



ASP DI VIBO VALENTIA Dipartimento Di Prevenzione

Aggiornamento delle indicazioni relative alla prevenzione, sorveglianza e controllo della Nuova Influenza da virus influenzale A(H1N1)v

La diagnosi è basata sul solo criterio clinico, ed il sospetto di influenza da nuovo virus A deve essere preso in considerazione anche in assenza di viaggi all'estero nei 7 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia influenzale.

Definizione di caso secondo il criterio clinico:

Affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso con febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, accompagnata da almeno un sintomo tra i seguenti:

- Cefalea
- Astenia
- Sensazione di febbre (sudorazione, brividi)
- Malessere generalizzato

E da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:

- Tosse
- Faringodinia
- Congestione nasale

Per la diagnosi clinica di influenza nel bambino è importante considerare quanto indicato per gli adulti tenendo conto che:

1. i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica, che invece si può manifestare con:
 - irritabilità
 - pianto
 - inappetenza
2. nel lattante l'influenza è spesso accompagnata da vomito e diarrea e solo eccezionalmente da febbre;
3. occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dell'influenza nei bambini in età prescolare, in caso di febbre elevata;
4. nel bambino di 1-5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite e a febbre elevata

Per evitare il sovraffollamento ospedaliero e la diffusione del virus a categorie a rischio si raccomanda **l'isolamento domiciliare** dei casi sospetti riservando le ospedalizzazioni ai casi a rischio di gravi complicanze (che rientrano nei criteri previsti dalle Linee Guida per la gestione della sindrome influenzale aggiornate al 2008)

La conferma virologica dei casi sospetti non è più indispensabile per la diagnosi. **Il tampone faringeo** per la conferma di laboratorio, si dovrà effettuare comunque soltanto nelle seguenti eventualità:

- casi ospedalizzati
- casi, non ospedalizzati, con sintomatologia caratterizzata da un quadro clinico a rischio di complicanze.
- casi di cluster (focolai epidemici) autoctoni a trasmissione locale (senza storia di viaggi all'estero)
- casi secondari (a caso importato)

Per monitorare l'andamento della pandemia sono determinanti le **misure di sorveglianza**: i casi rispondenti alla definizione clinica di caso vanno immediatamente segnalati al servizio di medicina preventiva, possibilmente per le vie brevi, (telefono/fax/posta elettronica) seguendo le modalità previste per le Malattie di Classe I, mediante la scheda allegata (allegato 1) da trasmettere a:

Dipartimento di Prevenzione: tel/fax 0963-962345 e-mail: a.giordano@asl8vv.it. pinopaduano@tiscali.it

Tali segnalazioni infatti dovranno essere aggregate ed inviate settimanalmente dall'ASP all'assessorato.

*MEDICINA PREVENTIVA
Il Responsabile di Struttura
f.to Dr.ssa A. GIORDANO*

*IL DIRETTORE
f.to Dr. Cesare PASQUA*

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V Malattie Infettive

Scheda per la raccolta di informazioni su casi di nuova influenza da virus A/H1N1 da parte del servizio competente

REGIONE _____	ASL _____
Provincia: _____	

Informazioni sul paziente

Cognome: _____ **Nome:** _____ **Sesso (M/F):** _____

Data Nascita: ___/___/___ **Data Inizio Sintomi:** ___/___/___

Contatti con casi di influenza negli ultimi 7 giorni: Sì / No / Non noto

Situazione in cui si è verificato il contatto: Abitazione / Struttura sanitaria / Viaggio spec. _____

Collettività (specificare tipo _____) Non noto

Sintomi all'inizio della malattia:

Febbre $\geq 38^\circ$ Starnuti Congiuntivite Mal di testa

Mal di gola Tosse secca Diarrea Astenia

Raffreddore Tosse produttiva (con catarro) Nausea Dolori muscolari

Rinorrea Difficoltà respiratoria Vomito Dolori articolari

Altro (specificare.....)

Ricovero: Sì **data:** ___/___/___ **Ospedale, Reparto, tel.:** _____ **No**

Isolamento domiciliare: Sì / No

Se prelevato campione, per indagini di laboratorio, specificare:

Tamponi nasali/nasofaringei / Sangue per emocoltura /sierologia / Sputo-escreato / Lavaggio broncoalveolare

Se profilassi, specificare: Oseltamivir Zanamivir Altro No Non noto

Se trattamento con Antivirali, specificare: Oseltamivir Zanamivir **Data Inizio:** ___/___/___ **No**

Complicanze: Nessuna / Polmonite / Encefalite / Otite / Altro _____ / Non noto

Vaccino antinfluenzale stagione 2008-2009: Sì / No

Esito del Caso: Guarito Deceduto (data Decesso ___/___/___)

Se conferma di Laboratorio effettuata, specificare: Confermato / Escluso