

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità
Sorveglianza nazionale delle malattie sessualmente trasmesse

Rapporto n. 8 (anno 1995)

A cura di Massimo Giuliani e Barbara Suligoj

Attività dei centri segnalatori

Durante il 1995 sono stati segnalati, dalla Rete nazionale dei Centri per le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)¹ al Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità, 6867 nuovi casi di MST².

L'andamento delle segnalazioni per mese di calendario è mostrato in Figura 1. La media delle segnalazioni per mese è stata di 572 casi. Nel mese di marzo si è registrato il maggior numero di segnalazioni con 692 casi, mentre il numero più basso (470 casi) nel mese di aprile.

L'80% delle segnalazioni è pervenuto da 26 centri MST del Nord, il 16,3% da 5 centri dell'Italia centrale, e il 3,7% da 7 centri dell'area Sud-Isole³. Il totale annuo delle segnalazioni e la distribuzione delle stesse per area geografica risentono della mancata segnalazione dei casi diagnosticati da parte di alcuni importanti centri del Centro e del Sud che ha ridotto a soli 38 (Tabella 1), dei 43 previsti, i centri segnalatori durante il 1995. Il numero medio di casi segnalati per centro è stato di 211 per il Nord, 224 per il Centro e 37 per il Sud.

Durante il 1995, presso i centri segnalatori della rete di sorveglianza, sono state effettuate 25 957 prime visite per condizioni legate alle MST. Il mese che ha fatto registrare il maggior numero di prime visite è stato marzo, con 2565 accessi. Il rapporto tra visite e casi di MST segnalati è stato di circa 3:1⁴.

Durante il 1994, negli stessi 38 centri il volume delle segnalazioni MST era stato di 7035 casi e il numero delle prime visite 21 337, con variazioni quindi, per il 1995, del -2,4% e del +21,6% rispettivamente per i casi segnalati e le prime visite.

La casistica

La popolazione dei casi segnalati ha un'età media di 34,5±11,6 anni (media: 31 anni; range: 12-77), ed è composta per il 59,8% da maschi (4104 casi). La distribuzione dei pazienti per fasce di età e sesso (Figura 2) non mostra differenze rilevanti tra i due sessi, con una concentrazione di casi nella fascia 25-29 anni (22,3%). Nella fascia 15-19 anni si registra una proporzione più elevata di

casi tra le femmine (57,7%). Tra gli adolescenti (età < 20 anni) sono stati segnalati 117 casi (2,5%), mentre il totale dei casi segnalati in soggetti giovani (età < 25 anni) è stato di 1209 casi, e rappresentano circa un quinto dell'intera casistica (17,6%).

Circa la metà dei pazienti ha frequentato la sola scuola dell'obbligo (49,1%), il 38,7% ha un diploma di scuola media superiore e l'8,7% è in possesso di una laurea. L'11,2% dei pazienti (771 casi) non è di nazionalità italiana e, di questi, il 42,1% (325 casi) proviene dall'Africa.

La quasi totalità dei casi è stato segnalato in pazienti eterosessuali (90%), mentre 554 casi (8,1%) in pazienti maschi che hanno riferito di avere rapporti con persone dello stesso sesso.

Oltre la metà dei pazienti (52,9%) ha avuto un solo partner sessuale negli

SOMMARIO

Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità Sorveglianza nazionale delle malattie sessualmente trasmesse Rapporto n. 8 (anno 1995) A cura di Massimo Giuliani e Barbara Suligoj	1
<i>Annali dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	7
<i>Rapporti ISTISAN</i>	7
<i>Serie Relazioni</i>	8

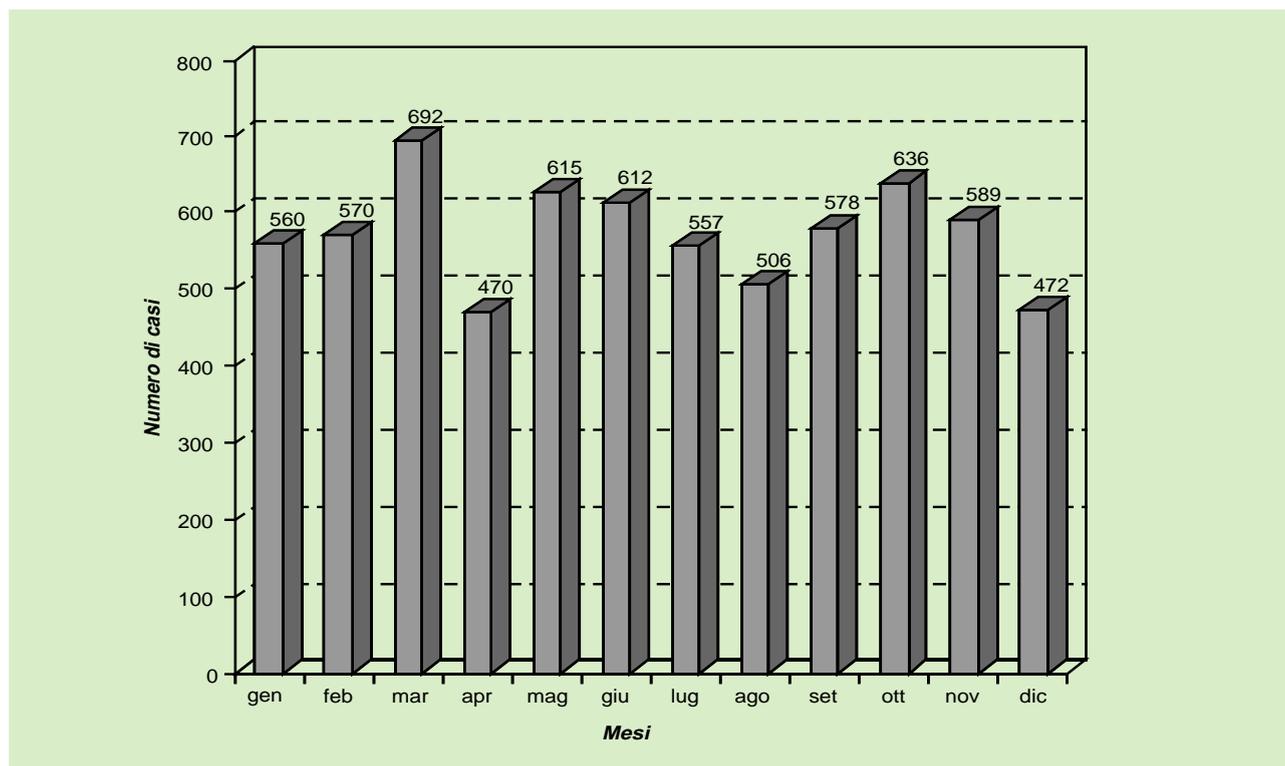


Figura 1 - Distribuzione dei casi segnalati di MST per mese (anno 1995)

Tabella 1. Elenco dei Responsabili dei Centri MST che hanno segnalato casi nel 1995

Abruzzo

F. Amerio (Chieti)

Basilicata

F. Ricciuti (Potenza)

Campania

P. Battarra (Caserta)

Emilia-Romagna

D. Calista (Cesena)

M. Coppini (Modena)

A. D'Antuono (Bologna)

G. Gaddoni (Faenza)

B. Guerra (Bologna)

A. Rafanelli (Ravenna)

G. Righini (Forlì)

Friuli-Venezia Giulia

F. Bonfigli (Trieste)

G. Moise (Gorizia)

Lazio

E. Calzolari (Roma)

Lazio (segue)

G. Gentili (Roma)

Liguria

L. Priano (Genova)

C. Sabbatini (La Spezia)

Lombardia

M. Bellosta (Pavia)

G. Galbiati (Monza)

S. Graifemberghi (Brescia)

A. Locatelli (Como)

G. Tarantini (Milano)

Piemonte

M.A. Latino (Torino)

A. Mossini (Novara)

P. Puiatti (Torino)

L. Vittone (Biella)

Provincia Autonoma di Trento

F. Urbani (Trento)

Provincia Autonoma di Bolzano

F. Perino (Bolzano)

Puglia

R. Filotico (Bari)

N. Licci (Taranto)

Sardegna

P. Biggio (Cagliari)

F. Cottoni (Sassari)

Toscana

L. Andreassi (Siena)

G. Zuccati (Firenze)

Umbria

P. Calandra (Perugia)

Valle D'Aosta

M. Norat (Aosta)

Veneto

A. Barba (Verona)

B. Benvegnù (Belluno)

D. Simonetto (Treviso)

ultimi sei mesi e il 37,3% fra i 2 e i 5 partner. La distribuzione dei pazienti per tipo di contraccettivo mostra come il 54,8% non abbia usato alcun metodo contraccettivo o di barriera negli ultimi sei mesi, e il 27,1% abbia usato raramente il condom. Tra le donne, 614 (22,2%) utilizzano la pillola e 150 (5,4%) la spirale. Il condom è usato regolarmente in tutti i rapporti dal 7% dei maschi e dal 5,1% delle femmine,

invece il 38,2% dei maschi e l'11% delle femmine lo utilizza solo raramente. Oltre un quinto dei pazienti (21%) ha riferito di aver contratto almeno un'altra MST nel passato, mentre l'uso di droghe per via endovenosa è stato indicato da 320 soggetti (4,6%).

La frequenza delle MST, diagnosticate secondo il sesso, è mostrata in Tabella 2. Le patologie più frequentemente segnalate sono state nell'or-

dine: i condilomi acuminati con 1962 casi (28,6%), le cervico-vaginiti da agenti non gonococcici-non clamidiali (*Gardnerella vaginalis*, micoplasmi, streptococchi) con 1612 casi (23,5%), le uretriti maschili non gonococciche-non clamidiali con 793 casi (11,5%). Le infezioni da *Neisseria gonorrhoeae* interessano il 4,2% (295 casi) della casistica, con 263 casi di uretrite maschile, 17 casi di cervicite

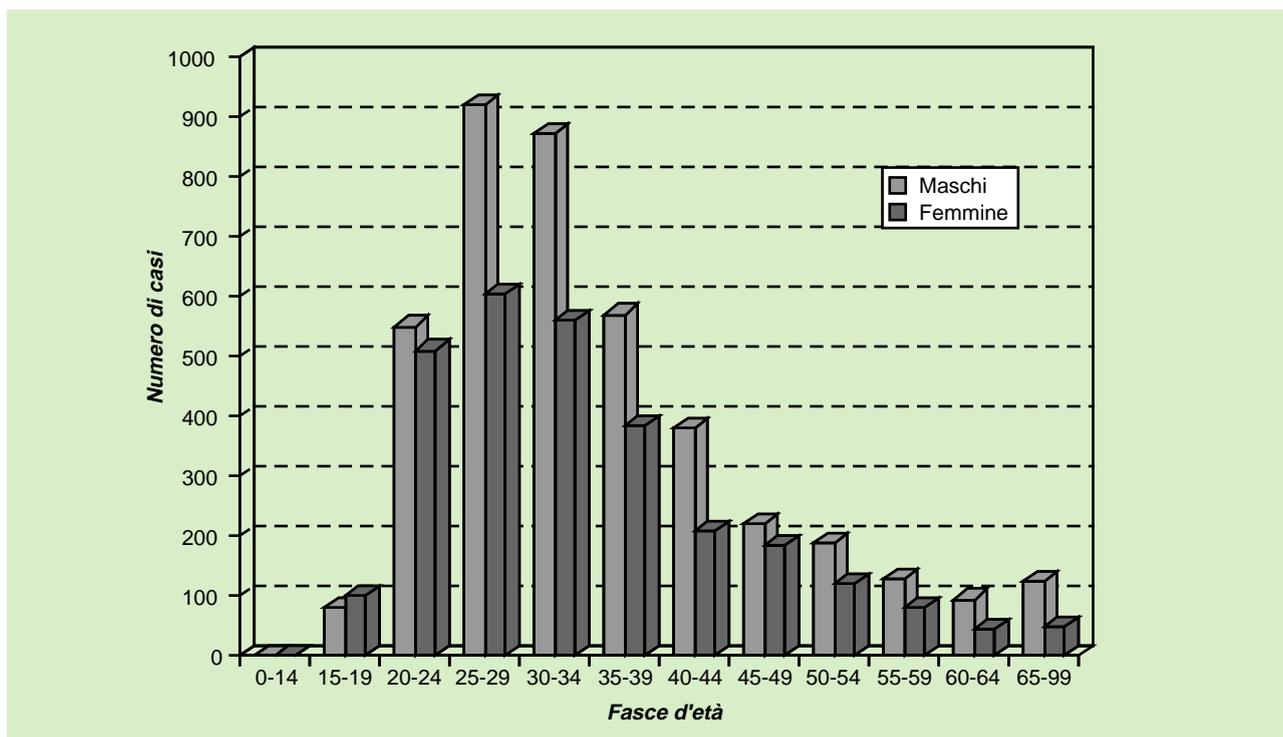


Figura 2 - Distribuzione dei casi segnalati di MST (n. 6867) per fascia d'età e sesso (anno 1995)

e 15 casi tra proctiti e faringiti. Il numero di casi di sifilide primaria e secondaria sono risultati invece in totale 150, e 514 quelli di sifilide latente sieropositiva.

L'infezione da HIV

Dei 6867 pazienti segnalati, 3903 (56,8%) hanno accettato di effettuare un prelievo sierologico per la ricerca degli anticorpi anti-HIV-1 al momento della diagnosi MST⁵, mentre per 226 pazienti, già noti come sieropositivi, il test non è stato ripetuto. Prima dell'episodio di MST, 1756 (25,6%) individui avevano già effettuato il test anti-HIV almeno una volta nel passato.

Tra i 4129 con sierostato noto, 369 (8,9%) pazienti sono risultati positivi alla ricerca degli anticorpi anti-HIV. Come osservato anche nelle casistiche degli anni precedenti, la maggior parte dei pazienti sieropositivi (283 casi, 81%) sapeva di esserlo prima della diagnosi della MST.

Rispetto ai soggetti sieronegativi, i pazienti con infezione da HIV fanno registrare una maggior proporzione di maschi (76,2% vs 60,7%) e una quota elevata di tossicodipendenti (56,7% vs

2,9%) e di omo-bisessuali (41,6% vs 6,8%).

Nella Tabella 2 sono anche mostrate le proporzioni di individui con infezione da HIV per sesso e tipo di MST diagnosticata. Le proporzioni di HIV+ più elevate si osservano soprattutto in pazienti portatori di MST virali, come molluschi contagiosi, condilomatosi e herpes genitale, e senza differenze significative tra i due sessi. Solo per i pazienti portatori di sifilide sono presenti differenze tra i due sessi con una proporzione di infetti maggiore tra i maschi, presumibilmente a causa dell'elevato numero di omosessuali tra i portatori di questa patologia.

Il gruppo di pazienti con infezione da HIV è costituito da individui affetti prevalentemente da condilomi acuminati (48%), da herpes genitale (10,8%) e da molluschi contagiosi (7,3%). Le donne sieropositive presentano rispetto alle sieronegative una proporzione circa quadrupla di casi di herpes genitale (13% vs 3,5%). Il 34% dei soggetti con infezione da HIV riferisce un numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi compreso tra i due e i cinque, e un 14% con più di cinque. Solo il 13% dei sieropositivi ha usato sempre il profilattico nei rapporti sessuali, men-

tre il 40% solo sporadicamente e il 47% non lo ha mai usato. Il 57% dei soggetti HIV-positivi ha riferito di aver avuto già malattie sessualmente trasmesse in passato.

Dato l'elevato numero di pazienti che sapevano di essere sieropositivi prima della diagnosi di MST, la prevalenza totale dell'infezione da HIV per gruppo a rischio risulta distorta dall'inclusione di questa quota di pazienti. Per questa ragione quest'anno si è scelto di calcolare la prevalenza nei differenti gruppi di esposizione (Figura 3), escludendo tutti i pazienti che sapevano di essere sieropositivi.

Conclusioni

Le informazioni, provenienti dalle 6867 segnalazioni di MST pervenute durante il 1995, sono così riassumibili:

- il numero totale dei casi segnalati durante il 1995 è pressoché sovrapponibile a quello registrato nel 1994 (-2,4%). Si registra tuttavia un considerevole aumento del volume dell'attività dei centri espresso in un aumento di oltre il 20% delle prime visite effettuate;
- la condilomatosi genitale è risultata, anche per il 1995, la patologia

Tabella 2. Distribuzione dei casi di MST segnalati e proporzioni di individui HIV+ per tipo di patologia

Diagnosi	Totale		Maschi		Femmine	
	Casi	%	Casi	HIV/T	Casi	HIV/T*
Condilomi acuminati	1962	28,6	1487	14,2	475	9,7
Cervico-vaginite da:						
Non specifica **	1612	23,5	-	-	1612	2,5
<i>N. gonorrhoeae</i>	17	0,2	-	-	17	0,0
<i>C. trachomatis</i>	125	1,8	-	-	115	2,8
<i>Trichomonas v.</i>	105	1,5	-	-	105	1,6
Uretrite maschile da:						
Non specifica **	793	11,5	793	3,1	-	-
<i>N. gonorrhoeae</i>	263	3,8	263	6,3	-	-
<i>C. trachomatis</i>	274	4,0	274	1,6	-	-
Sifilide latente sieropositiva	514	7,5	340	9,5	174	0,0
Herpes genitale	483	7,0	381	13,1	102	12,3
Pediculosi del pube	338	4,9	269	14,3	69	15,4
Mollusco contagioso	195	2,8	112	18,7	59	26,1
Sifilide primaria e secondaria	150	2,2	116	24,4	34	8,0
Proctite	13	0,2	7	0,0	6	25,0
Proctite gonococcica	8	0,1	7	0,0	1	50,0
Malattia Infiammatoria Pelvica (MIP)	4	0,1	-	-	4	0,0
Ulcera venerea	1	0,1	1	0,0	-	-
Linfogranuloma venereo	2	0,0	2	-	-	-
Faringite gonococcica	7	0,1	5	-	2	0,0
Granuloma inguinale	-	-	-	-	-	-
Totale	6867	100,0	4104	9,5	2763	5,3

* Totale pazienti testati per HIV

** Causata da agenti infettivi diversi da *N. gonorrhoeae* e da *C. trachomatis*

MST più diagnosticata nei centri MST della sorveglianza, rappresentando circa un caso MST su quattro. Inoltre, si conferma un'ampia quota di infezioni genitali non specifiche in ambo i sessi, che da sole rappresentano circa il 35% di tutte le diagnosi segnalate;

- come osservato negli anni precedenti, anche nella casistica '95 si conferma un'elevata proporzione di individui che arrivano a contrarre una MST, pur consapevoli di essere affetti dall'infezione da HIV. Questo dato indica il perdurare, nei soggetti sieropositivi, di comportamenti sessuali a rischio e induce i centri MST ad intensificare le attività di counseling post-test

verso i quali a tutt'oggi non esiste una terapia né un vaccino efficace, e che impongono la riconsiderazione della prevenzione primaria nel controllo delle MST.

Una considerazione finale è necessaria per quelle malattie veneree il cui controllo è ancor oggi regolato da leggi che dispongono facilitazioni e dispensazioni della spesa nell'erogazione dell'assistenza nei centri pubblici (Legge n. 837/56 e DPR n. 2056/62), come sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo e ulcera molle. Queste patologie rappresentano solo il 18% dei casi diagnosticati e curati nei centri pubblici MST più importanti del nostro paese. Questo dato dovrebbe condurre ad

mirare al cambiamento dei comportamenti, soprattutto degli individui con diagnosi di infezione da HIV;
- il versante esclusivamente femminile della patologia (vaginiti e cervicitì) è ben rappresentato (22,4%), così pure elevata è la proporzione di donne tra i casi (40,2%), differentemente da quanto le casistiche provenienti dai dati ufficiali e da quelle di studi clinici hanno mostrato fino ad oggi. Questo responsabilizza verso un'azione di controllo delle MST che preveda il coinvolgimento di più aree specialistiche, come la ginecologia, nella lotta a queste patologie;
- oltre il 40% dei casi di MST diagnosticati nel nostro paese sono causati da agenti virali (HPV, HSV-1 e -2),

verso i quali a tutt'oggi non esiste una terapia né un vaccino efficace, e che impongono la riconsiderazione della prevenzione primaria nel controllo delle MST.

Una considerazione finale è necessaria per quelle malattie veneree il cui controllo è ancor oggi regolato da leggi che dispongono facilitazioni e dispensazioni della spesa nell'erogazione dell'assistenza nei centri pubblici (Legge n. 837/56 e DPR n. 2056/62), come sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo e ulcera molle. Queste patologie rappresentano solo il 18% dei casi diagnosticati e curati nei centri pubblici MST più importanti del nostro paese. Questo dato dovrebbe condurre ad

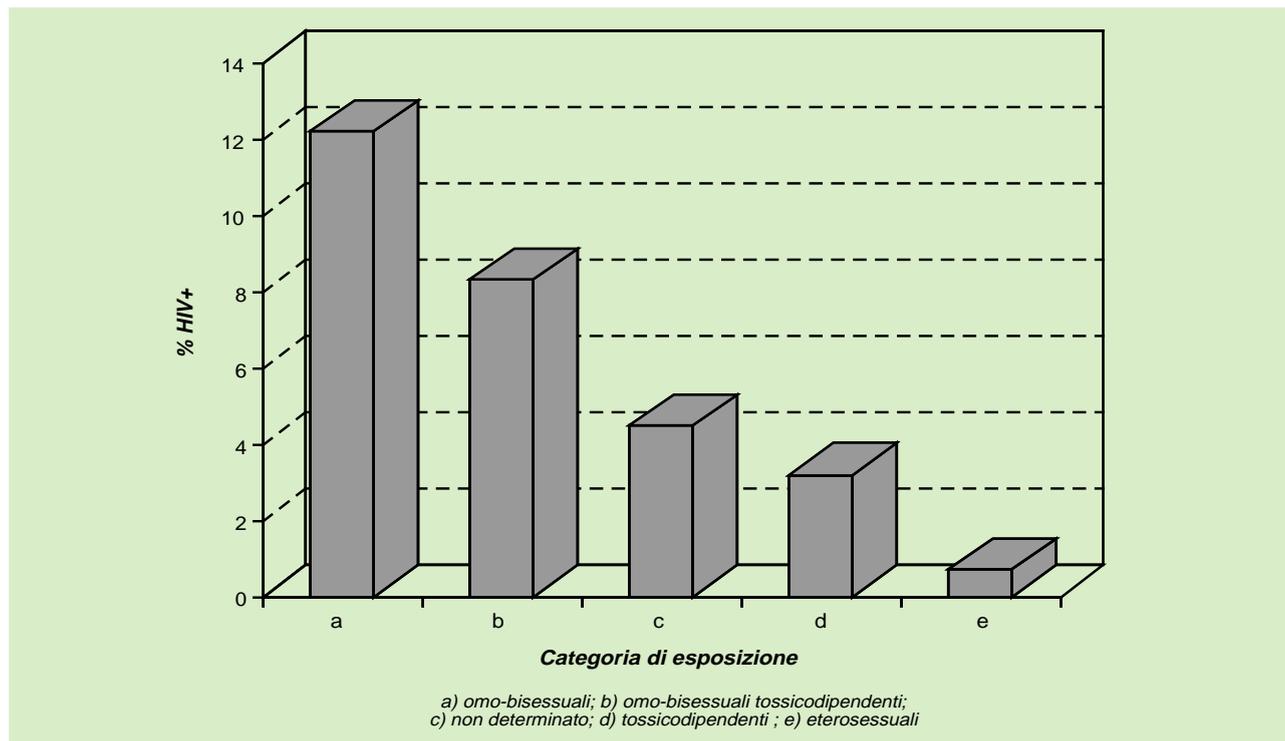


Figura 3 - Prevalenza dell'infezione da HIV in pazienti con MST per gruppo di esposizione (esclusi sieropositivi noti); 3828 pazienti testati

una rapida revisione della legislazione nazionale sulle MST, per adeguarla all'attuale spettro di patologie e a più moderne necessità di controllo e assistenza. Le stesse regioni, alla luce di questi dati, potrebbero perfezionare dispositivi che consentano il miglioramento dell'accessibilità alla diagnosi e cura per quella parte maggioritaria di pazienti affetti dalle altre patologie.

Note tecniche

1. Il sistema di sorveglianza nazionale delle malattie sessualmente trasmesse è attivo in Italia dal 1° gennaio 1991, ed è basato sulla segnalazione tempestiva dei nuovi casi di MST da parte di una rete sentinella di centri clinici pubblici. La rete è oggi costituita da 43 centri MST distribuiti sul territorio nazionale, 41 dei quali sono centri dermovenerologici e due ginecologici (situati a Bologna e Torino). La segnalazione dei casi da parte dei centri avviene tramite una scheda mensile riepilogativa o tramite dischetto magnetico. La segnalazione dei casi mediante il flusso informatizzato ha coperto nel 1995 oltre l'80% delle segnalazioni.

2. Il numero dei casi segnalati tramite il sistema non esprime in modo completo la dimensione del fenomeno delle MST in Italia, perché le diagnosi dei centri di dermatovenerologia rappresentano, verosimilmente, solo una parte dei casi incidenti. Purtroppo, rappresentando dati che provengono da una rete "sentinella" e che riguardano MST "classiche" e di "seconda generazione", consentono di descrivere l'andamento della loro diffusione in termini temporali e geografici, e forniscono una descrizione più ampia del fenomeno delle malattie da contagio sessuale nel nostro paese.

3. Il sistema prevede una copertura regionale pressoché completa; solo dal Molise e dalle Marche, sprovviste a tutt'oggi di centri MST, non pervengono dati.

4. Il sistema prevede, oltre alle informazioni sul caso segnalato, anche la segnalazione del numero delle prime visite effettuate ogni mese nel centro segnalatore. Questo dato è considerabile come un indice del livello di attività del centro, ed è utile per una quantificazione dei costi legati all'attività clinica venerologica. La differenza tra il numero di prime visite e i casi segnalati general-

mente comprende: la diagnosi e cura di altri quadri clinici non inseriti nel sistema di sorveglianza (candidosi genitali, balanopostiti, ecc.), le diagnosi negative per MST, le richieste di screening per MST e HIV, e in generale ogni quadro clinico a localizzazione genitale non di interesse venerologico.

5. Il sistema prevede, nei centri clinici, la proposta del test anti-HIV-1 ad ogni paziente e la segnalazione del relativo risultato, unitamente alla diagnosi MST. Se il paziente si è già sottoposto al test nel passato, la segnalazione viene effettuata anche per il precedente risultato insieme al mese e all'anno di effettuazione. Questo consente al sistema di valutare la diffusione dell'infezione da HIV-1 nei pazienti con una MST incidente, e costruire trend specifici attraverso osservazioni periodiche. Valutando che l'utenza dei centri MST è prevalentemente costituita da soggetti eterosessuali (circa 93%) senza altri fattori di rischio per l'infezione da HIV, i suddetti obiettivi consentono di fatto di descrivere la diffusione dell'infezione in un gruppo di popolazione confrontabile con la popolazione generale, anche se a più elevato rischio di acquisizione per via sessuale di infezioni.

COSMETICI, SALUTE E QUALITÀ DELLA VITA

1° CONVEGNO "ESTRATTI VEGETALI IN COSMETICA"

Istituto Superiore di Sanità. Roma, 14-15 dicembre 1998

Organizzato da:

Istituto Superiore di Sanità; Ministero della Sanità;
Ministero dell'Industria, del Commercio
e dell'Artigianato;
Stazione Sperimentale per l'Industria
degli Oli e dei Grassi

Con la collaborazione di:

Società Italiana di Fitochimica; Società Italiana
di Farmacognosia; Gruppo Piante Officinali della Società
Botanica Italiana; Scuola di Specializzazione in Scienza
e Tecnologia Cosmetiche delle Università degli Studi
di Ferrara, Milano e Siena

L'iniziativa di avviare una serie di convegni ispirati al tema "cosmetici, salute e qualità della vita", ciascuno di indirizzo monotematico, nasce da una varietà di motivazioni. Innanzi tutto, in un momento in cui la salute viene riproposta come bene fondamentale per l'individuo e per la collettività, sembra opportuno considerare che anche le finalità d'impiego dei cosmetici rientrano nei bisogni, nei comportamenti e negli stili di vita distintivi di una società moderna che pone l'igiene, la cura della persona e la prevenzione tra quelle componenti che sono alla base del vivere civile. Come tutte le categorie di beni di largo consumo umano, i cosmetici hanno una loro legislazione (Legge 11 ottobre 1986, n. 713, aggiornamenti e modifiche) che si ispira a saldi principi di salvaguardia della salute pubblica e in cui sono ben individuati i compiti e le responsabilità sia dell'amministrazione pubblica che delle imprese, le modalità e gli strumenti di prevenzione, di controllo e di cosmeticosorveglianza. Questi ultimi però, per vari aspetti, necessitano di ulteriore definizione a cui si vuole contribuire con una serie di convegni mirati e aventi la funzione di destare l'interesse e di richiamare, coinvolgere e valorizzare tutte quelle componenti di professionalità e di risorse nazionali - tecnologiche, scientifiche e culturali - esistenti su uno specifico argomento di cosmetologia, e di cui è opportuno sollecitare lo sviluppo e l'adeguamento ai tempi e ricercare le soluzioni ai problemi di conformità ai principi della normativa vigente dei cosmetici.

È un'occasione questa di indubbio significato promozionale che mira anche a dare un segnale: porsi in posizione critica, e al tempo stesso attiva, costruttiva e propositiva, per orientare le scelte che la Comunità europea sta definendo e non altrimenti accettare passivamente le proposte di altri.

All'amministrazione pubblica, dunque, va il merito e il compito di iniziare e di condurre a buon fine una tale iniziativa.

La scelta di cominciare proprio con i fitoestratti è parsa particolarmente stimolante e augurale ai fini della riuscita del convegno stesso che è indirizzato ad un settore, quello dell'utilizzo delle piante officinali, in cui tradizione e scienza sono validamente rappresentate in tutto il territorio nazionale. Perciò a tutti viene rivolto l'invito a contribuire ad una migliore regolamentazione dell'uso delle piante officinali e/o loro derivati in cosmetica.

Il convegno è articolato in quattro sessioni: *I Sessione* - Orientamenti in fitocosmetica; *II Sessione* - Aspetti funzionali e farmacologici dei fitoestratti e fitocosmetici; *III Sessione* - Aspetti chimici e tossicologici dei fitoestratti e fitocosmetici; *IV Sessione* - Efficacia, qualità e sicurezza: esperienze e responsabilità a confronto.

Comitato organizzatore:

Mirella Colella, Fernanda Ferrazin - Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza del Ministero della Sanità

Alessandra Collalto - Direzione Centrale per l'Analisi Merceologica ed il Laboratorio Chimico del Ministero delle Finanze

Giuseppe Salvatore (Coordinatore) - Laboratorio di Tossicologia Comparata ed Ecotossicologia dell'Istituto Superiore di Sanità (Tel.: 06 49902287; E-mail: pino@iss.it)

Segreteria tecnico-scientifica:

Elena Gronchi - Laboratorio di Tossicologia Comparata ed Ecotossicologia dell'Istituto Superiore di Sanità

Tel.: +39 06 49902831; E-mail: pino@iss.it

Franca Paparella, Myriam Scala - Stazione Sperimentale per le Industrie degli Oli e dei Grassi

Via Giuseppe Colombo, 79 - 20133 Milano

Tel.: +39 02 236105; Fax: +39 02 2363953

Per ulteriori informazioni: www.iss.it./corsi/convegno EVC/index.htm

