L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione costante, passando da 46 casi segnalati nel periodo 1991-1994 a 13 casi segnalati nel periodo 2011-2014 (Figura 75).

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2003-2006, passando da 26 casi del 1991-1994 a 6 casi del 2003-2006, e un successivo lieve aumento nell'ultimo periodo (2011-2014) (23 casi segnalati) (Figura 75).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2003-2006, passando da 31 casi del 1991-1994 a 1 caso del 2003-2006 e un successivo aumento fino ai 44 casi segnalati del periodo 2011-2014 (Figura 75).

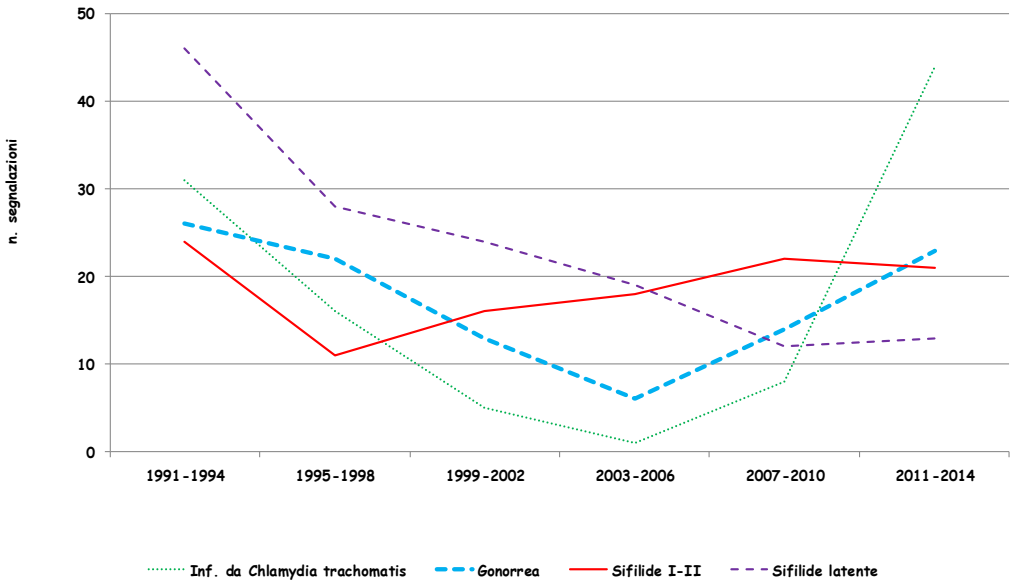

Figura 75 Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche, in consumatori di sostanze per via iniettiva, per quadriennio(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 118 casi del periodo 1991-1994 a 18 casi del periodo 2011-2014 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 75), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1994 al periodo 2003-2006, passando da 493 casi a 121 casi, per poi aumentare e stabilizzarsi nell'ultimo periodo 2011-2014 (219 casi segnalati).

L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1994 e il periodo 2011-2014, passando da 72 casi a 19 casi; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

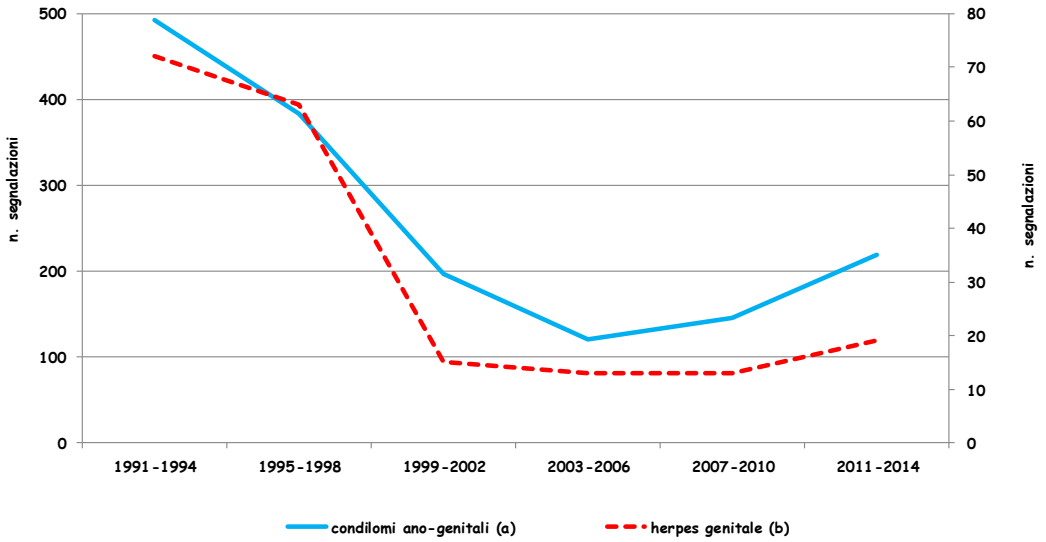

Figura 76 . Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali, in consumatori di sostanze per via iniettiva, per quadriennio(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

(a) asse sinistro di riferimento (b) asse destro di riferimento

Le infezioni da *Trichomonas vaginalis* hanno interessato esclusivamente le IDU donne e l'andamento temporale dei casi ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 29 casi del periodo 1991-1994 a 7 casi del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 35 casi del periodo 1991-2010 a 1 caso del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato una riduzione, passando da 38 casi del periodo 1991-1994 a 7 casi del periodo 1999-2002, per poi aumentare fino a 31 casi del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

Per tutte le altre IST diagnosticate gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo (Tabella 90).

L'infezione da HIV

Testati e non testati per HIV

Dei 2.787IDUcon una nuova IST segnalati dal 1991 al 2014, 2.295(82,3%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Dei 60IDU con una nuova IST segnalati nel 2014, 45(75,0%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2014), tra i 2.295 IDU con IST testati per HIV, 1.179 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 51,4% (IC95%: 49,3-53,4).

Nel 2014, tra i 45 IDU con IST testati per HIV, 11 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 24,4% (IC95%: 12,9-39,5).

La prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST, nell'intero periodo (1991-2014) e nel 2014, è riportata in Tabella 91

.

Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2014 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

Caratteristiche	1991-2014		2014	
	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]
Totale	2.295	**51,4**	45	**24,4**
Genere				
Uomini	1.633	**50,6**	41	**26,8**
Donne	662	**53,3**	4	**0,0**
Classe di età (in anni)				
15-24	411	**20,2**	7	**14,3**
25-34	1.228	**55,3**	14	**143**
35-44	526	**66,9**	12	**33,3**
≥45	128	**50,0**	12	**33,3**
Nazionalità				
Italiani	2.005	**56,0**	42	**21,4**
Stranieri	163	**24,5**	3	**66,7**
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	892	**54,9**	20	**10,0**
2-5	1.041	**46,8**	16	**12,5**
≥ 6	315	**54,9**	2	**50,0**
Precedenti IST				
Sì	999	**69,3**	19	**42,1**
No	1.246	**38,0**	23	**8,7**
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	1.858	**49,1**	24	**4,2**
MSM[b]	434	**60,8**	20	**45,0**

Tabella 91

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata (p-value<0,001) tra gli italiani rispetto agli stranieri (56,0% *vs* 24,5%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (69,3% *vs* 38,0%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (60,8% *vs* 49,1%).

Nel 2014, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata (p-value<0,001) tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (45,0% *vs* 4,2%). Non si sono riscontrate altre differenze.

La Tabella 92 riporta la prevalenza di HIV per IST diagnosticata in IDU, sia per l'intero periodo (1991-2014) che per il 2014.

Prevalenza di HIV per IST diagnosticata in consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2014 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2014		2014	
	N.[a]	%[b]	N.[a]	%[b]
TOTALE	2.295	**51,4**	45	**24,4**
VIRALI				
Condilomi ano-genitali	1.291	**56,0**	26	**15,4**
Herpes genitale	174	**56,9**	3	**33,3**
Mollusco contagioso	116	**53,4**	2	**0,0**
BATTERICHE				
Cervicovaginite NG-NC[C]	96	**38,5**	0	**0,0**
Uretrite NG-NC[C]	86	**37,2**	1	**0,0**
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	96	**38,5**	3	**66,7**
Sifilide latente	105	**35,2**	2	**50,0**
Reinfezione sifilitica	8	**37,5**	0	**0,0**
Cervicite da *Neisseria gonorrhoeae*	7	**28,6**	0	**0,0**
Uretrite da *Neisseria gonorrhoeae*	77	**32,5**	4	**50,0**
Cervicite da *Chlamydia trachomatis*	29	**27,6**	1	**0,0**
Uretrite da *Chlamydia trachomatis*	59	**18,6**	2	**0,0**
Linfogranuloma venereo	2	**50,0**	1	**100,0**
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	**0,0**	0	**0,0**
Ulcera venerea	1	**100,0**	0	**0,0**
Granuloma inguinale	0	**0,0**	0	**0,0**
PROTOZOARIE				
Cervico-vaginite da *Trichomonas vaginalis*	43	**69,8**	0	**0,0**
PARASSITARIE				
Pediculosi del pube	104	**68,3**	0	**0,0**

Tabella 92

(a) Numero testati per HIV; (b) prevalenza di HIV; (c) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Nuovi e vecchi HIV positivi

Dal 1991 al 2014, tra i 2.295 IDU con IST testati per HIV, il 5,1% (IC95% 4,3-6,1) (n. 118) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

In particolare, nel 2014, tra i 45 IDU con IST testati per HIV, il 4,4% (IC95% 0,8-13,9) (n. 2) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

Andamenti temporali

Testati per HIV e prevalenza HIV

La percentuale di IDU con IST testati per HIV è rimasta relativamente stabile nell'intero periodo (Figura 78 Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014, 2.787 IDU con IST)), mentre la prevalenza HIV, tra gli IDU con IST, mostra un decremento costante passando dal 62,1% del periodo 1991-1994 al 15,4% del periodo 2011-2014 (Figura 77).

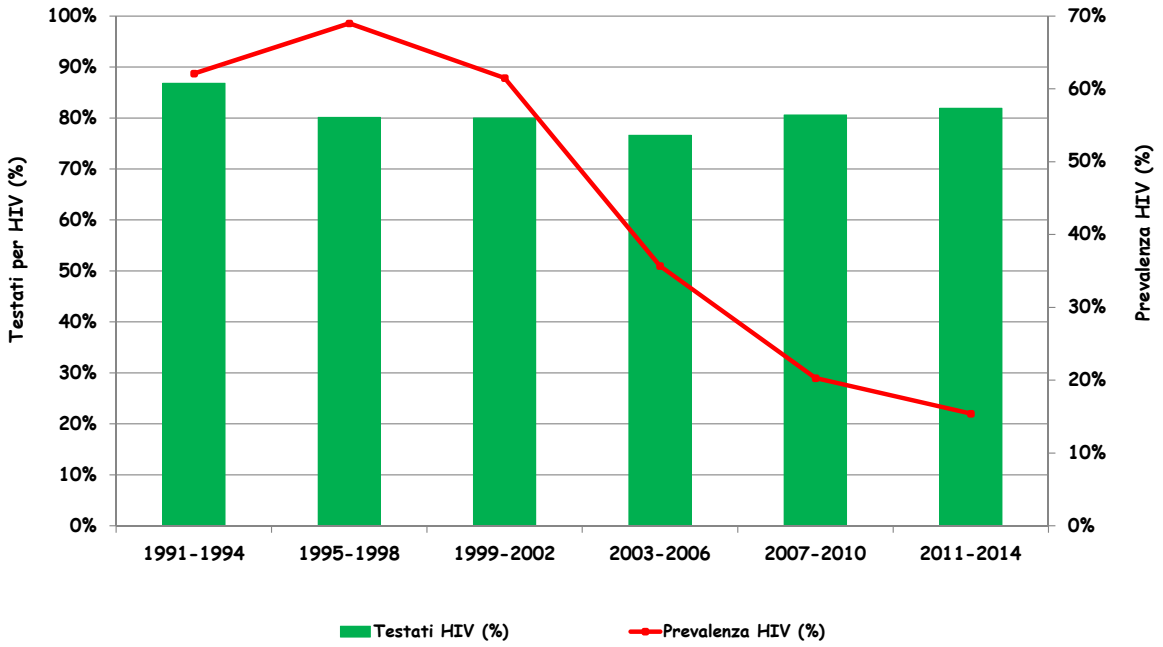

Figura 78 Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014, 2.787 IDU con IST)

Nuovi HIV positivi

Durante l'intero periodo (1991-2014), negli IDU testati per HIV si osserva un aumento della percentuale dei nuovi HIV positivi, dal 3,9% nel periodo 1991-1994 al 25% nel periodo 1999-2002, e un successivo decremento al 2,4% nel periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

Sintesi Finale

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST tra gli IDU in Italia è diminuita, probabilmente perché sono diminuiti i consumatori per via iniettiva nel nostro Paese.

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di *Chlamydia trachomatis*, basati su tecniche di amplificazione molecolare, ha probabilmente influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da *Chlamydia trachomatis* segnalate dopo il 2000.

La percentuale di testati per HIV negli ultimi anni è rimasta stabile, mentre la prevalenza di HIV è diminuita: questo sottolinea la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza negli ultimi due decenni.

Nel 2014, circa il 25,0% degli IDU con IST non è stato testato per HIV, nonostante i centri IST partecipanti siano altamente sensibilizzati e attivi nella prevenzione dell'HIV e circa un 4,0% degli IDU con IST ignorava il proprio sierostato HIV. La quota di IDU inconsapevoli del proprio sierostato è diminuita nel tempo arrivando ad un 2,4% nel periodo 2011-2014.

Visto il ruolo delle IST quali patologie che facilitano la trasmissione di infezioni droga-correlate, quali l'HIV e le epatiti virali, si sottolinea l'importanza di una prevenzione specifica di queste patologie attraverso una diagnosi precoce ed una terapia tempestiva ed adeguata (6).

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO; 2007.
2. www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi
3. World Health Organization. Management of patients with sexually transmitted diseases. Technical Report Series, 810. Geneva: WHO; 1991.
4. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. NotIst Super Sanità 2012;25(2):3-10
5. Salfa MC, Ferri M, Suligoi B. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2014. NotIst Super Sanità 2016;29(2):3-39.
6. Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 191, 18 agosto 2011.

Allegato 1

[1]Centro Operativo AIDS: Referenti per la Sorveglianza sentinella delle IST: Barbara Suligoi, Maria Cristina Salfa

Allegato 2

***Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST:**

Piemonte
Centro di Dermatologia Genitale e per le IST
S.C. Dermatologia
Città ella Salute e della Scienza di Torino
Via Cherasco, 23
10123 Torino
Responsabile: Sergio DELMONTE
Collaboratore: Elena Stroppiana

Liguria
Centro MST-SC Dermatologia
Ospedale Galliera di Genova
Via Mura delle Cappuccine, 14
16128 Genova
Responsabile: Luigi PRIANO

Lombardia
Centro MTS - Istituto Scienze Dermatologiche
Fondazione Ca' Granda
Università di Milano
Via Pace, 9

20122 Milano
Responsabile: Marco CUSINI
Collaboratore: Stefano Ramoni

Centro MTS
Azienda Spedali Civili di Brescia
Università degli Studi di Brescia
Piazza Spedali Civili, 1
25125 Brescia
Responsabile: Alberto MATTEELLI
Collaboratore: Alessandra Apostoli

UO Medicina Transculturale e Malattie a trasmissione sessuale
ASL Brescia
Viale Piave, 40
25123 Brescia
Responsabile: Issa EL HAMAD
Collaboratore: Carla Scolari

Trentino-Alto Adige
Centro Dermatologia Sociale - MTS
Ospedale Regionale S. Chiara
Via Gocciadoro, 82
38100 Trento
Responsabile: Franco URBANI
Collaboratore: Laura Rizzoli

Friuli-Venezia Giulia
Centro MST
Presidio Preventivo Epidemiologico Provinciale AIDS
Via Vittorio Veneto, 181
34170 Gorizia
Responsabile: Gianmichele MOISE
Collaboratore: Marina Drabeni

Emilia-Romagna
Centro MTS - Clinica Dermatologica
Ospedale S. Orsola
Via Massarenti, 1
40138 Bologna
Responsabile: Antonietta D'ANTUONO
Collaboratore: Valeria Gaspari
Toscana
ASF/Dipartimento di Chirurgia e Medicina traslazionale
Università di Firenze
Presidio Ospedaliero P. Palagi
V.le Michelangiolo, 41
50125 FIRENZE

Responsabile: Giuliano ZUCCATI
Collaboratore: Laura Tiradritti

Lazio
Centro MST/HIV
Istituto Dermatologico San Gallicano
Via Fermo Ognibene, 23
00144 Roma
Responsabile: Antonio CRISTAUDO
Collaboratore: Alessandra Latini

Puglia
Clinica Dermatologica Universitaria
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari
Piazza Giulio Cesare, 11
70124 Bari
Responsabile: Mauro GRANDOLFO

Sardegna
Centro MST - Clinica Dermatologica
Azienda Ospedaliero Universitaria
Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche
PO S. Giovanni di Dio
Via Ospedale, 46
09124 Cagliari
Responsabile: Franco Rongioletti
Collaboratore: Roberta Satta

2.4 Diffusione di epatiti virali

Introduzione

Nel quadro di epatite virale si identificano tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. Nella forma classica si manifestano con un importante quadro generalizzato di malessere, astenia, anoressia, nausea, vomito, febbricola e sintomi più specifici fra i quali l'ittero. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 (1). Il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla ASL di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione. Dalla Regione la segnalazione viene inviata al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è inoltre attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata SEIEVA (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta) coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite (2,3). La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della sola Regione Molise), alle quali afferisce il 77,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e conseguentemente la popolazione sorvegliata sono in costante aumento. Attraverso un questionario epidemiologico vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta). In modo nuovo tuttavia, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti (4,5).

Oggetto di questa relazione sono i casi di epatite A, B, C e Delta in tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione della droga, segnalati al SEIEVA negli anni dal 1991 al 2015. Inoltre viene presentata un'analisi più dettagliata riferita al periodo 2010-2015.

Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di epatite virale acuta tra i tossicodipendenti

Nel periodo di osservazione (1991-2015), sono stati segnalati complessivamente 343 casi di epatite A, 1.702 casi di epatite B e 1.337 casi di epatite C, in soggetti facenti uso di droghe. Per quanto riguarda l'epatite delta, sono stati diagnosticati 75 casi. Ulteriori 125 casi risultati positivi al virus delta, presentavano una coinfezione con il virus B: ai fini di questa relazione questi ultimi sono inclusi tra i casi di epatite B.

L'analisi degli andamenti temporali, ha evidenziato una progressiva diminuzione del numero di casi di epatite B e C, scesi da 166 e 61 nel 1991 rispettivamente a 13 e 10 nel 2015. Il maggiore calo si è registrato nei primi dieci anni di sorveglianza; dal 2002 il numero di casi di epatite virale acuta, legati alla tossicodipendenza, è continuato a scendere, seppure in maniera meno accentuata

(Figura 79). Per quanto riguarda l'epatite Delta, responsabile in passato di epidemie tra i tossicodipendenti (6,7), è stato osservato un solo caso (nel 2007) nell'intero periodo 2005-2015.

Per quanto riguarda l'epatite A, nonostante si sia registrato un profondo mutamento dell'epidemiologia complessiva negli ultimi anni, con un calo progressivo dell'incidenza come conseguenza delle migliorate condizioni igieniche, sanitarie e socio-economiche che ha portato l'Italia a essere considerato un Paese a endemicità medio-bassa, il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Numero di casi di epatite virale acuta (A, B, C e Delta) in soggetti tossicodipendenti, per anno di insorgenza dei sintomi. SEIEVA 1991-2015

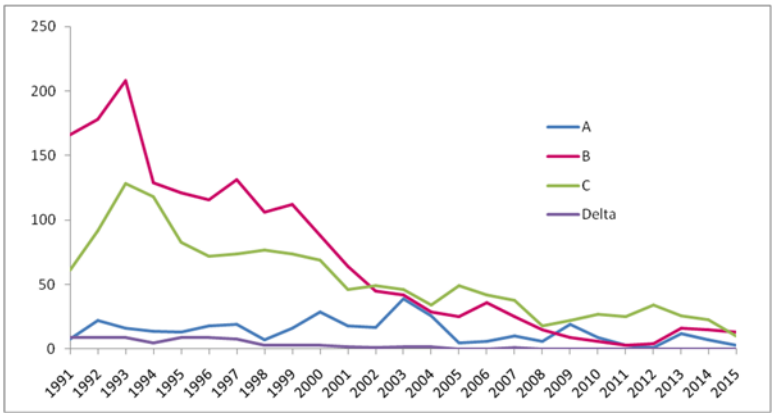

Figura 79

Si specifica che l'analisi dell'andamento del numero di casi per anno presentata tende leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio di infezione rispetto all'analisi dell'incidenza di malattia; negli anni, infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente la popolazione di riferimento. Purtroppo non è stato possibile calcolare le incidenze di malattia in questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione in Italia.

Nel periodo in studio si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 5 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e delta. In particolare, per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,06%, p=0,001).

Nell'ultimo periodo di osservazione (2010-2015), sono stati segnalati al SEIEVA un totale di 237 casi di epatite virale acuta: la maggior parte (61,2%; 145 casi) era attribuibile al virus C; nel 24.0% (N=57) si è trattato di epatite B e nel14.8% (35 casi) di epatite A. Non sono stati notificati al SEIEVA casi di epatite acuta Delta in questo periodo.

Nonostante l'informazione sull'uso di droghe sia raccolta fin da quando la sorveglianza SEIEVA è stata istituita, solo dal 2013 viene raccolto il dettaglio sulla modalità di assunzione. La distribuzione dei casi di epatite in tossicodipendenti in base alla via di somministrazione è presentata nella Tabella 93

Modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti dichiarata dai soggetti tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta di tipo A, B o C. SEIEVA, 2013-2015.

Modalità di assunzione	Tipo di epatite			Totale
	A	B	C	
endovena	0,0	22,0	48,1	30,6
inalazione	78,0	70,7	21,1	48,7
endov/inal	0,0	2,4	30,8	15,3
altro	22,0	4,9	0,0	5,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabella 93

La maggior parte dei soggetti tossicodipendenti che presentano epatite A o B (78% e 70,7% rispettivamente) riportano di assumere sostanze stupefacenti solamente per inalazione, mentre fra i pazienti affetti da epatite C, l'78,9% riporta un'assunzione per via endovenosa.

La **Tabella 94** mostra la distribuzione dei casi per età, sesso e cittadinanza. I casi di epatite acuta qui analizzati sono per la maggior parte giovani adulti, si nota una età un po' più avanzata tra i casi di epatite B, a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale molte coorti di nascita sono ormai protette contro l'epatite B. Come atteso in base all'epidemiologia dell'epatite virale acuta, la maggior parte dei casi osservati in tossicodipendenti era di sesso maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: ~8% di immigrati regolari (8) più un valore stimato di circa il 6% di irregolari (9), mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 31,6% dei quali sono stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è inferiore a quella presente nella popolazione generale. Riguardo l'area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proveniva dall'Africa o dall'Europa dell'Est.

Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2015.

	Epatite								
	A		B		C		Totale		
n° casi	35 (14,8%)		57 (24,0%)		145 (61,2%)		237 (100,0%)		
Età	N	%	N	%	N	%	N	%	p
15-24	10	28,6	4	7,0	53	36,55	67	28,3	
25-34	12	34,3	16	28,1	53	36,55	81	34,2	<0,001
35-54	13	37,1	36	63,2	39	26,9	88	37,1	
≥55	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	0,4	
Mediana (range)	29 (17-49)		37 (16-56)		27 (15-50)		29 (15-56)		
Sesso									
M	29	82,9	51	89,5	105	72,4	185	78,1	0,023

F	6	17,1	6	10,5	40	27,6	52	21,9	
Cittadinanza									
Italiana	30	85,7	39	68,4	133	93,0	202	86,0	<0,001
Altro	5	14,3	18	31,6	10	7,0	33	14,0	

Tabella 94 riporta il numero di diagnosi di epatite acuta registrato tra i tossicodipendenti per regione di segnalazione, nel periodo 2010-2015.

	Epatite					
Regione	**A**		**B**		**C**	
	n°	%	n°	%	n°	%
Piemonte	5	14,3	6	10,5	12	8,3
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Lombardia	7	20,0	3	5,3	12	8,3
P. A. Trento	0	0,0	0	0,0	3	2,1
P. A. Bolzano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	4	11,4	2	3,5	25	17,2
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	4	2,8
Liguria	0	0,0	0	0,0	5	3,4
Emilia-Romagna	6	17,1	14	24,6	26	17,9
Toscana	3	8,6	14	24,6	26	17,9
Umbria	3	8,6	1	1,7	0	0,0
Marche	1	2,9	1	1,7	8	5,5
Lazio	0	0,0	14	24,6	13	9,0
Abruzzo	0	0,0	1	1,7	0	0,0
Molise	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Campania	0	0,0	0	0,0	3	2,1
Puglia	5	14,3	0	0,0	2	1,4
Basilicata	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sicilia	1	2,9	0	0,0	1	0,7
Sardegna	0	0,0	1	1,7	1	0,7
Totale	**35**	**100,0**	**57**	**100,0**	**145**	**100,0**

Tabella 95 Numero di nuove diagnosi di epatite virale acuta in tossicodipendenti, per regione di segnalazione (2010-2015)

Analisi di "altri" fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta in tossicodipendenti.

Nella **Tabella 96** sono descritti gli ulteriori fattori di rischio riportati dalla popolazione in esame, nei sei mesi precedenti l'insorgenza dell'epatite acuta. Una alta percentuale di casi riportava partner sessuali multipli. Tra i casi di epatite C, il 15,3% riportava l'effettuazione di un tatuaggio, mentre il 25% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Tra i casi di epatite A più del 14% riportava un viaggio in zona endemica per quella infezione.

Una percentuale rilevante di casi di epatite A (15,8%) riportava una coinfezione con il virus HIV.

Tabella 96 Fattori di rischio aggiuntivi riportati dai casi di epatite vierale acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2015

	Epatite						
	A		**B**		**C**		
Fattore di rischio	N	%	N	%	N	%	p
≥ 3 partner sessuali	8	34,8	18	40,0	22	25,6	0,220
Tatuaggio	5	14,3	4	7,1	20	15,3	0,306
Piercing	5	14,3	1	1,8	12	9,2	0,062
Convivente HBsAg+	0	0,0	3	8,1	2	2,2	0,163
Convivente HCV+	4	13,3	5	12,2	26	25,0	0,134
Viaggio in zona endemica per epatite A	5	14,3	0	0,0	1	0,8	0,001
Positivo per HIV	3	15,8	1	3,4	4	4,0	0,138

Casi di epatite virale acuta prevenibili da vaccinazione

Sia l'epatite A, sia l'epatite B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni da virus A dell'epatite (HAV) e da virus B (HBV). Al contrario non è stato ancora stato sviluppato un vaccino per prevenire l'infezione causata dal virus C dell'epatite (HCV).

In Italia la vaccinazione contro l'HAV e l'HBV è fortemente raccomandata ed offerta gratuitamente ai soggetti appartenenti a gruppi a rischio di contrarre l'infezione: tra queste categorie a rischio rientrano i tossicodipendenti (10). Potenzialmente, quindi, tutti i casi di epatite A e B notificati in questi anni al SEIEVA avrebbero potuto essere prevenuti attraverso la vaccinazione.

Una alta percentuale di casi di epatite A (70,9%) e B (67,9%), notificati nel periodo 1991-2015, erano in contatto con un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), questo avrebbe dovuto facilitare l'accesso alla vaccinazione.

Sintesi finale

Dall'analisi dei dati della sorveglianza SEIEVA si evince che i casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti hanno avuto un evidente calo negli ultimi venti anni. Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione soprattutto dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) a 13 casi segnalati nel 2015. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B introdotto in

Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (11) (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale). Coperture vaccinali uguali o superiori al 95%(12,13) sono state raggiunte favorendo l'interruzione della circolazione virale e contribuendo alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia.

In aggiunta alla vaccinazione dell'obbligo anti-epatite B e in considerazione del fatto che i tossicodipendenti sono un gruppo di popolazione ad alto rischio di infezioni da virus epatitici, ad essi sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B (10). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi di epatite A e B tra i TD, nonostante a questi soggetti debba essere offerta la vaccinazione nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Dai dati della sorveglianza emerge che il 70,9% dei casi in tossicodipendenti di epatite A acuta e il 67,9% di epatite B, vengono seguiti dai SerT. Solo alcuni di questi Servizi direttamente offrono a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione.

Il problema è ancora più rilevante perché l'infezione da virus A e B dell'epatite in questa categoria di soggetti può spesso rappresentare un evento particolarmente grave e aggiungersi a sottostanti infezioni di altri microrganismi (es. HIV) o a patologie croniche del fegato di diversa origine (5). I dati SEIEVA hanno infatti evidenziato una letalità per epatite A significativamente maggiore nei TD rispetto ai soggetti che non assumono sostanze stupefacenti.

Sembra pertanto opportuno compiere ulteriori sforzi al fine di migliorare l'accesso alle vaccinazioni disponibili in questa categoria a rischio e ottimizzare la strategia di offerta.

** Referenti locali del Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta:*

L. Ferrigno, S. Crateri, G. Iantosca, G. Badoni (ISS); Sudano L., Ruffier M. (Valle d'Aosta); Fischer M., Augschiller M., Gamper S., Foppa A., Lechthaler T., Thaler J., Steinmair B. (Prov. Aut. Bolzano); Grandi C., Carraro V., Franchini S. (Trentino Alto Adige); Zotti C., Amprino V., Malaspina S., Gallone A., Castella A., Valenza G., Silano V., Ara G., Tacca M.G., Iodice S., Marchisio A.M., Costantino A.M., Giovanetti F., Susani F. (Piemonte); Donadini A., Nespoli C., TrezziL., 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., Castelli N., Zecca E., Nieri M., Zecca F., Pasquale L., Piedacci G. (Lombardia); Zorzut F., Rocco G., Brianti G., Gallo T., Zuliani M., Breda A., Feltrin O. (Friuli-Venezia Giulia); Russo F., Zanella F., Mel R., Soppelsa M., Mazzetto M., Russo F., Zolin R., Todescato A., Bacciolo N., Rizzato D., Pupo A., Nicolardi L., Flora M., Boin F., De Sisti C., D'Ettore G., Caracciolo V., Penon M.G., Bellè M., Cafarra L., Zivelonghi G., Soffritti S., Foroni M. (Veneto); Finarelli A.C., Borrini BM. Gualanduzzi C., Capra A., Sacchi A.R., Borrini BM., Mattei G., Gardenghi L., Gianninoni A.R., Sancini R, Dalle Donne E., Rangoni R.,Cova M., Bevilacqua L., Fiumana E., Bondi B., Pecci A. (Emilia Romagna); Mela M., Briata M.P., Giuliano M.,Turello V., Opisso A., Zoppi G., Torracca P., Ricci MA, Capellini A. (Liguria); Pecori L., Mazzotta F., Balocchini E., Ghiselli G. Marchini P., Di Vito A., Wanderlingh W., Raso E., Mazzoli F., Berti C.,Galletti N., Grandi E., Ferrentino M.S., Marinari M.G., Lombardi A., Barbieri A., Bagnoli A., Bandini M., Lezzi I., Verdelli F. Beltrano A., Bindi R., Sansone C.M., Boncompagni G., Zacchini F., Baretti S., Baroncini O., Staderini C., Filidei P., Chiapparini L., Barghini F., Cadoni M. (Toscana); Tagliavento G., FiacchiniD., Damiani N., Pelliccioni A.R., Liverani A., Peccerillo G., Vaccaro A., Spadoni M.R., Rossini R., Pasqualini F., Priori A., Burattini N., Cimica S., Vitale V., Laici F., Migliozzi F., Moretti G., Ciarrocchi G., Impullitti S., Angelini C. (Marche); Tosti A., Giaimo M.D.; Buscosi A., Pasquale A.; Ciani C.; Santocchia F., Proietti M.L., Paoloni M. C. (Umbria); Ercole A., Russo P., Cerocchi C., Grillo P., Loffredo M., Labriola V., Pendenza A., Nappi M.R., Bueti P., Santucci L., Mangiagli F., Varrenti D., Aquilani S., Dionette P., Corpolongo D., Di Luzio G. (Lazio); Di Giacomo M., Graziani M., Mancini C., Turchi C., Granchelli C. , Soldato G., D'Eugenio F., Albanesi I. (Abruzzo); Ferrara M.A. , Citarella A., Fossi E., Parlato A., Alfieri R., Scotto M., Caiazzo A. L. (Campania); 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. (Puglia); Negrone F., Maldini M., Russo T. (Basilicata); Aloia F., Giuffrida S. (Calabria); Mangione R., Consacra R., Cuccia M., Rinnone S. (Sicilia); Delogu F., Fracasso D., Saba A., Puggioni A., Frongia O., Marras M.V., Crasta M.G., Mereu G., Steri G.C., Santus S (Sardegna).