



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^a 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^o 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-

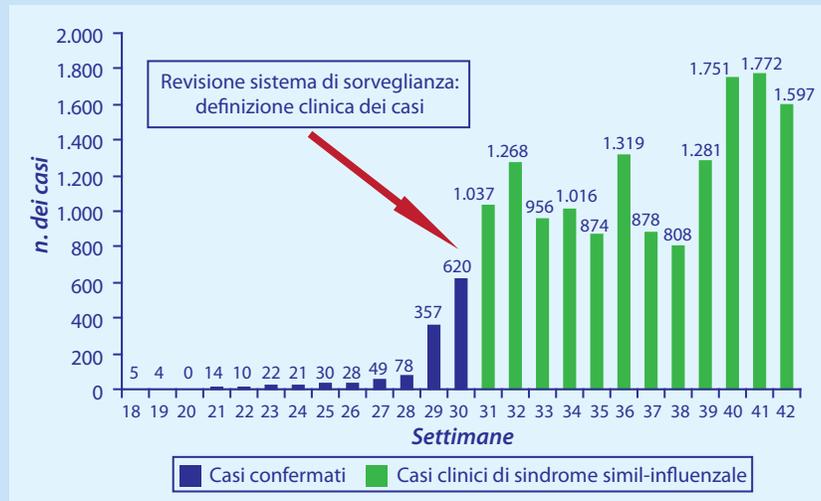


Figura - Distribuzione dei casi confermati di influenza da virus A/H1N1v e dei casi clinici di sindrome simil-influenzale segnalati al sistema di sorveglianza, per settimana - 2009

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.

STUDI DAL TERRITORIO

"CARISSIMO PINOCCHIO: UNA SCUOLA CHE PROMUOVE LA SALUTE". L'ESPERIENZA NELLE SCUOLE DELLA PROVINCIA DI MILANO (2008-09)

Maria Vezzoni¹, Antonella Calaciura¹, Cristina Morelli¹, Chiara Mariani¹, Luigi Acerbi¹, Marina Penati¹, Roberta Tassi¹, Luciana Luperto¹, Angela Marra¹, Giusi Capitanio¹, Maurizio Bonaccolto¹, Luigi Fantini¹, Chiara Sequi², Tiziana Germani³, Erminia Garbagni⁴ e Oscar Massari⁵

¹Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità, ASL Milano 2

²Ufficio Scolastico Provinciale di Milano, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Milano

³1°Circolo Didattico S. Giuliano Milanese, Milano

⁴Circolo Didattico Cassano d'Adda, Milano

⁵Fondazione Nazionale Carlo Collodi, Collodi (Pistoia)

L'efficacia e più in generale l'impatto rappresentano un tema essenziale per gli interventi di promozione della salute. Nelle scuole, spesso, gli interventi di educazione alla salute effettuati dalle ASL e dalle stesse istituzioni scolastiche sono caratterizzati da frammentarietà nella programmazione e nella realizzazione, per cui non sempre è possibile una valutazione di efficacia. Fino al 2000 anche nella nostra ASL (provincia di Milano 2), gli interventi di educazione sanitaria venivano svolti in maniera tradizionale senza un supporto di prove di efficacia, secondo una logica che prevedeva la scelta di una tematica, l'intervento dell'esperto con lezione frontale e l'approfondimento facoltativo da parte dell'insegnante all'interno della propria materia. Negli anni successivi, la preoccupazione di basare sulla *evidenze* i propri interventi ha però spinto gli operatori del Servizio di Medicina Preventiva nelle Comunità della ASL Milano 2 a scegliere un approccio orientato verso una scuola che promuove la salute (SPS) (1).

Nel 2001 è stata condotta un'indagine conoscitiva sugli interventi di educazione alla salute attuati nelle scuole della ASL Milano 2 (46 comuni, 109 dirigenze scolastiche, 341 scuole, da quella dell'infanzia alla scuola secondaria di primo grado, 60.000 alunni). Le scuole partecipanti (74% del totale) hanno, con frequenza variabile, mostrato differenti modalità, spesso monotematiche, di approccio ai temi di salute con ambienti di supporto poco coerente con gli obiettivi di salute. Per favorire il passaggio verso l'approccio della SPS si è scelto come tema centrale il tabagismo (2), con l'intento di elaborare successivamente un modello con più argomenti di salute.

Attraverso il progetto "Certificazione per una scuola libera dal fumo", svolto in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, è stata sperimentata una metodologia di consulenza alla scuola da parte degli operatori sanitari attraverso la partecipazione a commissioni per la certificazione di una scuola libera dal fumo.

Scopo dell'intervento è stato quello di favorire l'autovalutazione da parte della scuola di tutti gli aspetti correlati al fumo e di elaborare strategie di miglioramento. Gli obiettivi dell'azione migliorativa riguardavano 5 linee principali: presenza nel *curriculum* di interventi educativi di almeno 10 ore, che forniscano informazioni sugli effetti negativi del fumo e sviluppino le *life skill*, la formazione dei docenti, la partecipazione delle famiglie, la visibilità del progetto nella comunità attraverso i media e la collaborazione dei Comuni, il contesto scolastico e i modelli comportamentali degli adulti e infine il sostegno alla disassuefazione.

Nel corso di 5 anni, dal 2002 al 2007, il 38% (130/341) delle scuole del territorio aziendale ha ricevuto la certificazione di "Scuola libera dal fumo" e il 79% di queste ha raggiunto almeno 3 dei 5 obiettivi descritti.

Il successo ottenuto ha confermato la necessità di un approccio integrato e globale ai problemi di salute. In questo articolo viene riportata l'esperienza effettuata in due anni successivi, 2008 e 2009, utilizzando il modello della "Rete europea delle scuole che promuovono la salute", prodotto dall'integrazione tra le maggiori agenzie europee (Commissione Europea, Consiglio d'Europa e Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) al-

lo scopo di orientare verso l'efficacia gli interventi di promozione della salute a scuola (3).

L'approccio SPS è complesso e in continuo miglioramento grazie a diverse istituzioni e molti ricercatori. In particolare, la valutazione e la scelta degli indicatori sono ancora oggetto di dibattito, sebbene una revisione di oltre 1.000 studi ha dimostrato che l'approccio SPS è capace di creare quelle condizioni di contesto scolastico, fisico e sociale, che agiscono positivamente a favore dell'efficacia degli interventi miranti a modificare i determinanti della salute, quali la nutrizione, l'attività fisica e l'atmosfera scolastica, influenzando positivamente anche sulla salute mentale e sociale, su autostima e bullismo (4).

Seguendo il metodo (5), un team composto da studenti, genitori, docenti e staff, dirigenti scolastici, operatori sanitari, associazioni di volontariato e rappresentanti dei Comuni ha messo a punto in maniera condivisa, obiettivi, indicatori e strumenti per l'autovalutazione dell'intervento nelle scuole, testandoli preventivamente in un gruppetto di scuole. Il modello, condiviso con l'Ufficio Scolastico Provinciale di Milano, i Comuni e le scuole dell'ambito territoriale della ASL, è stato pubblicato sul sito della ASL, stampato e distribuito a tutte le dirigenze. A tutte le scuole sono state offerte opportunità di formazione per docenti, staff e genitori attraverso corsi e incontri a piccoli gruppi.

Nel modello di intervento proposto sono state individuate 6 aree di sviluppo (filosofia della scuola, organizzazione e leadership, clima scolastico e benessere a scuola, *curriculum* educativo sulla salute, struttura e servizi per la salute e il benessere, alleanze e partecipazio- ▶

Tabella - Distribuzione in percentuale delle scuole per area e obiettivi dell'approccio alla scuola che promuove la salute - 2008 e 2009

Aree certificate	% Scuole certificate (100% corrisponde a 59 nel 2008 e a 77 nel 2009)							
	Obiettivo 1		Obiettivo 2		Obiettivo 3		Obiettivo 4	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Filosofia	36	29	0	23	0	27	0	16
Organizzazione e leadership	0	12	0	13	0	4	0	1
Clima scolastico	0	45	17	51	0	42	0	43
Curriculum salute	90	73	0	91	0	48	0	61
Struttura e servizi	5	21	0	6	0	19	49	74
Alleanze	14	40	0	31	0	43	0	29

ne) nelle attività con 4 obiettivi per area (estendibili fino a 37) e relativi indicatori per la valutazione. Gli interventi, tutti di promozione della salute, coinvolgono diversi aspetti, quali l'acquisizione di competenze e abilità per la salute (*life skill*), la *peer education*, le opportunità offerte dalla scuola, quali ambienti liberi dal fumo, servizi per andare a scuola a piedi (piedibus), servizi di ristorazione fondata su principi salutari, frutta a merenda, l'opportunità di praticare l'igiene delle mani e della bocca.

Il progetto complessivo ha come motivo conduttore la storia di Pinocchio, un burattino che, attraverso l'*empowerment* fornito dalla scuola, dalla famiglia e da altri incontri significativi, cresce fino a diventare un bambino autonomo e responsabile.

All'inizio di ogni anno scolastico la "Commissione salute" istituita in ogni scuola partecipante e composta da docenti e staff, genitori e ove possibile alunni, medici e infermieri della ASL, sceglie in base ai propri bisogni le aree di intervento e gli obiettivi da raggiungere. Al termine dell'anno scolastico valuta i risultati ottenuti.

A ciò segue una certificazione, caratterizzata da un numero di stelle di merito attribuite per ogni obiettivo conseguito, che viene assegnata annualmente alle scuole partecipanti in occasione di un convegno, che ha lo scopo di diffondere le esperienze positive e di eccellenza condotte dalle scuole.

Il progetto è stato proposto ai 324 plessi scolastici della provincia di Milano. Nel 2008 e nel 2009 su 64 e 81 scuole inizialmente aderenti hanno realizzato interventi e sono state certificate rispettivamente 59 (29 scuole dell'infanzia, 23

scuole primarie e 10 scuole secondarie di primo grado) e 77 (36 scuole dell'infanzia, 28 primarie e 13 secondarie di primo grado).

La Tabella sintetizza la tipologia di interventi, relativamente all'area di certificazione, e di obiettivi, per ogni singola area, negli anni 2008 e 2009. L'area all'interno della quale le scuole aderenti alla SPS hanno mostrato maggior interesse è quella del "curriculum educativo sulla salute" (in media 22% delle scuole nel 2008 e 68% nel 2009), quella a minore interesse è stata "l'organizzazione e la leadership" (in media 0% delle scuole nel 2008, e 7,5% nel 2009). Le scuole aderenti hanno aumentato in quantità, per singola scuola, e in qualità, per numero di obiettivi appartenenti alla stessa area, gli obiettivi in cui sono state certificate, passando da 6,2 per ciascuna scuola nel 2008 a 14 nel 2009, cui sono state corrispondentemente attribuite le stelle dal progetto.

In media nelle scuole certificate sono stati trattati 3,9 argomenti di salute (3,2 per le scuole dell'infanzia, 4,7 per le scuole primarie e 2,8 per le scuole secondarie).

La valutazione del progetto ha offerto ai partecipanti (promotori delle ASL, insegnanti e famiglie) un'opportunità per conoscere a fondo e praticare i metodi per promuovere le *life skill* negli studenti, ad esempio per insegnare a riconoscere le influenze esterne che spingono ad assumere comportamenti a rischio o per prendere decisioni e impegnarsi ad assumere comportamenti positivi.

L'esperienza della SPS nella provincia di Milano si è accompagnata, in questi primi due anni, ad un aumento di inte-

resse da parte delle scuole che hanno aderito in maggior numero e con maggiore intensità, ponendosi più obiettivi da raggiungere e in diverse aree, anche se non per tutte con lo stesso interesse. Infatti, riteniamo che una maggiore attenzione debba essere prestata ai dirigenti scolastici e all'area "organizzazione e leadership", affrontata da poche scuole. La formazione e la partecipazione organizzata dei docenti risulta un passaggio essenziale per la riuscita del progetto, per ora fondata unicamente sulla buona volontà del singolo insegnante. Il percorso di certificazione, pur essendo solo agli inizi, appare promettente come modalità di interazione e supporto tra scuola e sanità pubblica. Riteniamo infine che le scuole abbiano un ruolo fondamentale nell'ambito della promozione della salute e non debbano essere lasciate sole ad affrontare questa sfida importante per il prossimo millennio. ■

Riferimenti bibliografici

1. WHO Regional Office for Europe. Models of health promoting schools in Europe. 2002. Disponibile all'indirizzo: www.euro.who.int/document/e74993.pdf
2. Prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani. *Effective Health Care edizione italiana* 2000;4(3):1-12.
3. Stewart Burgher M, Barnekow Rasmussen V, Rivett D. The European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health. Disponibile all'indirizzo: www.who.it/document/e62361.pdf
4. Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment* 1999;3(22):1-207.
5. Gray G, Young I, Barnekow V. Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. Disponibile all'indirizzo: www.euro.who.int/document/e90053.pdf

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it