



Ministero della Salute

Consiglio superiore di sanità

Sezione III

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)



Aprile 2016

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)

Gruppo di lavoro

“Malattie sessualmente trasmissibili”

*Anna Caraglia, Francesco Faella, Gabriella Fabbrocini, Anna Gaspardone,
Carlo Giaquinto, Secondo Guaschino, Andrea Lenzi, Anna Teresa Palamara, Gennaro
Pastore, Eleonora Porcu, Maria Cristina Salfa, Roberta Siliquini, Barbara Suligoì*



Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)

Indice

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)	Pag...7
Premessa – Scenario epidemiologico.....	7
Criticità dei dati epidemiologici.....	13
Criticità di sistema.....	13
Proposta operativa epidemiologico-assistenziale	15
Progetto operativo a).....	15
Obiettivo principale.....	15
Metodi.....	15
Progetto operativo b).....	17
Obiettivo.....	17
Metodo.....	17
Benefici.....	19
Prospettive future.....	19
Proposta operativa informazione/prevenzione/formazione	21
Alcune proposte di intervento.....	22
L’educazione tra pari per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili:.....	22
gli interventi di Peer education	
<i>Lo scenario attuale</i>	22
<i>La scuola</i>	22
<i>Cosa è stato fatto in passato</i>	23
<i>Orizzonti di senso: la peer education</i>	23
Progetto: Istruzioni per l’uso per una sessualità sana e consapevole.....	24
<i>Obiettivi generali di salute in riferimento alle IST</i>	25
<i>Obiettivi specifici di salute in relazione alle IST</i>	25
<i>Obiettivi peculiari</i>	25
<i>Target</i>	26
<i>Cenni metodologici</i>	26
<i>Obiettivi generali</i>	26
<i>Risultati possibili</i>	27
<i>Attività progettuali e multidisciplinarietà</i>	27
Progetto “Web: giovani e salute”.....	29
<i>Bacheca</i>	29
<i>Messaggi</i>	29
<i>Eventi</i>	30
Migliorare la formazione.....	30
<i>Migliorare i percorsi di formazione delle IST</i>	30
Allegato: Scheda progetto operativo a).....	33

Premessa - Scenario Epidemiologico

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuse che interessano milioni di individui ogni anno in tutto il mondo (1, 2, 3). Esse rappresentano un problema rilevante per la salute pubblica in tutto il mondo, interessando soprattutto i giovani tra i 15 e i 24 anni. Tale fascia di età risulta, quindi, molto più esposta allo sviluppo di queste patologie, probabilmente a causa della scarsa informazione e dell'insufficiente conoscenza delle IST e di come prevenirle.

Europa

In Europa, dalla metà degli anni '90, si è verificato un aumento della circolazione di IST batteriche (quali sifilide, gonorrea, infezione da clamidia), soprattutto nelle grandi metropoli e in alcuni gruppi di popolazione maggiormente a rischio (ad esempio, giovani maschi che fanno sesso con altri maschi, MSM) (4). L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) coordina la sorveglianza europea di cinque IST (clamidia, gonorrea, sifilide, sifilide congenita, linfogranuloma venereo) in 30 Paesi dell'Unione Europea (UE) e dello Spazio Economico Europeo (UE/SEE) (5).

Dagli ultimi dati a disposizione è emerso che, tra le cinque IST sorvegliate da ECDC, l'infezione da **clamidia** è la IST più frequentemente segnalata in Europa, con un numero crescente di casi ogni anno. Questa tendenza riflette il miglioramento e l'incremento dei test di diagnosi, dei sistemi di sorveglianza e dei programmi di screening in numerosi Paesi europei. Nel 2013, 384.555 casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* (Ct) sono stati segnalati in 26 Stati dell'UE/SEE, pari a un tasso di incidenza di 182 casi per 100.000 abitanti. L'infezione da Ct colpisce di più le donne rispetto agli uomini, con un tasso di incidenza, nel 2013, di 207 casi per 100.000 donne, rispetto ai 153 casi per 100.000 uomini. Oltre due terzi (67%) di tutti i casi di Ct sono stati segnalati nei giovani tra i 15 e i 24 anni. La distribuzione per età dei casi è significativamente influenzata dai test di diagnosi utilizzati e dal programma di screening attivato nel Regno Unito, che segnala il 61% di tutti i casi di infezione da Ct e che si rivolge specificatamente ai giovani (5).

La **gonorrea** è la seconda IST più segnalata in Europa tra le cinque IST sorvegliate da ECDC, con 52.995 casi riportati nel 2013 da 28 Stati dell'UE/SEE, pari a un tasso d'incidenza di 16,3 casi per 100.000 abitanti. Essa colpisce di più gli uomini rispetto alle donne, con un tasso di incidenza, nel 2013, triplo rispetto a quello delle donne (28,9 casi su 100.000 uomini vs. 9,7 casi su 100.000 donne). Il 39% di tutti i casi di gonorrea sono stati segnalati in giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni e oltre un terzo (43%) in MSM (5).

Nel 2013, sono stati segnalati 22.237 casi di **sifilide** da parte di 29 Stati dell'UE/SEE, pari a un tasso di incidenza di 5,4 casi per 100.000 abitanti. La sifilide colpisce di più gli uomini rispetto alle donne, con un tasso di incidenza, nel 2013, cinque volte superiore rispetto alle donne (8,4 casi per 100.000 uomini vs. 1,6 casi per 100.000 donne). Solo il 14% di tutti i casi di sifilide sono stati segnalati in giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni, mentre la maggior parte dei casi è stata segnalata al di sopra dei 25 anni, e più della metà (58%) in MSM (5).

Italia

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono relative unicamente alle malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea, sifilide e pediculosi del pube nell'ambito delle IST (6).

Per sopperire alla mancanza di dati sulle altre IST, su raccomandazione di direttive internazionali (7-9), in Italia è stata attivata nel 1991 la sorveglianza sentinella delle IST basata su centri clinici e nel 2009 la sorveglianza sentinella delle IST basata su laboratori di microbiologia clinica (9-14).

Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

Alla prima partecipano centri clinici pubblici, specializzati nella diagnosi e cura delle IST e coordinati dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. I centri clinici segnalano tutti i pazienti con una diagnosi confermata di IST; inoltre raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali e cliniche individuali e offrono a tutti i pazienti il test HIV, segnalando il sierostato HIV di ciascun testato. La raccolta e l'invio dei dati avviene tramite un sistema di segnalazione online via web. 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 nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio (ad esempio, stranieri, maschi che fanno sesso con maschi, giovani).

Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2013, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 103.028 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 2013, le segnalazioni (5.235 casi medi per anno) hanno subito un incremento pari al 31,1% rispetto al periodo 1991-2004 (15).

Nell'intero periodo, il 70,4% (n. 72.524) dei casi di IST è stato diagnosticato in uomini e il 29,9% (n. 30.504) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 31 anni (range interquartile - IQR, 26-40 anni). Il 19,4% (n. 18.889) dei soggetti con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 40,7% e 29,7%) (15).

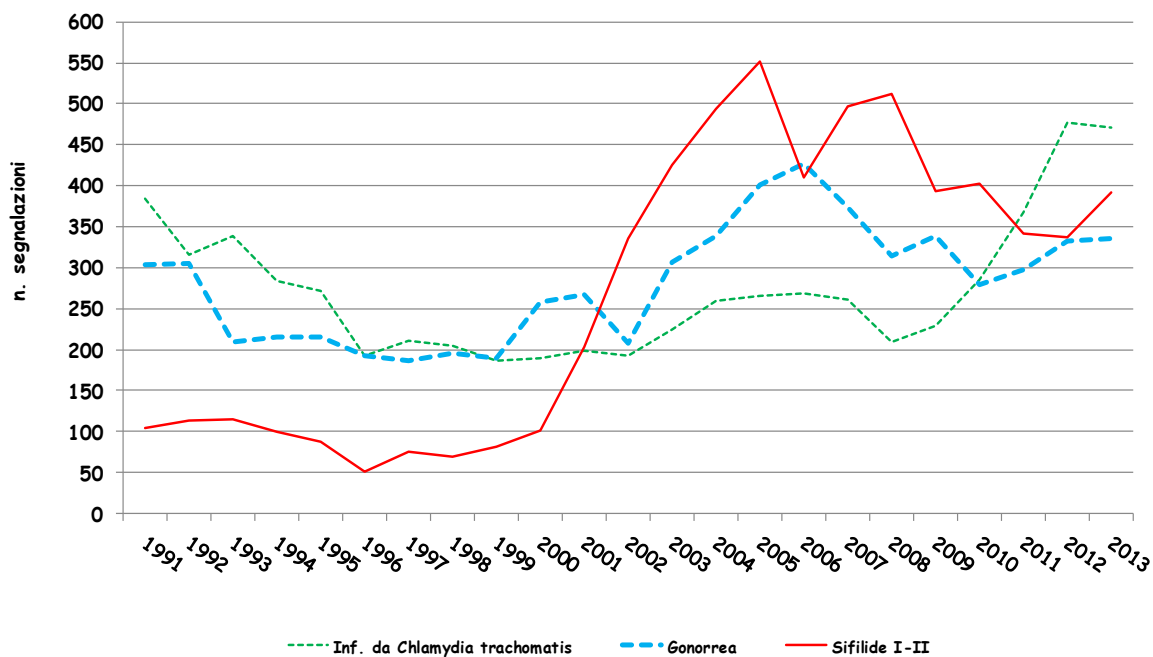
Il 43,5% dei soggetti con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 43,6% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 10,7% di essere in possesso di una laurea e solo il 2,2% ha riferito di non avere nessuna istruzione. La metà dei soggetti con IST (50,4%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 42,7% da due a cinque partner e il 6,9% sei o più. Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 46,0% degli uomini e il 48,4% delle donne con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo. Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dall'8,8% degli uomini e dal 5,2% delle donne, invece il 43,6% degli uomini e il 23,4% delle donne ha riferito di utilizzarlo saltuariamente. Tra le donne, il 19,5% ha riferito di utilizzare la pillola. L'utilizzo di droghe per via iniettiva nella vita è stato riferito dal 3,4% dei soggetti con IST. Oltre un quinto dei soggetti con IST (22,0%) ha riferito di avere avuto una IST in passato. L'83,9% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 16,1% in MSM (15).

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 (Figura 1). 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 2013 (335 casi segnalati) (Figura 1).

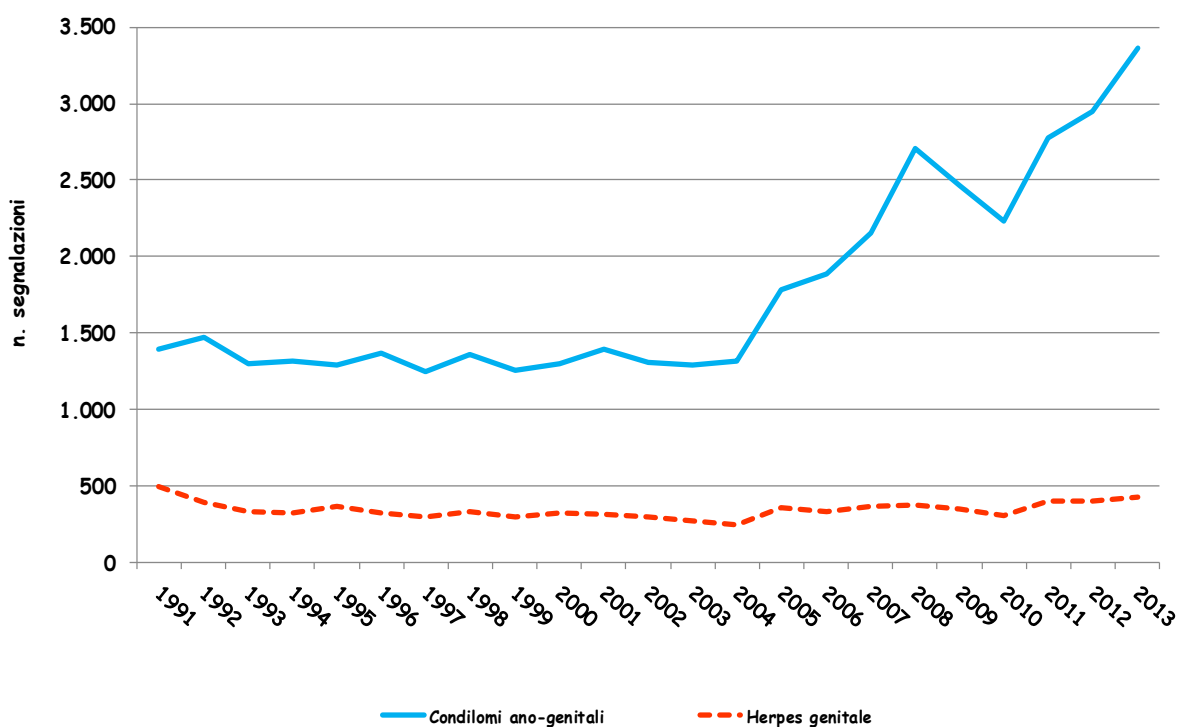
I casi di infezione da Ct hanno mostrato una costante riduzione fino al 2002 e un successivo aumento di due volte e mezzo tra il 2002 e il 2013, passando da 192 casi del 2002 a 471 casi del 2013 (Figura 1) (15).

Figura 1. Andamento delle principali IST batteriche



Tra le due principali IST virali (Figura 2), 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 2013 con un aumento più che doppio rispetto al 2004, passando da 1.312 casi del 2004 a 3.362 casi del 2013. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il 1991 e il 2004 e un successivo lieve aumento passando da 243 casi del 2004 a 425 casi del 2013; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali (15).

Figura 2. Andamento delle principali IST virali

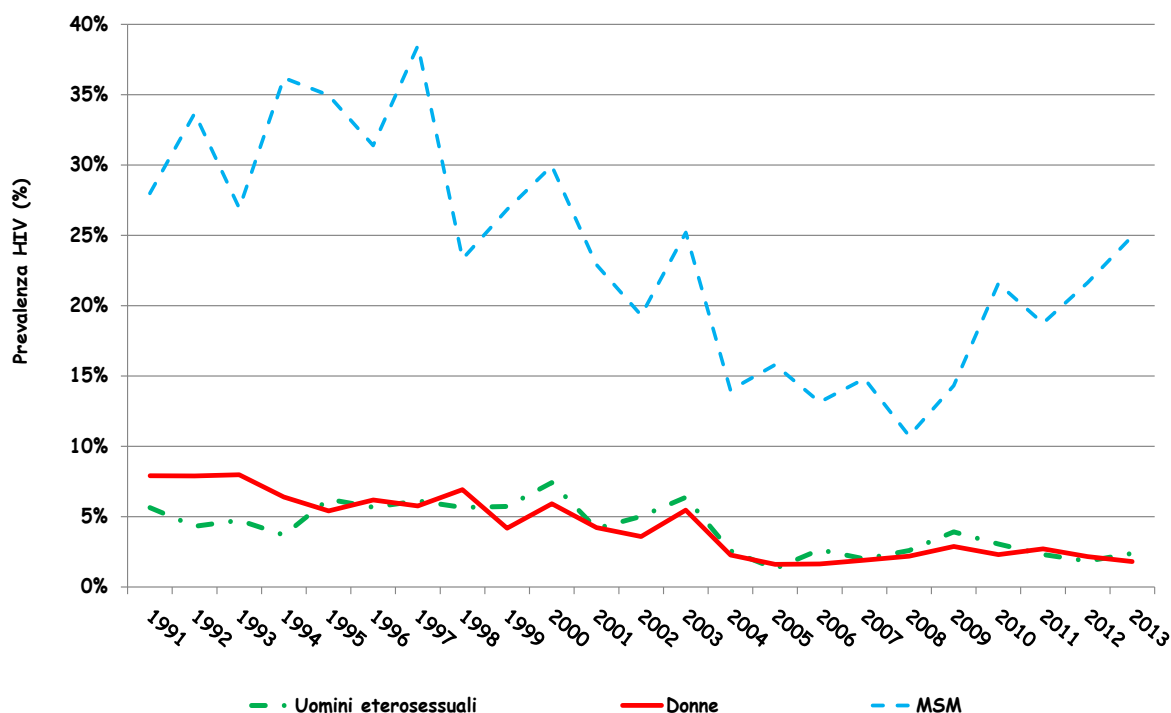


Dei 103.028 pazienti con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2013, 71.559 (69,5%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST. Dei 71.559 soggetti con IST testati per HIV, 5.295 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 7,4% (IC95%: 7,2%-7,6%).

Nei soggetti con IST si osserva un decremento della prevalenza HIV con alcuni picchi specifici (Figura 3). 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 all'8,4% del 2013 (Figura 3).

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 al 2,4% del 2013 (Figura 3). 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 fino all'1,8% del 2013 (Figura 22). 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 25,0% del 2013 (Figura 3).

Figura 3. Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di soggetti con IST: uomini eterosessuali, donne e maschi che fanno sesso con maschi (MSM)



Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica

Alla seconda sorveglianza, nata dalla collaborazione tra il COA e il Gruppo di Lavoro Infezioni Sessualmente Trasmesse (GLIST) dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI), partecipano laboratori di microbiologia clinica. Sono incluse nella sorveglianza le seguenti IST: infezione da *Chlamydia trachomatis*, da *Trichomonas vaginalis* e da *Neisseria gonorrhoeae*. I laboratori di microbiologia clinica raccolgono per ogni persona testata per le suddette IST dati socio-demografici, comportamentali e clinici. La raccolta e l'invio dei dati avviene tramite un sistema di segnalazione online via web (9-14).

Dal 1° aprile 2009 al 31 dicembre 2013 i laboratori di microbiologia clinica hanno segnalato 93.403 campioni, analizzati per un'indicazione di approfondimento diagnostico per almeno una delle tre infezioni. Sono stati segnalati in media 18.681 campioni all'anno (minimo: 15.845; massimo: 21.366).

L'87,7% (n. 81.886) degli individui da cui sono stati prelevati i campioni era costituito da donne e il 12,3% (n. 11.517) da uomini. L'età mediana è stata di 35 anni (IQR 29-40 anni) (15).

Il 15,0% (n. 13.906) degli individui da cui sono stati prelevati i campioni era costituito da stranieri; di questi, il 60,6% proveniva da altri Paesi europei, il 19,0% dall'Africa, l'11,2% dall'America e il 9,1%

Dall'Asia e dall'Oceania. La maggior parte dei campioni sono stati richiesti da medici di medicina generale e da ginecologi. Il 50,6% (n. 45.649) degli individui presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione, mentre il 49,4% era asintomatico. Relativamente ai metodi

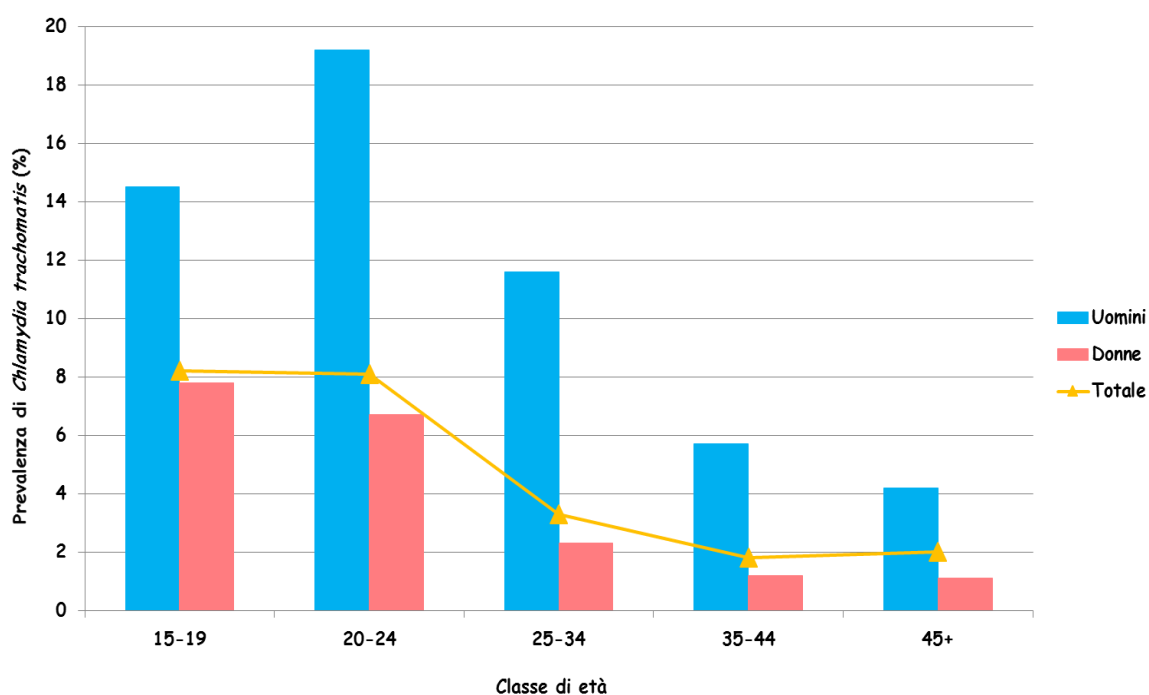
contraccettivi utilizzati negli ultimi sei mesi, il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 7,9% degli uomini e dal 7,4% delle donne non gravide. Tra le donne non gravide il 12,9% ha riferito di utilizzare la pillola. Relativamente alle caratteristiche comportamentali, il 15,3% degli uomini ha dichiarato di aver avuto più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi, rispetto al 3,9% delle donne. Inoltre, l'86,7% degli uomini ha dichiarato di avere un partner stabile da almeno tre mesi rispetto al 95,0% delle donne (15).

Delle 93.403 determinazioni totali, 83.000 (88,9%) sono state quelle mirate alla ricerca di Tv, 70.680 (75,7%) alla ricerca di Ct e 50.822 (54,4%) alla ricerca di Ng.

Nell'intero periodo, l'infezione più diffusa è stata quella da Ct (2.281 casi pari a una prevalenza del 3,2%), seguita dall'infezione da Tv (606 casi pari a una prevalenza dello 0,7%) e dall'infezione da Ng (258 casi pari a una prevalenza dello 0,5%) (15).

Nell'intero periodo, la prevalenza di Ct è risultata più elevata tra i soggetti di età 15-19 anni, rispetto ai soggetti con più di 19 anni (8,2% vs 3,1%). In particolare, la prevalenza di Ct è diminuita al crescere dell'età, dall'8,2% tra i soggetti di 15-19 anni, all'8,1% tra i soggetti di 20-24 anni, al 3,3% tra i soggetti di 25-34 anni, all'1,8% tra i soggetti di età superiore ai 34 anni (Figura 4).

Figura 4. Prevalenza di *Chlamydia trachomatis* per classe di età e per genere: 61.006 donne e 9.674 uomini testati



Questo decremento della prevalenza di Ct per classe di età si osserva sia tra le donne che tra gli uomini (15).

I due sistemi di sorveglianza sentinella, vanno a integrare i dati raccolti dalle notifiche obbligatorie e principalmente vengono utilizzati per valutare gli andamenti temporali delle IST segnalate.

Criticità dei dati epidemiologici

Dallo scenario epidemiologico precedentemente descritto si evince che in Italia non è mai stata effettuata una stima del numero di casi annuo di IST principalmente per i seguenti motivi:

- le sorveglianze sentinella IST sono in grado di assicurare informazioni robuste e affidabili nel tempo, ma non segnalano il 100% dei soggetti con IST presenti sul territorio italiano;
- la notifica obbligatoria per gonorrea, sifilide e pediculosi del pube 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;
- la notifica obbligatoria non fornisce dati su altre IST rilevanti: uretriti e cervico-vaginiti da clamidia, cervico-vaginiti da trichomonas, condilomi ano-genitali, herpes genitale, uretriti e vaginiti da altri agenti trasmessi per via sessuale, mollusco contagioso, per citare le principali;
- la dispersione dei soggetti con IST in diversi ambiti sanitari (dal medico di medicina generale agli specialisti in vari settori, pubblici e privati) rende difficoltosa la raccolta accurata di dati da un numero così elevato di fonti di segnalazione;
- la quota di sommerso di soggetti con IST costituita dai pazienti non diagnosticati o senza una diagnosi confermata è estremamente variabile per singola IST: elevata per le IST prevalentemente asintomatiche (clamidia), bassa per le IST persistenti (condilomi);
- l'elevato numero di figure mediche specialistiche coinvolte nella prima diagnosi (medico di medicina generale, dermatovenereologo, ginecologo e consultori, andrologi, urologi, pediatri) rendono il dato molto frammentario e poco attendibile e rende difficile capire se il percorso assistenziale messo in atto sia appropriato;
- la poca consapevolezza e capacità di riconoscere le manifestazioni cliniche delle IST o i loro fattori di rischio, soprattutto da parte della popolazione più giovane, aumenta la quota di sommerso e la diffusione di queste infezioni.

Criticità di sistema

Emergono alcune criticità che contribuiscono sia ad alimentare il sommerso che ad aumentare il rischio di sequele a lungo termine di IST diagnosticate tardivamente e curate in modo inadeguato:

- Non è disponibile in Italia un piano nazionale pluriennale per la prevenzione, diagnosi e trattamento delle IST;
- La mancanza di linee guida nazionali per il management diagnostico-assistenziale delle persone con IST comporta sovente un ritardo diagnostico e un impiego inappropriato di risorse umane ed economiche;
- Non esiste una politica di screening per le IST a livello nazionale, eccezion fatta per sifilide, HBV e HIV nelle donne gravide.

- La sintomatologia soggettiva di molte IST, in particolare nella donna, è sovente subdola ed erroneamente interpretata. Una diagnosi clinica non corretta conduce sia a trattamenti inadeguati e/o tardivi sia ad eccessivo impiego di costose tecnologie o ad interventi chirurgici non appropriati. Solamente un intervento terapeutico tempestivo e adeguato è in grado di ridurre le sequele di una IST non curata opportunamente, tra cui l'infertilità, il dolore pelvico cronico, le neoplasie, i danni al prodotto del concepimento.
- Il ricorso a terapie empiriche e/o a prodotti da banco in assenza di approfondimento diagnostico comporta ritardi inaccettabili prima che si metta in atto la terapia adeguata.
- La mancanza di informazioni tra clinico e microbiologo rappresenta un'ulteriore fonte di possibili errori. Il ricorso al laboratorio in modo indiscriminato nella speranza di ottenere la soluzione di un problema senza che il microbiologo sia a conoscenza del quadro clinico può indurre a terapie inadeguate per quanto mirate su antibiogramma.

Bibliografia

- 1) Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. WHO, 2011.
(Disponibile: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241502450/en/>)
- 2) Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. WHO, 2012.
- 3) (Disponibile: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>).
- 4) Progress report of the implementation of the global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Document for the World Health Assembly
- 5) (Disponibile: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/progress-report-stis-strategy/en/>)
- 6) 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.
- 7) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sexually transmitted infections in Europe 1990-2013. Stockholm: ECDC (Surveillance Report, 2015).
- 8) www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi
- 9) World Health Organization. Management of patients with sexually transmitted diseases. Technical Report Series, 810. Geneva: WHO; 1991.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008–2013. Stockholm: ECDC.
- 13) European Centre for Disease Prevention and Control. Long-term surveillance strategy 2014–2020. Stockholm: ECDC; 2013.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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 2015;28(2):3-43. (Disponibile: <http://www.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2856&tipo=4>)

Proposta operativa epidemiologico-assistenziale

Alla luce di queste evidenze risulta chiaro quanto la raccolta dati su fattori di rischio e IST necessiti di un'integrazione basata su campagne di informazione, sensibilizzazione e screening al fine di implementare la sorveglianza su una problematica di così alto impatto sociale soprattutto sui giovani. D'altra parte la scarsa abitudine, soprattutto tra il genere maschile, a una visita periodica della sfera sessuale e l'abolizione della visita di leva hanno fatto sì che il rischio di una scarsa conoscenza verso il riconoscimento di alcune patologie nonché di alcune misure di prevenzione alimenti la diffusione dell'IST senza segnalazione e corretto riconoscimento. Numerose campagne di prevenzione svolte dal Ministero della Salute e da altre istituzioni hanno dimostrato che la maggior parte dell'informazione sul sesso e sulle IST deriva dagli amici, seguita dai media. Si è rivolto ai genitori solo il 22,7% del campione. Il 69% dei ragazzi ha dichiarato di essere sessualmente attivo e di avere rapporti sessuali completi con età media al primo rapporto di $16,4 \pm 1,3$ anni, ma circa il 63% ha avuto rapporti non protetti. La maggior parte dei ragazzi ha ritenuto migliore l'informazione ricevuta sui contraccettivi piuttosto che quella sulle IST, risultata buona od ottima solo nel 55,4%; quindi, solamente la metà dei ragazzi ha ricevuto una apparentemente sufficiente informazione sulla prevenzione delle IST, ma che poi comunque non li ha portati ad avere rapporti protetti, suggerendo l'esigenza della necessità di implementare efficaci programmi di informazione e prevenzione su queste tematiche.

Progetto operativo a)

Obiettivo principale

Descrivere il percorso diagnostico-assistenziale delle persone con un sospetto di IST ed evidenziare l'inappropriatezza del sistema.

Metodi

La proposta si sviluppa in 2 fasi consecutive: uno studio retrospettivo iniziale seguito da uno studio prospettico:

1 – Studio retrospettivo

- Individuare uno o più laboratori di microbiologia, situati in grandi strutture ospedaliere/universitarie e che abbiano la possibilità di rilevare i nominativi dei medici che inviano le richieste di analisi.
- Raccogliere retrospettivamente da questi laboratori la distribuzione e i nominativi dei medici/centri che hanno richiesto analisi per IST in un tempo T1.

2 – Studio prospettico

- Dall'elenco di medici/centri ottenuto dallo studio retrospettivo, identificare i medici/centri interni alla struttura ospedaliera/universitaria per includerli nello studio prospettico per una durata di tempo T2.

- Ogni medico identificato all'interno della struttura ospedaliera/universitaria partecipante proporrà un questionario ad ogni individuo con un sospetto di IST (stabilire chiaramente la definizione di IST ed i criteri di inclusione e di esclusione) al fine di raccogliere dati socio-demografici-clinici essenziali e per esplorare:
 - Quali e quanti medici o specialisti il paziente ha consultato prima di accedere al centro partecipante,
 - Se e quali indagini microbiologiche e sierologiche per IST il paziente ha effettuato prima di accedere al centro,
 - Se e quale terapia è stata effettuata prima di accedere al centro,
 - Se e quali indagini microbiologiche e sierologiche per IST intende richiedere il medico del centro.
- Verrà condotta una formazione appropriata ai medici partecipanti per standardizzare le modalità di proposta del questionario
- Verrà fatta un'analisi delle caratteristiche dei medici che rifiuteranno di partecipare allo studio
- Per i pazienti che rifiuteranno di rispondere al questionario, il medico raccoglierà dati socio-demografici essenziali
- Se sarà possibile risalire dal questionario individuale ai risultati delle indagini inviate dal medico partecipante al laboratorio di microbiologia, si potranno ottenere dal laboratorio i risultati delle analisi effettuate per:
 - Studiare i risultati microbiologici e sierologici in funzione delle informazioni raccolte nel questionario
 - Analizzare i ceppi isolati e le resistenze antimicrobiche (se eseguite)
 - Eventualmente approfondire lo studio dei campioni positivi attraverso ulteriori indagini di biologia molecolare
 - Valutare attentamente gli aspetti da sottoporre al Comitato Etico.

Benefici

- Descrivere **il percorso diagnostico-assistenziale** delle persone con un sospetto di IST nelle diverse strutture ospedaliero/universitarie osservando le differenze nelle varie aree geografiche
- Realizzare **un modello trasferibile** ad altre realtà regionali per ampliare la raccolta di dati ed uniformare il percorso a livello nazionale.

Prospettive future

- Mirare **le azioni da intraprendere** secondariamente ai risultati dello studio. In particolare: migliorare la formazione/aggiornamento del personale sanitario dei settori che risulteranno maggiormente interessati dalla segnalazione di IST; incrementare le attività di informazione sulle IST (illustrare sintomi, segni e complicanze) e di educazione alla salute sessuale (ad es.

uso corretto del condom, riduzione del numero dei partner sessuali) nella popolazione generale; favorire la diagnosi precoce e la prevenzione delle IST (ad es. campagne di screening, proposta di test rapidi, offerta attiva delle vaccinazioni disponibili); migliorare il contact tracing e promuovere la terapia anche del partner.

- Ripetere **lo studio a distanza di qualche anno** per valutare le variazioni del percorso diagnostico-assistenziale e l'efficacia di eventuali azioni intraprese.

Progetto operativo b)

L'infezione genitale da *Chlamydia trachomatis* (Ct) è l'infezione batterica sessualmente trasmessa più diffusa a livello mondiale. La giovane età (<25 anni) rappresenta un fattore di rischio ad alta evidenza di associazione con l'acquisizione dell'infezione da Ct. Al fine di stimare la prevalenza dell'infezione da Ct nella popolazione giovane (15-19 anni) in Italia, si propone uno studio osservazionale prospettico della durata di 1 anno, che prevede un centro di coordinamento (il COA dell'Istituto Superiore di Sanità potrebbe fungere da centro di coordinamento) e dei centri periferici di raccolta dati, da una parte tutte le scuole medie superiori di quattro città italiane dislocate nelle quattro principali aree geografiche (Nord, Centro, Sud e Isole), e dall'altra quattro laboratori di riferimento delle suddette quattro città.

Obiettivo

- Stimare la prevalenza dell'infezione da *Chlamydia trachomatis* nella popolazione giovane (15-19 anni), in Italia.

Metodo

- Disegno dello studio: osservazionale prospettico.
- Durata dello studio: 1 anno.
- Partecipanti allo studio:
 - **Studenti delle scuole medie superiori** di età compresa tra i 15 e i 19 anni, di quattro città italiane, una al Nord, una al Centro e una al Sud, una nelle Isole scelte in base ai seguenti criteri:
 - Numerosità della popolazione residente: scegliere delle città con una popolazione residente entro i 130.000 abitanti (Nord: Pavia; Centro: Ancona; Sud: Castellamare di Stabia; Isole: Sassari).
 - Tipologia di scuole medie superiori (città che hanno almeno tre scuole di ordine diverso, ad es. liceo, istituto tecnico, ragioneria);
 - Presenza di opinion leaders che promuovano e supportino lo studio.
 - **Centro Operativo AIDS (Istituto Superiore di Sanità) e personale territoriale e universitario coinvolto nella formazione:** La formazione del peer educator sarà a cura dell'Istituto Superiore di Sanità e del personale territoriale e universitario coinvolto nel

progetto attraverso un'equipe multidisciplinare (venereologo, andrologo, ginecologo, urologo e psicologo) che addestreranno un gruppo di studenti degli ultimi 2 anni delle superiori e che trasferiranno loro le competenze per poter essere a loro volta formatori). La peer education consiste in una formazione e informazione dei giovani tra i 15 e i 19 anni delle scuole medie superiori partecipanti al progetto.

- **Laboratori di microbiologia:** un laboratorio di riferimento per ogni città partecipante riceverà i campioni di urine dalle scuole, eseguirà i test di amplificazione degli acidi nucleici (NAAT) per la ricerca di Ct, fornirà la risposta del test al referente territoriale e ai giovani.
- Definizione di caso: positività alla diagnosi di Ct basata su test di amplificazione degli acidi nucleici (NAAT) su campione di urine. Questo tipo di test permette la diagnosi precisa di infezione da Ct, ha alta specificità e consente di mirare la terapia
- Scheda di raccolta dati: somministrazione di una scheda individuale di raccolta dati socio-demografici, comportamentali e clinici, contenente un identificativo che consenta di linkarla con il campione biologico di urine. La scheda per l'autocompilazione verrà proposta dall'equipe attraverso il sistema della peer education e verrà consegnata in anonimo al referente territoriale. La scheda conterrà i seguenti dati:
 - socio-demografici: genere, età, CAP di residenza, nazionalità, gravidanza;
 - comportamentali: età primo rapporto sessuale, n. partner ultimi sei mesi, tipo di metodo contraccettivo utilizzato negli ultimi sei mesi, trasmissione omo- o eterosessuale, uso di droghe negli ultimi sei mesi (iniettive/non iniettive);
 - clinici: presenza di sintomi genito-urinari, patologia diagnosticata, conferma di laboratorio, metodo di diagnosi, altri dati di laboratorio.
- Campioni biologici da raccogliere: un campione di urine per ogni partecipante identificato da un codice da linkare con la scheda individuale di raccolta dati.
- Modalità di raccolta dati: questionario auto compilato dai giovani al termine del periodo di formazione e informazione effettuato dai peer educator.
- Modalità di raccolta dei campioni biologici di urine: raccolta di un campione di urine da parte del giovane al termine del periodo di formazione e informazione effettuato dai peer educator.
- Flusso dei dati e campioni biologici: trasporto dei questionari auto compilati e dei campioni biologici dalle scuole ai laboratori di riferimento; consegna dei risultati del test da parte dei laboratori ai giovani sarà effettuato dai referenti territoriali di progetto; invio online dei dati dei questionari autocompilati e dei risultati dei test NAAT, dai laboratori al centro di coordinamento (COA), attraverso una piattaforma web disegnata ad hoc.
- Elaborazione dei dati: data management, analisi, interpretazione di dati e produzione di un rapporto tecnico da parte del centro di coordinamento.

- Analisi matematico-statistica: elaborazione di un modello matematico per ottenere stime nazionali a partire dai dati ottenuti nelle quattro città.
- Aspetti etici: i dati dovranno essere raccolti in modalità codificata e trattati in maniera anonima senza alcun elemento che consenta di risalire all'identità del soggetto. I dati dovranno essere raccolti solo a fronte della sottoscrizione da parte dei soggetti partecipanti di un consenso informato scritto, nel quale saranno chiaramente descritti lo scopo dello studio e i benefici che i soggetti, la comunità scientifica e la Sanità pubblica potranno trarre dallo studio stesso.

Benefici

- Stimare la prevalenza dell'infezione da Ct nei giovani (15-19 anni) in Italia
- Valutare i **fattori di rischio** associati all'acquisizione dell'infezione da Ct
- Identificare le **sottopopolazioni** di giovani a maggior rischio al fine di mirare gli interventi di informazione e prevenzione
- Realizzare un **modello trasferibile** ad altre realtà regionali per ampliare la raccolta di dati.

Prospettive future

- Estendere lo studio ad altre realtà provinciali o regionali per avere un quadro più dettagliato sulla numerosità dei casi e sull'epidemiologia delle infezioni da Ct nella popolazione giovane (15-19 anni).
- Mirare le azioni da intraprendere ai sottogruppi di giovani che emergeranno come a maggior rischio dai risultati dello studio. In particolare: incrementare le attività di informazione sull'infezione da Ct (illustrare sintomi, segni e complicanze) e di educazione alla salute sessuale (ad es. uso corretto del condom, riduzione del numero dei partner sessuali); favorire la diagnosi precoce e la prevenzione delle infezioni da Ct (ad es. campagne di screening).
- Ripetere lo studio a distanza di qualche anno per valutare le variazioni epidemiologiche e l'efficacia di eventuali azioni intraprese.

Bibliografia

- 1) Quaderno della Salute del Ministero della Salute n. 13, gennaio-febbraio 2012 "Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie andrologiche".
- 2) Prevenzione in Andrologia - AmicoAndrologo, Ministero della Salute con "Sapienza" Università di Roma, la Società Italiana di Andrologia e Medicina della sessualità (SIAMS) e la Fondazione per il benessere in andrologia AmicoAndrologo.

- 3) Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. WHO, 2011. (Disponibile in: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241502450/en/>).
- 4) Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. WHO, 2012. (Disponibile in: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>).
- 5) European Centre for Disease Prevention and Control. Long-term surveillance strategy 2014–2020. Stockholm: ECDC; 2013.
- 6) Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, World Health Organization, 2003. (Disponibile: http://hetv.org/resources/reproductive-health/mngt_stis/)

Cosa fare

Risulta quindi evidente come, in questo ambito, la prevenzione assuma un ruolo di fondamentale importanza attraverso proposte operative mirate ad aumentare i livelli di sensibilizzazione e informazione della popolazione verso tali problematiche.

È necessario, infatti, informare ed educare la popolazione, le famiglie e l'opinione pubblica, sulle principali IST, sui meccanismi di trasmissione e sulle manifestazioni cliniche in entrambi i sessi, spiegare l'importanza dell'uso corretto del preservativo e di un corretto stile di vita sulla funzione dell'apparato riproduttivo rispetto al rischio di contrarre una IST e su quando, nel corso della vita, è necessario effettuare visite e controlli medici. Tutte le figure che hanno istituzionalmente l'opportunità di educare i giovani dovrebbero essere inoltre formate e indirizzate ad individuare precocemente tutte le patologie in grado di compromettere il potenziale di fertilità futuro dei giovani, su cui è possibile attuare delle misure terapeutiche per giungere ad una risoluzione senza postumi.

...per i giovani...

Di qui l'esigenza di ideare un progetto ad hoc rivolto soprattutto alla popolazione giovanile in cui la stessa popolazione sia protagonista dell'informazione e del percorso di prevenzione. Lavorare per creare una sessualità informata e consapevole spinge ad alcune riflessioni sulle campagne di prevenzione tra i giovani.

Nel campo degli interventi di prevenzione, informazione e sensibilizzazione sui comportamenti dannosi per la salute rivolti ai giovani, è oggi universalmente condiviso che tutte le azioni relative devono svilupparsi secondo un doppio binario: quello della costruzione di percorsi formativi-informativi con il massimo coinvolgimento del target al quale gli stessi sono destinati e quella della comunicazione "efficace".

In questo breve documento si farà cenno sia alla metodologia maggiormente acquisita oggi, in tema di prevenzione rivolta ai giovani (la Peer education), sia ad alcuni aspetti della comunicazione erogata dai media.

L'educazione tra pari per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili: gli interventi di Peer education

Lo scenario attuale

Estrema precocità nell'approccio alla sessualità, scarse conoscenze dei più basilari presidi di contraccezione per una procreazione consapevole e per la prevenzione delle IST, problematiche prodotte dall'incapacità di adottare uno stile di vita sano in termini di affettività e relazione con il mondo esterno: sono queste le principali situazioni riscontrate quando, troppo tardi, l'adolescente che ha contratto una IST giunge ai servizi sanitari territoriali.

Se poi consideriamo la caratteristica difficoltà dei giovani adolescenti nell'esprimere in maniera definita e appropriata una domanda di aiuto (prestazioni sanitarie), è facile prevedere come le infezioni contratte in adolescenza inneschino severi profili di disagio individuale.

Lo scenario giovanile attuale è articolato, multiforme e di difficile contenimento ancor più per quanto i media rilanciano, con esasperazione ossessiva, immagini e messaggi per una sessualità "avventurosa" e fonte di autorealizzazione.

L'intera popolazione giovanile è sottoposta così a stimoli culturali e impulsi di mercato che utilizzano la sessualità disinvolta, troppo spesso pericolosamente acritica, con spinte ad assumere comportamenti di omologazione "gioiosamente trasgressiva ed esplorativa".

Per quanto non siano molti gli studi di settore, quei pochi ai quali si può fare riferimento hanno evidenziato che la popolazione giovanile, compresa tra i 14 e i 18 anni, è uno dei target di popolazione maggiormente colpiti da IST.

Pertanto, non intervenire in tale ambito e momento storico della esperienza giovanile significa dover poi fare i conti con dimensioni ed espressioni del problema molto più impegnative sia in termini di salute collettiva che di conseguente ridotto investimento sociale sulla popolazione giovanile.

Si avverte quindi, fortemente, l'esigenza di moltiplicare, nell'ambito degli interventi di promozione della salute, azioni che favoriscano l'acquisizione di una maggiore consapevolezza della propria vita sessuale e affettiva e di una maggiore capacità di gestire le proprie relazioni interpersonali, quale che sia la propria fascia sociale di appartenenza.

La scuola

La Scuola rappresenta l'agenzia educativa nella quale la popolazione giovanile si trova a vivere gli anni decisivi per la propria formazione valoriale e le future scelte degli stili di vita.

Essa deve quindi interpretare tale *mission* di soggetto educativo promuovendo con adeguata energia e focalizzazione le appropriate azioni, di sensibilizzazione e di informazione, necessarie a una educazione alla sessualità consapevole e quindi sana.

Ecco così che la scuola, soprattutto quella secondaria, rappresenta un luogo privilegiato ove poter diffondere tra gli studenti le conoscenze relative alle IST ed agli stili di vita salutari attraverso la promozione e lo sviluppo di abilità personali necessarie a operare scelte consapevoli e responsabili, nell'ambito della sfera sentimentale e sessuale, che scorraggino così l'adozione di comportamenti a rischio di IST.

I bisogni informativo-educativi sono quelli legati alla costruzione di individualità solide nell'autostima e serene nei rapporti con i coetanei e con le figure di riferimento, consapevoli del proprio corpo e delle sue funzioni e, non ultimo, informate sui Servizi che il territorio mette a disposizione.

Cosa è stato fatto in passato

Non sempre gli interventi di prevenzione per il contrasto alla diffusione delle IST hanno espresso la necessaria efficacia. Spesso le rare, relative campagne mediatiche o gli interventi di sensibilizzazione messi in campo per i giovani hanno sempre sofferto di uno "sbilanciamento" dovuto alla poca suggestione e autorevolezza degli adulti o dei loro *testimonial*. Lo stesso può essere riscontrato per gli interventi basati sull'adulto "tecnico" che va in una scuola a "parlare della sessualità."

Pertanto se la prevenzione riveste un ruolo primario nello scenario delle azioni di contrasto alla diffusione delle IST e risulta indispensabile lanciare messaggi con qualità altamente "pregnante e credibile" bisogna allora elaborare progetti di intervento in cui i linguaggi, i metodi, i percorsi semantici e gli attori siano riferiti agli specifici codici comunicativi del target al quale sono rivolti i progetti stessi.

Orizzonti di senso: la peer education

La ricognizione effettuata nell'ambito del programma ministeriale Guadagnare Salute, dopo una rigorosa valutazione di specifici indicatori di efficacia e di riproducibilità, ha individuato delle metodologie di intervento di comprovata efficacia nell'ambito delle infezioni sessualmente trasmesse. Le "buone pratiche" selezionate, pur nella molteplicità di esperienze locali, adottano come metodologia privilegiata d'azione il processo di "**peer education**" che si è dimostrato particolarmente efficace nella prevenzione dei comportamenti dannosi per la salute (uso di sostanze, rapporti sessuali a rischio, dipendenze sine sub stantia, etc) grazie alla sua peculiarità di "esperienza di giovani tra i giovani" nella trasmissione, lo scambio e la condivisione di informazioni, valori ed esperienze .

Progetto per implementare la sensibilizzazione degli adolescenti verso tale problematica

ISTRUZIONI per l'uso **per una sessualità sana e consapevole**

Campagne di sensibilizzazione e informazione da realizzarsi attraverso i media

Alcune riflessioni sugli aspetti metodologici e semantici della comunicazione con i giovani

La necessità di una campagna deve basarsi su un assunto indiscutibile: un giovane che sa con precisione quali sono i comportamenti a rischio, che conosce il preservativo e sa come si utilizza, ha meno probabilità di contrarre una IST rispetto a un giovane che arriva alla scoperta della sessualità con informazioni inadeguate e ricevute il più delle volte da fonti non qualificate.

Vanno adottate strategie comunicative di leggerezza, in cui l'oggetto preservativo è inserito nei codici della ordinarietà, nello strumentario della normalizzazione, così come si fa per altri presidi parasanitari: spazzolino, assorbente, collutorio, deodorante, casco della moto, etc.

La campagna, da realizzarsi attraverso i media (tradizionali e social), potrà essere costruita con

- ✓ interventi tipo "pubblicità progresso"
- ✓ interventi di testimonial

Nel primo caso sarà fondamentale ricorrere alle logiche del pensiero creativo (umorismo, giochi di parole) nella riproduzione di scene di vita tipiche dei giovani.

Da considerare anche la realizzazione e l'utilizzo di nuovi supporti multimediali e interattivi (App per tablet e smartphone), concepiti con l'obiettivo di fornire ai giovani in modo accattivante le informazioni necessarie per conoscere le implicazioni positive e negative del proprio stile di vita, anche attraverso giochi, filmati, animazioni e curiosità.

Estremamente efficace risulta, poi, la modalità di trasmissione del messaggio attraverso riconosciuti testimonial della cultura giovanile (artista, campione dello sport, etc) che *valideranno* la scelta di una sessualità consapevole e protetta come valore imprescindibile della cultura giovanile.

In sintesi, più che costruire messaggi rappresentando possibili situazioni "minacciose" (*chiasso della discoteca, giovani in penombra, pericolo di abuso, etc, che, proprio in ragione del senso di allarme che tali modalità suscitano provocano rigetto e rifiuto del messaggio stesso*) si dovrà invece collocare il "set" nelle scene di vita ordinaria: ragazzo che prepara lo zaino per il week end, amici che acquistano presso farmacia, scambio di profilattici tra ragazzi, consiglio tra amiche, etc.

Non va trascurata inoltre, come obiettivo del messaggio, l'informazione relativa alla necessità di rivolgersi ai servizi appena si percepiscano segni e sintomi che possano essere legati alla sfera della sessualità.

Alcune linee di indirizzo alle quali ispirarsi nella elaborazione di proposte progettuali da rivolgere ai giovani

Riconoscere, nella proposta progettuale, precisi obiettivi:

Obiettivi generali di salute in riferimento alle ITS:

- Prevenire le infezioni sessualmente trasmissibili è un obiettivo di salute che riguarda e coinvolge tutta la popolazione, in particolare quella giovanile, che è maggiormente esposta; attualmente con un rischio crescente.
- Promuovere corretti stili di vita in particolare, finalizzati ad una più cosciente gestione dell'affettività e/o della sessualità, per un efficace prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili.

Obiettivi specifici di salute in relazione alle ITS:

L'obiettivo finale è quello di ridurre in tale popolazione giovanile il rischio che una non corretta gestione della propria sessualità consenta una più facile esposizione a contrarre malattie nonché a trasmettere a terzi infezioni sessualmente trasmissibili gravi come LUE, AIDS, epatite o anche meno gravi ma più frequenti come infezioni da HPV e gonorrea.

Obiettivo collaterale ma non meno importante, perseguito è quello dell'educazione ad una sana affettività e ad una corretta gestione del percorso dell'amore.

Obiettivo previo propedeutico a quello finale inoltre è lo sviluppo di corretti stili di vita per la tutela della salute in generale e per la prevenzione o la disintossicazione delle principali dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo, pornografia, tabagismo, etc..).

Obiettivi peculiari:

- Valutare il rischio di diffusione delle ITS in luoghi dove è più alto il disagio giovanile o è presente una condizione di restrizione della libertà personale per reati penali;
- Valutare il grado di conoscenza delle infezioni trasmissibili sessualmente e delle modalità e rischio di loro diffusione nella popolazione giovanile con particolari fragilità sociali e/o psicologiche;
- Migliorare il grado di conoscenza delle infezioni trasmissibili sessualmente nei giovani che vivono situazioni di disagio ed emarginazione, anche col fine di ridurre la catena del contagio;
- Sensibilizzare i giovani alla necessità di prevenire comportamenti non corretti e dannosi per il loro stato di salute e promuovere invece abitudini ed azioni a salvaguardia di se stessi e degli altri, in particolare nella gestione dell'affettività e della sessualità;
- Promuovere la conoscenza dei corretti stili di vita attraverso un'informazione chiara, completa e comprensibile;

- Aumentare il grado di conoscenza di strutture sanitarie sul territorio in cui si effettuano interventi di prevenzione primaria, secondaria e per la diagnosi precoce delle affezioni da HPV e di altre infezioni trasmissibili sessualmente;

Target:

Le proposte progettuali vanno rivolte soprattutto a quegli Adolescenti che per il contesto socio-culturale ed il vissuto esistenziale sono esposti ad un maggior rischio di sviluppare stili di vita non corretti, con conseguente più alto rischio di esposizione al contagio alla trasmissione delle infezioni sessualmente trasmissibili sia come soggetti attivi che come soggetti passivi.

Cenni metodologici

Pertanto punto di caratterizzazione della metodologia dovrà essere quello di rendere il giovane protagonista nella realizzazione del Progetto di Prevenzione sia per quanto riguarda la costruzione dei percorsi, dei materiali e degli strumenti sia nelle ricadute formative destinati ai propri pari.

Un progetto con il quale aprire un dialogo con gli studenti, per conoscerne aspettative e istanze e agire di conseguenza, rendendoli partecipi e condividendo con loro le scelte effettuate nella progettazione dei percorsi.

Gli studenti vengono quindi coinvolti sin dalla fase di ideazione del “Progetto” per essere poi incaricati della realizzazione delle azioni progettuali previste.

Per questo motivo le caratteristiche portanti della metodologia saranno finalizzate a:

1. Acquisire la prevenzione come “valore” nei percorsi educativi
2. Intervenire in maniera precoce sulla fascia giovanile
3. Dare massima attenzione ai linguaggi e alle modalità comunicative
4. Elaborare azioni progettuali che sappiano collocarsi, nell'ambito degli specifici contesti giovanili, in maniera puntuale, riconosciuta e costante nel tempo
5. Avere al centro di ogni progetto la responsabilizzazione del target di progetto
6. Promuovere percorsi di aiuto e auto aiuto tra giovani che possano “intercettare e accogliere” il coetaneo che esprime forme di difficoltà nel campo della sessualità consapevole.

Obiettivi generali

- Favorire la partecipazione attiva dei giovani nelle azioni di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (I.S.T.).
- Sviluppare una rete inter-istituzionale di Servizi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili in adolescenza.
- Promuovere e implementare lo sviluppo delle abilità personali degli adolescenti, necessarie a operare scelte consapevoli e responsabili per quanto concerne uno stile di vita sano, soprattutto in ambito affettivo-sessuale.
- Formare *peer educator* che collaborino alla prevenzione dei comportamenti a rischio.

- Progettare e realizzare interventi educativi tra pari.
- Promuovere la collaborazione da parte degli studenti alle attività formative proposte dalle Scuole.

Obiettivi specifici

- Sensibilizzazione e informazione sulla sessualità consapevole
- Promozione di percorsi di decision making capaci di produrre atteggiamenti di autonomia ed emancipazione nei confronti di ogni forma di relazione e/o evento ad alto coefficiente di criticità
- Offerta di stimoli per la costruzione di una cultura della salute che permetta processi di trasmissione di stili di vita sani
- Possibilità di intercettare i giovani che praticano comportamenti sessuali a rischio di IST (*early detection*)

Risultati possibili

- Coinvolgimento di congruo numero di scuole secondarie
- Censimento del bisogno informativo
- Attivazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione per gli insegnanti
- Attivazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione per gli studenti
- Attivazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione per genitori
- Predisposizione di materiale multimediale da utilizzare negli incontri con gli studenti e da condividere tra i diversi istituti
- Promozione attraverso i mass media dei materiali
- Organizzazione di rassegna - festival regionale dei materiali

Attività progettuali e multidisciplinarietà:

Il programma di lavoro dovrà essere basato sulla stretta collaborazione di specialisti sanitari (dermatovenereologi e psicologi/psicoterapeuti) nonché esperti di comunicazione.

Nella offerta progettuale dovrà anche essere prevista la possibilità di:

- realizzare incontri con giovani che versano in condizione di disagio e difficoltà e che sono inseriti in programmi di recupero e riabilitazione e gli esperti del settore, per affrontare tematiche relative all'acquisizione di corretti stili di vita ed all'educazione all'affettività ed educazione alla salute.
- Organizzare interventi di sensibilizzazione di insegnanti, mediatori culturali, Referenti istituzionali e strutture di accoglienza sul problema delle ITS.

Bibliografia

- ✓ Trani F, Gnisci F, Nobile CG, Angelillo IF. Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy. J Paediatr Child Health. 2005 May-Jun;41(5-6):260-4.
- ✓ Visalli G, Picerno I, Vita G, Spataro P, Bertuccio MP. Knowledge of sexually transmitted infections among younger subjects of the city of Messina (Sicily). J Prev Med Hyg. 2014 Mar;55(1):17-22.

- ✓ Bergamini M, Cucchi A, Guidi E, Stefanati A, Bonato B, Lupi S, Gregorio P. Risk perception of sexually transmitted diseases and teenage sexual behaviour: attitudes towards in a sample of Italian adolescents. *J Prev Med Hyg.* 2013 Jun;54(2):114-9.
- ✓ Croce M. e Gnemmi A, 2003, *Peer education. Adolescenti protagonisti nella prevenzione*, Franco Angeli, Milano
- ✓ Pellai A, Rinaldini V: e Tambutini B, 2002. *Educazione tra pari: Manuale teorico e pratico di empowered peer education*, Erikson, Trento
- ✓ Croce M., Lavanco G., Vassura M., 2011, *Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione*”, Franco Angeli, Milano

Progetto “Web: giovani e salute”

I media digitali, parte ormai della vita quotidiana, sono diventati utilissimi, quasi indispensabili per i giovani che creano reti di contatto internet, giocano, s'informano, si aggiornano e comunicano tramite telefoni cellulari, iPad e smarhpone.

Il web rappresenta il principale mezzo d'informazione e di consultazione per i giovani anche se a volte può diventare causa di vere e proprie dipendenze psicopatologiche.

Pertanto, al fine di attuare una sana, comprensibile e corretta campagna di informazione sarebbe opportuno coinvolgere gli adolescenti attraverso progetti da svolgersi sia presso istituti scolastici aderenti all'iniziativa “Adolescenza sana: parliamone”, sia presso luoghi pubblici mediante camper posizionati in comuni che aderiscono all'iniziativa “Viaggiare sani in adolescenza”. Tuttavia, il desiderio degli adolescenti di interagire con gli esperti del settore in anonimato suggerisce la creazione di una pagina web dedicata. A tale pagina i giovani possono rivolgere le proprie perplessità o i propri quesiti in maniera anonima al team di riferimento. Si tratta di elaborare una pagina Facebook, gestita esclusivamente da figure qualificate quali medici specialisti in dermatologia e venereologia e psicologi, giornalisti ed esperti di comunicazione rappresentando questo il modo più semplice e diretto di poter diffondere tra gli adolescenti e i giovani dei messaggi positivi sulla salute o rispondere ai quesiti posti. La pagina sarà denominata: “Salute in Amore: giovani al sicuro” ed è una finestra, un veicolo per la pubblicazione di articoli scientifici, video, foto, aforismi o semplicemente messaggi educativi e positivi sugli stili di vita e sulle infezioni trasmissibili sessualmente che possano attirare l'attenzione dei giovani d'oggi. La pagina sarà aggiornata dai professionisti appartenenti al team. Gli stessi esperti la utilizzeranno anche per ricordare i vari eventi e i progetti futuri e di rispondere alle domande eventualmente inviate in posta privata dai giovani consentendo l'eventuale visibilità in bacheca (dopo adeguato e ponderato controllo) di post di terzi interessanti all'arricchimento della pagina.

Le diverse funzioni della pagina Facebook saranno utilizzate quanto indicato

BACHECA

La bacheca della pagina Facebook sarà visibile a tutti coloro che sono iscritti al social network e che potranno (cliccando sul tasto “mi piace” presente nella pagina) ricevere gli aggiornamenti che verranno inseriti dai gestori del sito.

A loro volta gli iscritti alla pagina potranno invitare direttamente ulteriori amici a visitarla ed a cliccare “mi piace”, così da aumentare il numero dei “follower” non solo a livello regionale ma anche nazionale.

MESSAGGI

L'interazione degli estranei con la pagina potrà avvenire tramite messaggi privati(messenger) che verranno visualizzati esclusivamente dagli amministratori, i quali si preoccuperanno di rispondere nel minor tempo possibile alle richieste.

EVENTI

È possibile pubblicizzare “eventi” organizzati dagli amministratori della pagina (incontri formativi sugli argomenti, etc) visibili a tutti coloro che sono iscritti al social network.

Gli eventi potranno essere arricchiti con foto, articoli etc e gli amministratori potranno “invitare” a partecipare gli iscritti alla pagina mediante specifici messaggi (selezionando in questo modo anche un’utenza più specifica per ogni evento).

A loro volta coloro che sono stati contattati potranno estendere l’invito (solo se l’invito sarà impostato come “pubblico”) anche ai propri contatti Facebook, creando una rete che consentirà facilmente di pubblicizzare un incontro nel tempo di un click! Ai partecipanti invitati all’evento arriverà una notifica, come promemoria, all’avvicinarsi del giorno indicato.

Alla pagina “Salute in Amore: giovani al sicuro” si potrà aggiungere, un sito web (di realizzazione successiva) a cui si potrà accedere facilmente cliccando su di un link associato che apparirà accanto alle informazioni sulla bacheca.

Migliorare la formazione

Migliorare i percorsi di formazione delle IST

In un’epoca caratterizzata da rapidi mutamenti scientifici, demografici ed epidemiologici, la formazione degli operatori sanitari (medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri, tecnici di laboratorio e psicologi) nel campo delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) necessita di un aggiornamento continuo delle conoscenze per poter operare al meglio per tutelare la salute dei cittadini, e di un costante monitoraggio sul territorio per individuare i problemi emergenti, per programmare e verificare le necessarie attività di prevenzione e controllo, altrimenti il rischio è il riemergere di patologie considerate scomparse o la rapida diffusione di nuove.

Attualmente il **Core Curriculum dei corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**, ovvero il complesso di conoscenze, competenze, abilità e comportamenti che tutti i neo-laureati devono aver acquisito in modo completo e permanente per l’esercizio della professione (le cosiddette **UDE: Unità Didattiche Elementari**), prevede l’insegnamento dei vari aspetti di fisiopatologia, clinica, diagnosi e terapia delle IST nell’ambito di numerosi corsi integrati compresi tra il secondo e il quinto anno del corso di laurea: - Microbiologia - Medicina di laboratorio - Dermatologia e chirurgia plastica - Farmacologia e tossicologia - Endocrinologia - Ginecologia - Urologia - Medicina della riproduzione - Malattie infettive- Igiene e sanità pubblica. Ciascuna di queste discipline è compreso nell’ambito di **corsi delle patologie integrate**, che includono al loro interno l’insegnamento e il raggiungimento di obiettivi di conoscenze e competenze appartenenti a più settori. Questa modalità consente allo studente di medicina di affrontare i molteplici aspetti delle IST in diversi momenti e livelli della sua formazione e da vari punti di vista. Tuttavia, l’assenza di un vero e proprio corso dedicato alla materia che ne preveda l’insegnamento nel suo insieme può determinare frammentarietà e assenza di una visione completa, in particolar modo per ciò che riguarda la gestione clinica.

In questo caso, come in altri settori soprattutto relativi alla prevenzione e agli stili di vita, la Conferenza permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia sta valutando e discutendo l'opportunità di un breve (**1 CFU**) momento di riepilogo e sintesi nella parte finale e più professionalizzante del corso.

Anche per quanto concerne la formazione dei medici specialisti, sono diversi i **Corsi di Specializzazione**, afferenti all'area medica, chirurgica e dei servizi, che includono all'interno del loro percorso di preparazione, l'acquisizione di competenze nell'ambito delle IST: Dermatologia e venerologia - Endocrinologia e malattie del metabolismo - Farmacologia e tossicologia clinica - Ginecologia ed ostetricia - Igiene e medicina preventiva - Malattie infettive e tropicali - Medicina interna - Medicina tropicale - Microbiologia e virologia - Oftalmologia - Patologia clinica e biochimica clinica – Urologia (solo per citare i principali). L'approccio alle IST, infatti, prevede senza dubbio una stretta collaborazione tra più figure professionali. Tuttavia in ambito di formazione ciò può rappresentare un limite poiché, ad esempio, vi è il rischio che i ginecologi siano preparati ad affrontare solo le IST femminili, così come gli endocrinologi-andrologi le maschili, o che i patologi siano preparati unicamente all'iter diagnostico di queste malattie, e che manchi una figura realmente preparata ad affrontare le IST dal punto di vista complessivo preventivo, clinico, diagnostico e terapeutico. Senza contare che l'esperienza rappresenta un elemento fondamentale nell'acquisizione di competenze nella gestione delle IST (specie in un mondo in cui i flussi migratori pongono all'attenzione del medico patologie fino a poco tempo fa sconosciute o dimenticate nel nostro SSN), ma spesso, nell'ambito di strutture della rete formativa delle Scuole di Specializzazione, comprensive di più Unità Operative Complesse, la pratica clinica delle IST è appannaggio solo dei centri iper-specialistici, a svantaggio di altri che dovrebbero comunque averne le competenze almeno nella identificazione, o, ancora, talvolta può essere del tutto assente nella struttura di sede della Scuola un centro per le IST e per cui viene meno del tutto la pratica clinica del medico in formazione, a cui viene fornita solo la parte teorica.

Ancora più complesso è il tema relativo alla formazione dei **Medici di Medicina Generale e delle Professioni Sanitarie**, dove ancora più forte è la mancanza di una preparazione organica e dove prevale una estemporaneità legata a situazioni contingenti e una frammentarietà e dove l'approfondimento durante i corsi di formazione è spesso legata alla competenza casuale del docente.

Infine, i **corsi ECM**, in presenza o FAD inerenti alle IST che dovrebbero riqualificare il personale già laureato e operante sul territorio, sono poco frequenti e insufficienti nel numero (e se vogliamo anche nella non obbligatorietà) per colmare le lacune lasciate dai corsi di formazione di base e ad aggiornare i medici del territorio.

Da tutto ciò, si evince la necessità di organizzare a tutti i livelli dei corsi di formazione e aggiornamento, atti a fornire competenze specifiche in merito alle IST, che tengano conto dei determinanti sociali e culturali della salute e malattia, delle barriere d'accesso delle popolazioni affette da IST ai servizi sanitari, e della necessità d'integrazione fra i ruoli delle diverse figure professionali per garantire l'efficacia dell'intervento.

SCHEMA PROGETTO OPERATIVO a)

Data di nascita

Indirizzo

Stato civile

- Nubile/Celibe
- Coniugato/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Convivente
- Vedovo/a

Istruzione

- Elementare
- Media inferiore
- Media superiore
- Analfabeta

Professione

- Casalinga
- Operaio/a
- Impiegato/a
- Dirigente
- Insegnante
- Libero professionista
- Commerciante
- Artigiano/a
- Studente
- Disoccupato/a
- Altro (specificare)

Anamnesi ostetrica

- Gravidanze
- Aborti spontanei
- Interruzioni volontarie di gravidanza
- Parti pretermine (< 37sett.)

Sterilità

- Sì
- No

È in stato di gravidanza?

- Sì
- No

Che metodo contraccettivo usa in modo prevalente?

- Nessuno (rapporti non protetti)
- Metodo naturale (coito interrotto, temperatura basale, ecc.)
- Preservativo
- Pillola
- Spirale

Fuma?

- No
- Sì
- Quante sigarette al giorno?
 - < 10
 - 10 – 20
 - > 20

Assume droghe?

- No
- Sì

	Ogni giorno	Meno di una volta alla settimana	Non assumo questa sostanza
Marijuana o Hashish			
Ecstasy			
Eroina			
Cocaina			
LSD e acidi in generale			
Sostanze allucinogene			
Popper			
Amfetamine			

Assume bevande alcoliche?

- Mai
- Raramente

Spesso

Assume farmaci?

No

Sì (specificare)

Menopausa

No (ultima mestruazione.....)

Sì (in che anno?.....)

Da chi hai ricevuto la tua informazione sessuale?

Di seguito troverà una lista di persone a Lei vicine o di fonti di informazione. Per favore, indichi quanto ritiene che ciascuna di esse abbia contribuito alla Sua educazione sessuale

	Per niente	Poco	Molto	Moltissimo
Genitori				
Fratelli/Sorelle				
Parenti (esclusi genitori, fratelli e sorelle)				
Amici				
Insegnanti				
Libri				
Giornali				
Film e televisione				
Medico				
Altro (indicare).....				

Come definisce le sue abitudini sessuali?

Eterosessuale

Omosessuale

Bisessuale

Non so

A che età ha avuto il primo rapporto?

< 15

15 – 20

20 – 25

> 25

Quanti partners sessuali ha avuto negli ultimi 12 mesi?

0

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4

Ha avuto un nuovo partner negli ultimi sei mesi?

- No
- Sì

Quanti rapporti sessuali ha in un mese?

- 0 – 5
- 6 – 10
- > 10

Ha avuto in precedenza Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)?

- No
- Sì
 - Trichomonas
 - Chlamidia trachomatis
 - Gonorrea
 - Sifilide
 - Herper Virus genitale
 - Human Papilloma Virus
 - HIV

Ha sofferto in precedenza di vaginiti?

- No
- Sì
 - Candida
 - Vaginosi
 - Vaginite aerobia
 - altro

Quali sono i sintomi di cui soffre?

- urinari
 - disuria
 - stranguria
 - pollachiuria
- vulvo-vaginali

- prurito
- bruciore
- leucorrea
- perdite ematiche
- dispareunia
- ulcere
- condilomi

anali

- ulcere
- bruciore
- prurito
- condilomi

penieni

- ulcere
- bruciore
- prurito
- condilomi

generali

- dolori addominali e/o pelvici
- febbre
- lesioni cutanee

Quali e quanti medici o specialisti ha consultato prima d'ora?

- medico di medicina generale
- specialista dermatologo
- specialista urologo
- specialista ginecologo

Ha fatto indagini microbiologiche e sierologiche per IST prima di accedere al centro?

No

Sì

- Quali?.....

Da quale medico o specialista sono state prescritte?

- medico di medicina generale
- specialista dermatologo
- specialista urologo
- specialista ginecologo

Ha fatto qualche terapia prima di accedere al centro?

No

Sì

○ Quali?.....

Quale medico o specialista le ha prescritte?

medico di medicina generale

specialista dermatologo

specialista urologo

specialista ginecologo