

Ministero della Salute

Istituto Superiore di Sanità



Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza



INFLUNET

SISTEMA DI SORVEGLIANZA SENTINELLA DELL'INFLUENZA



PROTOCOLLO OPERATIVO

Sorveglianza Epidemiologica e Virologica
Stagione influenzale 2005 - 2006

NOVITA' DELLA SORVEGLIANZA DELL'INFLUENZA PER LA STAGIONE 2005 – 2006

Nel protocollo operativo per la stagione 2005 – 2006 sono state apportate le seguenti modifiche:

- Il numero di ricoveri settimanali per influenza non sarà più rilevato.
- In accordo con la circolare del Ministero della Salute “Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2005 – 2006” del 5 agosto 2005 quest'anno verranno raccolti i dati anche per le seguenti tre categorie a rischio: donne in gravidanza, bambini di basso peso alla nascita e pazienti ricoverati in strutture di lunga degenza.

RAZIONALE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA

L'influenza costituisce un importante problema di Sanità Pubblica a causa della ubiquità, contagiosità, e variabilità antigenica dei virus influenzali, dell'esistenza di serbatoi animali e delle possibili gravi complicanze. Frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero, e principale causa di assenza dal lavoro e da scuola, l'influenza è ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta solo da AIDS e tubercolosi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già dagli anni '50 ha avviato un programma internazionale di sorveglianza per l'influenza, al quale partecipa anche l'Italia, all'interno dell' EISS, progetto promosso dall'Unione Europea.

Il sistema di sorveglianza dell'Influenza su scala nazionale, avviata in forma sperimentale nella stagione 1999-2000, è stato organizzato dalla stagione 2000-01 in forma istituzionale in base all'accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 28 settembre 2000 (atto 1031).

Il sistema di monitoraggio settimanale si basa su una rete di medici sentinella costituita da medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera scelta che segnalano i casi di influenza osservati tra i loro assistiti. I medici sentinella ed altri medici operanti nel territorio e negli Ospedali collaborano inoltre alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti.

Il reclutamento dei medici sentinella è effettuato dalle Regioni.

La raccolta e l'elaborazione delle segnalazioni di malattia è effettuata dai Centri di Riferimento Nazionali: Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza (CIRI). L'ISS provvede all'elaborazione a livello nazionale e produce un rapporto settimanale che viene pubblicato sul sito Internet del Ministero della Salute.

La identificazione dei virus influenzali è effettuata dai Laboratori virologici regionali; laddove essi non sono presenti suppliscono per quanto possibile i laboratori di altre regioni o i laboratori dell'ISS e del CIRI. Tutte le identificazioni o isolamenti di virus sono segnalati al Centro Nazionale per l'Influenza, presso il Dipartimento "Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate" (MIPI), reparto "Malattie virali e vaccini inattivati" dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il Centro di Controllo delle Malattie del Ministero della salute coordina con le Regioni le attività relative alla sorveglianza dell'influenza.

Presso il Ministero della Salute sono costituiti

- il punto finale della rete di sorveglianza;
- il centro per il ritorno delle informazioni, sull'andamento nazionale dell'influenza, tramite stampa e mezzi informatici, dirette a:
 - a) operatori
 - b) utenti
 - c) sistemi di sorveglianza europei ed internazionali

La stretta collaborazione tra tutte le componenti citate, a partire dai medici sentinella, si è dimostrata essenziale per individuare e valutare tempestivamente l'inizio della stagione influenzale e identificare i virus circolanti.

1. SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

1.1 OBIETTIVI

L'obiettivo generale del sistema di sorveglianza dell'influenza è quello di costituire una base di dati per valutare in modo comparativo l'incidenza dell'influenza nel corso degli anni.

Nella stagione 2005-06 il sistema di sorveglianza si basa su un protocollo operativo essenzialmente uguale a quello utilizzato nell'anno precedente.

Il sistema prevede di raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- descrivere in termini di spazio, tempo e persona i casi di sindrome influenzale osservati da un campione di medici sentinella del Servizio Sanitario Nazionale;
- stimare la settimana di inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia influenzale;
- stimare i tassi di incidenza per settimana nella stagione influenzale;
- stimare i tassi di incidenza per le fasce di età 0-4, 5-14, 15-64, 65 e oltre;
- stimare la frequenza di soggetti vaccinati tra i casi di sindrome influenzale di età pari o superiore a 65 anni;
- valutare la presenza di gradienti geografici di diffusione, da utilizzare in modelli per la previsione di un'eventuale pandemia;
- valutare la distribuzione proporzionale delle ILI fra le categorie a rischio.

1.2 METODI

1.2.1 COPERTURA GEOGRAFICA E STIMA DEL CAMPIONE DI MEDICI

Poiché l'influenza è una malattia con incidenza elevata, per la stima del suo andamento spazio temporale, è sufficiente garantire la sorveglianza dell'1-2% della popolazione totale di ogni regione. Il sistema di sorveglianza può fornire stime di frequenza sufficientemente precise anche con un numero ridotto di regioni, purché distribuite tra nord, centro e sud Italia.

Il numero di medici partecipanti non è predefinito, ma è auspicabile che in ogni regione la rete sia costituita da un gruppo di medici i cui assistiti rappresentino complessivamente almeno l'1,5% della popolazione regionale. Un numero maggiore di medici potrebbe costituire una garanzia di numerosità sufficiente, nel caso in cui alcuni medici decidano di abbandonare la rilevazione.

La partecipazione è volontaria, ma è importante che i medici che decidano di aderire, garantiscano la continuità della rilevazione dei dati per tutto il periodo della sorveglianza.

1.2.2 ATTIVITA' DEI CENTRI DI RIFERIMENTO NAZIONALI

I Centri di Riferimento hanno il compito di:

- redigere il protocollo operativo in collaborazione con le regioni e il Ministero della Salute;
- costruire la base di dati e le procedure per l'invio e la consultazione dei dati aggregati;

- raccogliere e analizzare settimanalmente i dati di sorveglianza nazionali e inviarli al Ministero della Salute;
- contribuire allo scambio di dati con analoghe reti di sorveglianza dell'influenza europee;
- curare il ritorno delle informazioni ai medici partecipanti.

1.2.3 ATTIVITA' DEL REFERENTE REGIONALE e/o DI ASL

In ogni regione/ASL è identificato un referente che ha il compito di coordinare la rete locale dei medici sentinella, la rilevazione settimanale dei dati, la loro immissione nel database.

Il referente regionale e/o di ASL, identificato con la compilazione della scheda in **Allegato 1**, avrà il compito di:

- promuovere l'iniziativa e invitare i medici a partecipare;
- controllare la continuità della partecipazione settimanale dei medici, sollecitando chi ritarda o interrompe l'invio dei dati;
- provvedere all'inserimento dei dati, tramite Internet, per quei medici sprovvisti di connessione.

1.2.4 ATTIVITA' DEI MEDICI SENTINELLA

a) Registrazione dei medici sentinella

Al momento dell'adesione alla sorveglianza ogni medico dovrà fornire al referente regionale o di ASL i seguenti dati (**Allegato 2**):

- il proprio nome e cognome;
- il recapito al quale desidera ricevere la documentazione (protocollo, lettere informative, ecc.);
- il recapito telefonico per comunicazioni sui dati di sorveglianza (dalla ASL o dal Centro di Riferimento Nazionale) e gli orari preferibili;
- la possibilità di accesso alla rete Internet ed eventuale indirizzo di posta elettronica;
- il numero totale di pazienti assistiti per il 2005 (in caso di variazioni nel corso dell'anno, fornire l'ultimo dato più aggiornato) distinti per fasce di età:
 1. numero di assistiti di età inferiore a 5 anni;
 2. numero di assistiti di età compresa tra 5 e 14 anni;
 3. numero di assistiti di età compresa tra 15 e 64 anni;
 4. numero di assistiti di età di 65 anni e oltre;
- la disponibilità ad effettuare tamponi faringei e, in caso affermativo, la possibilità di conservarli in frigorifero.

Qualora i medici avessero difficoltà ad ottenere le informazioni relative al numero degli assistiti suddivisi per fascia d'età, sarà cura della ASL competente fornire tali dati ai Centri di Riferimento Nazionali.

b) Rilevazione dei casi di sindrome influenzale

Ai medici che partecipano alla sorveglianza si richiede di identificare e annotare giornalmente, sul proprio registro cartaceo, ogni nuovo paziente riscontrato affetto da sindrome influenzale nel periodo di sorveglianza (17 ottobre 2005 - 30 aprile 2006). Le informazioni individuali raccolte dovranno essere aggregate e i totali trasmessi ogni settimana al Centro di Riferimento.

Per facilitare il calcolo dei totali nel registro cartaceo sono state aggiunte le colonne su cui apporre una crocetta per classe di età e per categoria di appartenenza.

Per le Regioni afferenti al CIRI, nelle quali oltre alla sorveglianza dell'influenza viene attuata anche quella delle malattie respiratorie acute (ARI), il modulo cartaceo per la raccolta e la trasmissione dei dati è differente dall'Allegato 4; pertanto, sarà cura del CIRI stesso trasmettere alle Regioni interessate la modulistica.

Sono allegati al presente protocollo sia l'elenco delle settimane (da lunedì a domenica) a cui fare riferimento nella segnalazione dei casi individuali di sindrome influenzale (**Allegato 5**), sia la definizione di caso (**Allegato 3**).

Ogni settimana il numero aggregato dei casi osservati da ogni medico (divisi per gruppi di età e per categoria di rischio) sarà trasmesso al competente Centro di Riferimento.

Per consentire una stima corretta dell'incidenza dell'influenza è necessario che il medico comunichi anche l'eventuale assenza di casi per quella specifica settimana (zero reporting).

Per garantire la massima omogeneità di rilevazione, è fornita una definizione clinica di caso che include le manifestazioni acute con sintomi generali e respiratori.

1.2.5 DEFINIZIONE CLINICA DI "SINDROME INFLUENZALE" (ALLEGATO 3)

Affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso con febbre > 38°C accompagnata da almeno un sintomo tra i seguenti:

- cefalea
- malessere generalizzato
- sensazione di febbre (sudorazione, brividi)
- astenia

e da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:

- tosse
- faringodinia
- congestione nasale.

Per la diagnosi clinica di influenza nel **bambino** è importante considerare quanto indicato per gli adulti tenendo conto che:

1) i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica che invece si può manifestare con:

- irritabilità
- pianto

- inappetenza

2) nel lattante l'influenza è spesso accompagnata da vomito e diarrea e solo eccezionalmente da febbre;

3) occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dell'influenza nei bambini in età prescolare, in caso di febbre elevata;

4) nel bambino di 1-5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite e a febbre elevata.

1.2.6 PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI

I dati dovranno essere raccolti a partire dalla 42^a settimana del 2005 (lunedì 17 ottobre) fino alla 17^a settimana del 2006 (domenica 30 aprile).

1.2.7 ANALISI DEI DATI A LIVELLO CENTRALE

L'analisi dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità:

settimanalmente

1. numero di medici che nella settimana hanno inviato dati e popolazione sorvegliata (totale e per fascia di età);
2. tassi di incidenza nazionali totali e per fascia di età;
3. tassi di incidenza per regione, totali e per fascia di età;
4. confronto con i dati analoghi della stagione precedente;

alla fine della stagione influenzale

1. incidenza delle sindromi influenzali per settimana, per età e per regione;
2. incidenza cumulativa tra i casi vaccinati di età pari o superiore a 65 anni;
3. descrizione della diffusione geografica dell'influenza nell'arco della stagione;
4. distribuzione proporzionale delle ILI fra categorie a rischio.

1.2.8 DIFFUSIONE DEI DATI

Il Centro di Controllo Malattie del Ministero della salute pubblica ogni settimana sul sito Web le informazioni relative all'andamento nazionale dell'influenza.

Così come sancito nel già citato accordo della Conferenza Stato-Regioni, i dati raccolti, analizzati ed opportunamente elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità, vengono pubblicati nel sito Internet del Ministero della Salute:

<http://www.ministerosalute.it>

2. SORVEGLIANZA VIROLOGICA

2.1 RAZIONALE

L'epidemiologia dell'Influenza è fortemente influenzata dalla capacità dei virus influenzali di mutare rapidamente le caratteristiche antigeniche delle due proteine virali di superficie, l'emagglutinina (H) e la neuraminidasi (N).

Tali variazioni permettono al virus di superare le barriere anticorpali che si oppongono alla sua circolazione nella popolazione, vanificando l'immunità conseguente a pregressa infezione naturale o a vaccinazione.

I cambiamenti a carico di queste due proteine virali possono essere di diversa intensità; diversi sono anche i meccanismi molecolari che li determinano e la gravità delle manifestazioni morbose che ne derivano:

Drift antigenico:

- porta alla comparsa di varianti antigeniche minori, a seguito di mutazioni puntiformi che alterano la sequenza degli aminoacidi di cui sono composte le due proteine;
- è un fenomeno comune a tutti i tipi (A, B, e C) e sottotipi virali (A/H3N2, A/H1N1);
- è responsabile delle epidemie stagionali.

Shift antigenico:

- è un fenomeno esclusivo di virus di tipo A;
- consiste nella comparsa nell'uomo di nuovi sottotipi antigenici, non circolanti precedentemente nella specie umana e quindi dotati di elevato potenziale pandemico (rapida diffusione nella popolazione mondiale, indipendentemente dall'età e dalla situazione vaccinale);
- è la conseguenza di riassortimenti genetici tra virus umani ed animali (aviari), che si verificano principalmente nel corso di infezioni miste, in ospiti intermedi (specie suina). Occasionalmente, tuttavia, si può avere un passaggio diretto di virus aviari all'uomo, come avvenuto nel 1997 ad Hong Kong (trasmissione di virus A/H5N1 dal pollo all'uomo) e come si sta verificando nell'area del sud-est asiatico, dove dal dicembre 2003, il virus dell'influenza aviaria A/H5N1 ha infettato più di 100 persone, provocando 59 decessi.

Risulta dunque evidente, che per realizzare una efficace azione di controllo della malattia attraverso l'immunoprofilassi vaccinale, occorre procedere ad un continuo aggiornamento della composizione del vaccino, in relazione alla comparsa di nuove varianti virali. Questa revisione è resa possibile grazie all'attività di sorveglianza virologica dell'influenza, che è svolta da una rete di laboratori in tutto il mondo, (in Italia il Centro Nazionale di riferimento è presso il Dipartimento "Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate" (MIPI), Reparto "Malattie virali e vaccini inattivati" dell'ISS, che rimane il punto cardine del Programma Mondiale di Sorveglianza dell'Influenza dell'OMS.

Il sistema di sorveglianza sentinella italiano si inserisce in questo contesto mondiale di attività di sorveglianza accorpando, a livello nazionale, il monitoraggio virologico a quello clinico.

2.2 OBIETTIVI

2.2.1 IN PERIODO INTERPANDEMICO

- Verificare la circolazione di virus influenzali, mediante esami di Laboratorio su campioni clinici prelevati dai pazienti con sintomatologia influenzale, da parte di medici sentinella segnalatori.
- Caratterizzare, sia da un punto di vista antigenico che molecolare, i ceppi virali circolanti in periodo epidemico, valutando il grado di omologia antigenica tra ceppi circolanti nella popolazione e ceppi vaccinali.
- Mettere a punto, nell'ambito delle attività del Centro Nazionale, metodiche avanzate di diagnostica rapida e differenziale che permettano di identificare tempestivamente eventuali casi italiani di influenza pandemica.
- Fornire agli Organismi Internazionali (OMS, Agenzia Europea del Farmaco - EMEA) dati utili all'aggiornamento della composizione vaccinale.

2.2.2 IN SITUAZIONI DI EMERGENZA PANDEMICA

Disporre di una rete di medici sentinella, distribuiti su tutto il territorio nazionale, in grado di fronteggiare la diffusione della pandemia, identificando tempestivamente e circoscrivendo i primi focolai di infezione.

A questo proposito si sottolinea che la capacità di risposta di un Paese ad una emergenza pandemica è fortemente influenzata dall'esistenza di una attività sistematica di sorveglianza clinico/virologica condotta annualmente. E' quindi importante mantenere attiva la rete dei medici sentinella in anni di circolazione epidemica o sub-epidemica di Influenza.

2.3 METODI

2.3.1 PERIODO DI OSSERVAZIONE E RACCOLTA DEI CAMPIONI CLINICI

Il monitoraggio della circolazione dei virus influenzali sarà effettuato a partire dalla 46° settimana 2005 e si protrarrà per l'intero periodo di sorveglianza.

Il medico effettuerà il prelievo da pazienti con sintomatologia influenzale. Il prelievo deve essere eseguito durante la fase acuta della malattia (rialzo febbrile).

Per la raccolta, potrà essere utilizzato un Kit diagnostico (Virocult), seguendo semplici istruzioni (**Allegato 6**) e compilando, per ciascun campione prelevato, il "Modulo dati paziente", contenente le informazioni relative alla data del prelievo, le iniziali del paziente, il sesso, l'età e la sua situazione vaccinale (**Allegato 7**).

2.3.2 ANALISI DEI CAMPIONI E STRUTTURE LABORATORISTICHE COINVOLTE

I campioni clinici raccolti dai medici sono inviati ai laboratori virologici regionali. Le Regioni sprovviste di Laboratorio di riferimento potranno far ricorso ai laboratori di altre Regioni, se disponibili o, per quanto possibile, ai Laboratori dell'ISS e del CIRI.

Tutte le identificazioni o isolamenti di virus sono segnalati al Centro Nazionale per l'Influenza presso il Dipartimento "Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate" (MIPI), Reparto "Malattie virali e vaccini inattivati" dell'ISS.

Le indagini di laboratorio saranno condotte con modalità e metodologie diverse, secondo quanto già concordato con i laboratori (**Allegato 8**) partecipanti al programma.

2.3.3 FLUSSO DEI DATI

I risultati nazionali delle indagini virologiche saranno resi pubblici in forma aggregata e anonima, unitamente a quelli epidemiologici, attraverso l'aggiornamento settimanale del sito Internet del Ministero della Salute (**www.ministerosalute.it**).

2.3.4 COMUNICAZIONE DEI DATI VIROLOGICI A LIVELLO INTERNAZIONALE

Come negli anni precedenti, i risultati della sorveglianza virologica 2005/2006 saranno comunicati settimanalmente all'OMS, nonché ai Paesi facenti parte della rete europea EUROGROG ed EISS.

I dati relativi alle caratteristiche antigeniche dei ceppi virali italiani saranno discussi a Ginevra (OMS) e a Londra (EMEA) per l'aggiornamento della composizione del vaccino utilizzabile nella successiva stagione 2006-2007.

Allegato 1

Informazioni sul referente presso la regione o la ASL

Regione: _____ Asl*: _____
*(non compilare nel caso di referente regionale)

Cognome : _____
Nome : _____
Via : _____
Città : _____ CAP : _____
Telefono : _____ Fax : _____
E-mail : _____

Istruzioni per la compilazione:

- compilare in stampatello;
- l'indirizzo da specificare è quello a cui deve essere inviata la documentazione o altro materiale tramite corriere o posta;
- e-mail: indicarla solo se consultata regolarmente.

Ad ogni referente verrà assegnato un codice identificativo ed una password per la connessione al sito Internet e per la consultazione dei dati inseriti.

Allegato 2

Informazioni sul medico sentinella

Regione: _____ Asl : _____

Cognome : _____

Nome : _____

Recapito: Via : _____

Città : _____ CAP : _____

Telefono : _____ Fax : _____

Orario : _____

Connessione a Internet : Sì No E-mail: _____

N° assistiti 0-4 anni : _____

N° assistiti 5-14 anni : _____

N° assistiti 15-64 anni : _____

N° assistiti 65 anni e oltre : _____

Disponibilità ad effettuare tamponi faringei e, in caso affermativo, la possibilità di conservarli in frigorifero : Sì No .

Istruzioni per la compilazione:

- compilare in stampatello;
- l'indirizzo da specificare è quello a cui deve essere inviata la documentazione o altro materiale tramite corriere o posta;
- e-mail: indicarla solo se consultata regolarmente.
- il numero degli assistiti suddivisi per fascia d'età è indispensabile per lo studio. Le ASL dovrebbero fornire l'informazione se non disponibile dal medico.

Ad ogni medico verrà assegnato un codice identificativo ed una password per la connessione al sito Internet per la consultazione dei dati inseriti.

Allegato 3

Definizione di caso di sindrome influenzale

Per garantire la massima confrontabilità dei risultati con quelli ottenuti da altri studi, si chiede ai medici partecipanti di segnalare i pazienti tra i loro assistiti che rispondono alla seguente definizione di caso:

"Sindrome influenzale"

affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso con febbre maggiore di 38°C accompagnata da almeno un sintomo tra i seguenti:

- cefalea, malessere generalizzato, sensazione di febbre (sudorazione, brividi), astenia

e da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:

- tosse, faringodinia, congestione nasale

N.B.

Per la diagnosi clinica di influenza nel bambino è importante considerare quanto indicato per gli adulti tenendo conto che:

- 1) i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica che si evidenzia semplicemente con:
 - irritabilità
 - pianto
 - inappetenza
- 2) vomito e diarrea sono frequenti nel lattante che solo eccezionalmente presenta febbre;
- 3) occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dei bambini in età prescolare, in caso di febbre elevata;
- 4) nel bambino di 1-5 anni è necessario considerare la grande frequenza di laringotracheite e bronchite associate a febbre elevata.

Allegato 4 - (esempio)

Dati individuali di nuovi casi di "sindrome influenzale" da annotare giornalmente nella settimana:

12 dicembre 2005 - 18 dicembre 2005

Settimana di riferimento 2005-50

| Iniziali Paziente | Età | 0- 4 | 5-14 | 15-64 | 65 e oltre Vaccinato | | Soggetti di età >6 mesi e <65 anni con condizioni morbose predisponenti alle complicanze | Bambini e adolescenti in trattamento cronico con ASA a rischio di sindrome di Reye | Bambini pretermine e di basso peso alla nascita (dopo il 6° mese) | Donne nel 2° o 3° trimestre di gravidanza | Ricoverati presso strutture di lungo degenza | Personale sanitario di assistenza | Contatti familiari di soggetti ad alto rischio | Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo | Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali |
|-------------------|-----|------|------|-------|----------------------|----|--|--|---|---|--|-----------------------------------|--|--|---|
| | | | | | Si | No | | | | | | | | | |
| AL | 3 | X | | | | | | X | | | | | | | |
| MR | 0 | X | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 45 | | | X | | | X | | | | | | | | |
| CD | 23 | | | X | | | | | | | | X | | | |
| PD | 78 | | | | X | | | | | | | | | X | |
| AM | 43 | | | X | | | | | | | | | | | |
| AL | 85 | | | | | X | | | | | | | | | |
| SA | 76 | | | | X | | | | | | | | | | X |
| DF | 34 | | | X | | | X | | | | | | | | |
| MG | 21 | | | X | | | | | | | | | | | |
| GM | 10 | | X | | | | | | | | | | X | | |

Istruzioni per la compilazione:

Il foglio va compilato dal medico giornalmente man mano che osserva i casi di influenza.

La casella "iniziali" ha solo lo scopo di ricordare al medico di evitare che si registri più di una volta lo stesso caso.

Alla fine della settimana bisogna contare il numero dei casi in ogni colonna e riportare i totali nelle caselle riepilogative poste in basso al modulo stesso (seconda pagina). La casella "numero vaccinati di anni 65 e oltre" deve contenere il n° totale dei casi in pazienti ultrasessantatrenni che sono stati vaccinati cioè il n° totale dei casi che hanno una X sia nella colonna "65 e oltre" e Vaccinato = Si.

I casi di influenza da segnalare sono **solo** quelli che si osservano tra i propri assistiti.

Per vaccinato si intende solo chi è stato vaccinato per l'anno in corso da almeno due settimane.

Dati aggregati da trasmettere settimanalmente all'ISS

Codice utente: **ROSSIM**

Settimana di riferimento: **2005-50**

Comunicati il: **20/12/2005**

| CATEGORIE A RISCHIO | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|--|--|---|---|--|-----------------------------------|--|--|---|
| <i>Totale casi 0-4 anni</i> | <i>Total e casi 5- 14 anni</i> | <i>Totale casi 15 – 64 anni</i> | <i>Totale casi 65 e oltre</i> | <i>Totale casi anni 65 e oltre vaccinati</i> | Soggetti di età >6 mesi e <65 anni con condizioni morbose predisponenti alle complicanze | Bambini e adolescenti in trattamento cronico con ASA a rischio di sindrome di Reye | Bambini pretermine e di basso peso alla nascita (dopo il 6° mese) | Donne nel 2° o 3° trimestre di gravidanza | Ricoverati presso strutture di lungo degenza | Personale sanitario di assistenza | Contatti familiari di soggetti ad alto rischio | Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo | Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali |
| 2 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Allegato 5

ELENCO DELLE SETTIMANE DI SORVEGLIANZA

| Settimana | dal | Al |
|------------------|------------|-----------|
| 2005-42 | 17-ott-05 | 23-ott-05 |
| 2005-43 | 24-ott-05 | 30-ott-05 |
| 2005-44 | 31-ott-05 | 6-nov-05 |
| 2005-45 | 07-nov-05 | 13-nov-05 |
| 2005-46 | 14-nov-05 | 20-nov-05 |
| 2005-47 | 21-nov-05 | 27-nov-05 |
| 2005-48 | 28-nov-05 | 04-dic-05 |
| 2005-49 | 05-dic-05 | 11-dic-05 |
| 2005-50 | 12-dic-05 | 18-dic-05 |
| 2005-51 | 19-dic-05 | 25-dic-05 |
| 2005-52 | 26-dic-05 | 01-gen-06 |
| 2006-01 | 02-gen-06 | 08-gen-06 |
| 2006-02 | 09-gen-06 | 15-gen-06 |
| 2006-03 | 16-gen-06 | 22-gen-06 |
| 2006-04 | 23-gen-06 | 29-gen-06 |
| 2006-05 | 30-gen-06 | 05-feb-06 |
| 2006-06 | 06-feb-06 | 12-feb-06 |
| 2006-07 | 13-feb-06 | 19-feb-06 |
| 2006-08 | 20-feb-06 | 26-feb-06 |
| 2006-09 | 27-feb-06 | 05-mar-06 |
| 2006-10 | 06-mar-06 | 12-mar-06 |
| 2006-11 | 13-mar-06 | 19-mar-06 |
| 2006-12 | 20-mar-06 | 26-mar-06 |
| 2006-13 | 27-mar-06 | 02-apr-06 |
| 2006-14 | 03-apr-06 | 09-apr-06 |
| 2006-15 | 10-apr-06 | 16-apr-06 |
| 2006-16 | 17-apr-06 | 23-apr-06 |
| 2006-17 | 24-apr-06 | 30-apr-06 |

Allegato 6

SORVEGLIANZA VIROLOGICA DELL'INFLUENZA IN ITALIA

Stagione 2005/2006

Protocollo operativo per la raccolta di campioni clinici

Lo scopo delle indagini virologiche è quello di verificare la circolazione dei virus influenzali nella popolazione. Tale attività sarà svolta a partire dalla 46^a settimana e si protrarrà per l'intero periodo dello studio.

Il campione clinico (tamponi faringei) dovrà essere prelevato durante la fase acuta dell'infezione (presenza di febbre elevata).

Per il prelievo sarà utilizzato il materiale fornito dall'ISS, secondo le modalità di seguito riportate:

IMPORTANTE: Conservare accuratamente il "Biotainer" (scatola di cartone) pre-etichettato, ricevuto dall'ISS, che dovrà essere utilizzato per la spedizione al laboratorio di riferimento.

- PRELIEVO DEL TAMPONE FARINGEO

1. Rimuovere l'involucro del Virocult contenente il tamponcino e la provetta di trasporto;
2. Portare il tampone a contatto con la parte posteriore della gola e cercare di far aderire al tampone frammenti di essudato, esercitando un'adeguata pressione ed un lieve movimento di raschiamento;
3. Rimuovere il tappo della provetta ed inserirvi il tamponcino;
4. Richiudere la provetta e scrivere sull'etichetta posta su di essa i dati relativi al paziente;
5. Spremere delicatamente la base della provetta, affinché il tamponcino venga bagnato dal terreno;
6. Conservare a +4°C, fino al momento della consegna al corriere. *

- REGISTRAZIONE DATI

1. Riportare sull'allegato "Modulo dati paziente" le informazioni richieste.

- SPEDIZIONE

1. Porre le provette contenenti i tamponi faringei nell'apposito tubo di plastica, accertandosi che il tappo sia ben avvitato;
2. Inserire il tubo di plastica nell'apposito "Biotainer" (scatola di cartone);
3. Porre il "Modulo dati paziente", completo dei dati richiesti, nell'apposita tasca esterna del "Biotainer", già etichettato ;
4. Inviare al Laboratorio di Riferimento (Regionale o ISS).

* **Nota:** La diagnosi virologica è fortemente condizionata dalla rapidità di invio del campione raccolto al Laboratorio. E' importante, dunque, che il medico dia tempestiva comunicazione (entro 24-48 ore) dell'avvenuto prelievo al Laboratorio di Riferimento.

Allegato 7

SORVEGLIANZA VIROLOGICA DELL'INFLUENZA IN ITALIA

Stagione 2005/2006

DATI MEDICO

COGNOME e NOME (iniziali): _____

INDIRIZZO: _____

EVENTUALE CODICE REGIONALE: _____

STRUTTURA LABORATORISTICA DI RIFERIMENTO: _____

DATI PAZIENTI

| INIZIALI PAZIENTE | SESSO | ETA' | DATA PRELIEVO | VACCINATO | NOTE |
|-------------------|-------|------|---------------|---|------|
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Allegato 8

LABORATORI INSERITI NEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA VIROLOGICA

Laboratori di 1° livello della rete per la sorveglianza virologica dell'influenza

1. Istituto di Virologia, Università di Milano, CIRI-IV (Dott. F. Pregliasco)
2. Dipartimento di Scienze di Medicina Pubblica, Università di Trieste, CIRI-IV (Prof. C. Campello)
3. Dipartimento di Istologia, Microbiologia e Biotechnologie Mediche, Università di Padova (Prof. G. Palù)
4. Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e sanità Pubblica, Università di Siena (Prof. E. Montomoli)
5. Dipartimento di Igiene e Microbiologia, Sezione Igiene, Università di Palermo, CIRI-IV (Prof. F. Vitale)
6. Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università di Lecce, CIRI-IV (Prof. G. Gabutti)
7. ASL Centro Sud, Lab. di Microbiologia e Virologia, Bolzano (Dott.ssa P. Rossi)
8. Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Parma (Prof.ssa M.L. Tanzi)
9. Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, Lab. di Virologia, Università di Firenze (Prof.ssa A. Azzi)
10. Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica, Università di Perugia (Prof.ssa A.M. Iorio)
11. Istituto di Microbiologia, Università Cattolica "S. Cuore", Roma (Prof.ssa A. Rossi)
12. Dipartimento di Scienze Mediche Preventive, Università di Napoli (Dott.ssa G. Ribera)
13. Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Sassari (Prof.ssa A. Dolei)

Laboratori di 2° livello della rete per la sorveglianza virologica dell'influenza

- Centro Nazionale per l'Influenza, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità (Dott.ssa I. Donatelli)
- CIRI-IV, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova (Prof. P. Crovari)