



SEREMI

REGIONE
PIEMONTE

RespiVirNet

Sorveglianza
delle sindromi simil-influenzali
in Piemonte

EDIZIONE 2026

Dati stagione 2025 - 2026

Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people: a systematic review

J. Jefferson, D. Bhatti, A. Bhatti, M. Rivetti, C. D. P. P. V. D. M. S. C.

Summary
Background: Influenza vaccination of elderly individuals is recommended worldwide. Our aim was to review the evidence of efficacy and effectiveness of influenza vaccines in individuals aged 65 years or older.

Methods: We searched five electronic databases to December 2004, in any language, for randomised (n=5), controlled (n=49), and case-control (n=10) studies, assessing efficacy against influenza (reduction in laboratory-confirmed cases) or effectiveness against influenza-like illness (reduction in symptomatic cases). We expressed vaccine efficacy or effectiveness as a proportion, using the formula VE=1-relative risk (RR) or VE=1-odds ratio (OR). We analysed the following outcomes: influenza, influenza-like illness, hospital admissions, complications, and deaths.

Findings: In homes for elderly individuals (with good vaccine match and high viral circulation) the effectiveness of vaccines against influenza-like illness was 23% (95% CI 6-36) and non-significant against influenza (RR 1.01, 95% CI 0.43-2.51). Well-matched vaccines prevented pneumonia (VE 40%, 30-50) and hospital admission (VE 40%, 16-64) for and deaths from influenza or pneumonia (VE 42%, 17-59), and reduced all-cause mortality (VE 40%, 13-79). In elderly individuals living in the community, vaccines were not significantly effective against influenza (RR 0.19, 0.02-2.01), influenza-like illness (RR 1.45, 0.58-3.89), or pneumonia (RR 0.88, 0.64-1.20). Well-matched vaccines prevented hospital admission for influenza and pneumonia (VE 20%, 12-30) and all-cause mortality (VE 42%, 24-55). After adjustment for confounders, vaccine performance was improved for admission to hospital for influenza or pneumonia (VE* 27%, 21-33), respiratory diseases (VE* 22%, 15-28), and cardiovascular disease (VE* 24%, 15-30), and for all-cause mortality (VE* 47%, 35-54).

Interpretation: In long-term care facilities, where vaccination is most effective against complications, the aims of the vaccination campaign are fulfilled, at least in part. However, according to reliable evidence the usefulness of vaccines in the community is modest.

Introduction
Over the past four decades, vaccines have been used to reduce the effects of influenza in elderly individuals. In 2000, 40 of 51 developed or rapidly developing countries recommended vaccination for all individuals aged 65 or older*, and, in 2003, 290 million doses of

Methods
Search strategy
We searched electronic databases to Dec 31, 2004, for identity reports of single studies and systematic reviews published in any language. We searched the Cochrane Library, including the Cochrane Database

RESPIVIRNET

Sorveglianza delle sindromi simil-influenzali in Piemonte

Rapporto stagione 2025/2026 (ed. 2026)

a cura di

Annalisa Finesso, Fabio Zottarelli, Daniela Lombardi, Chiara Pasqualini

(SEREMI ASL AL – DAIRI AOU AL)

Annamaria Gastone

(DIRMEI ASL CdT)

si desidera ringraziare

la Rete dei medici sentinella MMG e PLS

Sorveglianza RespiVirNet del Piemonte

**I Laboratori di riferimento regionale per la Sorveglianza virologica dell'influenza
affidenti alla rete RespiVirNet dell'ISS**

Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Amedeo di Savoia
(ASL Città di Torino)

Laboratorio Microbiologia e Virologia U del Presidio Ospedaliero Molinette
(AOU Città della Salute e della Scienza di Torino)

SOMMARIO

EVIDENZE E RACCOMANDAZIONI	PAG. 4.
LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI RESPIRATORIE VIRALI IN PIEMONTE	PAG. 5
DATI RESPIVIRNET IN PIEMONTE STAGIONE 2025 - 2026	PAG. 6
RespiVirNet: popolazione sorvegliata in Piemonte	PAG. 6
Sorveglianza epidemiologica RespiVirNet Piemonte	PAG. 7
Sorveglianza virologica RespiVirNet Piemonte	PAG. 8
MONITORAGGIO DELL'ANDAMENTO DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE DI INFLUENZA	PAG. 11

EVIDENZE	RACCOMANDAZIONI
Nella stagione 2025-2026 si è registrata una crescita generale delle infezioni respiratorie acute (+4,5% dei casi stimati rispetto alla stagione precedente), dovuta anche l'adozione della nuova definizione introdotta a livello nazionale di infezione respiratoria acuta (ARI). Il picco epidemico è stato raggiunto precocemente nella settimana 51 del 2025, registrando un'incidenza di 19 casi ogni 1.000 assistiti associata a un livello di intensità alto, e anticipando di circa un mese il picco della stagione passata. La fascia d'età 0-4 anni ha fatto registrare l'incremento di incidenza cumulativa più marcato (da 38,2 a 58,6 per 100 abitanti), mentre la fascia 5-14 anni ha raggiunto i livelli di intensità definiti "molto alti" tra la settimana 50 e la 51 del 2025. Il Rhinovirus è risultato il patogeno più frequentemente isolato (29%), seguito dai virus influenzali (24%) e dal Virus Respiratorio Sinciziale - RSV (15%). I diversi virus respiratori hanno mostrato curve epidemiche parzialmente sfalsate: in autunno la circolazione è stata sostenuta soprattutto da Rhinovirus e SARS-CoV-2, a cui sono seguiti i Virus Influenzali con un picco a fine anno. Successivamente, in inverno, si è intensificata la circolazione dell'RSV, mentre il Metapneumovirus ha raggiunto il picco in primavera, a fine marzo. Sebbene il ceppo influenzale dominante sia stato l'A(H3N2), la tipizzazione dei casi gravi ha evidenziato una netta prevalenza del ceppo A(H1N1)pdm09 (10 su 14 casi tipizzati), confermandone la maggiore severità clinica. La popolazione di età ≥65 anni ha interessato: oltre la metà dei casi gravi (15/25), la totalità delle comorbidità rilevate, 11 dei 17 pazienti intubati e 3 dei 5 decessi totali.	Al fine di soddisfare i criteri di rappresentatività imposti dal nuovo Piano pandemico per la sorveglianza RespiVirNet, risulta essenziale potenziare la rete dei medici sentinella (MMG e PLS) a livello regionale, colmando i divari territoriali per il pieno raggiungimento degli obiettivi di copertura. È fondamentale mantenere e ottimizzare l'uso dei test molecolari multiplex sindromici nei contesti ospedalieri e di pronto soccorso, al fine di mappare con precisione e immediatezza i patogeni circolanti nella popolazione e intercettare tempestivamente eventuali nuovi patogeni emergenti. Per assicurare il pieno allineamento alle linee guida nazionali e dell'ECDC, è fondamentale mantenere una stretta integrazione tra i dati epidemiologici territoriali, la sorveglianza virologica di laboratorio e il monitoraggio delle forme gravi, valorizzando i flussi informativi regionali coordinati da SEREMI e DIRMEI. Considerando che una quota rilevante dei casi gravi ha interessato soggetti non vaccinati, è fondamentale intensificare l'offerta della vaccinazione antinfluenzale e anti-SARS-CoV-2 ai soggetti over 65 e con comorbidità.

LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI RESPIRATORIE VIRALI IN PIEMONTE

In Italia, la sorveglianza delle sindromi simil-influenzali (le cosiddette ILI, *Influenza-Like Illness*) è stata attivata in via sperimentale nel 1999, per poi diventare operativa su scala nazionale nel 2000 attraverso un accordo ratificato in Conferenza Stato-Regioni. A partire dalla stagione 2017-2018, il sistema InFluNet ha perfezionato la propria struttura integrando pienamente la componente epidemiologica con quella virologica. Dalla stagione 2023-2024 InFluNet è diventato **RespiVirNet, il sistema nazionale per la sorveglianza integrata delle infezioni respiratorie acute (ARI)**, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Ministero della Salute. La sorveglianza si basa su una rete di medici sentinella (MMG e PLS) che segnalano settimanalmente i casi di infezione respiratoria acuta e raccolgono campioni biologici per l'identificazione dell'agente virale. I laboratori RespiVirNet regionali e il Centro Nazionale per l'Influenza dell'ISS eseguono le analisi virologiche.

Dalla stagione influenzale 2009 – 2010, è attivo in Italia il **monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza stagionale**. Questa sorveglianza ha l'obiettivo di raccogliere dati sulle forme gravi di influenza a livello nazionale. Le Regioni sono tenute a segnalare, all'Istituto Superiore di Sanità, i casi gravi e complicati di influenza confermata in laboratorio, in pazienti con ricovero in Unità di Terapia Intensiva (UTI) e/o il ricorso alla terapia in Ossigenazione Extracorporea a Membrana (ECMO).

In **Piemonte, il Sistema di sorveglianza InFluNet, successivamente diventato RespiVirNet, è attivo dal 2000** e monitora le infezioni respiratorie acute nel periodo compreso da metà ottobre a metà aprile di ogni anno applicando i protocolli operativi redatti annualmente dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute. **A livello regionale, la gestione del sistema di sorveglianza RespiVirNet fa capo al SEREMI dell'ASL AL che coordina anche le attività della sorveglianza delle forme gravi e complicate di influenza in collaborazione con il DIRMEI dell'ASL Città di Torino.** I laboratori di riferimento regionale per la sorveglianza virologica dei ceppi virali circolanti nella stagione influenzale sono il Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL Città di Torino e il Laboratorio di Microbiologia e Virologia U dell'Ospedale Molinette della AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Nella stagione 2025-2026, **la definizione di caso utilizzata dal sistema di sorveglianza RespiVirNet ha subito una modifica sostanziale**, per allinearsi agli standard europei definiti dall'ECDC e per permettere al sistema di monitorare i principali virus respiratori in circolazione. Il cambiamento principale è consistito nel **passaggio da sorveglianza delle sindromi simil-influenzali (ILI) a sorveglianza delle infezioni respiratorie acute (ARI)**. La nuova definizione clinica di "infezione respiratoria acuta (ARI)" adottata per la stagione 2025-2026 ricomprende la sussistenza delle seguenti condizioni: insorgenza improvvisa dei sintomi; almeno uno dei seguenti quattro sintomi respiratori: tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria o corizza (raffreddore/naso che cola); giudizio clinico del medico curante che l'affezione sia riconducibile a un'infezione.

DATI RESPIVIRNET IN PIEMONTE STAGIONE 2025 - 2026**RespiVirNet: popolazione sorvegliata in Piemonte**

Il nuovo **"Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029"**, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 15 giugno 2026, identifica la sorveglianza integrata come elemento chiave per la gestione delle emergenze da patogeni respiratori. Il Piano **valorizza il ruolo di RespiVirNet**, integrandolo con altre fonti di dati come il sistema PREMAL, il monitoraggio delle acque reflue e la sorveglianza genomica e **stabilisce che, per garantire la qualità, la rappresentatività statistica e la tempestività del monitoraggio su tutto il territorio nazionale, ogni regione debba raggiungere una copertura minima della popolazione sorvegliata pari al 4% per ciascuna fascia d'età e per ogni ASL.**

Nel periodo compreso tra ottobre 2025 e aprile 2026, **la sorveglianza RespiVirNet in Piemonte ha coinvolto complessivamente 90 medici sentinella a livello regionale, garantendo la partecipazione di tutte le ASL.** In media, i medici segnalatori sono stati 87 a settimana, con un minimo di 77 e un massimo di 90 medici partecipanti. Rispetto alla stagione 2024-2025, l'attività di monitoraggio ha mostrato una **maggiore costanza** con un numero minimo di partecipanti attivi durante le 28 settimane di osservazione passato dai 72 della stagione 2024-2025 ai 77 della stagione 2025-2026.

Durante l'ultima stagione (2025 – 2026) la **copertura media della popolazione sorvegliata è stata complessivamente del 3%**, attestandosi al **3,5% per la fascia pediatrica** e al **2,9% per quella adulta** (Tabella 1).

Tabella 1. Numero di MMG e PLS che hanno aderito a RespiVirNet nella stagione 2025 – 2026 e % di copertura

ASL	Stagione 2025-2026	
	Medici sentinella	% copertura
ASL AL	11	3,9%
ASL AT	3	2,4%
ASL BI	10	9,6%
ASL CN1	7	2,4%
ASL CN2	3	2,3%
ASL NO	5	2,0%
ASL CITTÀ DI TORINO	25	4,3%
ASL TO3	9	2,3%
ASL TO4	1	0,3%
ASL TO5	6	2,9%
ASL VC	5	4,1%
ASL VCO	5	4,8%
REGIONE	90	3,1%

Nella stagione 2025–2026, la soglia di copertura minima del 4% è stata raggiunta solo in 5 delle 12 ASL regionali. Si evidenzia una marcata eterogeneità nella distribuzione territoriale della rete di sorveglianza. Tale variabilità deriva dai criteri storici definiti a livello nazionale, che fino alle stagioni passate richiedevano una rappresentatività su scala regionale anziché per singola ASL e classi d'età.

Sorveglianza epidemiologica RespiVirNet Piemonte: stagione 2025-2026

Nell'ultima stagione (2025-2026) si è registrata una crescita delle infezioni respiratorie acute rispetto alla precedente, con un incremento dei casi totali stimati pari al 4,5%. L'aumento maggiore si è osservato nella fascia d'età 0-4 anni, che registra una variazione dell'incidenza cumulativa da 38,2 a 58,6 per 100 abitanti. La fascia 15-64 anni, pur confermandosi quella con il numero assoluto di casi più elevato, mostra una crescita meno marcata, mentre la popolazione ≥65 anni presenta una sostanziale stabilità (Tabella 2).

È opportuno tenere presente nel confronto tra le due stagioni che l'adozione, a partire dalla stagione 2025-2026, della definizione più ampia di infezione respiratoria acuta (ARI) rispetto alla precedente sindrome simil-influenzale (ILI) potrebbe aver contribuito all'aumento dei casi segnalati.

Tabella 2. Incidenza delle sindromi simil-influenzali in Piemonte per classi di età (stagione 2025 - 2026)

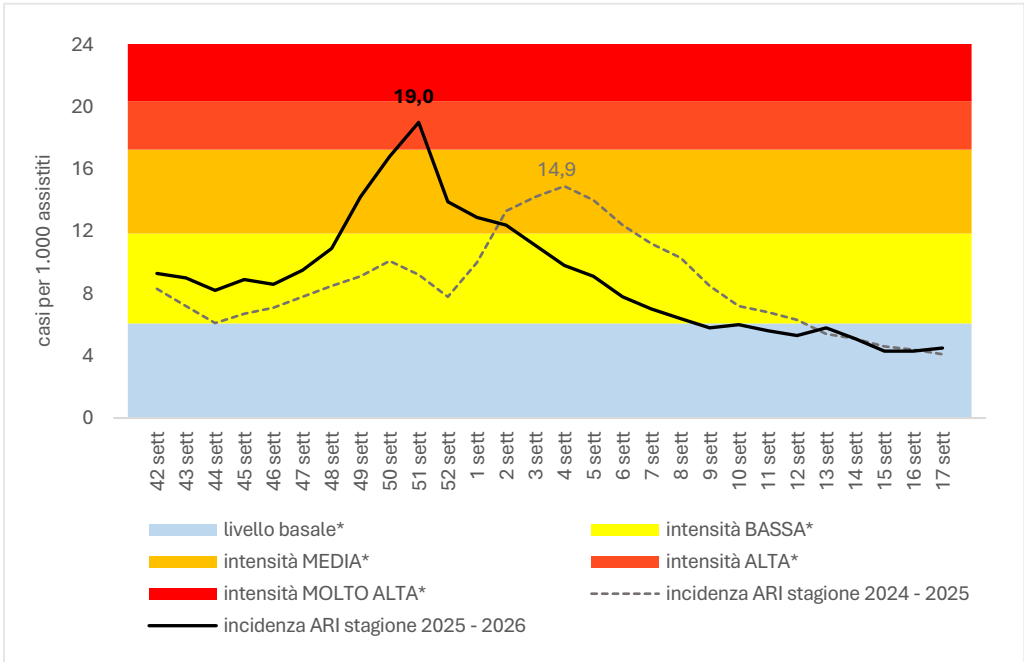
Classi di età	Numero complessivo casi stimati		Incidenza cumulativa stagionale x 100 abitanti		Incidenza settimanale massima x 1.000 assistiti	
	2024 - 2025	2025 - 2026	2024 - 2025	2025 - 2026	2024 - 2025	2025 - 2026
0-4 anni	51.907	79.582	38,2	58,6	33,8	56,9
5-14 anni	79.624	84.408	21,4	24,0	21,2	28,4
15-64 anni	723.060	736.757	27,5	28,0	15,8	19,7
≥65 anni	174.740	176.210	15,5	15,6	10,2	10
TOTALE	1.023.171	1.069.523	24,1	25,1	14,9	19

Il Grafico 1 mette a confronto l'andamento delle infezioni respiratorie acute in Piemonte nelle ultime due stagioni. Le soglie dei livelli di intensità dell'incidenza delle ARI vengono calcolati per il livello regionale tramite il Moving Epidemic Method (MEM) sviluppato dall'ECDC.

Nella stagione 2025–2026, il picco dell'epidemia è stato raggiunto precocemente, nella **settimana 51 del 2025**, con un'incidenza di **19 casi ogni 1.000 assistiti**, che ha fatto registrare un livello di intensità alto. Dall'ultima settimana del 2025, l'incidenza ha iniziato a diminuire progressivamente: dopo due settimane (settimana 3 del 2026) l'intensità è scesa al livello basso, per poi raggiungere il livello basale a partire dalla settimana 10.

Grafico 1

Andamento dell'incidenza delle ARI per livello di intensità in Piemonte (stagioni 2024 – 2025 e 2025 - 2026)

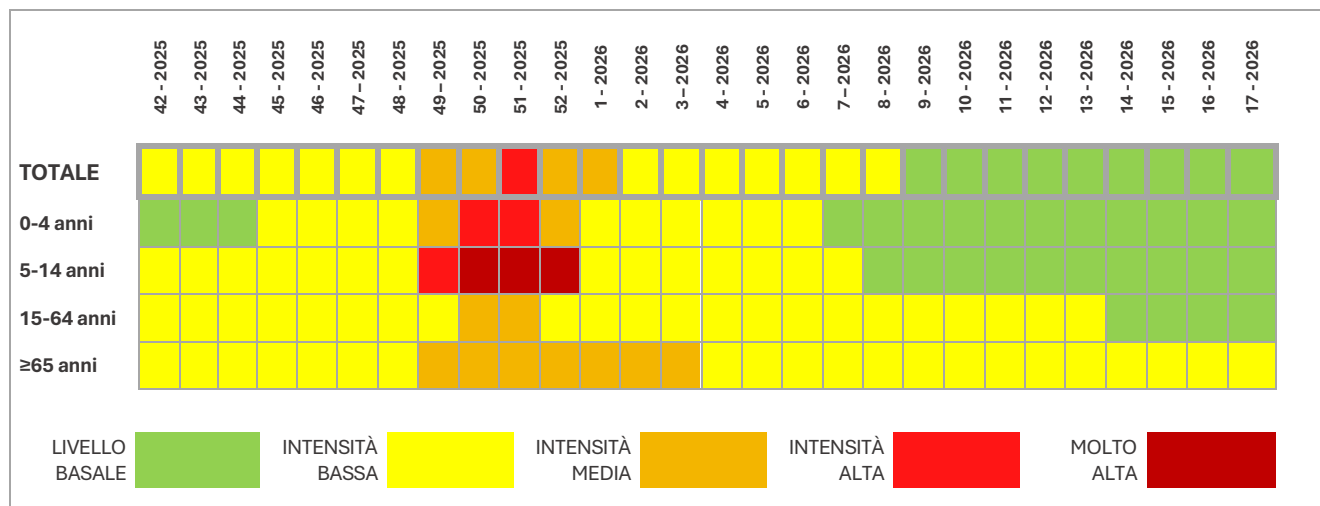


Nella precedente **stagione 2024–2025**, il **picco si è verificato circa un mese dopo** (settimana 4 del 2025), attestandosi su un **valore inferiore** (14,9 casi ogni 1.000 assistiti) e mantenendo **un livello di intensità mai superiore al medio**.

Durante la stagione 2025–2026, l'andamento delle infezioni respiratorie acute in Piemonte ha evidenziato una circolazione virale differenziata per classi d'età come mostrato nella Figura 1. La fascia d'età **5-14 anni** ha fatto registrare i **livelli di intensità più elevati**, raggiungendo il livello di "molto alta" nelle settimane 50 e

51 del 2025. Analogamente, la popolazione pediatrica sotto i 4 anni ha raggiunto il picco di intensità alta nella settimana 51 del 2025, mantenendo una circolazione di intensità media nelle settimane immediatamente precedenti e successive. Le fasce d'età adulta (15-64 anni) e anziana (≥ 65 anni) non hanno superato mai il livello di intensità media. Nello specifico, **nella popolazione over 65 si è registrata una circolazione virale costante di intensità media dalla settimana 49 del 2025 fino alla settimana 3 del 2026.**

Figura 1. Livelli di intensità delle ARI in Piemonte per classi di età (stagione 2025 - 2026)



Sorveglianza virologica RespiVirNet Piemonte: stagione 2025-2026

Nel periodo compreso tra la settimana 42 del 2025 e la settimana 17 del 2026, la **sorveglianza** epidemiologica RespiVirNet è stata integrata con i dati di quella **virologica** coordinata dai due centri di riferimento regionali: il Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL Città di Torino e il Laboratorio della S.C. Microbiologia e Virologia Universitario dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Nel corso della stagione sono stati analizzati complessivamente **5.064 tamponi** prelevati da pazienti con sintomi riconducibili a un'infezione respiratoria acuta. Di questi 2.203 sono stati analizzati dal Laboratorio della S.C. Microbiologia e Virologia Universitario dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e 2.861 dal Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL Città di Torino.

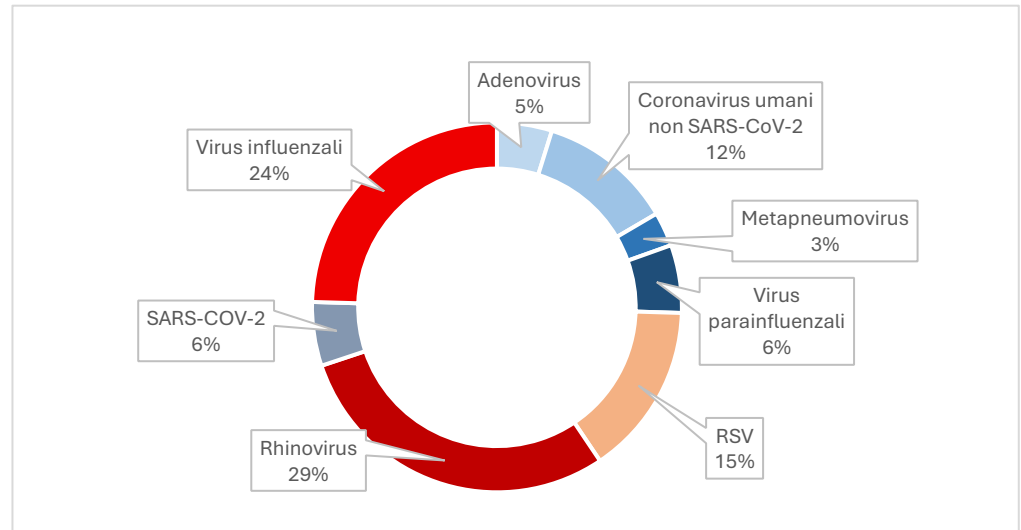
Dei **5.064** campioni totali analizzati, **3.566** sono stati processati tramite test molecolari multiplex estesi (mirati a Virus Influenzali, Parainfluenzali, RSV, Rhinovirus, Adenovirus, SARS-CoV-2, Coronavirus umani endemici e Metapneumovirus), mentre **1.498** sono stati testati con un pannello multiplex ridotto (limitato a Virus Influenzali, RSV e SARS-CoV-2).

Nel corso della stagione si è registrata una frequenza complessiva di positività ad almeno un virus respiratorio pari al **50%**, con un picco massimo del **57%** raggiunto tra l'**8 e il 14 dicembre 2025** (corrispondente alla settimana 50) e valori minimi (inferiori all'1%) registrati nella seconda metà di ottobre.

La distribuzione degli agenti eziologici rilevati mediante diagnostica molecolare multiplex estesa, riportata nel grafico 2, evidenzia una **netta prevalenza del Rhinovirus**, patogeno più frequentemente identificato (29%). Seguono, per frequenza, i **virus influenzali (24%)**, a conferma del loro ruolo determinante nell'andamento delle infezioni respiratorie stagionali, e il **Virus Respiratorio Sinciziale (15%)**. Il SARS-CoV-2 (129 casi) ha mostrato una circolazione residuale rispetto a quella dei tre agenti sopra citati.

Grafico 2.

Frequenza dei patogeni virali sul totale delle positività riscontrate con test molecolare multiplex esteso (stagione 2025-2026)

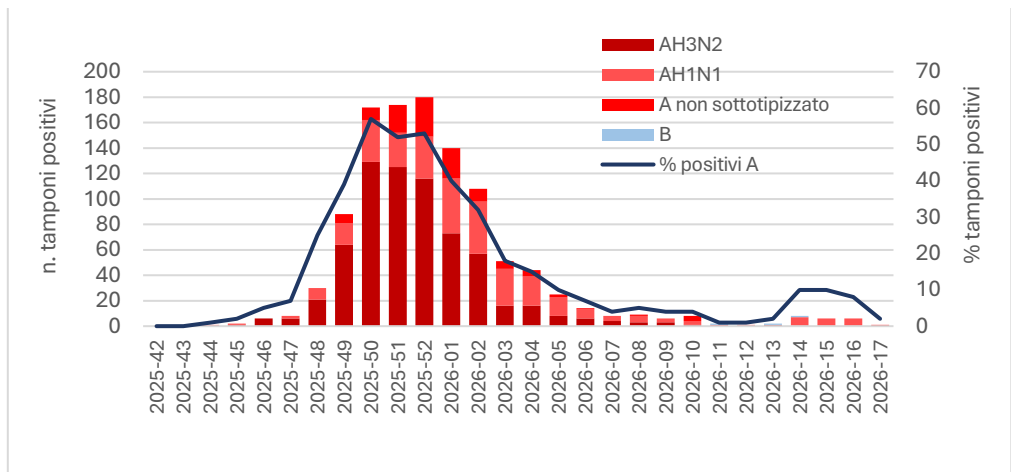


Dei 5.064 campioni pervenuti dai due Laboratori di riferimento regionali, **1.099 sono risultati positivi per influenza** (22%). La quota più elevata di positività è stata registrata nella seconda settimana di dicembre 2025, con il 57% dei campioni analizzati risultato positivo. Il virus di tipo A ha rappresentato la quasi totalità dei casi tipizzati: il **sottotipo A(H3N2), con 656 riscontri**, si è confermato il ceppo dominante della stagione, mentre **A(H1N1)pdm09 ha contribuito in misura minore** alla circolazione virale (316 identificazioni). Il **virus di tipo B ha avuto una presenza del tutto marginale** (3 identificazioni).

A partire dall'ultima settimana di febbraio la fase discendente dell'epidemia ha subito una accelerazione, con una riduzione sia del numero assoluto di tamponi positivi sia delle percentuali di positività. Il calo è proseguito fino alle ultime settimane di aprile, segnando la conclusione della fase epidemica stagionale (Grafico 3).

Grafico 3.

Andamento settimanale delle positività ai virus influenzali distinti per tipo/sottotipo (stagione 2025-2026)

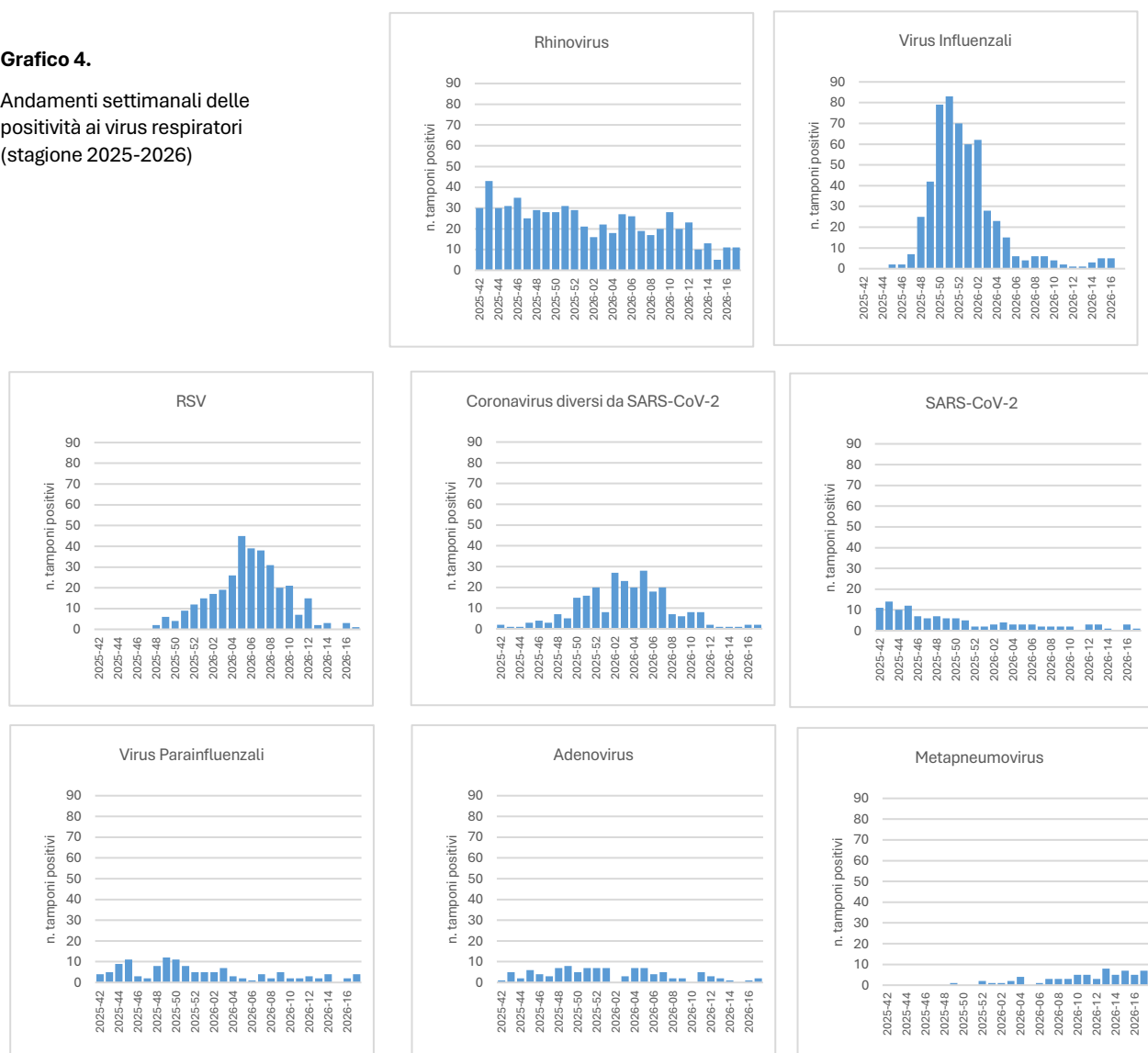


Nel grafico 4 sono riportati gli andamenti dei singoli patogeni virali identificati. Nella stagione 2025-2026 i principali virus respiratori hanno circolato in periodi diversi, con curve epidemiche che si sono sovrapposte solo in parte. **In autunno la circolazione è stata sostenuta soprattutto dal Rhinovirus e SARS-CoV-2**: il Rhinovirus ha raggiunto i valori settimanali più alti dell'intera stagione nella seconda metà di ottobre; il SARS-CoV-2 ha avuto una circolazione moderata, con un massimo di casi nello stesso periodo, per poi diminuire gradualmente fino a valori prossimi allo zero. **Da fine novembre si è registrato un rapido aumento dei virus influenzali che sono rimasti su livelli elevati fino a metà gennaio** per poi diminuire rapidamente nelle settimane successive. In corrispondenza della **riduzione dei Virus Influenzali**, la **circolazione di RSV e dei Coronavirus umani diversi dal SARS-CoV-2 si è intensificata**. L'RSV è cresciuto nella seconda metà di

gennaio e ha raggiunto il picco tra fine gennaio e inizio febbraio, circa un mese e mezzo dopo quello influenzale. In primavera è aumentato il **Metapneumovirus**, rimasto quasi assente durante l'inverno, con un **massimo di riscontri a fine marzo**. I virus parainfluenzali e l'Adenovirus sono rimasti su valori contenuti per tutta la stagione.

Grafico 4.

Andamenti settimanali delle positività ai virus respiratori (stagione 2025-2026)



MONITORAGGIO DELL'ANDAMENTO DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE DI INFLUENZA

Nel periodo compreso tra metà ottobre 2025 e fine aprile 2026, sono stati segnalati all'Istituto Superiore di Sanità **86 casi di influenza complicata**, di cui **25 sono risultati corrispondenti alla definizione di caso** stabilita dal protocollo del Monitoraggio delle forme gravi e complicate di influenza stagionale attivo in Italia dalla stagione pandemica 2009 - 2010.

Dal punto di vista clinico, **l'infezione respiratoria acuta grave (SARI) è stata riportata in 17 casi**, mentre la **sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) in 11 casi**. Il supporto ventilatorio invasivo (**intubazione**) è stato necessario per **17 pazienti**, mentre **non si sono osservati casi trattati con ECMO** (Tabella 3).

La presenza di **comorbidità** è stata rilevata in **21 pazienti**. Tra le patologie più frequenti rientrano le malattie cardiovascolari (14 casi), le malattie respiratorie croniche (7 casi) e le patologie metaboliche o neurologiche (5 casi). Sono inoltre state riscontrate in 3 pazienti coinfezioni batteriche o fungine.

La terapia farmacologica è stata somministrata in 18 casi su 25, mentre la vaccinazione antinfluenzale risulta non effettuata in 13 casi su 25 totali (in 5 casi il dato era non noto). Per quanto riguarda gli esiti, si registrano **5 decessi**.

La distribuzione dei casi per classi di età evidenzia una **marcata concentrazione nella fascia di età anziana (65 anni) che conta più della metà dei casi (15/25)**. Le comorbidità risultano aumentare con l'età, fino a interessare la totalità dei pazienti con più di 64 anni. In questa classe si osserva anche la maggiore gravità clinica, con un elevato ricorso alla ventilazione meccanica invasiva (11/15) e anche dei decessi (3/5 casi). I casi non vaccinati risultano 11 su 15 (in 3 casi il dato era non noto).

Tabella 3. Casi di forme respiratorie gravi e complicate di SARI in Piemonte per età e trattamento (stagione 2025 - 2026)

Classi di età	casi gravi osservati	terapia farmacologica	pazienti intubati	pazienti in ECMO	decessi
0-14 anni	2	0	0	0	0
15-44 anni	0	0	0	0	0
45-64 anni	8	6	6	0	2
≥65 anni	15	12	11	0	3
TOTALE	25	18	17	0	5

Sebbene il sottotipo A(H3N2) sia stato il prevalente a livello stagionale, la tipizzazione dei virus influenzali, effettuata su 14 dei 25 casi segnalati, ha evidenziato una netta **dominanza del tipo A(H1N1)pdm09** (10 su 14) maggiormente associato a forme gravi di malattia rispetto ad altri virus influenzali stagionali.