



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 - Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

A:
ASSESSORATI ALLA SANITÀ REGIONI
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITÀ PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

e, per conoscenza
UFFICI DI SANITÀ MARITTIMA, AEREA
E DI FRONTIERA – SERVIZI ASSISTENZA SANITARIA
PERSONALE NAVIGANTE (USMAF-SASN)
LORO SEDI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
ROMA

REGIONE VENETO – ASSESSORATO ALLA SANITÀ
DIREZIONE REGIONALE PREVENZIONE
COORDINAMENTO INTERREGIONALE DELLA
PREVENZIONE
francesca.russo@regione.veneto.it

coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

All. 1

OGGETTO: Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata, stagione 2018-2019.

Dalla stagione pandemica 2009-2010 è attiva in Italia la sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza confermata ⁽¹⁾, che si ritiene opportuno continuare a mantenere attiva anche durante la stagione 2018-2019. Si ribadisce l'importanza di sorvegliare le forme gravi e complicate di influenza confermata, secondo la definizione di caso sotto riportata, e **si raccomanda di dare**

¹ http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/31217_1.pdf

ampia diffusione della presente a tutte le UTI del territorio sollecitando la loro partecipazione alla sorveglianza.

Pertanto, si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, **inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2)**, a tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sotto riportate) ricoverati in UTI e/o sottoposti ad ECMO.

Definizione di forme gravi e complicate di influenza confermata

Tutte le forme di:

- gravi infezioni respiratorie acute (**SARI**) ricoverate in Unità di Terapia Intensiva (UTI) e/o il ricorso alla terapia in ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, in italiano Ossigenazione Extracorporea a Membrana), in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale;
- sindromi da distress respiratorio acuto (**ARDS**) ricoverate in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Identificazione dei pazienti con SARI e ARDS

Ogni paziente ricoverato in UTI e/o sottoposto ad ECMO, la cui sintomatologia suggerisce un quadro di SARI o ARDS, deve essere segnalato tramite la scheda di notifica in **Allegato 1**.

Definizione di SARI

Paziente ospedalizzato di qualsiasi età con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale
- e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti il ricovero in ospedale.

Definizione di ARDS

Paziente ospedalizzato di qualsiasi età con:

- sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare

extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, riduzione della "*compliance*" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti, dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno.

Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO₂/FiO₂ inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

Trattandosi di infezioni delle basse vie aeree, oltre al tampone faringeo e/o nasale, è opportuno procedere anche con la raccolta di campioni di lavaggio bronco-alveolare (BAL) per la ricerca di virus influenzali. La raccolta del materiale biologico deve avvenire adottando le precauzioni standard ed i DPI previsti per la protezione delle mucose e delle vie respiratorie.

Segnalazione dei casi ed invio dei campioni

La segnalazione dei casi gravi e complicati di influenza confermata deve essere inviata tempestivamente a questo Ministero, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, (Ufficio 5 – Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale) e all'Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento di Malattie Infettive), tramite la loro registrazione sul sito web <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx> e copia dell'apposita scheda (**Allegato 1**) dovrà essere inviata a malinf@sanita.it e a sorveglianza.influenza@iss.it.

Si rammenta che tutti i casi di influenza con conferma di laboratorio devono essere segnalati con le modalità di notifica previste dal D.M. 15 dicembre 1990 per le malattie della Classe I e si raccomanda la corretta compilazione dei certificati di morte in cui menzionare l'influenza, ove accertata.

Permangono inoltre le raccomandazioni di far pervenire un campione biologico per i casi gravi e complicati confermati da virus influenzale, entro le 48-72 ore dal prelievo, al Centro Nazionale per la sorveglianza virologica dell'influenza (NIC, Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299 – 00161 Roma; e-mail: flulab@iss.it), previo accordo, per le opportune caratterizzazioni virologiche e il rilevamento di eventuali mutazioni associate a virulenza, nel caso di infezioni da:

- a) virus sottotipizzato A(H1N1)pdm09, A(H3N2) o virus B in soggetti non appartenenti a categorie a rischio, ossia con età <65 anni e non aventi patologie concomitanti o croniche favorevoli le complicanze, come indicato in Allegato 1.
- b) virus influenzali di tipo A di altro sottotipo o comunque non sottotipizzabili come A(H1N1)pdm09 e A(H3N2) in circolazione nella popolazione umana.

Il Direttore Generale
*f.to Dott. Claudio D'Amario

Il Direttore dell'Ufficio 5
Francesco Maraglino – 06.5994.3515

Referente ufficio 1
Anna Caraglia – 06.5994.3925

** firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.lgs. n. 39/1993*

Deficit immunitari	Si __	No __	Non noto __
Malattie respiratorie	Si __	No __	Non noto __
Malattie renali	Si __	No __	Non noto __
Malattie metaboliche	Si __	No __	Non noto __
Obesità BMI tra 30 e 40	Si __	No __	Non noto __
Obesità BMI>40	Si __	No __	Non noto __

Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |_____| Confermato per: |__| A(H1N1)pdm09
 |__| A(H3N2)
 |__| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)
 |__| A/Altro sottotipo |_____|
 |__| B

Data conferma del laboratorio: |_____|

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|__| No|__| se sì, Data di invio: |_____|

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| Eseguita radiografia: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite influenzale primaria: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite batterica secondaria: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite mista: Si|__| No|__| Non noto|__|

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI)¹: Si|__| No|__| Non noto|__|

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)²: Si|__| No|__| Non noto|__|

Altro, specificare: Si|__| No|__| Non noto|__| _____

Esito e Follow-up

Esito:	Guarigione	__	Data:	_____
	Decesso	__	Data:	_____
	Presenza esiti	__	Specificare	_____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2), per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).

Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza presso L'ISS, previa comunicazione tramite flulab@iss.it ed entro 48-72 ore dal prelievo, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorevoli le complicanze o in caso di virus di tipo A non sottotipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2).

¹ **Definizione di caso di SARI:** un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

² **Definizione di ARDS:** paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO₂/FIO₂ inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.