



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
SETTORE SALUTE

UFFICIO V - MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

TELEFAX

A

Prot.DGPREV.V/P/

Roma, 5 ottobre 2009

TELEFAX

A

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

e, per conoscenza
ALL'UFFICIO DI GABINETTO
SEDE

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

AL COORDINAMENTO INTERREGIONALE
PREVENZIONE
VIA TADDEO ALDEROTTI 26/N
FIRENZE

Oggetto: Risposta alla nuova influenza A/H1N1v - Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

1. Premessa

E' stata più volte ravvisata da questo Ministero l'opportunità di creare, anche attraverso forme di associazionismo, percorsi territoriali integrati tra cure primarie e assistenza ospedaliera, ai fini di una corretta presa in carico e della continuità assistenziale dei cittadini bisognosi di cure.

In coerenza con questo principio, in considerazione della possibile ampia diffusione della pandemia influenzale ed in analogia con quanto messo in essere in altri Paesi, si auspica che Regioni e PPAA, nell'ambito della loro autonomia, considerino l'utilizzo sistematico di MMG e PLS nei piani pandemici regionali, con riferimento all'informazione ai cittadini, alle vaccinazioni, alla presa in carico e successiva gestione delle sindromi influenzali.

2. Scenario

L'influenza da A/H1N1v, pur con le misure di controllo e mitigazione messe in campo dall'inizio del suo propagarsi, continuerà nei prossimi mesi a far registrare un numero importante di casi (specialmente nelle comunità chiuse, quali, per esempio, le scuole, le caserme, ecc...), in considerazione del fatto che i suoi tassi d'attacco sono più elevati rispetto a quelli dei ceppi stagionali a causa della suscettibilità della popolazione all'infezione, soprattutto nelle fasce d'età infantile e giovane-adulta¹. Nonostante la sintomatologia della malattia sia – salvo casi sporadici - pressoché sovrapponibile a quella dell'influenza stagionale è prevedibile, dunque, il verificarsi di un' aumentata richiesta di visite mediche e prestazioni sanitarie, che vedranno coinvolti, in prima linea, medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS).

In tale scenario, questo Ministero, oltre agli atti di indirizzo ed informativi inviati alle Regioni/PP.AA. sulla pandemia da influenza da virus AH1N1v, vuole anche sottolineare alcuni aspetti chiave del fondamentale ruolo che i medici di famiglia svolgono nella gestione di tale evento, al fine di favorire l'armonizzazione dell'operatività tra tutti gli attori del SSN.

3. L'informazione al cittadino

I MMG e i PLS svolgono il fondamentale ruolo, oltre che di prevenzione, diagnosi e cura, anche di informazione agli assistiti sulla malattia e sulle misure per prevenirla, rappresentando un canale privilegiato con la popolazione, in virtù del rapporto fiduciario instaurato tra medico curante e cittadino assistito.

E' pertanto cruciale che tra medicina di base e sanità pubblica (in primis, Distretti e Dipartimenti di prevenzione) ci sia una sinergia nella gestione non solo dei dubbi e delle paure che inevitabilmente si generano nella popolazione durante eventi simili (attraverso la condivisione dei contenuti e delle modalità della comunicazione), ma anche dell'impatto effettivo che l'influenza da virus AH1N1v ha sulla salute e dovrebbe avere sui comportamenti individuali. A quest'ultimo riguardo, va da sé che sarebbe opportuno che MMG e PLS concorressero alla capillare informazione della popolazione sull'importanza dall'adozione delle precauzioni igieniche universali (lavaggio delle mani con acqua e sapone o, in assenza di questi, con gel/soluzioni disinfettanti a base alcolica; 'etichetta respiratoria'; fazzolettini monouso) e, ove ne ricorra il caso, sull'adozione di dispositivi di protezione individuale.

Ad ogni buon conto, questo Ministero, con la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha predisposto depliant, poster e materiale informativo, che sono a disposizione delle Regioni, delle ASL e dei MMG e dei PLS, per essere scaricati², riprodotti e diffusi nei luoghi sanitari frequentati dall'utenza, quindi dentro e fuori lo studio del medico, anche per raccomandare ai pazienti di contattare telefonicamente il proprio medico di fiducia, prima di presentarsi negli studi. Il materiale fornisce informazioni di base in risposta alle domande più frequenti, quali:

¹ La situazione epidemiologica nazionale ed internazionale, aggiornata, è consultabile sui siti:

www.ministerosalute.it

www.epicentro.iss.it

www.ecdc.eu.int

www.who.int

² <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/principaleFocusNuovo.jsp?id=13&area=influenzaA&colore=2>

- Che cosa è la nuova influenza, provocata da virus A/H1N1?
- Quali sono i sintomi della nuova influenza umana da virus A/H1N1?
- Quanto è grave l'influenza da virus A/H1N1 nell'uomo?
- Come prevenire la trasmissione dell'influenza?
- Come affrontare la pandemia influenzale (per pazienti e familiari)?
- Cosa deve fare il paziente affetto da influenza?
- Quali raccomandazioni ai familiari e/o conviventi?
- Come si assiste un paziente in isolamento domestico?

3. Il supporto alla campagna vaccinale e la sua realizzazione

La vaccinazione con vaccino pandemico è considerata una delle più efficaci misure di protezione della popolazione durante una pandemia. Obiettivi generali di una strategia vaccinale pandemica, non reciprocamente esclusivi, sono:

1. la mitigazione dell'impatto della malattia, che mira a:

- ridurre la trasmissione e la diffusione dell'infezione (riducendo il picco dei tassi d'attacco);
- difendere le persone a rischio;
- ridurre il numero dei casi gravi;
- ridurre la mortalità;
- evitare sovraccarichi dei servizi sanitari;

2. assicurare la continuità dei servizi essenziali (e, in primis, quelli sanitari, quelli volti a garantire la sicurezza, quelli legati alla vita socio-economica, come, ad esempio, energia, trasporti pubblici, ecc).

In relazione a ciò, l'Ordinanza 30 settembre 2009 ha stabilito che la vaccinazione antinfluenzale con vaccino pandemico A(H1N1) è offerta alle seguenti categorie di persone elencate in ordine di priorità:

- a) personale sanitario e socio-sanitario; personale delle forze di pubblica sicurezza e della protezione civile; personale del corpo nazionale dei vigili del fuoco del Ministero dell'interno; personale delle forze armate; personale che assicura i servizi pubblici essenziali di cui alla legge 12 giugno 1990, n. 146, e successive modificazioni secondo piani di continuità predisposti dai datori di lavoro o per i soggetti autonomi dalle Amministrazioni competenti; donatori di sangue periodici;
- b) donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza; donne che hanno partorito da meno di 6 mesi o, in loro assenza, la persona che assiste il bambino in maniera continuativa;
- c) portatori di almeno una delle condizioni di rischio, di cui al comma 2 dell'art. 1 della Ordinanza 11 settembre 2009, nonché i soggetti fino a 24 mesi nati gravemente pretermine;
- d) bambini di età superiore a 6 mesi che frequentano l'asilo nido; minori che vivono in comunità o istituzionalizzati;
- e) persone di età compresa tra più di 6 mesi e 17 anni, non incluse nei precedenti punti, sulla base degli aggiornamenti della scheda tecnica autorizzativa dall'EMA;
- f) persone tra i 18 e 27 anni, non incluse nei precedenti punti.

Al riguardo, vale la pena di ricordare, in particolare, che si intende per "rischio" almeno una delle seguenti condizioni, nei soggetti di età compresa tra 6 mesi e 64 anni:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, inclusa asma, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica e BPCO;

- gravi malattie dell'apparato cardiocircolatorio, comprese le cardiopatie congenite ed acquisite;
- diabete mellito e altre malattie metaboliche;
- gravi epatopatie e cirrosi epatica;
- malattie renali con insufficienza renale;
- malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
- neoplasie;
- malattie congenite ed acquisite che comportino carente produzione di anticorpi;
- immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
- patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie, ad esempio malattie neuromuscolari;
- obesità con Indice di massa corporea (BMI) > 30 e gravi patologie concomitanti;
- condizione di familiare o di contatto stretto di soggetti ad alto rischio che, per controindicazioni temporanee o permanenti, non possono essere vaccinati.

Per il raggiungimento degli obiettivi che la campagna di vaccinazione si pone, è di fondamentale importanza che i soggetti appartenenti ai gruppi target siano sottoposti a vaccinazione e si può considerare soddisfacente una copertura vaccinale che raggiunga almeno il 60-70% dei soggetti interessati, in ciascuna Regione. In considerazione del fatto che la vaccinazione contro l'influenza AH1N1v è raccomandata e non obbligatoria, *per la riuscita della campagna risulta fondamentale il ruolo dei MMG e dei PLS sotto due aspetti: favorire l'adesione consapevole dell'utente (basata sulla fruibilità di informazioni chiare sui rischi della malattia e sui benefici della vaccinazione, nonché, per completezza, sui possibili eventi avversi ad essa) e rendere massimamente accessibile la prestazione vaccinale (avuto conto - pur nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole Regioni e PPAA – che i MMG ed i PLS sono tra le figure professionali idonee ad assicurarne lo svolgimento).*

Ai medici saranno forniti, comunque, elenco e codici ICD9 delle patologie che determinano la condizione di rischio dei pazienti, per facilitarne l'individuazione tra i propri assistiti. In proposito, si rammenta che, pur nel rispetto del giudizio clinico, il vaccino non dovrà essere offerto a soggetti diversi da quelli indicati dagli atti ministeriali in precedenza citati.

E' peraltro indispensabile, nella conduzione della campagna vaccinale pandemica con un "nuovo" vaccino, attivare un rigoroso sistema di registrazione delle vaccinazioni effettuate ed una attenta sorveglianza dei possibili eventi avversi, per valutare la compliance, il livello percentuale di copertura delle popolazioni target, l'impatto della vaccinazione sulla patologia e le sue complicanze e, nel caso di eventi avversi superiori all'atteso, adottare tempestivi provvedimenti.

Pertanto, il medico che effettui la vaccinazione dovrà avere a disposizione ed utilizzare:

1. le raccomandazioni per la vaccinazione: quando effettuarla, come effettuarla, quando differirla, ecc.;
2. il riassunto delle caratteristiche del vaccino;
3. l'informativa per il paziente sui rischi della malattia, sui benefici del vaccino e sugli eventuali effetti indesiderati;
4. il modello di rilevazione anamnestica (e di esame obiettivo) da compilare prima della somministrazione di ogni dose;
5. il modello nazionale di consenso informato (da far firmare al soggetto e acquisire prima della somministrazione di ogni dose);
6. la scheda di segnalazione di sospetta reazioni avverse (accesso informatizzato);

7. il modulo di rilevazione degli esiti di gravidanze (data vaccinazione, età gestazionale, data prevista del parto, esito gravidanza);
8. le modalità di registrazione e flusso di trasmissione alle Istituzioni locali/regionali/centrali dei moduli suddetti;
9. l'elenco e definizioni standard di caso (Brighton Collaboration) disponibili per gli eventi avversi di interesse;
10. riferimenti e contatti del responsabile di farmacovigilanza e del referente per la prevenzione della propria struttura.

Nel corso della campagna vaccinale le Aziende Sanitarie Locali forniranno ai medici il vaccino in flaconi multidose (10 dosi) ed il materiale monouso, necessario a praticare la vaccinazione in quantità frazionate in modo tale da ridurre al minimo gli sprechi (il flacone multi dose, una volta aperto, deve essere utilizzato entro le 24 ore). Per tale motivo, *i MMG e i PLS che praticheranno le vaccinazioni dovranno organizzare il proprio lavoro in modo da concentrare un congruo numero di pazienti nella stessa seduta vaccinale.*

4. La rete di sorveglianza epidemiologica dell'influenza stagionale e da AH1N1v

In occasione del diffondersi dell'influenza AH1N1v, particolare attenzione va posta alla sorveglianza dei casi di sindrome influenzale (Influenza Like Illness-ILI). Dedicata allo scopo è la rete sentinella per la sorveglianza INFLUNET (epidemiologica e virologica), attiva già dalla stagione 1999-2000 e che include gli assistiti di circa 900 MMG e PLS, pari a circa 1 milione di persone (1.6% della popolazione italiana). Tale sorveglianza, non essendo esaustiva su tutta la popolazione italiana, è idonea a rilevare eventi comuni che si presentano, settimanalmente, con una elevata frequenza.

Fino dalla prima allerta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla circolazione del nuovo virus potenzialmente pandemico, INFLUNET è stata mantenuta in funzione oltre il normale periodo epidemico stagionale (17° settimana dell'anno) ed è tuttora attiva, anche se non ha evidenziato eventi di particolare rilevanza³. Non di meno, dato il rapido evolversi della situazione epidemiologica dell'influenza da virus A(H1N1)v nel nostro Paese, si ritiene che la rete INFLUNET possa identificare incrementi sostanziali di diffusione dell'infezione⁴ e che, quindi, possa rappresentare un utile strumento per continuare a verificare la situazione sul territorio nazionale.

È pertanto cruciale la partecipazione dei MMG e dei PLS a tale rete di sorveglianza in questo periodo e soprattutto dall'inizio di ottobre, quando è atteso un importante incremento del numero dei casi di infezioni da virus AH1N1v.

Il protocollo operativo e le modalità di adesione alla rete INFLUNET sono reperibili sul sito <http://www.iss.it/iflu/>.

³ <http://www.iss.it/iflu/>

⁴ In periodi ordinari, da novembre a marzo di ogni anno, dal 5 al 10% delle visite ambulatoriali e domiciliari sono legate ad infezioni delle vie aeree (con febbre, mal di gola e tosse), solo in parte realmente dovute al virus dell'influenza che è invece riconosciuto come agente causale del 50% delle infezioni delle vie aeree durante il periodo del picco influenzale, che dura mediamente 2-3 settimane. Fiore AE et al. for the Advisory Committee on Immunization Practices. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. MMWR Recomm Rep. 2008; 57 (RR-7): 1-60

5. La gestione dei pazienti

Nel rispetto della competente autonomia delle Regioni/PPAA in tema di disegno organizzativo dei servizi sanitari e degli AACCN in tema di responsabilità dei MMG e PLS nei confronti dei propri assistiti, si evidenzia preliminarmente che, in occasione del picco di incidenza dei casi di influenza AH1N1v, è del tutto probabile una forte pressione sui servizi, a cominciare dai Pronto Soccorso.

Considerato che i MMG e i PLS potrebbero filtrare una quota di detti accessi, *sembra opportuno che Regioni e PPAA valutino la possibilità di potenziare il servizio di continuità assistenziale sia notturno che prefestivo e festivo, nonché – ove necessario - di istituirlo nei giorni feriali, a supporto dell'attività svolta dai MMG e dai PLS.*

Tutto ciò premesso, di seguito si evidenzia quanto segue.

A) Servizi di triage telefonico

Data la contagiosità dell'influenza da virus AH1N1v e la tendenza dei pazienti a richiedere l'assistenza medica durante il periodo di maggior incidenza della malattia, *è consigliata l'organizzazione di un appropriato triage telefonico da parte del MMG e del PLS*, per limitare il numero dei pazienti che si presentano spontaneamente sia negli studi medici che nei pronto soccorso, affollandone le sale d'attesa. Il servizio di triage telefonico - comunque presidiato da personale sanitario - potrebbe:

- fornire informazioni e consigli agli assistiti, ivi incluse le prime indicazioni di trattamento nei casi sospetti di influenza con sintomatologia lieve;
- definire (sulla base di un protocollo ad hoc formulato dalle Regioni/PP.AA.) la necessità e i tempi appropriati della visita ambulatoriale/domiciliare.

B) Misure di sorveglianza e isolamento

Considerato l'incremento dei casi, non si ritiene più indispensabile la conferma virologica di tutti i casi sospetti di influenza da virus A(H1N1)v (e, dunque, l'esecuzione su tutti i pazienti con ILI del tampone naso/faringeo).

Al riguardo, è utile ricordare che nell'attuale fase pandemica:

- il sospetto di influenza da nuovo virus A(H1N1)v deve essere preso in considerazione anche in assenza di viaggi all'estero nei 7 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia influenzale;
 - la diagnosi di influenza da virus A(H1N1)v si basa sul solo criterio clinico allorché si sia in presenza di un'affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso con febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, accompagnata da almeno un sintomo tra i seguenti:
 - cefalea
 - malessere generalizzato
 - sensazione di febbre (sudorazione, brividi)
 - astenia
- e da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:
- tosse
 - faringodinia
 - congestione nasale.

Naturalmente, *i casi rispondenti alla definizione clinica di caso, devono essere periodicamente segnalati dal MMG e dal PLS, all'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio.*

Per quello che, infine, attiene agli aspetti volti ad evitare la diffusione del virus, si raccomanda che MMG e PLS diano la massima importanza alle misure di isolamento domiciliare dei casi sospetti e alla informazione dei malati e dei propri congiunti sulle norme igieniche da rispettare e per far sì che essi – per quanto possibile – non vengano a contatto con persone appartenenti alle categorie a rischio.

C) Raccomandazioni sull'uso degli antivirali

Nella gestione dei pazienti affetti da influenza da virus pandemico AH1N1v, l'uso di oseltamivir e zanamivir (inibitori delle neuroaminidasi) è opportuno per prevenire forme gravi di malattia e decessi, ridurre il ricorso ai ricoveri e la durata di permanenza in ospedale. Il virus pandemico è attualmente suscettibile a entrambi questi farmaci, ma resistente a una seconda classe di antivirali (inibitori delle M2: amantadina).

A livello globale, la maggior parte dei pazienti affetti dal virus pandemico presenta i sintomi tipici influenzali, con recupero entro una settimana, anche senza trattamento farmacologico. Pertanto, i pazienti senza rischio di complicanze non necessitano di trattamento con antivirali.

Per ogni singolo paziente, comunque, le decisioni sul trattamento saranno basate sulle valutazioni cliniche e le conoscenze sulla presenza del virus nella comunità.

In aree dove il virus circola in comunità, i sanitari potranno orientarsi sulla diagnosi clinica di influenza pandemica, osservando i pazienti con sintomi simil influenzali e le decisioni sull'eventuale trattamento non dovranno attendere la conferma di laboratorio. Questa raccomandazione è supportata dai dati provenienti da tutte le aree interessate dalla trasmissione sostenuta del virus AH1N1v.

Evidenze indicano che l'oseltamivir, quando prescritto appropriatamente, può significativamente ridurre il rischio di polmoniti (principale causa di morte per influenza stagionale e pandemica) e il ricorso all'ospedalizzazione.

Per i pazienti che presentano un iniziale quadro di malattia grave o le cui condizioni di base possano peggiorare il corso della malattia, l'OMS raccomanda il trattamento con oseltamivir il prima possibile.

Anche se studi dimostrano che il trattamento precoce, preferibilmente entro le 48 ore dopo l'insorgenza dei sintomi, è fortemente associato a un risultato clinico migliore, per tali pazienti il trattamento dovrebbe essere indicato, anche se iniziato più tardi.

Qualora l'oseltamivir non sia disponibile o non possa essere usato per qualche ragione, si può somministrare lo zanamivir.

Secondo il parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità, l'uso degli inibitori delle neuraminidasi nei bambini e adolescenti deve essere limitato esclusivamente ai casi sotto riportati:

- bambini con sintomi influenzali appartenenti ai gruppi a rischio per gravi complicanze (con alterazioni funzionali o strutturali dell'apparato respiratorio, ad esempio i nati gravemente pretermine, i bronco displasici, gli affetti da fibrosi cistica, o da condizioni che determinano una alterazione grave della ventilazione, ecc.);
- bambini con patologie croniche (ad esempio malattie croniche polmonari [incluse l'iperreattività bronchiale grave e l'asma in trattamento], cardiache, epatiche, renali, ematologiche, neuromuscolari, metaboliche [compreso il diabete], malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali, immunodepressione congenita o acquisita (HIV), malformazioni congenite, paralisi cerebrali, ecc.);
- bambini senza fattori di rischio, ma ricoverati in ospedale per sintomi gravi attribuibili alla infezione con virus H1N1 (dispnea, ipossia, alterazioni del sensorio).

Il trattamento con oseltamivir o zanamivir deve essere intrapreso, non appena possibile, subito dopo l'esordio dei sintomi, poiché vi è evidenza di una loro maggiore efficacia se somministrati nelle prime 48 ore dalla comparsa degli stessi .

La chemioprophilassi, infine, deve essere riservata ai soggetti a rischio di gravi complicanze, sopra indicati, non vaccinati, che abbiano avuto stretti contatti con persone infette.

Il CSS, inoltre, ritiene che l'utilizzo dei farmaci antivirali in gravidanza deve essere limitato ai casi di donne che presentino malattie croniche preesistenti alla gravidanza, nonché ai casi di malattia influenzale con decorso complicato. In questi casi il trattamento può essere effettuato anche nel I trimestre e nel più breve tempo possibile dall'insorgere dei sintomi.

Allo stesso tempo, la presenza di condizioni cliniche di base non sarà predittiva di tutti o della maggior parte dei casi di malattia grave. Globalmente, circa il 40% dei casi gravi occorrono in bambini e adulti in buona salute, di solito sotto i 50 anni di età.

Alcuni di questi pazienti presentano un improvviso e rapido peggioramento delle condizioni cliniche, di solito al 5° o 6° giorno dopo l'insorgenza dei sintomi.

Il peggioramento clinico è caratterizzato da polmonite virale primaria, con distruzione di tessuto polmonare e mancata risposta agli antibiotici; insufficienza multiorgano, compresa quella cardiaca, renale ed epatica. Per il trattamento di tali pazienti si rimanda alla nota circolare del 16 settembre 2009 "Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza da virus A(H1N1)v" (si veda il sito <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/normativeFocusNuovo.jsp?id=13&lang=it&area=influenzaA>

Medici curanti, pazienti e chi li assiste saranno sollecitati a prestare attenzione ai segnali che indicano la progressione verso forme più severe di malattia, per modulare le azioni da intraprendere, compreso il trattamento con antivirali.

Nei casi di peggioramento della malattia, i medici devono valutare l'uso di dosi più elevate di oseltamivir e una durata più lunga del trattamento di quella normalmente prescritta.

D) Ospedalizzazione dei casi gravi

Come già sottolineato, il personale sanitario, gli stessi pazienti e chi li assiste saranno sollecitati a prestare attenzione ai segnali di pericolo che indicano la progressione verso forme più severe di malattia, che richiedono la valutazione di un eventuale ricovero ospedaliero. Siccome tale progressione può essere molto rapida, in particolare, l'attenzione del MMG e del PLS dovrebbe essere attirata verso uno dei seguenti segni di pericolo che compaia in un caso complicato di influenza da virus AH1N1v:

- respiro affannoso, sia dopo attività fisica sia a riposo;
- difficoltà respiratoria;
- colorito bluastrò;
- espettorato ematico o emorragico;
- dolore toracico;
- stato mentale alterato;
- febbre alta persistente da oltre 3 giorni;
- pressione arteriosa bassa.

Per quanto attiene le ospedalizzazioni dei casi di sindrome influenzale è molto importante evitare sia il sovraffollamento ospedaliero, che la possibilità di trasmissione nosocomiale.

Indicazioni e criteri di ricovero sono comunque contenuti nelle Linee Guida per la gestione della sindrome influenzale del 2008 (http://www.pnlg.it/cms/files/LG_Influenza_unico_2008.pdf), che potranno essere aggiornate.

Molte Aziende e Presidi ospedalieri hanno predisposto delle procedure e corsie differenziate di accesso per questi pazienti, per evitare le attese in pronto soccorso, per consentire percorsi riservati e prioritari agli ausili diagnostici più frequentemente necessari per la diagnosi di complicanze e per evitare le ospedalizzazioni non necessarie. Non di meno, è raccomandabile informare telefonicamente dell'arrivo del paziente il Pronto Soccorso o la Clinica destinataria del ricovero.

IL VICE MINISTRO
Prof. Ferruccio FAZIO