



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
SETTORE SALUTE
UFFICIO V - MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

TELEFAX

A

Prot.DGPREV.V/P/

TELEFAX

A \

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

e, per conoscenza

ALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
ROMA

ALL'UFFICIO DI GABINETTO
SEDE

AL COORDINAMENTO INTERREGIONALE PREVENZIONE
VIA T. ALDEROTTI 26/N – FIRENZE
FAX 055 4383127

Allegati 2

OGGETTO: Sorveglianza delle ospedalizzazioni, delle forme gravi e complicate e dei decessi della Nuova Influenza da virus influenzale A(H1N1)v e rilevazione della copertura vaccinale per il vaccino pandemico – Circolare 19 novembre 2009, precisazioni

A parziale integrazione della Circolare del 19 novembre 2009, n. DGPREV 0052279-P, relativa all'oggetto, si allegano alla presente le schede di rilevazione, già visibili sul sito <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>, che sostituiscono quelle precedentemente inviate:

- scheda per segnalazione settimanale via web dei **dati aggregati** di tutti i nuovi casi ospedalizzati con infezione confermata da virus A(H1N1)v;
- scheda **individuale** di raccolta dati relativi alle forme gravi e complicate e ai decessi di casi con diagnosi di virus influenzale A

Per ciò che concerne la scheda individuale di raccolta dati relativi alle forme gravi e complicate e ai decessi di casi con diagnosi di virus influenzale A, si richiama l'attenzione sul fatto che nelle schede è ora richiesto di specificare:

Ministero della Salute
DGPREV

0053508-P-26/11/2009

I.4.c.a.9/2009/14



55160569

- se è stato inviato un campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza dell'ISS;
- se disponibile, in caso di decesso, il certificato di morte in cui siano dettagliati causa iniziale, intermedia e terminale, nonché altri stati morbosi rilevanti che abbiano contribuito al decesso.

La scheda individuale di raccolta dati deve essere compilata per ciascun paziente ricoverato per una delle complicanze riportate nella Circolare del 19 novembre ed immediatamente inviata via Fax al numero 06 59943096 ed inserita nel sito <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>. per l'accesso al quale è necessario utilizzare le credenziali già assegnate a livello regionale.

Successivamente, ad esito della malattia noto, qualunque esso sia, la scheda sarà completata con tutte le informazioni inizialmente non disponibili, e rinviata con le stesse modalità sopra descritte.

Si ringrazia per la collaborazione

Dr.ssa A. Caraglia
Ufficio V

Il Direttore dell'Ufficio V

Dr.ssa Maria Grazia POMPA



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V Malattie Infettive

REGIONE _____

Scheda per la segnalazione settimanale (dal lunedì alla domenica) di casi ospedalizzati e dei decessi di influenza da virus A/H1N1
da parte del servizio territoriale competente _____

Periodo di riferimento (da lunedì a domenica): ____/____/____ - ____/____/____

	Totale casi 0-4 anni	Totale casi 5-14 anni	Totale casi 15-24 anni	Totale casi 25-34 anni	Totale casi 35-44 anni	Totale casi 45-54 anni	Totale casi 55-64 anni	Totale casi ≥65 anni	Età non nota
NUOVI casi ospedalizzati con infezione confermata da virus A/H1N1 nel periodo di riferimento									
- di cui in terapia intensiva/rianimazione									

	Totale casi 0-4 anni	Totale casi 5-14 anni	Totale casi 15-24 anni	Totale casi 25-34 anni	Totale casi 35-44 anni	Totale casi 45-54 anni	Totale casi 55-64 anni	Totale casi >65 anni	Età non nota
NUOVI decessi con infezione confermata da virus A/H1N1 nel periodo di riferimento									

I dati aggregati da tutti i servizi della Regione saranno registrati settimanalmente on line da parte dell'Assessorato alla Sanità sul sito <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>

Comunicato il: ____/____/____ (nella mattinata del martedì successivo al periodo di riferimento)



Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute

Allegato 2
(nota circ. 25.11.09)



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

Ufficio V – Malattie Infettive

**SCHEDA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE
E DEI DECESSI DI INFLUENZA DA VIRUS A**
[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dettagli di chi compila la scheda

Data segnalazione

Regione

ASL notifica

Dati compilatore

Nome

Cognome

telefono fisso

telefono cellulare

e-mail

Dettaglio anagrafica paziente

Iniziale NOME

Iniziale COGNOME

Sesso MF

Data di nascita se data nascita non disponibile, specificare età anni compiuti o età mesi

Comune di residenza

Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza? ☐ sì ☐ no ☐ non noto se sì, mese di gestazione

Informazioni cliniche

Data insorgenza primi sintomi

Ricovero ospedaliero: SINO Se sì, data ricovero

Se sì, nome dell'Ospedale:

Reparto (specificare): terapia intensiva//rianimazione(UTI) ☐ Intubato ☐ ECMO ☐
DEA/EAS ☐
Terapia sub intensiva ☐
Cardiochirurgia ☐
Malattie Infettive ☐
Altro ☐ (specificare)

Terapia Antivirale (Oseltamivir-Tamiflu/Zanamivir-Relenza): SINO

Se sì, data inizio terapia durata (giorni)

Presenza di patologie croniche?

☐ sì ☐ no ☐ non noto

se sì quali?

Tumore	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Diabete	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Malattie cardiovascolari	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Deficit immunitari	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Malattie respiratorie	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Malattie renali	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Malattie metaboliche	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Obesità BMI tra 30 e 40	☐	sì	☐	no	☐	non noto
Obesità BMI>40	☐	sì	☐	no	☐	non noto
altro	☐	sì	☐	no	☐	non noto

se altro, specificare: _____

Data del prelievo per conferma A(H1N1)v:

Confermato per A(H1N1)v: sì ☐ no ☐

Se sì, data di conferma A(H1N1)v:

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS: sì ☐ no ☐

Se presenza complicanze, specificare:

Data complicanza

Eseguita radiografia sì ☐ no ☐ non noto ☐

☐ Polmonite:

Polmonite influenzale primaria	sì	☐	no	☐	Non noto	☐
Polmonite batterica secondaria	sì	☐	no	☐	Non noto	☐
Polmonite mista	sì	☐	no	☐	Non noto	☐

☐ Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI)

☐ Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (vedi definizione allegata)

Altro: _____

Follow-up

Esito:

Guarigione ☐ Data

Decesso ☐ Data

Se decesso, certificato di morte: sì ☐ no ☐

Se sì, specificare:

- causa iniziale: _____
- causa intermedia: _____
- causa terminale: _____
- altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso: _____

Definizione di ARDS: con il termine di ARDS si indica una forma di grave insufficienza respiratoria acuta, esito di una reazione del polmone verso cause di varia natura, che si manifesta come una 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. 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.