Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE SANITARIE

Ex 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

Ufficio di Gabinetto
Sede

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 da virus influenzale confermate in laboratorio, stagione 2024-2025.

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 2024-2025.

[1] https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=4246&area=influenza&menu=vuoto

Si sottolinea l'importanza di sorvegliare le forme gravi e complicate di influenza confermata secondo la definizione sotto indicata e si **raccomanda di dare ampia diffusione della presente a tutte le UTI del territorio sollecitando la loro partecipazione alla sorveglianza.**

Pertanto, si evidenzia l'esigenza 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)** e il **lineage** per i virus di **tipo B (Yamagata** e **Victoria),** 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 febbricola, 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 PaOz/FiOz 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, Ex 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** (la scheda di raccolta dati dei casi gravi sarà integrata, a breve, all'interno del sistema di sorveglianza dei virus respiratori RespiVirNet: respivirnet.iss.it) e copia dell'apposita scheda (**Allegato 1**) dovrà essere inviata a **malinf@sanita.it**.
É possibile segnalare nella piattaforma web della sorveglianza i casi gravi con data di inizio sintomi a partire dal 1° ottobre 2024.

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 e previo accordo, al Centro Nazionale OMS per la sorveglianza virologica dell'influenza (**National Influenza Centre/NIC**, Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299 – 00161 Roma; e-mail: **flulab@iss.it**), per le opportune caratterizzazioni virologiche e il rilevamento di eventuali mutazioni associate a virulenza, nel caso di infezioni da:

- 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 favorenti le complicanze, come indicato in Allegato 1.

Qualora il campione venisse inviato ai laboratori periferici afferenti alla rete nazionale RespiVirNet, si raccomanda a questi laboratori di condurre le suddette opportune indagini e di far pervenire al NIC/ISS i risultati ottenuti.

Si ricorda infine di contattare e far pervenire tempestivamente al NIC/ISS un campione biologico di tutti gli eventuali casi di influenza di sospetta origine animale, associati a rilevamento di virus influenzali di **tipo A non sottotipizzabili** come A(H1N1)pdm09 e A(H3N2) in circolazione nella

popolazione umana, e casi di positività per **virus influenzali aviari** (es. A/H5, A/H7, A/H9) o **suini** (A/H3N2v, A/H1N1v), ossia di **tipo A/altro sottotipo**. In accordo a normative nazionali e internazionali, oltre alla segnalazione alle autorità sanitarie locali e regionali, i casi di influenza zoonotica devono essere tempestivamente segnalati al NIC/ISS in quanto referente del WHO per la conferma diagnostica e per l'invio del campione clinico/virus al WHO-Centro Collaborativo di Londra, nell'ambito dei programmi di sorveglianza virologica WHO/GISRS.

Il Direttore Generale
Francesco VAIA

FRANCESCO
VAIA
20.12.2024
09:52:08
UTC

Il Capo Dipartimento
Maria Rosaria CAMPITIELLO

Maria
Rosaria
Campitiello
23.12.2024
13:11:49
GMT+01:00

Il Direttore dell'Ufficio 5:
Dott. Francesco Maraglino

Referente ufficio 1:
Dott.ssa Anna Caraglia
06 5994 3925