



REPORT

Epatite B: screening, presa in carico e linkage to care

Definizione di una
“mappa” regionale
con focus su istituti di
detenzione, centri per le
dipendenze (SerD) e migranti

Revisione scientifica a cura di:

Dott. Mauro Viganò, Gastroenterologia Epatologia e Trapiantologia, Dipartimento di Medicina, ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo

Hanno contribuito:

Massimiliano Conforti, Marco Bartoli, Francesco Silvia, Anna Cavallaro
Associazione EpaC - ETS

Progetto grafico:

Micaela Antozzi - Weblicity.net

Copyright, Diritti e Privacy

Copyright © 2026: EpaC - ETS – www.epac.it

Tutti i diritti sono riservati a norma di legge e a norma delle convenzioni internazionali.

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta con sistemi elettronici, meccanici o altro, senza l'autorizzazione scritta dell'Associazione EpaC - ETS.

Il progetto è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di GSK

Giugno 2026

SOMMARIO

4	●	Premessa generale
5	●	Metodologia
6	●	Principi generali e raccomandazioni comuni
7	●	Raccomandazioni generali trasversali
9	●	Target 1 Persone che usano droghe (PWUD/PWID) SerD e comunità terapeutiche
10	●	Target 2 Detenuti/Carceri
12	●	Target 3 Migranti non residenti (STP/ENI/centri di accoglienza)
12	●	Linee Guida rilevanti
12	●	I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli
16	●	World Migration Report 2024
17	●	Rapporto Osservasalute 2023
20	●	Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA
22	●	Target 4 - Popolazione generale
24	●	Considerazioni
25	●	PDTA operativo (flow sintetico)
26	●	Sintesi comparativa PDTA operativi
26	●	Tabella A Checklist PDTA (per tutti i setting)
26	●	Tabella B Indicatori suggeriti per monitoraggio (per setting)
27	●	Tabella C Fonti chiave e applicazione pratica
27	●	Gap principali e raccomandazioni strategiche
28	●	Conclusioni
28	●	Bibliografia di riferimento
29	●	Ricognizione nazionale dei percorsi regionali per la gestione dell'epatite B e Delta nelle popolazioni vulnerabili
30	●	Metodologia
31	●	Analisi dello stato delle risposte regionali
32	●	Analisi regionale delle informazioni disponibili
36	●	Focus epidemiologico
37	●	Conclusioni generali

Premessa generale

L'epatite da virus (HBV) continua a rappresentare una delle principali cause di malattia epatica cronica a livello globale, con circa 254 milioni di persone infette (WHO 2024). In Europa, la prevalenza stimata è dello 0,5-1%, ma è molto più elevata nei gruppi vulnerabili: persone che usano droghe (PWUD), detenuti, migranti provenienti da aree endemiche e alcune categorie a rischio in ambito sanitario o trasfusionale. L'Italia, pur essendo un Paese a bassa endemia, mantiene "microfocolai" di trasmissione e serbatoi infettivi soprattutto in queste popolazioni. La gestione efficace di questa infezione richiede pertanto la messa in atto di strategie integrate di **screening, vaccinazione, diagnosi precoce e trattamento**, coordinate con i servizi territoriali (SerD, ASL, istituti penitenziari, centri migranti e trasfusionali).

Le linee guida di riferimento comprendono:

- **WHO Consolidated Guidelines on Hepatitis (2024)**
- **WHO Consolidated Guidelines on the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B virus infection**
- **EASL Clinical Practice Guidelines: HBV (2025)**
- **ECDC Toolkit for Elimination of Viral Hepatitis in Prisons (EuroHePP, 2022)**
- **ECDC – Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA**
- **European Toolkit for the Elimination of Viral Hepatitis in Prisons (EuroHePP) (2025)**
- **Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA (2018)**
- **INMP–ISS Linee guida per migranti e non residenti (2023)**
- **AISF Libro Bianco 2025 e documenti SIMIT-AISF in aggiornamento 2025**
- **Centro Nazionale Sangue (CNS) Linee di sicurezza trasfusionale (2023)**
- **Indicazioni pratiche per un modello di gestione condivisa tra Medico di Medicina Generale e Specialista Epatologo del paziente con epatite cronica da virus dell'epatite B e virus dell'epatite C – AISF/SIMG**

Questo documento sintetizza e integra le principali linee guida, *toolkit* e report internazionali, europei e nazionali (WHO, EASL, ECDC, ISS/INMP, Centro Nazionale Sangue, EuroHePP), adattandoli in forma operativa per quattro diverse popolazioni:

- persone che usano droghe (PWUD/PWID) assistite dai Servizi per le Dipendenze (SerD),
- persone detenute,
- migranti non residenti (STP/ENI),
- popolazione generale.

Per ciascun target sono descritte raccomandazioni operative (screening, vaccinazione, diagnosi/staging, terapia, linkage to care) e tabelle riepilogative per il monitoraggio.

Metodologia

Sintesi e integrazione delle fonti primarie: *WHO consolidated HBV guidelines (2024)*, *EASL Clinical Practice Guidelines (2025)*, *ECDC evidence briefs e toolkit (EuroHePP)*, *documenti ISS/INMP*, *linee del Centro Nazionale Sangue*; letteratura scientifica italiana e review su popolazioni chiave.

La raccolta delle documentazioni è stata eseguita attraverso:

- Ricerca su siti istituzionali,
- Interrogazione diretta delle Società Scientifiche nazionali di riferimento.

In relazione al secondo punto, con l'obiettivo di raccogliere eventuali linee guida delle Società Scientifiche nazionali di riferimento e delle autorità che gestiscono i migranti, abbiamo inviato una comunicazione specifica ai seguenti enti:

Società Scientifica	Riferimento	Data invio richiesta	II° invio
AISF Associazione Italiana Studio Fegato	Segretario	20/10/2025	-
SIMM Società Italiana di Medicina delle Migrazioni	Presidente	28/10/2025	-
SIMIT Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali	Direttore Scientifico	20/10/2025	20/11/2025
FeDerSerD Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze	Presidente Direttore Comitato Scientifico Nazionale	28/10/2025	-
SIMSPe Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria	Direttore Scientifico	28/10/2025	-
INMP Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà	Direttore Generale e Direttore Sanitario	20/11/2025	-

Sempre con l'obiettivo di raccogliere tutta la documentazione in essere (ma anche di prossima pubblicazione), abbiamo contattato figure di responsabilità all'interno del Ministero della Salute (PAN e PNEV, di cui EpaC - ETS è parte) e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Istituzione	Riferimento	Data invio richiesta
Ministero della Salute	Responsabile PNEV	20/10/2025
Ministero della Salute	Responsabile PAN	20/10/2025
ISS - Istituto Superiore Sanità	Responsabile PITER	11/10/2025
ISS - Istituto Superiore Sanità	Presidente	28/10/2025
Centro Nazionale Sangue	Direttrice	28/10/2020

PAN: Piano Accesso Nazionale Malattie sessualmente trasmissibili, PNEV: Piano Nazionale Epatiti Virali

Le documentazioni reperite, assieme alle risposte pervenute in seguito alle nostre richieste, comprensive delle informazioni condivise, sono state oggetto della presente analisi.



Principi generali e raccomandazioni comuni



Testing di base:

offrire HBsAg, anti-HBs e anti-HBc al primo contatto (test rapido se disponibile).



Vaccinazione: offerta immediata di vaccino anti-HBV ai non immuni; uso di schemi accelerati per soggetti a rischio di perdita al follow-up (es. 0,7, 21 giorni e poi richiamo).



Diagnosi e staging: per HBsAg positivi con: HBV-DNA, ALT/AST, emocromo, Fib-4 e/o Fibroscan, ecografia epatica.



Terapia: indicazioni terapeutiche secondo EASL/WHO; quando possibile iniziare terapia nel setting (es. in carcere) o predisporre il piano terapeutico prima della dimissione.



Linkage to care e continuità: cartella condivisa, appuntamenti prefissati, reminder (SMS/telefono), piano alla dimissione o al rilascio.



Riduzione del danno: integrare vaccinazione e test con servizi di riduzione del danno [scambio siringhe e terapia sostitutiva degli oppiacei (OST) per PWUD].



Equivalence of care: garantire in carcere lo stesso livello di cura disponibile nella società.

Raccomandazioni generali trasversali

Tutti i documenti convergono su principi comuni:

Fase	Indicazione generale	Fonti principali
Screening iniziale	Offerta attiva di HBsAg, anti-HBs, anti-HBc in tutti i soggetti a rischio o appartenenti a gruppi chiave.	WHO 2024, EASL 2025
Vaccinazione	Vaccinazione immediata dei suscettibili, anche con schemi accelerati (0,1,2 mesi o 0,7,21 giorni con richiamo a 12 mesi).	WHO 2024, ISS, ECDC
Diagnosi e staging	Se HBsAg positivi, eseguire HBV-DNA, ALT/AST, Fib-4, Fibroscan. Valutare co-infezioni (HCV, HDV, HIV).	EASL 2025, WHO
Trattamento	Inizio terapia antivirale secondo criteri EASL/WHO (HBV-DNA elevato, ALT alterate, fibrosi significativa).	EASL 2025
Linkage to care	Garantire presa in carico continua, inclusi referral ospedalieri, registri di follow-up, counselling e continuità terapeutica.	WHO, AISF 2025
Riduzione del danno	In PWUD e detenuti: combinare vaccino, counselling, terapia sostitutiva degli oppiacei, scambio siringhe, accesso facilitato.	ECDC, WHO

Le **WHO Consolidated Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B virus infection**, pubblicate a marzo 2024, rappresentano un importante aggiornamento delle raccomandazioni globali per la gestione dell'epatite B. L'obiettivo è quello di accelerare il percorso verso l'eliminazione dell'infezione come minaccia per la salute pubblica entro il 2030.

L'approccio dell'OMS si fonda su una strategia che **semplifica la diagnosi e amplia i criteri di trattamento**, con un occhio di riguardo per i contesti a risorse limitate e le popolazioni vulnerabili.

Tra le novità più significative c'è **l'ampliamento dei criteri per accedere alla terapia antivirale**. Il trattamento è consigliato per adulti e adolescenti a partire dai 12 anni, in caso di fibrosi significativa, definita da valori di **APRI superiori a 0,5 o misurazioni della rigidità epatica superiori a 7 kPa**. Inoltre, è indicato anche in presenza di livelli di **HBV DNA superiori a 2000 IU/mL** associati a **valori di ALT superiori ai limiti di normalità** (30 U/L per gli uomini e 19 U/L per le donne, secondo l'OMS).

Altre indicazioni per il trattamento includono fattori di rischio clinici o epidemiologici, come co-infezioni con HIV, HCV o HDV, una storia familiare di carcinoma epatocellulare (HCC), diabete o condizioni di immunosoppressione.

Un aspetto innovativo delle linee guida riguarda la gestione nei contesti in cui i test per la carica virale non sono disponibili. In queste situazioni, l'OMS suggerisce di considerare l'inizio della terapia antivirale anche sulla base della persistenza di livelli elevati di ALT, semplificando così l'accesso al trattamento.

Le linee guida, inoltre, introducono la raccomandazione di **screening universale per l'epatite Delta (HDV)** in tutte le persone con infezione cronica da HBV mediante test per anticorpi anti-HDV.

Particolare attenzione è dedicata alla **prevenzione della trasmissione verticale madre-figlio (MTCT)**. L'OMS raccomanda la profilassi antivirale nelle donne in gravidanza HBsAg positive anche nei contesti in cui la determinazione della carica virale non sia disponibile.

Infine, le linee guida promuovono l'adozione di modelli di cura semplificati e decentralizzati, con maggiore integrazione dei servizi a livello di assistenza primaria e condivisione delle competenze tra diversi professionisti sanitari.

Riferimenti normativi (Centri trasfusionali e donatori)

- Direttiva UE 2002/98/CE
- Linee CNS e ISS (2023)
- Decreto Legislativo 261/2007

Procedure operative

- **Screening obbligatorio** di HBsAg e NAT (HBV-DNA) su ogni donazione.
- **Anti-HBc testing** su donatori periodici o a rischio.
- **Gestione positivi:** sospensione temporanea, counselling, referral specialistico.
- **Sorveglianza e farmacovigilanza** continue per garantire sicurezza delle unità ematiche.



Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection

March 2024

Target 1 - Persone che usano droghe (PWUD/PWID)

SerD e comunità terapeutiche

Linee guida e contesto

La prevalenza di HBV nei PWUD italiani varia tra il **3-8% per quanto concerne l'HBsAg** e il **30-60% per l'anti-HBc**, con forte correlazione all'età e al tempo di consumo.

Le linee WHO e EASL raccomandano approcci "*low-threshold*": testing rapido presso SerD, vaccinazione *on-site* e *linkage to care* immediato.

PDTA operativo

1. **All'ingresso:** offerta dei test per HBsAg, anti-HBs, anti-HBc. Preferire test rapidi per aumentare adesione.
2. **Vaccinazione:** immediata ai non immuni, schemi accelerati con reminder SMS o App.
3. **HBsAg positivi:** invio all'epatologo, staging, terapia antivirale se indicata.
4. **Riduzione del danno:** mantenimento OST, siringhe sterili, counselling epatologico e HIV.
5. **Follow-up:** registri condivisi SerD-ASL, valutazione annuale funzionalità epatica.

Nei soggetti HBsAg positivi, la valutazione specialistica può includere anche la determinazione dell'HBeAg per una migliore caratterizzazione della fase dell'infezione.

Barriere principali

- Perdita al follow-up
- Scarsa documentazione vaccinale
- Stigma e barriere psicosociali

Soluzioni

- Schemi vaccinali brevi
- Campagne integrate HCV, HBV, HIV
- Integrazione dei test HBV nei pacchetti SerD di routine

Linee guida rilevanti (selezione)

WHO (2024); ECDC evidence briefs; EASL; linee nazionali su politiche di riduzione del danno e SerD.

PDTA operativo (flow sintetico)

1. Primo contatto (SerD/first-visit)

- Offrire test HBsAg, anti-HBs, anti-HBc (test rapido preferibile).
- Registrare lo stato vaccinale e anamnesi (droghe per via iniettiva, tatuaggi, trasfusioni).

2. Vaccinazione

- Somministrare la prima dose subito ai non immuni; se rischio di perdita al follow-up, usare schema accelerato (0,7,21 giorni o 0,1 e 2 mesi con richiamo). Registrare dosi.

3. Se HBsAg positivo

- Eseguire HBV-DNA, ALT/AST, emocromo; calcolare FIB-4; se disponibile, il Fibroscan.
- Referral ad epatologia/infettivologia; se indicata, iniziare terapia (tenofovir/entecavir) secondo EASL 2025.

4. Riduzione del danno e integrazione

- Fornire informazioni, siringhe sterili, accesso a OST; integrare vaccino/test nelle attività di scambio siringhe.

5. Follow-up e continuità

- Reminder automatici per dosi vaccinali successive e per visite; registro locale per tracciare completamento vaccini e linkage to care.

Indicatori di processo/esito

% PWUD testati per HBV all'ingresso; % vaccinati; % HBsAg+ referiti allo specialista; % che avviano terapia quando indicato.

Barriere e soluzioni

- Perdita al follow-up → schemi vaccinali accelerati, somministrazione diretta in SerD, reminder.
- Accesso e fiducia → approccio low-threshold, mediatori, anonimato ove richiesto.

Target 2 - Detenuti/Carceri

Contesto e prevalenza

In Italia, tra i detenuti, la prevalenza dell'HBsAg varia tra **1-7%**, con anti-HBc positività tra **20-50%**. Il setting carcerario è riconosciuto dall'ECDC come "prioritario per l'eliminazione dell'epatite virale".

Raccomandazioni principali

- **Testing all'ingresso** di ogni istituto penitenziario, indipendentemente dai sintomi.
- **Vaccinazione immediata on-site** con schema accelerato, evitando perdita di follow-up in caso di trasferimenti.
- **In caso di HBsAg positività:** staging rapido (HBV-DNA, ALT/AST, Fibroscan).
- **Terapia antivirale** secondo linee EASL, con possibilità di prosecuzione in carcere.
- **Alla dimissione o trasferimento:** garantire continuità terapeutica tramite referral scritto e appuntamento prenotato presso ASL.

Linee guida rilevanti

ECDC (*EuroHePP toolkit*), WHO, EASL e documenti ministeriali italiani sul diritto alla salute in carcere.

Nel contesto europeo, un contributo rilevante alla definizione di strategie di eliminazione delle epatiti virali nei contesti penitenziari è rappresentato dal **European Toolkit for the Elimination of Viral Hepatitis in Prisons (EuroHePP)**, sviluppato congiuntamente dall'*European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* e dall'*European Union Drugs Agency (EUDA)*.

Il toolkit è stato concepito come uno strumento operativo destinato a supportare gli Stati membri dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo nello sviluppo e nell'implementazione di programmi efficaci di prevenzione, diagnosi e trattamento dell'epatite B e C negli istituti penitenziari.



La struttura del toolkit è articolata in quattro aree principali:

- **Contesto epidemiologico**, che analizza la diffusione delle epatiti virali nelle popolazioni detenute e il loro ruolo nella trasmissione comunitaria;
- **Sviluppo della strategia**, con strumenti per la valutazione dei servizi sanitari esistenti e l'identificazione delle lacune assistenziali;
- **Implementazione della strategia**, che fornisce indicazioni pratiche per l'attivazione di programmi di screening, vaccinazione, trattamento antivirale e interventi di riduzione del danno;
- **Monitoraggio e valutazione**, che propone indicatori per misurare l'efficacia degli interventi in relazione agli obiettivi di eliminazione definiti dall'OMS.

Un principio cardine del toolkit è quello della **equivalenza delle cure**, secondo cui le persone detenute devono avere accesso a servizi sanitari di qualità comparabile a quelli disponibili nella comunità generale.

Inoltre, il documento sottolinea il concetto di **community dividend**, evidenziando come il trattamento delle epatiti virali nelle carceri possa contribuire in maniera significativa alla riduzione della trasmissione dell'infezione nella popolazione generale, in particolare dopo la scarcerazione.

PDTA operativo (flow sintetico)

1. Ingresso in istituto

- Offerta attiva di test HBsAg, anti-HBs e anti-HBc; test rapido se necessario.

2. Vaccinazione

- Vaccinare i suscettibili immediatamente; preferire schemi accelerati in caso di brevi detenzioni.

3. Se HBsAg positivo

- Valutazione rapida (HBV-DNA, transaminasi, FIB-4/Fibroscan) e avvio terapia se indicato.

- Se terapia iniziata, garantire fornitura e somministrazione in carcere.

4. Documentazione e continuità

- Cartella clinica condivisa tra carcere e azienda sanitaria territoriale; piano scritto alla scarcerazione con appuntamento specialistico.

5. Azioni di prevenzione

- Programmi informativi, vaccinazione del personale carcerario, riduzione danno dove applicabile.

6. Indicazioni

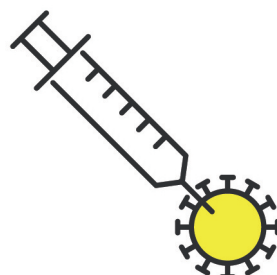
- % detenuti testati; % vaccinati; % HBsAg positivi trattati; % con piano di continuità alla scarcerazione.

Barriere e soluzioni

- **Risorse diagnostiche limitate** → accordi con ASL per accesso a Fibroscan/NAT; utilizzo di telemedicina.
- **Movimenti e scarcerazioni rapide** → priorità a schemi vaccinali accelerati e dispensazione provvisoria di farmaco con presa in carico territoriale.

Barriere e misure operative

Problema	Soluzione raccomandata
Alta mobilità dei detenuti	Schemi vaccinali brevi; database condiviso ASL-Ministero Giustizia
Mancanza di test rapidi	Implementare test HBsAg on-site
Risorse sanitarie limitate	Coinvolgimento ASL, telemedicina e task-shifting al personale infermieristico



Target 3 - Migranti non residenti (STP/ENI/centri di accoglienza)

Contesto

I migranti da Paesi ad alta endemia (Africa subsahariana, Asia, Europa dell'Est) mostrano una prevalenza dell'HBsAg tra **5% e 10%**. Molti accedono ai servizi sanitari solo per urgenze e la registrazione sanitaria è spesso frammentaria.

PDTA operativo

- **Accoglienza sanitaria:** offerta test HBsAg, anti-HBs e anti-HBc.
- **Vaccinazione on-site** dei non immuni con schema rapido.
- **HBsAg positivi:** staging completo e referral a centri epatologici.
- **Mediazione culturale e traduzione linguistica** obbligatorie per il consenso.
- **Accesso universale** anche con codice STP/ENI (D.lgs. 286/98).

Linee guida rilevanti

I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli – Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza (linea guida aggiornata giugno 2023)

Si tratta di una linea guida elaborata nell'ambito del "Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti", sviluppato da INMP (Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà), ISS (Istituto Superiore di Sanità) e SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni). È stata pubblicata originariamente nel 2017 e aggiornata a giugno 2023. Ha come obiettivo primario fornire indicazioni operative basate sull'evidenza per gli operatori sanitari, i decisori, gli enti gestori dei centri di accoglienza, relativamente ai controlli sanitari iniziali e ai percorsi di presa in carico per i migranti.

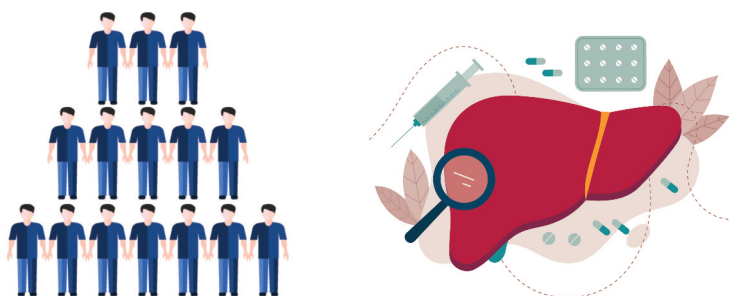
Il documento affronta sia malattie infettive rilevanti (es. tubercolosi, HIV, epatite B e C, malaria, parassitosi, IST), sia condizioni cronico-degenerative (diabete, ipertensione, anemia, carcinoma della cervice uterina) e situazioni di fragilità (gravidanza).

È costruito su un processo metodologico rigoroso: una rassegna sistematica della letteratura (1.059 documenti valutati) e un panel multidisciplinare di 21 esperti che ha elaborato le raccomandazioni.

Prevede raccomandazioni organizzate su varie fasi del percorso di accoglienza, dall'arrivo alla presa in carico nei centri di accoglienza (soccorso, prima accoglienza, seconda accoglienza).

Sottolinea l'importanza dell'approccio interculturale secondo il quale bisogna tenere conto della dimensione linguistica, culturale, relazionale per comunicare efficacemente e per garantire che il triage e i controlli sanitari siano sensibili al contesto.

Prevede formazione per il personale sanitario su aspetti "transculturali" e supporto psicologico, dati i potenziali stress emotivi legati alla gestione di migranti vulnerabili.



Punti chiave e raccomandazioni

I principali elementi raccomandati dalla linea guida:

1. Triage all'arrivo

- Utilizzo di strumenti (es. START, SIEVE, altri) per identificare condizioni che richiedono un intervento sanitario urgente al momento dell'arrivo.
- Importanza di una prima valutazione rapida per evitare casi gravi non identificati.

2. Visita medica generale

- Raccomandazione di una visita medica completa in fase di prima accoglienza.
- Checklist e protocolli per identificare sia problemi fisici (esiti di traumi, malattie non note) sia bisogni sanitari non manifesti.

3. Screening programmato

- Per patologie infettive: tubercolosi, malaria, HIV, **epatite B e C**, parassitosi intestinali, infezioni sessualmente trasmissibili.
- Per patologie croniche: diabete, anemia, ipertensione, carcinoma cervice uterina.

I criteri per lo screening non sono “a tutto campo” ma basati su criteri epidemiologici o di rischio (esposizione, prevalenza nei paesi di provenienza, sintomi).

4. Vaccinazioni

- Raccomandazioni per vaccinazioni nei migranti con documentazione vaccinale incompleta o incerta. Ad esempio, **vaccinazione per l'epatite B** negli adulti che risultano negativi ai marcatori.
- Nei bambini seguire il calendario vaccinale nazionale, anche se con particolari considerazioni per chi non ha documentazione.

5. Continuità dell'assistenza

- Non basta fare il controllo all'arrivo: la linea guida insiste sulla presa in carico (“care pathway”) nei centri di seconda accoglienza.
- La continuità riguarda non solo la malattia, ma anche supporto psicologico, cultura, mediazione.

6. Approccio culturale e linguistico

- Adattare i messaggi sanitari in base alla lingua, alla cultura delle persone migranti.
- Formare il personale sanitario non solo su aspetti clinici, ma anche su competenze interculturali.

7. Supporto psicologico al personale

- Gli operatori devono essere supportati: gestire popolazioni migranti vulnerabili può essere emotivamente difficile.
- Questo contributo è parte integrante di un'assistenza rispettosa e sostenibile.

8. Monitoraggio e valutazione

- Raccomandano sistemi di monitoraggio per valutare come le raccomandazioni vengono implementate nei centri. Anche se il documento non è un regolamento vincolante, funge da guida operativa per le politiche sanitarie locali/regionali.

Nonostante i molti punti di forza, il documento presenta anche alcune sfide e limiti nell'applicazione:

1. Implementazione disomogenea

- Le raccomandazioni possono essere interpretate e attuate in modo diverso dalle Regioni o dai gestori dei centri di accoglienza. Ci può essere grande variabilità pratica. Infatti, linee guida non sempre si traducono in prassi uniforme.
- Alcuni centri di accoglienza potrebbero non avere risorse sufficienti (personale, laboratori, interpreti) per mettere in atto tutte le raccomandazioni.

2. Vincolo non normativo

- Essendo una linea guida (non una normativa vincolante), l'adozione dipende dalla volontà degli enti locali e delle autorità sanitarie.
- Potrebbero mancare “controlli obbligatori” per assicurarsi che le raccomandazioni siano seguite.

3. Risorse economiche

- Screening e controlli sanitari richiedono risorse (test diagnostici, personale, formazione) che non sempre sono allocate nei centri di accoglienza.
- Il supporto psicologico per il personale e i mediatori culturali comporta costi aggiuntivi.

4. Barriere culturali e linguistiche

- Nonostante la raccomandazione di una mediazione culturale, nella pratica potrebbe essere difficile garantire mediatori o interpreti competenti per tutte le lingue e culture.
- La fiducia dei migranti nei sistemi sanitari può essere limitata, condizionando la partecipazione ai controlli.

5. Continuità assistenziale

- Anche se il documento richiede un percorso di continuità, la transizione tra prima e seconda accoglienza non sempre è lineare: problemi di turnover, mancanza di segnalazioni o scarsa integrazione con servizi sanitari territoriali possono ostacolare la presa in carico.

6. Monitoraggio e valutazione limitati

- Senza un sistema di monitoraggio nazionale robusto, può essere difficile misurare l'adozione effettiva delle linee guida e l'impatto sulla salute dei migranti.
- Potrebbe mancare la raccolta di dati uniformi (es. su quanti test sono fatti, riscontri positivi, accessi al trattamento).



Riferimenti all'epatite B nella linea guida

1. Inclusione tra i temi prioritari

- Nel sommario delle “tematiche indagate” dalla linea guida, l'HBV figura come una delle 15 condizioni da valutare.
- Questo dimostra che gli autori considerano l'epatite B non solo come un rischio sanitario, ma come una priorità per il controllo sanitario nei migranti.

2. Quesito di screening esplicito

- Nel documento metodologico della SIMM / INMP / ISS è presente il quesito: “È indicato un programma di screening dell'HBV rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?”
- Questo implica che la linea guida non parli solo di vaccinazione, ma anche di uno screening attivo dell'HBV, per identificare casi di infezione.

3. Raccomandazione per la vaccinazione

- La versione della linea guida raccomanda l'offerta della vaccinazione anti-epatite B a tutti gli immigrati/migranti.
- Questo è un punto cruciale: non solo testare, ma anche agire preventivamente offrendo il vaccino a chi risulta non immune.

4. Approccio culturale e organizzativo

- Come per le altre patologie, la linea guida evidenzia l'importanza di un approccio transculturale: il personale sanitario deve essere formato per comunicare efficacemente con persone migranti di diverse origini linguistiche e culturali. Questo è importante anche quando si propongono test o vaccinazioni per HBV.
- È prevista la formazione del personale sui mediatori culturali e sulla gestione dei percorsi di cura, per garantire che anche il programma di screening/vaccinazione HBV sia efficacemente attuabile in un contesto con barriere linguistiche o di fiducia.

5. Monitoraggio e presa in carico

- La linea guida non si limita al test: suggerisce percorsi di presa in carico per chi risulta positivo o non immune, integrandosi con i percorsi di accoglienza sanitaria nei centri.
- Questo significa che dopo il test (o la vaccinazione), la persona migrante dovrebbe essere seguita, anche con eventuali follow-up, come parte di un sistema assistenziale continuo.



Monitoraggio INMP

Secondo il sito INMP, nel 2023-2024 sono stati raccolti dati relativi agli anni 2018-2022, e nel 2025 verranno aggiunti i dati del 2023-2024.

Questo significa che al momento non ci sono dati ufficiali, pubblici, completi su molti indicatori sanitari relativi ai migranti per il 2023-2024 (perché il monitoraggio non ha ancora “chiuso il cerchio” su quegli anni).



World Migration Report 2024 (International Organization for Migration, IOM)

L'IOM ha pubblicato il World Migration Report 2024, un report generale sulle migrazioni (mobilità globale), non focalizzato su salute/screening sanitario nei paesi di arrivo come l'Italia. Non contiene dati dettagliati sui controlli sanitari all'ingresso nei centri di accoglienza in Italia.

L'IOM, tramite la Displacement Tracking Matrix (DTM), ha condotto il report “Flow Monitoring Surveys with Migrants Arriving to Italy in 2023”. Questo report raccoglie dati su caratteristiche demografiche, percorsi migratori, vulnerabilità, intenzioni future dei migranti, ma non riporta dati clinici dettagliati (es. percentuale di persone testate per epatite, TBC, HIV all'arrivo).

Nel rapporto DTM non si parla di screening sanitario “alla frontiera” come test medici specifici, ma piuttosto di vulnerabilità generali e bisogni rilevati nei migranti.

Nel IOM Italy Annual Report 2023 (pubblicato da IOM Italia) si segnala che, da agosto a dicembre 2023, sono state fatte 1.451 flow monitoring survey in regioni come Sicilia, Calabria e Friuli-Venezia Giulia.

Anche in questo report, però, non viene dato risalto a un tema di screening sanitario medico sistematico (es. test epatite/TBC) nei migranti all'arrivo: l'attenzione è più su “movimenti”, vulnerabilità, bisogni socio-economici, protezione.

L'IOM non sembra raccogliere dati medici dettagliati nel suo report di flusso “Flow Monitoring” su test sanitari specifici (per epatite, tubercolosi, HIV ecc.): il focus è più su migrazione, pattern di arrivo, vulnerabilità e intenzioni. Questo significa che i rapporti IOM da soli non sono una fonte sufficiente per misurare l'implementazione delle linee guida sanitarie “controlli alla frontiera” (quelle INMP-ISS).

La mancanza di dati IOM su screening sanitari medici indica un possibile gap di monitoraggio: le autorità sanitarie (o enti italiani, come INMP) devono essere quelli a produrre dati su test e presa in carico sanitaria, non necessariamente IOM.

Rapporto Osservasalute 2023 sulla popolazione straniera

Nel Rapporto Osservasalute 2023 pubblicato maggio 2024 e in cui viene citata la linea guida “I controlli alla frontiera”) è presente una sezione dedicata alla “Salute della popolazione straniera”, che tuttavia non riporta numeri specifici per quanti migranti siano stati sottoposti agli screening sanitari previsti dalle linee guida di frontiera. Questo suggerisce che l’implementazione delle linee guida non è monitorata (o almeno non pubblicamente).

Salute della popolazione straniera

Come accennato, nel Rapporto Osservasalute 2023 è presente un capitolo dedicato alla “popolazione straniera” (cittadini non italiani residenti).

Si discute dell’impatto demografico degli stranieri nel sistema sanitario e nel contesto dell’analisi degli indicatori sanitari complessivi. Il rapporto segnala limiti nelle statistiche ufficiali: ad esempio non vengono rilevati gli stranieri irregolari e, per “stranieri”, si intendono solo coloro con cittadinanza diversa da quella italiana.

1. Riferimento alle linee guida sui controlli alla frontiera

- Nel capitolo “Salute della popolazione straniera” viene citata esplicitamente la linea guida “I controlli alla frontiera” (INMP-ISS-SIMM) aggiornata al 2023.
- Questo mostra che Osservasalute riconosce l’importanza delle linee guida come riferimento di politica sanitaria per la popolazione migrante.

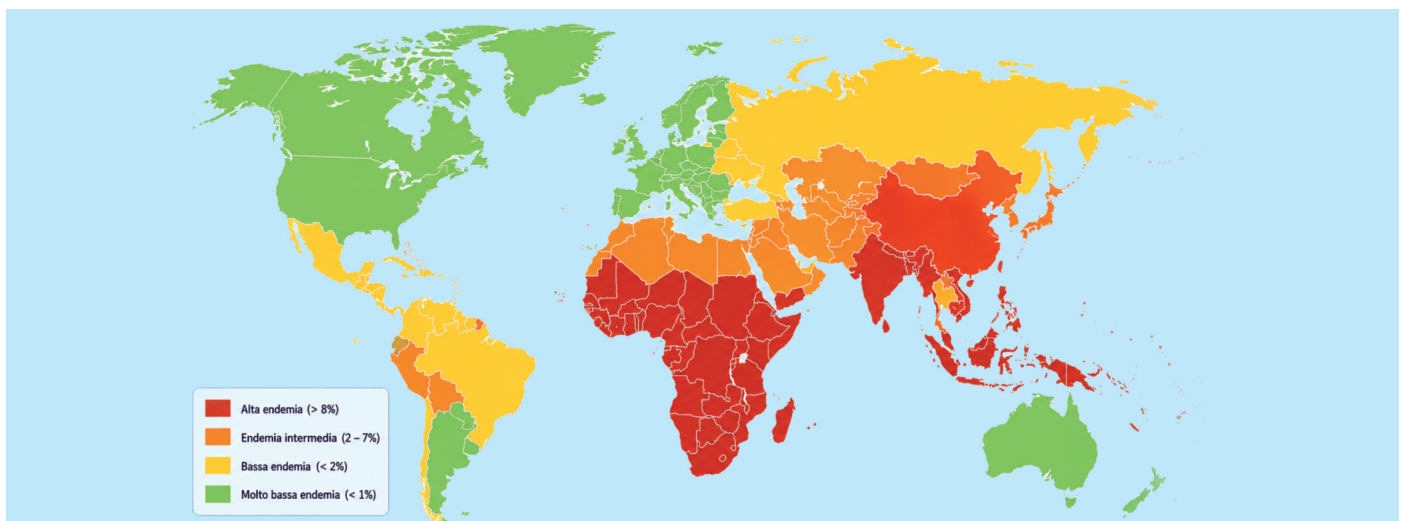
2. Malattie infettive (epatiti)

Nel Rapporto c’è una sezione sulle malattie infettive. I dati indicano che nel 2022 c’è stato un aumento dei casi notificati di epatite B (rispetto al 2021): 113 casi contro 96.

Su epatite C, il rapporto evidenzia anche un aumento di casi notificati, con uno specifico grafico del tasso di incidenza dal 2009 fino al 2022.

Il rapporto sottolinea l’importanza di continuare con *screening*, *vaccinazioni* e *consapevolezza*: “risulta essere fondamentale continuare a parlare di prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive, incentivando gli screening e le vaccinazioni” per epatite. Il fatto che Osservasalute citi le linee guida INMP-ISS-SIMM significa che queste raccomandazioni (screening all’arrivo, presa in carico sanitaria, percorsi di tutela) sono prese come riferimento a livello di monitoraggio sanitario nazionale. L’aumento di casi di epatite B notificati (2022) potrebbe suggerire che ci sono margini di miglioramento per il rilevamento precoce (screening) nelle popolazioni a rischio, inclusi migranti. Il Rapporto sollecita un rafforzamento dell’attività preventiva (screening + vaccini), il che è in linea con le raccomandazioni delle linee guida “controlli alla frontiera”. Tuttavia, il Rapporto non fornisce numeri specifici su quanti migranti abbiano effettivamente eseguito lo screening “alla frontiera” (controlli sanitari nei centri di accoglienza) secondo le linee guida INMP-ISS: il dato è più aggregato, relativo a malattie infettive nella popolazione generale (inclusa quella straniera residente).

EPIDEMIOLOGIA DELL'EPATITE B



Conclusioni

- Osservasalute conferma l'importanza delle linee guida INMP-ISS-SIMM per la salute dei migranti e ne riconosce il valore per la prevenzione delle malattie infettive.
- L'aumento dei casi notificati di epatite B nel 2022 suggerisce che il rilevamento (screening) e la vaccinazione rimangono aree critiche, specialmente per le popolazioni vulnerabili come i migranti.
- Serve un rafforzamento di programmi preventivi attivi: non solo sensibilizzazione, ma anche misure organizzative per garantire che lo screening e le vaccinazioni consigliate dalle linee guida vengano effettivamente offerti e usati nei centri di accoglienza.
- Sarebbe utile un monitoraggio più dettagliato: ad esempio, report che distinguano gli stranieri appena arrivati, chi è residente da più tempo, quanti migranti sono stati sottoposti a screening all'arrivo, e quanti sono stati vaccinati, per valutare l'adesione alle linee guida "controlli alla frontiera".

Dati su epatite B

1. Incidenza dell'epatite B acuta nei cittadini stranieri

- Tra il 2004 e il 2023, al Sistema SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato per l'Epatite Virale Acuta) sono stati notificati 5.357 casi di epatite B acuta, di cui 919 casi (17,2%) in cittadini stranieri.
- La nazionalità più rappresentata tra i casi stranieri di epatite B: Europa dell'Est (52%), con molti casi da Romania e Albania.
- Circa l'86% degli stranieri con epatite B acuta per cui è noto il tempo di permanenza in Italia, erano in Italia da più di un anno (mediana di permanenza circa 7 anni), il che suggerisce che molte infezioni siano state acquisite durante la residenza in Italia e non immediatamente al loro arrivo nel nostro Paese.

2. Trend di incidenza (tassi standardizzati)

- Nel 2023 il tasso di incidenza standardizzato per l'epatite B acuta era:
 - 0,27 per 100.000 tra gli italiani
 - 0,64 per 100.000 tra gli stranieri (dei Paesi a forte pressione migratoria, PFPM)
- Questo indica che gli stranieri da PFPM hanno, nel 2023, un rischio più alto di epatite B acuta rispetto agli italiani, anche se il divario si è ridotto negli ultimi anni: Osservasalute segnala che la differenza tra i tassi negli italiani e negli stranieri è in diminuzione.

3. Riduzione rispetto al 2015

- Confrontando l'incidenza di epatite B acuta rispetto al 2015, Osservasalute registra:
 - una riduzione del 56% tra gli stranieri da PFPM
 - una riduzione del 59,9% tra gli italiani.
- Questo è rilevante nel contesto della Strategia Globale OMS 2030 per l'eliminazione delle epatiti che prevede una riduzione del 95% dell'incidenza dell'HBV entro il 2030 rispetto al valore del 2015.

4. Origine geografica dei casi

- Tra gli stranieri con epatite B, la maggior parte proviene dall'Europa orientale (37%) e dall'Africa (32,5%).
- Questo dato è importante perché può indicare dove concentrare interventi di prevenzione, screening o vaccinazione mirata nei gruppi migranti.

5. Raccomandazioni e considerazioni di Osservasalute

- Osservasalute rileva un "eccesso di rischio" per l'epatite B tra gli stranieri PFPM, ma nota anche che il divario di incidenza tra stranieri e italiani è in diminuzione.
- Il rapporto enfatizza la necessità di mantenere il monitoraggio dell'infezione da HBV negli immigrati, in particolare alla luce degli obiettivi dell'OMS.

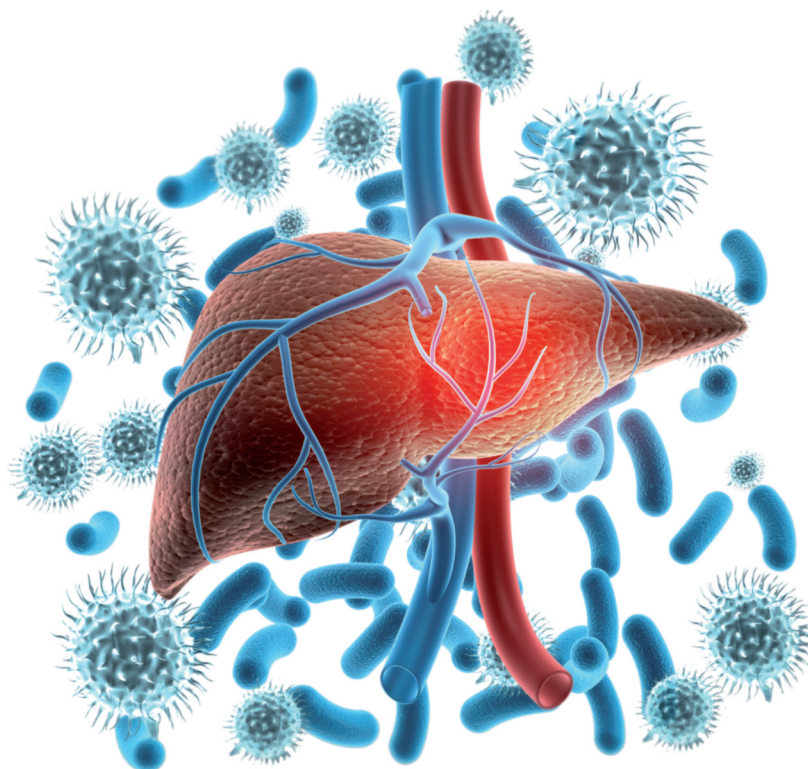
- Suggestisce di continuare politiche di prevenzione (es. vaccinazione, sorveglianza) specifiche per la popolazione immigrata, dato il rischio residuo.

6. Limitazioni

- Osservasalute segnala che il denominatore usato per calcolare i tassi di incidenza è la popolazione residente straniera: ciò può sottostimare la presenza reale di migranti (soprattutto irregolari), a differenza del SEIEVA che raccoglie casi indipendentemente dallo status amministrativo.
- Questo disallineamento tra i casi notificati ed il numero dei residenti registrati può portare a una sovrastima di incidenza nei dati degli stranieri.

Interpretazione e implicazioni

- L'incidenza più alta di epatite B acuta tra gli stranieri rispetto agli italiani, suggerisce che i migranti rappresentano una popolazione con un rischio maggiore, anche se il trend è in miglioramento.
- La riduzione significativa (-56%) dell'incidenza tra gli stranieri rispetto al 2015 è un segnale positivo ad indicare i progressi verso gli obiettivi di salute pubblica, pur senza un significativo azzeramento del rischio.
- Il fatto che molti casi siano tra persone che risiedono in Italia da anni, significa che il monitoraggio e gli interventi non devono riguardare solo l'arrivo (screening alla frontiera), ma anche la sorveglianza a lungo termine e le politiche di vaccinazione e diagnosi.
- Le politiche sanitarie dovrebbero considerare strategie mirate di prevenzione per migranti provenienti da aree ad alta endemia (es. Europa dell'Est, Africa), data la provenienza geografica prevalente dei casi.
- Le limitazioni metodologiche (denominatore "residenti") indicano che i dati possono sottovalutare la reale diffusione dell'HBV in popolazioni migranti non del tutto "registrate"; serve cautela nell'interpretazione e, possibilmente, migliorare le modalità di sorveglianza.



Epatite B

Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA

L'obiettivo principale della guida (*Guida di Salute Pubblica relativa allo screening e vaccinazione per le malattie infettive tra i migranti di nuovo arrivo in EU/EEA*) è fornire **consigli scientifici basati su evidenza** per interventi di sanità pubblica (screening e vaccinazione) per le malattie infettive prioritarie nei migranti appena arrivati nell'UE/EEA. Le raccomandazioni sono sviluppate tramite revisioni sistematiche della letteratura, applicazione del framework **GRADE** (*evidence-to-decision*) e un panel scientifico di esperti.

Il focus è su “migranti appena arrivati” (definiti come quelli arrivati nei precedenti 5 anni) e su sottogruppi vulnerabili (rifugiati, richiedenti asilo, migranti irregolari).

Il rapporto include **HBV** come una delle malattie infettive chiave su cui suggerire lo screening, insieme a tubercolosi, HIV, epatite C, strongiloidiasi, schistosomiasi.

Inoltre, la guida valuta anche la **vaccinazione per l'HBV** tanto che uno dei quesiti posti è se ai migranti appena arrivati debbano essere offerti la vaccinazione anti-HBV, e per chi (età, provenienza, rischio).

Alcune delle raccomandazioni e delle considerazioni rilevanti per HBV:

1. Screening HBV

- Secondo la guida ECDC, lo screening per HBV è considerato *probabilmente efficace e costo-efficace* per nuovi migranti.
- Il beneficio è legato in parte al “*burden of disease*” nei paesi di origine: la prevalenza di HBV nel luogo di partenza dei migranti è un fattore importante nella decisione se attuare screening.
- L'implementazione dello screening dovrebbe tenere in considerazione diversi fattori: età del migrante, stato vaccinale, rischio di infezione e la capacità del sistema sanitario locale di offrire test, follow-up e cure.

2. Vaccinazione HBV

- La guida raccomanda di offrire la vaccinazione anti-HBV ai migranti che non sono immuni, come parte dei programmi di catch-up (recupero) vaccinale.
- Il vantaggio della vaccinazione è chiaro soprattutto nei casi in cui il rischio di HBV sia elevato (a seconda della regione di origine), ma anche in termini di salute pubblica per ridurre la circolazione del virus, prevenire i casi cronici e complicanze (cirrosi, HCC).
- La “accettabilità” della vaccinazione e la copertura possono dipendere da fattori culturali, linguistici e strutturali; la guida sottolinea l'importanza di garantire accesso, informazione adeguata (materiali multilingue) e mediazione culturale.

3. Considerazioni sull'implementazione

- La guida non dà indicazioni “*one-size-fits-all*” ma raccomanda che ogni Stato dell'UE/EEA consideri le proprie strategie nazionali basate sulle risorse, sulla prevalenza nei migranti, e sulle priorità sanitarie.
- È importante il collegamento (“*linkage*”) tra screening e cura (“*linkage to care*”): non basta testare ma è necessario predisporre percorsi per chi risulta positivo per HBV attraverso: follow-up, monitoraggio, terapia e vaccinazione di contatti).
- Serve una formazione per gli operatori sanitari: la guida enfatizza come il personale sanitario (medici, infermieri) debba avere conoscenze adeguate circa lo stato di salute dei migranti, e competenze interculturali per spiegare l'importanza dello screening e della vaccinazione.
- È richiesto un sistema di sorveglianza e monitoraggio: la guida nota la necessità di migliorare i dati su malattie infettive tra migranti (accettazione dello screening, risultati, esiti) per valutare l'impatto delle misure.

Riepilogo

Le politiche europee di prevenzione e controllo delle malattie infettive nelle popolazioni migranti sono state oggetto di specifiche raccomandazioni da parte dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), che nel 2018 ha pubblicato una guida di sanità pubblica dedicata allo screening e alla vaccinazione per malattie infettive nei migranti recentemente arrivati nei Paesi dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo.

La guida evidenzia come i migranti non rappresentino in generale un rischio sanitario per la popolazione ospitante. Tuttavia, alcuni sottogruppi – tra cui rifugiati, richiedenti asilo e migranti irregolari – possono essere particolarmente vulnerabili alle malattie infettive a causa delle condizioni di viaggio, delle barriere nell'accesso ai servizi sanitari e della diversa epidemiologia nei Paesi di origine.

Le evidenze disponibili suggeriscono che programmi di screening mirato per epatite B e C, HIV e tubercolosi, associati a interventi di vaccinazione e presa in carico sanitaria, risultano efficaci e costo-efficaci quando indirizzati a popolazioni provenienti da aree ad alta endemicità.

In questo contesto, l'ECDC raccomanda l'implementazione di strategie di screening integrate con percorsi di *linkage to care*, al fine di garantire che le persone identificate come positive possano accedere rapidamente alla diagnosi completa e al trattamento.

Studi locali/di centro

Un esempio concreto: uno studio della provincia di Verona (ospedale IRCCS Sacro Cuore Don Calabria) ha analizzato 674 migranti arrivati dal gennaio 2023 al maggio 2024 e ha eseguito screening per varie malattie (TBC, HIV, epatite B e C, parassiti, ecc.). In questo campione, la prevalenza di epatite B era del 6,1%. Il 55,1% dei migranti esaminati risultava "sieronegativo" (ossia senza sia l'HBsAg che gli anticorpi), quindi potenzialmente eleggibile a vaccinazione.

Questo tipo di studio fornisce dati utili, ma è limitato ad una singola provincia e non rappresenta necessariamente l'intero sistema di accoglienza nazionale.

Epatiti acute (dati ISS)

In un bollettino dell'ISS (Epicentro) del 28 novembre 2024 si segnala che nei primi sei mesi del 2024 ci sono stati 106 casi di epatite B acuta segnalati.

Tuttavia, questi dati sono relativi a epatiti "acute" segnalate dal sistema di sorveglianza epidemiologica (SEIEVA), non necessariamente collegati ai controlli sanitari di "frontiera" o screening nei centri di accoglienza.

Flussi migratori

Secondo un report UNHCR "Fact Sheet" di settembre 2024, ci sono stati flussi migratori rilevanti: ad esempio, intercettazioni di persone arrivate con vari mezzi ("land arrivals" da Slovenia, ecc.).

Ma questi dati riguardano arrivi, non quanti di quegli arrivi hanno effettivamente effettuato screening sanitari secondo la linea guida.



Target 4 - Popolazione generale

Indicazioni pratiche per un modello di gestione condivisa tra Medico di Medicina Generale e Specialista Epatologo del paziente con epatite cronica da virus dell'epatite B e virus dell'epatite C – AISF/SIMG (2019)

Il documento è frutto della collaborazione tra la **Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF)** e la **Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)**.

L'obiettivo è creare un modello condiviso tra MMG (medico di medicina generale) ed epatologo per ottimizzare la gestione clinica dei pazienti con epatite cronica da HBV o HCV, migliorare l'appropriatezza diagnostica, ridurre i costi e garantire continuità assistenziale.

Il modello è pensato come strumento pratico ("rapido strumento di consultazione") per MMG ed epatologi, con schede operative che rispondono a domande cliniche concrete.

Di seguito le principali raccomandazioni e indicazioni per l'epatite B.

a) Case finding /Screening

- **Soggetti a rischio:** il documento definisce quali pazienti dovrebbero essere considerati a rischio di infezione da HBV (e HCV) e quindi sottoposti a test di marcatori virali.
 - Questo "case finding" da parte del MMG è cruciale giacché il MMG stesso deve identificare i pazienti con fattori di rischio (es. provenienza geografica, storia clinica, contatti, precedenti comportamentali).
- **Marcatori da ricercare:** il documento elenca i test virologici di I° livello che il MMG può richiedere per lo screening: ad esempio antigeni, anticorpi.

b) Inquadramento virologico e invio allo specialista

- Se dai marcatori risulta una positività, il MMG deve inviare il paziente all'epatologo per un inquadramento diagnostico completo ("definizione della fase d'infezione", stadiazione).
- Gli esami di I° livello che accompagnano l'invio includono non solo i marcatori virali, ma anche esami biochimici per la funzionalità epatica (es. transaminasi, bilirubina, protidi), per dare allo specialista un quadro completo.
- Nel caso di infezione da HBV, viene suggerito di includere anche test per HBeAg / anti-HBe e anti-HDV IgG (per escludere co-infezione con il virus Delta).

c) Counselling e stile di vita

- Il MMG ha un ruolo importante nell'informare il paziente sull'HBV, spiegando la natura della malattia cronica, i rischi e le possibili evoluzioni.
- Il documento raccomanda che il MMG e l'epatologo mantengano una comunicazione continua: canale diretto (es. telefono, e-mail), uso di referti scritti o sistemi informatici condivisi.
- È importante che il MMG segnali allo specialista eventuali comorbidità (cardiache, metaboliche, renali, psichiatriche) che possono influenzare la terapia o il monitoraggio.

d) Follow-up e “linkage to care”

- Il modello prevede una suddivisione dei ruoli: alcuni pazienti devono essere seguiti principalmente dallo specialista, altri possono tornare in parte alla medicina generale dopo la fase di inquadramento.
- In particolare, per l'HBV, sono elencati casi in cui il paziente resta sotto stretta supervisione epatologica:
 - durante il primo anno di trattamento con analoghi nucleos(t)idici,
 - in presenza di coinfezioni (es. con HDV),
 - se c'è rischio di effetti collaterali (es. renali, ossei) che il MMG può aiutare a monitorare.
- Il coinvolgimento del MMG nella gestione della terapia è raccomandato: garantire l'aderenza ai farmaci, monitorare la tolleranza, segnalare tempestivamente allo specialista eventuali problemi.

e) Comunicazione e responsabilità condivisa

- È essenziale che lo specialista dia al MMG informazioni regolari sulla situazione clinica del paziente (es. esiti dei test, modifiche terapeutiche) per mantenere continuità.
- Il modello suggerisce l'adozione di sistemi informatici o strumenti locali per scambi di dati (referti, esami) tra MMG e epatologo, così da migliorare la gestione condivisa.
- Il MMG può assumere un ruolo attivo non solo nella diagnosi iniziale, ma anche nella “gestione della cronicità”: educazione del paziente, identificazione delle comorbidità, supporto nella sorveglianza (esami periodici, ecografie se indicate).

Il documento AISF-SIMG offre, dunque, un **modello molto utile e pratico** per una gestione condivisa dell'epatite B: consente di distribuire il carico assistenziale in modo razionale, migliorare l'accesso alla cura e garantire continuità.

È particolarmente importante nelle realtà con risorse limitate, dove lo specialista non può seguire tutti i pazienti cronici quotidianamente, ma ha bisogno del supporto del medico di base per il follow-up.



Considerazioni

- Mancanza di un sistema di monitoraggio centralizzato per lo screening di frontiera.
- Non emerge chiaramente da fonti pubbliche un sistema nazionale (o un report regolare) che aggregi tutti i “migranti arrivati” e fornisca contatori su quanti sono stati sottoposti a ciascun tipo di controllo (test TBC, HCV, HBV, HIV, ecc.) in base alla linea guida INMP-ISS-SIMM.
- Dipendenza da studi locali.
- Molti dati provengono da studi di singoli centri o province (come lo studio di Verona), il che è utile ma non sufficiente per avere un quadro nazionale coerente e completo.
- Tempistica del monitoraggio INMP.
- Il monitoraggio INMP, come dichiarato sul sito, ha raccolto dati fino al 2022 e solo da poco sta pianificando di includere i dati di 2023-2024. Questo significa che i dati “alla frontiera, all’accoglienza ed allo screening” potrebbero non essere ancora completamente elaborati o pubblici per il biennio più recente.
- Segnalazioni di malattie, non necessariamente screening.
- I dati dell’ISS su epatite B acuta sono rilevanti per la sorveglianza epidemiologica, ma non indicano direttamente “quanti migranti siano stati testati all’arrivo” e quanti positivi sono stati presi in carico a partire dallo screening alla frontiera.

Nel complesso, l’analisi delle linee guida internazionali e dei modelli di intervento, evidenzia una crescente convergenza delle strategie di sanità pubblica orientate all’eliminazione dell’epatite B come minaccia per la salute globale entro il 2030.

Organizzazioni internazionali come l’Organizzazione Mondiale della Sanità, l’ECDC, le principali Società Scientifiche epatologiche, concordano sull’importanza di rafforzare le strategie di screening, vaccinazione e accesso precoce al trattamento antivirale, con particolare attenzione alle popolazioni vulnerabili.

L’adozione di modelli di cura semplificati e decentralizzati, la promozione di programmi di screening mirato e l’integrazione dei servizi sanitari rappresentano elementi fondamentali per migliorare l’identificazione dei soggetti infetti e garantire un efficace percorso di presa in carico.

Tuttavia, permangono alcune criticità, tra cui la frammentazione dei sistemi di sorveglianza, la presenza di popolazioni difficili da raggiungere e la persistenza di una quota significativa di infezioni non diagnosticate.

In questo contesto, il rafforzamento dei programmi di prevenzione e la promozione di strategie di testing proattivo costituiscono elementi chiave per ridurre ulteriormente il burden dell’infezione e contribuire al raggiungimento degli obiettivi di eliminazione definiti a livello internazionale.



PDTA operativo (flow sintetico)

1. Accoglienza sanitaria iniziale

Triage: test HBsAg, anti-HBs e anti-HBc; anamnesi di provenienza geografica e vaccini ricevuti.

2. Vaccinazione

Offrire vaccinazione ai non immuni con schemi accelerati; registrare sul database locale/regione.

3. Se HBsAg positivi

Eeguire HBV-DNA, ALT/AST, FIB-4; counseling con mediatore culturale; referral ad ambulatorio specializzato.

4. Continuità e mobilità

Usare codici STP/ENI per garantire accesso anche senza documenti; registri interoperabili per richiami; voucher o promemoria per follow-up.

5. Comunicazione e mediazione

Materiali tradotti, mediatori culturali, tutela legale sui dati sanitari.



Barriere e soluzioni

Barriera	Soluzioni
Mobilità elevata	Registri elettronici regionali e reminder
Mancanza di documenti	Codici STP/ENI attivi
Barriere linguistiche	Mediatori culturali e materiali multilingue, uso di App dedicate e Intelligenza Artificiale

Sintesi comparativa PDTA operativi

Popolazione target	Testing iniziale	Vaccinazione	Terapia / Referral	Continuità e Follow-up
PWUD – SerD	HBsAg, anti-HBs, anti-HBc	Schema accelerato on-site	Referral epatologico	Registri condivisi SerD-ASL
Detenuti	Test all'ingresso	Vaccinazione immediata	Terapia e monitoraggio interno	Referral ASL alla scarcerazione
Migranti STP/ENI	Screening tri-test	Vaccino on-site	Referral centri epatologici	Mediazione e database regionale
Donatori sangue	Test HBsAg, NAT, anti-HBc	Non indicata (controllo rischio)	Referral e counselling	Sorveglianza CNS

Tabella A – Checklist PDTA (per tutti i setting)

Fase	Azione minima	Strumento/ nota
Primo contatto / ingresso	Offrire HBsAg, anti-HBs e anti-HBc; registrare stato vaccinale	Test rapido dove possibile
Vaccinazione	Somministrare vaccino ai suscettibili; schema accelerato se rischio perdita	Protocollo vaccinale 0,1,2 o 0,7,21 giorni e richiamo a 12 mesi
Diagnosi / staging	Se HBsAg positivi: HBV-DNA, ALT/AST, emocromo, FIB-4 o Fibroscan	Standard EASL/WHO
Terapia	Valutazione indicazioni e inizio terapia se indicato	Seguire EASL / WHO per criteri
Continuità	Cartella condivisa; contatti / reminder; piano alla dimissione	Referral con ASL/epatologia
Riduzione danno (PWUD)	Scambio siringhe, OST, counseling	Integrare con SerD
Accesso (migranti/STP)	Accesso senza documenti, mediatori, registri	INMP/ISS linee guida

Tabella B – Indicatori suggeriti per monitoraggio (per setting)

- % soggetti testati per HBV all'ingresso
- % soggetti non immuni vaccinati (prima dose)
- % soggetti con ciclo vaccinale completato (3 dosi o equivalente)
- % HBsAg positivi presi in carico da specialisti
- % HBsAg positivi che iniziano terapia quando indicata
- % soggetti con piano di continuità alla dimissione/scarcerazione

Tabella C – Fonti chiave e applicazione pratica

Fonte	Ambito applicazione	Punto operativo
WHO 2024 HBV guidelines	Globale / policy	Semplificazione criteri trattamento, testing raccomandato
ECDC -Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA	EU - Migranti	Screening e vaccinazione
EASL 2024/25 Guidelines	Clinica specialistica	Criteri terapeutici, follow-up e monitoraggio
ECDC / EuroHePP toolkit	Carceri / popolazioni vulnerabili	Toolkit operativo per screening e continuità
INMP / ISS “I controlli alla frontiera”	Migranti / accoglienza	Percorsi di accoglienza e screening
Centro Nazionale Sangue	Centri trasfusionali	Requisiti donazioni e testing TTI
AISF/SIMG: Indicazioni pratiche per un modello di gestione condivisa	Tutta la popolazione	Indicazioni pratiche per un modello di gestione condivisa

Gap principali e raccomandazioni strategiche

- **Diagnosi sommersa:** rafforzare offerte di testing mirato e registri per stimare l'entità dei casi non diagnosticati.
- **Continuità di cura:** protocolli obbligatori per transizione (carcere → territorio; SerD → epatologia).
- **Barriere amministrative:** garantire accesso ai migranti (STP/ENI) senza documenti e adottare registri interoperabili.
- **Risorse:** fornire vaccini on-site, test rapidi e strumenti diagnostici (Fibroscan) nelle strutture a bassa soglia.
- **Formazione operatori:** corsi obbligatori su testing, vaccinazione, riduzione stigma e linkage to care.
- **Capacità e risorse locali:** carenze di vaccini, personale e diagnostica rapida in alcuni contesti → prevedere piani di finanziamento/partnership (ASL/Regione/ONG), (Ministero/ISS).



Conclusioni

La gestione dell'HBV nelle popolazioni chiave richiede un approccio **multidisciplinare, accessibile e integrato**.

Le evidenze e le linee guida nazionali, europee e internazionali convergono su un tale approccio: **testing attivo, vaccinazione immediata dei non immuni, diagnosi/staging tempestivi, terapia quando indicata e continuità di cura**.

Per raggiungere gli obiettivi di micro-eliminazione (WHO 2030) è cruciale implementare PDTA operativi nei setting a maggior rischio (SerD, carceri, centri migranti) e potenziare la sorveglianza e i registri a livello regionale e nazionale.

Le linee guida più recenti raccomandano l'unificazione dei percorsi tra SerD, istituti penitenziari, ASL e servizi migranti, con modelli condivisi di **screening universale, vaccinazione accelerata e continuità terapeutica**.

L'AISF 2025 e la SIMIT sottolineano inoltre la necessità di **PDTA territoriali e raccolta dati nazionale** per raggiungere gli obiettivi OMS di eliminazione dell'epatite virale entro il 2030.

Bibliografia di riferimento

- World Health Organization. (2024). WHO consolidated guidelines on hepatitis prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: WHO.
- WHO Consolidated Guidelines on the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B virus infection
- European Association for the Study of the Liver (EASL). (2024). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal/Report.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). European toolkit for the elimination of viral hepatitis in prisons (EuroHePP). Stockholm: ECDC.
- European Toolkit for the Elimination of Viral Hepatitis in Prisons (EuroHePP) (2025)
- Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA (2018)
- Istituto Superiore di Sanità. (2017). I controlli alla frontiera — Linee guida per l'accoglienza sanitaria dei migranti (aggiornamenti online). Roma: ISS/INMP.
- Centro Nazionale Sangue. (2023). Linee di indirizzo per la sicurezza della donazione di sangue. Roma: CNS.
- Babudieri, S., Liotta, G., Lappa, M., Focà, E., et al. (2005). Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: Results from a multicentre study in Italy. *Journal of Infection*, 50(6), 359–366.
- Fiore, V., & coll. (2021). Chronic viral hepatitis in the Italian prison setting: prevalence, outcomes, literature needs and perspectives. *Healthcare*, 9(9), 1186.
- Geremia, N., & coll. (2024). HBV in Italian women's jail: an underestimated problem? *Journal of Clinical Medicine*, 13(5), 1398.
- Coppola, N., et al. (2017). Screening for viral hepatitis among undocumented immigrants: prevalence and public health implications. [Journal/Report].
- Nelson, P. K., et al. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *The Lancet Infectious Diseases*, 11(12), 888–897.

Ricognizione nazionale dei percorsi regionali per la gestione dell'epatite B e Delta nelle popolazioni vulnerabili

Introduzione

L'eliminazione delle epatiti virali come minaccia per la salute pubblica rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle strategie sanitarie internazionali. In questo contesto, l'epatite B continua a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica, sia per la sua diffusione globale sia per il potenziale evolutivo verso condizioni cliniche gravi quali cirrosi epatica e HCC.

La co-infezione col virus dell'epatite Delta (HDV), pur essendo meno frequente, è associata a una progressione clinica più rapida e a un rischio più elevato di complicanze epatiche.

Nel quadro delle strategie di prevenzione e controllo delle epatiti virali, particolare attenzione è rivolta alle **popolazioni vulnerabili**, caratterizzate da maggiore esposizione al rischio di infezione o da barriere nell'accesso ai servizi sanitari. Tra queste rientrano in particolare:

- persone che fanno uso di sostanze e sono seguite dai Servizi per le Dipendenze (SerD);
- soggetti in stato di detenzione;
- migranti e richiedenti protezione internazionale;
- soggetti afferenti ai servizi trasfusionali.

Questi contesti rappresentano ambiti prioritari per l'implementazione di interventi di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico clinica.

L'obiettivo della presente ricognizione è stato quello di analizzare il quadro nazionale relativo a:

- presenza di **percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA)** per l'epatite B e la co-infezione col virus Delta;
- programmi regionali di **screening e prevenzione**;
- modalità di **presa in carico e gestione clinica** dei pazienti;
- sistemi di **sorveglianza epidemiologica** e disponibilità di dati regionali.

L'analisi ha inoltre consentito di individuare eventuali **differenze territoriali**, criticità organizzative e possibili ambiti di miglioramento.



Metodologia della ricognizione

La raccolta delle informazioni è stata effettuata attraverso una ricognizione sistematica dei portali istituzionali di tutte le Regioni e Province Autonome; inoltre, abbiamo richiesto a tutti gli assessorati regionali alla salute (e analoghi) eventuali documentazioni non disponibili sui portali regionali con l'obiettivo di ottenere ulteriori informazioni coerenti con gli obiettivi progettuali (figura 1).

Alla prima richiesta, inviata nell'estate 2025, abbiamo ottenuto riscontro da molti assessorati, ma non da tutti, per cui abbiamo proceduto con l'invio di una seconda richiesta in data 01/10/2025 ed una terza ed ultima in data 23/02/2026.

In particolare sono stati contattati:

- **gli Assessorati regionali alla Sanità;**
- **le Direzioni generali sanitarie regionali;**
- **le strutture tecniche competenti in materia di prevenzione e sanità pubblica** (ASL/ATS/AUSL, uffici regionali Prevenzione, ecc.).

Le richieste hanno riguardato la disponibilità di informazioni relative a:

- presenza di PDTA o documenti di indirizzo regionali per la gestione delle epatiti virali;
- programmi di screening per l'infezione da HBV;
- iniziative rivolte alle popolazioni vulnerabili;
- sistemi di sorveglianza epidemiologica;
- dati relativi alla diffusione dell'infezione e alla coinfezione con virus Delta.



Figura 1: copia della richiesta inviata

Le informazioni raccolte sono state sistematizzate in un database strutturato che ha consentito di effettuare una prima analisi comparativa delle iniziative regionali.

Analisi dello stato delle risposte regionali

La rilevazione ha coinvolto tutte le Regioni e Province Autonome italiane, per un totale di 21 amministrazioni. Le risposte ricevute evidenziano una partecipazione parziale e disomogenea, con differenze rilevanti sia nel tasso di risposta sia nel livello di dettaglio delle informazioni fornite.

Tabella 1 – Stato delle risposte regionali

Regione Provincia Autonoma	Risposta ricevuta	Documentazione fornita	Disponibilità dati
Abruzzo	Sì	Parziale	Sì
Basilicata	Sì	Limitata	Non specificato
Calabria	No	-	-
Campania	No	-	-
Emilia-Romagna	Sì	-	-
Friuli Venezia Giulia	Sì	.	Negati
Lazio	Sì	Sì	Non disponibili
Liguria	Rimando alle aziende sanitarie	Parziale	Non specificato
Lombardia	Sì	Sì	Sì
Marche	Sì	-	-
Molise	Sì	-	-
Piemonte	Sì	Parziale	Sì
P. A. Bolzano	Sì	Parziale	Non specificato
P. A. Trento	Sì	Parziale	Non specificato
Puglia	No	-	-
Sardegna	Sì	Parziale	Non specificato
Sicilia	No	-	-
Toscana	Sì	Parziale	Non specificato
Umbria	Rimando alle aziende sanitarie	-	-
Valle d'Aosta	Sì	-	Sì
Veneto	No	-	-

Nel complesso emerge un **livello di risposta limitato**, con un numero significativo di amministrazioni regionali che non hanno fornito informazioni o per le quali le informazioni risultano ancora in fase di acquisizione.

Presenza di iniziative regionali nelle popolazioni vulnerabili

L'analisi delle informazioni disponibili evidenzia una **disomogeneità significativa** nella presenza di iniziative dedicate alle popolazioni vulnerabili.

Tabella 2 – Presenza di iniziative nei diversi contesti di vulnerabilità

Regione	SerD	Detenuti	Migranti	Servizi trasfusionali	Screening HBV
ABRUZZO	Informazioni generali	Non specificato	Non specificato	Non specificato	Previsto nel PRP
EMILIA ROMAGNA	Informazioni generali	Informazioni generali	Informazioni generali	Non specificato	Ambulatori dedicati
LIGURIA	Non specificato	Non specificato	Non specificato	Non specificato	Non Strutturato
LOMBARDIA	Non specificato	Non specificato	Non specificato	Integrato nel sistema informativo	Non specificato
P. A. BOLZANO	Informazioni generali	Attivo	Non specificato	Integrato nel sistema informativo	Attivo nelle carceri
P. A. TRENTO	Dati disponibili	Dati disponibili	Non specificato	Non specificato	Attivo
PIEMONTE	Dati disponibili	Non specificato	Non specificato	Non specificato	Attivo nei SerD
SARDEGNA	Informazioni generali	Non specificato	Non specificato	Non specificato	Non specificato
TOSCANA	Informazioni generali	Non specificato	Non specificato	Non specificato	Non specificato

Analisi regionale delle informazioni disponibili

Abruzzo

Le epatiti virali sono considerate tra le priorità di sanità pubblica nel **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**.

Le principali azioni previste riguardano:

- rafforzamento della sorveglianza epidemiologica;
- promozione dello screening per infezioni virali croniche;
- promozione della vaccinazione contro l'epatite B;
- attività di informazione e prevenzione.

Emilia Romagna

In Emilia-Romagna diagnosi e gestione dei pazienti con epatite B e Delta in setting specifici, avvengono attraverso ambulatori dedicati nelle singole aziende sanitarie dove i pazienti a rischio sono sottoposti a sorveglianza. La Regione offre programmi di screening gratuiti per il cancro del colon retto e l'epatite C e non esiste uno specifico programma di screening per l'epatite B. Tuttavia, nell'ambito della presa in carico dei pazienti con epatite B (infezione isolata o co-infezione) viene effettuato lo screening per la ricerca del virus Delta.

Friuli Venezia Giulia

La documentazione e le informazioni richieste non sono detenute dalla amministrazione; negata la comunicazione dei dati richiesti.

Lazio

La Regione Lazio ha approvato nel 2017 un percorso diagnostico regionale per la definizione dello stato sierologico dell'infezione da HBV, finalizzato principalmente all'appropriatezza prescrittiva e laboratoristica. Il documento individua tra i gruppi a rischio prioritari per il testing HBV i tossicodipendenti attivi o pregressi, i detenuti, i soggetti provenienti da aree ad alta endemia e le categorie legate ai centri trasfusionali, inclusi politrasfusi e donatori di sangue, organi e tessuti. Viene proposto un algoritmo diagnostico standardizzato basato su HBsAg, Anti-HBc e Anti-HBs, con eventuali approfondimenti specialistici successivi. Tuttavia, il documento non configura un PDTA completo né definisce specifici percorsi di presa in carico, linkage to care o modelli organizzativi dedicati a SerD, carcere o migranti. Non sono inoltre riportati dati regionali relativi al numero di soggetti seguiti presso SerD o in detenzione, né dati sui tassi di screening/testing HBV nei diversi setting assistenziali.

Liguria

Non risultano attualmente percorsi regionali specifici dedicati alla gestione dell'epatite B o della co-infezione con virus Delta. La gestione dei pazienti avviene principalmente nell'ambito delle attività delle strutture specialistiche.

Lombardia

La Regione Lombardia ha recentemente rafforzato il sistema di sorveglianza delle malattie infettive attraverso l'introduzione del sistema informativo **SMI – Sorveglianza Malattie Infettive**.

Questo sistema consente l'integrazione di dati provenienti da diverse fonti, tra cui:

- laboratori;
- ricoveri ospedalieri;
- pronto soccorso;
- segnalazioni dei medici.

Marche

L'Amministrazione non detiene la documentazione richiesta, né dispone di dati ricavabili dai flussi informativi istituzionali che consentano di riscontrare le richieste.

Molise

La direzione generale dell'Assessorato ha comunicato che gli attuali percorsi diagnostico terapeutici regionali per la gestione dei pazienti con Epatite B e Delta sono nella disponibilità dell'A.S.Re.M. cui ha dato mandato di fornire riscontro alla nostra richiesta. Dati non pervenuti al momento dell'analisi.

P.A. Bolzano

Nei SerD della Provincia Autonoma di Bolzano lo screening su HBV e HDV viene richiesto solo a pazienti selezionati. Il Presidio Sanitario Penitenziario per l'assistenza ai detenuti presso la Casa Circondariale di Bolzano, effettua uno screening per HCV-HBV-HIV a tutti i nuovi ingressi raccogliendo la storia clinica con specifica valutazione dei fattori di rischio previo consenso informato ed accettazione all'effettuazione del prelievo da parte del detenuto. I detenuti risultati positivi, tramite analisi ematologiche, effettuano esami di approfondimento consigliati dallo specialista infettivologo come da protocollo concordato ed effettuano eventuali esami strumentali. L'infettivologo effettua visita specialistica all'interno della stessa Struttura prescrivendo eventuali ulteriori esami strumentali e terapia. Gli esami nel corso di terapia per HCV ed HIV e/o per follow-up vengono programmati ed effettuati dal personale sanitario penitenziario.

P.A. Trento

In conformità alle indicazioni contenute nelle linee guida "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza", è attivo sul territorio provinciale un percorso regolare di screening infettivologico tramite prelievo ematico rivolto ai richiedenti protezione internazionale e temporanea. In tale contesto, viene raccomandata l'esecuzione dei test per l'epatite B, con analisi sierologiche su HBsAg, HBcAb e HBsAb. In caso di positività per HBsAg, le persone vengono inviate all'unità operativa di malattie infettive, per ulteriori approfondimenti diagnostici ed eventuale avvio del trattamento.

In tale contesto, nel corso del 2024 è stato eseguito il prelievo su 385 persone, delle quali 6 sono risultate positive. In riferimento ai soggetti afferenti al SerD, a decorrere dal 2019, è operativo presso l'unità operativa di Trento un ambulatorio infermieristico dedicato all'effettuazione di prelievi ematici finalizzati allo screening per l'epatite B. Nel periodo 01/01/2024-31/12/2024 sono stati eseguiti n. 164 esami, che sono tutti risultati negativi. Pertanto, non si è proceduto all'indagine relativa al virus Delta. In caso di eventuale positività, al fine di garantire la presa in carico e l'avvio dei percorsi terapeutici di competenza, i pazienti sono indirizzati all'unità operativa di malattie infettive. Per le persone detenute è previsto uno screening per l'epatite B e Delta e in caso di positività la persona è presa in carico per la stadiazione, la terapia e il follow-up dall'infettivologo consulente della casa circondariale di Trento. Per quanto riguarda la popolazione generale, i pazienti positivi all'epatite B e Delta sono presi in carico per la parte diagnostica, terapeutica e di follow-up dall'ambulatorio di malattie infettive.

Piemonte

Le informazioni ricevute evidenziano la presenza di attività di screening per epatite B nei **SerD**. In alcune Aziende Sanitarie Locali sono stati raccolti dati relativi a:

- numero di utenti sottoposti a screening;
- prevalenza di infezione da HBV;
- copertura vaccinale.

Sardegna

Le informazioni fornite riguardano la gestione generale delle epatiti virali nell'ambito delle attività del sistema sanitario regionale. Non risultano documenti specifici relativi alla co-infezione con virus Delta.

Toscana

Le epatiti virali sono incluse nelle strategie regionali di prevenzione delle malattie infettive e nelle attività delle strutture cliniche specialistiche.

Valle D'Aosta

Non sono noti percorsi, piani e PDTA regionali dedicati a screening, sorveglianza, cura e follow-up per pazienti affetti da epatite B e Delta. Non sono neppure presenti percorsi interni alla U.O.

In assenza di percorsi PDTA, si effettua screening HBV a tutti i pazienti che affluiscono all'ambulatorio di Malattie Infettive per screening IST e PreP.

I pazienti HBsAg positivi effettuano screening anticorpi anti HDV (la sierologia HDV viene inviata a Torino) e vengono presi in carico dall'Ambulatorio di Malattie Infettive per il completamento delle indagini diagnostiche, per avviare eventuale terapia antivirale e per programmare il follow-up periodico. I pazienti HBsAg negativi e anti HBS e anti HBC negativi vengono inviati al centro vaccinale per procedere all'immunizzazione.

Nell'anno 2024 su un campione di 218 utenti, escludendo i detenuti presso la Casa Circondariale di Brissogne, sono state riscontrate 3 positività all'epatite B. Generalmente lo screening ove possibile viene ripetuto annualmente. Da gennaio 2026, grazie alla collaborazione tra la Direzione Penitenziaria e Sanitaria del carcere con la S.C. Malattie Infettive e la S.C. SerD, è invece in atto il programma di screening per l'Epatite C in favore della popolazione detenuta.

Presso la Casa Circondariale di Brissogne (AO), in assenza di percorsi/PDTA dedicati, non è attualmente in atto uno screening strutturato per quanto riguarda le infezioni da HBV e per l'epatite Delta.



Modelli organizzativi regionali

L'analisi comparativa delle informazioni raccolte consente di identificare quattro principali modelli organizzativi.

Modello 1 – Gestione specialistica ospedaliera

È il modello più diffuso e prevede la gestione dei pazienti nelle unità operative di:

- malattie infettive;
- epatologia;
- gastroenterologia.

Modello 2 – Integrazione nei programmi di prevenzione

In alcune Regioni le epatiti virali sono integrate nei **Piani Regionali della Prevenzione**, con interventi di screening e prevenzione.

Modello 3 – Progetti locali o aziendali

In alcune realtà territoriali sono presenti iniziative sviluppate a livello aziendale, come:

- programmi di screening nei SerD;
- progetti di prevenzione nelle popolazioni vulnerabili.

Modello 4 – Sorveglianza epidemiologica avanzata

In alcune Regioni sono presenti sistemi informativi evoluti per la sorveglianza delle malattie infettive.

Mappatura del percorso di individuazione e presa in carico

Il percorso di gestione dell'infezione da HBV nelle popolazioni vulnerabili può essere schematizzato nelle seguenti fasi principali:

- 1. Identificazione dei soggetti a rischio** nei servizi territoriali
- 2. Screening sierologico** per HBV
- 3. Invio ai centri specialistici**
- 4. Follow-up clinico e trattamento antivirale**

Principali criticità emerse

Dall'analisi delle informazioni raccolte emergono alcune criticità rilevanti:

- limitata presenza di PDTA specifici per HBV e HDV;
- forte eterogeneità territoriale;
- disponibilità disomogenea di dati epidemiologici;
- limitata integrazione tra servizi territoriali e strutture specialistiche;
- scarsa sistematicità delle attività di screening nelle popolazioni vulnerabili.

Implicazioni per le politiche sanitarie

Le evidenze emerse indicano la necessità di rafforzare il coordinamento tra livello nazionale e regionale nelle strategie di prevenzione e controllo delle epatiti virali.

In particolare appare necessario:

- sviluppare percorsi assistenziali strutturati;
- migliorare i sistemi di raccolta e monitoraggio dei dati epidemiologici;
- rafforzare i programmi di screening nelle popolazioni vulnerabili.

Raccomandazioni operative

Alla luce dei risultati della ricognizione, si suggeriscono alcune possibili azioni di rafforzamento delle strategie regionali:

- sviluppo e diffusione di PDTA regionali dedicati alle epatiti virali;
- rafforzamento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica;
- implementazione di programmi di screening mirati nelle popolazioni vulnerabili;
- miglioramento del linkage to care;
- maggiore integrazione tra servizi territoriali e strutture specialistiche.

Focus epidemiologico

L'epatite B (HBV) in Italia si trova attualmente in un contesto di **bassa endemicità nella popolazione generale**, con una prevalenza stimata sotto l'1%. Grazie all'introduzione della vaccinazione universale nel 1991, i casi tra le fasce più giovani sono diminuiti drasticamente, portando ad una significativa riduzione della circolazione del virus nelle nuove generazioni. Inoltre, il miglioramento delle condizioni socioeconomiche, l'accesso universale all'assistenza sanitaria e le campagne di prevenzione hanno contribuito a creare un quadro epidemiologico favorevole.

Tuttavia, l'HBV continua a essere presente in **popolazioni vulnerabili**, che mostrano tassi di infezione notevolmente più alti rispetto alla media nazionale. Tra queste, i **detenuti** sono un gruppo particolarmente a rischio. La letteratura italiana riporta una prevalenza di HBsAg che varia tra l'1% e il 7%, con percentuali più elevate tra coloro che hanno fatto uso di droghe per via iniettiva o provengano da aree ad alta endemicità. L'esposizione pregressa al virus, evidenziata dalla sieropositività per anti-HBc, può arrivare fino al 50% della popolazione carceraria, evidenziando una circolazione storica significativa del virus. Questi dati mettono in luce l'urgenza di implementare strategie mirate di **screening all'ingresso, vaccinazione per i suscettibili e gestione dei soggetti HBsAg positivi**.

Un altro gruppo di particolare importanza è quello dei **migranti**. La prevalenza di HBV tra le persone di origine straniera che vivono in Italia è più alta rispetto a quella degli italiani, in parte a causa della mancanza di vaccinazione nei loro Paesi d'origine e dell'arrivo da aree con alta o media endemicità. Secondo studi nazionali, si stima che circa il 5-6% dei residenti stranieri siano portatori cronici di HBsAg, con percentuali più elevate tra coloro che provengono dall'Africa sub-sahariana, dall'Asia o dall'Europa dell'Est.

La distribuzione dei genotipi HBV dimostra come l'immigrazione influisca sull'epidemiologia nazionale: genotipi che un tempo erano rari in Italia ora rappresentano una parte significativa dei nuovi casi, contribuendo a una maggiore complessità sia clinica che virologica.

In aggiunta ai residenti, la popolazione di **migranti temporaneamente presenti (STP) o in transito (ENI)** rappresenta un ulteriore segmento critico. Questi individui spesso sfuggono ai sistemi tradizionali di sorveglianza sanitaria e accedono ai servizi sanitari con notevole ritardo. Ricerche condotte in centri di accoglienza e durante programmi di screening mirato hanno riportato prevalenze di HBsAg che variano tra il 2% e il 10%, con una significativa esposizione pregressa al virus.

Questo mette in evidenza l'urgenza di implementare **screening all'arrivo, vaccinazioni rapide e collegamenti ai percorsi terapeutici**, in linea con le raccomandazioni internazionali per la micro-eliminazione dell'HBV.

Le persone che usano droghe per via iniettiva (PWID) costituiscono un altro gruppo vulnerabile, con tassi di infezione cronica che possono arrivare fino al 13% e un'esposizione pregressa compresa tra il 40% e il 60%. La trasmissione per via parenterale e la frequente sovrapposizione con altri fattori di rischio rendono fondamentale un approccio integrato per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento.

In generale, questi dati rivelano che, nonostante l'Italia presenti un livello di endemicità piuttosto basso, esiste **una parte sommersa di infezioni croniche** che rimane poco rilevata, specialmente tra le popolazioni a rischio comportamentale o provenienti da zone ad alta endemicità. Le informazioni attuali sui casi diagnosticati, come mostrano le indagini nazionali condotte dall'Associazione EpaC (Loglio et al.), rappresentano solo una frazione del quadro complessivo. Una buona parte delle persone infette **non è stata ancora diagnosticata**, il che potrebbe influenzare la trasmissione e la salute pubblica in generale.

Questo scenario suggerisce che **un'analisi approfondita e sistematica dell'HBV in Italia** potrebbe fornire informazioni cruciali per comprendere la reale diffusione del virus, scoprire i casi non diagnosticati e migliorare le strategie di prevenzione e trattamento. Interventi mirati su gruppi vulnerabili - come detenuti, migranti, STP/ENI e PWID - non solo aiuterebbero a ridurre il carico di malattia, ma rappresenterebbero anche un investimento strategico per la sanità pubblica, contribuendo a raggiungere gli obiettivi di eliminazione dell'epatite virale entro il 2030.

In conclusione, l'attuale quadro epidemiologico mette in luce un'Italia con **bassa endemicità generale**, ma con focolai significativi in specifiche popolazioni. Identificare e prendersi cura di queste situazioni rappresenta un'opportunità concreta per **rafforzare la sorveglianza, migliorare l'accesso alle cure e ridurre le infezioni non diagnosticate**, portando benefici sia clinici che socio-sanitari a lungo termine.

Conclusioni generali

La ricognizione nazionale sulle politiche regionali per la gestione dell'epatite B e della co-infezione col virus Delta nelle popolazioni vulnerabili evidenzia un quadro frammentato e fortemente disomogeneo tra i territori. Nonostante la crescente attenzione internazionale all'eliminazione delle epatiti virali come minaccia per la salute pubblica, in Italia i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per HBV e HDV risultano ancora solo parzialmente sviluppati e spesso affidati a iniziative locali o pratiche cliniche consolidate, più che a strategie sistematiche.

Un primo elemento critico riguarda la disponibilità e l'accessibilità delle informazioni istituzionali. La partecipazione delle Regioni alla ricognizione è stata disomogenea: molte non hanno fornito riscontri o hanno trasmesso dati incompleti e poco organizzati. Ciò rappresenta non solo un limite metodologico per l'analisi comparativa, ma anche una criticità nella governance dei dati sanitari e nel loro utilizzo per programmazione e monitoraggio delle politiche di salute pubblica.

Un ulteriore aspetto riguarda la scarsa diffusione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per l'epatite B e la co-infezione con virus Delta. In molte Regioni la presa in carico resta affidata ai centri specialistici (malattie infettive, epatologia, gastroenterologia), senza percorsi formalizzati su accesso, presa in carico e continuità assistenziale. Ciò determina variabilità nei percorsi clinici, con possibili ricadute su equità ed efficacia della prevenzione secondaria. Si conferma inoltre una marcata disomogeneità nelle iniziative rivolte alle popolazioni vulnerabili.

Questi gruppi persone che fanno uso di sostanze, detenuti, migranti e richiedenti protezione internazionale sono contesti prioritari per diagnosi precoce e presa in carico, ma screening e percorsi assistenziali risultano spesso sporadici o limitati a iniziative locali. Solo alcune Regioni hanno attivato programmi strutturati nei SerD, negli istituti penitenziari e nei servizi per migranti, mentre altrove tali attività non sono integrate nei servizi territoriali.

Anche la qualità dei dati epidemiologici presenta criticità. I sistemi di raccolta sono eterogenei: alcune Regioni dispongono di strumenti avanzati di sorveglianza, altre di dati frammentati o difficilmente reperibili. Questo limita la disponibilità di un quadro nazionale aggiornato e comparabile, essenziale per orientare prevenzione e valutare gli interventi.

Nonostante ciò, emergono esperienze regionali che possono rappresentare modelli di riferimento, con sistemi di sorveglianza avanzati, screening mirati e percorsi integrati tra servizi territoriali e specialistici, capaci di migliorare identificazione dei casi e continuità assistenziale nei contesti più vulnerabili.

Nel complesso, è necessario rafforzare il coordinamento tra livello nazionale e regionale per definire strategie efficaci di prevenzione e controllo dell'epatite B e della co-infezione con virus Delta.

È prioritario sviluppare percorsi assistenziali condivisi, integrare servizi territoriali e specialistici e potenziare la raccolta e analisi dei dati epidemiologici, oltre a consolidare programmi di screening mirati con collegamento efficace a diagnosi, cura e follow-up.

Al tempo stesso, i setting indagati (SerD, istituti penitenziari, centri per migranti e servizi trasfusionali) presentano limiti strutturali che li rendono poco adatti, da soli, a sostenere una prevenzione efficace e continuativa. Sarà quindi necessario sviluppare nuovi modelli assistenziali, favoriti anche dall'introduzione di terapie a durata finita, lasciando aperte prospettive per future analisi e ricerche, comprese quelle relative ai percorsi assistenziali associati alle future innovazioni terapeutiche per l'HBV.

In questa ottica, un sistema più uniforme e coordinato rappresenta un passaggio cruciale per ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso a prevenzione e cure e contribuire agli obiettivi internazionali di eliminazione delle epatiti virali.

La valorizzazione e diffusione delle esperienze regionali più avanzate come buone pratiche può rafforzare ulteriormente le politiche sanitarie in questo ambito.



Associazione EpaC - ETS
Via Serrano 24, 10141 - Torino
Tel. 011 074 62 87

Numero Verde
800031657