

**OMCeO**  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI  
E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI VICENZA

## **LE SERATE DELL'ORDINE: incontri di medicina pratica**



### Calendario:

**21 gennaio - 4 febbraio - 18 febbraio - 3 marzo -  
17 marzo 2016**

**3 marzo 2016**

***"Infezioni sessualmente trasmesse:  
aggiornamento e discussione casi clinici"***

20,45 – 21,00 Registrazione dei partecipanti

21,00 – 21,30

**Infezioni sessualmente trasmesse: come  
sospettarle e cosa fare**

ROBERTO NICOLIN

21,30 – 22,00

**Le principali manifestazioni dermatologiche  
delle IST**

ANGELE VASSILOPOULOU

22,00 – 23,00

**Presentazione in grande gruppo con  
proiezione in aula di casi didattici**

ROBERTO NICOLIN

ANGELE VASSILOPOULOU

ENRICO IOVERNO

# DENUNZIA DI MALATTIA VENEREA N. ....

(Art. 5 legge 25 luglio 1958, n. 837)

Comune di residenza dell'infermo ..... Provincia .....

Sesso ..... Età .....

Scheda personale d'ambulatorio n. ....

o corrispondente numero di registro .....  
(art. 11 del regolamento)

**SIFILIDE** { primo - secondaria con manifestazioni contagiose in atto   
altre forme (specificare quale) .....

**BLENORRAGIA**  Firma del medico .....

**ULCERA VENEREA**  Indirizzo .....

**LINFOGRANULOMATOSI**   
inguinale subacuta Data della denuncia .....

DA TRATTENERSI DAL SANITARIO DENUNCIANTE

Comune di residenza dell'infermo ..... Provincia .....

Sesso ..... Età .....

Scheda personale d'ambulatorio n. ....

o corrispondente numero di registro .....  
(art. 11 del regolamento)

**SIFILIDE** { primo - secondaria con manifestazioni contagiose in atto   
altre forme (specificare quale) .....

**BLENORRAGIA**  Firma del medico .....

**ULCERA VENEREA**  Indirizzo .....

**LINFOGRANULOMATOSI**   
inguinale subacuta Data della denuncia .....

Il sanitario che ometta la denuncia è passibile di ammenda da L. 10.000 a L. 50.000 ed è deferito all'ordine del medico per i provvedimenti disciplinari.

## PROBABILE FONTE DI CONTAGIO

La malattia è insorta il ..... per rapporto..... sessuale.....  
avvenut..... con:

**DONNA** { di conoscenza privata  il giorno (1).....  
girovaga  il giorno (1).....

**UOMO** .....  il giorno (1).....

**generalità** { cognome e nome (2) .....  
età ..... domicilio .....

**dati somatici** { professione .....  
nazionalità ..... accento .....

statura alta  media  bassa   
corporatura esile  media  grossa   
capelli blondi  neri  rossi  castani  platinati   
grigi  lunghi  corti  lisci  ricci   
occhi neri  castani  celesti  grigi  marroni   
denti regolari  irregolari  mancanti  in metallo   
pelle chiara  scura  cicatrici  nei o macchie

**dati particolari** { porta occhiali si  no   
uomo con barba si  no   
\* con baffi si  no   
\* calvo si  no   
altri eventuali dati utili per l'identificazione .....

### LUOGO D'INCONTRO

sala da ballo  cinema  albergo o pensione   
casa privata  giardini pubblici  caffè  altri luoghi   
Via o Piazza ..... n. Località .....

Firma ed indirizzo dell'ammalato  
(nel solo caso di denuncia nominativa)

Firma .....

Indirizzo .....

- (1) Riferirsi ai contatti sessuali avuti nei giorni del probabile contagio tenendo conto dell'incubazione e della data d'insorgenza della malattia.
- (2) In caso di rapporti sessuali con persone diverse descrivere solo la fonte di contagio più probabile.

# **Linee guida Infezioni Sessualmente Trasmissibili (SIU 2012)**

## **Introduzione**

Con il termine Malattie Sessualmente Trasmissibili MST o STDs (acronimo di Sexually Transmitted Diseases ) ci si riferisce ad una varietà di sindromi cliniche causate da patogeni che, con modalità prevalente, possono essere acquisiti e trasmessi mediante l'attività sessuale. Da qualche anno, in linea con le direttive del World Health Organization (WHO) , anche l'Italia adotta il termine di Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) in sostituzione di Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) utilizzato fino alla fine del secolo scorso, per incorporare anche quella importante quota di infezioni a diminuita, o assente, espressione clinica. Il termine IST è inoltre allineato a quello anglosassone di Sexually Transmitted Infections (STI) oggi utilizzato correntemente nella letteratura specialistica internazionale.

Nelle presenti Linee Guida useremo pertanto l'acronimo IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse).

# Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

*Bacterial Vaginosis*

*Cervicitis*

*Chlamydial Infections*

*Epididymitis*

*Genital Herpes Simplex*

*Genital Warts (Human Papillomavirus)*

*Gonococcal Infections*

*Lymphogranuloma venereum*

*Non-Gonococcal Urethritis (NGU)*

*Pediculosis Pubis*

*Pelvic Inflammatory Disease*

*Scabies*

*Syphilis*

*Trichomoniasis*

Centers for Disease Control and Prevention  
Centers for Disease Control and Prevention

**MMWR**

Morbidity and Mortality Weekly Report



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

<b>Uomo</b>	<b>Donna</b>
Stenosi uretrali	Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)
Stenosi dei deferenti	Sterilità tubarica
Prostato vesciculiti	Infertilità
Epididimiti	Gravidanza ectopica
Infertilità	Endometrite post partum
Tumori del pene	Aborto
	Parto pretermine
	Mortalità perinatale
	Tumore cervice uterina

Tab. I - Principali sequele e complicanze delle infezioni sessualmente trasmesse

**Nelle questioni naturali ... la cognizione de gli  
effetti è quella che ci conduce alla investigazione  
e riconoscimento delle cause, e senza quella il  
nostro camminare sarebbe alla cieca, anzi più  
incerto, poiché non sapremmo dove riuscir ci  
volessimo**

**Galileo Galilei. Dialogo sopra i due massimi sistemi del mondo**

# Come sospettarle

- **Sintomatologia genitale e generale:** in presenza di infezione del tratto genitale eseguire screening per le più comuni IST. (Es : nella PID eseguire screening per Lue, gonorrea, HIV, HBV ecc.)
- **Abitudini sessuali** (nuovo o molti partner, frequentazione prostituzione ecc)
- **Uso abituale o saltuario di droghe**
- **Soggiorno in paesi ad alta incidenza di IST**

## IST da agenti batterici

Agente patogeno	Malattia	Quadro clinico	
		Uomo	Donna
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorrea	Uretrite (secrezione purulenta) epididimite, orchite	Cervicite, endometrite, salpingite, malattia infiammatoria pelvica (PID)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infezione da Clamidia	Uretrite (secrezione chiara), epididimite, orchite	Cervicite, endometrite, salpingite, malattia infiammatoria pelvica (PID)
<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>stipiti</i> L1-L3	Linfogranuloma venereo	Ulcere genitali con adenopatia, proctite	Ulcere genitali con adenopatia, proctite
<i>Treponema pallidum</i>	Sifilide	Ulcere genitale indolente con adenopatia	Ulcere genitale indolente con adenopatia  Aborto, parto prematuro
<i>Haemophilus Ducreyi</i>	Ulcera molle o cancroide	Ulcere genitali dolenti eventuale linfadenite	Ulcere genitali dolenti eventuale linfadenite
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinale o Donovanosi	Tumefazione nodulare e lesioni ulcerative inguinali e della regione anale	Tumefazione nodulare e lesioni ulcerative inguinali e della regione anale
<i>Mycoplasma genitalium</i>		Uretrite (secrezione chiara)	Vaginite batterica, malattia infiammatoria pelvica (PID)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>		Uretrite (secrezione chiara)	Vaginite batterica, malattia infiammatoria pelvica (PID)

Tab. V: Agenti batterici causa di IST: malattia e quadro clinico

## Infezioni Sessualmente Trasmesse da agenti virali

Agente patogeno	Malattia	Quadro clinico	
		Uomo	Donna
HIV	AIDS	Immunodeficienza acquisita e patologie correlate	Immunodeficienza acquisita e patologie correlate
Herpes simplex HSV1 e HSV2	Herpes genitale	Lesioni vescicolari e ulcerative regione genitale e anale	Lesioni vescicolari e ulcerative regione genitale e anale
Papillomavirus umano HPV	Condilomi	Condilomi del pene , area genitale e regione anale	Condilomi area genitale e regione anale
Epatite HAV, HBV, HCV	Epatite	Epatite acuta e cronica, cirrosi epatica, neoplasia del fegato	Epatite acuta e cronica, cirrosi epatica, neoplasia del fegato
Poxvirus	Mollusco contagioso	Noduli ombelicati genitali e/o extragenitali	Noduli ombelicati genitali e/o extragenitali

## IST da Protozoi, Miceti e Parassiti

Agente patogeno	Malattia	Quadro clinico	
		Uomo	Donna
<b>Protozoi</b>			
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<b>Tricomoniasi</b>	<b>Uretrite secretiva, spesso asintomatica</b>	<b>Vaginite secretiva, parto prematuro</b>
<b>Miceti</b>			
<i>Candida albicans</i>	<b>Candidosi</b>	<b>Lesioni superficiali del glande, uretrite</b>	<b>Vulvovaginiti, prurito vulvare, uretrite, cistite</b>
<b>Parassiti</b>			
<i>Phthirus pubis</i>	<b>Pediculosi</b>	<b>Infestazione dei peli pubici, prurito</b>	<b>Infestazione dei peli pubici, prurito</b>
<i>Sarcoptes scabiei</i>	<b>Scabbia</b>	<b>Prurito, cunicoli scabbiosi, lesioni da grattamento, rush cutaneo</b>	<b>Prurito, cunicoli scabbiosi, lesioni da grattamento, rush cutaneo</b>

Tab. XX - Protozoi, Miceti e Parassiti causa di IST: malattia e quadro clinico

# Cosa fare nel sospetto

- **Approfondimento anamnesi**
- Prescrivere **esami sierologici e colturali**
- **Esporre chiaramente al paziente il sospetto diagnostico** ed i successivi provvedimenti
- **Istruire su possibilità di contagio successivo** e metodi di riduzione del rischio di trasmissione
- Stimolare l'informazione al/ai del/dei partner

# Sifilide nella storia

- conosciuta anche come **LUE**, termine che deriva dal latino “**lues**” (epidemia o pestilenza)
- Il termine “sifilide” fu coniato dal letterato e scienziato **Gerolamo Fracastoro nella prima metà del 1500. Nella sua opera “Syphilis sive de morbo gallico”**, narra del pastore Sifilo che, dopo avere offeso Apollo, venne punito con una terribile malattia deturpante e che da lui prenderà il nome.
- Per quanto riguarda la tradizione popolare, si narra che questa malattia altamente contagiosa sia **stata introdotta in Europa dai marinai di Cristoforo Colombo**, di ritorno dalla scoperta del Nuovo Mondo.
- Dai marinai la malattia si sarebbe trasmessa ad alcune **prostitute napoletane, che a loro volta avrebbero contagiato i soldati dell'armata di Carlo VIII**. Da allora, la sifilide venne chiamata, per almeno due secoli, “**morbo gallico**” o “**mal francese**”, mentre in Francia era conosciuta come “**mal napoletano**”
- la scoperta della **penicillina** trasformò la sifilide in una malattia curabile. Prima di allora, le misure terapeutiche si limitavano all'isolamento del soggetto infetto e all'uso **dell'unguento mercuriale**, allora in voga per le malattie della pelle ma gravato da importanti effetti collaterali. Non a caso, in riferimento alla sifilide era in voga il detto “**Una notte con Venere e tutta la vita con Mercurio**”.

# Sifilide

La Sifilide è una malattia infettiva causata da uno spirocheta, il ***Treponema pallidum***.

*Lue* è un sinonimo per questa malattia.

Ha diverse manifestazioni cliniche che avvengono in stadi ben distinti della malattia.

La Sifilide è classificata in:

## **Acquisita**

precoce : primaria, secondaria, latente

tardiva : latente, terziaria, quaternaria

## **Congenita**

precoce : primi 2 anni di vita

tardiva

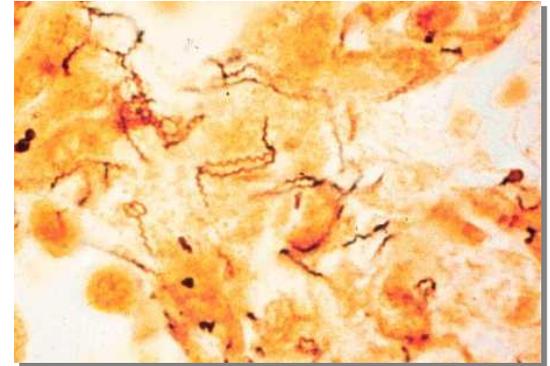


# SIFILIDE

- Normalmente, vengono effettuati due tipi di test:
- **non specifici** per il *Treponema*, come il Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e il Rapid Plasma Reagin (RPR)
- **quelli *Treponema*-specifici**, come il Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed (FTA-ABS) e T. pallidum Particle Agglutination (TP-PA).

# Diagnosi

## Metodi diretti



## Metodi sierologici

### 1) esami non treponemici



rilevano Ab anti-cardiolipina



**VDRL** *venereal disease research laboratory*

RPR *rapid plasma reagin test*

### 2) esami treponemici



Rilevano Ab specifici verso TP



**TPHA** *Treponema pallidum hemagglutination assay*

FTA-Abs (IgG e IgM) *fluorescent treponemal antibody absorption test*

TPI *Treponemal Immobilization Test*

TPPA *Treponema pallidum particle agglutination*

**ELISA**

Western Blot

# Sifilide – algoritmi sierologici (linee guida europee 2001)

Preliminary screening tests<sup>10,11</sup>:

- TPHA, MHA-TP or TPPA are the best single screening tests. VDRL or RPR are sometimes also performed (in addition)
- EIA/IgG-test is an alternative screening test
- FTA-abs test or EIA-IgM may be the first test to be positive if primary syphilis is suspected; the first test is reactive in 70–90% of cases<sup>8</sup>.

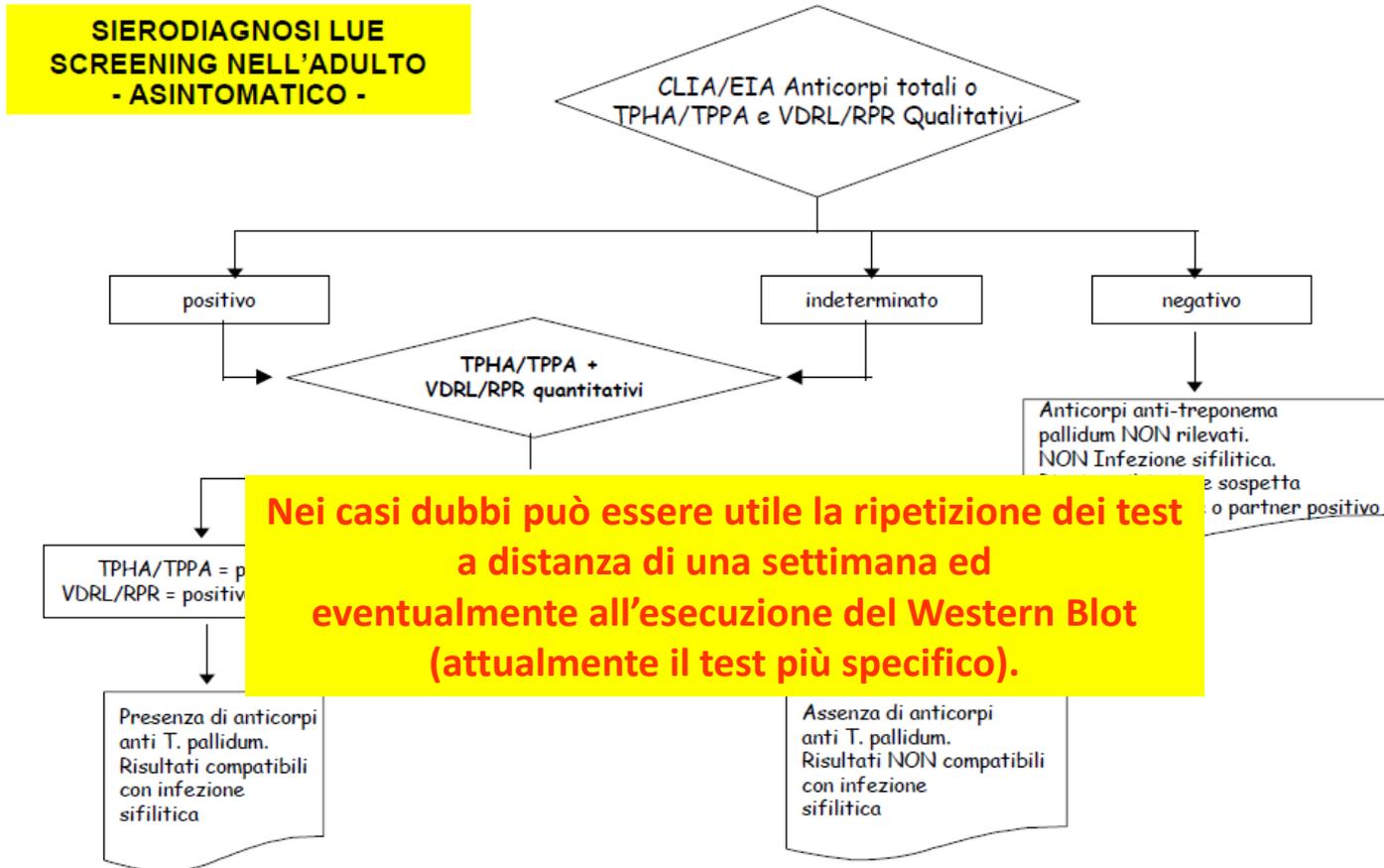
EIA IgG/IgM: più sensibile per screening

Secondo test treponemico per conferma

Confirmatory tests if any screening test is positive<sup>10,11</sup>:

- Treponemal EIA, FTA-abs test (i.e. another treponemal test, e.g. TPHA if EIA is used for screening, EIA if TPHA is used for screening)
- IgG-immunoblot for *T. pallidum* if suspected false-positive TPHA/MHA-TP and/or FTA-abs test
- Always repeat positive tests to confirm results.

# Sifilide : percorso diagnostico AMCLI



# SIFILIDE

VDRL



Si positivizza in 10<sup>^</sup> giornata

TPHA



Si positivizza in 8<sup>^</sup> giornata

FTA



Si positivizza in 5<sup>^</sup> giornata

# GONORREA O BLENORRAGIA

- La **gonorrea** o **blenorragia** è una [malattia a trasmissione sessuale](#). È popolarmente nominata "**scolo**".
- I termini derivano dal [greco](#),
- "*gonos*" (seme) e "*reo*" (scorro),
- "*blenos*" (muco) e "*ragoo*" (erompo)
- e si riferiscono al principale sintomo, ovvero le perdite uretrali. I due termini, che nella pratica medica sono sinonimi

# GONORREA:DIAGNOSI

Linee guida Infezioni Sessualmente Trasmissibili (SIU 2012)

- **Il rilievo di diplococchi Gram negativi intraleucocitari nello striscio del secreto uretrale di soggetti sintomatici** è il test utilizzato per la diagnosi di gonorrea con buona sensibilità e specificità.
- **Nei soggetti asintomatici e nelle infezioni cervicali e rettali la microscopia ha scarsa sensibilità** e non viene raccomandata come test diagnostico .
- **L'esame colturale è un test diagnostico specifico ed economico** e permette, oltre all'identificazione del batterio, l'esecuzione dei **test di suscettibilità agli antibiotici**.
- **I test di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT) sono generalmente più sensibili (≥90%)** rispetto alla coltura e possono essere utilizzati anche su campioni di urine (mitto iniziale dopo almeno 4 ore dall'ultima minzione).
- Nei soggetti con gonorrea **è opportuno ricercare anche altre IST** quali la Chlamydia, che è la più frequente coinfezione ,la sifilide e l'HIV.

# LINFOGRANULOMA VENEREO

- Agente eziologico: *Chlamydia trachomatis*
- sierogruppo L1 - L2 o L3
- tumefazione linfonodale inguinale e/o femorale (la più comune manifestazione clinica negli eterosessuali)
- Tipicamente unilaterale
- **Talvolta piccola ulcera genitale** autolimitante nella sede di inoculazione (spesso assente al momento in cui il paziente si ammala)
- **L'esposizione rettale** nelle femmine o negli omosessuali può dare una proctocolite con secrezione mucoide e/o emorragica rettale o fistole colo-rettali (che mimano una Malattia Infiammatori Cronica dell'intestino)

# LINFOGRANULOMA VENEREO

## Diagnosi

- **identificazione dei sottotipi L1 e L2 di *Chlamydia trachomatis***
  - ✓ nel materiale raccolto dall'ulcera
  - ✓ su tamponi rettali,
  - ✓ su aspirato linfonodale.
- **test sierologici:** titoli elevati di IgA confermano la diagnosi nei pazienti con sintomatologia, tuttavia la presenza di un titolo anticorpale basso od anche elevato non consente di escludere il linfogranuloma venereo in un soggetto asintomatico.

# Ulcera molle o cancroide (ulcera venerea)

- Conosciuta anche come **ulcera venerea**
- causata da *Haemophilus ducreyi*
- rara nei Paesi occidentali, mentre sono presenti focolai di infezione soprattutto in **Africa e nei Caraibi**.
- Nel periodo 1991-2009 il Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST ne ha segnalati in Italia 38 casi (35 maschi e 3 femmine).
- **La lesione** è caratterizzata da
  - ✓ una papula che si ulcera rapidamente circondata da un alone infiammatorio, notevolmente dolente.
  - ✓ La localizzazione più frequente è a livello del glande, del frenulo e del solco balano prepuziale.
  - ✓ Generalmente è presente **linfadenopatia per lo più monolaterale con tendenza alla suppurazione e alla fistolizzazione**.
  - ✓ L'ulcera generalmente guarisce in due settimane anche spontaneamente;
  - ✓ l'adenopatia, se fluttuante, può richiedere l'agoaspirazione.

# **Granuloma inguinale o Granuloma venereo o Donovanosi**

L'agente eziologico è la *Klebsiella granulomatis* in passato conosciuto come *Calymmatobacterium granulomatis*. Il granuloma inguinale è molto raro nei climi temperati, ma è più frequente nelle aree tropicali e subtropicali. Nel periodo 1991-2009 il Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST ne ha segnalati in Italia 4 casi (2 maschi e 2 femmine).

La lesione iniziale è costituita da un nodulo indolore rosso-carne che si trasforma in una placca arrotondata, maleodorante, rilevata e vellutata facilmente sanguinante. Le sedi dell'infezione nell'uomo sono il pene, lo scroto, l'inguine e le cosce; nelle donne, la vulva, la vagina e il perineo; nei maschi omosessuali, l'ano e le natiche; non è presente linfadenopatia.

## **Diagnosi**

La microscopia diretta è il metodo più rapido ed efficace per identificare l'agente eziologico. La microscopia consente il rilievo dei caratteristici corpi di Donovan intramonocitari su strisci del materiale prelevato dalla lesione e colorato con Giemsa. L'esame colturale e la PCR possono essere impiegati in casi selezionati.

## URETRITE ACUTA



**Flogosi acuta della mucosa uretrale.**

Sono infezioni a prevalente trasmissione sessuale ad eziologia specifica, l'infezione gonococcica, o aspecifica, uretriti non gonococciche.

## *URETRITI NON GONOCOCCICHE*

Infezioni uretrali per le quali sia stata esclusa l'eziologia gonococcica (assenza di diplococchi intracellulari all'esame microscopico del tampone uretrale)



## SINTOMI E MANIFESTAZIONE CLINICA

Caratterizzate clinicamente da disuria, secrezione e bruciore uretrale, eritema del meato ed ematuria all'inizio della minzione in assenza di febbre.

## EZIOLOGIA

<i>Chlamydia tracomatis</i>	20-25%
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	15-40%
<i>Mycoplasma genitalium</i>	15-25%
<i>Tricomonas vaginalis</i>	5%

## TRATTAMENTO



Infezione gonococcica:

-Ceftriaxone 125-250mg in una dose

Uretriti non gonococciche:

-Doxiciclina 100mgx2/die per os per 7 gg

-Eritromicina 500mgx4/die per 7 giorni

# CHLAMYDIA

## Diagnosi

La diagnosi di infezione da Chlamydia è la risultante di specifiche indagini di laboratorio effettuate su tamponi uretrali nell'uomo e cervicali e uretrali nella donna. Oltre all'indagine microbiologica, per aumentare la sensibilità e la specificità si ricorre anche a metodiche di ibridizzazione di acidi nucleici e di amplificazione genica (PCR).

## Terapia

Farmaco	Dosaggio	Somministrazione	Durata terapia
<b>Azitromicina</b>	1 gr	os	Dose singola
<i>In alternativa</i>			
<b>Doxiciclina</b>	100 mg x 2 /die	os	7 giorni

Tab. VII - Terapia raccomandata nelle infezioni non complicate.

# Uretriti e cerviciti: diagnosi

- **La microscopia ottica**, sebbene non dirimente, mantiene un ruolo fondamentale
- ✓ l'osservazione dello **striscio uretrale o cervicale** permette di rilevare un incremento dei polimorfonucleati, escludere la presenza della *Neisseria gonorrhoeae* e del *Trichomonas vaginalis*.
- Per la **diagnosi eziologica**,
- ✓ necessari **esami colturali** per i germi aerobi
- ✓ **indagini molecolari (PCR)** per *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* e *Ureoplasma urealyticum* su tampone uretrale o cervicale e /o su campioni di urina (mitto iniziale, dopo almeno 4 ore dall'ultima minzione).

## Infezione da *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum*

Farmaco	Dosaggio	Somministrazione	Durata terapia
<b>Azitromicina</b>	1 g	os	Dose singola
<i>In alternativa</i>			
<b>Doxiciclina</b>	100 mg x 2 /die	os	7 giorni
<i>In alternativa</i>			
<b>Eritromicina</b>	500 mg x 4 /die	os	7 giorni
<i>In alternativa</i>			
<b>Levofloxacina</b>	500 mg /die	os	7 giorni
<i>In alternativa</i>			
<b>Ofloxacina</b>	300 mg x 2 /die	os	7 giorni

Tab. XV – Schemi terapeutici raccomandati nelle infezioni da *Mycoplasma* e *Ureoplasma*.

# PREVENZIONE HIV

Non esiste vaccino, non esiste una terapia in grado di guarire

**LA PREVENZIONE E' PRIMARIA**

(evitare l'esposizione)

## PREVENZIONE TRASMISSIONE SESSUALE

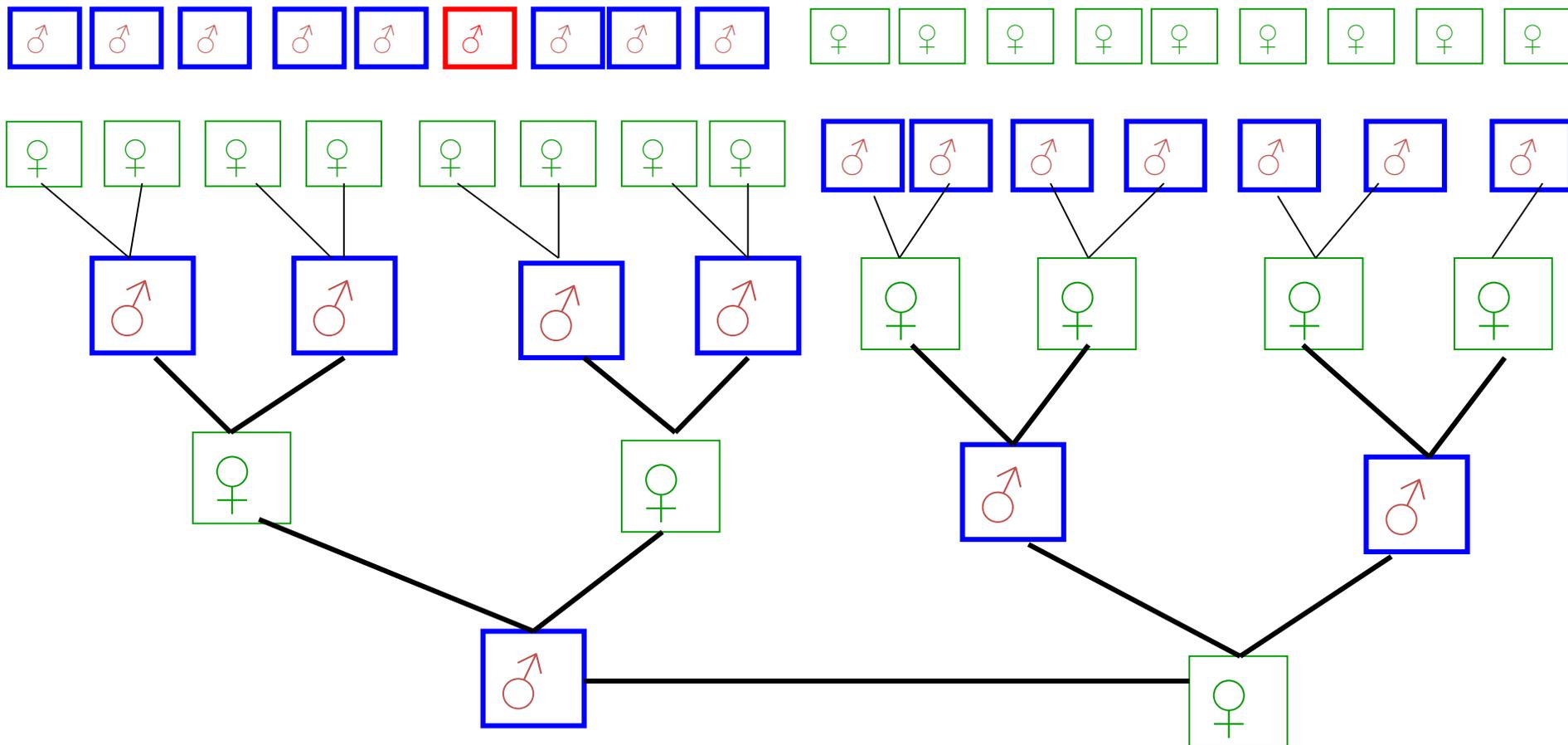
**1) ASTINENZA**

**2) MONOGOMIA (assoluta)**

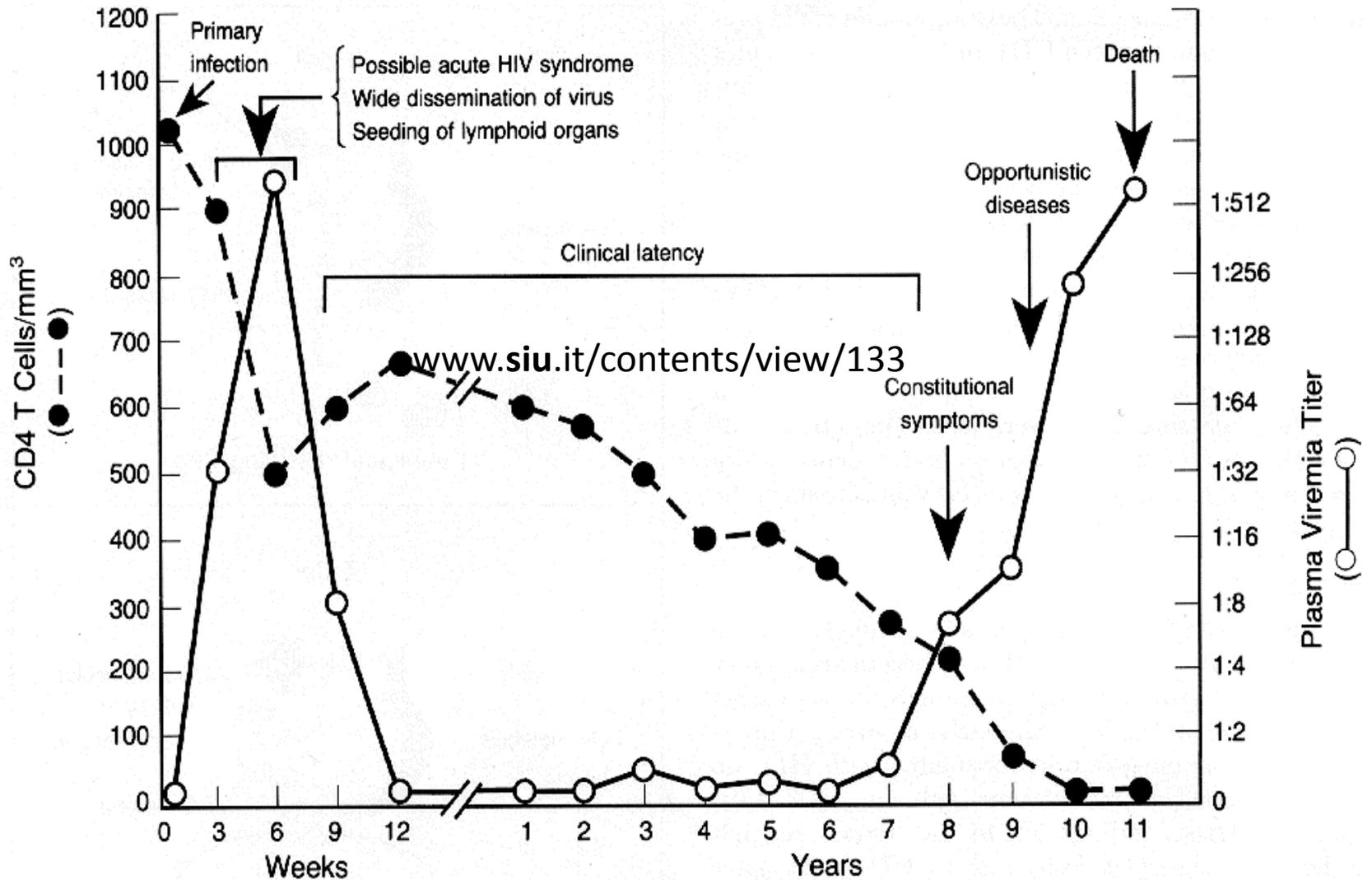
**3) METODI BARRIERA (PRESERVATIVO)**

# MONOGAMIA

## CHE SIGNIFICATO HA PER NOI?



Pantaleo et al. 328 (5): 327, Figure 1 February 4, 1993  
 Typical Course of HIV Infection



**Tabella 1. - Legislazione in Italia in materia di malattie sessualmente trasmesse**

---

**Regi decreti (1871-1924)**

- RD n. 465 e 466 del 2.9.1871: ordinamento sifilocomi di Stato (1).  
RD n. 5332 del 29.3.1888: abrogazione sifilocomi di Stato e profilassi e cura malattie veneree (2).  
RD n. 605 del 27.10.1891: regolamento di attuazione controllo prostituzione (3).  
RD n. 45 del 3.2.1901: profilassi e definizione delle malattie veneree (4).  
RD n. 487 del 27.7.1905: definizione delle malattie veneree (5).  
RD n. 846 del 25.3.1923: regolamento per la profilassi delle malattie veneree (6).

**Leggi e decreti**

- Legge n. 2277 del 10.12.1925: istituzione dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) (7).  
Legge n. 837, 25.7.1956: riforma della legislazione vigente per la profilassi delle malattie veneree (8).  
Legge n. 75, 20.2.1958: abolizione del regolamento sulla prostituzione (legge Merlin) (9).  
DM 2.12.1959: modalità e tariffe esami sierologici lue (10).  
DPR n. 2056 del 27.10.1962: regolamento di attuazione legge n. 837 (11).  
DM 14.3.1968: rivede la precedente (12).  
DPR n. 128 del 27.3.1969: ordinamento sulla gestione da parte degli enti ospedalieri dei dispensari (13).  
DPR n. 4 del 14 gennaio 1972: trasferimento alle Regioni delle funzioni in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera (14).  
Legge n. 833/78: legge di Riforma Sanitaria (15).  
DM 15.12.90: nuova definizione delle malattie infettive sottoposte a denuncia obbligatoria (16).  
Legge n. 135/90: legge AIDS. Finanziamento a regime per il potenziamento dei presidi multizonali delle MST (17).  
DPR 7 aprile 1994: progetto Obiettivo AIDS 1994-1996 (lettera f) (18).
- 

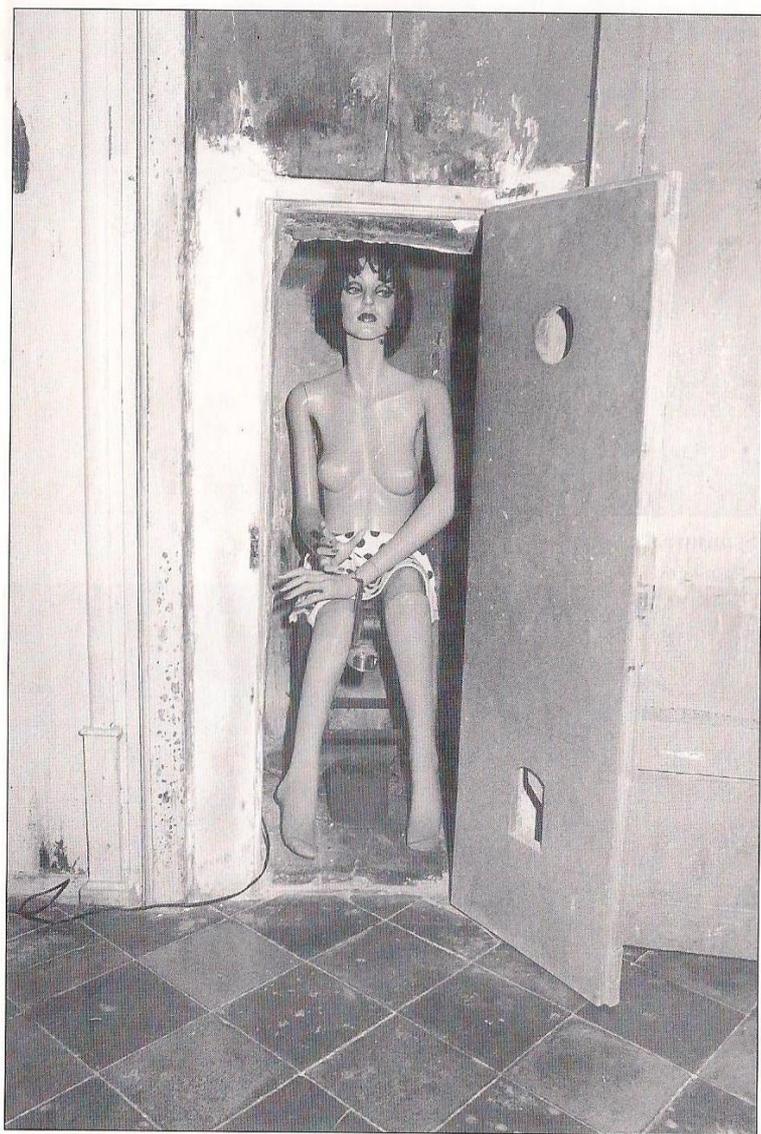
(1) *Leggi e Decreti del Regno d'Italia* vol. 33 anno 1871: 2517-2564; (2) *ibidem* vol. 88, anno 1888: 799-800; (3) *ibidem* vol. III, anno 1891: 3797-3820; (4) *ibidem* vol. I, anno 1901: 268-339; (5) *ibidem* vol. IV, anno 1905: 3943-3952; (6) *ibidem* vol. 3 anno 1923: 2845-2858; (7) *ibidem* vol. I, anno 1926: 41-48; (8) *GU* 8 agosto 1956, n. 198; (9) *GU* 4 marzo 1958, n. 55; (10) *GU* 1 giugno 1960, n. 134; (11) *GU* 6 aprile 1963, n. 93; (12) *GU* 15 luglio 1969, n. 177 DM 18 dicembre 1970 (*GU* 9 marzo 1971, n. 60); (13) *GU* 23 aprile 1969, n. 104, suppl. ord.; (14) *GU* 19 gennaio 1972, n. 15 suppl. ord.; (15) *GU* 28 dicembre 1978, n. 360, suppl. ord.; (16) *GU* 8 gennaio 1991, n. 6.; (17) *GU* 8 giugno 1990, n. 132; (18) *GU* 22 aprile 1994, n. 93.



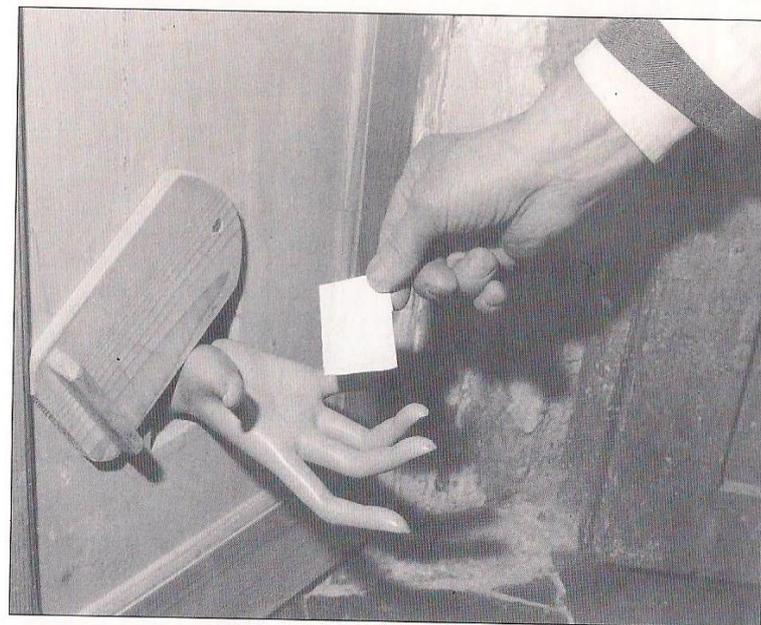
MODICA — Sifilicomio Campailla



**Una stufa in attesa di un'a paziente**



Una paziente sul punto di iniziare le fumigazioni.



Attraverso lo spioncino posto nella parte bassa della porta la paziente riceve cinabro ed incenso.



**Le stufe con tutte le porte aperte**

# Linee guida MST

- [www.siu.it/contents/view/133](http://www.siu.it/contents/view/133)
- [www.cdc.gov/std/tg2015/](http://www.cdc.gov/std/tg2015/)
- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)