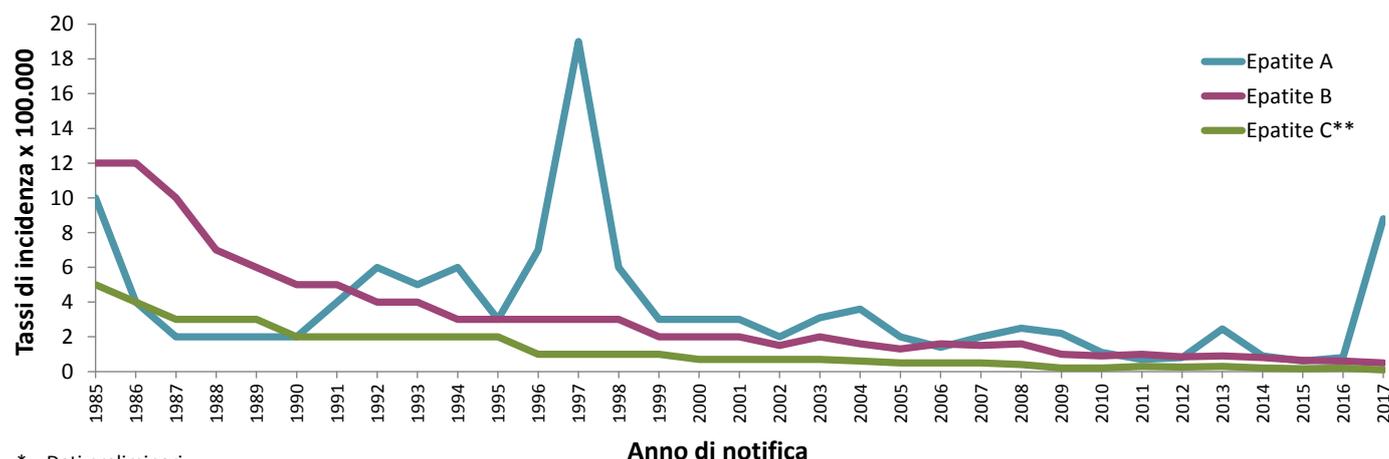


L'Istituto Superiore di Sanità pubblica un **numero speciale di lancio** del bollettino SEIEVA, che presenta i dati del **Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute-SEIEVA**.

In questo numero del bollettino, viene presentato il trend storico delle incidenze dall'avvio della sorveglianza nel 1985, per le epatiti A, B e C ed un approfondimento per ciascun tipo di epatite sotto sorveglianza, con particolare riferimento ai dati del 2017 disponibili alla data del 22 novembre.

Il bollettino avrà cadenza semestrale: a settembre verranno presentati i dati provvisori del primo semestre dell'anno in corso, a febbraio i dati definitivi dell'anno precedente.

SERIE STORICHE SEIEVA 1985-2017*

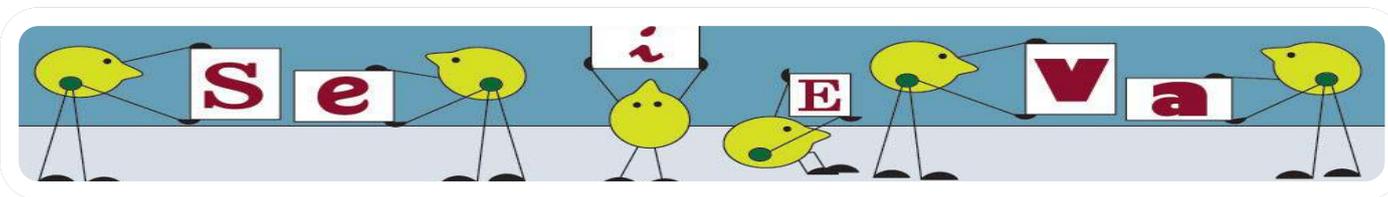


* Dati preliminari

** Fino al 2008 epatite nonAnonB

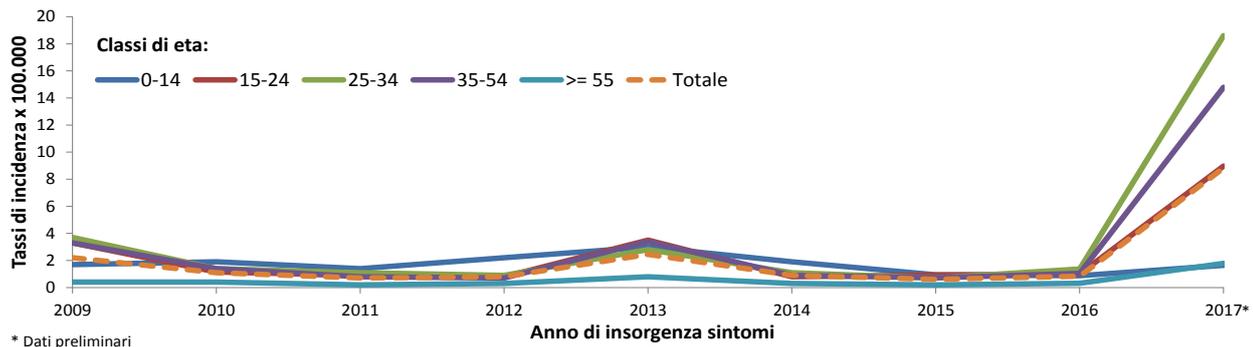
Dall'inizio della sorveglianza SEIEVA, si è osservato un trend di generale riduzione per tutte le epatiti ed in particolare per le epatiti B e C, le cui incidenze, superiori a 10 x 100.000 alla fine degli anni '80, scendono sotto l'1 x 100.000 rispettivamente dal 2010 e dal 2000. Al momento, assumono rispettivamente valori di 0,5 x 100.000 e 0,1 x 100.000.

L'incidenza di epatite A ha mostrato negli anni, diversi picchi epidemici. L'epidemia più rilevante, associata al consumo di frutti di mare, e con un'incidenza salita fino a 19 x 100.000, si è verificata nel 1997 in Puglia e Campania. Negli ultimi anni si sono verificate due importanti epidemie, di rilevanza nazionale: nel 2013-14 associata al consumo di frutti di bosco congelati e nel 2016-17, tra uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM).



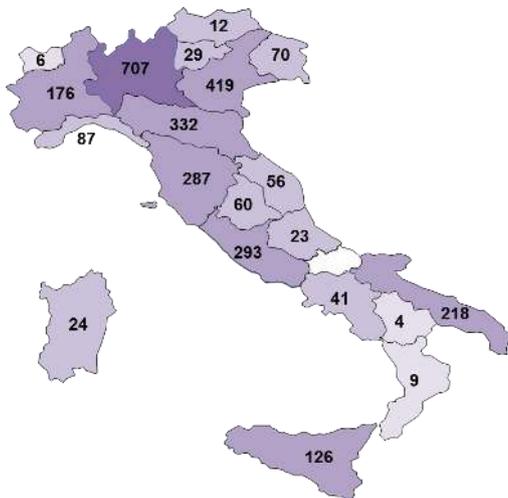
Epatite A

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

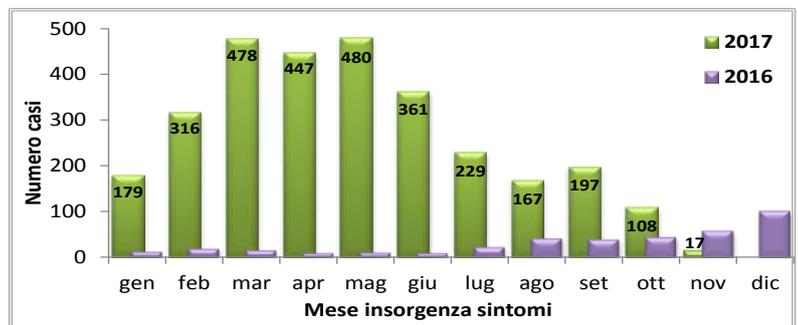


IN EVIDENZA: dati preliminari 2017

Numero di casi per Regione



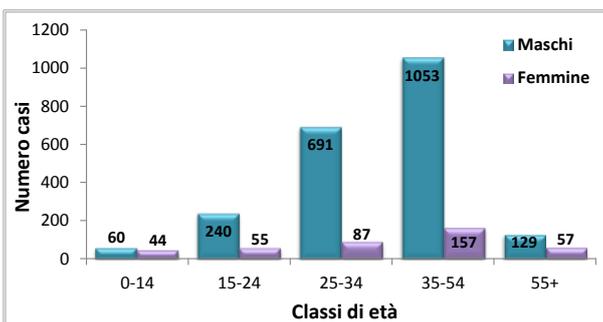
Curva epidemica



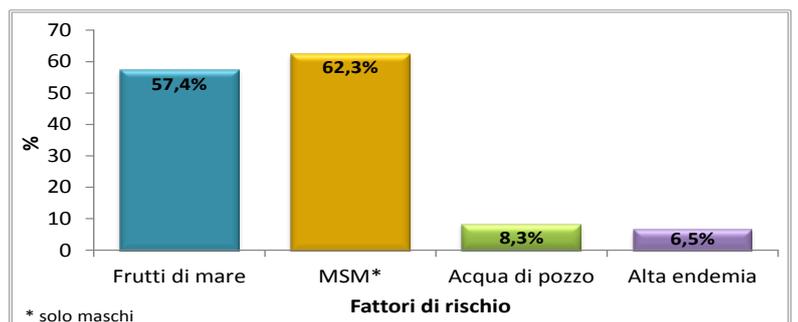
Dal 1 gennaio al 22 novembre 2017, sono stati segnalati 2.583 casi di epatite A. La distribuzione per Regione è mostrata in cartina. Le regioni che hanno segnalato più casi sono state Lombardia (707) e Veneto (419).

La curva epidemica relativa al 2017 mostra il notevole incremento rispetto all'anno precedente. Infatti è in corso un'epidemia che sta interessando da alcuni mesi l'Italia ed altri paesi europei, prevalentemente in MSM. L'Italia è il paese più colpito. Al momento sembra che l'epidemia si stia esaurendo; la flessione nel numero di casi, tuttavia, va considerata con cautela e rivalutata nel prossimo bollettino in quanto i dati relativi agli ultimi mesi sono da considerare provvisori a causa del fisiologico ritardo nelle segnalazioni e del lungo periodo di incubazione della malattia. Date le caratteristiche dell'epidemia, l'infezione si osserva prevalentemente fra i maschi di età compresa tra i 25 ed i 54 anni. Il 62% dei casi di genere maschile riporta di aver avuto rapporti omosessuali. Quasi il 60% dei casi riporta di aver consumato frutti di mare, il 40% di aver viaggiato in Paesi ad alta endemia. Circa un sesto dei casi riporta di aver avuto contatti stretti con persone malate e quindi plausibilmente sono casi secondari. Nel corso del 2017, sono stati segnalati 6 casi di epatite fulminante di cui 3 sottoposti a trapianto epatico, 1 encefalopatia ed un decesso.

Età e sesso

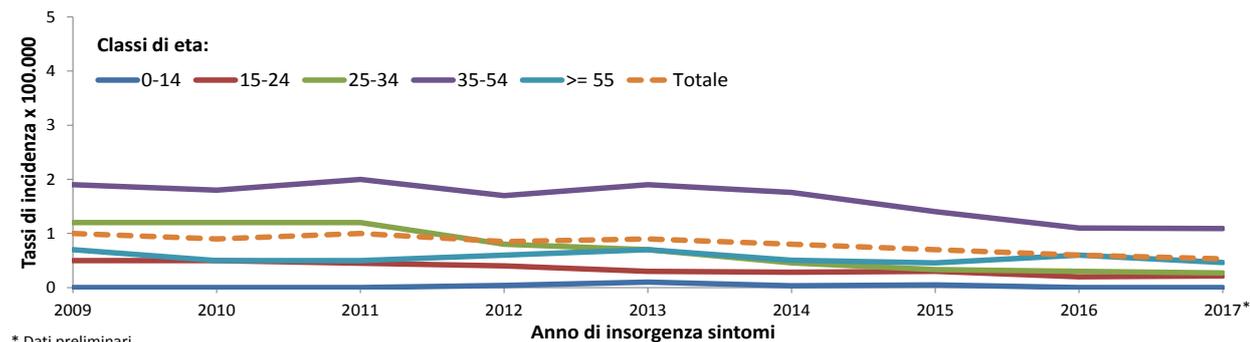


Fattori di rischio



Epatite B

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



* Dati preliminari

IN EVIDENZA: dati preliminari 2017

Numero di casi per Regione



Dal 1 gennaio al 22 novembre 2017, sono stati segnalati 178 casi di epatite B. La distribuzione per Regione è mostrata in cartina.

Le Regioni che hanno segnalato più casi sono state la Toscana (32) e Lombardia (27).

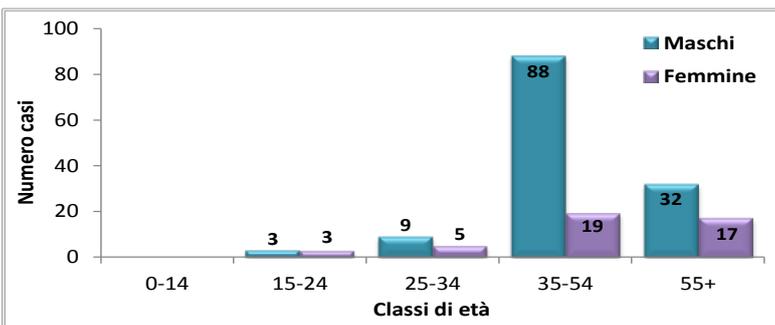
I soggetti più colpiti hanno dai 35 ai 54 anni; il 75% dei casi è di sesso maschile. Nessun caso è stato segnalato in bambini al di sotto dei 18 anni di età (range 18-90).

L'analisi dei fattori di rischio associati all'infezione, evidenzia che molti casi sono insorti in soggetti a rischio e per i quali la vaccinazione è fortemente raccomandata e offerta gratuitamente: il 9% dei casi convive con soggetto HBsAg positivo, il 7% è tossicodipendente. Inoltre, si sono infettati 2 operatori sanitari ed un 1 paziente emodializzato.

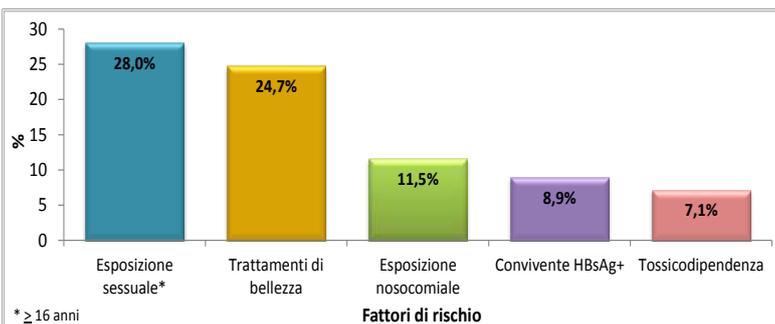
L'esposizione sessuale, intesa come partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali, è ancora molto frequente. Considerevole anche l'esposizione nosocomiale (12%) o a trattamenti di bellezza e tatuaggi e piercing (25%).

Nel corso del 2017, è stato segnalato un 1 caso di epatite fulminante sottoposto a trapianto epatico ed un decesso.

Età e sesso



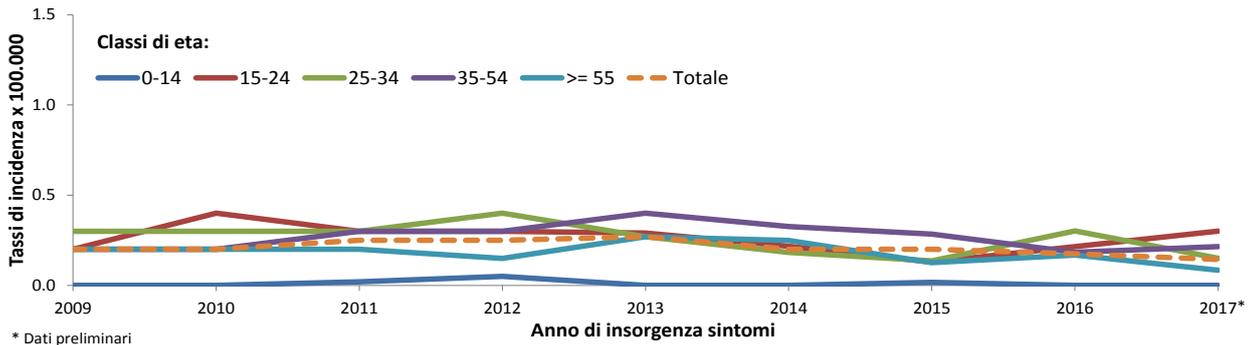
Fattori di rischio



* ≥ 16 anni

Epatite C

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



IN EVIDENZA: dati preliminari 2017

Numero di casi per Regione



Dal 1 gennaio al 22 novembre 2017, sono stati segnalati 47 casi di epatite C. La cartina mostra la distribuzione per Regione. Le regioni che hanno segnalato più casi sono state Lombardia (10 casi), Emilia Romagna e Toscana (8 casi ciascuna).

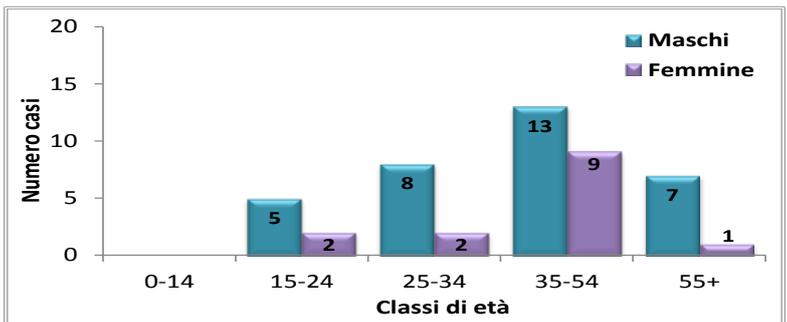
La maggior parte dei casi osservati nel 2017 ha una età compresa tra 35 e 54 anni; non sono stati osservati casi in età pediatrica (range 17-87). Il 70% dei casi è di genere maschile.

L'analisi dei fattori di rischio evidenzia che maggior parte delle infezioni da HCV segnalate è tuttora attribuibile alla tossicodipendenza.

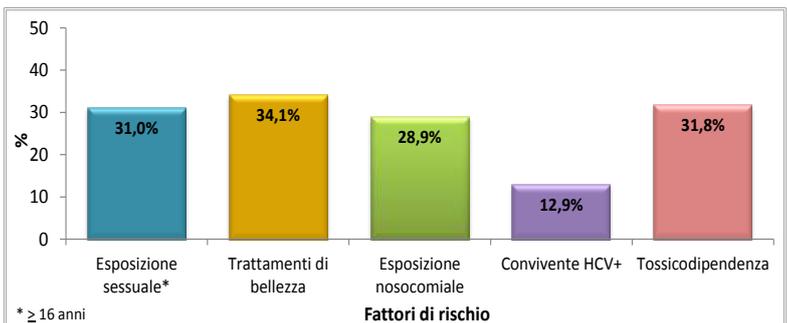
Tuttavia negli ultimi anni altre esposizioni sono riportate dai casi con sempre maggiore frequenza. Il 34% dei casi segnalati nel 2017, si è sottoposto ad un trattamento di bellezza quale manicure, pedicure, rasatura dal barbiere ma anche tatuaggi e piercing ed il 31% ha avuto rapporti sessuali a rischio (partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali). L'esposizione nosocomiale, intesa come ospedalizzazione, emodialisi, intervento chirurgico, endoscopia o trasfusione di sangue, è un fattore di rischio sempre più rilevante (riportato da poco meno del 30% dei casi) ed in particolare gli interventi di piccola chirurgia ai quali sono stati sottoposti 10 casi dei 13 per i quali vi è stata un'esposizione nosocomiale.

Nel corso del 2017, è stato segnalato un decesso.

Età e sesso



Fattori di rischio



Altre epatiti

EPATITE E



In linea con il resto d'Europa, in Italia, negli ultimi anni si sta assistendo ad un aumento del numero di casi autoctoni di epatite E, che nei Paesi industrializzati è sempre stata considerata invece un'infezione rara e confinata ai viaggiatori provenienti da aree endemiche.

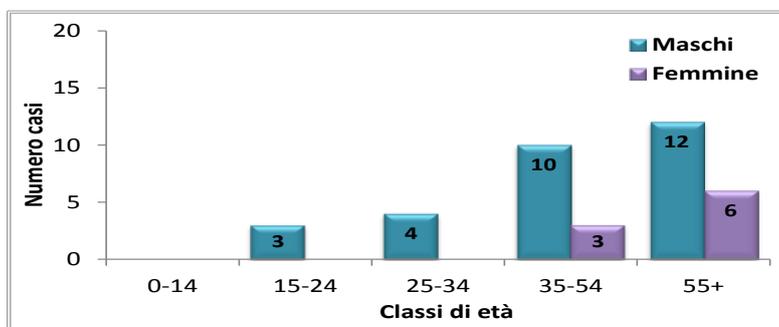
Negli anni dal 2009 ad oggi sono stati segnalati al SEIEVA un numero progressivamente crescente di casi annui, da 15 a 38.

L'aumento osservato potrebbe essere ancora più importante se si tiene conto di un certo grado di sottotitola legata a diversi fattori, tra i quali: il carattere spesso sub-clinico dell'infezione, per la diffusione nel nostro territorio di ceppi di HEV a bassa patogenicità; la mancata esecuzione delle indagini sierologiche specifiche per l'HEV in molti centri clinici (nel periodo 2009-2017 meno della metà (42%) dei casi segnalati come "epatiti nonA-nonC" o "non classificate", è stato saggiato per la presenza di IgM anti HEV).

Numero di casi per Regione



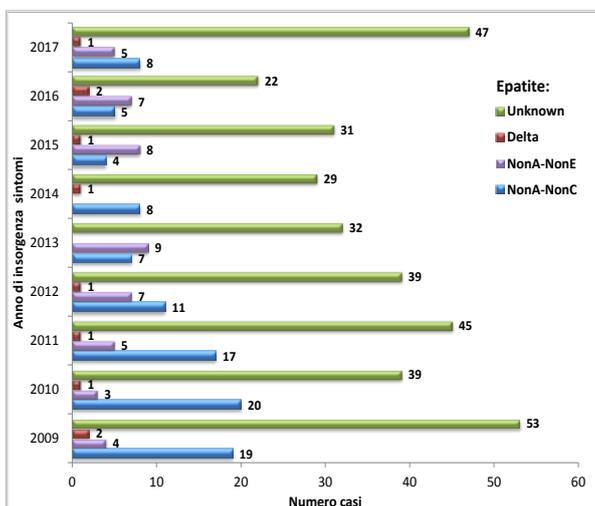
Età e sesso



Nel 2017, il Lazio (14 casi) e le Marche (6 casi) sono le Regioni che hanno segnalato più casi. La popolazione a maggior rischio di contrarre l'epatite E è costituita essenzialmente da uomini di età ≥ 35 anni. Quasi il 90% dei casi segnalati sono autoctoni, per

i quali il principale fattore di rischio è costituito dal consumo di carne cruda o poco cotta, di maiale o selvaggina, abitudine molto diffusa nell'Italia centrale soprattutto nelle Marche, in Abruzzo e nell'alto Lazio. Cinque infezioni sono state diagnosticate in cittadini stranieri rientrati da un viaggio nei Paesi di origine endemici per epatite E. La prognosi è stata favorevole per tutti i casi osservati.

ALTRE EPATITI



Nel periodo 2009-2017 sono inoltre pervenuti al SEIEVA:

- 10 casi di epatite Delta da sovrainfezioni in pazienti con epatite B cronica
- 4 casi di epatite da virus minori (Epstein Barr virus, Herpes Simplex virus, Transfusion Transmitted Virus)
- 480 casi per i quali non è stato possibile effettuare la classificazione a causa della mancanza dell'informazione sul marcatore specifico per la diagnosi.

ASL ADERENTI AL SEIEVA



La partecipazione al SEIEVA è volontaria. Attualmente aderiscono interamente al SEIEVA 14 tra Regioni e Province Autonome. Nel complesso la copertura è di circa l'80% della popolazione Italiana. La sola regione Molise non aderisce alla sorveglianza.

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://www.iss.it/binary/seie2/cont/>



La banca dati SEIEVA può essere utilizzata all'occorrenza da 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:	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, Pinciroli G, Pesci L, Senegaglia P, Crippa S, Altomonte G, Lodola S, Aquino I, Giompapa E, Nieri M, Zecca F, Pasquale L, Scalvinoni V, Piedacci G;
PROV. AUT. BOLZANO:	Fischer M, Augschiller M, Gamper S, Foppa A, Lechthaler T, Thaler J, Steinmair B;
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;
LIGURIA:	Mela M, Briata MP, Giuliano M, Peluso M, Turello V, Opisso A, Zoppi G, Torracca P, Ricci MA, Capellini A;
EMILIA ROMAGNA:	Cagarelli R, Borrini 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, Baretto 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, Migliozi F, Moretti G, Giarocchi 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, Nappi 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, Caiazza AL;
PUGLIA:	Chironna M, Prato R, Matera R, Menolascina S, Colamaria R, Azzollini N, Madaro A, Scalzo G, Ancona A, Pedote P, Moffa G, Pagano I, Angelillis R, Ferraro M, Aprile V, Turco G L, Minerba S, Caputi G;
BASILICATA:	Negrone F, Maldini M, Laugello G, Russo T;
CALABRIA:	Aloia F, Giuffrida S;
SICILIA:	Mangione R, Consacra 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 PRESENTE RAPPORTO SONO A CURA DI:

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