



Volume 22 - Numero 11
Novembre 2009
ISSN 0394-9303

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

L'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare

L'Istituto Superiore di Sanità partecipa
alla settimana internazionale
per l'accesso aperto all'informazione

Centro Nazionale per la Ricerca
e la Valutazione dei Prodotti Immunobiologici



il progetto cuore

La Carta del rischio
cardiovascolare
nella pratica clinica

www.cuore.iss.it



Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - 70% - DCB Roma

www.iss.it

Inserito **BEN**

Bollettino Epidemiologico Nazionale

**Influenza da virus A/H1N1v:
la sorveglianza epidemiologica in Italia**

**"Carissimo Pinocchio: una scuola che promuove la salute".
L'esperienza nelle scuole della provincia di Milano
(2008-09)**



SORVEGLIANZE NAZIONALI

INFLUENZA DA VIRUS A/H1N1v: LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA IN ITALIA

Caterina Rizzo, Antonino Bella, Maria Cristina Rota, Maria Grazia Caporali, Valeria Alfonsi, Emanuela Mollo, Thomas Seyler, Gloria Nacca, Alessia Ranghiasi, Stefania Giannitelli, Simona De Santis, Susanna Lana, Patrizia Carbonari, Stefania Salmaso e Silvia Declich
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dall'inizio della diffusione a livello internazionale del nuovo virus influenzale A/H1N1v (1), in Italia sono state rafforzate ed avviate una serie di attività per migliorare la sorveglianza epidemiologica dell'influenza. Tali attività hanno riguardato la prosecuzione della sorveglianza sentinella (Influnet) oltre la 17° settimana e l'istituzione di sistemi di sorveglianza *ad hoc*, attraverso la pubblicazione di Circolari Ministeriali, per descrivere il fenomeno sul territorio nazionale.

Nella fase iniziale dell'epidemia, per permettere l'identificazione dei primi casi importati ed il contenimento (2) della malattia attraverso la sorveglianza attiva dei contatti stretti dei casi confermati, veniva richiesto, ai soggetti provenienti da aree con trasmissione sostenuta della malattia, di contattare la loro ASL di riferimento nel caso di comparsa di sintomi clinici ascrivibili ad una sindrome simil-influenzale (ILI) entro 7-10 giorni dal rientro in Italia. La definizione di caso prevedeva una classificazione del caso in sospetto, probabile e confermato, sulla base dei criteri clinici, epidemiologici e di laboratorio. Una volta classificato il caso come confermato era prevista un'indagine epidemiologica sul caso stesso e sui suoi contatti stretti per l'individuazione dei casi secondari e per definire la dinamica della trasmissione della malattia (3, 4).

In seguito all'innalzamento alla fase 6 dell'allerta pandemica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, avvenuta l'11 giugno 2009, le strategie per la sorveglianza della nuova influenza da virus A/H1N1v sono state adattate alla situazione pandemica e mirate soprattutto alla mitigazione della pandemia, attraverso la rapida identificazione dei

casi primari e dei possibili casi secondari e il loro isolamento.

Nella primissima fase della pandemia veniva richiesta la conferma di laboratorio per tutti i casi sospetti; successivamente, il numero crescente dei casi e la trasmissione di comunità ormai stabilita in molte aree del mondo ha reso estremamente difficile la conferma di laboratorio per tutti i casi. Per questo motivo, il 27 luglio 2009, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha aggiornato le indicazioni relative alla prevenzione, sorveglianza e controllo dell'influenza da virus A/H1N1v, modificando la definizione di caso (5) e raccomandando la conferma di laboratorio solo per un campione di casi clinici. L'aggiornamento della sorveglianza prevedeva, inoltre, la segnalazione settimanale da parte delle regioni dei casi clinici di ILI, dei casi confermati di influenza da virus A/H1N1v, dei casi ospedalizzati e dei decessi.

Il repentino incremento del numero di casi di ILI rilevato in Italia nel mese di ottobre ha permesso l'utilizzo del sistema di sorveglianza sentinella Influnet, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Centro Interuniversitario Ricerca Influenza, per rilevare l'andamento della malattia nella popolazione. Fino alla fine di settembre, infatti, non si è potuto utilizzare il sistema Influnet a causa dello scarso numero di casi segnalati fino a quel momento, in quanto i sistemi sentinella sono affidabili solo quando la patologia in sorveglianza è frequente.

Inoltre, per ampliare il monitoraggio della situazione epidemiologica e per garantire la disponibilità di dati tempe-

stivi e il più possibile rappresentativi del territorio nazionale, senza ulteriore aggravio di tempo e risorse, ci si è avvalsi di altri sistemi di rilevazione già esistenti, ma fino ad ora poco utilizzati nella sorveglianza epidemiologica della ILI. È stata quindi attivata una rete sentinella di strutture di Pronto Soccorso (PS) dotate di sistemi informatizzati di rilevazione degli accessi, in grado di inviare i dati per la lettura immediata sia all'autorità sanitaria regionale competente per territorio che a quella centrale (6). Hanno aderito alla sorveglianza ed identificato uno o più PS 14 regioni. Al momento i dati provengono da 4 regioni (Lombardia, Lazio, Piemonte, Valle d'Aosta) che inviano settimanalmente il numero totale degli accessi, dai quali vengono poi selezionati quelli che presentano come diagnosi principale almeno uno dei codici ICD IX-CM che definiscono una sindrome respiratoria. Sulla base dei dati storici, inviati dai PS contestualmente alla loro adesione, viene stimata, attraverso un modello statistico di regressione ciclica, una linea di base che rappresenta il numero di accessi attesi e due soglie di allerta. Settimanalmente i dati raccolti vengono confrontati con la linea di base calcolata dal modello e si valuta il superamento o meno delle soglie di allerta.

La presenza dei sistemi di sorveglianza sopra descritti ha permesso di tracciare un quadro dell'andamento della malattia nella popolazione italiana. Dal 1° maggio al 27 luglio 2009 sono stati confermati un totale di 1.238 casi di influenza da virus A/H1N1v (Figura). Dal 27 luglio fino al 18 ottobre, i casi segnalati al sistema attraverso la sorveglianza settimanale aggregata dei casi clinici, ospedalizzati, con-

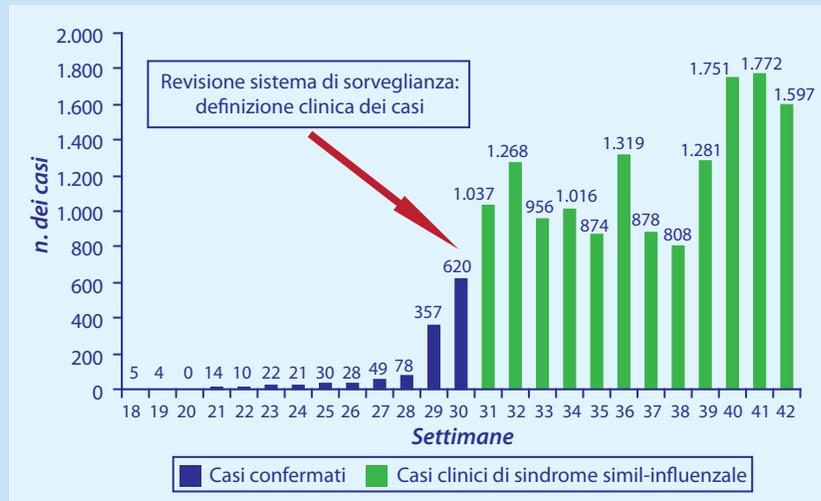


Figura - Distribuzione dei casi confermati di influenza da virus A/H1N1v e dei casi clinici di sindrome simil-influenzale segnalati al sistema di sorveglianza, per settimana - 2009

fermati e deceduti, ha messo in evidenza circa 15.795 casi di ILI, di cui circa 1.746 (11%) confermati in laboratorio, 1.567 (10%) ospedalizzati e 5 decessi, con una letalità (numero di decessi/sul numero di casi di malattia per 100) pari a 0,03%. In totale, quindi, dal 1° maggio al 18 ottobre 2009 sono stati segnalati 17.033 casi di cui 2.984 (17%) confermati.

Il sistema di sorveglianza sentinella Influnet dal 19 ottobre al 1° novembre ha evidenziato un repentino incremento del numero di ILI segnalate settimanalmente. Dal 19 al 25 ottobre sono stati segnalati 4,12 casi per 1.000 assistiti pari a 247.000 casi stimati. Nella settimana successiva, dal 26 ottobre al 1° novembre, sono stati segnalati al sistema 8,96 casi per 1.000 assistiti pari a 538.000 casi stimati. In totale, la somma delle due settimane permette di stimare un totale di 785.000 casi verificatisi nelle ultime 2 settimane di sorveglianza (7).

Anche il sistema di sorveglianza dei PS ha mostrato un repentino incremento degli accessi per sindrome respiratoria, confermando quanto rilevato da Influnet. Infatti, nell'ultima settimana di sorveglianza (dal 26 ottobre al 1° novembre) l'11% degli accessi ai PS è stato per sindrome respiratoria. Entrambe le soglie epidemiche di allerta sono state superate per tutte le fasce di età, tranne nei soggetti di età superiore a 65 anni. Di tutti i pazienti con sindrome respiratoria visitati nei PS sorvegliati, il 15,2% è stato ricoverato.

Nelle ultime settimane, conseguentemente al repentino incremento del numero dei casi, si è osservato un aumento dei decessi, soprattutto in fasce di età che

normalmente non vengono coinvolte nella mortalità attribuibile all'influenza stagionale. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali riporta in Italia, al 10 novembre 2009, 34 decessi e 108 casi che necessitano di assistenza respiratoria che corrispondono ad un tasso di mortalità (numero di decessi sul totale della popolazione italiana per 100) pari a 0,0005% e ad un tasso di letalità (numero di decessi sul totale dei pazienti affetti dalla malattia per 100) pari a 0,0043%. Va inoltre considerato che la letalità viene calcolata considerando come denominatore i casi clinici segnalati al sistema di sorveglianza, e poiché questi sono molto probabilmente sottostimati, il valore potrebbe essere addirittura inferiore alla stima sopra riportata.

I dati provenienti dall'emisfero Sud, che ha appena concluso la stagione influenzale avendo appena attraversato l'inverno, mettono in evidenza un tasso di mortalità che varia dallo 0,0004% allo 0,0014% a seconda del Paese considerato (8). Durante le passate stagioni influenzali, studi condotti negli Stati Uniti, che presentano un'antica tradizione nella sorveglianza della mortalità e delle ospedalizzazioni per influenza, ipotizzano un tasso di mortalità inferiore allo 0,1% (9). Per poter descrivere il fenomeno nella sua completezza bisognerà comunque attendere la fine della pandemia in Italia.

Tutte le informazioni raccolte attraverso i diversi sistemi di sorveglianza, sopra descritti, sono oggetto settimanalmente di un rapporto riepilogativo della situazione in Italia, disponibile tutti i giovedì sul sito di Epicentro, all'indirizzo www.epicentro.iss.it

Ringraziamenti

Siamo riconoscenti a tutti i colleghi dell'ISS, del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e delle regioni che collaborano alle attività di sorveglianza e che forniscono i dati necessari per la descrizione dell'epidemia in Italia.

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Influenza-like illness in the United States and Mexico. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html
2. ECDC. How to communicate response strategies to influenza A(H1N1)v. Mitigation versus delaying. Disponibile all'indirizzo: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0906_Influenza_AH1N1v_How_to_Communicate_Response_Strategies_Mitigation_Versus_Delaying.pdf; per la versione in italiano consultare: www.epicentro.iss.it/focus/h1n1/EcdcKey-Message.asp
3. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Circolare del 28 aprile 2009 e successivi aggiornamenti del 2 e 4 maggio. Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/dettaglio/normativeFocusNuovo.jsp?id=13&lang=it&area=influenzaA
4. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Circolare del 1° giugno 2009. Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/dettaglio/normativeFocusNuovo.jsp?id=13&lang=it&area=influenzaA
5. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Circolare del 27 luglio 2009. Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/dettaglio/normativeFocusNuovo.jsp?id=13&lang=it&area=influenzaA
6. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Nuova influenza da virus A/H1N1v: monitoraggio dei cluster di malattie respiratorie acute, infezioni gravi e mortali e presentazioni inusuali. DGPREV: 37087-P del 13 agosto 2009.
7. Rapporto settimanale Influnet. Disponibile all'indirizzo: www.iss.it/iflu/risu/cont.php?id=141&lang=1&tipo=5
8. Baker MG, Kelly H, Wilson N. Pandemic H1N1 influenza lessons from the southern hemisphere. *Euro Surveill* 2009;14(42):pii=19370.
9. Nicholson KG. Human influenza. In: Nicholson KG, Webster RG, Hay AJ. (Ed.). *Textbook of influenza*. London: Blackwell Science Ltd; 1998:219-64.