

## RUOLO DEL PEDIATRA

Marcello Lanari (a), Sara Scarpini (a), Arianna Dondi (b)

- (a) *Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, UO Pediatria d'urgenza, pronto soccorso e osservazione breve e intensiva, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Università di Bologna*  
 (b) *Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Bologna*

Il termine “infezioni sessualmente trasmesse” (IST) fa riferimento ad un insieme di sindromi cliniche causate da patogeni che possono essere acquisiti e trasmessi attraverso l'attività sessuale. (1). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno si verifichino nel mondo circa 376 milioni di nuovi casi di quattro IST curabili (infezione da trichomonas, infezione da clamidia, gonorrea e sifilide). Circa i due terzi di queste si verificano al di sotto dei 25 anni di età (2).

Per quanto riguarda il genere femminile, sappiamo che le giovani sono più vulnerabili alle IST rispetto alle donne di altre fasce di età, a causa di una serie di caratteristiche biologiche che le espongono ad un rischio maggiore: un sistema immunitario cervico-vaginale “immaturo”, con minore produzione di IgA, un muco cervicale meno denso per carenza di progesterone, l'epitelio colonnare dal canale cervicale alla vagina più esteso, con le cellule cilindriche che lo compongono maggiormente suscettibili ai microrganismi responsabili delle IST, come *Chlamydia trachomatis* (Ct) (3).

La salute sessuale e riproduttiva è influenzata da una vasta gamma di fattori, tra cui le condizioni socio-economiche dell'individuo. Inoltre, sesso, etnia e orientamento sessuale condizionano il rischio di contrarre alcune IST: ad esempio, le giovani donne (16-19 anni) sono la fascia di popolazione con la più alta incidenza di infezioni da Ct e di condilomi genitali, i giovani maschi che fanno sesso con maschi (MSM) sono più esposti al contagio con l'HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (4).

I *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) statunitensi nel 2017 hanno pubblicato un report inerente alla sorveglianza delle IST. Negli USA le infezioni a trasmissione sessuale che devono obbligatoriamente essere notificate sono quelle da Ct, gonorrea e sifilide (5).

I nuovi casi registrati di infezioni da Ct nel 2017 negli Stati Uniti sono stati 1.708.569; questo numero ha evidenziato un incremento del 6,9% rispetto al 2016, che ha coinvolto indistintamente maschi e femmine, varie aree geografiche e tutte le etnie. I tassi di incidenza si sono dimostrati più alti però tra gli adolescenti e i giovani adulti e il trend sembra in aumento. La seconda IST di origine batterica per frequenza negli Stati Uniti risulta essere la gonorrea, con un totale di 555.608 nuovi casi, con un aumento del 18,6%, rispetto al 2016. La resistenza antibiotica resta un elemento importante nel trattamento di questa patologia batterica, rendendo fondamentale continuare il monitoraggio del pattern di sensibilità di questo patogeno (5).

Nel Regno Unito il più alto tasso di infezioni da Ct non diagnosticate è stato riscontrato nelle ragazze tra i 16 e i 19 anni e nei giovani maschi tra i 20 e i 24 anni di età (4). I sintomi possono essere poco specifici e l'infezione può rimanere asintomatica nel 50% dei soggetti di sesso maschile e fino al 70% di quelli di sesso femminile. La diagnosi può quindi non essere clinica ed è necessario eseguire specifici test: come tampone endocervicale o vaginale nelle femmine o endouretrale nei maschi o un campione di urina del primo mitto per entrambi. I NAAT (*Nucleic Acid Amplification Tests*) sono i test più sensibili e specifici, trattandosi di test molecolari in grado di rilevare il materiale genetico del patogeno. Questi si possono eseguire anche su campioni di urine, eliminano la necessità di effettuare tamponi ed esame pelvico nella donna, risultando dunque più semplici e accettabili per la popolazione, in particolare per i giovani. In quest'ottica,

si stanno diffondendo anche degli auto-test rapidi che il paziente può eseguire in autonomia e spedire al laboratorio (3).

È evidente come la possibile mancanza del sintomo e lo stato di portatore rappresentino un problema di notevole importanza nel tentativo di contenimento delle IST. Inoltre, per evitare il persistere delle infezioni sarebbe comunque sempre necessario trattare anche i partner (4).

Altra IST analizzata nel report dei CDC è stata la sifilide, i cui casi di malattia primaria e secondaria sono anch'essi aumentati nel 2017 rispetto all'anno precedente del 10,5%, con 30,644 nuovi contagi. Sono inoltre stati registrati 918 casi di sifilide congenita (5). Al contrario però delle altre IST, la sifilide sembra coinvolgere una fascia più adulta della popolazione, soprattutto gli uomini tra i 35 e i 45 anni di età (4).

In Italia i dati epidemiologici relativi alla diffusione delle IST sono pochi, poiché per molte di queste infezioni la denuncia non è obbligatoria e spesso omessa. In particolare per i maschi, il quadro si è fatto ancora più confuso dopo l'abolizione del servizio militare obbligatorio; fino al 2004, infatti, i diciottenni venivano sottoposti a check-up medici al momento della leva. Ciò consentiva di acquisire una vasta quantità di informazioni, relative anche a questo contesto. Ad oggi l'attenzione riservata alla trasmissione delle IST e alle sue conseguenze per il genere maschile non è certamente adeguata e la figura del pediatra adolescentologo o dell'andrologo è assolutamente poco presente nei bilanci di salute dei giovani maschi (6).

In Italia nel 2018, l'Istituto Superiore di Sanità ha registrato le segnalazioni di 2.847 nuove diagnosi di infezione da HIV: l'incidenza si attesta dunque a 4,7 nuovi casi ogni 100.000 residenti, in media con quella europea (5,1 ogni 100.000). Tra le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2018, l'85,6% erano maschi. L'età mediana è stata di 39 anni per i maschi e di 38 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata nella fascia di età tra i 25 e i 29 anni (11,8 nuovi casi di infezione da HIV ogni 100.000 abitanti). La maggior parte delle nuove infezioni da HIV è associata a rapporti sessuali non protetti (80,2%) (7).

In ambito pediatrico invece attualmente in Italia sono seguiti più di 700 bambini e adolescenti con HIV e oltre 500 bambini nati ogni anno da madri HIV positive. Il 62% circa dei 700 ragazzi ha superato i 13 anni; la maggioranza di questi adolescenti ha acquisito l'infezione per via verticale. Gli altri hanno acquisito l'HIV durante l'adolescenza, attraverso rapporti sessuali non protetti o a causa dell'uso di droghe per via endovenosa. Il medico deve considerare problematiche diverse per i due gruppi di pazienti: i primi sono andati infatti incontro ad una terapia di lunga durata, con maggior effetti collaterali che necessitano di uno stretto follow-up cardiologico e metabolico, mentre i secondi presentano un decorso simile a quello dell'adulto. L'adolescenza rappresenta il momento in cui di solito viene comunicata la diagnosi, in cui si cerca di incrementare la responsabilizzazione individuale nella compliance alla terapia e in cui si manifestano i problemi inerenti all'inizio dell'attività sessuale (8).

Grandi passi avanti e grandi investimenti sono stati fatti nella lotta contro il Papillomavirus (*Human Papilloma Virus*, HPV) e nella prevenzione del cancro della cervice uterina e infatti la prevalenza dei sierotipi di HPV contenuti nel vaccino è significativamente diminuita rispetto all'era pre-vaccinale (2003-2006) (5).

In Italia, a partire dal 2007, la vaccinazione è offerta gratuitamente alle bambine nel 12° anno di vita. Alcune Regioni hanno esteso l'offerta a ragazze di altre fasce di età. Nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e nei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) la vaccinazione gratuita è prevista anche per i maschi, a partire dalla coorte di nati nel 2006. Relativamente alle bambine nate tra il 1997 e il 2001 si osserva una copertura del 73-76% per almeno una dose di vaccino e del 69-72% per ciclo completo; i dati evidenziano un'ampia variabilità delle coperture tra le varie regioni italiane (Toscana, Basilicata e Sardegna le regioni più virtuose, con percentuali sopra l'80%, mentre Sicilia e Campania si attestano al di sotto del 60%). I dati della copertura media nelle ragazze sono discreti, se confrontati con quelli europei,

ma comunque ben al di sotto della soglia prevista (95%). La copertura vaccinale media nei ragazzi invece è ancora molto lontana dagli obiettivi (9).

Il mancato riconoscimento e il mancato trattamento delle IST possono condurre a numerose complicanze: nelle donne l'infezione da Ct e la gonorrea possono provocare la Malattia Infiammatoria Pelvica (MIP), condizione insidiosa che può aumentare il rischio di gravidanze ectopiche, infertilità, ascessi addominali; gli uomini invece possono sviluppare l'epididimite o la sindrome di Reiter, anche se quest'ultima è decisamente rara. Numerose IST possono essere trasmesse durante la gravidanza o durante il parto e l'allattamento, causando prematurità, natimortalità, infezioni più o meno localizzate a carico del feto ed esiti perinatali e a distanza (4).

Nel 2016, il Censis ha condotto uno studio (10) prendendo in esame un campione di 1.000 giovani tra i 12 e i 24 anni residenti in Italia e ha indagato il loro rapporto con la sessualità e la prevenzione delle IST: i risultati hanno messo in luce conoscenze confuse, risultando le informazioni su questi temi assolutamente inadeguate. L'analisi delle risposte mostra un quadro generale di disorientamento (10).

L'età media alla quale gli intervistati hanno avuto rapporti sessuali completi per la prima volta è risultata 17,1 anni. Più del 90% degli intervistati sessualmente attivi ha dichiarato di porre attenzione per evitare gravidanze indesiderate, ma non per prevenire le IST. È emersa scarsa consapevolezza riguardo la differenza tra prevenzione delle IST e contraccezione: il 17,6% dei ragazzi ha sostenuto che la pillola anticoncezionale contrasti anche le IST. Il 6% ha affermato di non adottare precauzioni perché sicuro che le IST si possano contrarre solo in determinate situazioni (per esempio avendo rapporti con prostitute) (10).

Come si informano sulle tematiche del sesso le nuove generazioni? La principale fonte di notizie sono i media (TV, Internet, ecc. 62,3%). Al secondo posto troviamo la scuola, il cui contributo viene menzionato dal 53,8% dei partecipanti allo studio. Solo il 9,8% ha fatto riferimento ai lavoratori delle professioni sanitarie, come medici e farmacisti (10). Purtroppo meno della metà del campione (42,5%) ha dichiarato di essersi recato almeno una volta da un medico generico o specialista in ginecologia, andrologia o urologia, accompagnato o meno dai genitori, per un controllo o per criticità legate alla sfera della sessualità (10).

Emerge dunque da questa indagine come anche il ruolo giocato dai pediatri risulti marginale e insufficiente. Il tema dell'educazione sessuale potrebbe essere introdotto in occasione dei bilanci di salute, previsti in varie età della vita, della vaccinazione contro il papilloma virus o del menarca, nonché per avviare la comunicazione tra figli e genitori su questi temi. Risulta importante iniziare ad affrontare l'argomento dell'educazione all'affettività già con i bambini della scuola elementare, per poter incidere sul loro comportamento futuro e proseguire durante l'adolescenza. Parlare coi propri genitori di sesso non è facile e diventa ancora più difficile se questa abitudine non si è consolidata durante l'infanzia.

Spesso sono proprio gli adulti i più imbarazzati e molti genitori tendono ad evitare o procrastinare il momento in cui si inizia ad affrontare questa tematica, nella speranza che i figli rimandino l'inizio dell'attività sessuale. In questo modo, in realtà, aumentano la confusione e spingono i giovani a cercare altrove le risposte ai loro dubbi, magari da fonti poco attendibili, tipicamente altri giovani altrettanto inesperti (11).

Il pediatra potrebbe quindi avviare e facilitare il dialogo intra-familiare su questi temi, rinforzando un buon livello di comunicazione con i genitori e con le figure di riferimento, importante fattore protettivo. Lo stesso pediatra può poi ovviamente dare la sua disponibilità a parlare di sessualità con l'adolescente (11).

Un metodo proposto in alcuni contesti come la scuola, è quello della *peer education* (educazione tra pari), che consiste nella formazione di un piccolo gruppo di ragazzi di qualche anno più grande rispetto ai destinatari del progetto educativo, da identificare e reclutare tra le figure più influenti del gruppo, istruiti e formati dagli specialisti del settore per diventare a loro

volta gli insegnanti degli amici più piccoli. Questo sistema pur richiedendo tempi più lunghi, può risultare più incisivo, soprattutto nei contesti in cui il supporto e la presenza familiare si dimostrano scarsi, dato che i giovani talvolta accettano con più facilità consigli e suggerimenti su queste tematiche da coetanei (11, 12).

Gli interventi educativi riguardo alla salute sessuale effettuati a scuola hanno dimostrato, attraverso i risultati di numerosi studi presi in esame da una revisione effettuata nel 2010 dall'università di Southampton (4), di poter ampliare le conoscenze dei giovani in materia e di renderli capaci di prendere decisioni più consapevoli, effettuando scelte autodeterminate, ma sembrano non essere stati particolarmente efficaci per quanto riguarda l'attenzione posta nei confronti delle IST. Da tenere in considerazione il fatto che i follow-up di questi studi sono effettuati nel breve termine, quando tra l'altro i partecipanti avevano appena iniziato la loro vita sessuale, essendo dunque possibile che i benefici si manifestino più avanti, quando il sesso entra a far parte delle abitudini di vita (4).

Al contrario, gli interventi effettuati da figure educative specializzate richiedono tempi e costi minori rispetto a quelli messi in atto con la *peer education*, che richiede maggiori risorse per la formazione dei tutor.

Programmi di educazione sanitaria dovrebbero comunque non sopravvalutare l'efficacia di questi metodi nell'impatto sui comportamenti sessuali e sull'incidenza delle IST. Gli interventi dovrebbero essere studiati in base al contesto ed essere specifici per i vari gruppi di popolazione e genere. Inoltre, quando possibile, dovrebbero essere parte di un approccio educativo complessivo della scuola, che promuova assieme a stili di vita sani anche la salute e il benessere sessuale, in un contesto più ampio di valorizzazione dei rapporti interpersonali e tra sessi (4).

La stessa OMS ha evidenziato le migliori strategie di cui ci si dovrebbe avvalere nella lotta contro le IST:

- 1) valorizzare l'educazione dei giovani, favorire il counseling, per incrementare le conoscenze e la consapevolezza e per favorire l'uso degli strumenti di prevenzione, quali, ad esempio iniziative intraprese da alcune regioni italiane in merito all'accesso alla contraccezione gratuita per i giovani sotto ai 26 anni di età;
- 2) considerata l'esigua percentuale di ragazzi che si sottopongono ad una visita specialistica dal ginecologo o dall'urologo, trovare le modalità per facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria, attraverso un preciso counselling pediatrico;
- 3) promuovere la vaccinazione pre-esposizione per le IST prevenibili;
- 4) incrementare la sorveglianza delle IST attraverso la precoce identificazione delle persone infette e asintomatiche e di quelle clinicamente sintomatiche, attraverso screening basati su metodiche non invasive e accettabili per la popolazione in oggetto; dopo la diagnosi intervenire tempestivamente e adeguatamente con il trattamento e organizzare il follow-up, valutando sempre l'eventuale presenza di partner sessuali a rischio (13).

In Italia, l'importanza della prevenzione e del management delle IST sembra dunque molto sottovalutata, sia tra i comuni cittadini che in ambito sanitario. La figura del pediatra di libera scelta, caratteristica unica della realtà italiana, potrebbe e dovrebbe svolgere con i mezzi a propria disposizione un ruolo attivo e fondamentale nella lotta alle IST nei giovani.

## Bibliografia

1. Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clin Infect Dis* 2015;61(suppl 8):S759-62.
2. World Health Organization. *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021*. Geneva: WHO; 2016.

3. Dei M, Miniello G, Ruggiero G, Sapia MG, Cubicciotto D, Di Paolo G, Chiappini E. Dermatiti, vulviti e vulvo-vaginiti nell'infanzia. Le infezioni a trasmissione sessuale in adolescenza. In: *Ginecologia in età evolutiva. Prevenzione, diagnosi e terapia*. Milano: Sintesi Info Medica Srl; 2018. p. 99-127.
4. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, Jones J, Clegg A, Hartwell D, Frampton GK, Price A. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol. Assess* 2010;14(7):1-206.
5. Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017*. Atlanta: CDC, U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
6. Mondaini N, Silvani M, Zenico T, Gallo F, Rosso F, Cai T, Ughi G, Scarano P, Orlando V, Bartoletti R. Genital diseases awareness in young male students: Is information necessary to protect them? *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia* 2013;85(1):14-19.
7. Regine V, Pugliese L, Boros S, Santaquilani M, Ferri M, Suligo B. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2018. *Not Ist Super Sanità* 2019;32(10):3–54.
8. Lumaca A, Chiappini E, Gabiano C, Angelo Tovo P, de Martino M, Galli L. Il Registro Italiano per l'Infezione da HIV in Pediatria. L'epidemiologia dell'infezione da HIV nel bambino e nell'adolescente in Italia. *JHA* 2017;(3):56-60.
9. Ministero della Salute. *I dati nazionali al 2017 sulle coperture vaccinali per papillomavirus (HPV)*. Roma: Ministero della Salute; 2018. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=3429](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=3429); ultima consultazione 11/5/2020.
10. CENSIS. *Conoscenza e prevenzione del Papillomavirus e delle patologie sessualmente trasmesse tra i giovani in Italia. Report finale*. Roma: Centro Studi Investimenti Sociali; 2016.
11. Dei M, De Luca G, Dragone D, Fiore M, Venturelli L. Educazione alla sessualità. L'autoerotismo e i primi rapporti sessuali. *Sintesi Info Medica S.r.l.* 2018;204–8.
12. Forsyth R, Purcell C, Barry S, Simpson S, Hunter R, McDaid L, Elliot L, Bailey J, Wetherall K, McCann M, Broccatelli C, Moore L, Mitchell K. Peer-led intervention to prevent and reduce STI transmission and improve sexual health in secondary schools (STASH): protocol for a feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies* 2018;4:180.
13. World Health Organization. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015*. Geneva: WHO; 2007. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/>; last visited 11/05/2020.