

SEIEVA - Sistema epidemiologico integrato epatite virale acuta

Dati al 31 dicembre 2009

STRUTTURE COMPETENTI

Direzione Prevenzione

Servizio Sanità Pubblica e Screening

REDAZIONE A CURA DI

Dr. Francesca Pozza

Dr. Cinzia Piovesan

Dr. Francesca Russo

CONTROLLO FLUSSO DATI

Francesca Zanella

PERIODO DI ANALISI

1999-2009

DISTRIBUZIONE

Direttori Generali

Direttori Sanitari

Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione

Direttori dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica

Referenti Profilassi Vaccinale

Aziende AULSS del Veneto

SOMMARIO

Il sistema di sorveglianza per le epatite.....	pag. 3
Introduzione.....	pag. 4
Casi di epatite in Regione Veneto dal 1999 al 2009.....	pag. 6
- Distribuzione per provincia e Azienda ULSS di residenza.....	pag. 8
- Distribuzione per provincia e Azienda ULSS di notifica.....	pag. 9
- Distribuzione per genere.....	pag. 10
- Distribuzione per fasce d'età.....	pag. 12
- Distribuzione per nazionalità.....	pag. 14
Fattori di rischio.....	pag. 15
- Epatite A.....	pag. 15
- Epatite B.....	pag. 17
- Epatite C.....	pag. 19
- Commento e criticità.....	pag. 20
La vaccinazione.....	pag. 21
Decessi.....	pag. 22
Conclusioni.....	pag. 23

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PER LE EPATITI

In Regione Veneto la sorveglianza dell'epatite si basa su due flussi informativi:

1. le notifiche del Sistema Informatico Malattie Infettive (SIMIWEB), adottato in Regione a partire dal 2006 in sostituzione del precedente sistema di rilevazione regionale;
2. le notifiche del Sistema Epidemiologico Integrato Epatite Virale Acuta (SEIEVA), gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Poiché il sistema informatico regionale e quello dell'ISS si riferiscono agli stessi soggetti, il numero dei casi notificati attraverso i due flussi dovrebbe coincidere. In realtà questo non avviene in quanto casi notificati tramite il SIMIWEB non si ritrovano nel SEIEVA e viceversa. Questa incongruenza potrebbe essere imputabile a ritardi di segnalazione e notifica.

I casi dall'anno 1999 al 2005 si riferiscono invece ai dati raccolti tramite il precedente sistema di rilevazione regionale per i quali non è stato possibile svolgere il lavoro di collegamento con le rispettive notifiche SEIEVA dell'ISS.

Focalizzando l'attenzione all'ultimo anno di rilevazione si ha che nel 2009 il quadro dei flussi si presenta come segue:

- casi notificati con il SIMIWEB: 205,
- casi notificati con il SEIEVA: 195,
- casi coincidenti: 189,
- notifiche riportate nel sistema informatico regionale, ma non inserite nel SEIEVA: 6,
- notifiche del Sistema Epidemiologico dell'ISS non inserite nel SIMIWEB: 16.

Le analisi presentate nel seguente rapporto si riferiscono al totale dei casi verificatisi a partire dall'anno 1999 e notificati dai diversi sistemi di sorveglianza attivati a livello regionale e nazionale. Il numero complessivo di casi di epatite risulta essere pari a 2.287 per l'intero arco temporale considerato, di cui 211 notificati nel solo anno 2009.

I dati presentanti nel seguente rapporto si riferiscono ai soli casi residenti in Regione Veneto; il numero di malati notificati in regione ma residenti altrove è molto limitato e la loro esclusione consente di fornire tassi di incidenza "puliti".

Il seguente rapporto si focalizzerà principalmente sui più diffusi tipi di epatite, ovvero A, B e C.

INTRODUZIONE

Le epatiti virali rappresentano delle infezioni a danno del fegato che, pur avendo quadri clinici simili, differiscono dal punto di vista epidemiologico ed immuno-patogenetico. Le epatiti determinate dai cosiddetti virus epatici maggiori sono l'epatite A, l'epatite B, l'epatite C, l'epatite D (Delta) e l'epatite E. In circa il 10-20% dei casi tuttavia l'agente responsabile dell'epatite resta ignoto. Esistono altri virus epatotropi, quali il virus G, il virus TT ed ultimamente il SEN virus, ma il loro ruolo come agenti causali di epatite è tuttora in fase di studio.

L'**epatite A** è provocata da un picornavirus (HAV) e ha un periodo di incubazione compreso tra i 15 e i 50 giorni. Questo tipo di infezione ha generalmente un decorso autolimitante e benigno, sono inoltre frequenti le forme asintomatiche. Tuttavia a volte si possono avere forme più gravi con decorso protratto ed anche forme fulminanti rapidamente fatali.

La trasmissione avviene per via feco-orale e il virus è presente nelle feci 7-10 giorni prima dell'esordio dei sintomi e fino a una settimana dopo, mentre si ritrova nel sangue solo per pochi giorni. In genere il contagio avviene per contatto diretto da persona a persona o mediante gli alimenti crudi, soprattutto molluschi, contaminati con materiale fecale contenente il virus; raramente si sono osservati casi di contagio per trasfusioni di sangue o prodotti derivati. In genere l'infezione dura 1-2 settimane e si manifesta con febbre, malessere, nausea, dolori addominali ed ittero, accompagnati da elevazioni delle transaminasi e della bilirubina. I pazienti guariscono completamente senza mai cronicizzare.

Sulla base di quanto riportato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (EpiCentro), si osserva che l'epatite A ha una percentuale di insorgenza nella popolazione tra lo 0,1% e lo 0,3% con picchi fino all'1,8% tra i soggetti con età superiore ai 50 anni.

In Italia sono disponibili due tipi di vaccino contro l'epatite A che forniscono una protezione dall'infezione già dopo 14-21 giorni dalla loro somministrazione; risultano comunque fondamentali per la prevenzione le comuni norme igieniche (igiene personale, lavaggio e cottura di verdure, molluschi, ecc.) e il controllo delle coltivazione e commercializzazione dei frutti di mare.

L'**epatite B** è causata dal virus HBV e se ne conoscono 6 genotipi (A-F). La trasmissione avviene attraverso i liquidi biologici e pertanto può avvenire attraverso la via parenterale o la via sessuale. In relazione alla sua elevata resistenza nell'ambiente il contagio può avvenire anche per contatto con oggetti contaminati. Il periodo di incubazione varia fra 45 e 180 giorni, ma si attesta solitamente fra 60 e 90 giorni.

L'epatite acuta B è nella maggior parte dei casi asintomatica, in coloro in cui la malattia si manifesta, l'esordio è insidioso, con vaghi disturbi addominali, nausea, vomito e spesso si arriva all'ittero, accompagnato a volte da lieve febbre. Tale manifestazione si verifica nel 30-50% delle infezioni acute negli adulti e nel 10% nei bambini. Il tasso di letalità è di circa l'1%, ma la percentuale aumenta nelle persone con età superiore ai 40 anni. La patologia cronicizza nell'adulto in circa il 5-10% dei casi; tale percentuale aumenta al diminuire dell'età in cui viene acquisita l'infezione, raggiungendo, in assenza di trattamento, il 90% nei neonati contagiati alla nascita.

Dai dati a disposizione si stima che più della metà della popolazione mondiale sia stata infettata dal virus dell'epatite B e che siano circa 350 milioni i soggetti con infezione cronica. Ogni anno si calcola che in tutto il mondo si verifichino più di 50 milioni di nuove infezioni da HBV e che circa un milione di persone muoia a causa dell'infezione HBV. In regioni ad alta endemia (Asia dell'est, Africa subshariana e Amazzonia) la percentuale di portatori cronici va da 10 al 25 % nei paesi a bassa endemia (Nord America e Europa Occidentale) questa percentuale è meno del 2%.

Anche per le epatite B esiste un vaccino che si è dimostrato sicuro e fornisce immunità di lunga durata. La somministrazione della vaccinazioni è diventata obbligatoria in Italia a partire dal 1991 per tutti i neonati e per gli adolescenti di 12 anni. La vaccinazione è inoltre fortemente raccomandata per i gruppi di popolazione a maggior rischio d'infezione (tossicodipendenti, conviventi di portatori cronici, personale sanitario, omosessuali maschi ecc.).

Come per l'epatite B, anche per il virus responsabile dell'**epatite C** (HCV) esistono 6 genotipi diversi e il contagio può avvenire per via parenterale o sessuale. Nell'oltre i 2/3 dei casi

l'infezione è asintomatica, quando presenti i principali sintomi sono: dolori muscolari, nausea, vomito, febbre, dolori addominali ed ittero. Il periodo di incubazione del virus va da 2 a 6 settimane, ma nella maggior parte dei casi si aggira attorno alle 6-9 settimane. La letalità di tale malattia è bassa (0,1% dei casi), mentre risulta molto elevata la percentuale di casi di cronicizzazione (85% dei casi).

In Italia la quota di soggetti affetti da epatite C va dal 3% al 12%, con un gradiente correlato all'area geografica e all'età. Ad oggi non esiste ancora un vaccino anti-epatite C e l'utilizzo di immunoglobuline non si dimostra efficace. Le uniche misure preventive restano quindi quelle relative all'osservanza delle norme igieniche, alla sterilizzazione degli strumenti utilizzati per gli interventi chirurgici e per i trattamenti estetici, all'utilizzo di materiali monouso, alla protezione nei confronti di rapporti sessuali a rischio.

L'agente infettivo dell'**epatite D** (Delta) è noto come HDV ed è classificato tra i virus cosiddetti satelliti che necessitano della presenza di un altro virus per potersi replicare. In particolare tale virus richiede spesso la compresenza del virus dell'epatite B, quindi l'infezione da HDV si manifesta in soggetti colpiti anche da HBV. Più nel dettaglio l'infezione può verificarsi con infezione simultanea da virus B e D (in questo caso le caratteristiche della malattia sono clinicamente simili a quelle dell'epatite B) oppure con sovrainfezione di virus D in un portatore cronico di HBV (in questo caso si verifica un'altra infezione cronica a volte fatale). In entrambi i casi la malattia può diventare cronica e in tal caso ha un decorso più severo rispetto a quello dell'epatite B.

Le modalità di trasmissione del virus HDV sono le stesse dell'epatite B e il periodo di incubazione va dalle 2 alle 8 settimane. Anche le modalità preventive da osservare restano quelle per l'infezione da EBV/HBV e il vaccino per l'epatite B.

Sono inoltre stati identificati 3 genotipi differenti. Si stima che, in tutto il Mondo, siamo 10 milioni le persone affette da epatite D e quindi anche dal suo virus di sostegno (EBV).

L'**epatite E** (causata dal virus HEV) è una malattia acuta che molto spesso provoca ittero ed è autolimitante, molto simile quindi all'epatite A la caratteristica principale di tale infezione l'elevata presenza di forme fulminanti che colpiscono dall'1% al 12% dei casi e una particolare severità nel decorso della malattia nelle donne gravide (soprattutto quelle al terzo trimestre di gravidanza, per le quali la percentuale di letalità sale al 40%). L'epatite E non cronicizza.

Analogamente all'epatite A, la trasmissione del virus HEV avviene per via feco-orale; il periodo di incubazione varia tra i 15 e i 64 giorni.

Come per l'epatite C non è attualmente disponibile un vaccino.

CASI DI EPATITE IN REGIONE VENETO DAL 1999 AL 2009

Dal 1999 ad oggi il numero complessivo di casi di epatite verificatosi in Regione Veneto è di 2.287 con andamento irregolare.

La Tabella 1 evidenzia che, nel corso degli anni, sono i casi di epatite B quelli più frequenti, fatta eccezione per il triennio 2002-2004 dove prevalgono i pazienti affetti da epatite A, da correlare al picco epidemico del 2003. Anche in questo ultimo anno di rilevazione prevalgono i casi di epatite A, che rappresentano oltre il 60% dei casi dell'intero 2009. In generale poi si osserva, per l'anno 2009, un incremento del numero di casi di epatite virali acute rispetto all'ultimo quadriennio.

Dal punto di vista metodologico bisogna considerare che solo a partire dall'anno 2006 viene segnalata separatamente l'insorgenza dell'epatite C, mentre negli anni precedenti era inclusa nelle epatiti non A – non B. Proprio a partire dal 2009 vengono inoltre segnalati in modo distinto i casi di epatite di tipo E, mentre negli anni addietro rientravano nelle epatiti non A – non B o nelle epatiti non A – non C.

Nel corso degli anni la percentuale di casi di epatite con una tipologia non noto è sempre stata contenuta.

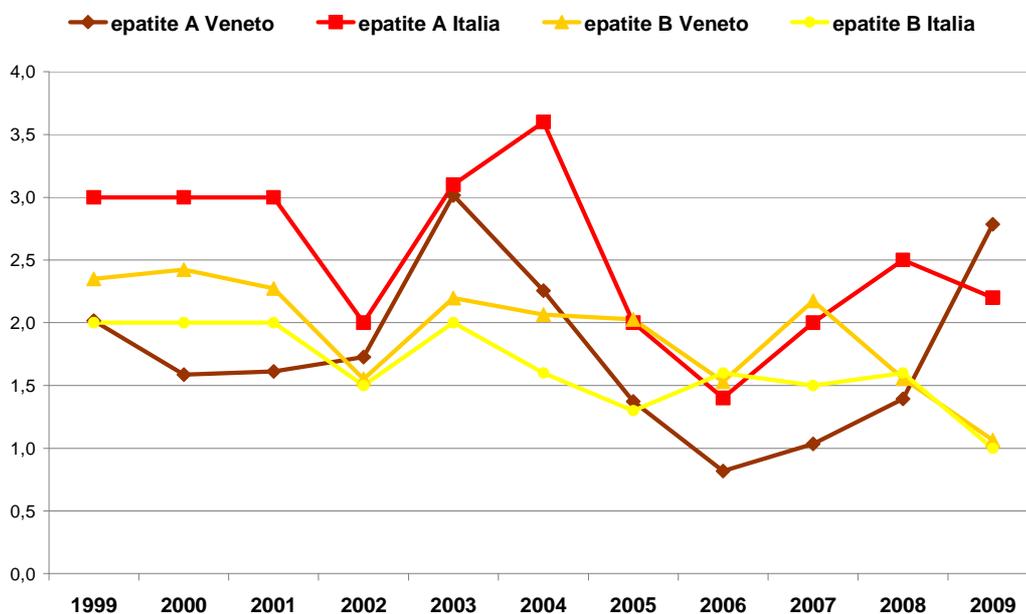
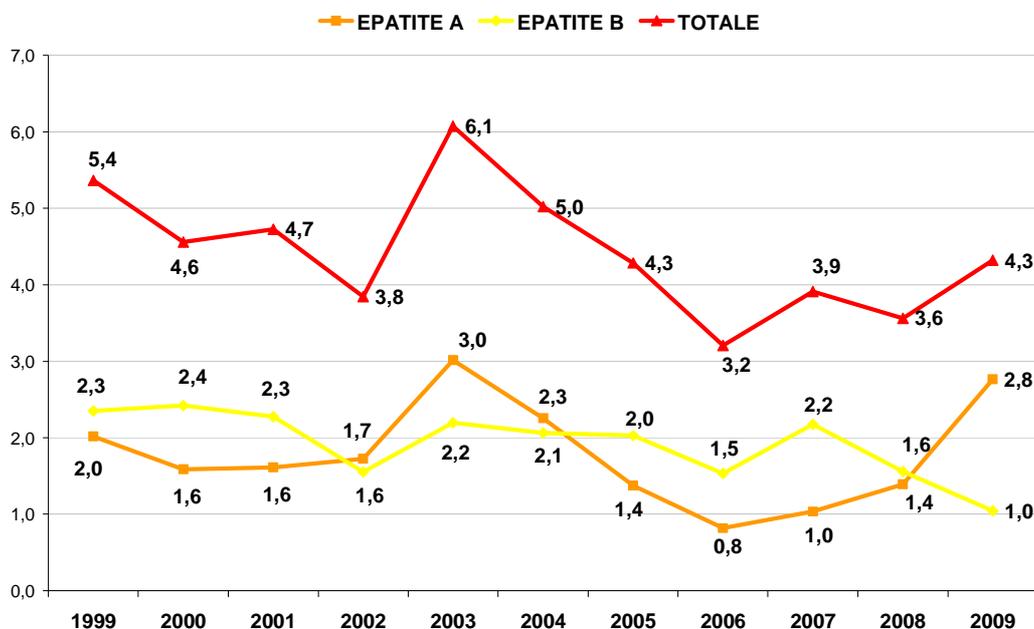
Tabella 1: Casi di epatite per tipologia. Regione Veneto, anni 1999-2009.

		Epatite A	Epatite B	Epatite non A-non B	Epatite C	Epatite non A-non C	Epatite E	Epatite non A-non E	Epatite virale non specificata	Totale
1999	N	91	106	41					4	242
	%	37,6	43,8	16,9					1,7	100,0
2000	N	72	110	21					4	207
	%	34,8	53,1	10,1					1,9	100,0
2001	N	73	103	30					8	214
	%	34,1	48,1	14,0					3,7	100,0
2002	N	79	71	24					2	176
	%	44,9	40,3	13,6					1,1	100,0
2003	N	140	102	31					9	282
	%	49,6	36,2	11,0					3,2	100,0
2004	N	106	97	23					10	236
	%	44,9	41,1	9,7					4,2	100,0
2005	N	65	96	32					10	203
	%	32,0	47,3	15,8					4,9	100,0
2006	N	39	73		39	2				153
	%	25,5	47,7		25,5	1,3				100,0
2007	N	50	105		28	3			3	189
	%	26,5	55,6		14,8	1,6			1,6	100,0
2008	N	68	76		15	4			11	174
	%	39,1	43,7		8,6	2,3			6,3	100,0
2009	N	135	51		13		6	3	3	211
	%	64,0	24,2		6,2		2,8	1,4	1,4	100,0
Totale	N	918	990	202	95	9	6	3	64	2.287
	%	40,1	43,3	8,8	4,2	0,4	0,3	0,1	2,8	100,0

In generale la percentuale di casi di epatite non riconducibili alle più diffuse tipologia A e B, si aggira attorno al 13,6% per l'intero periodo 1999-2009, con un range di variabilità che va dal 26,8% del 2006 al 9,7% del 2004. Nel 2009 tale percentuale supera di poco il 10%.

Come il numero di casi, così anche i tassi di notifica¹ presentano un andamento irregolare nel corso degli anni, raggiungendo l'apice nel 2003 (6,1 x 100.000 residenti). Nell'ultimo quinquennio il tasso di incidenza di pazienti affetti da virus di epatite si è ridotto e si attesta sotto i 4,5 casi per 100.000 residenti (Figura 1).

Figura 1: Tassi di notifica dei casi di epatite A e B per 100.000 abitanti e confronto con i tassi a livello nazionale. Regione Veneto, anni 1999-2009.



¹ Il tasso di notifica è dato dal rapporto tra il numero di casi e la popolazione residente nell'anno considerato. È espresso in riferimento a 100.000 abitanti. Per l'anno 2009 non è ancora disponibile il dato relativo alla popolazione residente e viene quindi utilizzata la popolazione al 1° gennaio 2009 (fonte ISTAT).

Da evidenziare il diverso andamento dei tassi di notifica delle epatiti A e B. Mentre il tasso per l'epatite di tipo B è relativamente costante (range 1,1-2,4 x 100.000 residenti), l'epatite A presenta un andamento con tassi più variabili. Fino al 2001 i tassi di incidenza per questo tipo di epatite sono infatti pressoché costanti (2,3-2,4 casi ogni 100.000 residenti); nel 2003 si osserva il picco massimo di notifica (3,0 x 100.000 residenti); a partire dal 2004 il tasso diminuisce fino a 0,8 casi ogni 100.000 del 2006; nell'ultimo triennio infine si registra un nuovo incremento che porta il tasso di notifica a sfiorare, nel 2009, il picco massimo del 2003.

Rispetto ai tassi di notifica per l'epatite di tipo A osservati complessivamente in Italia, i tassi regionali si collocano sempre al di sotto o in linea con i valori nazionali, fatta eccezione per l'ultimo anno di osservazione nel quale il tasso regionale supera quello italiano di 0,6 casi per 100.000 residenti.

Nel caso delle epatite di tipo B invece i tassi di notifica regionali sono sempre superiori a quelli italiani, ad eccezione dell'anno 2006. In generale, le differenze del dato regionale con quello nazionale sono più contenute rispetto a quelle osservate per le epatite A e non superano mai i 0,7 casi ogni 100.000 abitanti. Nell'ultimo biennio infine i tassi di notifica regionali rispecchiano i valori assunti a livello nazionale.

Distribuzione per provincia e Azienda ULSS di residenza

Confrontando l'andamento temporale dei tassi di notifica per l'epatite virale acuta (senza distinzione di tipologia) a partire dal 1999 ad oggi, si osservano delle notevoli differenze a livello provinciale poiché i tassi assumono valori altalenanti del corso degli anni (Tabella 2).

Tabella 2: Tassi di incidenza dell'epatite virale acuta per provincia di residenza. Regione Veneto, anni 1999-2009.

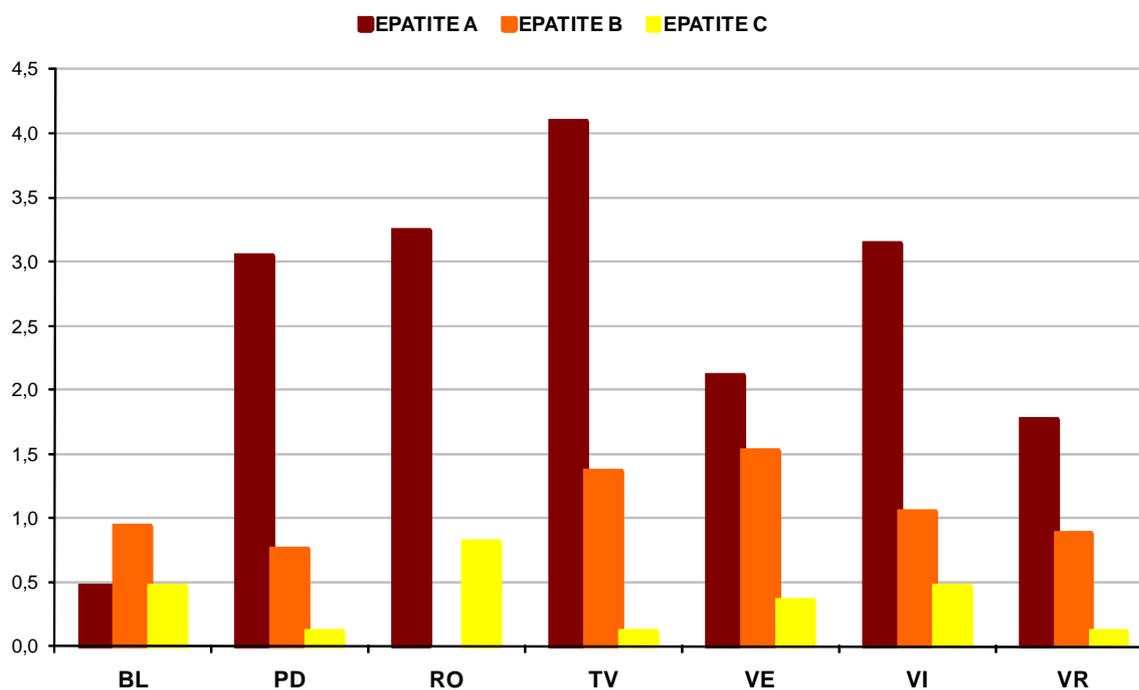
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Belluno	6,6	7,1	3,8	6,2	5,7	3,3	3,8	8,0	7,0	7,9	1,9
Padova	2,4	3,6	2,5	3,4	4,9	3,5	3,1	2,2	2,4	2,4	4,0
Rovigo	2,9	1,2	6,6	2,9	3,7	4,1	2,0	5,3	1,6	3,6	4,5
Treviso	6,0	5,3	5,4	5,7	7,3	7,5	7,2	3,0	7,4	3,0	5,6
Venezia	7,2	3,2	4,4	2,2	5,8	4,2	3,2	3,8	5,2	3,9	4,6
Vicenza	6,6	4,7	4,5	4,0	5,7	5,2	4,5	2,6	2,3	3,4	5,0
Verona	5,1	6,4	6,4	3,6	7,3	5,5	4,0	2,6	2,2	4,2	3,0
Regione Veneto	5,3	4,6	4,7	3,8	6,1	5,0	4,3	3,2	3,9	3,6	4,3

Nel 2009 è la provincia di Belluno a registrare il tasso più basso rispetto alle altre province, mentre nell'anno precedente era quella con un tasso di notifica maggiore. Nell'ultimo anno infine la provincia con un tasso superiore rispetto alle altre è quella di Treviso.

A livello aziendale, sempre per quanto riguarda l'anno 2009, è l'Az. ULSS 8 quella che riporta il maggior numero di casi, seguita dalle Aziende 12, 13 e 9.

Differenziando l'analisi per tipologia di epatite dei casi notificati nell'ultimo anno di osservazione si registrano delle notevoli differenze a livello provinciale (Figura 2). Nel territorio di Treviso spiccano elevati tassi di incidenza, rispetto alle restanti province, per quanto riguarda l'epatite di tipo A e B che si aggirano rispettivamente attorno a 4,1 e 1,4 casi ogni 100.000 abitanti. Anche nella zona di Venezia si registra un elevato tasso di notifica per l'epatite B (1,5 casi ogni 100.000 residenti), mentre il tasso per l'epatite di tipo A risulta più contenuto rispetto alla maggior parte degli altri territori regionali. I tassi di notifica delle epatite C variano dallo 0,8 casi ogni 100.000 abitanti della provincia di Rovigo allo 0,1 di Padova, Treviso e Verona.

Figura 2: Tasso di notifica per provincia di residenza e tipo di epatite. Regione Veneto, anno 2009.

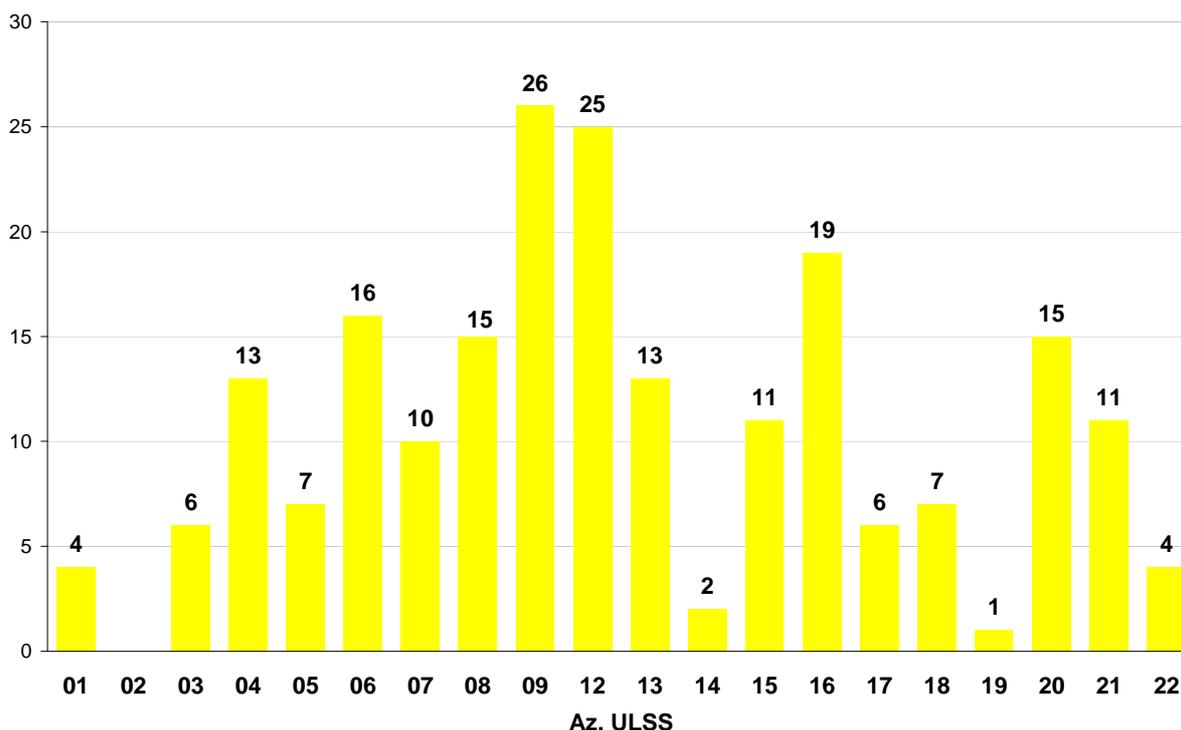


Distribuzione per provincia e Azienda ULSS di notifica

Le Aziende ULSS che hanno notificato il maggior numero di casi sono state le Az. ULSS 9 e 12 (Figura 3), mentre risulta molto limitato il numero di casi segnalati nelle Az. ULSS 19, 14 e 22. Nell'Azienda 2 non è stato notificato infine alcun caso di epatite virale acuta.

A livello provinciale risultano essere le province di Treviso e Vicenza quelle con il maggior numero di notifiche eseguite nel 2009.

Figura 3: Numero assoluto dei casi notificati di epatite, per Az. ULSS di notifica. Regione Veneto, anno 2009.

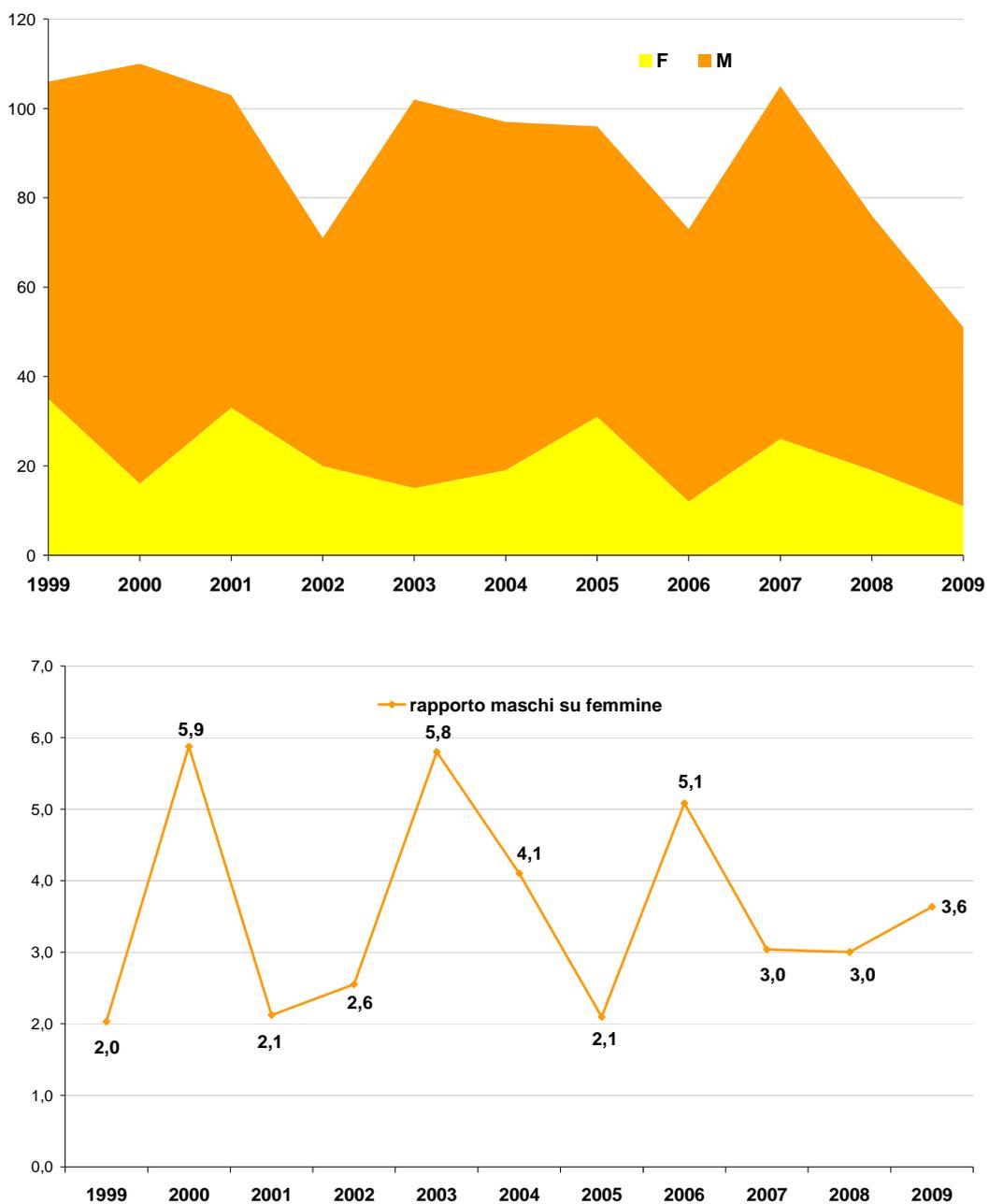


Distribuzione per genere

Il 28,4% dei casi notificati risulta essere di sesso femminile, mentre il restante 71,6% dei malati di epatite è di sesso maschile; il rapporto tra il numero di casi di epatite tra maschi e femmine risulta quindi pari al 2,5 maschi ogni donna infetta.

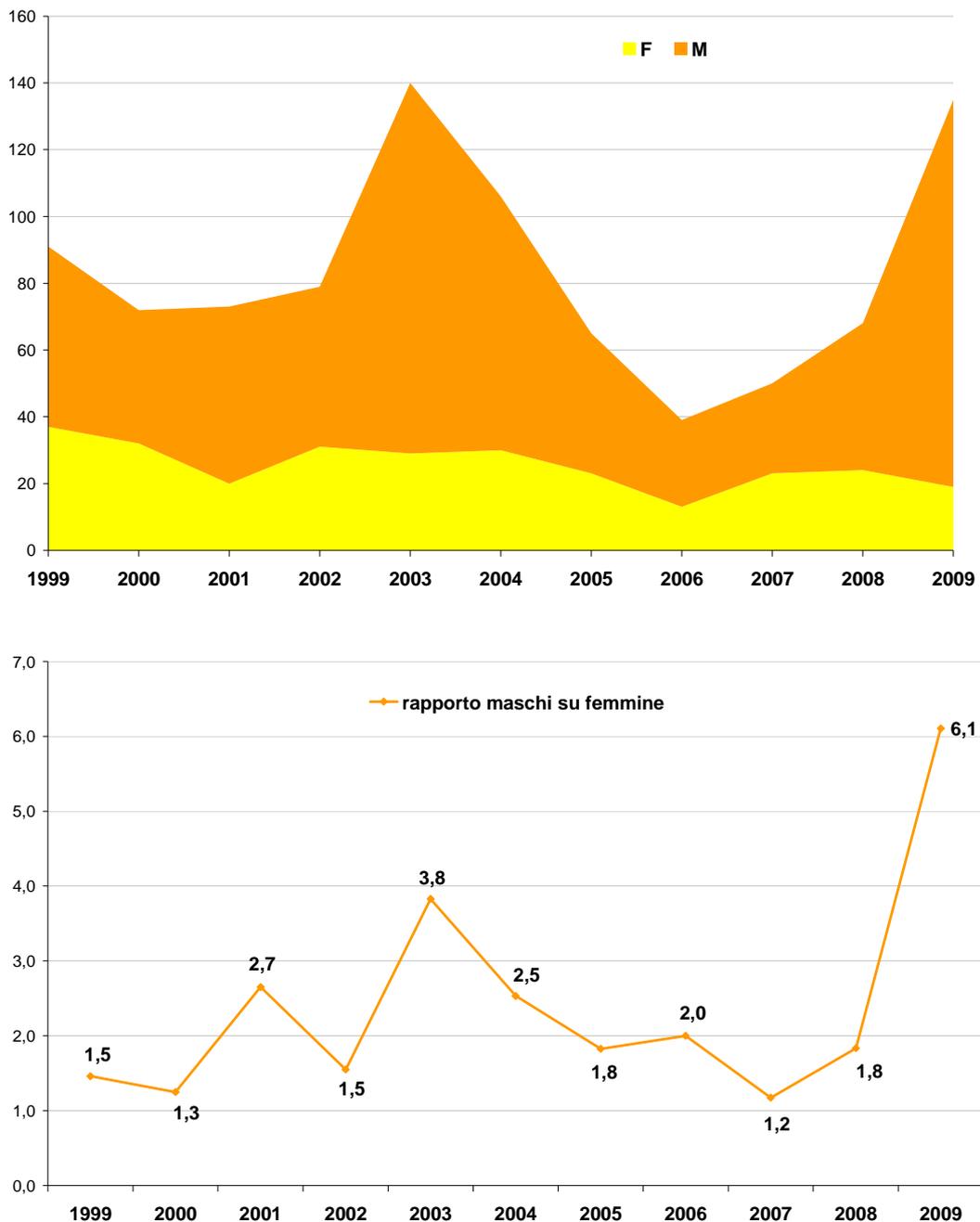
La diffusione dell'epatite B risulta più rilevante fra gli uomini (Figura 4): la proporzione di maschi infetti sul totale dei casi è pari al 78,4% nel 2009 e nel corso degli anni è oscillata fra il 67% (1999) e l'85,5% (2000). Il rapporto maschi su femmine nel 2009 è pari a 3,6 uomini per ogni donna con epatite di tipo B, con variazioni negli anni precedenti comprese fra 2,0 e 5,9. Lo stesso andamento di genere si osserva anche per altre malattie a diffusione prevalentemente sessuale: fra gli HIV positivi nel 2009 la percentuale di uomini è pari al 76%, con un rapporti uomini/donne pari a 3,2.

Figura 4: Numero assoluto dei casi notificati di epatite B, per sesso e rapporto maschi/femmine. Regione Veneto, anni 1999-2009.



Per l'epatite A la frequenza percentuale nel sesso maschile risulta essere meno elevata rispetto all'epatite B (il 69,4% dei casi riguarda un maschio), anche se nel 2009 si è osservata una forte predominanza del numero di casi di epatite A tra i maschi che rappresentano ben l'85,9% dei casi di epatite A dell'intero anno. Per questo ultimo anno il rapporto maschi su femmine è pari a 6,1.

Figura 5: Numero assoluto dei casi notificati di Epatite A, per sesso e rapporto maschi/femmine. Regione Veneto, anni 1999-2009.



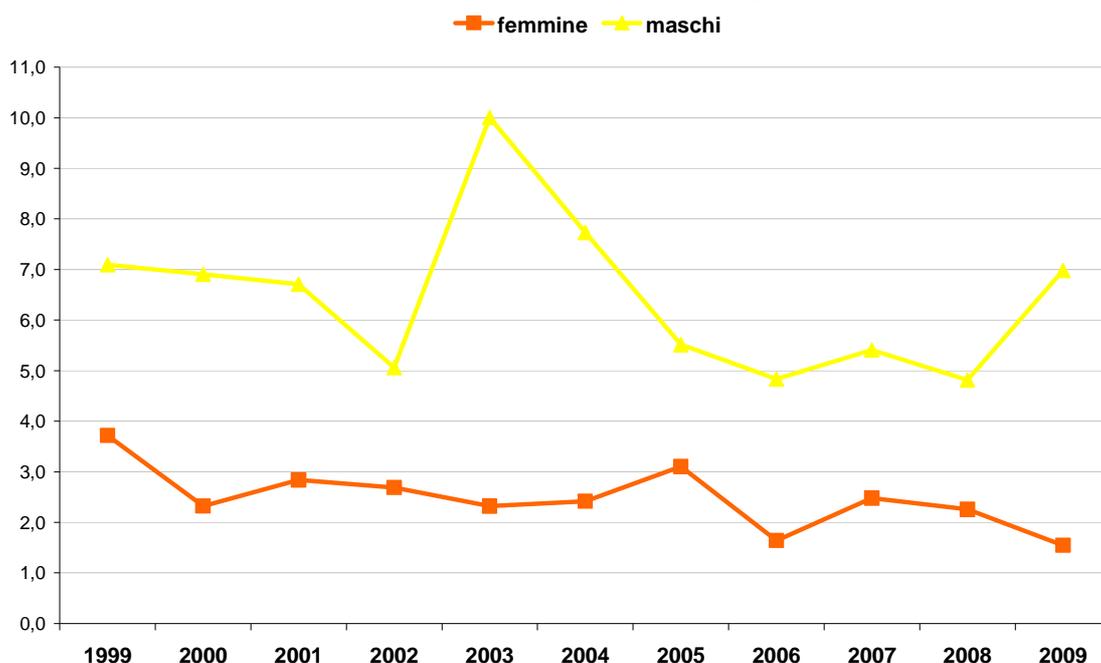
Per quanto attiene l'epatite C il dato è stato raccolto solo a partire dall'anno 2006; in questo ultimo quadriennio la percentuale di uomini è oscillata dal 53,3% del 2008 al 76,9% del 2009, mentre il rapporto tra malati di genere maschile e quelli di genere femminile è passato da 1,8 ad 3,3.

Dando uno sguardo all'andamento temporale dei tassi di notifica per sesso si osserva che mentre i tassi delle femmine hanno un'evoluzione più o meno lineare, quelli dei maschi hanno un andamento più altalenante.

In generale, i tassi di notifica per l'epatite virale acuta nelle femmine sono sempre inferiori a 4 casi ogni 100.000 donne e nel 2009 tale tasso si attesta a 2,6 casi ogni 100.000 donne residenti.

Nel 2003 si ha il picco massimo del tasso di incidenza nella popolazione maschile che infatti ha raggiunto i 10,3 caso ogni 100.000 uomini residenti; dal 2005 in poi tale tasso si è stabilizzato al di sotto dei 5,5 casi ogni 100.000 maschi, risalendo poi a 7 casi ogni 100.000 residenti nel 2009.

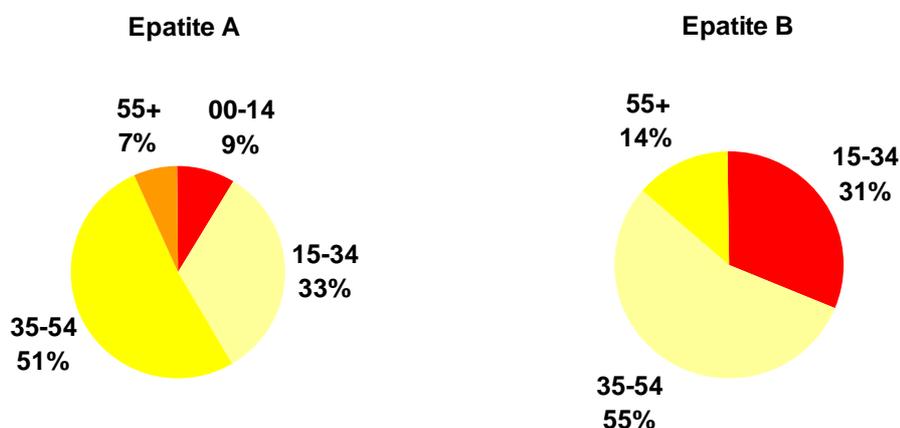
Figura 6: Tasso di notifica dell'epatite virale acuta per sesso. Regione Veneto, anni 1999-2009.



Distribuzione per fasce d'età

Nel 2009 l'84% dei casi notificati di epatite A si è verificato in soggetti di età compresa tra i 15 e i 54 (Figura 7): il 33% nella fascia d'età 15-34 anni e il 51% nella classe 35-54 anni. Per quanto riguarda l'epatite B oltre la metà dei malati ha un'età compresa tra i 35 e i 54 (55%), il 31% degli infetti appartiene alla classe d'età 15-34 anni, mentre risulta contenuta la percentuale di casi con più di 54 anni (14%).

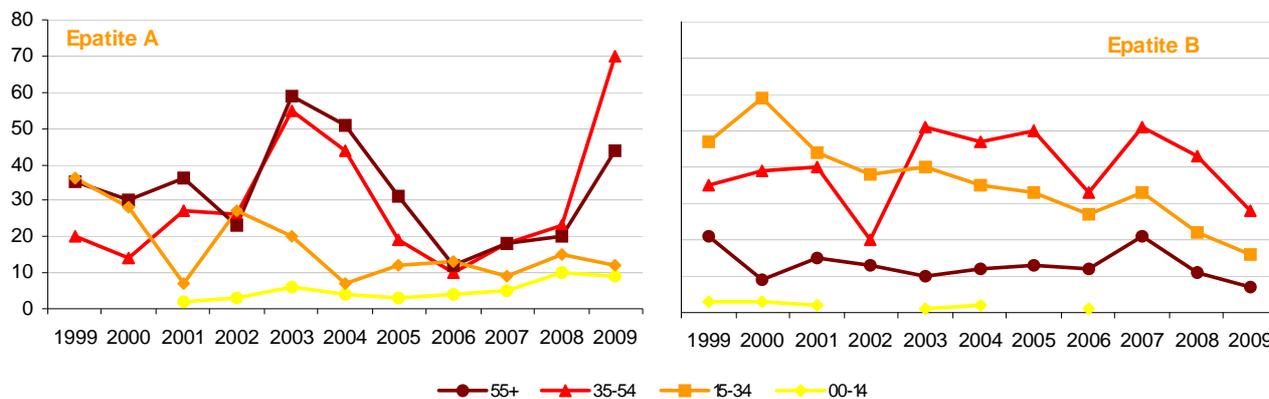
Figura 7: Casi di epatite di tipo A e B per classi d'età. Regione Veneto, anno 2009.



L'evoluzione temporale per classe di età dei casi notificati di Epatite A evidenzia che il picco registrato nel corso dell'epidemia del 2003-2004 è riferibile prevalentemente ai soggetti con più di 35 anni di età.

L'andamento dell'epatite B mette in rilievo una costante riduzione dei casi sotto i 34 anni; relativamente costanti risultano infine il numero di casi pediatrici e di over 55 anni (Figura 8).

Figura 8: Numero assoluto di casi di epatite, per tipo e classi d'età. Regione Veneto, anni 1999-2009.

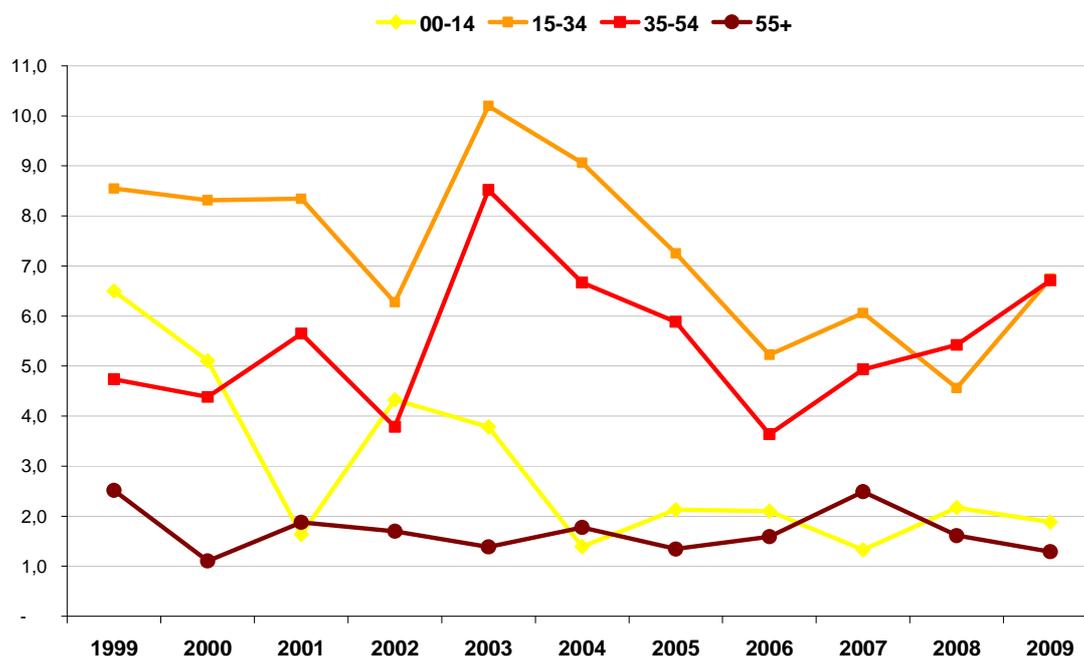


Volendo dare uno sguardo all'evoluzione temporale del numero complessivo di notifiche di epatite virale acuta a partire dal 1999 ad oggi, la Figura 9 riporta i tassi di notifica per classe d'età del malato. In linea generale sono le classi d'età 15-34 e 35-54 ad avere tassi di incidenza più elevati nel corso degli anni, con picchi massimi in corrispondenza dal biennio 2003-2004.

Per i casi con un'età superiore ai 54 anni si hanno tassi sempre inferiori ai 2,5 casi ogni 100.000 abitanti; altalenante risulta invece essere l'andamento dei tassi di notifica per le altre fasce d'età. Dal 2004 in poi, il tasso di notifica per i soggetti in età pediatrica si è stabilizzato attorno ai 2 casi ogni 100.000 residenti.

Nel corso del 2009 i tassi di notifica per le fasce dei bambini e dei più anziani hanno subito un lieve calo rispetto all'anno precedente, mentre sono aumentati i tassi della popolazione tra i 15 e i 54 anni.

Figura 9: Tasso di notifica dell'epatite virale acuta per classi d'età. Regione Veneto, anni 1999-2009.

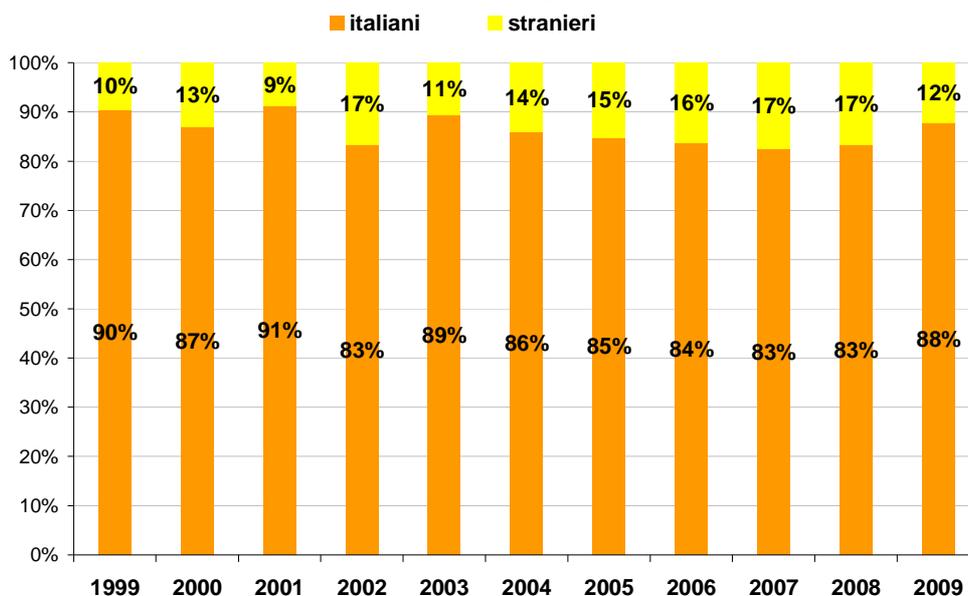


Distribuzione per nazionalità

La Figura 10 evidenzia una percentuale di stranieri più o meno costante, tra coloro che risultano affetti da epatite virale residenti in Regione Veneto, con un range che varia dal 9% (2001) al 17% (anni 2002, 2007, 2008).

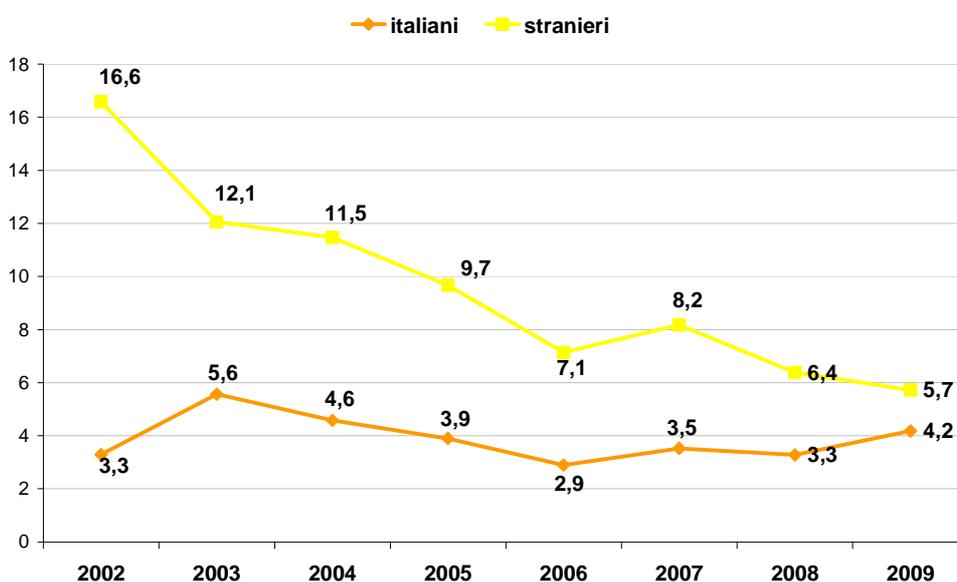
Nell'anno 2009 l'88% sono di nazionalità italiana (185 soggetti); tra gli stranieri i gruppi più numero sono quelli provenienti dal Marocco (7 casi) e dal Bangladesh (5 casi). Fra i casi di epatite C la percentuale di stranieri è pari al 23%, mentre tra le epatite di tipo A e B risultano rispettivamente pari al 9% e all'8%.

Figura 10: Casi di epatite notificati, per nazionalità. Regione Veneto, anni 1999-2009.



La Figura 11 mostra come il tasso di incidenza per gli stranieri infettati dal virus dell'epatite sia costantemente diminuito a partire dal 2002, passando da 16,6 casi ogni 100.000 stranieri residenti a soli 5,7 casi nell'ultimo anno di osservazione. Non ha invece subito variazioni importanti l'incidenza dell'epatite tra gli autoctoni, il tasso infatti oscilla da 5,6 (2003) a 2,9 casi (2006) ogni 100.000 italiani residenti.

Figura 11: Tassi di incidenza dei casi di epatite per nazionalità del malato. Regione Veneto, anni 2002-2009.



FATTORI DI RISCHIO

Analizzando le informazioni contenute nel Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) è possibile valutare i fattori di rischio ai quali sono stati esposti coloro che poi hanno contratto uno dei virus responsabili dell'insorgenza dell'epatite. Tali fattori si dividono in due macro-tipologie, ovvero: oro-fecale e parenterale o sessuale.

Come detto in precedenza, tale analisi è possibile per i soli casi notificati a partire dall'anno 2006 e per i quali si dispone della scheda SEIEVA (632 casi).

Nelle tabelle di seguito riportate (Tabelle 3, 5 e 7) vengono indicati tutti i fattori di rischio per tutte le tipologie di epatite virale sulla base di quanto viene presentato della reportistica elaborata annualmente dall'Istituto Superiore di Sanità al solo scopo di permettere dei confronti con i dati pubblicati a livello nazionale. Va comunque precisato che tale procedura potrebbe risultare forviante e di difficile lettura se si considera che le modalità di contrarre i diversi tipi di epatite sono tra loro differenti e che quindi ciascuna tipologia di malattia fa riferimento solo a specifici fattori di rischio. Le tabelle pertanto hanno un carattere puramente descrittivo di quanto riportato nella scheda SEIEVA del soggetto affetto da epatite virale acuta e residente in Regione Veneto.

Nel tentativo di indagare con maggiore specificità i fattori di rischio associati alle più diffuse tipologie di epatite virale acuta (tipo A e B) viene infine proposta un'analisi basata sulla tecnica della regressione logistica² che consente di associare ai fattori responsabili della malattia una relativa misura di rischio (OR=odds ratio)³. In termini probabilistici tale analisi consente di calcolare la probabilità di contrarre uno dei tipi di epatite virale acuta sulla base dei fattori di rischio inseriti nel modello.

Epatite A

La trasmissione dell'epatite A avviene per **via oro-fecale**. Generalmente il contagio si verifica a seguito del contatto diretto da persona a persona o mediante gli alimenti crudi, soprattutto molluschi, contaminati con materiale fecale contenente il virus; solo in rari casi il contagio è avvenuto tramite trasfusioni di sangue o prodotti derivati.

La Tabella 3 contiene tutti i fattori di rischio con i quali un malato di epatite virale acuta potrebbe essere entrato in contatto.

In tutti gli anni di osservazione si ha che oltre il 50% dei casi di epatite A notificati ha dichiarato di aver trascorso almeno una notte fuori casa nelle 6 settimane precedenti l'inizio della malattia. Il secondo fattore di rischio oro-fecale risulta essere il consumo di frutti di mare (segnalato da circa il 40% dei malati); mentre più contenuta è la proporzione di malati che sostiene di aver bevuto acqua di pozzo o sorgente.

La quota di soggetti che hanno avuto più di un partner sessuale nell'ultimo anno passa invece dal 5% del 2006 al 33% del 2009 delineando quindi avere un andamento crescente.

² La regressione logistica è una tecnica di analisi statistica che consente di studiare la relazione che intercorre tra una variabile dipendente di tipo dicotomico e un insieme di variabili indipendenti. Nel caso particolare è stata utilizzata come variabile dicotomica la presenza di un tipo di epatite rispetto alle restanti tipologie.

³ L'odds ratio (OR), ovvero il rapporto di rischio, è una misura di associazione tra la variabile indipendente e quella dipendente e varia tra 0 e +infinito. Quando l'OR vale 1 significa che non vi è alcuna associazione; valori inferiori ad 1 indicano un'associazione negativa (effetto protettivo), mentre quelli maggiori di 1 un'associazione positiva (aumento del rischio).

Tabella 3: Numero e percentuale di casi notificati di epatite A per fattore di rischio. Regione Veneto, anni 2006-2009.

FATTORE DI RISCHIO	2006		2007		2008		2009	
Fattore di tipo oro-fecale (nelle 6 settimane prima dell'inizio della malattia)	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consumo di frutti di mare	15	38	20	40	28	41	53	39
Bevuto acqua di pozzo o sorgente	8	21	6	12	11	16	19	14
Notte fuori città	21	54	28	56	42	62	74	55
Fattore parenterale o sessuale (nei 6 mesi prima dell'inizio della malattia)	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Trasfusione sangue o plasma o derivati, emodialisi	0	0	1	2	2	3	1	1
Interventi chirurgici, endoscopia	3	8	3	6	9	13	10	7
Ospedalizzazione	3	8	0	0	0	0	6	4
Altre esposizioni parenterali (piercing, tatuaggi, agopuntura, manicure/pedicure, rasatura dal barbiere)	2	5	8	16	9	13	20	15
Terapia odontoiatrica	6	15	0	0	9	13	24	18
Uso di droghe E.V.	0	0	0	0	9	13	2	1
Convivente/partner sessuale tossicodipendente	0	0	0	0	0	0	2	1
Contatto con itterico nei 6 mesi (familiare, convivente, amico o compagno di scuola o di lavoro con epatite B)	3	8	4	8	7	10	14	10
Partner sessuali (>1 nell'ultimo anno)	2	5	5	10	9	13	45	33
Rapporti occasionali	0	0	6	12	8	12	39	29
Convivente di soggetto HBsAg+	1	3	1	2	1	1	1	1
Convivente di soggetto HCV+	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale casi	39	100	50	100	68	100	135	100

Per l'epatite di tipo A, l'analisi di regressione logistica è stata condotta sui soli fattori oro-fecali poiché sono, sulla base della letteratura esistente, gli unici elementi condivisi e riconosciuti come responsabili della malattia. Accanto a tali fattori sono state inserite nell'analisi di regressione logistica anche alcune caratteristiche del caso notificato, quali: il sesso, l'età e la cittadinanza (italiano o straniero).

La tabella 4 riporta, accanto a ciascun fattore di rischio, il valore dell'OR con il proprio intervallo di confidenza al 90% e il test di Wald⁴ con il relativo livello di significatività. I risultati vanno letti con una certa cautela: essi infatti fanno riferimento ai dati in nostro possesso e non possono quindi essere generalizzati, ma forniscono degli importanti spunti di riflessione e consentono a grandi linee di descrivere le caratteristiche di un soggetto affetto da epatite virale acuta notificato a partire dal 2006 in Regione Veneto.

Per facilitare la lettura dei risultati ottenuti vengono evidenziate in corsivo le variabili del modello che sono risultate statisticamente significative ad un livello del 90% e che quindi hanno un buon valore esplicativo circa le caratteristiche dei casi affetti da epatite.

⁴ Il test di Wald è un test statistico che misura la presenza di un effetto della variabile indipendente sulla variabile dipendente. Nel nostro caso specifico, consente di individuare i fattori di rischio associati al tipo di epatite analizzato. Nelle tabelle successive viene riportato con la dicitura di statistica Z.

Tabella 4: Risultati dell'analisi di regressione logistica per i casi notificati di epatite A. Regione Veneto, anni 2006-2009.

FATTORE DI TIPO ORO-FECALE (nelle 6 settimane prima dell'inizio della malattia)		REGRESSIONE LOGISTICA			
Fattore di rischio	Modalità	OR	IC	Z	p-value
Costante del modello				-0,75	0,453
Consumo di frutti di mare	SI/NO	1,43	1,00-2,06	1,96	0,050
Bevuto acqua di pozzo o sorgente	SI/NO	0,92	0,56-1,51	-0,34	0,737
Notte fuori città	SI/NO	3,53	2,46-5,07	6,85	0,000
Età	Var. numerica continua	0,96	0,94-0,97	-6,34	0,000
Sesso	M/F	0,78	0,51-1,18	-1,20	0,231
Cittadinanza	Italiano/straniero	3,01	1,75-5,19	3,97	0,000

Complessivamente, il modello costruito è statisticamente significativo⁵ ovvero risulta appropriato nello spiegare, sulla base dei dati osservati, il rischio di contrarre l'epatite A per i casi notificati dal 2006 in poi nella Regione Veneto. Fatta eccezione per l'aver bevuto o meno acqua di pozzo o sorgente e il genere del soggetto che ha contratto la malattia, le restanti variabili inserite nel modello di regressione logistica sono risultate significative e quindi sono in relazione con il fatto di contrarre l'epatite di tipo A. Il rischio di entrare in contatto con il virus aumenta del 43% per chi ha consumato frutti di mare ed è di tre volte e mezzo superiore per coloro che hanno trascorso una notte fuori città nelle 6 settimane precedenti la malattia. La probabilità di contrarre l'epatite A è circa tre volte superiore nei soggetti italiani rispetto agli stranieri.

Epatite B

L'epatite B si trasmette tramite i liquidi biologici e pertanto può avvenire attraverso la **via parenterale** (apparente o inapparente), la **via sessuale** e per **via verticale da madre a figlio**. La via parenterale apparente è quella che si realizza attraverso trasfusioni di sangue od emoderivati contaminati dal virus, o per tagli/ punture con aghi/strumenti infetti. La via parenterale inapparente si verifica quando il virus penetra nell'organismo attraverso minime lesione della cute o delle mucose (spazzolini, forbici, pettini, rasoi, spazzole da bagno contaminate da sangue infetto). Conseguentemente le categorie a maggior rischio di infezione sono i tossicodipendenti, gli omosessuali, il personale sanitario a contatto con persone infettive o che lavorano sull'agente infettivo, ma anche i contatti familiari e sessuali con persone infette, e tutte quelle pratiche che prevedono il contatto con aghi e siringhe non sterili (tatuaggi, piercing, manicure, pedicure, ecc.).

Nel corso degli anni il principale fattore di rischio ai quali i malati di epatite B sono stati esposti risultano essere principalmente rappresentati dalla presenza di più di un partner sessuale nell'ultimo anno, dai rapporti occasionali, dai trattamenti odontoiatrici e dalla pratica di piercing, tatuaggi, agopuntura, manicure/pedicure e la rasatura dal barbiere (Tabella 5). Altri fattori di rischio presenti con una certa frequenza nei soggetti affetti da epatite di tipo B sono l'essersi sottoposto ad interventi chirurgici e/o ad endoscopia.

Nell'anno 2009, il fattore di rischio più frequente risulta essere le altre esposizioni parenterali che riguardano ben il 33% dei casi (non è chiaro); vi è poi un altro 25% di casi che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali occasionali e più di un partner sessuale nel corso dei 12 mesi precedenti l'insorgenza della malattia. Cospicua risulta infine essere la percentuale di affetti da epatite B che si sono sottoposti ad un trattamento odontoiatrico, ad un intervento chirurgico e/o ad endoscopia.

Elevata appare anche la percentuale di soggetti che dichiarano di aver consumato frutti di mare e di aver trascorso almeno una notte fuori città nelle 6 settimane precedenti l'inizio della malattia. Specifichiamo però che i fattori oro-fecali non costituiscono una causa diretta di epatite B, ma sono comunque pratiche diffuse e comuni nella popolazione. Inoltre il trascorrere una notte

⁵ La bontà del modello viene valutata sulla base del test Score e del Rapporto di Verosimiglianza.

fuori città potrebbe essere associato alla maggiore frequenza di rapporti occasionali e quindi al numero di partner sessuali.

Tabella 5: Numero e percentuale di casi notificati di epatite B per fattore di rischio. Regione Veneto, anni 2006-2009.

FATTORE DI RISCHIO	2006		2007		2008		2009	
Fattore di tipo oro-fecale (nelle 6 settimane prima dell'inizio della malattia)	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consumo di frutti di mare	26	36	41	39	21	28	18	35
Bevuto acqua di pozzo o sorgente	4	5	14	13	10	13	5	10
Notte fuori città	22	30	25	24	21	28	17	33
Fattore parenterale o sessuale (nei 6 mesi prima dell'inizio della malattia)	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Trasfusione sangue o plasma o derivati, emodialisi	3	4	1	1	3	4	1	2
Interventi chirurgici, endoscopia	11	15	21	20	12	16	10	20
Ospedalizzazione	8	11	11	10	5	7	4	8
Altre esposizioni parenterali (piercing, tatuaggi, agopuntura, manicure/pedicure, rasatura dal barbiere)	20	27	32	30	21	28	17	33
Terapia odontoiatrica	21	29	29	28	24	32	12	24
Uso di droghe E.V.	7	10	2	2	24	32	1	2
Convivente/partner sessuale tossicodipendente	5	7	1	1	4	5	0	0
Contatto con itterico nei 6 mesi (familiare, convivente, amico o compagno di scuola o di lavoro con epatite B)	2	3	2	2	6	8	2	4
Partner sessuali (>1 nell'ultimo anno)	24	33	33	31	26	34	13	25
Rapporti occasionali	23	32	27	26	29	38	13	25
Convivente di soggetto HBsAg+	2	3	7	7	3	4	6	12
Convivente di soggetto HCV+	2	3	0	0	1	1	1	2
Totale casi	73	100	105	100	76	100	51	100

Come anticipato i fattori di rischio per l'epatite B sono di natura parenterale o sessuale. Per condurre quindi un'analisi di regressione logistica sono state considerate, oltre alle caratteristiche di genere, età e cittadinanza, anche tutte le variabili di rischio riportate nella tabella precedente, fatta eccezione per "convivente di soggetto HCV+" che nel caso dell'epatite B non risulta pertinente.

Anche per l'epatite di tipo B il modello costruito attraverso l'analisi di regressione logistica sembra avere una buona capacità esplicativa dei dati in nostro possesso circa le caratteristiche dei casi notificati (Tabella 6). Interessante osservare come l'aver un convivente/partner HbsAg positivo rende il rischio di contrarre la malattia di quasi cinque volte superiore, mentre le esposizioni parenterali che prevedono il contatto con aghi/strumenti potenzialmente infetti e la pratica di rapporti sessuali occasionali aumenta quasi due volte il rischio di epatite di tipo B. Gli uomini sembrano avere un 56% di probabilità in più di contrarre la malattia rispetto alle donne; infine la probabilità di ammalarsi è inferiore del 65% circa negli italiani rispetto agli stranieri.

Tabella 6: Risultati dell'analisi di regressione logistica per i casi notificati di epatite B. Regione Veneto, anni 2006-2009.

FATTORE PARENTERALE O SESSUALE (nei 6 mesi prima dell'inizio della malattia)		REGRESSIONE LOGISTICA			
Fattore di rischio	Modalità	OR	IC	Z	p-value
Costante del modello				-5,42	0,000
Convivente/partner sessuale tossicodipendente	SI/NO	2,15	0,60-7,76	1,17	0,243
Convivente HbsAg+	SI/NO	4,71	1,81-12,12	3,21	0,001
Terapia odontoiatrica	SI/NO	1,50	1,00-2,25	1,94	0,053
Uso di droghe E.V.	SI/NO	1,11	0,49-2,51	0,25	0,806
Contatto con soggetti con epatite B	SI/NO	0,39	0,18-0,87	-2,30	0,022
Intervento chirurgici, endoscopia	SI/NO	1,04	0,61-1,78	0,14	0,892
Ospedalizzazione	SI/NO	0,88	0,44-1,74	-0,38	0,705
Altre esposizioni parenterali (piercing, tatuaggi, agopuntura, manicure/pedicure, rasatura dal barbiere)	SI/NO	1,93	1,28-2,89	3,17	0,002
Rapporti occasionali	SI/NO	1,84	1,24-2,73	3,03	0,002
Trasfusione sangue o plasma o derivati, emodialisi	SI/NO	0,24	0,08-0,74	-2,49	0,013
Età	Var. numerica continua	1,04	1,03-1,05	6,13	0,000
Sesso	M/F	1,56	1,02-2,39	2,05	0,041
Cittadinanza	Italiano/straniero	0,35	0,20-0,59	-3,89	0,000

Epatite C

Come per l'epatite B, i principali fattori di rischio dell'epatite di tipo C sono rappresentati dai **fattori parenterali o sessuali**. I comportamenti più a rischio sono: la contaminazione con oggetti infetti (aghi o lame per piercing, tatuaggi, rasatura dal barbiere, agopuntura, trattamenti dentari,...), lo scambio di siringhe infette, la trasfusione di sangue e l'esposizione sul lavoro al sangue o ad altri liquidi corporei di un soggetto infetto. Dai recedenti studi condotti a livello nazionale e internazionale e dalla letteratura a disposizione si evince che il rischio di contagio tramite rapporti sessuali o trasmissione perinatale risulta inferiore a quello dell'epatite di tipo B.

Mentre per l'anno 2007 il fattore di rischio più frequente risulta essere la sottoposizione ad interventi chirurgici e/o ad endoscopia (36% dei casi), per il 2006 e 2008 la principale via di contagio è rappresentata dalle altre vie parenterali (Figura 7).

Per l'intero periodo di osservazione risulta poi elevata la proporzione di affetti da epatite C che sono stati ospedalizzati, sottoposti ad interventi chirurgici o a trasfusione di sangue o a trattamenti dentari e che hanno uso di droghe per via endovenale. Cospicua appare anche la quota di soggetti che dichiara di aver avuto rapporti occasionali o più di un partner sessuale nell'ultimo anno (nel 2006 e 2008 supera il 25% dei casi).

Nel 2009 i fattori di rischio si distribuiscono in modo più omogeneo tra i casi di epatite di tipo C.

Più contenuta è invece la percentuale di malati di epatite C che è stata esposta ad un fattore di rischio di tipo oro-fecale. Si ricorda che anche nel caso dell'epatite C tali fattori non rappresentano elementi di rischio per il contagio.

Tabella 7: Numero e percentuale di casi notificati di epatite C per fattore di rischio. Regione Veneto, anni 2006-2009.

FATTORE DI RISCHIO	2006		2007		2008		2009	
Fattore di tipo oro-fecale (nelle 6 settimane prima dell'inizio della malattia)	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consumo di frutti di mare	4	10	5	18	3	20	0	0
Bevuto acqua di pozzo o sorgente	0	0	3	11	2	13	0	0
Notte fuori città	4	10	7	25	4	27	2	15
Fattore parenterale o sessuale (nei 6 mesi prima dell'inizio della malattia)	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Trasfusione sangue o plasma o derivati, emodialisi	9	23	6	21	2	13	1	8
Interventi chirurgici, endoscopia	11	28	10	36	8	53	3	23
Ospedalizzazione	10	26	7	25	3	20	2	15
Altre esposizioni parenterali (piercing, tatuaggi, agopuntura, manicure/pedicure, rasatura dal barbiere)	15	38	7	25	8	53	2	15
Terapia odontoiatrica	8	21	4	14	5	33	2	15
Uso di droghe E.V.	9	23	5	18	5	33	3	23
Convivente/partner sessuale tossicodipendente	4	10	0	0	4	27	0	0
Contatto con itterico nei 6 mesi (familiare, convivente, amico o compagno di scuola o di lavoro con epatite B)	1	3	1	4	0	0	0	0
Partner sessuali (>1 nell'ultimo anno)	10	26	5	18	4	27	2	15
Rapporti occasionali	10	26	5	18	4	27	3	23
Convivente di soggetto HBsAg+	2	5	0	0	0	0	0	0
Convivente di soggetto HCV+	2	5	0	0	2	13	0	0
Totale casi	39	100	28	100	15	100	13	100

Commento e criticità

L'individuazione certa dei fattori di rischio è un elemento fondamentale nell'ottica della prevenzione della malattia. Solo determinando le possibili cause di contagio è infatti possibile promuovere iniziative di sensibilizzazione ed intervento atte a prevenire l'insorgenza dell'epatite virale acuta. Il processo di definizione dei fattori di rischio è ad oggi una questione ancora aperta. I risultati ottenuti tramite l'analisi di regressione logistica possono quindi fornire spunti interessanti nella valutazione delle caratteristiche dei casi notificati in Regione Veneto a partire dal 2006.

LA VACCINAZIONE

Come specificato nel paragrafo introduttivo, allo stato odierno sono disponibili solo i vaccini contro l'epatite di tipo A e B. I dati confermano che, com'è facile supporre, la quota di casi che hanno contratto l'epatite virale acuta A o B e che sono stati precedentemente vaccinati contro queste malattie è molto contenuta, incide questo della buona capacità protettiva della vaccinazione.

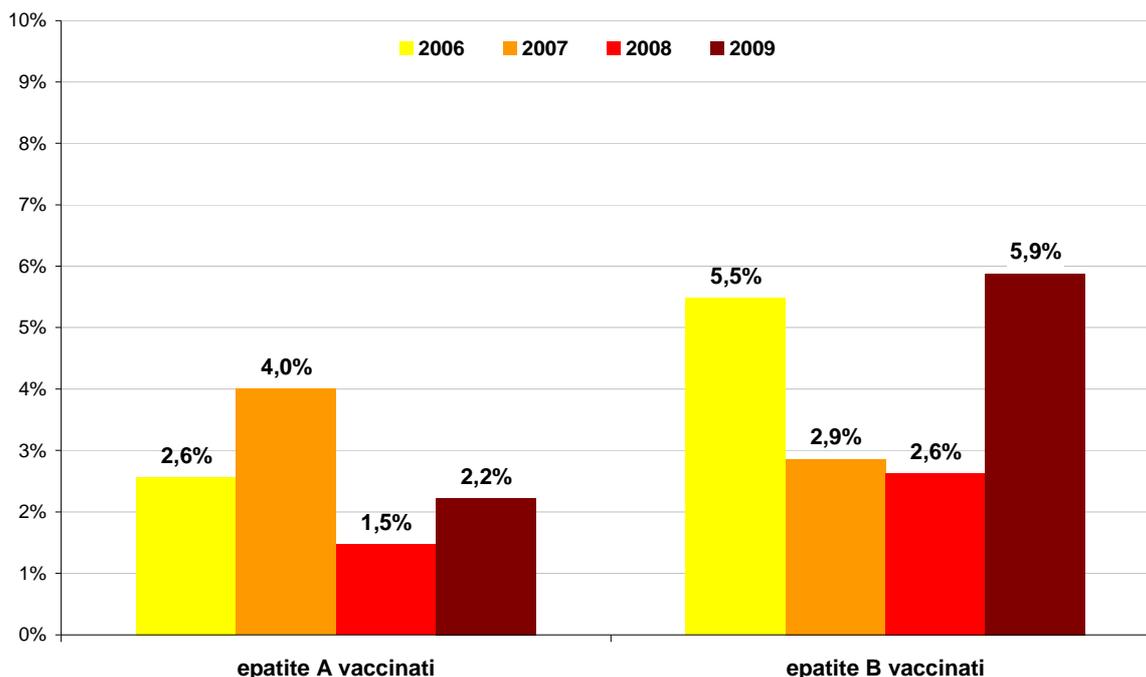
Le informazioni circa lo stato vaccinale dei casi notificati si riferiscono ai soli 632 casi per cui, a partire dal 2006, è stata compilata la scheda SEIEVA. Va quindi specificato che il dato ha solo valore indicativo in quanto si riferisce ad una parte del totale delle notifiche di epatite virale acuta registrate in Regione Veneto.

Per quanto riguarda l'epatite A solamente 1 soggetto notificato come caso per l'anno 2006 e 2 per l'anno 2007 dichiarano di avere eseguita la vaccinazione contro tale infezione; per il biennio 2008-2009 i malati di epatite A precedentemente vaccinati sono rispettivamente pari a 1 e 3.

Il numero di casi di epatite B vaccinati contro tale malattia nel periodo 2006-2009 è pari a 4, 3, 2 e 3. Si tratta quindi di numeri molto contenuti che confermano l'efficacia protettiva offerta dai vaccini oggi a disposizione contro questi due tipi di epatite virale acuta.

In termini percentuali la proporzione di affetti da epatite di tipo A o B che sono stati precedentemente sottoposti alla vaccinazione contro tali malattie oscilla tra l'1,5% e il 4,0% per quanto riguarda l'epatite A e tra il 2,6% e il 5,9% per l'epatite B (Figura 12).

Figura 12: Percentuale di casi affetti da epatite di tipo A e B vaccinati per la rispettiva malattia. Regione Veneto, anni 2006-2009.



A partire dal 2008 la scheda SEIEVA consente di rilevare con maggiore precisione anche il numero di dosi di vaccino contro le epatite somministrate al malato. In futuro sarà quindi possibile compiere una valutazione più accurata circa la capacità protettiva della vaccinazione anche in base al numero di dosi somministrate ai soggetti affetti da epatite di tipo A o B che hanno poi contratto l'infezione. (è opportuno specificare che non ci sono casi di epatite B pediatriche e tantomeno in bambini vaccinati)

DECESSI

Anche il dato relativo al numero di decessi verificatisi tra coloro che hanno contratto il virus dell'epatite è contenuto nelle schede del SEIEVA ed è quindi disponibile dal 2006 in poi.

Nell'ultimo quadriennio si sono verificati solo 4 decessi, due nell'anno 2006, uno nel 2008 e nel 2009; per i casi del 2006 e del 2008 si trattava di pazienti di nazionalità italiana affetti da epatite B, il deceduto del 2009 è un cittadino italiano affetto da epatite di tipo nonA – non E affetto anche da linfoma a grandi cellule di tipo B.

Più nello specifico, nel 2006 sono deceduti un uomo di 62 anni residente nell'Az. Ulss 1 e una donna di 90 anni residente nell'Az. Ulss 8. Sempre appartenente all'Az. Ulss di Asolo è poi l'uomo di 65 anni deceduto nel 2008. Residente nell'Az. Ulss 12 è infine l'uomo di 90 anni deceduto in quest'ultimo anno di osservazione.

CONCLUSIONI

Dal 1999 ad oggi sono stati notificati un totale di 2.287 casi di epatite virale acuta tra i residenti in Regione Veneto; tra le diverse tipologie di malattia esistenti è l'epatite di tipo B quella più frequente.

Nel 2003 si è verificato il picco massimo di malati con relativo tasso di notifica pari a 6,1 casi ogni 100.000 abitanti; tale dato è attribuibile in misura maggiore all'epatite di tipo A che registra un tasso di notifica di circa 3 casi ogni 100.000 residenti. L'andamento del tasso specifico per i casi di epatite B ha invece un andamento più costante nel corso degli anni e comunque sempre inferiore ai 2,5 casi per 100.000 abitanti.

Per quanto riguarda la provincia di residenza i tassi di notifica hanno un andamento altalenante del corso degli anni. Nel 2009 è la provincia di Belluno a registrare il tasso più contenuto, mentre quello più elevato è stato registrato nel territorio di Treviso.

Nel 2009 le Az. ULSS che hanno notificato un maggior numero di casi di malati sono la 19 e la 14, nell'Azienda di Feltre non è stato notificato alcun caso, mentre quelle che hanno segnalato il minor numero di affetti da epatite sono la 9, 12 e 16.

Analizzando le caratteristiche demografiche dei soggetti con epatite virale acuta e residenti in Veneto si osserva che oltre il 71% dei casi segnalati a partire dal 1999 sono maschi; la maggiore presenza maschile è inoltre più marcata tra gli affetti da epatite di tipo B. Il picco massimo del tasso di notifica per i maschi è stato registrato nel 2003 (10,3 casi ogni 100.000 abitanti); dal 2005 tale tasso si è stabilizzato attorno ai 5 casi ogni 100.000 residenti. Il tasso di notifica per le donne è, per l'intero arco di osservazione, sempre inferiore ai 4 casi ogni 100.000 abitanti.

Il 55% dei malati di epatite B ha un'età compresa tra i 35 e i 54 anni. Il picco di casi notificati nell'anno 2003 sembra maggiormente attribuibile ai soggetti affetti da epatite di tipo A con un'età superiore ai 34 anni. Risultano stabili nel tempo i tassi di notifica per i soggetti con più di 54 anni, mentre a partire dal 2004 il tasso per i bambini in età pediatrica si aggira attorno a 2 casi ogni 100.000 residenti.

La percentuale di stranieri tra coloro che hanno contratto l'epatite virale acuta è compresa tra il 9% e il 17% ed ha un andamento crescente negli ultimi anni. Confrontando i tassi di notifica a partire dall'anno 2002, si osserva una costante riduzione per quello relativo agli stranieri (si passa da 16,6 casi ogni 100.000 abitanti nel 1999 a 5,7 casi nel 2009). Il picco per la popolazione autoctona è pari a 5,6 casi ogni 100.000 residenti (nel 2003), mentre il minimo è stato registrato nel 2006 (2,9 casi ogni 100.000 abitanti); nell'ultimo anno il tasso di notifica per gli italiani è di 4,2 casi ogni 100.000 residenti.

Dal 2006 è stato possibile raccogliere, tramite la scheda SEIVA, le informazioni relative ai fattori di rischio ai quali i casi di epatite virale acuta sono stati sottoposti. Mentre per le epatite A si tratta di fattori di natura oro-fecale, per le epatite di tipo B e C si tratta di fattori di rischio parenterale o sessuale.

Nell'anno 2009, tra gli affetti da epatite A, più del 70% ha trascorso almeno una notte fuori città nei sei mesi precedenti la malattia, mentre il 50% circa ha consumato frutti di mare.

Per l'intero periodo di osservazione, i soggetti con epatite B invece riportano frequenze elevate per quanto riguarda i rapporti occasionali e l'aver avuto più di un partner sessuale nei sei mesi precedenti la malattia.

Mentre negli anni 2006 e 2008 il fattore di rischio maggiormente presente nei soggetti malati di epatite C è rappresentato dalle esposizioni parenterali, nel 2007 spiccano gli interventi chirurgici e/o la pratica dell'endoscopia. Nel 2009 i diversi fattori di rischio si distribuiscono in modo più omogeneo tra i casi notificati.

Al fine di valutare in termini più approfonditi la relazione tra il tipo di epatite contratta e i fattori di rischio che ne hanno portato l'insorgenza è stata condotta un'analisi di regressione logistica. Questa tecnica consente di attribuire a ciascun fattore una misura di rischio (odds ratio). I risultati

ottenuti forniscono, a livello indicativo, un profilo dei casi di epatite virale acuta di tipo A e B residenti in Regione Veneto e notificati a partire dall'anno 2006.

Sulla base delle analisi effettuate emerge che il rischio di contrarre l'epatite A aumenta del 43% tra coloro che hanno consumato frutti di mare ed è di tre volte e mezzo superiore per chi ha trascorso almeno una notte fuori città nei sei mesi precedenti la malattia. Il rischio di insorgenza di questo tipo di epatite risulta di tre volte superiore nei soggetti di cittadinanza italiana.

Per gli affetti da epatite B il rischio quasi quintuplica per chi ha un convivente o partner HbsAg positivo e quasi raddoppia per chi ha avuto rapporti sessuali occasionali od è entrato in contatto con aghi/strumenti potenzialmente infetti. La probabilità di ammalarsi di questo tipo di epatite risulta maggiore nei maschi e nei cittadini stranieri.

Allo stato attuale sono disponibili, come misure preventive, i soli vaccini contro le epatite di tipo A e B. Tra i casi notificati in Regione Veneto a partire dal 2006 il numero di soggetti che si è ammalato di questi tipi di epatite ed era stato precedentemente sottoposto alla vaccinazione risulta trascurabile; indice questo della buona capacità protettiva del vaccino.

Dal 2006 ad oggi si sono verificati solo 4 decessi di pazienti affetti da epatite virale acuta: si tratta di autoctoni malati di epatite B nei casi registrati nel triennio precedente e di epatite non A – non E nel caso del 2009.