



L'Epatite A rappresenta ancora un problema di salute pubblica in Italia?

Is Hepatitis A still
a public health problem in Italy?

Giuseppe Borracci¹, Filomena Parisi¹, Tecla Mastronuzzi^{1,2}

¹SIMG Bari, ²SIMG Coordinatrice Macroarea Prevenzione

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

L'Epatite A rappresenta ancora un problema di salute pubblica in Italia? Rivista SIMG 2025; 32 (04):12-15.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Il virus dell'epatite A (HAV) rappresenta una delle principali cause di epatite acuta a livello globale¹, con 159 milioni di infezioni stimate nel 2019². In Europa, l'incidenza è calata dagli anni '90, ma rimane eterogenea tra i vari Paesi per quanto riguarda gruppi a rischio e fonti di trasmissione, che negli ultimi anni si sono diversificate oltre la classica contaminazione oro-fecale, includendo ad esempio i contatti sessuali e il consumo di alimenti contaminati. L'epidemiologia si è modificata negli ultimi due decenni, con un aumento dell'età media alla prima infezione nei Paesi ad alto reddito, fatto che comporta quadri clinici più severi^{3,4}.

L'OMS mira a ridurre del 90% le nuove infezioni e del 65% la mortalità correlata all'HAV entro il 2030. I gruppi ad alto rischio includono: persone affette da HIV, viaggiatori in aree endemiche, consumatori di droghe, uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) e lavoratori a rischio. In questi gruppi, l'infezione può essere più grave o letale^{1,2}.

La vaccinazione è disponibile dagli anni '90, ma le strategie europee sono disomogenee. Solo Cipro e Grecia includono il vaccino nei programmi pediatrici nazionali. In Italia, Germania e Spagna è previsto solo in aree ad alta incidenza. Per gli adulti, la vaccinazione è raccomandata solo nei gruppi a rischio. I sistemi di sorveglianza nazionali raccolgono dati epidemiologici ma non sempre sulla gravità della malattia, suggerendo una probabile sottostima del carico reale.⁵

Per comprendere meglio l'impatto dell'HAV, è stata condotta una revisione sistematica⁶ della letteratura (2001-2021) su 11 paesi europei selezionati per diffusione, mobilità della popolazione e sorveglianza sanitaria. Riportiamo i dati raccolti dagli autori e relativi al periodo 1988-2020.

RISULTATI PRINCIPALI

Tassi di ospedalizzazione: variano notevolmente tra i paesi esaminati. In 7 paesi su 11, il tasso ha superato il 50% almeno una volta. I valori più elevati sono stati registrati in Grecia (81-93%), i più bassi nei Paesi Bassi (16-32%). Le differenze possono riflettere variabilità nei criteri di ricovero e nella gestione territoriale della patologia.

Complicanze: Seppur rare, sono state documentate gravi complicanze come insufficienza epatica acuta, necessità di trapianto di fegato e complicanze emorragiche. L'insufficienza epatica si risolve spontaneamente nel 70% dei casi, ma nel restante 30% può portare a exitus o necessità di trapianto.⁷

Mortalità: tassi tra 0.03% e 0.26%, con i decessi concentrati in persone ≥60 anni e/o con comorbidità. La mortalità potrebbe essere sottostimata, poiché spesso non è indicata l'infezione da HAV come causa primaria di morte.

DISCUSSIONE

L'HAV continua a rappresentare un problema di sanità pubblica anche in Europa. Nei Paesi inclusi nello studio di revisione sistematica, l'incidenza è in calo nella popolazione generale, ma persistono focolai in gruppi vulnerabili. Le strategie vaccinali attuali sono insufficienti.

L'introduzione della vaccinazione universale pediatrica ha dimostrato di ridurre drasticamente l'incidenza (es. -97% negli USA tra 1995 e 2015⁸).

In Argentina, una singola dose somministrata dopo il prodursi di focolai epidemici ha ridotto casi e necessità di trapianto. Anche altri Paesi che hanno adottato la vaccinazione routinaria hanno ottenuto una sieroprevalenza anti-HAV del 95-100% e un crollo di incidenza, ospedalizzazioni e decessi.

La protezione indiretta (immunità di gregge) osservata negli USA ha dimostrato l'efficacia della vaccinazione anche tra i non vaccinati. Tuttavia, nei Paesi che raccomandano il vaccino solo ai gruppi a rischio, l'adesione è risultata bassa. È quindi urgente rafforzare le strategie di prevenzione, informazione e vaccinazione anche in Europa.

Lo studio di revisione mette in luce i limiti dei dati disponibili: variabilità nella sorveglianza tra Paesi, assenza di informazioni dettagliate su focolai, e aggiornamenti successivi alla raccolta dei dati (2021). Nonostante ciò, emerge chiaramente che:

- l'HAV è ancora endemico in Europa;
- le epidemie coinvolgono anche la popolazione generale;
- i ricoveri e le complicanze sono più frequenti negli anziani e nei soggetti fragili;
- l'impatto dell'infezione è sottovalutato.

Serve un aggiornamento delle strategie vaccinali, in particolare nei gruppi a rischio, con maggiore coinvolgimento della medicina generale, che può contribuire a identificare i soggetti da proteggere e a promuovere la vaccinazione attiva.

FOCUS ITALIA

Secondo i dati SEIEVA dell'Istituto Superiore di Sanità (Figura 1), l'incidenza in Italia è 1.73 casi/100.000 abitanti negli ultimi 25 anni. Nel 2024 sono stati notificati 443 casi di epatite A⁹, evidenziando un trend in crescita rispetto agli anni precedenti (267 casi nel 2023). Le regioni che hanno registrato il numero maggiore di casi sono state: Lombardia (114), Toscana ed Emi-

lia-Romagna (66), Lazio (48). Le fasce d'età maggiormente colpite sono state quelle adulte: 25-34 e 35-54 (21.9%). La maggioranza dei casi si è verificata in soggetti di sesso maschile (60.3%). I principali fattori di rischio per l'infezione da HAV identificati sono stati: consumo di molluschi crudi o poco cotti (37,6%), viaggi in zone endemiche (35,1%), rapporti sessuali tra uomini (29,5%) e consumo di frutti di bosco (21,6%). Alcuni di questi, come i molluschi contaminati o i frutti di bosco, rappresentano anche possibili veicoli diretti dell'infezione.

L'analisi dei fattori di rischio evidenzia la presenza di casi in soggetti per i quali è raccomandata la vaccinazione, tra questi chi ha fatto viaggi verso aree endemiche (142 casi), i contatti di casi itterici (53 casi) e MSM (28 casi). Nel complesso 208 casi (47%) avrebbero potuto essere prevenuti. In 7 di essi la vaccinazione era avvenuta in ritardo con la somministrazione di una sola dose post-esposizione; nessuno di questi casi prevenibili riportava 2 dosi di vaccino. Un caso riportava una vaccinazione completa, eseguita più di 20 anni prima dell'infezione.

È importante ribadire come sia necessario promuovere la vaccinazione tra i soggetti che si recano in zone endemiche, anche al fine di evitare la trasmissione dell'infezione a familiari e compagni di scuola una volta tornati in Italia, e sottoporre tempestivamente a vaccinazione tutte le persone venute a stretto contatto con un caso indice.

In Italia il Calendario Nazionale per la Vita 2023-2025 raccomanda la vaccinazione per HAV indipendentemente dall'età nei



Figura 1 - Incidenza dell'epatite acuta da virus A in Italia.

Nel 2013 si è registrata una epidemia legata al consumo di frutti di bosco surgelati.
Nel 2017 erano 251 i casi, di cui 229 ricoverati in ospedali pugliesi, 5 in ospedali di altre regioni.¹⁰

CASO PUGLIA 2017

Distribuzione per classi di età

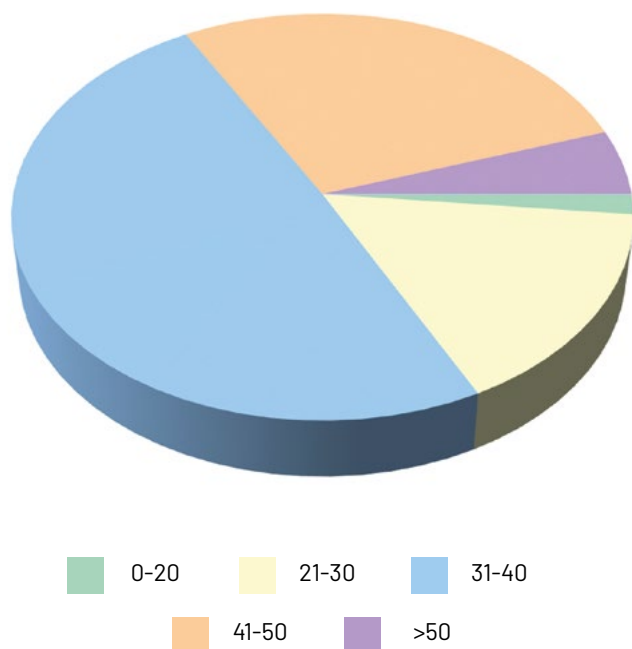


Figura 2 - Distribuzione per età, dei 251 casi segnalati al 30 Giugno 2017: 124 casi avevano una età compresa tra 31-40 anni, con un'incidenza pari al 49.4%.¹⁰

viaggiatori per cause lavorative o turistiche in zone endemiche (Africa, Centro e Sud America, Asia - escluso il Giappone, Europa orientale), nei soggetti a rischio per patologie correlate (malattia epatica cronica, soggetti trattati con derivati del sangue o concentrati di fattori della coagulazione), nei conviventi o contatti di casi itterici e nei residenti in zone endemiche storicamente ad alto rischio (Puglia).

Il vaccino è consigliato in età adulta nei soggetti con comportamenti sessuali a rischio (omosessuali maschi), nei tossicodipendenti e nei lavoratori in ambienti a rischio (laboratori medici e/o veterinari a contatto con materiale o animali potenzialmente infetti).

IL CASO DELLA PUGLIA (Figura 2)

Un esempio paradigmatico è rappresentato dall'epidemia di epatite A che ha colpito la Regione Puglia nel primo semestre del 2017, con 251 casi segnalati, un'incidenza di 6.2 casi per 100.000 abitanti, nettamente superiore alla media dei cinque anni precedenti (0.8 per 100.000).

La maggior parte dei casi (73%) era di sesso maschile, e circa il 77% aveva un'età compresa tra 31 e 50 anni. Venti soggetti hanno riferito di aver avuto rapporti sessuali con altri uomini (MSM) nelle otto settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi.

Le analisi molecolari hanno dimostrato che oltre il 90% dei ceppi virali erano geneticamente riconducibili a quelli circolanti tra MSM in Europa in quegli anni. Questa epidemia ha mostrato anche un possibile ruolo del consumo di frutti di mare crudi come co-fattore di rischio. La Regione Puglia, storicamente classificata come area ad epidemia intermedia, aveva già avviato dal 1998 un programma di vaccinazione attiva anti-HAV per i nuovi nati e gli adolescenti, ma l'evento del 2017 ha confermato la necessità di rafforzare la prevenzione mirata nei gruppi a rischio, in particolare nei MSM HIV positivi e nei soggetti non coperti dalla campagna vaccinale infantile¹⁰.

Nel caso della Puglia, la strategia di prevenzione vaccinale a due coorti si è dimostrata molto efficace (anche in associazione alla vaccinazione antiepatite B) nell'abbattere l'incidenza della patologia.

IMPLICAZIONI PER LA MEDICINA GENERALE

I medici di medicina generale (MMG) possono rappresentare un importante presidio nella prevenzione dell'infezione da HAV.

Il MMG si occupa della prevenzione e promozione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV), ruolo ribadito anche nell'ACN vigente (ACN 2024 art. 43.1c) come obiettivo di salute di tutta la cittadinanza.

Inoltre, la conoscenza dei pazienti e dei contesti in cui svolgono la loro esistenza consente di:

- identificare i pazienti a rischio (viaggiatori, MSM, pazienti con epatopatie, consumatori di frutti di mare crudi);
- proporre la vaccinazione nei casi indicati, anche valutando la possibilità di completare cicli vaccinali iniziati;
- educare alla prevenzione alimentare e comportamentale;
- contribuire alla sorveglianza attraverso la notifica tempestiva dei casi.

Il ruolo del MMG è cruciale nel limitare la diffusione dell'HAV, ridurre i ricoveri e prevenire complicanze, soprattutto in una popolazione adulta sempre meno immunizzata naturalmente. Un approccio proattivo nella promozione della vaccinazione può cambiare significativamente l'impatto della malattia nella comunità.

NOTA INFORMATIVA ECDC, GIUGNO 2025

A giugno 2025, l'ECDC ha segnalato un nuovo focolaio multi-nazionale di epatite A nei Paesi dell'UE/SEE, con un incremento di casi da HAV subgenotipo IB in Austria, Repubblica Ceca, Ungheria e Slovacchia, principalmente tra adulti che vivono in condizioni igienico-sanitarie precarie, soggetti senza fissa dimora e persone che fanno uso di droghe.

Il rischio di trasmissione in questi gruppi è stimato come elevato, in particolare per gli adulti ≥40 anni e/o con patologie epatiche pregresse. L'ECDC raccomanda programmi di vaccinazione mirata pre-esposizione in questi gruppi, l'offerta di profilassi post-esposizione ai contatti stretti e il rafforzamento della sorveglianza e del sequenziamento molecolare dei ceppi virali.

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Multi-country_outbreak_of_HepA_June_2025.pdf

Bibliografia

1. Iorio N, et al. *Hepatitis A. Treasure Island: StatPearls Publishing*, 2022.
2. WHO. *WHO position paper on hepatitis A vaccines. Weekly Epidemiological Record* 2022;97:493-512.

3. Abutaleb A, et al. Hepatitis A: epidemiology, natural history, unusual clinical manifestations, and prevention. *Gastroenterol Clin North Am* 2020;49:191-99.
4. WHO. Immunological basis for immunization series: module 18: hepatitis A, update 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326501>.
5. ECDC. Vaccine scheduler: hepatitis A: recommended vaccinations 2023. <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=16&SelectedCountryIdByDisease=-1>.
6. Andani A, et al. Evolution and impact of hepatitis A epidemiology in Europe – systematic literature review of the last 20 years. *J Viral Hepat* 2025;32:e14030
7. Manka P, et al. Liver failure due to acute viral hepatitis (A-E). *Visc Med* 2016;32:80-85.
8. Foster MA, et al. Widespread hepatitis A outbreaks associated with person-to-person transmission - United States, 2016-2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022;71:1229-34.
9. <https://www.epicentro.iss.it/epatite/dati-seieva>
10. https://www.vaccinarsinpuglia.org/assets/uploads/files/21/Rapid_Risk_Assessment_Epatite_A_MSM_Marzo_2017.pdf

