Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale

T E L E F A X

Prot. DGPREV: 0000747-P-12/01/2011

A:
ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

e, per conoscenza
UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA
E DI FRONTIERA
LORO SEDI

ALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
ROMA

OGGETTO: Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza stagionale 2010-2011.

Considerato l'andamento epidemiologico dell'influenza stagionale 2010-2011 nei Paesi europei, il Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (ECDC) ha sottolineato la necessità di mantenere alta l'attenzione nei confronti dei casi gravi e complicati e dei decessi da influenza.
Pertanto, anche per il nostro Paese, si ritiene opportuno:

- mantenere attiva la sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza , le cui condizioni prevedano il ricovero in UTI e, se necessario, il ricorso alla terapia in ECMO (introdotta con Circolare del 19 novembre 2009 e successiva integrazione con Circolare del 26 Novembre 2009 (http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/31217_1.pdf) il cui allegato 2 è stato aggiornato, secondo le indicazioni dell'ISS, per l'uso nella corrente stagione 2010-201, ed è riportato nella presente comunicazione);

Si ricorda che con Intesa Stato/Regioni del 5 Novembre 2009 è stata istituita la Rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus dell'influenza e l'eventuale utilizzo della terapia ECMO (http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?aggiornamenti=&attoCompleto=si&id=31445&page=&anno=null). In caso di necessità di informazioni/consulto per la

gestione di tali casi è possibile rivolgersi al call center dedicato 0039.2300065, attivo h 24/7gg;

- curare la corretta compilazione dei certificati di morte in cui menzionare l'influenza, ove accertata;

- l'invio di un campione biologico, per i casi gravi/decessi confermati da virus influenzali, al Laboratorio Nazionale di Riferimento dell'ISS, secondo le modalità indicate nella Circolare 14 ottobre 2009 (http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/30535_1.pdf), per il monitoraggio di eventuale variabilità genetica virale.

Si rammenta che, ove diagnosticati in laboratorio, tutti i casi di influenza devono essere segnalati con le modalità di notifica previste dal D.M. 15 dicembre 1990 per le malattie della Classe I.

Si ribadisce, infine, la tempestività della notifica dei casi gravi e complicati di influenza, quali:

- gravi infezioni respiratorie acute (SARI);
- sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS)

a questo Ministero, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V – Malattie Infettive, tramite Fax 06 59943096 / e-mail malinf@sanita.it e la loro registrazione sul sito web https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx.

Si resta in attesa, inoltre, della comunicazione del numero di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate, pur se provvisorio, da registrare nella scheda ad hoc predisposta on-line su https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx, al fine di comunicare le coperture vaccinali all'ECDC.

IL CAPO DIPARTIMENTO
Dr. Fabrizio Oleari

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute

Ministero della Salute

allegato 2 aggiornato (Circolare01/2010)
SCHEDA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE
E DEI DECESSI DA VIRUS INFLUENZALI

Stagione 2010 - 2011

[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 |M| |F|

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 |__|

Vaccinato per influenza stagionale 2010-2011 ☐ sì ☐ no ☐ non noto
Vaccinato per influenza pandemica con vaccino adiuvato, stagione 2009-2010 ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Informazioni cliniche

Data insorgenza primi sintomi |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Ricovero ospedaliero: |SI| |NO| Se si, 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): |SI| |NO|
Se si, 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: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Confermato per: A(H1N1)v: si |__| no |__|
A(H1N1): si |__| no |__|
A(H3N2): si |__| no |__|
B: si |__| no |__|

Data di conferma: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS: si |__| no |__|

Se presenza complicanze, specificare:
Data complicanza |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Eseguita radiografia si ☐ no ☐ non moto ☐

☐ 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: si |__| 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 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.