

Report

Sorveglianza dell'influenza in Puglia, stagione 2012/2013

Nell'ambito degli interventi di Sanità Pubblica la prevenzione dell'influenza costituisce un'azione prioritaria.

La profilassi si attua essenzialmente attraverso le campagne vaccinali, ma deve essere supportata da un adeguato sistema di sorveglianza della malattia.

La sorveglianza epidemiologica è basata su una rete di alcuni medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (medici sentinella), a cura di un referente per ogni regione.

Obiettivi del Sistema di sorveglianza sono il monitoraggio della frequenza dei casi di sindromi influenzali, la stima dei tassi di incidenza nella popolazione, per segnalare tempestivamente inizio e fine dell'epidemia e la valutazione dell'efficacia dei programmi di vaccinazione.

La circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2012/2013" prevedeva che l'epidemiologia della influenza nella stagione corrente sarebbe stata sostenuta dal recente virus pandemico A/H1N1pdm09, dai virus A/H3N2 e dal virus B.

Sulla base delle indicazioni del Global Influenza Surveillance Network, l'OMS ha deciso la seguente composizione del vaccino anti-influenzale per la stagione 2012/2013:

- antigene analogo al ceppo A/California/7/2009 (H1N1)pdm09;
- antigene analogo al ceppo A/Victoria/361/2011 (H3N2);
- antigene analogo al ceppo B/Wisconsin/1/2010.

Il presente report descrive la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza stagionale in Puglia e le misure di sanità pubblica adottate per ridurre il carico di malattia.

Materiali e metodi

Sorveglianza epidemiologica

La sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale in Puglia è realizzata attraverso l'adesione a un sistema nazionale "sentinella" denominato CIRINET, coordinato dal Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI) di Genova.

Il sistema viene raccordato con un analogo sistema di sorveglianza curato dall'Istituto Superiore di Sanità denominato INFLUNET. Le due emireti ricevono il sostegno del Ministero della Salute e coprono l'intero territorio nazionale.

La rete è basata sull'arruolamento di alcuni medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (medici sentinella), a cura di un referente per ogni regione. I medici sentinella inviano settimanalmente, nel periodo compreso tra la 42° settimana dell'anno e la 23° settimana dell'anno successivo, i dati relativi ai casi di sindrome simil-influenzale osservati tra i loro assistiti al CIRI attraverso portale web; per aumentare la sensibilità del sistema è previsto lo "zero-reporting". Il CIRI cura l'aggregazione dei dati e il calcolo delle stime di incidenza su base regionale.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale cura a livello regionale l'arruolamento, la formazione, il coordinamento dei medici sentinella e le funzioni di help-desk.

L'ISS svolge un ruolo di coordinamento tecnico-scientifico a livello nazionale in quanto aggrega settimanalmente i dati raccolti dalle due emireti, li analizza e produce un rapporto settimanale con i risultati nazionali.

Per la sorveglianza epidemiologica, in particolare, il gruppo di coordinamento nazionale dell'ISS ha sede presso il Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS).

Casi ospedalizzati, casi gravi, decessi

Considerato l'andamento epidemiologico dell'influenza durante la scorsa stagione (2011-2012) nei paesi europei, il Centro Europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (ECDC) ha sottolineato la necessità di mantenere alta l'attenzione nei confronti dei casi gravi e complicati e dei decessi da influenza anche per l'attuale stagione (circolare Ministero della Salute n° 0021721 del 11/10/2012).

In ottemperanza a quanto disposto dalla circolare ministeriale, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha mantenuto, anche per la stagione 2012/13, un sistema di sorveglianza attiva della polmonite virale primaria e insufficienza respiratoria di origine infettiva ricoverati presso le strutture di Rianimazione, Terapia Intensiva Pneumologica e Malattie Infettive della Regione Puglia.

Tutti i casi intercettati dal sistema di sorveglianza sono stati sottoposti ad accertamento virologico, eseguito presso l'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Bari, Centro di Riferimento Regionale per la Diagnostica della Nuova Influenza, già accreditato per l'effettuazione delle indagini da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per ognuno dei casi segnalati è stata compilata, da parte dell'U.O. di ricovero, una scheda di notifica inviata all'U.O.C. Igiene e all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Tecniche diagnostiche

I campioni respiratori (tamponi nasofaringei) ottenuti da ciascun paziente sono stati stemperati in 500 µl di soluzione fisiologica e congelati a -80°C fino all'esecuzione del test.

L'estrazione dell'RNA virale è stata effettuata su una aliquota di 200 µl mediante kit commerciale (High Pure Viral Nucleic Acid, Roche Diagnostics, Milan, Italy). La ricerca dei virus influenzali A e B è stata effettuata mediante *real time* PCR.

I virus influenzali di tipo A sono stati sottotipizzati mediante multiplex PCR nel gene dell'emoagglutinina (HA). Alcuni ceppi di influenza A/H1N1 pdm 09, H3N2 e di

influenza B sono stati sequenziati nel gene della emoagglutinina (HA) e l'analisi filogenetica ha consentito di verificare le relazioni con altri ceppi isolati in Italia e nel resto del mondo.

Monitoraggio della campagna vaccinale in Puglia

L'approvvigionamento del vaccino anti-influenzale è stato curato dalle Aziende Sanitarie Locali attraverso le Aree Servizio Farmaceutico.

La somministrazione del vaccino ai soggetti ultrasessantatrenni e ai soggetti a rischio per patologia è stata curata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, a cui il vaccino è stato consegnato a cura dei competenti Distretti Socio-Sanitari. Gli stessi uffici distrettuali hanno curato la verifica del numero di dosi somministrate da parte di ogni singolo medico e l'invio dei dati ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, che hanno curato la redazione dei resoconti di ASL.

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica hanno infine inviato i resoconti all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che ha provveduto alla stima delle coperture vaccinali nei soggetti ultra-sessantatrenni e al calcolo delle dosi somministrate nei soggetti a rischio per patologia.

Risultati

Sorveglianza epidemiologica

L'analisi dei dati del sistema di sorveglianza CIRINET ha consentito di stimare 9.290 casi di sindrome simil-influenzale (ILI) in cittadini pugliesi, la maggior parte dei quali in soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni.

Il Grafico 1 evidenzia l'andamento settimanale dei casi e l'incidenza di sindromi simil-influenzali nelle quattro classi di età rilevate.

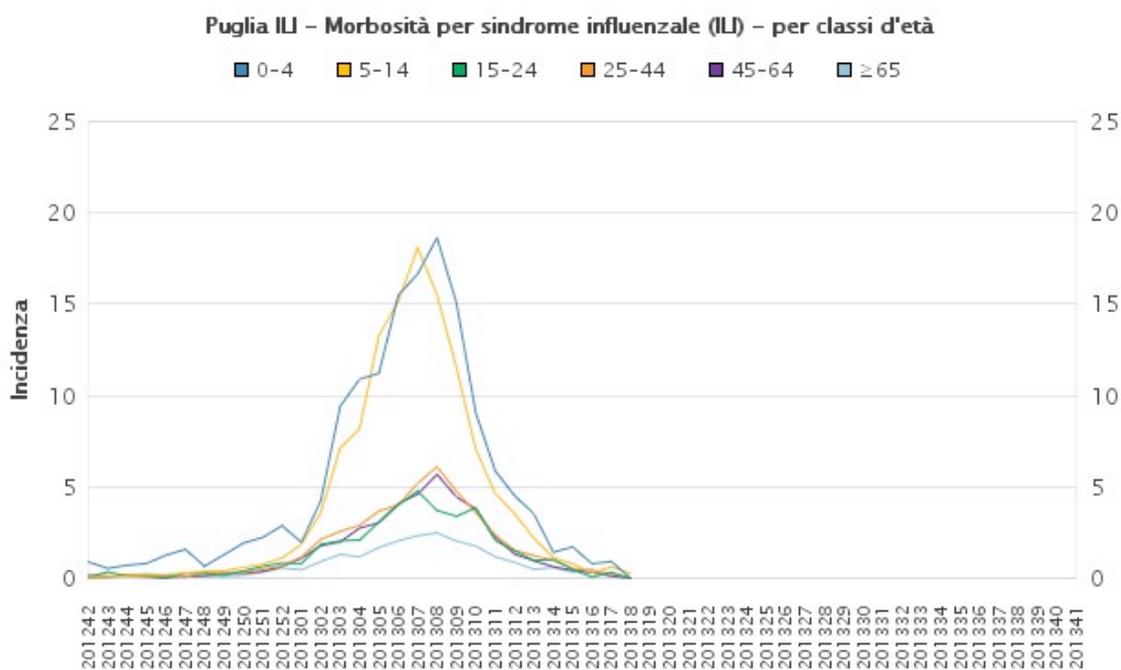
La struttura per età degli assistiti rispecchia quella della popolazione regionale residente; i tassi di incidenza calcolati possono quindi essere ritenuti rappresentativi dell'intera popolazione della Regione Puglia.

Un aumento importante della morbosità per ILI in Puglia si è verificato a partire dalla 3° settimana del 2013. Il picco di incidenza è stato raggiunto tra la 6° e la 10° settimana dell'anno. L'incidenza si è poi ridotta progressivamente fino a ritornare ai livelli pre-epidemia nella 13° settimana del 2013.

Nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni il picco di incidenza è stato raggiunto durante la 7° settimana del 2013.

Grafico 1.

Morbosità per mille abitanti per sindromi simil influenzali (ILI) per fascia di età. Regione Puglia, novembre 2012-aprile 2013



© CUI 2013 - Centro Interministeriale di Ricerca sull'Influenza e le altre Infezioni Respiratorie

Sorveglianza virologica

Nel periodo novembre 2012- aprile 2013 sono pervenuti al laboratorio dell'U.O.C. Igiene per l'accertamento virologico 1066 campioni inviati dai Medici Sentinella e strutture di rianimazioni, terapie intensive, pneumologie e malattie infettive (Tabella 1).

Tabella 1.

Distribuzione per fascia di età dei soggetti sottoposti ad accertamento diagnostico per influenza in Puglia (2012-2013).

Fasce d'età	N. tamponi analizzati	N. tamponi positivi	Positivi per A/H1N1		Positivi per A/H3N2		Positivi per B	
			N.	%	N.	%	N.	%
0-4 aa	502	72	18	25,0	38	52,8	16	22,2
5-14 aa	116	18	4	22,2	6	33,4	8	44,4
15-65 aa	238	52	2	3,9	40	76,9	10	19,2
> 65 aa	94	14	0	0,0	12	85,7	2	14,3
non nota	116	44	4	9,1	24	54,5	16	36,4
totale	1066	200	28	14,0	120	60,0	52	26,0

Le indagini diagnostiche sui campioni clinici hanno permesso di evidenziare la co-circolazione di altri patogeni respiratori (Tabella 2).

Tabella 2.

Patogeni respiratori identificati nei campioni clinici nel corso della stagione influenzale 2012-2013.

Patogeni respiratori	Positività (%)
Virus respiratorio sinciziale (RSV)	30,0%
Mycoplasma pneumoniae	0,4%
Adenovirus	4,3%
Metapneumovirus	0,0%
Virus parainfluenzali (1,2,3,4)	4,0%
Chlamydia pneumoniae	0,4%
Legionella Pneumophila	0,0%
Bordetella Pertussis	0,5%
Streptococcus Pneumoniae	2,0%

Vaccinazione anti-influenzale

In Puglia sono state somministrate, al 30 aprile 2013, 697.710 dosi di vaccino. Nella Tabella 3 si riporta la copertura vaccinale nei soggetti di età superiore a 64 anni è risultata del 57. La Tabella 4 riporta le dosi somministrate nei soggetti a rischio, per categoria.

Tabella 3.

Numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale e coperture vaccinali, per ASL di residenza. Regione Puglia, stagione influenzale 2012/2013.

Provincia	N. soggetti \geq 65 aa vaccinati
-----------	---------------------------------------

Tabella 4.

Dosi di vaccino anti-influenzale somministrate per categoria target. Regione Puglia, stagione influenzale 2012/2013

Categorie	Tot
Soggetti di età pari o superiore a 65 anni	441.315
Soggetti di età compresa fra 6 mesi e 65 anni con condizioni di rischio	209.715
Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico	995
Donne nel secondo e terzo trimestre di gravidanza	503
Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti	2.118
Medici e personale sanitario di assistenza	6.303
Contatti familiari di soggetti ad alto rischio	8.383
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori	9.221
Personale che, per motivi di lavoro è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	1.901
Bambini non compresi nelle categorie a rischio	375
Popolazione generale (escluse le categorie di cui sopra)	16.881
TOTALE	697.710

Conclusioni

I dati dell'attività di sorveglianza epidemiologica e virologica 2012-2013 hanno evidenziato una circolazione del virus influenzale che, dopo l'evento pandemico, ha presentato le caratteristiche delle normali epidemie stagionali di influenza.

L'incidenza delle sindromi simil-influenzali è stata più elevata nei mesi di gennaio - marzo 2013, in analogia a quando accaduto nelle passate epidemie influenzali.

Il sottotipo A/H1N1 è risultato il virus dominante nel corso della stagione influenzale mentre in percentuale inferiore si sono riscontrati il sottotipo H3N2 e il sottotipo B.

Le coperture vaccinali registrate risultano assolutamente insoddisfacenti per quanto riguarda i soggetti di età superiore ai 65 anni (57%) e per i soggetti con patologie croniche di età inferiore ai 65 anni.

Nonostante il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014 preveda come obiettivo minimo della campagna di vaccinazione antinfluenzale il raggiungimento del 75% delle persone che rientrano nei gruppi a rischio (con obiettivo ottimale del 95%), anche per questo anno è stato registrato un incisivo calo delle coperture vaccinali. Tale scarsa sensibilità verso la prevenzione vaccinale è correlabile ad una limitata efficacia delle campagne informative istituzionali dirette ai destinatari della vaccinazione stessa. A tal proposito, è necessario evidenziare che, il ritiro precauzionale di un ingente numero di vaccini da parte del Ministero della Salute avvenuto nell'ottobre 2012, non supportato da una opportuna campagna informativa, ha rappresentato la causa primaria di tale insuccesso.