



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Raccomandazioni
Cliniche



G O V E R N O C L I N I C O

Raccomandazioni sul
percorso ospedaliero del
paziente con sindrome
simil influenzale:
aspetti preventivi, diagnostici
e terapeutici



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Raccomandazioni
Cliniche



G O V E R N O C L I N I C O

Raccomandazioni sul percorso ospedaliero del paziente con sindrome simil influenzale: aspetti preventivi, diagnostici e terapeutici

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Direttore centrale: Gianni Cortiula

Area servizi assistenza ospedaliera
Direttore sostituto: Fabio Samani

A cura del Gruppo di Lavoro Regionale

Coordinamento	Bassetti Matteo	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Redazione	Busetti Marina Camporese Alessandro Cocconi Roberto Crapis Massimo Gallo Tolinda Luzzati Roberto Sartor Assunta	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

Revisione

Prezza Marisa Area servizi assistenza ospedaliera - Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità

Approvazione

Componenti del Gruppo di Coordinamento della Rete Infettivologica del FVG

Fabio Samani - Direttore sostituto Area servizi assistenza ospedaliera - Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità

Pubblicazione: Il documento è pubblicato sul sito della regione FVG (gennaio 2019)

link: <http://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFGV/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA53/>

Gli autori dichiarano che le informazioni contenute nella presente pubblicazione sono prive di conflitti di interesse

Indice

1. Finalità e Campo di Applicazione	4
2. Unità Operative coinvolte dei Presidi Ospedalieri <i>Hub</i> e <i>Spoke</i> delle Aziende Sanitarie facenti parte della Rete Infettivologica FVG	4
3. Definizione di ILI, Diagnosi e Trattamento	4
3.1 Come riconoscere una sindrome Simil Influenzale?	4
3.2 Definizione clinica di Influenza grave e/o complicata?	4
Definizione di SARI	5
Definizione di ARDS.....	5
3.3 Quali pazienti con sindrome influenzale sono da considerare ad alto rischio di complicanze?	5
3.4 In generale, secondo le attuali linee guida internazionali, quando è necessario somministrare un trattamento antivirale in un paziente con ILI?	6
3.5 Quando si ha il massimo beneficio dal trattamento antivirale e per quanto tempo deve essere effettuato?	6
4. Come prevenire lo spread intra-ospedaliero del virus influenzale	6
4.1 Vaccinazione antinfluenzale	6
4.2 Modalità comportamentali per il contenimento dello spread intraospedaliero del virus influenzale	7
4.3 Quando è indicata la profilassi antivirale per ILI?	8
5. Bibliografia	9
6. Allegati	10
6.1 Algoritmo Diagnostico-Terapeutico	10
6.2 Diagnosi Microbiologica	11
6.3 Scheda di notifica delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus influenzali	12

1. Finalità e Campo di Applicazione

L'influenza è una patologia infettiva provocata da virus dell'influenza ad andamento endemico con riaccensioni epidemiche nei mesi invernali. I virus influenzali (Ceppi A – H1N1 e H3N2 – e Ceppi B) si trasmettono per via respiratoria (*droplets*) da persona a persona. Le manifestazioni cliniche conseguenti all'infezione da virus influenzale sono estremamente variabili, da forme paucisintomatiche autolimitantesi a forme respiratorie acute che richiedono il ricovero ospedaliero e, in alcuni casi, la ventilazione assistita.

Per quanto concerne il trattamento, sono stati approvati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e sono disponibili alcuni farmaci antivirali in grado di ridurre la durata dei sintomi, il rischio di complicanze infettive e la mortalità conseguenti alla malattia influenzale.

Obiettivo del presente documento è quello di favorire l'identificazione dei pazienti con infezione da virus influenzale/malattia simil influenzale (*Influenza-like illness*, ILI) che possano beneficiare di terapia con antivirali ed ottimizzare l'offerta terapeutica ed il percorso assistenziale ospedaliero.

2. Unità Operative coinvolte dei Presidi Ospedalieri Hub e Spoke delle Aziende Sanitarie facenti parte della Rete Infettivologica FVG

- Strutture Complesse: Direzione Sanitaria, Unità Operative Cliniche, Assistenza Farmaceutica/Farmacia, Igiene ed epidemiologia ospedaliera, Pronto Soccorso.
- Professionisti afferenti alle Strutture sopra elencate.

Dipartimento di prevenzione

- SOC Igiene e Sanità Pubblica.

3. Definizione di ILI, Diagnosi e Trattamento

3.1 Come riconoscere una sindrome Simil Influenzale?

Con il termine di sindrome simil influenzale o ILI (*Influenza Like Illness*), si definisce un'infezione respiratoria acuta caratterizzata da febbre ad esordio brusco ($T \geq 38^{\circ}\text{C}$), tosse secca (o altri sintomi respiratori quali faringodinia e congestione nasale), ed almeno un sintomo sistemico (mialgia, malessere, astenia etc.).

Poiché l'influenza si presenta con epidemie annuali durante la stagione invernale, mentre l'incidenza è trascurabile al di fuori dei periodi epidemici, ogni caso di ILI individuato nel periodo compreso tra la 44a e la 16a settimana di sorveglianza costituisce un caso di "sospetta" infezione influenzale. I test di biologia molecolare su tampone rino-faringeo permettono di effettuare diagnosi di "infezione influenzale confermata". Tale metodica va riservata al paziente con ILI che si decide di ospedalizzare per gravità clinica o per elevato rischio di complicanze, rappresentando un utile ausilio nella gestione assistenziale e clinica del paziente. I test, infatti, consentono l'adozione di misure di contenimento dello spread intra-ospedaliero del virus influenzale (vedi allegato 6.2: diagnosi microbiologica) e possono essere un valido strumento di *antimicrobial stewardship* dal momento che, se positivi, una volta esclusa la sovra-infezione batterica, permettono la precoce sospensione della terapia antibiotica avviata. Va sottolineato tuttavia che l'inizio della terapia antivirale non è subordinato al risultato del test; nel sospetto di ILI infatti la terapia antivirale deve essere avviata empiricamente e quanto più precocemente possibile.

3.2 Definizione clinica di Influenza grave e/o complicata?

Tutte le forme di:

- gravi infezioni respiratorie acute (**SARI**) ricoverate in Unità di Terapia Intensiva (UTI) e/o il ricorso alla terapia in ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*, in italiano Ossigenazione Extracorporea a Membrana), in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale;

- sindromi da *distress* respiratorio acuto (ARDS) ricoverate in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Definizione di SARI

Paziente ospedalizzato di qualsiasi età con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale
- e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti il ricovero in ospedale.

Definizione di ARDS

Paziente ospedalizzato di qualsiasi età con:

- 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, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti, dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno.

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 PaO₂/FiO₂ 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.

Trattandosi di infezioni delle basse vie aeree, oltre al tampone faringeo e/o nasale, è opportuno procedere anche con la raccolta di campioni di lavaggio bronco-alveolare (BAL) per la ricerca di virus influenzali. La raccolta del materiale biologico deve avvenire adottando le precauzioni standard ed i DPI previsti per la protezione delle mucose e delle vie respiratorie.

Infine, poiché le forme gravi e complicate di influenza sono sottoposte a monitoraggio anche per la stagione 2018-2019, si sottolinea l'importanza, per queste forme, di perseguire tramite i test di laboratorio, l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2) e di far pervenire un campione biologico per i casi gravi e complicati al Laboratorio di riferimento regionale per l'influenza (U.C.O. Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e della salute, Università degli Studi di Trieste, Via dell' Istria, 65/1 – 34137 Trieste - prof. P. D'Agaro).

La segnalazione di un caso grave e complicato di influenza confermata va effettuata tramite l'allegata scheda (vedi allegato 6.3 -*Scheda per la notifica delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus influenzali*).

3.3 Quali pazienti con sindrome influenzale sono da considerare ad alto rischio di complicanze?

- Bambini con età < 2 anni;
- Adulti con età > 65 anni;
- Pazienti con malattie polmonari croniche (inclusa l'asma bronchiale), malattie cardiovascolari (eccetto ipertensione arteriosa), malattie renali, epatiche, ematologiche, metaboliche (incluso il diabete mellito), neurologiche;
- Pazienti con immunodepressione primitiva o secondaria (incluse le forme iatrogene, HIV correlate, ecc.);

- Pazienti in gravidanza o puerperio;
- Pazienti obesi (BMI > 40);
- Pazienti residenti in residenza sanitaria assistenziale (RSA) o residenza protetta.

3.4 In generale, secondo le attuali linee guida internazionali, quando è necessario somministrare un trattamento antivirale in un paziente con ILI?

L'inizio del trattamento con antivirali è raccomandato il prima possibile per tutti i pazienti con ILI sospetta o confermata:

- il cui quadro clinico raccomandi l'ospedalizzazione;
- che presentino malattia grave e/o complicata;
- che siano a maggior rischio di complicanze.

Non è raccomandata la somministrazione di antivirali nel *setting* ospedaliero/P.S.:

- in pazienti con ILI non complicata che non necessitano ricovero (anche se la precoce terapia empirica può determinare dei benefici quali una riduzione della durata della malattia);
- in pazienti con ILI già in via di guarigione.

3.5 Quando si ha il massimo beneficio dal trattamento antivirale e per quanto tempo deve essere effettuato?

L'efficacia maggiore si ha quando il trattamento antivirale viene iniziato entro le 48 ore dall'inizio dei sintomi influenzali. Tuttavia il trattamento antivirale può avere ancora un beneficio anche se iniziato oltre le 48 ore e fino a 5 giorni in pazienti con malattia grave o complicata ed in pazienti ospedalizzati, ed eventualmente oltre tale data, su valutazione infettivologica.

Attualmente, sono approvati da AIFA 3 farmaci attivi nei confronti del virus influenzale: Oseltamivir, Zanamivir e Peramivir. Di questi farmaci, 2 sono disponibili per uso ospedaliero: Oseltamivir per via orale e Peramivir per via e.v.,

1. **Oseltamivir:** il trattamento deve essere iniziato il più precocemente possibile (al dosaggio di 75 mg ogni 12 ore per os in pazienti adulti con funzione renale conservata), possibilmente entro le 48 ore per ottenere il massimo beneficio, ed entro 5 giorni per pazienti con manifestazioni cliniche di malattia severe; la durata prevista del trattamento è 5 giorni. In casi altamente selezionati può essere necessario un trattamento più prolungato (ad esempio pazienti fortemente immunodepressi che presentano prolungato *shedding* virale), per cui è comunque necessaria prescrizione infettivologica. Consultare l'infettivologo per la somministrazione di Oseltamivir in pazienti con funzionalità renale non conservata (GFR<50 ml/min).
2. **Peramivir** è disponibile in formulazione endovenosa, pertanto è indicato in forme severe di malattia influenzale che necessitano di ventilazione assistita, o in pazienti che non sono in grado di deglutire od assumere farmaci per os.

Si raccomanda l'organizzazione dell'*antimicrobial stewardship* (conferma della prescrizione dell'antivirale e prosecuzione della terapia) con consulenza infettivologica da parte dello specialista in relazione al *setting* organizzativo dello stabilimento.

4. Come prevenire lo spread intra-ospedaliero del virus influenzale

4.1 Vaccinazione antinfluenzale

La vaccinazione antinfluenzale stagionale rappresenta il primo e principale provvedimento in grado di prevenire l'acquisizione e la trasmissione del virus, dato che le sole misure igieniche (lavaggio mani, buona igiene respiratoria, isolamento volontario al domicilio dei soggetti con sintomi respiratori) se pur fondamentali, non impediscono il contagio, specie durante le 24 ore precedenti lo sviluppo dei sintomi conclamati.

È necessario, pertanto, promuovere la vaccinazione in particolar modo tra gli Operatori Sanitari e per i soggetti appartenenti a categorie a rischio, qui di seguito elencati.

- Malattie croniche dell'apparato respiratorio (incluse l'asma di grado severo, le displasie polmonari, la fibrosi cistica e la BPCO).
- Malattie dell'apparato cardio-circolatorio (incluse le cardiopatie congenite e acquisite).
- Malattie metaboliche quali diabete mellito o obesità con BMI>30 e gravi patologie associate.
- Soggetti affetti da patologie neoplastiche.
- Insufficienza renale/surrenalica cronica.
- Malattie epatiche croniche.
- Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale.
- Malattie ematologiche ed emoglobinopatie.
- Immunodeficienze congenite o acquisite compresa l'infezione da HIV e le forme di immunodepressione iatrogena da farmaci.
- Patologie per le quali sono programmati interventi di chirurgia maggiore.
- Patologie associate a un incrementato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie quali le malattie neuromuscolari.
- Soggetti splenectomizzati.
- Bambini o adolescenti in terapia a lungo termine con acido acetilsalicilico a rischio di sviluppare sindrome di Reye in caso di sopraggiunta infezione influenzale.
- Soggetti di qualunque età residenti in strutture socio-sanitarie, in particolare anziani e disabili.
- Soggetti conviventi con persone appartenenti a categorie a elevato rischio.
- Donne in gravidanza, in particolare se al III° trimestre di gestazione durante la stagione influenzale.

4.2 Modalità comportamentali per il contenimento dello spread intraospedaliero del virus influenzale

La trasmissione interumana del virus dell'influenza si può verificare per via aerea attraverso le gocce di saliva (*droplets*) di chi tossisce o starnutisce, ma anche attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Per questo, una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie riveste un ruolo di primaria importanza nel limitare la diffusione dell'influenza. Oltre alle misure basate sui presidi farmaceutici, vaccinazioni e antivirali, si raccomandano le seguenti misure comportamentali, utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza:

Per il paziente con ILI

Seguire un corretto galateo respiratorio: coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, con fazzoletti monouso da smaltire correttamente e lavarsi le mani.

- Lavare regolarmente le mani e asciugarle correttamente. Le mani devono essere lavate accuratamente con acqua e sapone, per almeno 40-60 secondi ogni volta, specialmente dopo aver tossito o starnutito e asciugate. I disinfettanti per le mani a base alcolica riducono la quantità di virus influenzale dalle mani contaminate e possono rappresentare una valida alternativa in assenza di acqua. Pertanto, in tutte le aree ospedaliere, a partire dalle sale d'aspetto della Aree di Primo Soccorso, devono essere messi a disposizione dispenser di soluzione alcolica per la disinfezione delle mani.
- Far indossare al paziente con ILI la mascherina chirurgica e istruirlo sulla finalità del suo utilizzo (ridurre il rischio di contaminazione ambientale e dell'eventuale trasmissione dell'infezione ai contatti stretti). Pertanto, in tutte le aree ospedaliere, a partire dalle sale d'aspetto della Aree di Primo Soccorso, devono essere messe a disposizione dei pazienti mascherine chirurgiche mono-uso.

- Collocare il paziente in camera singola, o nel caso in cui la stessa non fosse disponibile collocare più pazienti infetti da microrganismi con le stesse caratteristiche fenotipiche/genotipiche nella stessa camera (*cohorting*), o se ciò non fosse possibile, collocare il degente insieme ad altri degenti mantenendo sempre una distanza superiore a 1 metro (optimum 3 metri) tra un paziente e l'altro o i visitatori (in quanto la trasmissione attraverso *droplets* avviene solo a breve distanza, 1-3 metri): la porta della camera può rimanere aperta, nella stanza devono essere predisposti l'occorrente per il lavaggio antisettico delle mani ed il contenitore per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (bio-box); se possibile, è raccomandato personalizzare tutti i dispositivi medici utilizzati per l'assistenza. Il paziente va mantenuto in isolamento da *droplet* per 7 giorni dall'esordio dei sintomi o fino a 24 ore dopo la risoluzione della febbre e dei sintomi respiratori.

Per gli operatori sanitari

- Indossare una mascherina FFP2 se si lavora a meno di 3 metri di distanza dal paziente.
- Indossare visiera protettiva/occhiali protettivi e mascherina FFP2 ogni volta che vengono attuate procedure che inducono tosse o starnuti, o procedure particolari quali broncoscopia, aspirazione tracheale, intubazione.
- Lavare regolarmente le mani e asciugarle correttamente, sulla base delle raccomandazioni internazionali (5 momenti WHO).

Per i visitatori

- Ridurre il numero delle visite e il numero di visitatori.
- Indossare una mascherina FFP2 a meno di 3 metri di distanza dal paziente.
- Lavare regolarmente le mani e asciugarle correttamente, prima e dopo la visita al paziente, evitando il contatto ravvicinato senza la protezione della mascherina FFP2.

4.3 Quando è indicata la profilassi antivirale per ILI?

La profilassi per ILI è indicata nei contatti ricoverati di casi confermati in laboratorio e nel personale sanitario che non abbia utilizzato dispositivi di protezione individuale nell'assistenza di casi confermati, qualora questi soggetti non siano vaccinati per influenza. La profilassi antivirale è costituita da Oseltamivir 75 mg una volta al giorno per 7 giorni, in pazienti con funzionalità renale conservata ($GFR \geq 50$ ml/min). Consultare l'infettivologo per la somministrazione di Oseltamivir in pazienti con funzionalità renale non conservata ($GFR < 50$ ml/min). Per la definizione di contatto si faccia riferimento alle linee guida e alle procedure impiegate per le malattie trasmissibili mediante *droplet*.

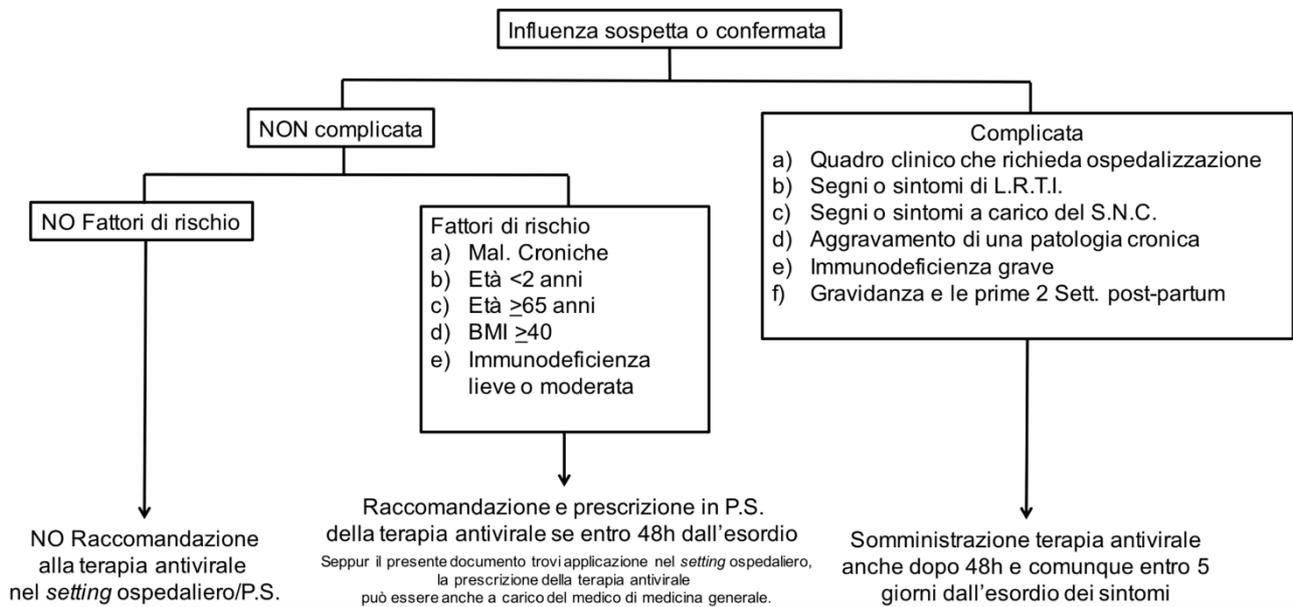
5. Bibliografia

- Center for Disease Control and Prevention MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report) Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Recommendations and Reports / Vol. 60 / No. 1 January 21, 2011
- Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2018-2019. 0016442-30/05/2018-DGPRES-DGPRES-P
- Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata, stagione 2018-2019. 0035404-04/12/2018-DGPRES-DGPRES-P. 04-12-2018
- Public Health England. PHE guidance on use of antiviral agents for the treatment and prophylaxis of seasonal influenza. Disponibile al sito: <https://www.gov.uk/government/publications/influenza-treatment-and-prophylaxis-using-anti-viral-agents>. Ultimo accesso il 07/12/2018.

6. Allegati

6.1 Algoritmo Diagnostico-Terapeutico

ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO



6.2 Diagnosi Microbiologica

PREMESSA: i campioni microbiologici dovrebbero essere raccolti possibilmente entro 3-4 giorni dalla comparsa dei sintomi, in quanto la possibilità di reperire il virus Influenzale decresce in genere dopo 96 ore.

Per quanto riguarda le modalità di campionamento si rimanda alle specifiche indicazioni fornite dai laboratori di Microbiologia e Virologia dei tre Hub regionali .

L'invio dei campioni al centro di riferimento di Trieste [U.C.O. Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e della salute, Università degli Studi di Trieste, Via dell' Istria, 65/1 – 34137 Trieste (prof. P. D'Agaro)] per la conferma del virus influenzale e per la sottotipizzazione e il monitoraggio di eventuali mutazioni dei virus influenzali circolanti, previsto per le forme di influenza gravi e complicate (come da nota della Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità del 21/12/2018, Prot. 0024230/P), seguirà le indicazioni di prelievo e trasporto fornite dalla U.C.O. di Igiene e Medicina Preventiva di Trieste.

Presenza di patologie croniche:	Si __	No __	Non noto __	<i>se sì quali?</i>
Tumore	Si __	No __	Non noto __	
Diabete	Si __	No __	Non noto __	
Malattie cardiovascolari	Si __	No __	Non noto __	
Deficit immunitari	Si __	No __	Non noto __	
Malattie respiratorie	Si __	No __	Non noto __	
Malattie renali	Si __	No __	Non noto __	
Malattie metaboliche	Si __	No __	Non noto __	
Obesità BMI tra 30 e 40	Si __	No __	Non noto __	
Obesità BMI>40	Si __	No __	Non noto __	
Altro, specificare:	_____			

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |_____| **Confermato per:** |__| A(H1N1)pdm09
|__| A(H3N2)
|__| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)
|__| A/Altro sottotipo |_____|
|__| B

Data conferma del laboratorio: |_____|

Invio del campione al Laboratorio di Riferimento Regionale: Si|__| No|__| se sì, **Data di invio:** |_____|

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| **Eseguita radiografia:** Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite influenzale primaria: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite batterica secondaria: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite mista: Si|__| No|__| Non noto|__|

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI)¹: Si|__| No|__| Non noto|__|

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)²: Si|__| No|__| Non noto|__|

Altro, specificare: Si|__| No|__| Non noto|__| _____

Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |__| **Data:** |_____|
Decesso |__| **Data:** |_____|
Presenza esiti |__| Specificare _____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione, per **tutti** i pazienti con influenza complicata (SARI/ARDS) inviando i campioni per la sottotipizzazione al laboratorio di riferimento regionale (U.C.O. Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e della salute, Università degli Studi di Trieste, Via dell' Istria, 65/1 – 34137 Trieste (prof. P. D'Agaro)

Copia della scheda dovrà essere inviata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione a malinf@regione.fvg.it; sorveglianza.influenza@iss.it e a malinf@sanita.it

¹ **Definizione di caso di SARI:** un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
• almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
• almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febricola, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).
La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

² **Definizione di ARDS:** paziente e ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
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, che richiede un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.
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 PaO₂/FIO₂ 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.