

Rafforzamento della sorveglianza epidemiologica della nuova influenza A(H1N1) in Italia

Fonte: [Eurosurveillance, 9 luglio 2009](#)

*(traduzione, sintesi e adattamento a cura della redazione di EpiCentro
revisione a cura di Caterina Rizzo - Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps - Iss)*

Al 7 luglio 2009, in Italia, metà delle 21 Regioni italiane hanno segnalato un totale di 158 casi confermati d'influenza A(H1N1). Al momento tutti i casi hanno manifestato sintomi simili all'influenza stagionale e non sono stati segnalati casi gravi o mortali. In Italia è stata organizzata un'attiva sorveglianza dei casi così da garantire le appropriate misure per rallentare la diffusione del nuovo virus. Questo rapporto descrive la sorveglianza epidemiologica rafforzata, al momento in atto in Italia.

Background

In seguito alla recente emergenza di fine aprile del virus della nuova influenza A(H1N1) negli Stati Uniti e nel Messico, lo stesso ceppo virale è stato identificato in un numero sempre maggiore di Paesi [2,3], e [l'11 giugno l'Organizzazione mondiale della sanità ha ufficialmente dichiarato la pandemia](#). In risposta a questa situazione l'Oms ha raccomandato il rafforzamento della raccolta d'informazioni sulle catene di trasmissione dei primi casi diagnosticati, in modo da garantire una rapida identificazione dei gruppi di popolazione a maggior rischio e mettere in atto le dovute azioni preventive. La raccolta delle informazioni è fondamentale anche per la definizione e validazione dei parametri usati nei modelli matematici per stimare il potenziale impatto della pandemia. In Italia, le autorità sanitarie hanno sviluppato raccomandazioni specifiche per la sorveglianza epidemiologica e virologica [4], basate sulle raccomandazioni dell'Oms e dell'Ecdc [5,6].

I primi casi confermati d'influenza A(H1N1) in Italia sono stati segnalati in viaggiatori. I primi risultati della sorveglianza virologica sono stati descritti in precedenza [7]. Questo report fornisce la prima descrizione della risposta italiana all'influenza A(H1N1) e i principali risultati epidemiologici delle infezioni da virus A(H1N1) in Italia.

Metodi

Sorveglianza del virus A(H1N1)

In accordo con quanto previsto dall'Unione Europea, dal 26 aprile i casi sospetti, probabili o accertati di virus dell'influenza A(H1N1) devono essere segnalati al ministero della Salute italiano [8].

È un caso sospetto qualunque individuo che soddisfi i criteri clinici ed epidemiologici; è un caso probabile qualunque individuo che soddisfi i criteri clinici ed epidemiologici e che abbia un risultato di laboratorio positivo, che mostri un'infezione d'influenza A o di qualunque suo sottotipo; ed è un caso confermato qualunque individuo che soddisfi i criteri di laboratorio di conferma dell'infezione [4].

Per tenere sotto controllo la diffusione della malattia, è stato messo a punto un sistema di sorveglianza attivo per le sindromi simil-influenzali e con una storia recente di viaggio nelle aree colpite dall'influenza. Tutti gli individui che provengono dalle aree affette ricevono specifiche raccomandazioni mediche attraverso gli Uffici di sanità marittima (Usmaf), in modo che in caso di sintomatologia si rivolgano a un presidio ospedaliero. Tutte le informazioni circa i dati demografici, la malattia (per esempio la data d'insorgenza sintomi) e il tipo di viaggio (numero del volo o tipo di viaggio in nave) devono essere raccolte. Inoltre, per contenere la diffusione del virus A(H1N1) nel Paese, sono state preparate specifiche misure di distanziamento sociale (rapido isolamento dei casi e chiusura preventiva delle scuole) e profilassi antivirale dei contatti dei casi. A ogni

persona che sia stata a stretto contatto con un caso confermato viene richiesto di restare a casa dai 7 ai 10 giorni, evitando il contatto con altre persone.

Le autorità sanitarie dovrebbero segnalare ogni caso sospetto, probabile o confermato, entro 12 ore dall'insorgenza dei sintomi al ministero della Salute ed al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss) [4].

In Italia, la sorveglianza routinaria dell'influenza è basata su una rete di sorveglianza sentinella diffusa sul territorio nazionale, insieme a una strutturata sorveglianza virologica.

Il sistema è basato sui medici di medicina generale e sui pediatri di libera scelta con lo scopo di monitorare l'incidenza delle sindromi simil-influenzali, identificare la durata delle epidemie stagionali e raccogliere informazioni sui ceppi in circolazione. I risultati sono disponibili ogni settimana sul sito del ministero della Salute.

Indagini epidemiologiche dei casi confermati e dei contatti stretti

Per facilitare un aggiornamento standardizzato e puntuale, il Cnesps, in collaborazione con il ministero della Salute, ha sviluppato dei moduli specifici d'indagine per i casi confermati da registrare via web. Questi moduli sono disponibili su un sito sicuro (<https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>). Questo strumento è basato sul Sistema di gestione dell'influenza aviaria del Regno Unito (United Kingdom Avian Influenza Management System, Aims), che era stato progettato per registrare, organizzare e analizzare i dati epidemiologici, clinici e personali dei casi di influenza aviaria nell'uomo [9] e per soddisfare le richieste previste dal regolamento sanitario internazionale (International Health Regulations).

Le informazioni devono essere raccolte e inserite nel sito dalle autorità sanitarie locali entro le 12 ore successive alla conferma del caso. Tra le informazioni vanno inclusi anche i dati demografici e i dettagli clinici della malattia (per esempio la data di inizio della sintomatologia, i segni e i sintomi clinici, la gravità, l'esito finale). I dati dei contatti stretti includono i dati di esposizione (tra cui relazioni con i casi, tipo/data dei contatti, informazioni sul nucleo familiare) e i dati relativi all'insorgenza di sintomi in seguito al contatto con il caso. Le informazioni sul follow-up dei casi sono richieste fino a 15 giorni dopo la prima indagine.

Risultati

Dati derivanti dalla sorveglianza del virus A(H1N1)

Fino al 7 luglio 2009, al sistema di sorveglianza italiano dell'influenza A(H1N1) sono stati riportati un totale di 995 casi sospetti. Di questi, 439 (44%) sono stati testati in laboratorio e sono risultati negativi, 158 (16%) sono stati confermati e 398 (40%) sono ancora sotto indagine. Dei casi ancora sotto indagine, 347 hanno manifestato i primi sintomi più di una settimana prima del 7 luglio. Questo indica che probabilmente solo 51 casi possono essere definiti come ancora sotto indagine.

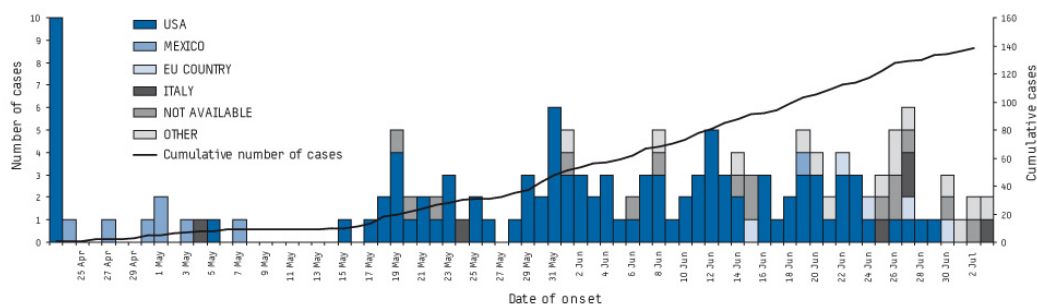
Quasi tutti i casi confermati (n=152) erano soggetti provenienti da aree affette, mentre i sei casi che risultano aver contratto l'infezione in Italia erano tutti contatti stretti di casi confermati associati ai viaggi. Dei 152 casi d'influenza A(H1N1) che hanno viaggiato fuori dall'Italia, 137 (87%) avevano disponibili dati riguardo al viaggio durante la settimana precedente all'insorgenza dei sintomi. Di questi, 100 (73%) erano in ritorno dagli Usa, 8 (6%) dal Messico, 9 (7%) da altri Paesi membri dell'Unione Europea, e 14 (10%) avevano viaggiato in altri Paesi (Argentina, Canada, Perù, Filippine e Singapore) (Figura 1). Tutti i casi di ritorno dal Messico sono stati segnalati nelle prime due

settimane di sorveglianza (24 aprile-8 maggio) e, a oggi, la maggior parte dei casi confermati sono associati a viaggi negli Stati Uniti.

Figura 1: Distribuzione dei casi di nuova influenza A(H1N1) in Italia associati a viaggi e a trasmissione locale, per data di inizio sintomi e luogo del viaggio, e numero cumulativo dei casi al 7 luglio 2009 (n=138)

FIGURE 1

Distribution of travel-related and locally transmitted confirmed cases of influenza A(H1N1)v virus infection in Italy, by date of onset and place of travel, and cumulative number of cases, as of 7 July 2009 (n=138*)



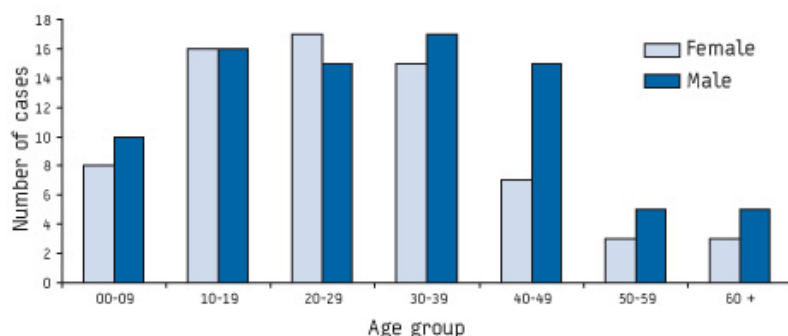
Note: Of the total number of 158 confirmed cases reported by 6 July 2009, 20 cases are excluded from this Figure because of missing information on the date of onset.

Sulla base dei 148 casi (94%) che avevano disponibili informazioni sull'età, l'età media è di 28 anni (con un range da 0 a 69) e 83 casi (il 56%) sono di sesso maschile. I casi sotto i 19 anni costituiscono il 34% dei casi, il 59% dei casi è compreso in una fascia d'età che va da 20 ai 49 anni, e solo il 7% dei casi è al di sopra di questa fascia (Figura 2).

Figura 2: Distribuzione per classe d'età e sesso dei casi di influenza A(H1N1) riferiti in Italia, al 7 luglio 2009 (n=148)

FIGURE 2

Distribution by age group and sex of cases of influenza A(H1N1)v virus infection reported in Italy, as of 7 July 2009 (n=148*)



Note: Of the total number of 158 confirmed cases reported by 6 July 2009, 10 cases are excluded from this Figure because of unavailable data on age.

A oggi, attraverso il sistema Influnet, non sono emersi segnali significativi di un aumento dell'attività dell'influenza. I risultati del sistema di sorveglianza Influnet sono pubblicati settimanalmente sul sito: <http://www.iss.it/iflu/>.

Dati sull'indagine epidemiologica dei casi confermati

I dati relativi alle indagini epidemiologiche dei casi confermati e dei relativi contatti stretti sono disponibili per 86 casi. Di questi, 22 (26%) sono stati ricoverati in ospedale. È importante sottolineare che alcuni ricoveri sono stati effettuati a scopo d'isolamento e che quindi la proporzione di pazienti ricoverati non è un indice della gravità della malattia. La degenza media dei soggetti ospedalizzati è stata di 3,4 giorni (con un range tra 0 e 7 giorni). Il tempo intercorso tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi di laboratorio è stato pari a 3,1 giorni (con un range tra 0 e 12 giorni). L'elenco dei sintomi e la proporzione dei casi confermati che hanno riportato sintomi sono disponibili nella tabella. La maggior parte dei sintomi sono stati riportati dall'insorgenza dei sintomi. I sintomi più frequenti sono stati la febbre e/o i sintomi respiratori, mentre i meno frequenti sono stati quelli gastrointestinali.

Tabella: numero e proporzione dei casi di nuova influenza A(H1N1) in Italia che riferiscono sintomi specifici, in generale e all'inizio della malattia (n=86 casi per i quali sono disponibili queste informazioni)

TABLE

Number and proportion of confirmed cases of influenza A(H1N1)v in Italy reporting specific symptoms, in general and at disease onset, (n=86 cases for whom this information was available)

Symptoms	Number (%) of cases reporting the symptom	Number of cases reporting the symptom at disease onset
Fever non specified	3 (3%)	2
Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$	58 (67%)	42
Fever $< 38^{\circ}\text{C}$	11 (13%)	7
Headache	36 (42%)	24
Muscle pain	37 (43%)	28
Joint pain	22 (26%)	15
Dry cough	35 (41%)	26
Productive cough	7 (8%)	4
Cough not specified	18 (21%)	12
Sore throat	35 (41%)	26
Runny nose	39 (45%)	25
Shortness of breath	8 (9%)	5
Diarrhoea	8 (9%)	2
Vomiting	6 (7%)	4
Nausea	6 (7%)	3
Conjunctivitis	10 (12%)	8
Asthenia	38 (44%)	31
Other (various)	2 (2%)	1

Degli 86 casi confermati oggetto d'indagine, due sono operatori sanitari. Uno ha viaggiato all'estero, l'altro ha acquisito l'infezione in Italia per via di un contatto avvenuto in ospedale con un caso confermato che si era recato in Pronto soccorso per le prime cure del caso. Altri cinque casi confermati sono turisti (non residenti in Italia) che viaggiavano su una nave da crociera.

Degli 86 casi confermati che hanno ricevuto il trattamento antivirale una volta diagnosticata la malattia, il 90% è stato trattato entro le 48 ore successive alla insorgenza dei sintomi. Complessivamente sono stati identificati e messi sotto sorveglianza 371 contatti stretti con un numero medio di contatti per ogni caso confermato pari a 5,2 (con un range da 1 a 39 contatti). Informazioni sulla profilassi dei contatti stretti erano disponibili per 319 soggetti, 125 dei quali (il 39%) ha ricevuto la profilassi (114 hanno assunto oseltamivir, 6 zanamivir e in 5 non era specificato il tipo di farmaco assunto). Dei contatti stretti segnalati, 14 (4%) hanno contratto l'infezione e sono stati confermati come casi, compresi 4 che non avevano effettuato la profilassi antivirale (uno per intolleranza al farmaco). Nel 39% dei contatti stretti sottoposti a profilassi antivirale il farmaco è stato somministrato più di 48 ore dopo l'insorgenza dei sintomi nei casi confermati con cui erano stati a contatto.

L'informazione relativa alla vaccinazione anti-influenzale nelle stagioni influenzali precedenti era disponibile in 73/86 casi confermati e il numero di soggetti vaccinati nella stagione 2007-2008 e 2008-2009 è stato di 9 e 2, rispettivamente.

Tra gli 80 casi confermati, per cui erano disponibili queste informazioni, 9 erano affetti da malattie croniche pre-esistenti (come cancro, diabete, malattie cardiovascolari, immunodeficienza). In aggiunta, sono state segnalate complicanze in tre casi, dopo i 15 giorni di follow up richiesti: un caso di otite media in un bambino di sette mesi e due casi di polmonite in due adulti (entrambi di 30 anni).

Discussione

I risultati presentati forniscono informazioni generali sulle caratteristiche demografiche (età, sesso), sulla storia di viaggi, sulla presentazione clinica, il trattamento e la profilassi antivirale dei pazienti affetti da nuova influenza A(H1N1) in Italia.

Al momento, in Italia, non è stata riportata alcuna trasmissione locale rilevante. I nostri risultati dovrebbero comunque essere interpretati con cautela, dal momento che approssimativamente tutti i casi confermati sono stati importati da aree colpite. Inoltre, dal 14 maggio 2009, il numero di casi confermati è cresciuto molto probabilmente per via dell'introduzione del test specifico RRT-PCR dei Cdc americani [7] e per via dell'aumento del numero di casi in tutto il mondo. In particolare, nell'ultima settimana (30 giugno - 7 luglio), il numero di casi confermati riportati è cresciuto da 100 a 158 e il numero di contatti stretti che hanno manifestato i sintomi è cresciuto da 4 a 14.

Questa descrizione preliminare della situazione italiana mette in evidenza come le attività di sorveglianza in Italia siano efficaci a questo stadio dell'epidemia per il contenimento della stessa. Infatti, il 90% dei casi confermati ha ricevuto il trattamento entro le 48 ore dopo la manifestazione dei sintomi, anche se, solo il 39% dei contatti stretti ha ricevuto la profilassi. Questa eterogeneità nell'utilizzo della profilassi antivirale è probabilmente dovuta alla mancanza di specifiche indicazioni a riguardo. Al momento (7 luglio 2009) in Italia non è stata riportata alcuna trasmissione locale sostenuta, fatta eccezione per i 14 casi secondari descritti.

L'indagine epidemiologica attraverso il sistema web è cruciale per ottenere informazioni sulle condizioni croniche pre-esistenti dei casi confermati e sulla presenza di complicanze tra i malati ospedalizzati e non. Questi dati, inoltre, permetteranno la costruzione di un database ampio per la raccolta di dati epidemiologici dettagliati in Italia e, in particolare, per identificare i fattori che contribuiscono maggiormente alla diffusione della malattia. Inoltre, la raccolta dettagliata di dati epidemiologici rappresenta un'opportunità importante per la condivisione di dati all'interno di diversi Paesi europei che usano approcci simili [9].

L'indagine epidemiologica non potrà essere continuata dalle autorità sanitarie quando il numero di casi diventerà troppo elevato, durante il picco dell'epidemia. Tuttavia, va sottolineato che raccogliere informazioni sui primi casi, soprattutto quelli trasmessi localmente, potrebbe essere cruciale per la descrizione dei meccanismi di trasmissione e dei parametri biologici del nuovo virus pandemico, così da colmare la mancanza di informazioni epidemiologiche.

Leggi il rapporto originale "[Enhanced epidemiological surveillance of influenza A\(H1N1\)v in Italy](#)" (in inglese).

Riferimenti

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Swine influenza A (H1N1) infection in two children – Southern California, March–April 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009; 58(15): 400–2.
2. World Health Organization (WHO). Human infection with new influenza A (H1N1) virus: clinical observations from a school-associated outbreak in Kobe, Japan, May 2009. *Wkly Epidemiol Rec.* 2009; 84(24): 237–44.
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). ECDC Situation report. Influenza A(H1N1)v infection. Update 22 June 2009. Stockholm: ECDC; 2009. Available from:
http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health_topics/Situation_Report_090622_1700.pdf
4. Ministry of Labour, Health and Social Policy of Italy. Influenza A (H1N1). Azioni del Governo [Actions of the Government]. 2009. [In Italian]. Available from:
<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/approfondimentoFocusNuovo.jsp?id=13&sub=1&lang=it&area=influenzaA>
5. World Health Organization (WHO). Global Influenza Programme. Global Surveillance during an Influenza Pandemic. Updated draft April 2009. WHO. 2009. Available from:
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveillance_apr09.pdf
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Technical report. Surveillance and studies in a pandemic in Europe. June 2009. Stockholm: ECDC; 2009. Available from:
http://www.ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health_topics/Surveillance_and_studies_in_a_pandemic_in_Europe.pdf
7. Surveillance Group for New Influenza A(H1N1) Virus Investigation in Italy. Virological surveillance of human cases of influenza A(H1N1)v virus in Italy: preliminary results. *Euro Surveill.* 2009; 14(24): pii=19247. Available from:
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19247>
8. Commission Decision of 30 April 2009 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision n° 21/19/98/EC. 2009/363/EC. Official Journal L 110/58. 01.05.2009. Available from:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:110:0058:0059:EN:PDF>
9. McMenamin J, Phin N, Smyth B, Couzens Z, Nguyen-Van-Tam JS. Minimum dataset for confirmed human cases of influenza H5N1. *Lancet.* 2008; 372(9655): 2022.