALE

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST in Italia è rilevante e non si osserva una diminuzione del numero totale dei casi segnalati nel tempo, è anzi registrato un incremento negli ultimi anni (2011-2014).

In particolare, si osserva un incremento degli uomini con IST nel periodo 2005-2014; 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 di stranieri con IST (16% nel 2014), che rappresenta una quota più elevata rispetto alla percentuale di stranieri presenti nel nostro Paese, pari all'8%, indicando come il centro IST costituisca un buon punto di aggancio con il Servizio Sanitario Nazionale (10).

La frequenza e la diffusione delle IST tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva è diminuita, probabilmente perché sono diminuiti i consumatori per via iniettiva nel nostro Paese.

È importante sottolineare che le IST attualmente a notifica obbligatoria, quali sifilide, gonorrea e pediculosi del pube, rappresentano solo il 18% circa dei casi diagnosticati e curati nei centri clinici del Sistema di sorveglianza nel 2014.

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, 11). Dai nostri dati, i fattori maggiormente

associati a questo aumento sono risultati i rapporti tra gli MSM, l'elevato numero di partner e la positività per HIV.

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. Inoltre, è evidente una più alta proporzione di diagnosi di infezione da Ct tra i giovani (15-24 anni), osservata anche in altri Paesi europei e probabilmente legata al fatto che i tessuti genitali nei giovani sono ancora immaturi e, quindi, più recettivi agli agenti patogeni (12, 13).

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). In particolare, è evidente una più alta proporzione di diagnosi di condilomi ano-genitali tra i giovani (15-24 anni).

Inoltre, l'aumento delle segnalazioni di LGV a partire dal 2006 ha interessato principalmente gli MSM, che nella maggior parte dei casi erano co-infetti con l'HIV e riferivano un elevato numero di partner negli ultimi sei mesi. Un andamento analogo e fattori di rischio simili sono stati riportati anche in altri Paesi europei dal 2002 in poi (14).

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; i soggetti segnalati dopo il 2008 sono costituiti prevalentemente da MSM e da persone che già sapevano di essere HIV positive, suggerendo un'augmentata esposizione a rapporti sessuali non protetti in questi gruppi. Nel 2014, la prevalenza di HIV tra le persone con una IST confermata è stata circa 60 volte (15) 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 (16).



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. 31](#)). Gli obiettivi, i metodi e gli strumenti per la raccolta dei dati del Sistema sono stati descritti in precedenti fascicoli del *Notiziario* (9, 17-19). 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'eventuale 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. 32).

LA CASISTICA

La casistica completa per tutti i 13 laboratori di microbiologia clinica è disponibile sino al 31 dicembre 2014. Dal 1° aprile 2009 al 31 dicembre 2014 i laboratori di microbiologia clinica hanno segnalato 111.018 campioni, analizzati per un'indicazione di approfondimento diagnostico per almeno una delle tre infezioni.

L'andamento dei campioni segnalati per anno è riportato in Figura 25. Sono stati segnalati in media 18.503 campioni all'anno (minimo: 15.845; massimo: 21.366).

Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

Le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli individui dai quali sono stati raccolti i campioni, per genere, sono riportate in Tabella 6* (p. 36). Si è scelto di riportare, oltre ai ►

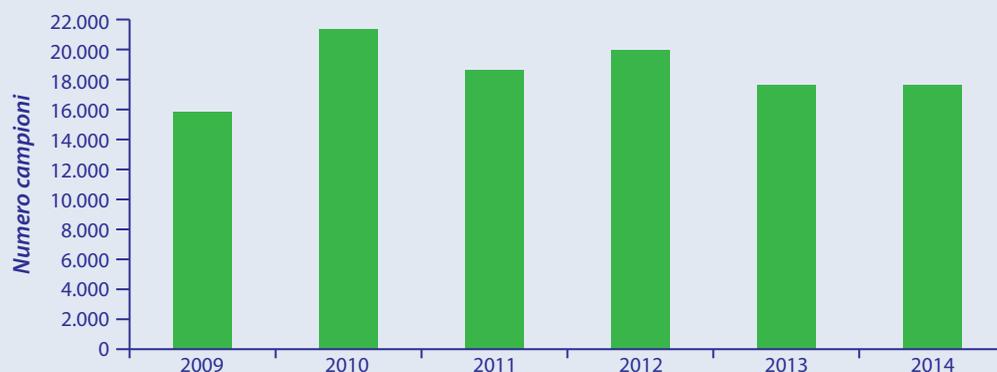


Figura 25 - Andamento dei campioni segnalati dai laboratori per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-giugno 2014)

(*) Le Tabelle 6-9 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica sono riportate da p. 36 a p. 39.

dati relativi all'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2014), anche quelli relativi al 2014, ultimo anno a disposizione, per dare un quadro più recente della situazione.

Intero periodo (aprile 2009-dicembre 2014)

L'87,0% (n. 96.594) degli individui da cui sono stati prelevati i campioni era costituito da donne e il 13,0% (n. 14.411) da uomini (Tabella 6, p. 36).

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 15,0% (n. 16.513) degli individui da cui sono stati prelevati i campioni era costituito da stranieri; di questi, il 60,3% proveniva da altri Paesi europei, il 18,5% dall'Africa, l'11,9% dall'America e il 9,3% dall'Asia e dall'Oceania. In particolare, tra le donne, la quota di stranieri era maggiore rispetto agli uomini (15,8% *vs* 9,6%). Tra le donne straniere, il 60,8% proveniva da altri Paesi europei, il 18,0% dall'Africa, il 12,2% dall'America e il 9,0% dall'Asia e dall'Oceania; mentre, tra gli uomini, il 54,8% proveniva da altri Paesi europei, il 23,5% dall'Africa, il 13,5% dall'Asia e dall'Oceania e l'8,2% dall'America (Tabella 6, p. 36).

La maggior parte dei campioni sono stati richiesti da medici di medicina generale (MMG) e da ginecologi (Tabella 6, p. 36). In particolare, tra le donne la maggior parte dei campioni sono stati richiesti da MMG (41,2%), da ginecologi (29,0%) e da reparti ospedalieri (9,4%); mentre tra gli uomini la maggior parte dei campioni sono stati richiesti da MMG (52,1%), da centri infertilità (15,8%) e da centri IST (10,5%) (Tabella 6, p. 36). I laboratori del Nord Italia hanno segnalato il 51,8% dei campioni, quelli del Centro il 34,3% e quelli del Sud il 13,9% (dati non mostrati). Il 27,7% delle donne era in gravidanza (Tabella 6, p. 36).

Il 50,6% (n. 53.981) degli individui presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione, mentre il 49,4% era asintomatico (49,4% donne; 49,2% uomini) (Tabella 6, p. 36). In particolare, i soggetti provenienti da centri IST erano sintomatici nel 65,0% dei casi, quelli provenienti da consultori nel 64,4% dei casi, quelli provenienti da MMG nel 60,6% dei casi, quelli provenienti da dermatologi nel 61,5% dei casi, quelli provenienti da urologi nel 60,5% dei casi, quelli provenienti dai ginecologi nel 46,0% dei casi, quelli provenienti da accesso diretto al laboratorio nel 47,4% dei casi, quelli

provenienti dai reparti ospedalieri nel 26,3% dei casi e quelli provenienti dai centri di infertilità nel 18,3% dei casi (dati non mostrati).

Relativamente ai metodi contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi, il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 7,6% degli uomini e dal 7,3% delle donne non gravide. Il 77,4% degli uomini e il 68,6% delle donne non gravide hanno riferito di non utilizzare nessun metodo contraccettivo (Tabella 6, p. 36).

Relativamente alle caratteristiche comportamentali, il 15,5% degli uomini ha dichiarato di aver avuto più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi, rispetto al 3,9% delle donne. Inoltre, l'86,3% degli uomini ha dichiarato di avere un partner stabile da almeno tre mesi rispetto al 94,9% delle donne (Tabella 6, p. 36).

Delle 111.018 determinazioni totali, 97.314 (87,7%) sono state quelle mirate alla ricerca di Tv, 83.955 (75,6%) alla ricerca di Ct, e 62.004 (55,9%) alla ricerca di Ng (Tabella 6, p. 36). In particolare, delle 96.594 determinazioni in donne, 88.162 (91,3%) sono state quelle mirate alla ricerca di Tv, 71.678 (74,2%) alla ricerca di Ct e 49.703 (51,5%) alla ricerca di Ng; mentre delle 14.411 determinazioni in uomini, 9.142 (63,4%) sono state quelle mirate alla ricerca di Tv, 12.269 (85,1%) alla ricerca di Ct e 12.295 (85,3%) alla ricerca di Ng (Tabella 6, p. 36). Nelle donne la ricerca di Ct è stata eseguita per l'89,7% dei casi con tampone cervicale e negli uomini per il 54,7% dei casi con tampone uretrale. Nelle donne la ricerca di Tv è stata eseguita per l'80,4% dei casi con tampone vaginale e negli uomini per il 50,6% dei casi con urina primo mitto. Nelle donne la ricerca di Ng è stata eseguita per il 62,9% dei casi con tampone cervicale e negli uomini per il 59,6% dei casi con tampone uretrale (dati non mostrati). La diagnosi di infezione da Ct è stata eseguita sempre tramite test di amplificazione degli acidi nucleici (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 Ng è stata eseguita tramite esame colturale nel 79,5% degli uomini e nell'86,5% delle donne. La diagnosi di Tv è stata eseguita tramite esame microscopico nel 52,8% degli uomini e nel 58,6% delle donne.

Anno 2014

La distribuzione delle caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche, che si è osservata nel 2014, è riportata in Tabella 6, p. 36.

Infezione da *Chlamydia trachomatis*

Nell'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2014), la prevalenza dell'infezione da Ct è risultata pari al 3,4% (n. 2.818 casi): in particolare, 8,2% tra gli uomini e 2,5% tra le donne (Tabella 7, p. 37).

Andamento dei testati e della prevalenza

La Figura 26 mostra l'andamento temporale del numero dei soggetti testati per Ct e la prevalenza di Ct per anno. Dall'aprile 2009 al dicembre 2014 si osservano cambiamenti nel numero di soggetti testati per Ct, con valori più elevati nel 2010 e una stabilizzazione 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 2014)

Nell'intero periodo (Tabella 7, p. 37), 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 7, p. 37). In particolare, la prevalenza di Ct diminuisce al crescere dell'età, dall'8,6% tra i soggetti di 15-24 anni, al 3,5% tra i soggetti di 25-34 anni, all'1,8% tra i soggetti di età superiore ai 34 anni (Figura 25). Questo decremento della prevalenza di Ct per classe di età si osserva sia tra le donne che tra gli uomini (Figura 27).

Inoltre, nell'intero periodo, la prevalenza di Ct è risultata più elevata (Tabella 7, p. 37): tra gli individui provenienti dai centri IST rispetto a tutti gli altri individui (12,4% *vs* 3,0%; 3,0% dato non mostrato ►

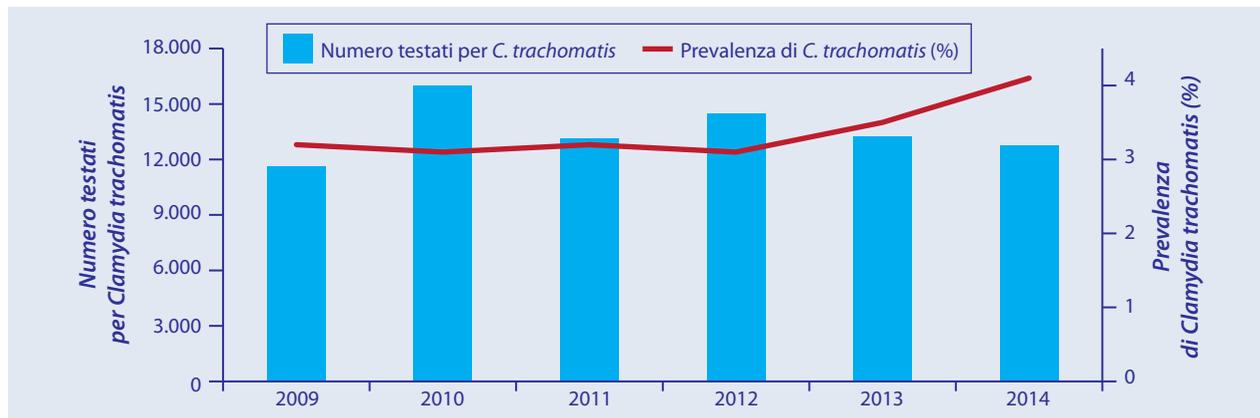


Figura 26 - Andamento del numero dei soggetti testati per *Chlamydia trachomatis* e della prevalenza di *Chlamydia trachomatis* per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

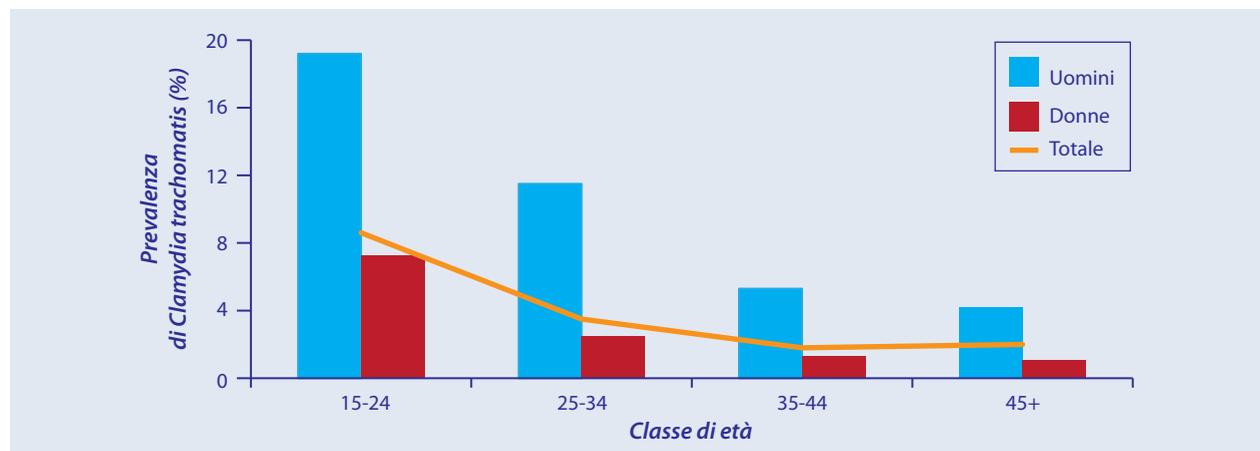


Figura 27 - Prevalenza di *Chlamydia trachomatis* per classe di età e per genere: 71.678 donne e 12.269 uomini testati per *Chlamydia trachomatis* (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

in Tabella 7, p. 37); tra i soggetti testati nei laboratori del Nord Italia rispetto ai soggetti testati nei laboratori del Centro-Sud Italia (4,7% vs 1,9%; 1,9% dato non mostrato in Tabella 7, p. 37); tra le donne non gravide rispetto alle gravide (2,9% 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 i soggetti che hanno riferito di utilizzare metodi non barriera rispetto ai soggetti che hanno dichiarato l'uso costante del condom o nessun metodo contraccettivo (rispettivamente, 6,1% vs 3,1% e 6,1% vs 2,9%); 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 (14,0% 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 (10,9% 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 13,3% vs italiane 7,0%) e delle gravide (straniere 2,6% vs italiane 0,9%) (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 (18,4% vs 5,1%); tra gli uomini senza partner stabile da almeno tre mesi rispetto a quelli con partner stabile da almeno tre mesi (16,9% vs 5,7%) (dati non mostrati).

Nell'intero periodo, dei 2.818 soggetti positivi alla Ct, più di un terzo (34,0%) non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campio-

ne; in particolare, la quota di asintomatici è risultata maggiore tra le donne rispetto agli uomini (37,0% vs 28,7%) e tra le donne gravide rispetto alle non gravide (55,7% vs 34,6%) (dati non mostrati).

Anno 2014

Nel 2014, la prevalenza di Ct è risultata pari al 4,1% (n. 538): in particolare, 7,5% tra gli uomini e 3,2% tra le donne. Le prevalenze di Ct nei diversi sottogruppi di soggetti sono riportate in Tabella 7 (p. 37). Nel 2014, dei 538 soggetti positivi alla Ct, circa un terzo (37,1%) 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 (39,7% vs 32,8%) e tra le donne gravide rispetto alle non gravide (48,6% vs 40,2%) (dati non mostrati).

Infezione da *Trichomonas vaginalis*

Nell'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2014), la prevalenza dell'infezione da Tv è risultata pari allo 0,8% (n. 734 casi): in particolare, 0,1% tra gli uomini e 0,8% tra le donne (Tabella 8, p. 38).

Andamento dei testati e della prevalenza

La Figura 28 mostra l'andamento temporale del numero dei soggetti testati per Tv e la prevalenza di Tv per anno. Dall'aprile 2009 al dicembre 2014 si osservano cambiamenti nel numero dei soggetti testati per Tv, con valori più elevati nel 2010 e una stabilizzazione negli anni successivi. Nello stesso periodo, la prevalenza di Tv ha mostrato un incremento progressivo dal 2010 al 2014.

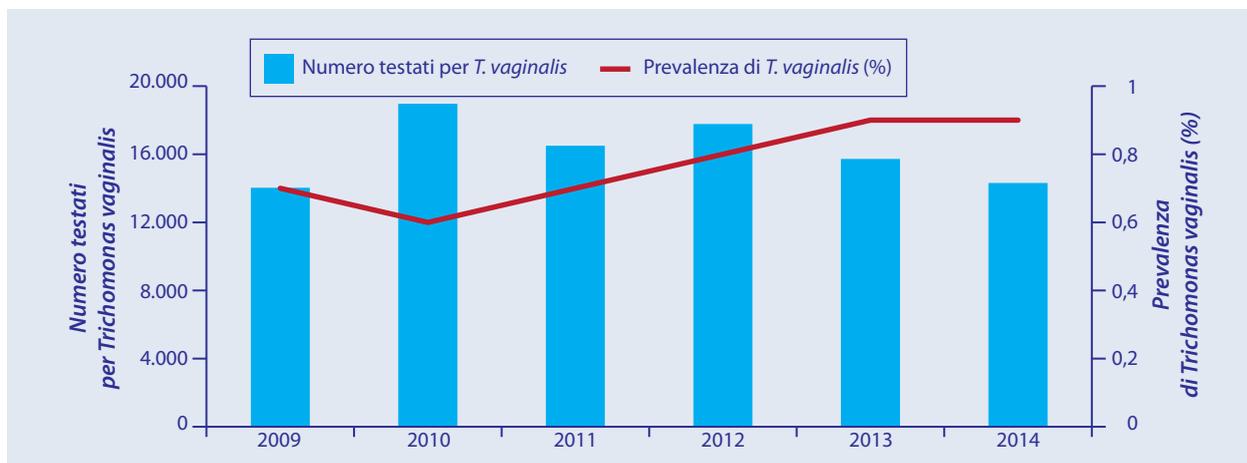


Figura 28 - Andamento del numero dei soggetti testati per *Trichomonas vaginalis* e della prevalenza di *Trichomonas vaginalis* per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

Determinanti socio-demografici, clinici e comportamentali

Intero periodo (aprile 2009-dicembre 2014)

Nell'intero periodo, la prevalenza di Tv è risultata più alta (Tabella 8, p. 38): 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 8, p. 38); 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 aver avuto più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi rispetto a quelli che ne hanno riferito nessuno o uno (0,9% vs 0,6%); 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 (1,7% 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 tre mesi rispetto a quelle con partner stabile da almeno tre mesi (1,5% vs 0,7%) (dati non mostrati).

Nell'intero periodo, dei 734 soggetti positivi al Tv, un quarto (24,2%) 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 (31,5% vs 20,9%) e tra le donne gravide rispetto alle non gravide (47,6% vs 19,2%) (dati non mostrati).

Anno 2014

Nel 2014, la prevalenza di Tv è risultata pari allo 0,9% (n. 129): in particolare, 0,0% tra gli uomini e 1,0% tra le donne. Le prevalenze di Tv nei diversi sottogruppi di soggetti sono riportate in Tabella 8, p. 38. Nel 2014, dei 129 soggetti positivi al Tv, il 20,7% non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione (dati non mostrati).

Infezione da *Neisseria gonorrhoeae*

Nell'intero periodo (aprile 2009-dicembre 2014), la prevalenza dell'infezione da Ng è risultata pari allo 0,5% (n. 313 casi): in particolare, 2,1% tra gli uomini e 0,1% tra le donne (Tabella 9, p. 39).

Andamento dei testati e della prevalenza

La Figura 29 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 di Ng ha mostrato un aumento tra il 2010 e il 2011 e una successiva riduzione e stabilizzazione fino al 2014.

Determinanti socio-demografici, clinici e comportamentali

Intero periodo (aprile 2009-dicembre 2014)

Nell'intero periodo, la prevalenza di Ng è risultata più alta (Tabella 9, p. 39): tra i soggetti provenienti dai centri IST rispetto agli altri (4,4% vs 0,4%; 0,4% dato non mostrato in Tabella 9, ►

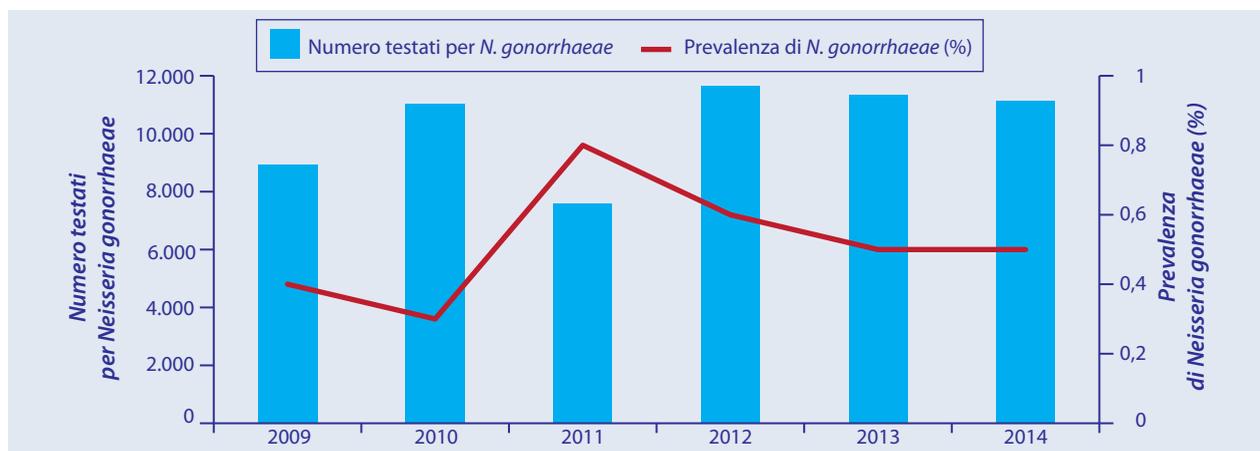


Figura 29 - Andamento del numero dei soggetti testati per *Neisseria gonorrhoeae* e della prevalenza di *Neisseria gonorrhoeae* per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

p. 39); 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 9, p. 39); tra i soggetti con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto a quelli 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 (2,6% *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 (2,3% *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* 0,0%); 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 (3,6% *vs* 1,2%); tra quelli con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione rispetto agli asintomatici (3,7% *vs* 0,4%); tra gli uomini con più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi rispetto a quelli con nessuno o uno (5,0% *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 313 soggetti positivi alla Ng, l'11,3% non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione (dati non mostrati).

Anno 2014

Nel 2014, la prevalenza di Ng è risultata pari allo 0,5% (n. 56): in particolare, 1,9% tra gli uomini e 0,2% tra le donne. Le prevalenze di Ng nei diversi sottogruppi di soggetti sono riportate in Tabella 9, p. 39.

Nel 2014, dei 56 soggetti positivi alla Ng, il 7,5% 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%) (20). Gli stranieri rappresentano il 15,0% della popolazione e la maggior parte di questi provengono da altri Paesi europei o dall'Africa, riflettendo la distribuzione degli stranieri in Italia (10). 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 è 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 sottolineano che le donne gravide 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 25 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/paginaInternaMenu-Malattiefettive.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. ISTAT. Popolazione straniera residente al 31 dicembre 2014 (www.demo.istat.it).
11. 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.
12. Salfa MC, Latino MA, Regine V, et al. Prevalence and determinants of Chlamydia trachomatis infection among sexually active women in Turin, Italy. *IJPH* 2011;8(3):295-301.
13. Stevens-Simon C, Sheeder J. *Chlamydia trachomatis*: common misperceptions and misunderstandings. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18(4):231-43.
14. Savage EJ, van de Laar MJ, Gallay A, et al. European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) network. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. *Euro Surveill* 2009;14(48):pii=19428.
15. Raimondo M, Camoni L, Regine V, et al. Caratteristiche delle persone che vivono con l'HIV e con l'AIDS in Italia *Not Ist Super Sanità* 2013;26(2):3-6.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. ISTAT. Popolazione residente al 1° gennaio 2015 (www.demo.istat.it).

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM 2014

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

UNITÀ OPERATIVA RICERCA PSICO-SOCIO-COMPORTAMENTALE, COMUNICAZIONE, FORMAZIONE



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 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 di Dermatologia Genitale e per le IST
S.C. Dermatologia
Città della Salute e della Scienza di Torino
Via Cherasco, 23
10123 Torino
Responsabile: **Sergio DELMONTE**
Collaboratore: **Elena Stroppiana**

Liguria

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

Lombardia

Centro MTS - Istituto Scienze Dermatologiche
Fondazione Ca' Granda
Università di Milano
Via Pace, 9
20122 Milano
Responsabile: **Marco CUSINI**
Collaboratore: **Stefano Ramoni**

Centro MTS
Azienda Spedali Civili di Brescia
Università degli Studi di Brescia
Piazza Spedali Civili, 1
25125 Brescia
Responsabile: **Alberto MATTEELLI**
Collaboratore: **Alessandra Apostoli**

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

Trentino-Alto Adige

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

Friuli-Venezia Giulia

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

Emilia-Romagna

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

Toscana

ASF/Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale
Università di Firenze - Presidio Ospedaliero P. Palagi
Viale Michelangiolo, 41
50125 Firenze
Responsabile: **Giuliano ZUCCATI**
Collaboratore: **Laura Tiradritti**

Lazio

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

Puglia

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

Sardegna

Centro MST - Clinica Dermatologica
Azienda Ospedaliero Universitaria
Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche
PO S. Giovanni di Dio
Via Ospedale, 46
09124 Cagliari
Responsabile: **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

S.C.U. di Microbiologia - PO S. Anna
Città della Salute e della Scienza di Torino
Corso Spezia, 60
10100 Torino

Responsabile: **Alessandra SACCHI**
Collaboratore: **Maria Agnese Latino**

Laboratorio Analisi Microbiologia - Ospedale Civile di Ivrea
Piazza Credenza, 2
10015 Ivrea (TO)

Responsabile: **Ivana RAPETTI**
Collaboratore: **Eleonora Stacchini**

Lombardia

UO Microbiologia -
Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese
Via Giovanni Paolo II
20025 Legnano (MI)

Responsabile: **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

Responsabile: **Rosanna Predazzer**

Friuli-Venezia Giulia

SOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli"
Via Montereale, 24
33170 Pordenone

Responsabile: **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

Responsabile: **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

Responsabile: **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)

Responsabile: **Barbara PIERETTI**
Collaboratore: **Marco Moretti**

Lazio

UOC Microbiologia e Virologia
Ospedale Sandro Pertini
Via dei Monti Tiburtini, 385
00157 Roma

Responsabile: **Maria Carmela CAVA**
Collaboratore: **Maria Vittoria De Sandro**

Calabria

UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedaliera di Cosenza
Via Zara
87100 Cosenza

Responsabile: **Cristina GIRALDI**
Collaboratore: **Daniela Perugini**

UO Microbiologia e Virologia
Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme
Via A. Perugini, 1
88046 Lamezia Terme (CZ)

Responsabile: **Rosa Anna LEONE**
Collaboratore: **Pasquale Minchella**

Puglia

Sezione Virologia
e Biologia Molecolare
Laboratorio "Dr. Pignatelli" srl
Via Martiri d'Otranto, 2
73100 Lecce

Responsabile: **Luigi TAGLIAFERRO**
Collaboratore: **Paola Menegazzi**

UOS Biologia Molecolare
Laboratorio Patologia Clinica
PO Galatina
ASL Lecce
Via Padre Pio, 5
73013 Galatina (LE)

Responsabile: **Anna Rita BRUNO**
Collaboratore: **Federica Mellone**

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 centri clinici per le IST 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 afferenti a servizi ospedalieri

Tabelle 2-5 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici
Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei soggetti con IST, per genere: intero periodo e 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici)

Caratteristiche	1991-2014						2014					
	Totale soggetti		Uomini		Donne		Totale soggetti		Uomini		Donne	
	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a
Totale	109.117	100,0	76.921	100,0	32.196	100,0	6.089	100,0	4.397	100,0	1.692	100,0
Classe di età (in anni)												
15-24 anni	21.186	19,4	12.456	16,2	8.730	27,1	1.160	19,1	677	15,4	483	28,5
25-44 anni	68.887	63,2	49.924	64,9	18.963	58,9	3.659	60,1	2.702	61,5	957	56,5
45 e più anni	18.980	17,4	14.489	18,8	4.491	14,0	1.269	20,8	1.017	23,1	252	14,9
Dato non disponibile	64		52		12		1		1		0	
Nazionalità												
Italiani	83.535	80,8	59.794	82,3	23.741	77,3	5.077	83,8	3.746	85,7	1.331	78,9
Stranieri	19.869	19,2	12.892	17,7	6.977	22,7	980	16,2	625	14,3	355	21,1
Europa ^b	8.112	40,8	4.464	34,6	3.648	52,3	433	44,2	241	38,5	192	54,1
Africa ^b	5.780	29,1	4.568	35,4	1.212	1,4	176	18,0	133	21,3	43	12,1
America ^b	3.511	17,7	2.227	17,3	1.284	18,4	197	20,1	133	21,3	64	18,0
Asia e Oceania ^b	1.635	8,2	1.146	8,9	489	7,0	111	1,3	88	14,1	23	6,5
Non determinati ^{b,c}	831	4,2	487	3,8	344	4,9	63	6,4	30	4,8	33	9,3
Dato non disponibile	5.713	-	4.235	-	1.478	-	32	-	26	-	6	-
Livello di istruzione												
Nessuno	2.005	2,2	1.550	2,4	455	1,6	101	2,0	79	2,2	22	1,5
Scuola dell'obbligo	39.379	42,9	28.028	43,9	11.351	40,7	1.677	33,2	1.215	34,1	462	31,1
Diploma	40.293	43,9	27.224	42,6	13.069	46,8	2.440	48,3	1.693	47,5	747	50,2
Laurea	10.105	11,0	7.063	11,1	3.042	10,9	832	16,5	576	16,2	256	17,2
Dato non disponibile	17.335	-	13.056	-	4.279	-	1.039	-	834	-	205	-
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST												
0-1	51.132	50,7	30.024	42,6	21.108	69,3	2.693	55,8	1.621	47,6	1.072	75,7
2-5	42.920	42,5	34.629	49,2	8.291	27,2	1.873	38,8	1.541	45,2	332	23,4
≥ 6	6.828	6,8	5.767	8,2	1.061	3,5	258	5,4	245	7,2	13	0,9
Dato non disponibile	8.237	-	6.501	-	1.736	-	1.265	-	990	-	275	-
Contraccettivi usati nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST												
Nessuno	46.087	46,2	31.591	45,3	14.496	48,0	1.867	35,9	1.238	33,9	629	40,9
Condom sempre	8.082	8,1	6.435	9,2	1.647	5,5	784	15,1	639	17,5	145	9,4
Condom saltuario	37.787	37,8	30.546	43,8	7.241	24,0	2.284	44,0	1.750	47,9	534	34,7
Pillola	5.793	5,8			5.793	19,2	212	4,1			212	13,8
Altro	2.103	2,1	1.110	1,7	993	3,3	46	0,9	28	0,8	18	1,2
Dato non disponibile	9.265	-	7.239	-	2.026	-	896	-	742	-	154	-
Uso di droghe per via iniettiva nella vita												
Sì	2.787	3,3	1.982	3,4	805	3,1	60	1,7	55	2,2	5	0,5
No	80.443	96,7	55.572	96,6	24.871	96,9	3.417	98,3	2.471	97,8	946	99,5
Dato non disponibile	25.887	-	19.367	-	6.520	-	2.612	-	1.871	-	741	-
Pregresse IST												
Sì ^{22.432}	22.432		24.452		17.315		26.012		29,7	277	16,6	
No	78.234	77,7	53.253	75,6	24.981	82,7	4.395	74,0	3.003	70,3	1.392	83,4
Dato non disponibile	8.451	-	6.448	-	2.003	-	148	-	125	-	23	-
Modalità di trasmissione												
Eterosessuali	89.781	83,7	57.585	76,7	32.196	100,0	4.695	79,1	3.003	70,8	1.692	100,0
MSM ^d	17.529	16,3	17.529	23,3	0	0,0	1.240	20,9	1.240	29,2	0	0,0
Dato non disponibile	1.807	-	1.807	-	0		154		154		0	
Tipo di IST in atto												
Virale	59.656	54,7	43.677	56,8	15.979	49,6	4.268	70,1	3.010	68,5	1.258	74,3
Batterica	46.662	42,8	31.334	40,7	15.328	47,6	1.775	29,2	1.356	30,8	419	24,8
Parassitaria	2.322	2,1	1.910	2,5	412	1,3	32	0,5	31	0,7	1	0,1
Protozoaria	477	0,4	0	0,0	477	1,5	14	0,2	0	0,0	14	0,8

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) percentuali calcolate sul totale degli stranieri; (c) non determinati: nazionalità non determinata; (d) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Tabella 3 - Distribuzione totale e per genere dei casi per tipo di IST diagnosticata: intero periodo e 2014 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

IST diagnosticate	1991-2014						2014					
	Totale		Uomini		Donne		Totale		Uomini		Donne	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	109.117	100,0	76.921	100,0	32.196	100,0	6.089	100,0	4.397	100,0	1.692	100,0
Virali												
Condilomi ano-genitali	44.238	40,5	32.488	42,2	11.750	36,5	3.367	55,3	2.396	54,5	971	57,4
Herpes genitale	8.247	7,6	6.084	7,9	2.163	6,7	387	6,4	257	5,8	130	7,7
Mollusco contagioso	7.171	6,6	5.105	6,6	2.066	6,4	514	8,4	357	8,1	157	9,3
Batteriche												
Cervicovaginite NG-NC*	8.942	8,2	0	0,0	8.942	27,8	144	2,4	0	0,0	144	8,5
Uretrite NG-NC*	7.590	7,0	7.590	9,9	0	0,0	136	2,2	136	3,1	0	0,0
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	6.555	6,0	5.891	7,7	664	2,1	362	5,9	341	7,8	21	1,2
Sifilide latente	9.555	8,8	6.145	8,0	3.410	10,6	365	6,0	260	5,9	105	6,2
Reinfezione sifilitica	314	0,3	293	0,4	21	0,1	22	0,4	21	0,5	1	0,1
Cervicite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	352	0,3	0	0,0	352	1,1	19	0,3	0	0,0	19	1,1
Uretrite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	6.460	5,9	6.460	8,4	0	0,0	301	4,9	301	6,8	0	0,0
Cervicite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	1.905	1,7	0	0,0	1.905	5,9	127	2,1	0	0,0	127	7,5
Uretrite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	4.794	4,4	4.794	6,2	0	0,0	285	4,7	285	6,5	0	0,0
Linfogranuloma venereo	129	0,1	121	0,2	8	0,0	12	0,2	11	0,3	1	0,1
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	20	0,0	0	0,0	20	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,1
Ulcera venerea	42	0,0	38	0,0	4	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
Granuloma inguinale	4	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Protozoarie												
Cervico-vaginite da <i>Trichomonas vaginalis</i>	477	0,4	0	0,0	477	1,5	14	0,2	0	0,0	14	0,8
Parassitarie												
Pediculosi del pube	2.322	2,1	1.910	2,5	412	1,3	32	0,5	31	0,7	1	0,1

(*) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Tabella 4 - Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di soggetti con IST: intero periodo e 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici)

Caratteristiche	1991-2014		2014	
	Testati HIV n.	Prevalenza HIV % ^a	Testati HIV n.	Prevalenza HIV % ^a
Totale	76.176	7,5	4.617	9,5
Genere				
Uomini	55.221	8,8	3.363	12,0
Donne	20.955	4,1	1.254	3,0
Classe di età (in anni)				
15-24	15.750	2,9	909	2,8
25-34	31.063	7,5	1.699	5,9
≥35	29.332	10,0	2.008	15,7
Nazionalità				
Italiani	56.720	8,3	3.823	9,3
Stranieri	15.142	5,6	775	10,7
Europa ^b	6.392	3,4	356	7,3
Africa ^b	4.340	4,7	125	12,0
America ^b	2.749	13,5	159	19,5
Asia ^b	1.107	3,2	90	6,7
Non determinati ^{bc}	554	4,2	45	11,1
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	32.364	6,0	1.957	7,5
2-5	33.424	7,3	1.568	11,1
≥ 6	5.615	14,9	224	17,0
Uso di droghe per via iniettiva nella vita				
Sì	2.295	51,4	45	24,4
No	55.098	6,4	2.503	12,7
Precedenti IST				
Sì	15.589	19,0	1.128	26,4
No	54.992	4,5	3.397	4,0
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	60.803	3,9	3.417	2,3
MSM ^d	14.722	22,1	1.112	31,2

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) percentuali calcolate sul totale degli stranieri; (c) non determinati: nazionalità non determinata; (d) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Tabella 5 - Prevalenza di HIV, totale e per genere, per IST diagnosticata: intero periodo e 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

IST diagnosticate	1991-2014						2014					
	Totale		Uomini		Donne		Totale		Uomini		Donne	
	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a
Totale	76.176	7,5	55.221	8,8	20.955	4,1	4.617	9,5	3.363	12,0	1.254	3,0
Virali												
Condilomi ano-genitali	30.600	7,4	22.332	8,2	8.268	5,3	2.410	7,2	1.703	9,2	707	2,4
Herpes genitale	6.027	8,2	4.485	8,9	1.542	6,3	297	5,7	197	6,6	100	4,0
Mollusco contagioso	4.736	4,4	3.428	4,6	1.308	4,1	348	2,6	248	1,6	100	5,0
Batteriche												
Cervicovaginite NG-NC ^c	4.331	2,0	-	-	4.331	2,0	99	2,0	-	-	99	2,0
Uretrite NG-NC ^c	4.554	3,8	4.554	3,8	-	-	101	12,0	101	12,0	-	-
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	5.612	17,0	5.083	18,3	529	4,2	330	28,8	311	30,5	19	0,0
Sifilide latente	7.320	9,0	4.794	12,7	2.526	1,9	315	23,2	228	29,4	87	6,9
Reinfezione sifilitica	270	48,1	259	49,8	11	9,1	21	61,9	21	61,9	0	0,0
Cervicite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	301	2,0	-	-	301	2,0	15	0,0	-	-	15	0,0
Uretrite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	5.224	7,4	5.224	7,4	-	-	265	9,4	265	9,4	-	-
Cervicite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	1.515	1,4	-	-	1.515	1,4	114	0,0	-	-	114	0,0
Uretrite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	3.783	2,4	3.783	2,4	-	-	257	2,7	257	2,7	-	-
Linfogranuloma venereo	112	49,1	106	50,0	6	33,3	12	66,7	11	63,6	1	100,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	17	0,0	-	-	17	0,0	1	0,0	-	-	1	0,0
Ulcera venerea	33	9,1	30	10,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Granuloma inguinale	4	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Protozoarie												
Cervico-vaginite da <i>Trichomonas vaginalis</i>	348	13,5	-	-	348	13,5	10	30,0	-	-	10	30,0
Parassitarie												
Pediculosi del pube	1.389	10,4	1.141	9,9	248	12,9	22	13,6	21	14,3	1	3,0

(a) Numero testati per HIV; (b) prevalenza di HIV; (c) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Tabelle 6-9 relative al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica

Tabella 6 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli individui dai quali sono stati raccolti i campioni, per genere: intero periodo e 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

Caratteristiche	Aprile 2009-Dicembre 2014						2014						
	Totale soggetti		Uomini		Donne		Totale soggetti		Uomini		Donne		
	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	
Classe di età (in anni)													
15-19	2.957	2,7	176	1,2	2.780	2,9	462	2,6	36	1,2	426	2,9	
20-24	10.870	9,8	1.201	8,3	9.667	10,0	1.771	10,1	246	8,5	1.523	10,4	
25-34	41.269	37,2	4.273	29,7	36.991	38,3	6.168	35,0	787	27,2	5.376	36,6	
35-44	40.440	36,4	5.296	36,8	35.140	36,4	6.478	36,8	1.143	39,5	5.331	36,3	
45 e più	15.430	13,9	3.461	24,0	11.968	12,4	2.733	15,5	684	23,6	2.048	13,9	
Dato non disponibile	52	-	4	-	48	-	3	-	0	-	3	-	
Nazionalità													
Italiani	93.691	85,0	12.909	90,4	80.770	84,2	14.850	85,1	2.577	90,9	12.262	83,9	
Stranieri	16.513	15,0	1.377	9,6	15.135	15,8	2.606	14,9	259	9,1	2.346	16,1	
Europa ^b	9.963	60,3	755	54,8	9.207	60,8	1.531	58,7	149	57,5	1.381	58,9	
Africa ^b	3.052	18,5	323	23,5	2.729	18,0	411	15,8	38	14,7	373	15,9	
America ^b	1.960	11,9	113	8,2	1.847	12,2	396	15,2	31	12,0	365	15,5	
Asia e Oceania ^b	1.538	9,3	186	13,5	1.352	9,0	268	10,3	41	15,8	227	9,7	
Dato non disponibile	814	-	125	-	689	-	159	-	60	-	99	-	
Provenienza dei campioni segnalati													
Medici di medicina generale	47.004	42,6	7.468	52,1	39.534	41,2	5.825	33,3	983	34,3	4.841	33,1	
Ginecologi	28.061	25,4	179	1,2	27.880	29,0	4.609	26,3	14	0,5	4.593	31,4	
Reparto ospedaliero	9.415	8,5	404	2,8	9.007	9,4	1.729	9,9	145	5,1	1.580	10,8	
Accesso diretto	6.505	5,9	988	6,9	5.517	5,7	472	2,7	182	6,3	290	2,0	
Centri infertilità	7.533	6,8	2.268	15,8	5.265	5,5	2.055	11,7	719	25,1	1.336	9,1	
Consultori	5.951	5,4	32	0,2	5.919	6,2	1.138	6,5	9	0,3	1.129	7,7	
Centri IST	3.293	3,0	1.507	10,5	1.783	1,9	681	3,9	374	13,0	304	2,1	
Urologi	1.210	1,1	775	5,4	435	0,5	289	1,7	148	5,2	141	1,0	
Dermatologi	92	0,1	34	0,2	58	0,1	22	0,1	10	0,3	12	0,1	
Altro	1.293	1,2	681	4,8	610	0,6	677	3,9	286	10,0	389	2,7	
Dato non disponibile	661	-	75	-	-	-	118	-	26	-	92	-	
Gravidanza in atto													
Sì	26.011	27,7	0	0,0	26.011	27,7	3.394	24,7	0	0,0	3.394	24,7	
No	68.061	72,3	0	0,0	68.061	72,3	10.281	75,3	0	0,0	10.281	75,3	
Dato non disponibile	2.535	-	0	-	2.535	-	1.044	-	0	-	1.044	-	
Sistemi genito-urinari al momento del prelievo													
Sì	53.981	50,6	6.885	50,8	47.093	50,6	8.333	51,0	1.038	41,6	7.292	52,7	
No	52.653	49,4	6.657	49,2	45.991	49,4	8.018	49,0	1.459	58,4	6.555	47,3	
Dato non disponibile	4.384	-	869	-	3.510	-	1.264	-	399	-	860	-	
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c													
Nessuno	50.954	70,1	9.485	77,4	41.469	68,6	8.190	70,7	1.875	78,4	6.315	68,7	
Condom sempre	5.348	7,4	930	7,6	4.418	7,3	771	6,7	147	6,1	624	6,8	
Metodi non barriera ^d	16.383	22,5	1.842	15,0	14.541	24,1	2.619	22,6	371	15,5	2.248	24,5	
Dato non disponibile	9.787	-	2.154	-	7.633	-	11.580	-	503	-	1.094	-	
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi													
0-1	90.603	94,6	10.668	84,5	79.927	96,1	12.894	93,8	1.994	83,7	10.893	96,0	
≥ 2	5.185	5,4	1.959	15,5	3.224	3,9	845	6,2	389	16,3	454	4,0	
Dato non disponibile	15.230	-	1.784	-	13.443	-	3.876	-	513	-	3.360	-	
Avere un partner stabile da almeno tre mesi													
Sì	89.811	93,8	10.859	86,3	78.944	94,9	12.744	92,5	2.028	84,6	10.709	94,2	
No	5.952	6,2	1.721	13,7	4.229	5,1	1.035	7,5	370	15,4	663	5,8	
Dato non disponibile	15.255	-	1.831	-	13.421	-	3.836	-	498	-	3.335	-	
Soggetti testati per patogeno^e													
<i>Trichomonas vaginalis</i>	97.314	87,7	9.142	63,4	88.162	91,3	14.314	81,3	1.717	59,3	12.588	85,6	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	83.955	75,6	12.269	85,1	71.678	74,2	13.276	75,4	2.597	89,7	10.672	72,6	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	62.004	55,9	12.295	85,3	49.703	51,5	11.182	63,5	2.053	70,9	9.124	62,0	

(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 7 - Prevalenza di *Chlamydia trachomatis* in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

	Aprile 2009-Dicembre 2014		2014	
	n. testati	Prevalenza (%)	n. testati	Prevalenza (%)
Totale testati	83.955	3,4	538	4,1
Genere				
Uomini	12.269	8,2	2.597	7,5
Donne	71.678	2,5	10.672	3,2
Dato non disponibile	8	12,5	7	14,3
Classi di età (in anni)				
15-24	10.824	8,6	1.689	11,0
25-34	31.323	3,5	4.592	4,6
35-44	31.561	1,8	5.129	2,0
45 e più	10.205	2,0	1.863	2,0
Dato non disponibile	39	0,0	0	-
Nazionalità				
Italiani	69.982	3,3	11.143	4,0
Stranieri	13.340	3,5	2.013	4,3
Europa ^a	8.070	3,7	1.196	3,9
Africa ^a	2.488	3,0	31	1,9
America ^a	1.561	3,8	299	7,7
Asia e Oceania ^a	1.221	3,3	207	4,8
Dato non disponibile	633	4,7	120	5,8
Provenienza dei campioni segnalati				
Medici di medicina generale	31.417	3,4	3.883	4,0
Ginecologi	22.400	2,2	3.212	3,1
Reparto ospedaliero	7.477	2,6	1.281	2,0
Accesso diretto	4.672	3,2	407	7,4
Centri infertilità	7.352	1,2	1.981	2,0
Consultori	4.645	3,6	909	3,1
Centri IST	3.122	12,4	612	14,9
Urologi	1.068	3,7	246	3,3
Dermatologi	70	2,9	16	0,0
Altro	1.181	14,9	635	6,8
Dato non disponibile	551	9,1	94	19,1
Area geografica del laboratorio che ha segnalato il campione				
Nord	43.181	4,7	7.102	5,5
Centro	30.820	1,8	3.782	2,7
Sud	9.524	2,2	1.962	2,0
Dato non disponibile	0	-	0	-
Gravidanza in atto^b				
Sì	17.612	1,3	2.134	1,8
No	52.278	2,9	7.850	3,4
Dato non disponibile	1.788	5,4	688	5,1
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo				
Sì	38.648	4,6	5.955	5,2
No	42.409	2,2	6.415	2,9
Dato non disponibile	2.898	4,1	906	5,0
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c				
Nessuno	40.679	2,9	6.723	3,5
Condom sempre	4.190	3,1	595	4,4
Metodi non barriera ^d	12.793	6,1	2.032	6,7
Dato non disponibile	6.885	5,6	1.097	6,4
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi				
0-1	70.170	2,3	10.087	2,8
≥ 2	4.571	14,0	747	17,5
Dato non disponibile	9.214	6,0	2.442	5,0
Avere un partner stabile da almeno tre mesi				
Sì	69.759	2,5	10.031	3,2
No	4.872	10,9	845	12,0
Dato non disponibile	9.324	6,0	2.400	5,0

(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 8 - Prevalenza di *Trichomonas vaginalis* in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

	Aprile 2009-Dicembre 2014		2014	
	n. testati	Prevalenza (%)	n. testati	Prevalenza (%)
Totale testati	97.314	0,8	14.314	0,9
Genere				
Uomini	9.142	0,1	1.717	0,0
Donne	88.162	0,8	12.588	1,0
Dato non disponibile	10	0,0	9	0,0
Classi di età (in anni)				
15-24	11.631	0,6	1.860	0,6
25-34	37.169	0,6	5.249	0,7
35-44	35.076	0,7	5.032	0,9
45 e più	13.393	1,5	2.170	1,8
Dato non disponibile	42	0,0	0	-
Nazionalità				
Italiani	81.796	0,6	12.012	0,7
Stranieri	14.922	1,5	2.234	2,0
Europa ^a	8.951	1,7	1.280	2,7
Africa ^a	2.764	0,9	370	1,4
America ^a	1.831	1,6	354	0,6
Asia e Oceania ^a	1.376	1,5	230	0,9
Dato non disponibile	596	0,7	68	1,5
Provenienza dei campioni segnalati				
Medici di medicina generale	43.885	0,8	5.577	1,1
Ginecologi	26.413	0,6	4.007	0,7
Reparto ospedaliero	9.134	0,7	1.659	0,4
Accesso diretto	5.892	0,5	436	0,5
Centri infertilità	4.130	0,1	866	0,1
Consultori	4.834	1,7	1.022	2,4
Centri IST	1.048	1,0	180	0,6
Urologi	790	0,1	264	0,0
Dermatologi	71	1,4	19	0,0
Altro	527	0,8	191	1,0
Dato non disponibile	590	2,7	93	4,3
Area geografica del laboratorio che ha segnalato il campione				
Nord	47.985	0,9	7.052	1,2
Centro	35.430	0,6	4.716	0,4
Sud	13.567	0,8	2.214	1,1
Dato non disponibile	0	-	0	-
Gravidanza in atto^b				
Sì	25.184	0,5	3.248	0,6
No	61.439	0,9	9.035	1,1
Dato non disponibile	1.539	2,1	305	3,0
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo				
Sì	47.963	1,1	7.234	1,3
No	46.229	0,4	6.625	0,4
Dato non disponibile	3.122	1,1	455	1,8
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c				
Nessuno	43.494	0,8	6.445	1,0
Condom sempre	4.491	0,4	704	0,6
Metodi non barriera ^d	13.897	0,7	2.326	0,6
Dato non disponibile	8.699	1,1	1.277	1,1
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi				
0-1	80.335	0,6	11.056	0,8
≥ 2	3.556	0,9	580	0,7
Dato non disponibile	13.423	1,4	2.678	1,5
Avere un partner stabile da almeno tre mesi				
Sì	79.429	0,6	10.919	0,7
No	4.419	1,2	736	1,2
Dato non disponibile	13.466	1,5	2.659	1,5

(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 9 - Prevalenza di *Neisseria gonorrhoea* in diversi sottogruppi di soggetti: intero periodo e 2014 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, aprile 2009-dicembre 2014)

	Aprile 2009-Dicembre 2014		2014	
	n. testati	Prevalenza (%)	n. testati	Prevalenza (%)
Totale testati	62.004	0,5	11.182	0,5
Genere				
Uomini	12.295	2,1	2.053	1,9
Donne	49.703	0,1	9.124	0,2
Dato non disponibile	6	0,0	5	0,0
Classi di età (in anni)				
15-24	7.981	0,7	1.522	0,7
25-34	23.211	0,5	4.022	0,4
35-44	22.329	0,4	3.896	0,4
45 e più	8.465	0,7	1.739	0,7
Dato non disponibile	15	0,0	0	-
Nazionalità				
Italiani	52.234	0,5	9.426	0,5
Stranieri	9.474	0,4	1.668	0,5
Europa ^a	5.757	0,4	973	0,6
Africa ^a	1.735	0,5	277	0,0
America ^a	1.114	0,4	262	0,8
Asia e Oceania ^a	868	0,3	156	0,6
Dato non disponibile	296	1,7	88	2,3
Provenienza dei campioni segnalati				
Medici di medicina generale	31.661	0,5	4.464	0,5
Ginecologi	10.707	0,1	2.645	0,2
Reparto ospedaliero	7.143	0,3	1.376	0,6
Accesso diretto	2.055	0,9	377	1,1
Centri infertilità	3.785	0,0	721	0,0
Consultori	3.059	0,2	678	0,1
Centri IST	1.741	4,4	430	3,0
Urologi	905	0,8	229	0,4
Dermatologi	41	0,0	8	0,0
Altro	652	1,7	178	1,1
Dato non disponibile	255	3,5	76	1,3
Area geografica del laboratorio che ha segnalato il campione				
Nord	28.345	0,7	5.734	0,7
Centro	24.004	0,4	3.097	0,5
Sud	9.012	0,2	1.708	0,2
Dato non disponibile	0	-	0	-
Gravidanza in atto^b				
Sì	12.670	0,1	1.887	0,1
No	36.174	0,1	6.760	0,2
Dato non disponibile	859	0,2	477	0,2
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo				
Sì	29.967	0,9	5.602	0,9
No	30.282	0,1	5.028	0,1
Dato non disponibile	1.755	0,7	552	0,5
Contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi^c				
Nessuno	29.567	0,5	5.260	0,6
Condom sempre	2.692	0,5	550	0,4
Metodi non barriera ^d	9.075	0,8	1.900	0,7
Dato non disponibile	7.135	1,0	1.103	0,9
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi				
0-1	49.066	0,2	8.038	0,3
≥ 2	3.589	2,6	654	1,8
Dato non disponibile	9.349	1,1	2.490	0,6
Avere un partner stabile da almeno tre mesi				
Sì	48.715	0,3	8.007	0,4
No	3.523	2,3	691	1,0
Dato non disponibile	9.766	1,0	2.484	0,8

(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:

Progetto LIFE PERSUADED:
biomonitoraggio di ftalati e bisfenolo A

Studio CARPHA:
caratteristiche persone con HIV in Italia
Sistemi diagnostici rapidi ecotossicologici

Istituto Superiore di Sanità

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

a cura del Settore Attività Editoriali