

MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI

Il ruolo del medico
competente tra
prevenzione e promozione

CORSO DI AGGIORNAMENTO



21 maggio 2018

Sala 20 maggio 2012, ore 9.00-17.30
Viale Fiera 8, Bologna

La promozione della salute con particolare riguardo alla vaccinazione antinfluenzale da parte dei Medici competenti

Maria Grazia Pascucci

Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

- L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni uomo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

- Le epidemie influenzali annuali sono associate a elevata morbosità e mortalità. Il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che ogni anno, in Europa, si verificano dai 4 ai 50 milioni di casi sintomatici di influenza e che 15.000/70.000 cittadini europei muoiono ogni anno per complicanze dell'influenza. Il 90% dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli con condizioni cliniche croniche di base.

INFLUENZA

- Morbosità più elevata nei bambini.
- Complicanze e mortalità più elevata negli anziani (età >65 anni) e in soggetti a rischio (presenza di malattie croniche, gravidanza, immunodeficienze, condizioni socio-economiche precarie)
- Tasso di attacco:
 - epidemia 5-30%
 - pandemia possibile > 50%

Definizione di ILI (Influnet - ECDC)

Improvviso e rapido insorgere dei sintomi

- **più**, almeno uno tra i seguenti sintomi:
 - Febbre o febbrecola
 - Malessere/Spossatezza
 - Mal di testa
 - Dolori Muscolari
- **più**, almeno uno tra i seguenti sintomi respiratori:
 - Tosse
 - Mal di Gola
 - Respiro Affannoso

Trasmissione

- L'influenza è trasmessa principalmente dalle goccioline diffuse attraverso la tosse o gli starnuti e può anche essere trasmessa attraverso il contatto diretto o indiretto con le secrezioni respiratorie contaminate.
- Il periodo di incubazione dell'influenza stagionale è solitamente di due giorni, ma può variare da uno a quattro giorni.
- Gli adulti possono essere in grado di diffondere l'influenza ad altri da un giorno prima dell'inizio dei sintomi a circa cinque giorni dopo l'inizio dei sintomi. I bambini e le persone con un sistema immunitario indebolito possono essere più contagiosi.

I virus influenzali : maestri di metamorfosi

Esistono due tipi principali di virus dell'influenza: A e B.

I virus dell'influenza A sono classificati in sottotipi basati su due proteine di superficie: emoagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA). Tre sottotipi di HA (H1, H2 e H3) e due sottotipi di NA (N1 e N2) sono riconosciuti tra i virus dell'influenza A come causa di malattia umana diffusa nel corso dei decenni.

I virus dell'influenza B si sono evoluti in due lineaggi antigenicamente distinti dalla metà degli anni '80, rappresentati dai virus B/Yamagata/16/88 e B/Victoria/2/87-like. I virus di entrambi i ceppi B/Yamagata e B/Victoria contribuiscono variabilmente alla malattia influenzale ogni anno.

Nel corso del tempo, la variazione antigenica (deriva antigenica) dei ceppi si verifica all'interno di un sottotipo di influenza A o di un lineaggio B. La possibilità sempre presente di deriva antigenica, che può verificarsi in uno o più ceppi di virus dell'influenza, richiede che i vaccini antinfluenzali stagionali vengano riformulati ogni anno.

I virus influenzali : maestri di metamorfosi

- **Virus di tipo A:** circolano nell'uomo e in altre specie animali.

Suddivisi in sottotipi in base alle proteine HA e NA. Il tipo A presenta almeno 16 sottotipi HA e 9 NA (144 combinazioni possibili)

Antigenic drift - antigenic shift

- **Virus di tipo B:** presenti solo nell'uomo, non esistono sottotipi.

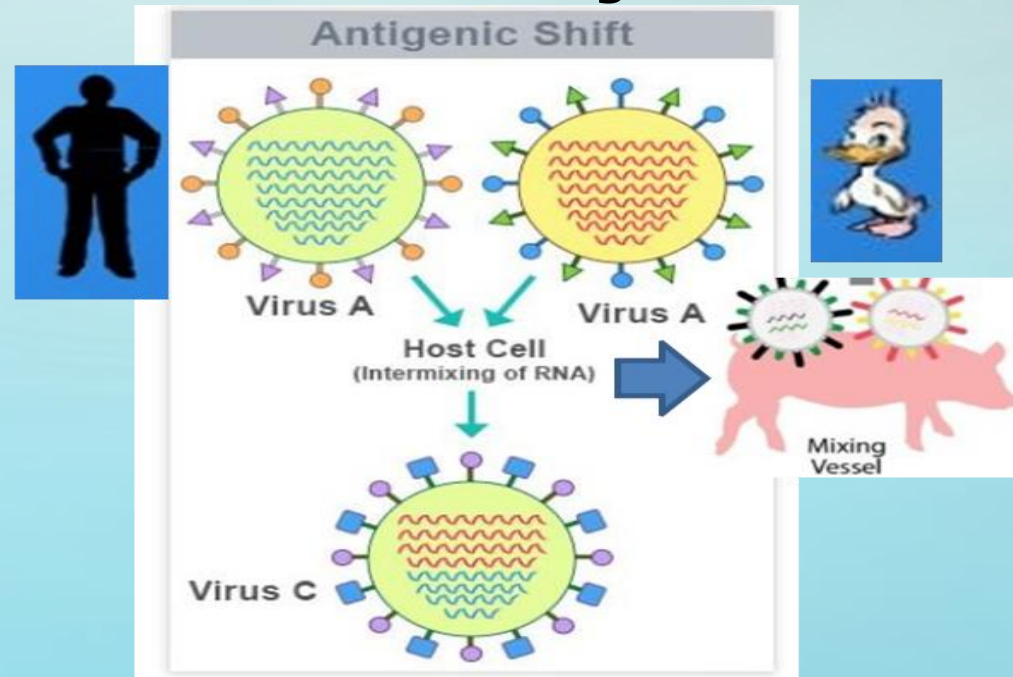
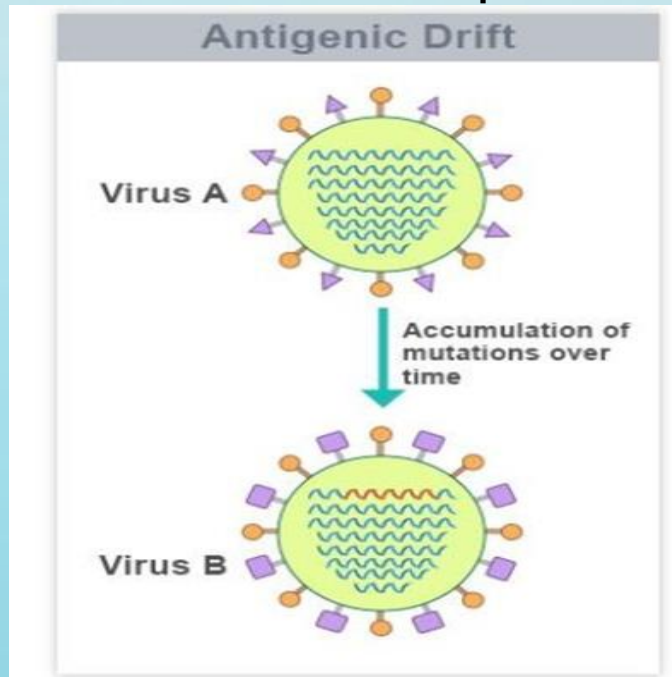
Antigenic drift

- **Virus di tipo C:** infezione asintomatica o simile al raffreddore

Variazione antigenica

Antigenic drift **Tipo A, B**

cambiamenti minori del genoma (mutazioni puntiformi) che causano variazioni minime tra strain con parziale cross-protezione immunologica



Antigenic shift (cambiamento maggiore) **Tipo A**

viene più raramente: eventi di ricombinazione genica tra uomo e animali/uccelli e riflette la comparsa di **ceppi virali** con HA e/o NA **NON correlate** ai ceppi precedenti. **Può causare pandemie (no crossprotezione).**

Pandemie del XX secolo: quadro clinico

Pandemia del 1918 (Influenza “Spagnola”, H1N1)

- 50-100 milioni di vittime secondo recenti stime
- Se proiettato alla popolazione mondiale attuale: 175-350 milioni di morti
- Curva di mortalità a “W” invece che a “U”: inattesa alta mortalità tra i giovani adulti di 15-45 anni, oltre che anziani e bambini piccoli
- Tasso di mortalità tra le donne incinte: 23-71%

Pandemie del XX secolo: quadro clinico

Pandemia del 1957-58 (Influenza “Asiatica” H2N2)

- 2-3 milioni di decessi
- Più del 40% dei decessi in persone maggiori di 65 anni
- Quadro clinico e complicanze sovrapponibili alla influenza stagionale

Pandemie del XX secolo: quadro clinico

Pandemia del 1968-69 (Influenza “Hong Kong” H3N2)

- 1 milione di decessi
- Quadro clinico e complicanze sovrapponibili alla influenza stagionale
- Minore impatto della pandemia probabilmente dovuto alla conservazione di N2

INFLUENZA

Impatto negativo su:

- ⇒ salute
- ⇒ economia

Danni

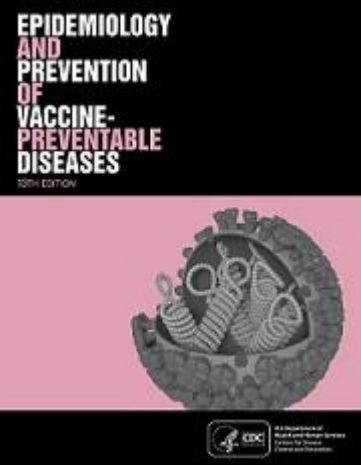


Sanitari

- malattia
- complicanze
- morte

Sociali ed economici

- assenteismo
- indisponibilità per altre attività
- costi diretti e indiretti



The Pink Book

Complications

The most frequent complication of influenza is pneumonia, most commonly secondary bacterial pneumonia (e.g., *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, or *Staphylococcus aureus*). Primary influenza viral pneumonia is an uncommon complication with a high fatality rate. **Reye syndrome** is a complication that occurs almost exclusively in children taking aspirin, primarily in association with influenza B (or varicella zoster), and presents with severe vomiting and confusion, which may progress to coma due to swelling of the brain. **Other complications include myocarditis** (inflammation of the heart) and **worsening of chronic bronchitis and other chronic pulmonary diseases**.

Death is reported in less than 1 per 1,000 cases. The majority of deaths typically occur among persons 65 years of age and older.

An increase in mortality typically accompanies an influenza epidemic. Increased mortality results not only from influenza and pneumonia but also from cardiopulmonary and other chronic diseases that can be exacerbated by influenza.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Acute Myocardial Infarction after Laboratory-Confirmed Influenza Infection

Jeffrey C. Kwong, M.D., Kevin L. Schwartz, M.D., Michael A. Campitelli, M.P.H., Hannah Chung, M.P.H., Natasha S. Crowcroft, M.D., Timothy Karnauchow, Ph.D., Kevin Katz, M.D., Dennis T. Ko, M.D., Allison J. McGeer, M.D., Dayre McNally, M.D., Ph.D., David C. Richardson, M.D., Laura C. Rosella, Ph.D., M.H.Sc., et al.

Abstract

BACKGROUND

Acute myocardial infarction can be triggered by acute respiratory infections. Previous studies have suggested an association between influenza and acute myocardial infarction, but those studies used nonspecific measures of influenza infection or study designs that were susceptible to bias. We evaluated the association between laboratory-confirmed influenza infection and acute myocardial infarction.



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

23 NOVEMBER 2012, 87th YEAR / 23 NOVEMBRE 2012, 87^e ANNÉE

No. 47, 2012, 87, 461–476

<http://www.who.int/wer>

Le donne in gravidanza hanno un rischio aumentato di sviluppare complicanze gravi da influenza, fino al decesso; l'infezione può anche portare a complicanze quali aborto, morte neonatale, parto pretermine, e basso peso alla nascita. Con il virus 2009 A(H1N1)pdm, le donne in gravidanza di New York City ebbero un rischio di ospedalizzazione 7.2 maggiore e il rischio di ospedalizzazione per influenza grave fu 4.3 volte più alto rispetto a donne non gravide. Il rischio di forme severe in gravidanza è aumentato dalla copresenza di patologie quali asma, diabete, obesità.

Le donne in gravidanza dovrebbero essere vaccinate con vaccino inattivato in qualsiasi periodo della gravidanza. Questa raccomandazione è basata sull'evidenza di un sostanziale rischio di malattia grave in questo gruppo e sull'evidenza che il vaccino contro l'influenza è sicuro ed efficace nel prevenire l'influenza nelle donne così come nei loro neonati, nei quali il peso della

Influenza durante la gravidanza

- Conseguenze per il bambino
 - Trasmissione transplacentare del virus rara
 - Effetti immediati e a breve termine
 - Difetti congeniti del sistema nervoso centrale, aborto, parto pretermine e morte
 - Conseguenze a lungo termine
 - anomalie congenite, ritardo dello sviluppo e disordini neuropsichiatrici

Vaccinazione contro l'influenza durante la gravidanza

Effetti sulla madre

- Diminuzione della malattia materna
- Sieroprotezione a tassi simili a quelli delle donne non in gravidanza (Jamiesson et al benefits of influenza vaccination in pregnant women, AmJObstet Gynecol 2012:207)

Effetti sul feto

- Protezione verso l'influenza fino a 6 mesi dopo la nascita (Benowitz et al.Clin Infect Dis 2010;51:1355)
- Riduzione del rischio di neonati SGA, parto prematuro, morte fetale, aumento del peso alla nascita (Zaman, NEJM 2008. Omer, Plos Med 2011. Steinhoff CMAJ 2012)



DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention (CDC),
Atlanta, GA 30341-3724

- September 20, 2017
- Dear Colleague:
- As a health care provider, **we ask your help** again this influenza season in ensuring your patients receive influenza vaccines. Your role in this effort is critical because influenza takes a considerable toll on the public's health each year, causing millions of illnesses and medical visits, hundreds of thousands of hospitalizations and thousands of deaths.
- Influenza vaccine can prevent flu illness and hospitalization. **CDC estimates that influenza vaccination prevented approximately 5.1 million influenza illnesses, 2.5 million influenza-associated medical visits, and 71,000 influenza associated hospitalizations during the 2015-2016 season, with an overall vaccine effectiveness of 48%.**

the **benefits** of **flu vaccination** 2013-2014

The estimated number of influenza-associated **illnesses prevented** by flu vaccination during the 2013-2014 season:

7.2 million



enough people to form
a line from Maine to Oregon

The estimated number of flu-associated **medical visits prevented** by vaccination during the 2013-2014 season:

3.1 million



more than the population
of the city of Chicago

The estimated number of flu **hospitalizations prevented** during the 2013-2014 season:

90,000



enough to fill Madison Square
Garden **more than 4 times**

get **vaccinated**

DATA: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), December 12, 2014: Vol. 63, No. 49

NCIRDg-2119 | 12-12-2014

www.cdc.gov/flu



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Composizione del vaccino antinfluenzale

- Le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sulla composizione dei vaccini, per l'Emisfero Nord, contro i virus influenzali sono rese disponibili nel mese di febbraio di ogni anno per la stagione successiva. Nel febbraio 2018, l'OMS ha raccomandato la nuova composizione vaccinale per la stagione 2018/2019 elencando i virus da inserire nella formulazione quadrivalente e trivalente (<http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/en/>).

Composizione del vaccino antinfluenzale per la stagione 2018-2019: le raccomandazioni Oms per l'emisfero nord

- Il 22 febbraio 2018, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha pubblicato le raccomandazioni sulla composizione del vaccino trivalente e di quello quadrivalente per la stagione influenzale 2018-2019 nell'emisfero settentrionale. Per il quadrivalente l'Oms raccomanda le componenti A/Michigan/45/2015 (H1N1), A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2), B/Colorado/06/2017 (lineaggio B/Victoria/2/87) e B/Phuket/3073/2013 (lineaggio B/Yamagata/16/88). Raccomanda inoltre che nel vaccino trivalente venga inserita la nuova variante B/Colorado/06/2017 (lineaggio B/Victoria/2/87). Il nuovo vaccino conterrà, dunque, due nuove varianti antigeniche: una di tipo A, sottotipo H3N2 (A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016), che sostituirà il ceppo A/Hong Kong/4801/2014 ed una di tipo B (B/Colorado/06/2017-lineaggio Victoria) che sostituirà il ceppo B/Brisbane/60/2008

Tabella 1. Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata.

	Categoria	Dettaglio
1	Soggetti di età pari o superiore a 65 anni	
2	Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti fino a 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza	a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO) b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30) d) insufficienza renale/surrenale cronica e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie f) tumori g) malattie congenite o acquisite che comportino carenza di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari) k) epatopatie croniche
3	Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.	
4	Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza.	
5	Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti.	
6	Medici e personale sanitario di assistenza.	
7	Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio.	
8	Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori	a) Forze di polizia b) Vigili del fuoco c) Altre categorie socialmente utili potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati allo svolgimento della loro attività lavorativa; a tale riguardo, è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie. d) Infine, è pratica internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività.
9	Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	a) allevatori b) addetti all'attività di allevamento c) addetti al trasporto di animali vivi d) macellatori e vaccinatori e) veterinari pubblici e libero-professionisti

Tabella 1. Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata ed offerta attivamente e gratuitamente.

Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza:
Donne che all’inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza. Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza: a) <i>malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);</i> b) <i>malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;</i> c) <i>diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30);</i> d) <i>insufficienza renale/surrenale cronica;</i> e) <i>malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;</i> f) <i>tumori;</i> g) <i>malattie congenite o acquisite che comportino carenza di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;</i> h) <i>malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;</i> i) <i>patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;</i> j) <i>patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);</i> k) <i>epatopatie croniche.</i> Soggetti di età pari o superiore a 65 anni. Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale. Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti.
Persone che possono trasmettere l'infezione a soggetti ad alto rischio:
Medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali. Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato)
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori:
Forze di polizia Vigili del fuoco Altre categorie socialmente utili potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati allo svolgimento della loro attività lavorativa; a tale riguardo, è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell’offerta a tali categorie. Infine, è pratica internazionalmente diffusa l’offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività.
Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani:
Allevatori Addetti all’attività di allevamento Addetti al trasporto di animali vivi Macellatori e vaccinatori Veterinari pubblici e libero-professionisti
Altre categorie
Donatori di sangue



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

Prevenzione e controllo dell'influenza:
raccomandazioni per la stagione 2017-2018

- Pertanto, gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale contro l'influenza sono:
- riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte
- riduzione del rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione
- riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità

Vaccini antinfluenzali disponibili

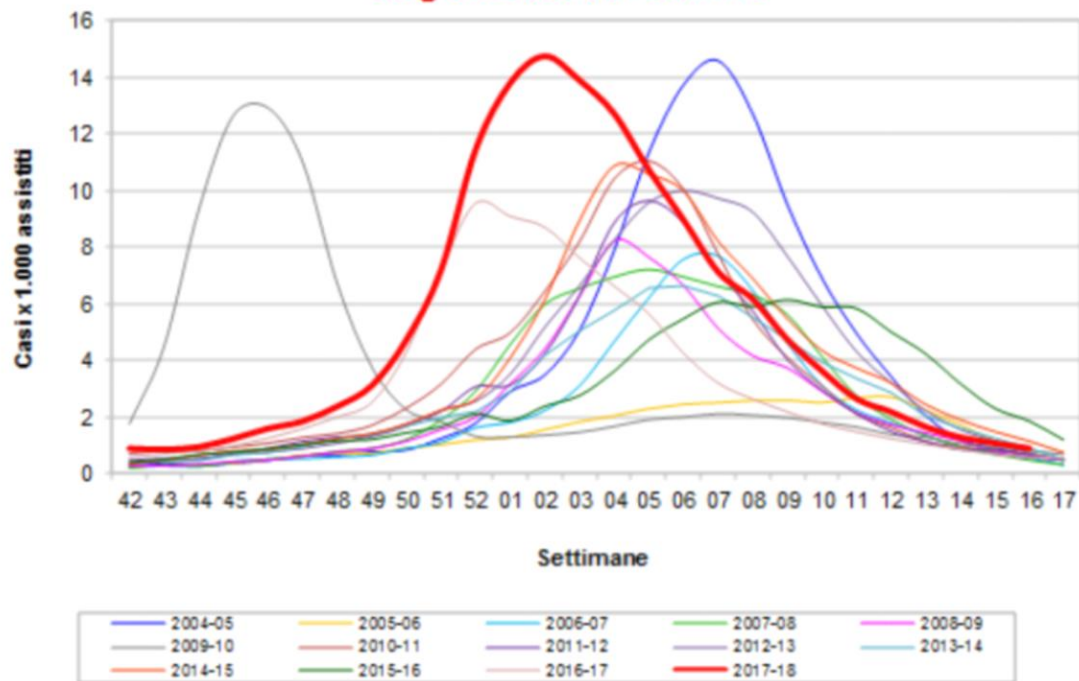
- **Vaccino tipo subunità**, contenente solo gli antigeni di superficie, emoagglutinina e neuraminidasi;
- **Vaccino split**, contenente virus influenzali frammentati;
- **Vaccino adiuvato con MF59**, contenente gli antigeni di superficie emulsionati ad adiuvante oleoso metabolizzabile (MF59). L'adiuvante aumenta l'immunogenicità e la capacità di cross-protezione verso virus varianti, nonché la durata nel tempo della protezione conferita;
- I vaccini antinfluenzali fino al 2014 erano trivalenti (TIV) , cioè contenevano 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e un virus di tipo B
- **Dal 2014 è disponibile in Italia un vaccino split quadrivalente**, contenente 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e 2 virus di tipo B.

A background image showing a misty, foggy landscape with mountains and a body of water. The scene is serene and atmospheric, with soft light filtering through the fog. The mountains are in the distance, and the water is in the foreground, reflecting the light. The overall color palette is muted, with soft blues, greys, and greens.

Stagione influenzale 2017-18

Italia

Incidenza delle sindromi influenzali (ILI) in Italia.
Stagioni 2004/05 - 2017/18

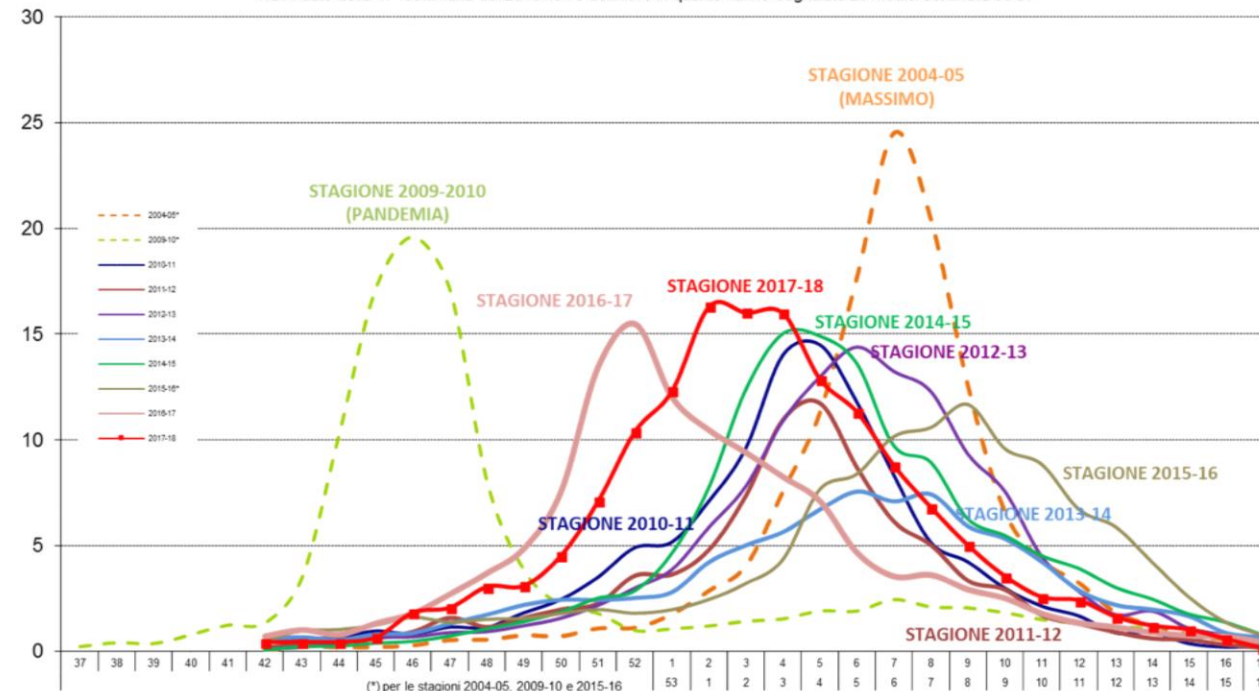


Andamento dell'incidenza di ILI per 1.000 assistiti dalla stagione 2004/05 a quella 2017/18

Regione Emilia-Romagna

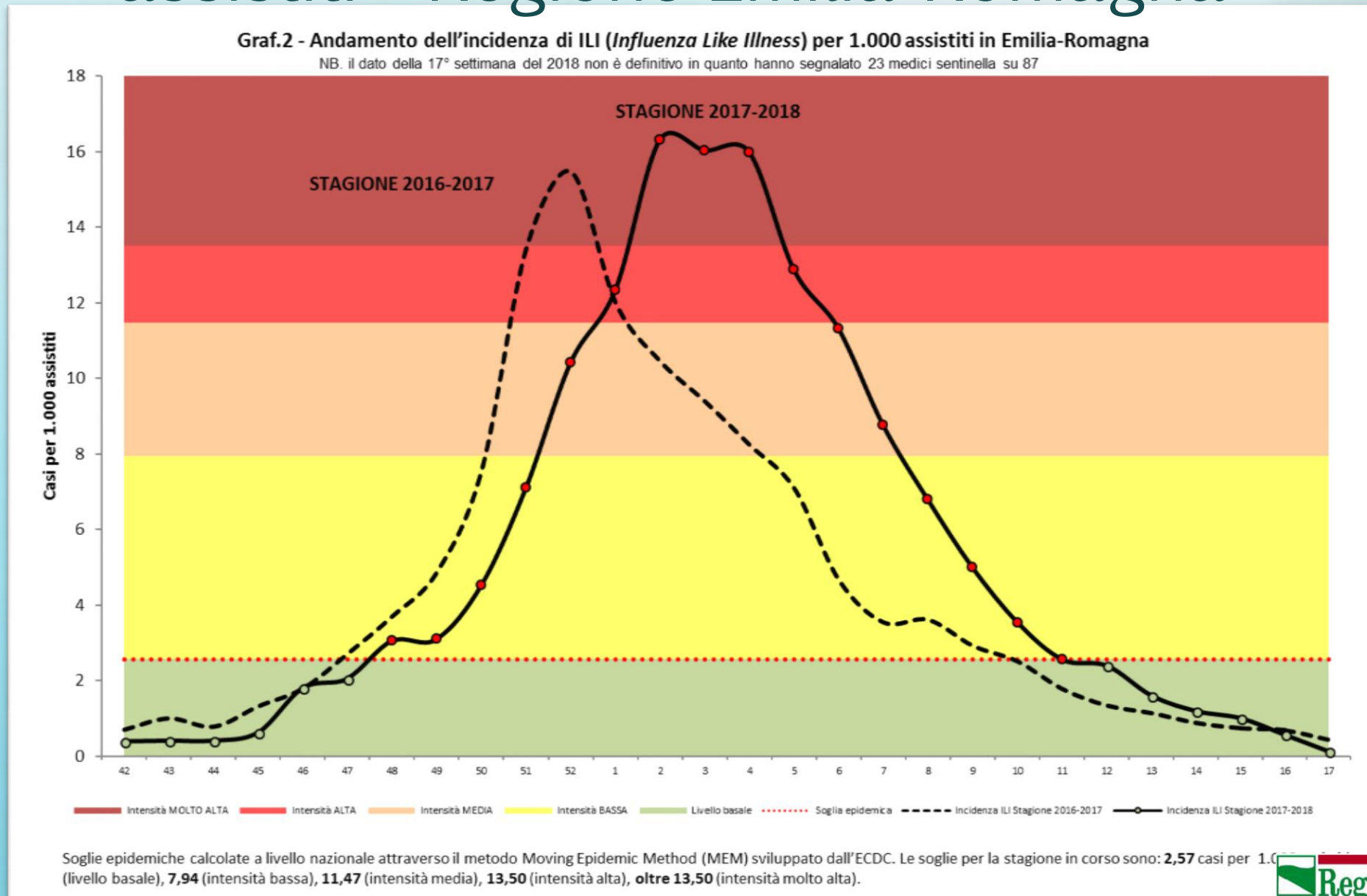
Graf.1 - Andamento dell'incidenza di ILI (*Influenza Like Illness*) per 1.000 assistiti in Emilia-Romagna

NB. il dato della 17^a settimana del 2018 non è definitivo in quanto hanno segnalato 23 medici sentinella su 87

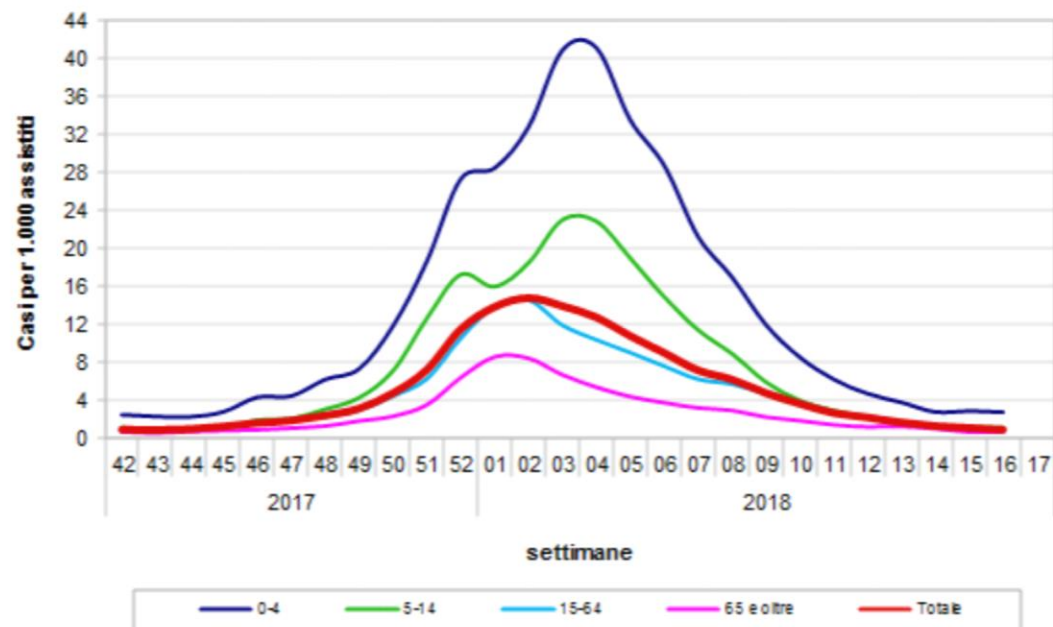


Si stima che, nel corso della stagione influenzale 2017-18, si siano ammalate in Regione circa 680.000 persone di tutte le età. Di queste circa 373.000 appartenevano alla fascia di età 15-64 anni.

Andamento dell'incidenza di ILI per 1.000 assistiti - Regione Emilia-Romagna



Incidenza delle sindromi influenzali in Italia per classi di età.
Stagione 2017 - 2018



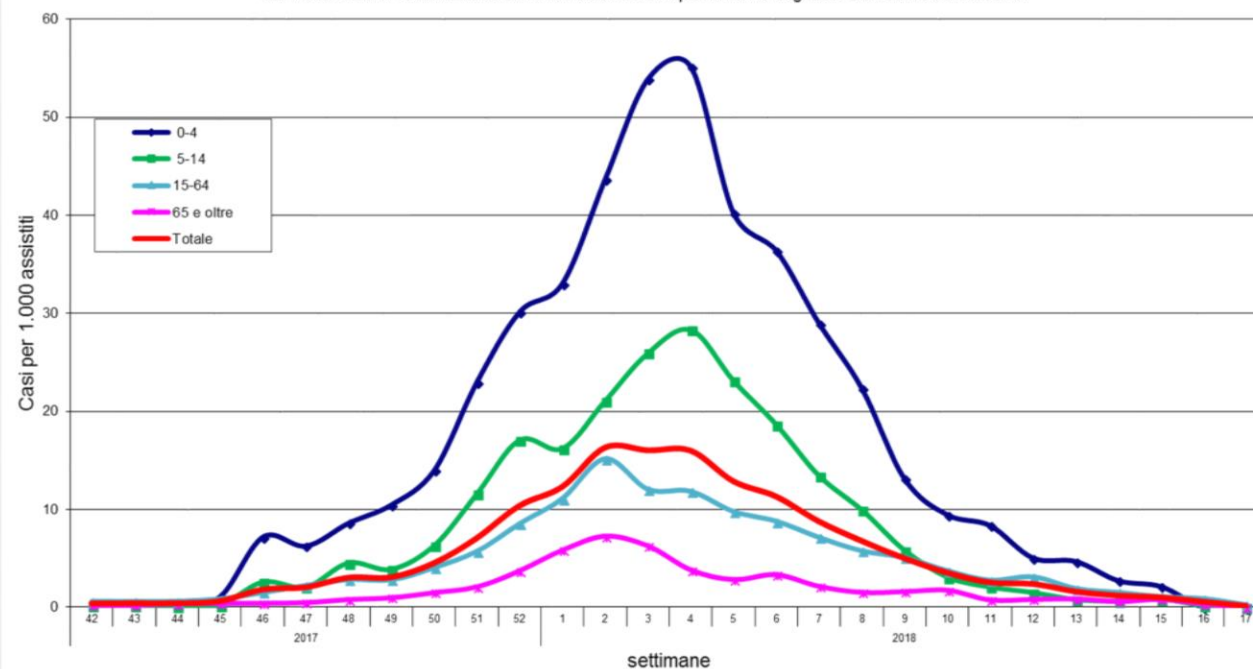
Andamento dell'incidenza di ILI per 1.000 assistiti per fasce d'età - Stagione 2017-18

Anche in questa stagione, come in tutte le precedenti, si conferma che l'età più colpita è quella pediatrica, in particolare la fascia 0-4 anni seguita da quella 5-14 anni. La fascia d'età anziana si conferma essere la meno colpita.

Regione Emilia-Romagna

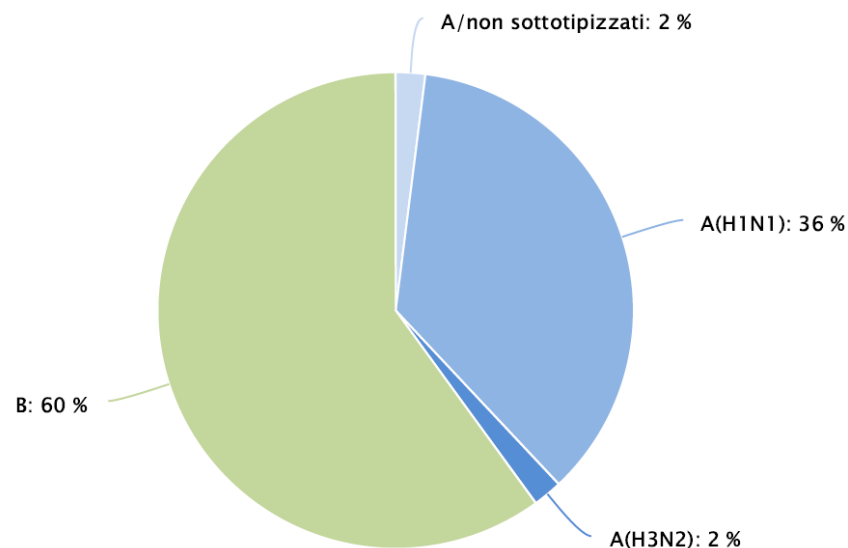
Graf.3 - Andamento dell'incidenza di ILI (Influenza Like Illness) per 1.000 assistiti in Emilia-Romagna stagione 2017-2018 per fasce d'età

NB. il dato della 17^a settimana del 2018 non è definitivo in quanto hanno segnalato 23 medici sentinella su 87



Proporzione di campioni positivi per tipo/sottotipo segnalati

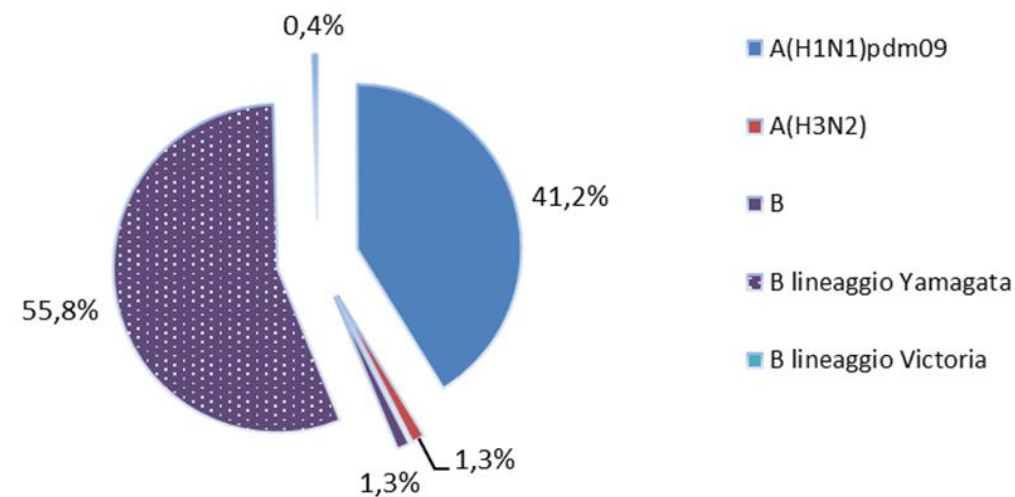
(settimane 46/2017-17/2018)



EpiCentro

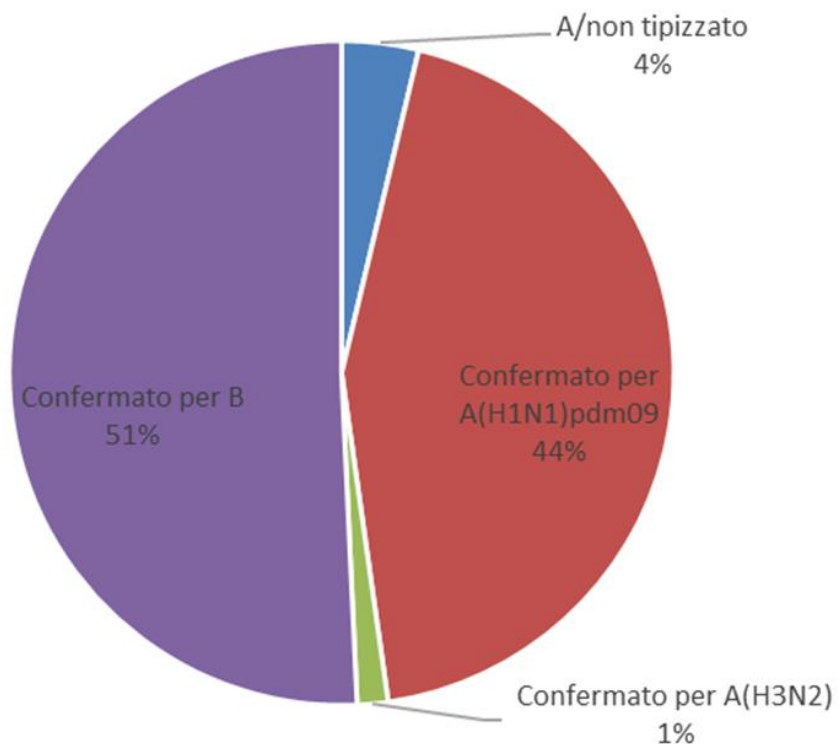
Distribuzione delle sindromi influenzali per tipo di virus nella popolazione (Sorveglianza Influnet)

Graf. 4 - Distribuzione delle sindromi influenzali per tipo di virus nella popolazione dell'Emilia-Romagna (Sorveglianza Influnet)

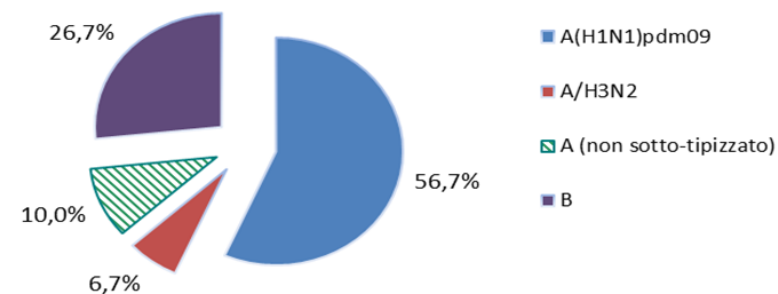


Distribuzione dei casi gravi per tipo di virus influenzale – Regione Emilia-Romagna

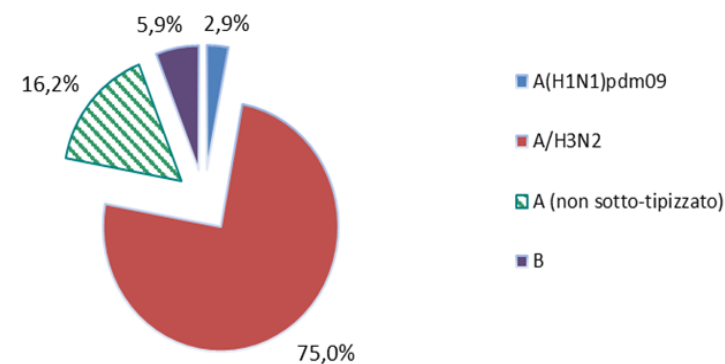
**Distribuzione dei casi gravi per tipo di virus influenzale
Emilia-Romagna, stagione 2017/18**



**Distribuzione dei casi gravi per tipo di virus influenzale
Emilia-Romagna, stagione 2015/16**



**Graf. 5 - Distribuzione dei casi gravi per tipo di virus influenzale
Emilia-Romagna, stagione 2016-2017**

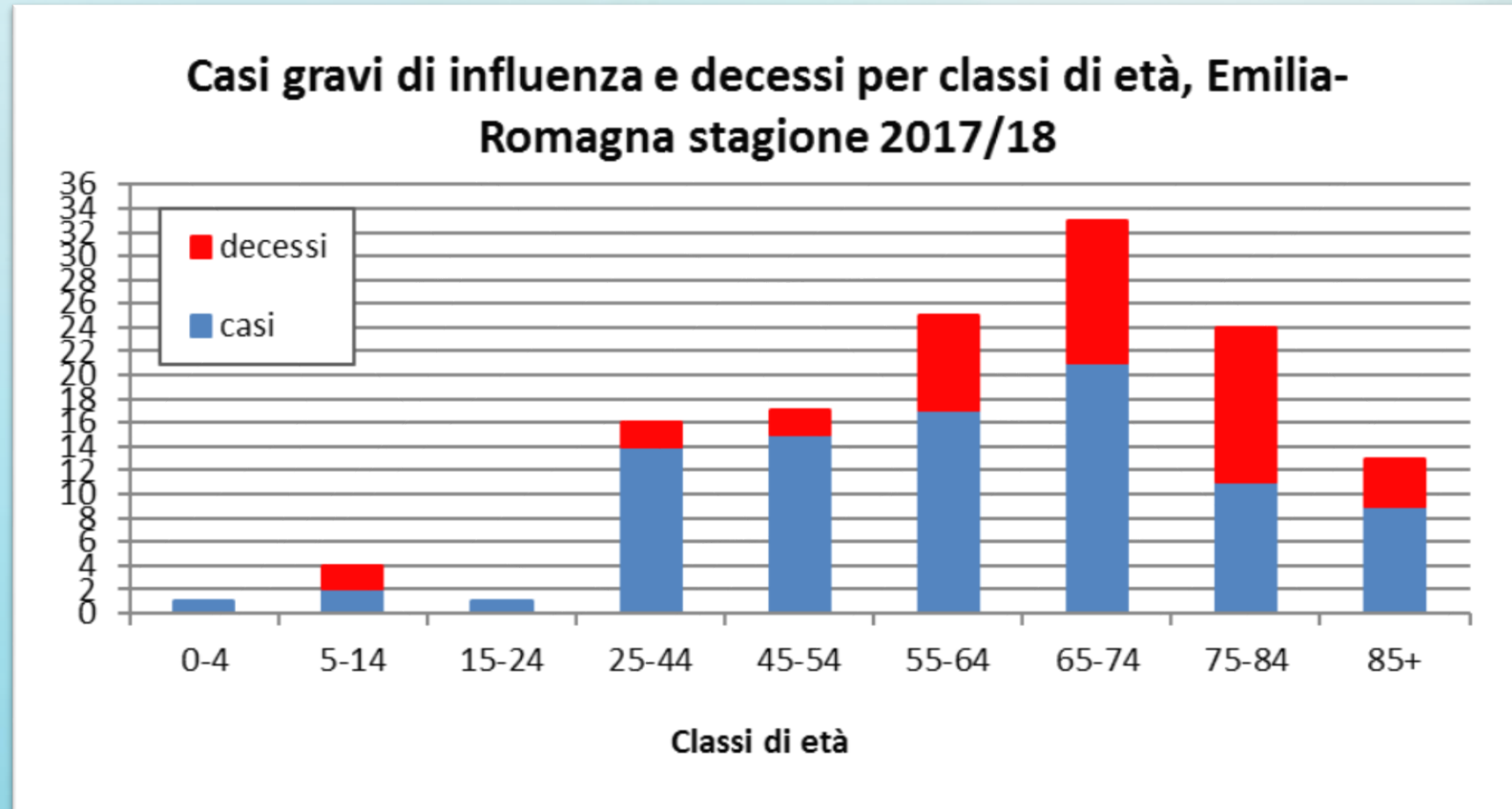


Casi gravi* di influenza e decessi

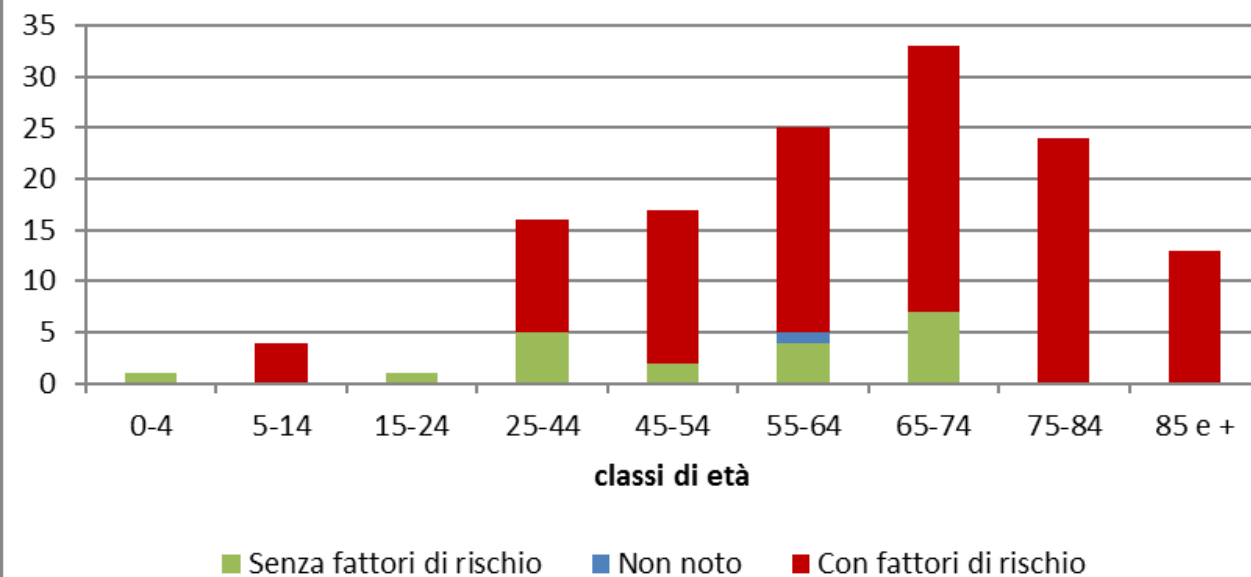
Stagione epidemica	Numero casi gravi	Numero decessi	Letalità (%)
2009-2010	102	13	12,7
2010-2011	76	14	18,4
2011-2012	21	4	19,0
2012-2013	76	20	26,3
2013-2014	25	5	20,0
2014-2015	169	54	32,0
2015-2016	30	6	20,0
2016-2017	68	32	47,1
2017-2018	134	43	32,1

- .* Gravi infezioni respiratorie acute (SARI)
- Sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS)
- Casi con ricovero in reparti di Terapia intensiva o Rianimazione con isolamento di virus influenzale

Casi gravi di influenza e decessi per classi di età – Regione Emilia-Romagna

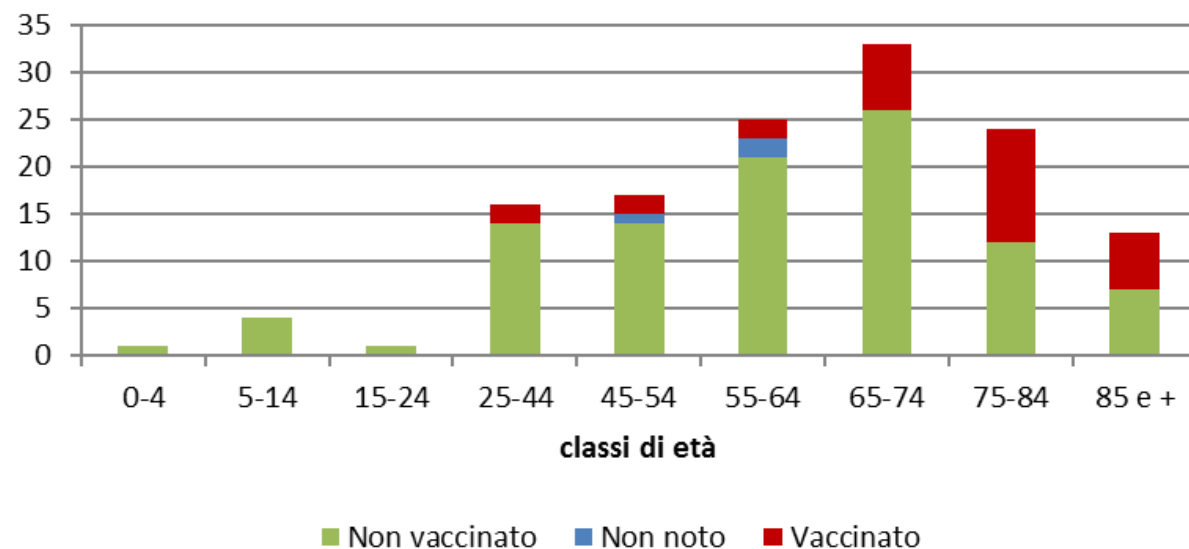


Casi gravi di influenza per classi di età e fattori di rischio, Emilia-Romagna stagione 2017/18



Su 134 casi gravi 113 presentavano patologie predisponenti (84,3%) e 31 casi risultavano vaccinati (23,1%).

Casi gravi di influenza per classi di età e vaccinazione, Emilia-Romagna stagione 2017/18



Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata

Dall'inizio della sorveglianza (settembre) sono stati segnalati **764 casi gravi** di influenza confermata ricoverati in terapia intensiva dei quali **173 sono deceduti**. Per la prima volta dalla stagione 2009/2010 tutte le regioni, escluso il Molise, riportano la presenza di casi gravi confermati di influenza ricoverati in terapia intensiva.

Il 90% dei decessi (uno dei quali importato) si è **verificato in soggetti di età superiore ai 25 anni**. In 13 casi i soggetti deceduti non presentavano condizioni di rischio preesistenti e **2 donne erano gravide**. In 84 (49%) casi è stato isolato il virus A/H1N1pdm09, in 76 (44%) casi il virus B e in 13 (7%) casi virus A/non sottotipizzati.

Dei casi gravi segnalati, il 58% di sesso maschile, con età media di 60 anni (0-104), l'84% presentava almeno una condizione di rischio predisponente il complicarsi delle condizioni cliniche (diabete, tumori, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche, ecc).

Quindici casi gravi si sono verificati in donne gravide. Tutti i casi sono stati ricoverati in una Unità di Terapia Intensiva e/o subintensiva (63 hanno necessitato del supporto ECMO e 315 sono stati intubati).

In 308 (52%) casi gravi è stato isolato il virus A/H1N1pdm09, in 218 (37%) il virus B, in 9 (2%) casi il virus A/H3N2, in 53 (9%) casi un virus A/non sottotipizzato.



PRESS RELEASE

Low uptake of seasonal influenza vaccination in Europe may jeopardise capacity to protect people in next pandemic

Fewer than one third of older people are vaccinated in half the countries surveyed

Copenhagen/Stockholm, 7 February 2018

Influenza vaccination coverage among high-risk groups has dropped in the European Region over the last seven years, and half the countries report a decrease in the number of vaccine doses available. These are the results of the first comprehensive overview of seasonal influenza vaccine coverage in the European Region of the World Health Organization (WHO) between 2008/09 and 2014/15, conducted by the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and the WHO Regional Office for Europe. Low uptake of seasonal influenza vaccination in Europe jeopardises the capacity to protect people during annual epidemics and the next pandemic, the two organisations warn.

The overview appears in a peer-reviewed scientific article published in *Vaccine* in January 2018, based on data from the Vaccine European New Integrated Collaboration Effort (VENICE III) and WHO surveys. As the 2017/18 influenza season peaks in western Europe, a number of countries have seen a rapid increase in severe cases and, according to EuroMOMO, the organisation for European monitoring of excess mortality for public health action, some are reporting excess mortality among the elderly.

Older people at higher risk of death from influenza

WHO and partners estimate that over 44 000 people die annually of respiratory diseases associated with seasonal influenza in the WHO European Region, out of a total of up to 650 000 global deaths.

According to annual surveys funded by ECDC and WHO, although 34 000 (over 75%) of these deaths in Europe are among people aged 65 years or above, vaccine uptake remains low in this group. Half the countries in the WHO European Region are vaccinating fewer than one in three older people.

As for the other at-risk groups:

- vaccination was generally recommended for people with chronic illnesses; however, coverage was below 40% in most countries;
- almost all countries recommended influenza vaccination for health-care workers, but the majority reported influenza vaccine uptake as being as low as 40%;
- in total, 90% of countries had vaccine recommendations for pregnant women in 2014/2015, compared with 40% before the 2009 A(H1N1) pandemic; however, coverage overall was low, with half the countries reporting uptake below 10%;
- fewer than half the countries, most of them in eastern Europe, recommended influenza vaccination for young children; vaccination coverage ranged from less than 1% to 80%.

**TORNA
L'INFLUENZA,
È IL MOMENTO
DI FARE
IL VACCINO**



**NON FARTI INFLUENZARE
PROTEGGI LA TUA SALUTE**

Prevenire la diffusione dell'influenza

Ognuno di noi può limitare la diffusione del virus anche mediante semplici misure di protezione personale.

- Lavarsi spesso le mani
- Coprirsi naso e bocca ogni volta che si starnutisce o tossisce, e poi lavarsi le mani
- Soffiarsi il naso con un fazzoletto di carta monouso, gettarlo in una pattumiera chiusa, e poi lavarsi le mani



**REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**

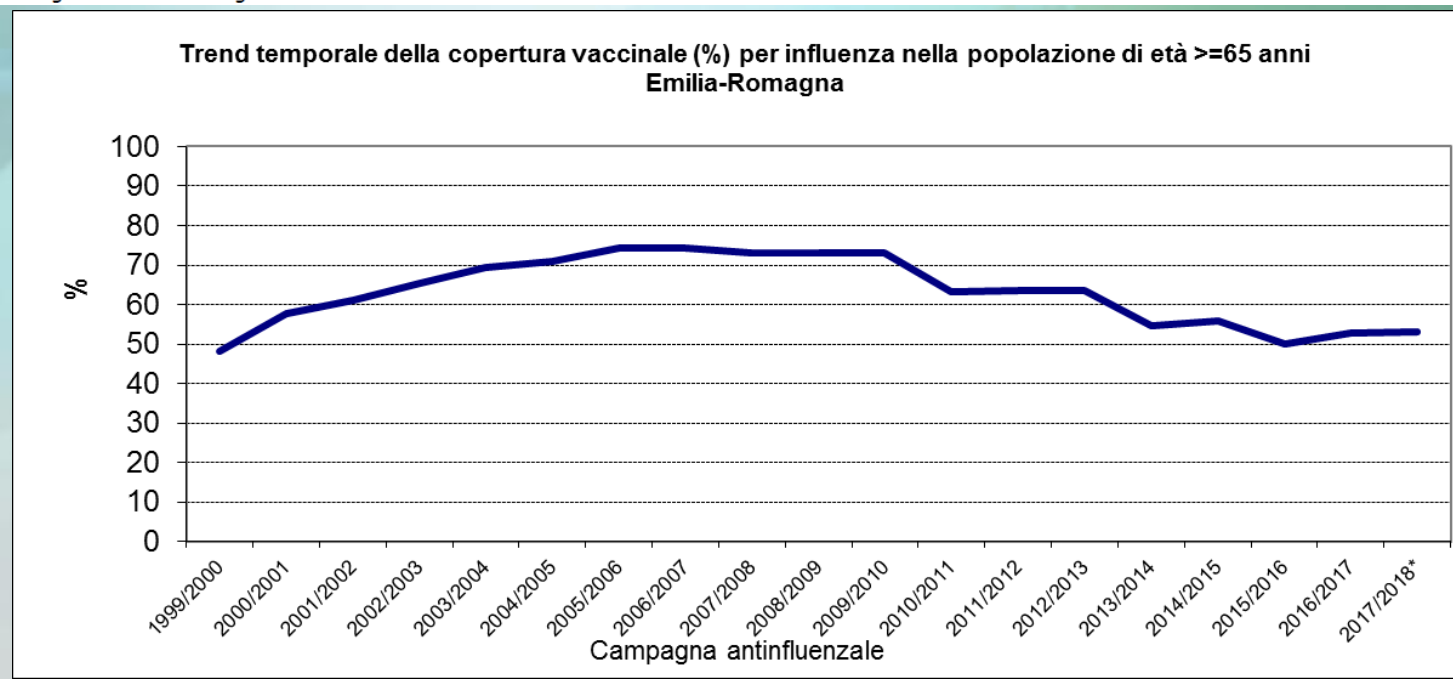
**COPERTURA VACCINALE (%) NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ' >= 65 ANNI
PER CAMPAGNA ANTINFLUENZALE E AMBITO TERRITORIALE DELLE AZIENDE SANITARIE**

AMBITO TERRITORIALE DELLE AZIENDE SANITARIE DI:	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/17	2017/18*
PIACENZA	72,1	75,3	74,5	73,8	74,4	74,5	61,0	65,3	56,1	56,5	51,3	54,3	55,8	55,3
PARMA	62,3	69,0	68,3	66,5	66,0	68,3	52,7	54,9	47,1	46,8	42,1	43,0	44,3	44,7
REGGIO EMILIA	73,7	76,2	76,1	75,5	75,9	76,9	70,5	65,6	55,5	58,9	53,6	54,7	56,2	56,5
MODENA	75,6	78,0	77,7	76,3	75,8	75,5	65,2	66,5	56,5	58,0	52,2	53,4	54,6	55,4
BOLOGNA	69,5	72,8	72,9	71,6	72,5	72,4	65,7	62,9	55,7	55,8	50,1	52,3	53,6	54,6
IMOLA	71,6	73,9	74,0	72,0	72,6	71,2	63,3	64,9	56,9	58,2	51,6	54,8	52,9	56,1
FERRARA	70,1	73,9	75,0	74,3	75,3	75,9	66,9	68,3	57,9	59,8	53,6	54,9	56,3	56,7
RAVENNA	70,3	74,9	75,6	72,9	71,6	73,3	61,7	63,1	54,7	55,8	49,8			
FORLÌ	75,8	77,9	78,7	77,5	77,6	75,1	63,8	65,2	56,9	56,3	49,7			
CESENA	70,0	72,0	73,0	70,8	70,5	71,2	59,7	64,0	52,6	55,7	50,4			
RIMINI	69,4	72,4	74,2	73,3	72,3	65,1	58,2	59,8	51,2	52,0	44,4			
ROMAGNA											48,4	49,4	50,6	50,8
EMILIA-ROMAGNA	70,8	74,2	74,4	73,1	73,1	73,0	63,3	63,6	54,7	55,8	50,0	51,5	52,7	53,2

N.B.: La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.

*Per la stagione 2017/18 la popolazione è riferita al 31/12/2016 in quanto ancora non disponibile al 31/12/2017.

Fonte: Popolazione residente, Statistica self-service - Regione Emilia-Romagna



COPERTURA VACCINALE NEGLI OPERATORI SANITARI

Campagna 2017/18 - dati al 16/04/2018

Ambito territoriale delle Aziende sanitarie di:	Operatori Sanitari vaccinati	Dipendenti nel ruolo sanitario*	MMG e PLS**	Totale dipendenti	COPERTURA VACCINALE (%)	Differenza n° vaccinazioni rispetto la campagna passata
Piacenza	716	2.816	181	2.997	23,9%	228
Parma	1.202	5.212	231	5.443	22,1%	4
Reggio Emilia	1.629	5.173	325	5.498	29,6%	194
Modena	2.712	6.757	486	7.243	37,4%	608
Bologna	4.062	11.353	524	11.877	34,2%	968
Imola	447	1.400	88	1.488	30,0%	41
Ferrara	1.254	4.258	217	4.475	28,0%	142
Romagna	3.148	11.537	738	12.275	25,6%	698
Emilia-Romagna	15.170	48.506	2.790	51.296	29,6%	2.883

* Fonte: Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2016 - Dipendenti con età < 65 anni

** Fonte: Archivio regionale Medici di base e Pediatri di libera scelta al 1/1/2018 - Medici con età < 65 anni

Aziende Sanitarie	Operatori Sanitari vaccinati	Dipendenti nel ruolo sanitario*	MMG e PLS**	Totale dipendenti	COPERTURA VACCINALE (%)	Differenza n° vaccinazioni rispetto la campagna passata
AUSL Piacenza	716	2.816	181	2.997	23,9%	228
AUSL Parma	742	2.033	231	2.264	32,8%	44
AUSL Reggio Emilia (con ex-AOSP)	1.629	5.173	325	5.498	29,6%	194
AUSL Modena [#]	1.584	3.656	486	4.142	38,2%	249
AUSL Bologna	2.328	6.644	524	7.168	32,5%	288
AUSL Imola	447	1.400	88	1.488	30,0%	41
AUSL Ferrara	898	2.311	217	2.528	35,5%	74
AUSL Romagna	3.148	11.537	738	12.275	25,6%	698
AOSP Parma	460	3.179	0	3.179	14,5%	-40
AOSP Modena ^{##}	1.128	3.101	0	3.101	36,4%	359
AOSP Bologna	1.564	3.857	0	3.857	40,5%	623
AOSP Ferrara	356	1.947	0	1.947	18,3%	68
IOR Bologna	170	852	0	852	20,0%	57
Emilia-Romagna	15.170	48.506	2.790	51.296	29,6%	2.883

* Fonte: Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2016 - Dipendenti con età < 65 anni

** Fonte: Archivio regionale Medici di base e Pediatri di libera scelta al 1/1/2018 - Medici con età < 65 anni

[#]dipendenti di Baggiovara esclusi

^{##}dipendenti di Baggiovara inclusi

Campagna 2011/12	Campagna 2012/13	Campagna 2013/14	Campagna 2014/15	Campagna 2015/16	Campagna 2016/17
21,0%	14,3%	16,2%	13,4%	17,3%	23,7%

The background of the slide features a soft-focus photograph of a calm body of water, likely a lake, with misty mountains in the distance. The colors are muted and pastel, with a light blue and green palette. A solid light blue vertical bar runs along the left edge of the slide.

L'influenza, la vaccinazione e gli operatori sanitari



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

Prevenzione e controllo dell'influenza:
raccomandazioni per la stagione 2017-2018

1. Si ricorda che gli operatori sanitari, direttamente e indirettamente coinvolti nella cura e gestione del paziente, sono a maggior rischio di acquisire l'infezione rispetto alla popolazione generale; inoltre, il fatto di essere costantemente a contatto con un gran numero di persone (pazienti, familiari e altri operatori sanitari), **li rende anche potenziali vettori dell'infezione**. Numerosi focolai nosocomiali, infatti, sono stati descritti e hanno mostrato un danno diretto per pazienti e operatori sanitari, in termini di aumento di morbosità e mortalità, costi sociali e danni indiretti legati all'interruzione dell'attività lavorativa e all'assenteismo con conseguente mal funzionamento dei servizi assistenziali essenziali. Si raccomanda, pertanto, di **promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari**, con particolare riguardo a quelli che prestano assistenza diretta nei reparti a più elevato rischio di acquisizione/trasmissione dell'infezione, quali Pronto soccorso, terapie intensive, oncologie, ematologie, cardiologie, chirurgie, residenze sanitarie assistenziali, e l'accurato monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie delle relative coperture vaccinali raggiunte.

- Materiale informativo per operatori sanitari è disponibile su <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/HProimmune2014.asp>

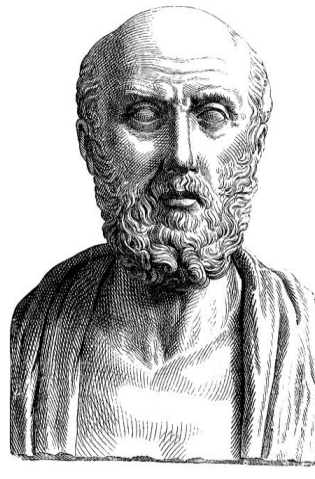
Un medico vaccinato



- Risparmia i disagi e le possibili complicanze legate alla malattia
- Evita di contagiare i propri pazienti
- Offre un esempio alla popolazione

GIURAMENTO DI IPPOCRATE

- Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio; mi asterrò dal recar danno e offesa.
-e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.



Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019

A pag. 37 (paragrafo Obiettivi del Piano):

9. Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019

A pag. 65 (nel paragrafo «Perseguire gli obiettivi del PNEMoRc e rafforzare le azioni per l'eliminazione»):

- Operatori sanitari: tutti gli operatori sanitari suscettibili a morbillo e rosolia dovrebbero essere vaccinati; è, inoltre, necessario investire nella loro formazione tecnica e scientifica focalizzata sulle vaccinazioni e sulla capacità di comunicazione e interazione con l'utenza. Dovrebbe essere presa in considerazione anche una politica di divulgazione della *compliance* vaccinale degli operatori nelle diverse strutture sanitarie.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019

A pag 75:

5. ETICA

Ogni operatore sanitario, e a maggior ragione chi svolge a qualsiasi titolo incarichi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, è eticamente obbligato ad informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale. La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da parte di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019

A pag. 92: Le vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale

Operatori sanitari: per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni (anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR), anti-varicella, anti-pertosse). Nella maggior parte dei casi, l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali. Anche per gli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria sono fortemente raccomandate le medesime vaccinazioni indicate per gli operatori sanitari.

Anche i medici si ammalano.....

- Anche i medici si ammalano, ma il più delle volte faticano a considerarsi pazienti, così continuano a lavorare e si rifiutano di seguire i consigli che loro stessi dispensano agli ammalati. Prendersi cura del benessere degli operatori sanitari è il primo passo per il raggiungimento di una migliore qualità dei Servizi Sanitari e della qualità della vita dei cittadini.
- «Il benessere psico-fisico degli operatori sanitari deve avere la più alta priorità nella promozione della salute pubblica». (Burnished or burn out: the delights and dangers of working in health, Lancet, 344, 8937, 1583-1584, 1994)



Grazie per l'attenzione!