



# 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  
[GIOVANNA.FRISON@REGIONE.VENETO.IT](mailto:GIOVANNA.FRISON@REGIONE.VENETO.IT)

All. 1

**OGGETTO: Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata, stagione 2017-2018.**

Dalla stagione pandemica 2009/10 è attiva in Italia la sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza confermata <sup>(1)</sup>, che si ritiene opportuno continuare a mantenere attiva anche durante la stagione 2017/2018. 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**

<sup>1</sup> [http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/31217\\_1.pdf](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 considerato reclutabile.

### **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 PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 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> copia dell'apposita scheda (Allegato 1) dovrà essere inviata a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it) e a [sorveglianza.influenza@iss.it](mailto: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.

Si ricorda inoltre che permangono le raccomandazioni relative all'invio di un campione biologico per i casi gravi e complicati confermati da virus influenzale, 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 Allegato1.
- b) virus A di altro sottotipo, ossia risultante non appartenere ai sottotipi A(H1N1)pdm09 e A(H3N2).

**Il Segretario Generale**  
**\* Dott. Giuseppe Ruocco**

Il Direttore dell'Ufficio 5  
Francesco Maraglino – 0659943515

Referente ufficio 1:  
Anna Caraglia – 0659943925

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