

BOLLETTINO SEIEVA

EPIDEMIOLOGIA DELLE EPATITI VIRALI ACUTE IN ITALIA



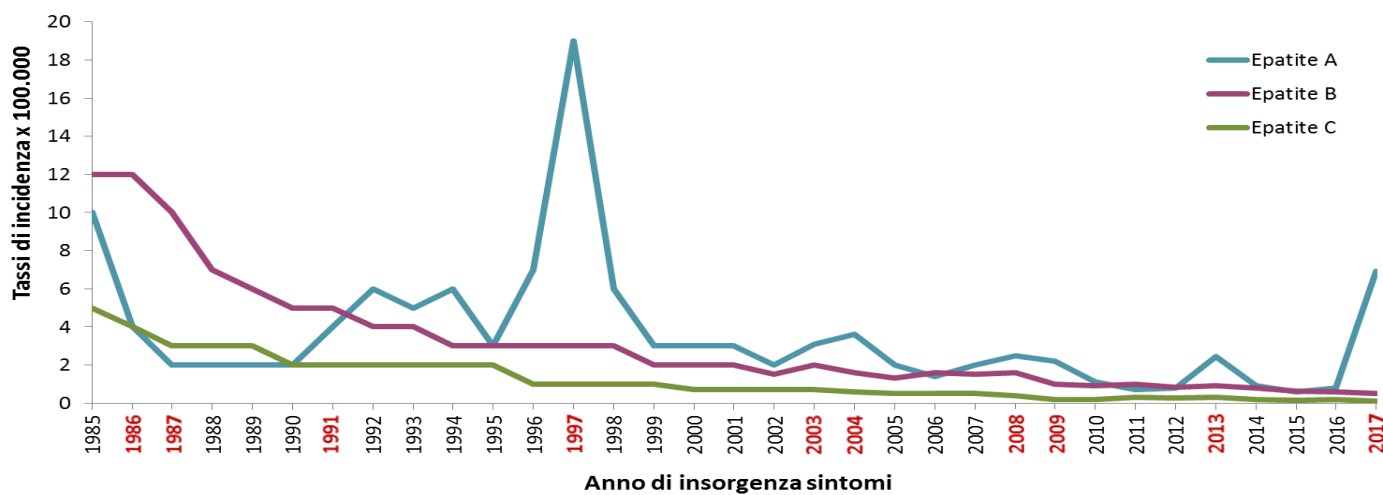
NUMERO 2 - AGGIORNAMENTO 2017

Marzo 2018

Il bollettino presenta i risultati del **Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute-SEIEVA**, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di descrivere l'epidemiologia dell'epatite acuta in Italia differenziata per tipo specifico, con particolare riferimento all'incidenza e ai fattori di rischio associati alla malattia.

Nello specifico, nel secondo numero del bollettino SEIEVA, viene presentato l'andamento dell'incidenza dei casi segnalati di epatite virale A, B e C, dall'anno di avvio della sorveglianza SEIEVA nel 1985 al 31 dicembre 2017. Per offrire una lettura della dinamica del fenomeno nel lungo periodo sono elencati i principali eventi che hanno influito sull'andamento delle epatiti virali acute in Italia. Inoltre, il bollettino presenta i tassi di incidenza per fascia di età dal 2009 al 2017 e, per tutti i tipi di epatite, le caratteristiche dei casi segnalati e i principali fattori di rischio per l'anno 2017.

SERIE STORICHE SEIEVA 1985-2017



1986-87

Le campagne di comunicazione per la prevenzione e la lotta all'AIDS condotte negli anni successivi alla identificazione del virus HIV, prevalentemente incentrate sul rischio di trasmissione parenterale e sessuale e sulla promozione all'uso del preservativo, furono particolarmente incisive nel ridurre la diffusione anche di altre malattie sessualmente trasmesse, incluse le epatiti B e C

1991

Nel 1991 viene introdotto per legge l'obbligo vaccinale per epatite B per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (per questi ultimi prevista la sospensione nel 2003)

1997

L'epidemia di epatite A più ampia mai registrata nel nostro Paese, risale al 1997 in Puglia; associata al consumo di frutti di mare ha colpito più di 4.500 persone

2003

La vaccinazione anti-epatite B dei dodicenni è stata sospesa nel 2003, come previsto dalla legge, al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale. Rimane l'obbligo vaccinale per i nuovi nati

2004

L'epidemia di epatite A in Campania associata al consumo di frutti di mare, che ha colpito circa 800 persone

2008-9

Tra il 2008 e il 2009 un eccesso casi di epatite A è stato rilevato in comunità omosessuali nel nord-centro Italia

2013-14

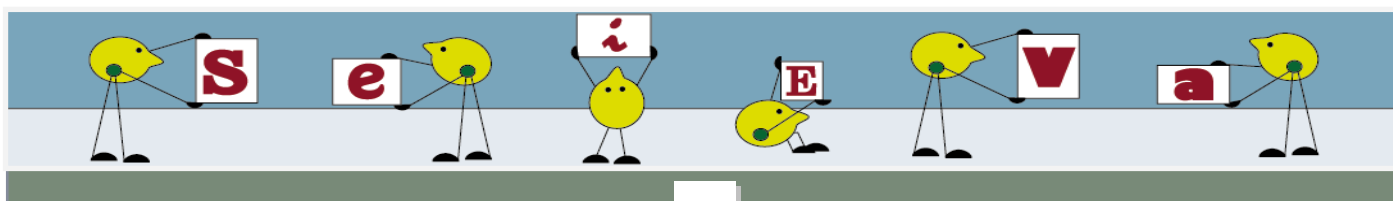
Tra il 2013 e il 2014 una vasta epidemia di epatite A associata al consumo di frutti di bosco congelati ha colpito diversi paesi europei, fra i quali maggiormente l'Italia con oltre 1.800 casi

2017

Un'importante epidemia di epatite A, principalmente diffusa tra uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM), sta interessando l'Italia ed altri paesi europei, a partire da agosto 2016, con un numero di casi complessivo superiore a 3.000

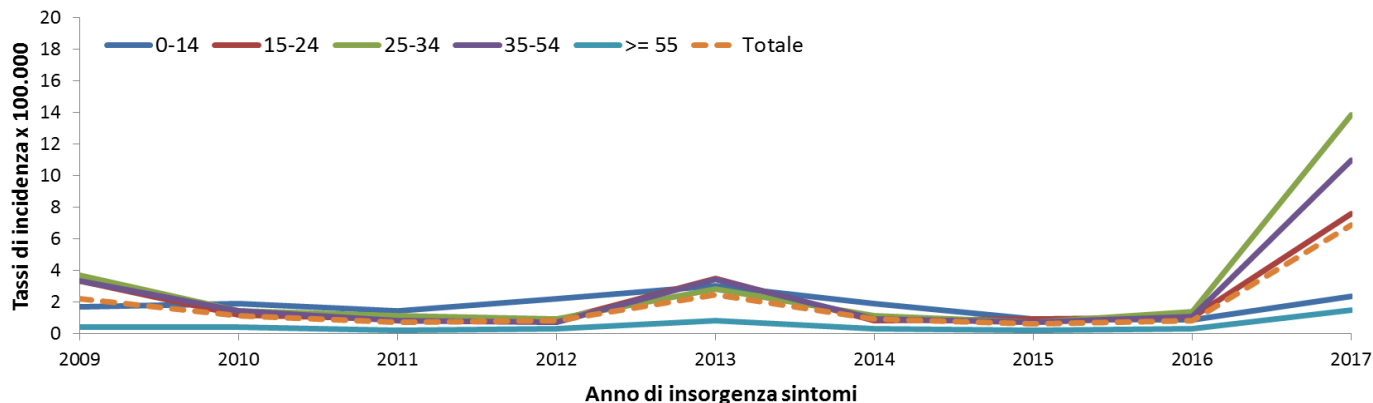
2017

Da aprile 2017 in Italia viene ampliato l'accesso ai farmaci antivirali innovativi ed altamente efficaci a tutti i pazienti con epatite C cronica, ridefinendone i criteri di rimborsabilità e rendendone il costo interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale



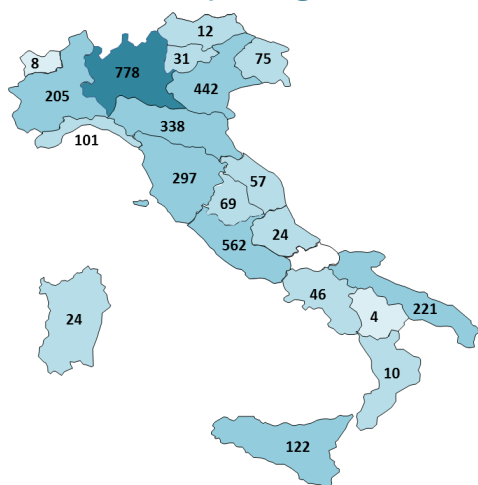
Epatite A

ANDAMENTO TEMPORALE. Incidenza dei casi per classe di età dal 2009 al 2017



DATI 2017

Numero di casi per Regione

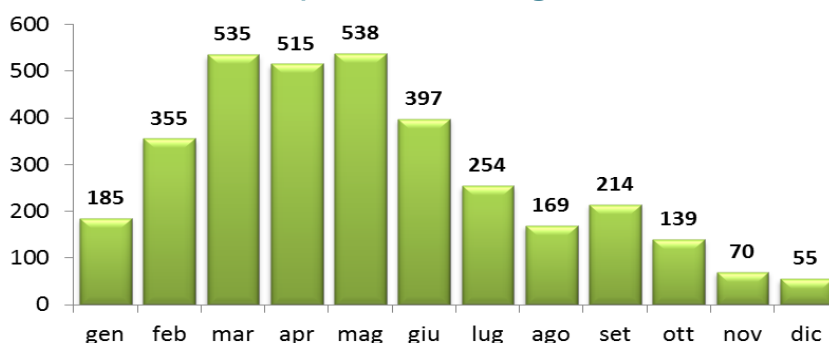


Veneto, Emilia Romagna e Toscana. Nel mese di maggio è stato raggiunto il picco epidemico; il numero di casi segnalati è poi progressivamente diminuito fino a tornare a livelli pre-epidemici dal mese di dicembre. La maggior parte dei casi ha riguardato maschi adulti tra i 25 e i 54 anni, in particolare esposti a rapporti con persone dello stesso sesso (MSM), circa il 62%.

Oltre alla trasmissione tra MSM, il contagio può essere avvenuto tramite il consumo di molluschi crudi o poco cotti contaminati dal virus (il 57% dei casi riportava questo fattore di rischio) e meno frequentemente attraverso il consumo di acqua non controllata (8%) o a seguito di viaggio in aree endemiche (6%).

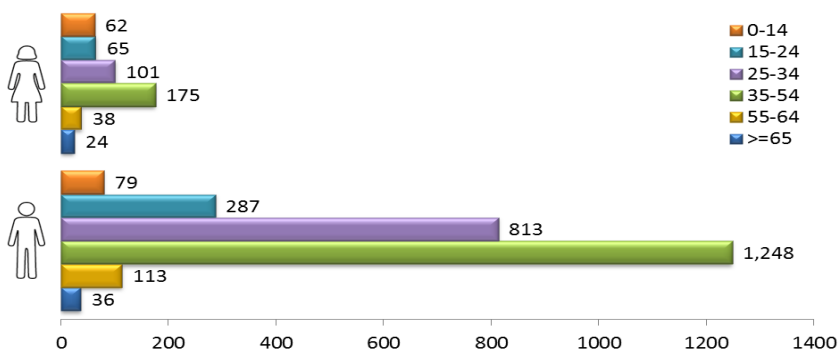
Nel corso dell'anno, sono stati segnalati 6 casi di epatite fulminante: 2 hanno richiesto il trapianto epatico, 1 ha sviluppato encefalopatia, 1 è deceduto, 2 si sono risolti favorevolmente.

Distribuzione dei casi per mese di insorgenza sintomi

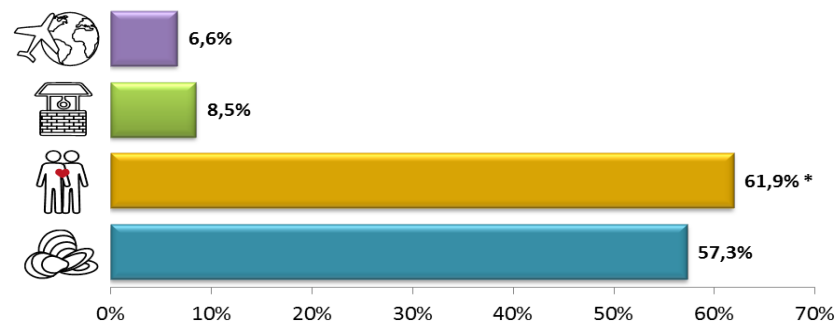


Il 2017 è stato caratterizzato da un'ampia epidemia di epatite A che ha colpito gran parte dell'Europa e che in Italia ha raggiunto le proporzioni maggiori con un'incidenza pari a 6,9 casi per 100.000 abitanti. Nello specifico, sono stati segnalati al SEIEVA 3.426 casi, soprattutto da Lazio e Lombardia, in particolare dalle ASL di Roma e Milano, seguite da

Numero di casi per età e sesso



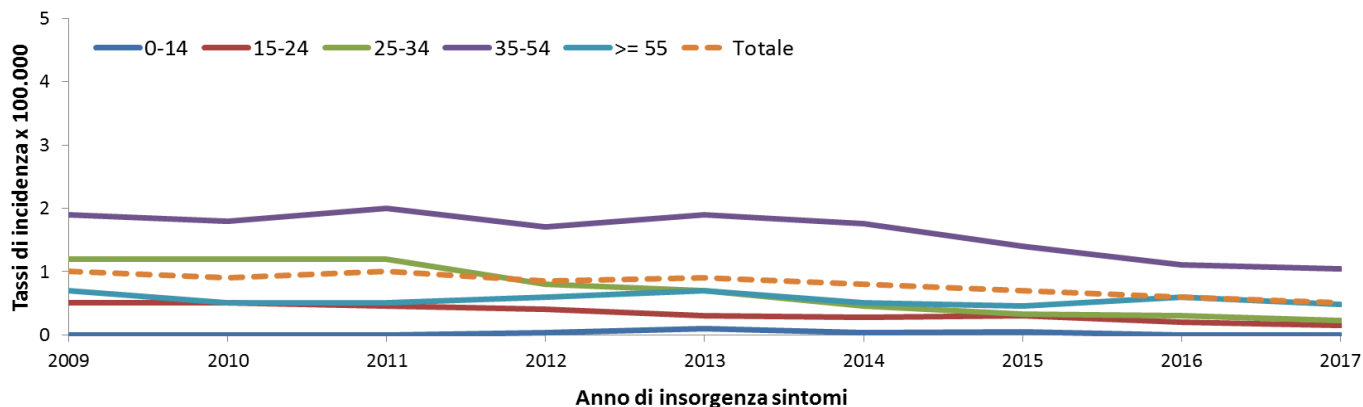
Fattori di rischio



* solo maschi

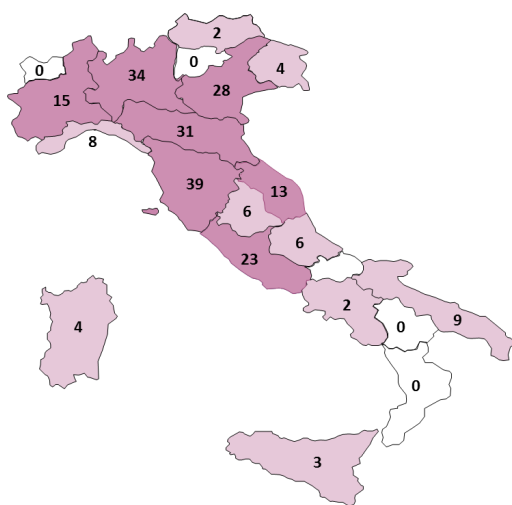
Epatite B

ANDAMENTO TEMPORALE. Incidenza dei casi per classe di età dal 2009 al 2017



DATI 2017

Numero di casi per Regione

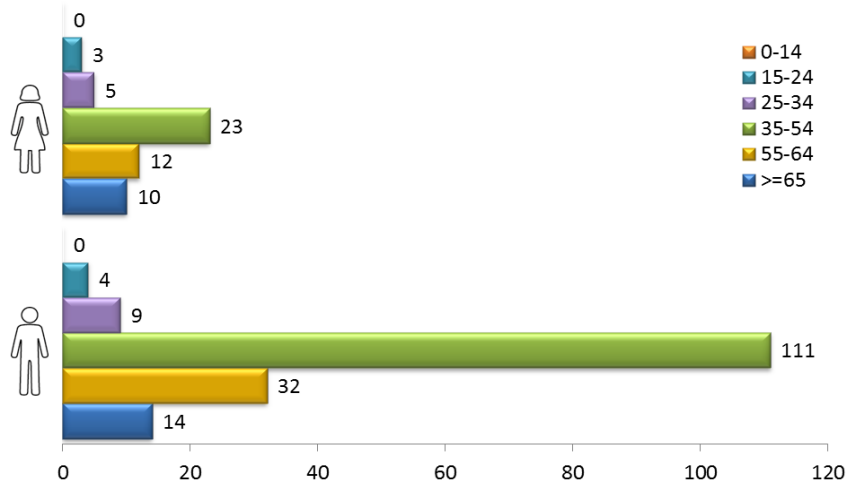


Sono stati segnalati 24 nuovi casi in soggetti di età superiore ai 64 anni e nessuno nella fascia pediatrica. L'esposizione sessuale, intesa come partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali, è la più frequente (❤️ 27%) insieme all'esposizione a trattamenti estetici, come manicure e soprattutto piercing e tatuaggi (🔪 27%).

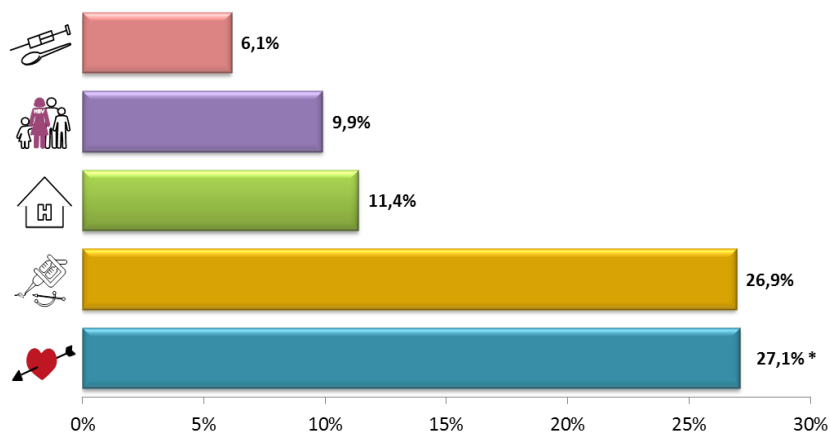
Nell'11% dei casi, l'infezione è associata all'ambito nosocomiale, inteso come ospedalizzazione, intervento chirurgico, emodialisi o trasfusione di sangue (🏠). Continuano ad essere segnalati casi in soggetti per i quali la vaccinazione è fortemente raccomandata e offerta gratuitamente, fra i quali anche 2 operatori sanitari ed un 1 paziente emodializzato. Oltre a questi, quasi il 10% dei casi convive con un soggetto HBsAg positivo (👨👩). La trasmissione legata all'assunzione di droghe (🔪) ha subito un evidente calo negli ultimi venti anni e ad oggi riguarda il 6% dei casi. Riguardo la presentazione clinica, è stato segnalato 1 caso di epatite fulminante in un paziente sottoposto poi a trapianto epatico e 1 decesso.

Nel 2017 in Italia sono stati segnalati 227 nuovi casi di epatite B acuta, con un'incidenza, dimezzata rispetto al 2009, pari a 0,5 casi per 100.000 abitanti. Come in passato, i soggetti più colpiti restano quelli di età compresa fra i 35 ed i 54 anni, unica fascia di età in cui l'incidenza di malattia nel 2017 si mantiene al di sopra di 1 per 100.000. Le regioni che hanno segnalato la maggior parte dei casi sono al centro-nord: Toscana, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Lazio. La maggior parte dei casi segnalati è di sesso maschile (75%).

Numero di casi per età e sesso



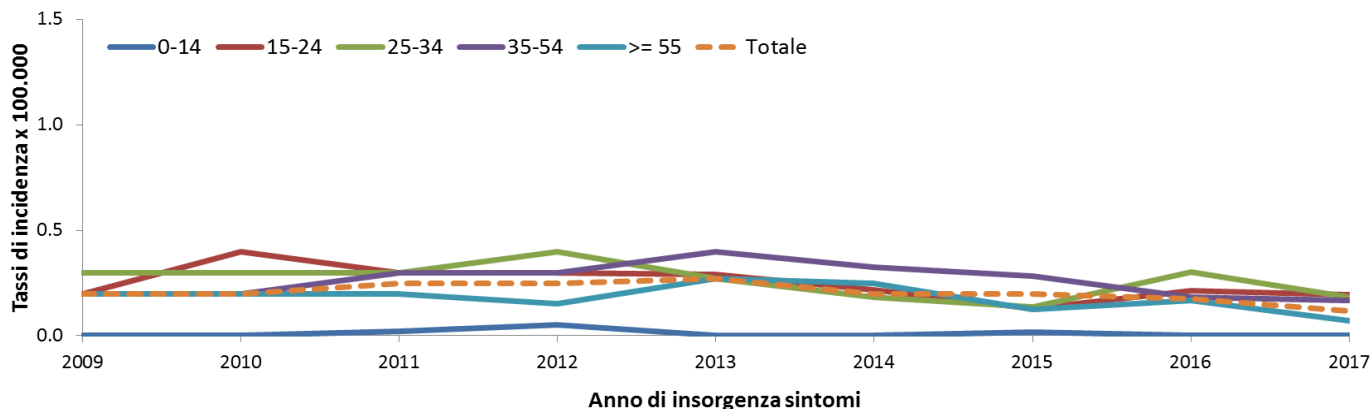
Fattori di rischio



* rapporti etero/omo sessuali a rischio

Epatite C

ANDAMENTO TEMPORALE. Incidenza dei casi per classe di età dal 2009 al 2017



DATI 2017

Numero di casi per Regione



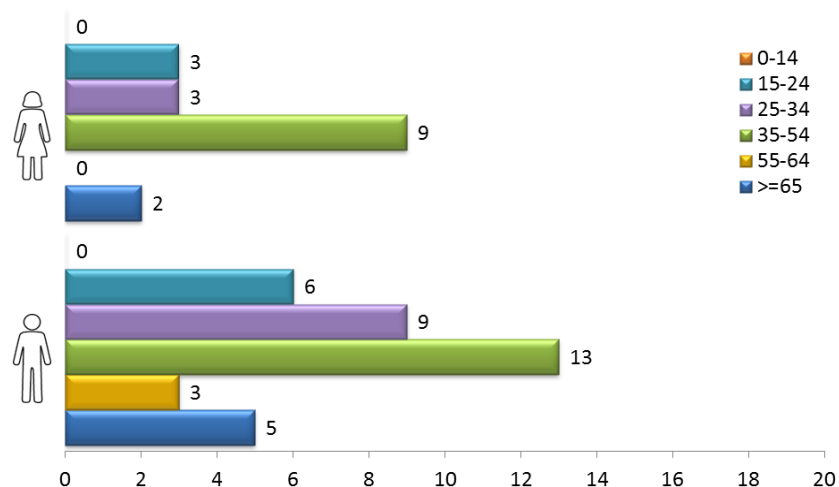
L'assunzione di droghe per via parenterale rimane un'importante fattore di rischio (🪄 31%) insieme all'esposizione sessuale, intesa come partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali (❤️ 32% di casi).

Il contributo maggiore nella trasmissione di HCV è dato tuttavia dai trattamenti estetici, come manicure e soprattutto piercing e tatuaggi (🪄 35%). Inoltre ha un peso considerevole la trasmissione nosocomiale (🏠 30%), ovvero attraverso procedure mediche e chirurgiche invasive (ospedalizzazione, intervento chirurgico, emodialisi, trasfusione di sangue). La convivenza con un soggetto HCV positivo rappresenta il fattore di rischio meno frequente tra quelli riportati (👥 17%).

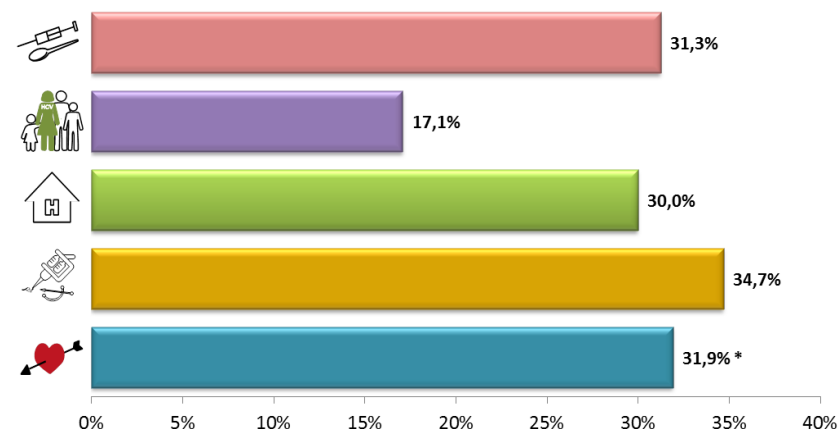
Da sottolineare l'insorgenza di 7 casi in soggetti ultrasessantacinquenni, 3 dei quali erano stati esposti a fattori di rischio nosocomiali, mentre gli altri 4 non riportavano nessuno dei fattori di rischio riconosciuti.

Nel 2017 in Italia sono stati segnalati 53 nuovi casi di epatite C acuta, pari ad un'incidenza di 0,1 casi per 100.000 abitanti, dimezzata rispetto al 2009. Il maggior numero di casi è stato segnalato dalla Lombardia, seguita da Toscana ed Emilia-Romagna. Si tratta di un'infezione che colpisce prevalentemente gli uomini (68%) di età compresa fra 35 e 54 anni.

Numero di casi per età e sesso



Fattori di rischio



* rapporti etero/omo sessuali a rischio

Epatite E

Negli ultimi anni si è assistito ad un importante aumento delle segnalazioni di epatite E in Italia, passando da 15 casi annui nel 2009 e 2010 a 40 nel 2017, pari ad un'incidenza di 1 per 1.000.000.

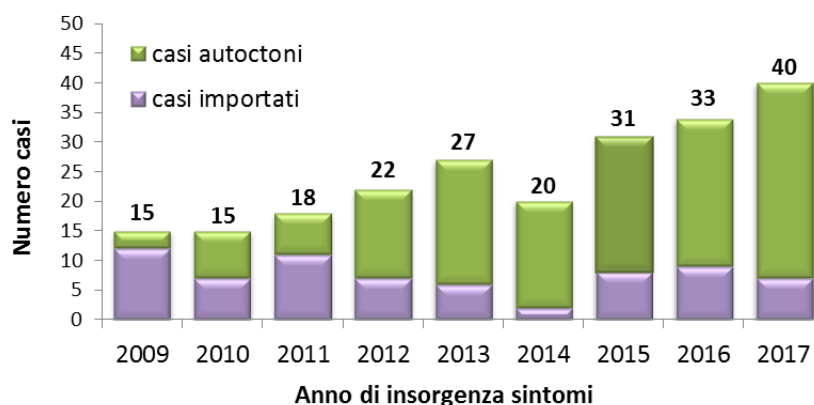
Nonostante la bassa incidenza stimata, che potrebbe essere legata alla sottotifica ed alla mancata diagnosi, l'epatite E si presenta oggi come malattia emergente di grande interesse per la sanità pubblica, soprattutto per l'aumento di casi autoctoni.

Nel 2017 infatti sono stati segnalati al SEIEVA 40 casi (prevalentemente dalla regione Lazio) di cui 7 riportano di aver viaggiato in un paese endemico, in particolare in India e Bangladesh, mentre 33 sono casi autoctoni.

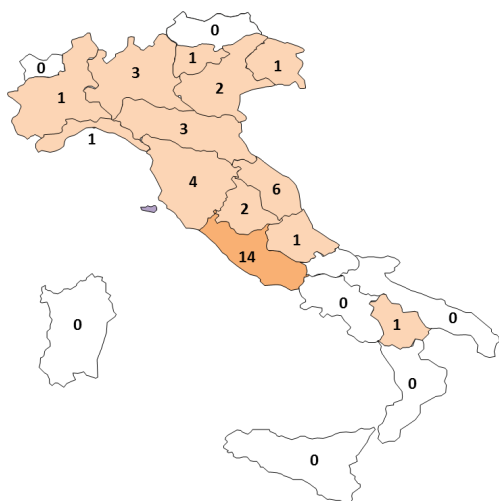
I casi sono prevalentemente maschi (77,5%) di età compresa tra i 35 ed i 54 anni. Non sono stati segnalati casi di età inferiore a 20 anni.

Al fine di avere un quadro più preciso dell'epidemiologia dell'epatite E in Italia, è cruciale il rafforzamento della sorveglianza effettuando il test IgM anti-HEV su tutti i casi di epatite acuta che risultano negativi alla ricerca sierologica per le epatiti A, B e C e compilando il relativo questionario SEIEVA.

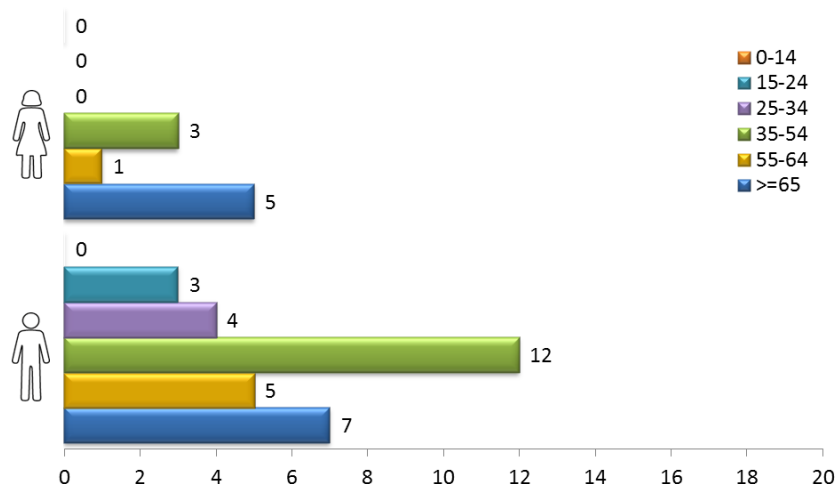
Numero di casi segnalati per anno di insorgenza



Numero di casi per Regione



Numero di casi per età e sesso

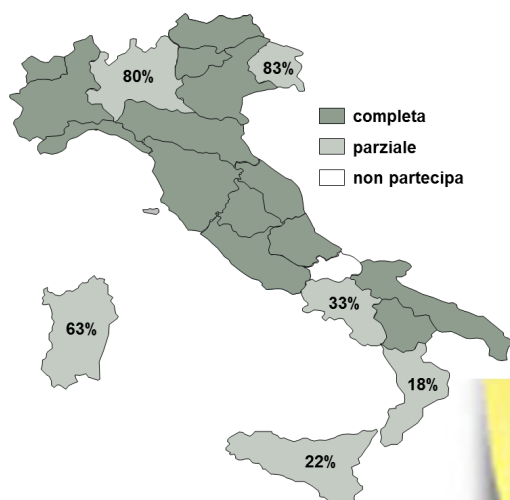


ALTRE SEGNALAZIONI

Oltre ai casi già descritti, nel corso del 2017 sono pervenute al SEIEVA le seguenti segnalazioni:

- ◆ 1 caso di epatite Delta da sovrainfezione in soggetto già portatore cronico di HBV
- ◆ 5 casi di epatite acuta negativa alla ricerca dei virus maggiori dell'epatite e classificati come nonA-nonE
- ◆ 8 casi di epatite acuta negativa alla ricerca dei virus dell'epatite A, B e C, classificati quindi come nonA-nonC; su questi casi andrebbe effettuata la ricerca delle IgM anti-HEV.
- ◆ 55 segnalazioni per le quali non è stato possibile effettuare la classificazione a causa della mancanza di informazioni complete sui test sierologici

ASL ADERENTI AL SEIEVA



La partecipazione al SEIEVA è volontaria: in 14 Regioni partecipano tutte le ASL, in 6 solo una parte, una sola regione non aderisce al SEIEVA. Nel complesso la copertura è di circa l'80% della popolazione Italiana.

Per le ASL/Regioni che non partecipano attualmente al SEIEVA è possibile aderire contattando il gruppo di coordinamento presso l'ISS.

Al seguente link è disponibile il protocollo completo della sorveglianza SEIEVA: http://old.iss.it/binary/seiez/cont/Protocollo_SEIEVA.pdf

Questo bollettino presenta le informazioni di base disponibili attraverso la sorveglianza. Tuttavia l'archivio completo SEIEVA offre la possibilità di ulteriori approfondimenti a chiunque dei referenti locali voglia usufruirne per scopi di ricerca e di sanità pubblica.

Il gruppo di coordinamento è aperto a considerare tutte le proposte di studio o di progetto, incentrate sulla sorveglianza.

REFERENTI

ISS:	Tosti ME, Alfonsi V, Ferrigno L, Crateri S, Iantosca G, Badoni G, D'Angelo F;
PIEMONTE:	Zotti C, Emelurumonye IN, Malaspina S, Gallone A, Castella A, Galati MT, Scala AM, Castagna P, Silano V, D'Agosta S, Tacca MG, Iodice S, Corvi V, Oddone M, Rivetti D, Maggiolotto, Ravaschietto P, Giovanetti F, Cappello T, Susani F;
VALLE D'AOSTA:	Sudano L, Ruffier M;
LOMBARDIA:	Gramegna M, Senatore S, Cereda D, Lamberti A, Donadini A, Nespoli C, Trezzi L, Gennati G, Monteverdi A, Boldori L, De Grada P, Gattinoni A, Brugnoli R, Belloni A, Binotto M, Pincirolì G, Pesci L, Senegaglia P, Crippa S, Altomonte G, Lodola S, Aquino I, Giompapa E, Nieri M, Pasquale L, Scalvinoni V, Piedacci G;
PROV. AUT. BOLZANO:	Spertini S, Gamper S, Grünfelder A, Ploner B, Runggatscher V;
PROV. AUT. TRENTO:	Carraro V, Grandi C, Franchini S;
VENETO:	Russo F, Zanella F, Mel R, Soppelsa M, De Stefani E, Zolin R, Todescato A, Bacciolo N, Rizzato D, Ramigni M, Nicolardi L, Flora M, Boin F, De Sisti C, D'Ettore G, Caracciolo V, Penon MG, Bellè M, Cafarra L, Zivelonghi G, Soffritti S, Foroni M;
FRIULI VENEZIA GIULIA:	Zorzut F, Rocco G, Brianti G, Gallo T, Zuliani M, Breda A, Feltrin O;
LIGURIA:	Mela M, Briata MP, Giuliano M, Peluso M, Turello V, Opisso A, Cuccu A, Zoppi G, Torracca P, Ricci MA, Capellini A;
EMILIA ROMAGNA:	Cagarelli R, Borriani BM, Gualanduzzi C, Capra A, Sacchi AR, Mattei G, Gardenghi L, Gianninoni AR, Sancini R, Dalle Donne E, Rangoni R, Cova M, Bevilacqua L, Fiumana E, Bondi B, Pecci A;
TOSCANA:	Pecori L, Mazzotta F, Balocchini E, Pierozzi C, Ghiselli G, Marchini P, Di Vito A, Tomasi A, Raso E, Maraglia A, Mazzoli F, Rossella G, Berti C, Galletti N, Grandi E, Ferrentino MS, Marinari MG, Lombardi A, Barbieri A, Frasca M, Bagnoli A, Bandini M, Lezzi I, Verdelli F, Beltrano A, Bindi R, Sansone CM, Boncompagni G, Zacchini F, Baretti S, Baroncini O, Staderini C, Filidei P, Chiapparini L, Barghini F, Cadoni M, Pieroni S;
UMBRIA:	Tosti A, Giaimo MD, Piattellini G, Buscosi A, Pasquale A, Ciani C, Paoloni MC, Santocchia F, Proietti ML;
MARCHE:	Tagliavento G, Fiacchini D, Pelliccioni AR, Liverani A, Vaccaro A, Spadoni MR, Moroni V, Pasqualini F, Priori A, Burattini N, Cimica S, Vitale V, Laici F, Migliozzi F, Moretti G, Ciarrocchi G, Impullitti S, Angelini C;
LAZIO:	Scognamiglio P, Lanini S, Ercole A, Napoli P, Perrelli F, Cerocchi C, Grillo P, Vazzoler C, Loffredo M, Labriola V, Pendenza A, Napoli MR, Buetti P, Santucci L, Mangiagli F, Varrenti D, Aquilani S, Dionette P, Corpolongo D, Di Luzio G;
ABRUZZO:	Di Giacomo M, Giansanti E, Mancini C, Turchi C, Granchelli C, Soldato G, D'Eugenio F, Albanesi I;
CAMPANIA:	Ferrara MA, Citarella A, Fossi E, Parlato A, Alfieri R, Scotto M, Caiazzo AL;
PUGLIA:	Prato R, Chironna M, Martinelli D, Fortunato F, Cappelli MG, Loconsole D, Morea A, Del Matto G, Angelillis R, Antonazzo M, Aprile V, Avella GM, Cambria R, Caputi G, Cipriani R, De Santis C, Desiante F, Ferraro M, Laforgia V, Madaro A, Maluccio MG, Matera AM, Menolascina S, Moffa G, Nesta M, Olivieri R, Pagone O, Pedote P, Squicciarini R, Termine S, Vitale V;
BASILICATA:	Negrone F, Maldini M, Laugello G, Russo T;
CALABRIA:	Aloia F, Giuffrida S;
SICILIA:	Mangione R, Consagra R, Cuccia M, Rinnone S;
SARDEGNA:	Delogu F, Fracasso D, Saba A, Puggioni A, Frongia O, Marras MV, Crasta MG, Mereu G, Steri GC, Santus S.

L'ELABORAZIONE DEI DATI E LA REALIZZAZIONE DEL BOLLETTINO SONO A CURA DI:

Valeria Alfonsi, Maria Elena Tosti, Luigina Ferrigno, Giuseppina Iantosca, Simonetta Crateri, Silvia Andreozzi e grazie al prezioso contributo dei referenti presso le Asl.