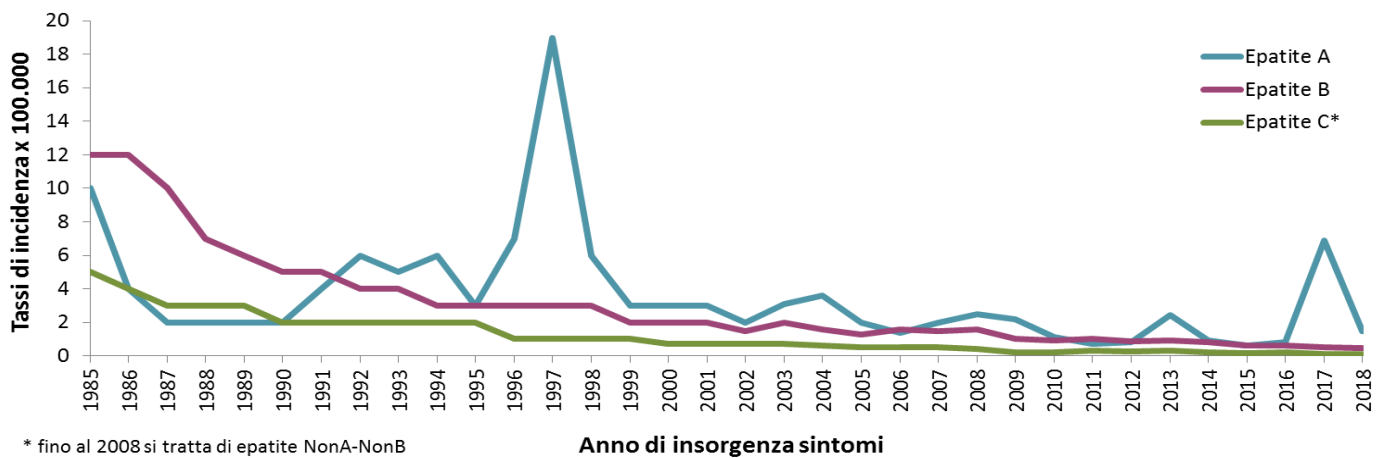


Il bollettino presenta i risultati del **Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute-SEIEVA**, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e nato allo scopo di descrivere l'epidemiologia dell'epatite acuta in Italia differenziata per tipo specifico, con particolare riferimento all'incidenza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

Nello specifico, nel quarto numero del bollettino SEIEVA, viene presentato l'andamento dell'incidenza delle epatiti virali A, B e C, dall'anno di avvio della sorveglianza SEIEVA nel 1985 al 31 dicembre 2018 e un focus specifico sui dati definitivi e consolidati del 2018, per ciascuna epatite.

Da una prima analisi delle tre curve si evidenzia un andamento in continua diminuzione per quanto riguarda l'epatite B e C e un andamento, relativamente all'epatite A, caratterizzato da ricorrenti picchi epidemici di importanza variabile.

### SERIE STORICHE SEIEVA 1985-2018

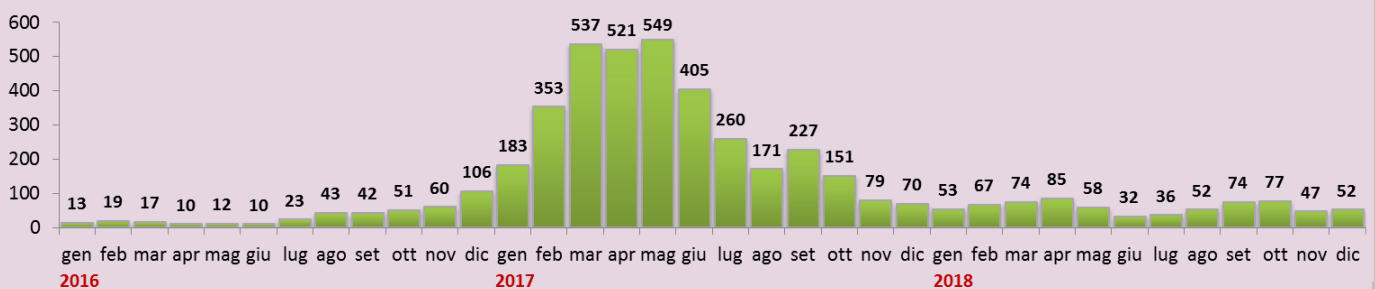


\* fino al 2008 si tratta di epatite NonA-NonB



### EPATITE A: L'EPIDEMIA SEMBRA CONCLUSA, MA...

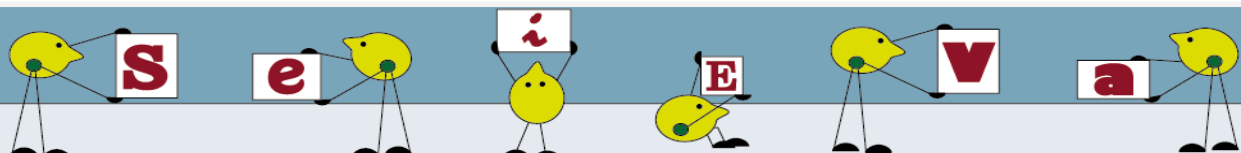
... il numero dei casi di epatite A non è ancora tornato ai livelli del periodo precedente l'epidemia (primi mesi del 2016). L'andamento del numero mensile dei casi evidenzia la vasta epidemia che ha colpito prevalentemente uomini adulti e che ha avuto un picco nei mesi tra marzo e maggio del 2017 (l'epidemia è stata caratterizzata da una alta percentuale di MSM tra i casi). La forma della curva epidemica, in corrispondenza dell'epidemia, ha un andamento pressoché "gaussiano", tuttavia la coda destra della distribuzione non è ancora tornata ai livelli del periodo pre-epidemico. Dalla distribuzione per sesso ed età dei casi (riportata nella pagina successiva) si evince un cambiamento nella popolazione maggiormente colpita rispetto al passato: molti dei nuovi casi sono infatti bambini. L'attuale eccesso di casi sarà oggetto di particolare attenzione nell'ambito della sorveglianza al fine di capirne l'evoluzione.



2016

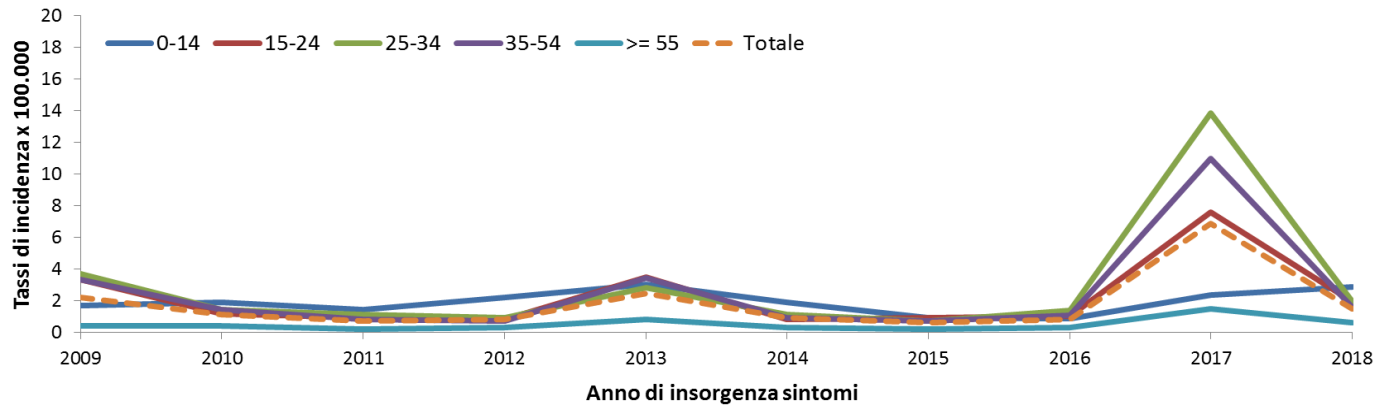
2017

2018



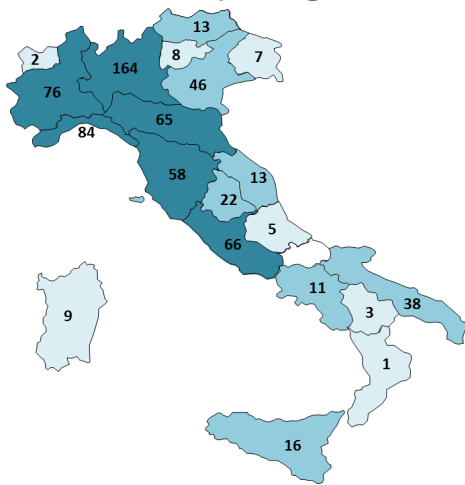
# Epatite A

## ANDAMENTO TEMPORALE. Incidenza dei casi per classe di età dal 2009 al 2018



## DATI 2018

### Numero di casi per Regione



consumo di molluschi crudi o poco cotti contaminati dal virus (43,9%). Si osserva una notevole diminuzione della malattia fra i MSM (21,7%), rispetto all'anno 2017 (62%).

La distribuzione per sesso, età e fattori di rischio dei casi osservati, suggerisce che il focolaio epidemico che ha colpito prevalentemente MSM è terminato probabilmente nel 2017 ma nel frattempo si sta delineando un nuovo incremento di casi in una differente popolazione target.

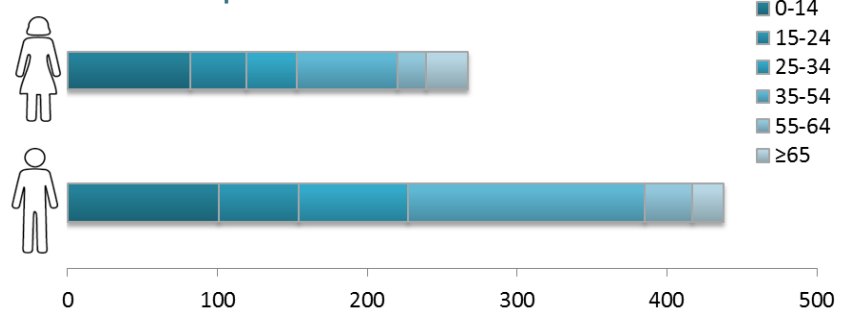
Dal punto di vista clinico, sono stati osservati 2 casi di encefalopatia e 1 di epatite fulminante, tutti con esito benigno.

E' stato osservato un decesso attribuito a cause cardio-respiratorie in un 82-enne con diverse altre comorbidità, tra cui insufficienza renale e diabete.

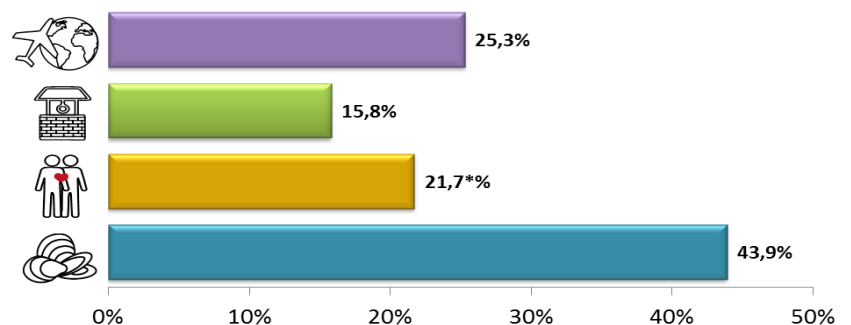
Nel 2018 il numero di casi di Epatite A notificati si è notevolmente ridotto rispetto all'anno precedente, pur rimanendo comunque al di sopra dei livelli osservati nei 3 anni precedenti, con un'incidenza di 1,5 casi x 100.000 abitanti (6,9 casi x 100.000 abitanti nel 2017). Nello specifico sono stati segnalati al SEIEVA 707 casi, soprattutto da regioni del centro-nord quali Piemonte, Lombardia, Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Veneto.

Rispetto al 2017, sono notevolmente aumentati i casi pediatrici (0-14 anni) ma diminuiti quelli tra i 35 e i 54 anni. Il contagio più frequente si osserva in seguito a viaggi in aree endemiche (25,3% dei casi) o al

### Numero di casi per età e sesso



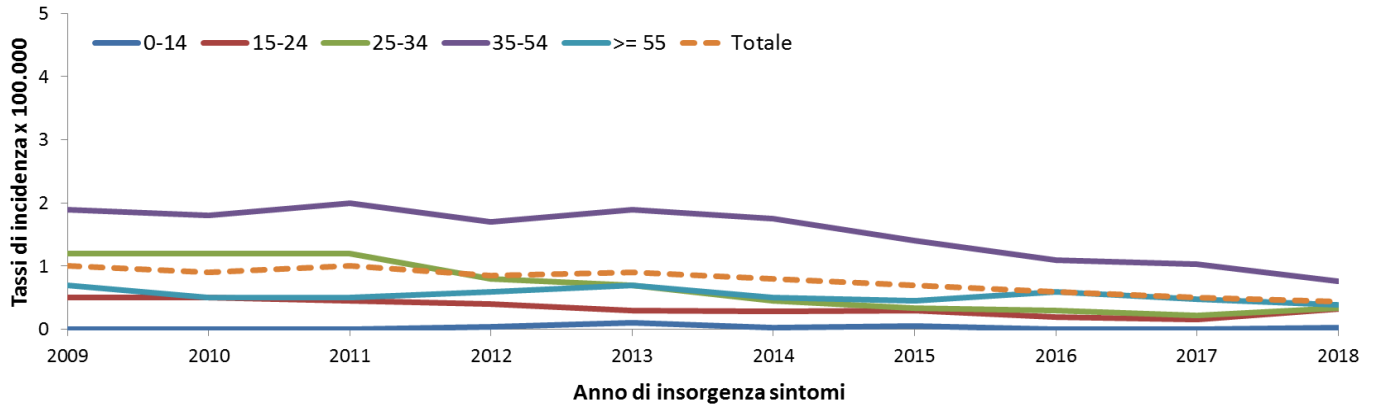
### Fattori di rischio



\* solo maschi

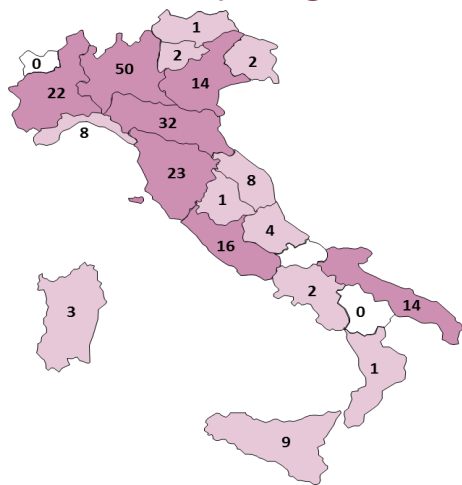
# Epatite B

## ANDAMENTO TEMPORALE. Incidenza dei casi per classe di età dal 2009 al 2018



## DATI 2018

### Numero di casi per Regione



Nell'12% dei casi, l'infezione risulta associata all'ambito nosocomiale (ospedalizzazione, intervento chirurgico, emodialisi o trasfusione di sangue).

Per quanto riguarda la presentazione clinica, è stato segnalato 1 caso di epatite fulminante in un paziente sottoposto poi a trapianto epatico ma deceduto.

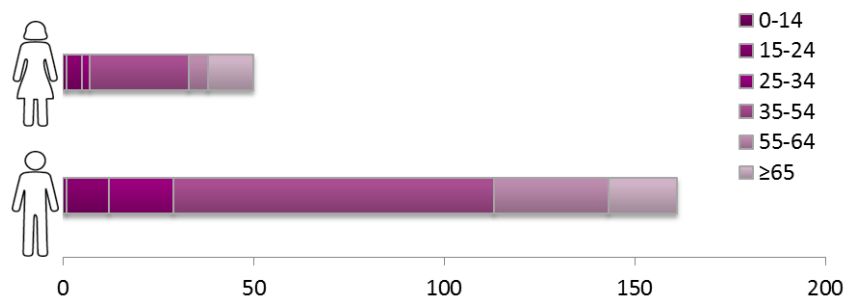
**Vaccino anti epatite B.** Sedici casi sono stati osservati in soggetti vaccinati o che avevano iniziato la vaccinazione. In 11 di questi la vaccinazione risultava essere stata somministrata con una schedula non corretta o post esposizione, mentre 5 casi avevano una schedula corretta. Riguardo ai gruppi ad aumentato rischio per i quali la vaccinazione è fortemente raccomandata e offerta gratuitamente, sono stati osservati 2 casi in operatori sanitari, 12 in conviventi di portatori cronici e 21 in MSM. Questi casi si sarebbero potuti evitare attraverso una attenta ed puntuale offerta vaccinale.

Nel 2018 in Italia sono stati segnalati 212 nuovi casi di epatite B acuta, con un'incidenza pari a 0,4 per 100.000 abitanti. L'andamento delle incidenze mostra una progressiva diminuzione.

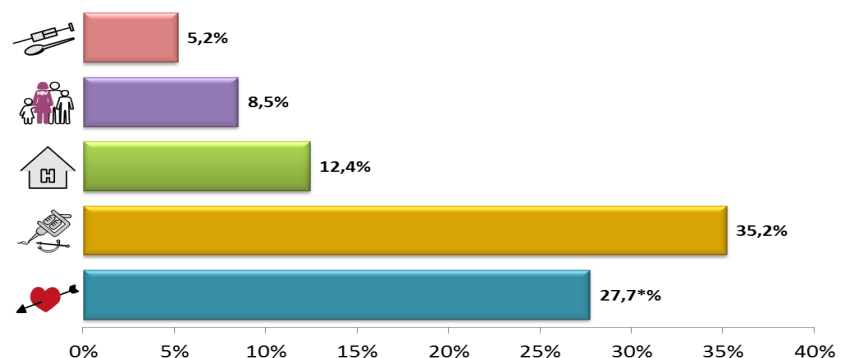
Come in passato, i soggetti più colpiti restano quelli di età compresa fra i 35 ed i 54 anni, fascia di età in cui l'incidenza di malattia nel 2018 raggiunge un valore di 0,8 per 100.000. Le regioni che hanno segnalato la maggior parte dei casi sono al centro-nord: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Lazio e Veneto.

Il 76% dei casi segnalati è di sesso maschile. L'età mediana è 46 anni tra i casi di sesso maschile e 50 tra le donne. Il fattore di rischio più frequentemente riportato è l'esposizione a trattamenti di bellezza quali manicure, piercing e tatuaggi (35% dei casi), mentre l'esposizione sessuale, intesa come partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali, si è registrata nel 28% dei casi.

### Numero di casi per età e sesso



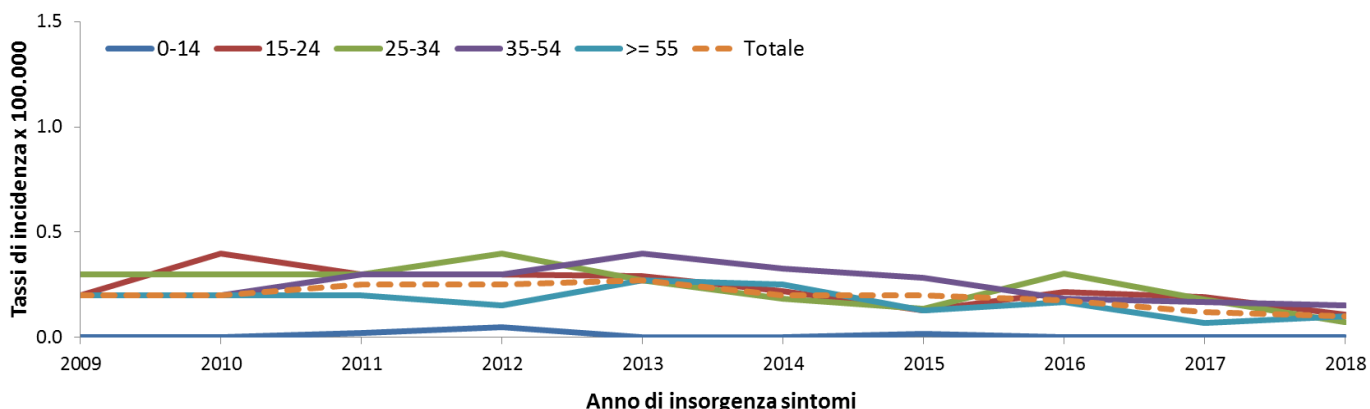
### Fattori di rischio



\* rapporti etero/omo sessuali a rischio

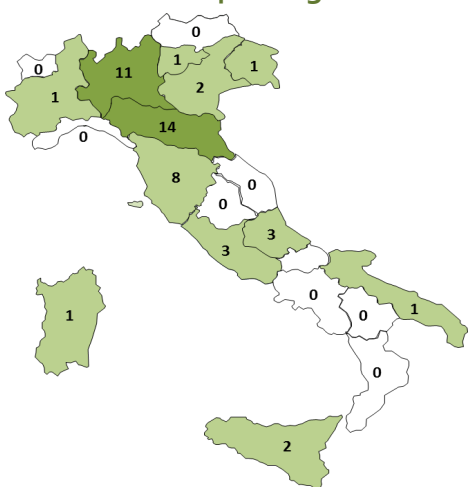
# Epatite C

## ANDAMENTO TEMPORALE. Incidenza dei casi per classe di età dal 2009 al 2018



## DATI 2018

### Numero di casi per Regione



Nel 2018 in Italia sono stati segnalati 48 nuovi casi di epatite C acuta; l'incidenza di 0,1 casi per 100.000 abitanti, risulta dimezzata rispetto al 2009.

Il maggior numero di casi è stato segnalato dall'Emilia Romagna e dalla Lombardia, seguiti dalla Toscana. Si tratta di un'infezione che colpisce prevalentemente gli uomini (67%) di età compresa fra 35 e 54 anni.

L'assunzione di droghe per via parenterale rimane un'importante fattore di rischio (riportato dal 27% dei casi) anche se sembrano rivestire una notevole importanza l'esposizione sessuale, intesa come partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di

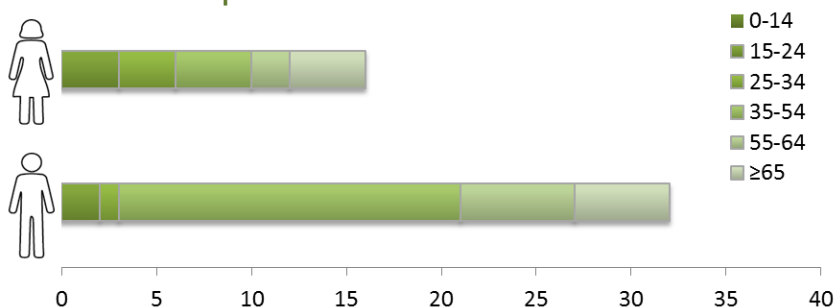
rapporti occasionali (35% di casi) e procedure mediche e chirurgiche invasive (ospedalizzazione, intervento chirurgico, emodialisi, trasfusione di sangue), riportate dal 35% dei casi.

Il 23% dei casi riporta un'esposizione a trattamenti estetici (come manicure, piercing e tatuaggi) mentre la convivenza con un soggetto HCV positivo rappresenta il fattore di rischio meno frequente tra quelli analizzati (14%).

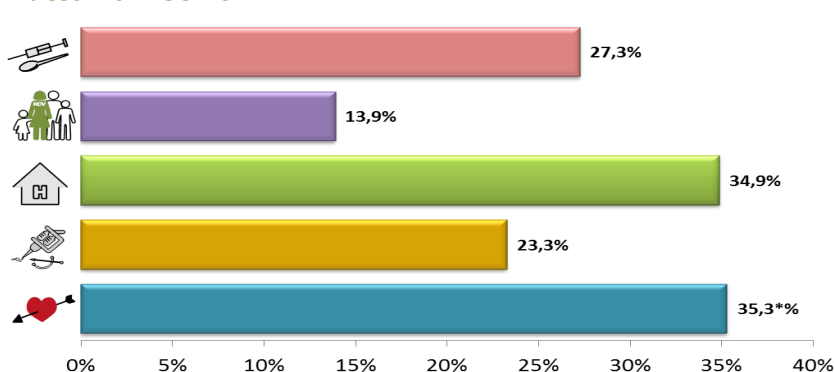
Da sottolineare l'insorgenza di 8 casi in soggetti ultrasessantacinquenni, 5 dei quali erano stati esposti a fattori di rischio nosocomiali, quali intervento chirurgico, endoscopia e emodialisi, mentre gli altri 3 non riportavano nessuno dei fattori di rischio riconosciuti.

Per quanto riguarda l'aspetto clinico, non si registrano nel corso del 2018 decessi o casi di epatite fulminante.

### Numero di casi per età e sesso



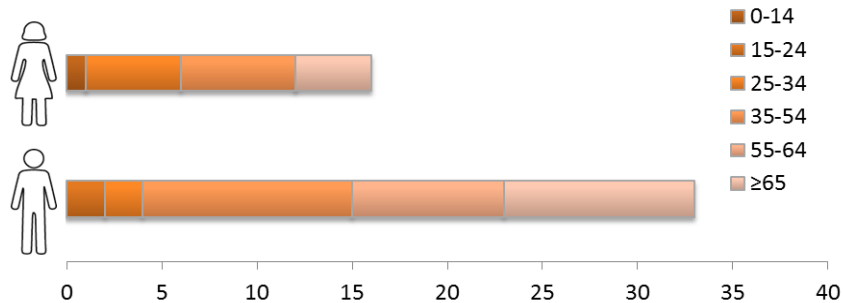
### Fattori di rischio



\* rapporti etero/omo sessuali a rischio

# Epatite E

## Numero di casi per Regione



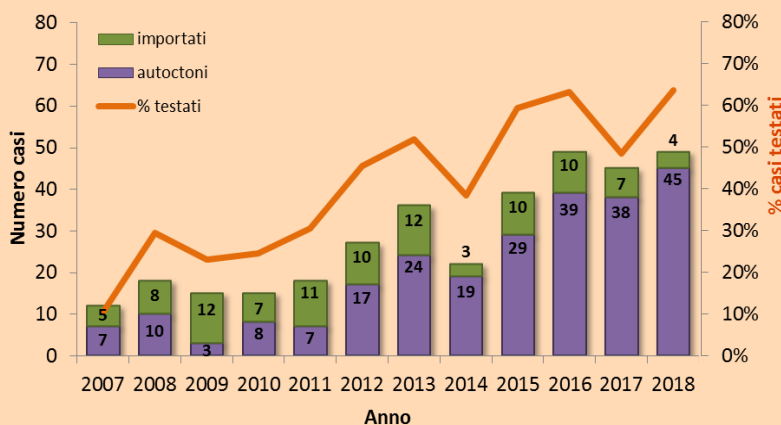
Nel corso del 2018 sono stati notificati al SEIEVA 49 casi di epatite E. Quasi tutti i casi, tranne 4, risultano autoctoni. La maggior parte delle infezioni è stata diagnosticata in uomini (67%), più della metà dei quali di età ≥ 55 anni.

Riguardo alle Regioni di notifica, si nota che quelle che hanno già da tempo laboratori di riferimento attrezzati per la diagnosi di epatite E sono anche quelle che continuano a notificare la maggioranza dei casi (Marche, Lazio e Lombardia); per questo non è ancora chiaro se il numero di casi osservati in quelle Regioni sia solo un effetto della maggiore attitudine ad eseguire i test specifici per la diagnosi di epatite E, o sia attribuibile a una maggiore circolazione virale rispetto alle altre regioni, alcune delle quali sono ancora prive di un laboratorio di riferimento per la diagnosi di epatite E.

Dal punto di vista clinico, tra i 49 casi di epatite E, è stato osservato un decesso per insufficienza epatica in un paziente di 81 anni.

## Trend di casi notificati di epatite E

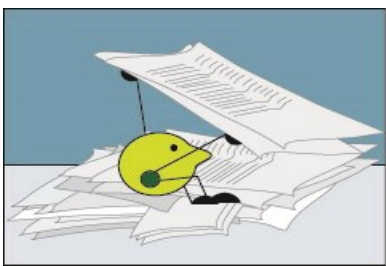
Continua nel 2018 il trend in aumento dei casi di epatite E notificati al SEIEVA. Questo aumento è a carico soprattutto di cittadini italiani, mentre solo pochi casi (4 nel 2018) sono legati a viaggi in zone endemiche per l'epatite E. Il grafico sottostante, raffronta il numero di casi segnalati per anno dall'inizio della sorveglianza specifica ad oggi (barre verticali), con l'attitudine ad effettuare test per l'epatite E nella diagnosi differenziale con le altre epatiti virali acute (linea in arancione: percentuale di casi nonA-nonC testati per IgM anti epatite E): è evidente che gli andamenti sono completamente sovrapponibili (soprattutto per i casi autoctoni).



## ALTRE SEGNALAZIONI

Oltre ai casi già descritti, nel corso del 2018 sono pervenute al SEIEVA le seguenti segnalazioni:

- ◆ **5** casi di epatite acuta negativa alla ricerca dei virus maggiori dell'epatite, per due dei quali risulta un abuso di ibuprofene (un caso associato anche ad abuso di alcool), un caso riporta abuso di paracetamolo
- ◆ **2** casi di epatite acuta negativa alla ricerca dei virus epatotropi maggiori, per i quali non è stata eseguita la ricerca delle IgM anti-HEV. Una recente Linea Guida, pubblicata a giugno 2018 dall'Associazione europea per lo studio del fegato (EASL, European Association for the Study of Liver), raccomanda di testare per epatite E tutti i pazienti che presentano sintomatologia di epatite acuta, indipendentemente da storia di viaggi ([accedi al documento](#)).
- ◆ **27** segnalazioni non classificabili a causa della mancanza di informazioni complete sui test sierologici.



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.

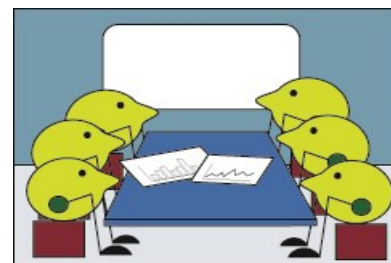
I nostri contatti: Telefono: 06/49904169 - e-mail: [seieva@iss.it](mailto:seieva@iss.it).

Sul sito di EpiCentro è disponibile una **versione** interattiva dei dati epidemiologici SEIEVA aggiornati al 31 dicembre 2018

<http://www.epicentro.iss.it/epatite/datiseieva>

e il protocollo completo della sorveglianza

(<http://www.epicentro.iss.it/problemi/epatite/pdf/Protocollo-SEIEVA.pdf>).



## REFERENTI

<b>ISS:</b>	Tosti ME, Alfonsi V, Ferrigno L, Crateri S, Iantosca G, Badoni G, D'Angelo F
<b>PIEMONTE:</b>	Zotti C, Rainero E, 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
<b>VALLE D'AOSTA:</b>	Sudano L, Ruffier M
<b>LOMBARDIA:</b>	Gramegna M, Senatore S, Cereda D, Donadini A, Nespoli C, Betti M, Trezzi L, Gennati G, Monteaverdi A, Boldori L, Tortorella FP, Bandozzi FR, Di Caterina D, Belloni A, Faccini M, Lamberti A, Rossetti E, Brugnoli R, Mainardi G, Vezzoli A, Pinciroli G, Testa M, Erba A, Senegaglia P, Spagna A, Lodola S, Aquino I, Giompapa E, Nieri M, Guardigli G, Scalvinoni V
<b>PROV. AUT. BOLZANO:</b>	Spertini S, Gamper S, Grünfelder A, Ploner B, Runggatscher V
<b>PROV. AUT. TRENTO:</b>	Carraro V, Grandi C, Franchini S
<b>VENETO:</b>	Russo F, Zanella F, Rizzato D, Carpenè G, Lamonato N, Destefani E, Dal Zotto A, Dal Zotto R, Casagrande P, Foglia F, Zorzi G, Chermaz E, Gava L, Nicolardi L, Pavanetto L, Battiston C, De Grandi F, Rizzato L, Tonon M, Cannizzo E, Bellè M, Foroni M, Colucci L, Barbieri M, Ledri R
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA:</b>	Gallo T, Rocco G, Stacul R, Breda A, Iob A, Micossi S, Feltrin O, Caernelos G
<b>LIGURIA:</b>	Mela M, Faccio V, Opisso A, Cuccu A, Zoppi G, Torracca P, Ricci MA, Capellini A
<b>EMILIA ROMAGNA:</b>	Cagarelli R, Borrini BM, Gualanduzzi C, Massimiliani E, Sacchi AR, Mattei G, Gardenghi L, Gianninoni AR, Dalle Donne E, Rangoni R, Califano A, Reali C, Biguzzi E, Bondi B, Pecci A
<b>TOSCANA:</b>	Pecori L, Balocchini E, Pierozzi C, Luzzoli R, Marchini P, Lucchesi L, Tomasi A, Raso E, Olimpi N, Berti C, Matarazzo F, Galletti N, Puppa L, Frasca M, Barbieri A, Cinughi C, Bandini M, Lezzi I, Verdelli F, Paradisi R, Bindi R, Sansone CM, Rosati M, Zacchini F, Baretto S, Cecconi R, Staderini C, Filidei P, Alfaro E, Barghini F, Cadoni M
<b>UMBRIA:</b>	Tosti A, Giovannini G, Piattellini G, Buscusi A, Pasquale A, Ciani C, Paoloni MC, Santocchia F, Proietti ML
<b>MARCHE:</b>	Fiacchini D, Hazurovic D, Giamprini MS, Gatti K, Van Will J, Vaccaro A, Sbarbati MM, Amelio A, Cimini D, Moroni V, Francoletti D, Scaccia F, Branchesi E, Saracino S, Mezzanotte C, Cimica S, Vitale V, Laici F, Petrelli I, Airini B, Passarini G, Ruffini L, Lambertucci AM, Mogetta A, Cioccoloni F, Ciarrocchi G, Pistolesi M, Fratello E
<b>LAZIO:</b>	Scognamiglio P, Lanini S, Ercole A, Maglietta AS, Magrelli F, Perrelli F, Cerocchi C, Grillo P, Vazzoler C, Loffredo M, Pendenza A, Nappi MR, Buetti P, Santucci L, Mangiagli F, Varrenti D, Aquilani S, Dionette P, Corpolongo D, Di Luzio G, Di Giacomo M, Giansanti E, Mancini C, Turchi C, Granchelli C, Soldato G, D'Eugenio F, Albanesi I
<b>ABRUZZO:</b>	Ferrara MA, Citarella A, Fossi E, Parlato A, Alfieri R, Scotto M, Caiazza AL
<b>CAMPANIA:</b>	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
<b>BASILICATA:</b>	Negrone F, Maldini M, Laugello G, Russo T
<b>CALABRIA:</b>	Mignuoli AD, Afflitto G, Montesanti M, De Giorgio V, Maradei A, Romeo RC, Scrivano F, Lazzarino E, Surace V, Giordano A, Bisbano A, Arcuri A
<b>SICILIA:</b>	Mangione R, Consagra R, Cuccia M, Rinnone S, Longhitano E
<b>SARDEGNA:</b>	Delogu F, Fracasso D, Marceddu MV, Puggioni A, Frongia O, Marras MVE, Santus S, Marras V

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

Maria Elena Tosti, Luigina Ferrigno, Annamaria Mele, Valeria Alfonsi, Giuseppina Iantosca, Simonetta Crateri, Franca D'Angelo, Silvia Andreozzi e grazie al prezioso contributo dei referenti presso le Regioni e Asl.