



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Rapporto sulla stagione influenzale 2022/2023

Rapporto sulla stagione influenzale 2022/2023

L'effetto della pandemia di COVID-19 sull'ondata influenzale si è attenuato rispetto alla stagione precedente. La prima ondata stagionale di influenza è stata registrata relativamente presto, nella settimana 48/2022, più o meno contemporaneamente in tutti i sistemi. L'ondata ha raggiunto un'entità simile a quella di un anno medio prima della pandemia. Tutti i sistemi hanno registrato anche una seconda ondata, più piccola, tuttavia in misura diversa.

SORVEGLIANZA DELL'INFLUENZA STAGIONALE IN SVIZZERA

In Svizzera si ricorre a diversi sistemi di dichiarazione per monitorare l'influenza: il sistema di dichiarazione obbligatoria e i due sistemi sentinella. Il sistema «Sentinella» rappresenta la casistica dei medici di famiglia e il sistema sentinella «CH-SUR» quella ospedaliera (vedi spiegazioni nel riquadro 1). Nel sistema di dichiarazione Sentinella, i medici di famiglia che partecipano volontariamente conducono una sorveglianza delle sindromi simil-influenzali (influenza-like illness, ILI). Il rilevamento delle sindromi simil-influenzali nella stagione 2022/2023 ha subito ancora in parte l'influsso della pandemia. Nel riquadro 2 sono descritte le ripercussioni della pandemia di COVID-19 sul rilevamento Sentinella delle sindromi simil-influenzali. Con l'adeguamento della definizione di sospetto di COVID-19 nell'ottobre 2022 e dopo due anni di esperienza con la pandemia, dalla stagione 2022/2023 è sempre più possibile distinguere tra le categorie di influenza e COVID-19. Nella stagione 2022/2023, nell'ambito delle consultazioni mediche per sindromi simil-influenzali è stata di nuovo riscontrata un'ondata influenzale classica nel sistema di dichiarazione Sentinella, dopo che per due anni è rimasta assente a causa della pandemia. L'ondata influenzale è iniziata relativamente presto, ossia nella settimana 48/2022, e ha raggiunto dimensioni simili alle medie annue di prima della pandemia. Perlopiù, l'ondata è coincisa cronologicamente con il riscontro di campioni positivi all'influenza nell'ambito della sorveglianza virologica presso il Centro nazionale di riferimento per l'influenza (CNRI), nonché con l'andamento dei casi dichiarati attraverso il sistema di dichiarazione obbligatoria e delle ospedalizzazioni per influenza negli ospedali che aderiscono a CH-SUR. In tutti i sistemi è stata registrata, seppur in misura diversa, anche una seconda ondata più piccola, causata prevalentemente dall'influenza B. La prima grande ondata è invece stata dominata dall'influenza A. Le due ondate influenzali erano chiaramente visibili nel sistema di dichiarazione obbligatoria. Sempre in questo sistema, il numero di referti positivi attestanti l'influenza è raddoppiato e l'aumento dei casi è stato osservato in anti-

cipo rispetto alle stagioni precedenti. Poiché vengono dichiarati solo i test positivi e quindi non è noto il numero totale di test eseguiti, non sono disponibili indicatori per determinare le abitudini di test. Pertanto il confronto con le precedenti stagioni influenzali deve essere interpretato con cautela.

Indicatori epidemiologici del sistema di sorveglianza Sentinella

La stagione influenzale è definita come il periodo compreso tra la settimana 40 di un anno e la settimana 20 dell'anno successivo. I dati dalla settimana 40 alla settimana 16 sono pubblicati dall'UFSP in un rapporto settimanale sulla situazione epidemiologica. Tuttavia la sorveglianza dell'influenza prosegue durante tutto l'anno. Anche i dati dalla settimana 17 alla settimana 39 sono raccolti e valutati ogni settimana, ma non figurano in un rapporto. La stagione influenzale 2022/2023 è durata dal 1° ottobre 2022 al 19 maggio 2023. Normalmente prima di ogni stagione viene definito un valore di soglia epidemica sulla base delle cifre delle stagioni precedenti. Tuttavia, nelle ultime tre stagioni (2022/2023, 2021/2022 e 2020/2021) si è rinunciato a indicare un valore soglia poiché le cifre della sorveglianza Sentinella non erano paragonabili a quelle del passato a causa della pandemia di COVID-19 (vedi riquadro 2). Durante la stagione influenzale 2022/2023 sono state stimate circa 210 000 prime consultazioni per sindromi simil-influenzali negli studi medici di famiglia, vale a dire che il 2,4% della popolazione ha consultato un medico di base a causa dell'influenza. L'incidenza stagionale delle consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali (2400 per 100 000 abitanti) è diminuita del 13% rispetto all'incidenza stagionale media degli ultimi dieci anni prima della pandemia di COVID-19 (dal 2010/2011 al 2019/2020), rimanendo allo stesso livello della precedente stagione 2021/2022. L'incidenza massima settimanale ha raggiunto almeno 306 consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali per 100 000 abitanti nelle ultime cinque stagioni prima della pandemia di COVID-19 (dal 2015/2016 al 2019/2020). In questa stagione, con 245 consultazioni per 100 000 abitanti, si è rivelata leggermente inferiore rispetto

1) SORVEGLIANZA DELLE SINDROMI SIMIL-INFLUENZALI

L'Ufficio federale della sanità pubblica riceve informazioni sulla situazione epidemiologica dell'influenza da tre diversi sistemi di sorveglianza: il sistema di dichiarazione «Sentinella», il sistema «CH-SUR» utilizzato negli ospedali e il sistema di dichiarazione obbligatoria.

Di solito l'influenza stagionale è diagnosticata sulla base della sintomatologia; solo raramente i pazienti sono sottoposti a un accertamento diagnostico di laboratorio, e in tal caso un referto positivo che attesta l'influenza è notificato tramite il sistema di dichiarazione obbligatoria. Poiché d'inverno sono molto frequenti i sintomi simil-influenzali ma la maggior parte dei pazienti con sintomatologia lieve non viene testata alla ricerca del virus dell'influenza, l'UFSP ha istituito il sistema di dichiarazione Sentinella basato su un campione di medici di base (medici generalisti, internisti e pediatri). Circa 180 studi medici partecipano volontariamente alla sorveglianza Sentinella, trasmettendo all'UFSP informazioni in particolare sui pazienti affetti da sindromi simil-influenzali (sospetto di influenza). Un sospetto di influenza è definito come **comparsa improvvisa di febbre alta (>38°C) unita a tosse o mal di gola**, eventualmente accompagnata da forte malessere e senso di debolezza, dolori muscolari e articolari, cefalea o dolore generalizzato e sintomi gastrointestinali. Inoltre, i medici Sentinella dichiarano le consultazioni per complicazioni come polmoniti, bronchiti o otiti. Sulla base delle dichiarazioni di consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali, l'UFSP estrapola il numero di consultazioni per influenza in Svizzera, permettendo così di stimare il decorso dell'epidemia di influenza nella popolazione. Il sistema Sentinella è suddiviso nelle seguenti sei regioni:

regione 1: GE, NE, VD, VS

regione 2: BE, FR, JU

regione 3: AG, BL, BS, SO

regione 4: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

regione 5: AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH

regione 6: GR, TI

L'unità di base per l'analisi delle dichiarazioni e la rappresentazione del decorso è la cosiddetta «settimana Sentinella», che dura da sabato a venerdì.

Una parte dei medici Sentinella invia strisci nasofaringei al **Centro nazionale di riferimento per l'influenza (CNRI)** presso gli Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Tutti i campioni sono sottoposti ai test per SARS-CoV-2, influenza, RSV e altri virus respiratori (adenovirus, bocavirus, coronavirus [229E, HKU1, NL63, OC43], metapneumovirus, virus parainfluenzale [1–4] e rinovirus). Il centro di riferimento isola i virus influenzali dai campioni inviati e li tipizza. Inoltre, esamina un campione alla ricerca di resistenze

ai farmaci antivirali contro l'influenza (inibitori della neuraminidasi). La tipizzazione fornisce informazioni sui virus dell'influenza circolanti e aiuta a valutare l'efficacia dei vaccini antinfluenzali stagionali nel proteggere da tali virus. Questa valutazione serve a stimare nell'immediato l'efficacia dei vaccini finché non si dispone dei risultati degli studi sull'efficacia.

Le analisi dei dati Sentinella si basano su campioni non randomizzati e talvolta su cifre esigue. Per questo motivo le estrapolazioni dei dati e le affermazioni concernenti tutta la popolazione devono essere interpretate con cautela. A causa della pandemia di COVID-19 e di come era intesa la presentazione di un'infezione respiratoria acuta, durante le epidemie influenzali delle stagioni 2020/2021 e 2021/2022 (vedi riquadro 2) l'affidabilità di tali estrapolazioni era limitata. Nella stagione 2022/2023, l'introduzione delle nuove definizioni ha migliorato l'affidabilità.

In aggiunta, l'UFSP tiene conto delle informazioni provenienti dall'**obbligo di dichiarazione** dei referti di laboratorio che attestano l'influenza. Per motivi di capacità, dal 25 dicembre 2017 alla stagione 2019/2020 solo un campione di tali dichiarazioni di laboratorio era registrato completamente e di conseguenza utilizzato per l'estrapolazione. Dalla stagione 2020/2021 le dichiarazioni di laboratorio sono digitalizzate e quindi registrate completamente. Vengono dichiarati solo i campioni positivi, pertanto non è possibile confrontare con sicurezza i dati con altri anni o tra i Cantoni, poiché non si hanno i mezzi per stimare il numero totale di test.

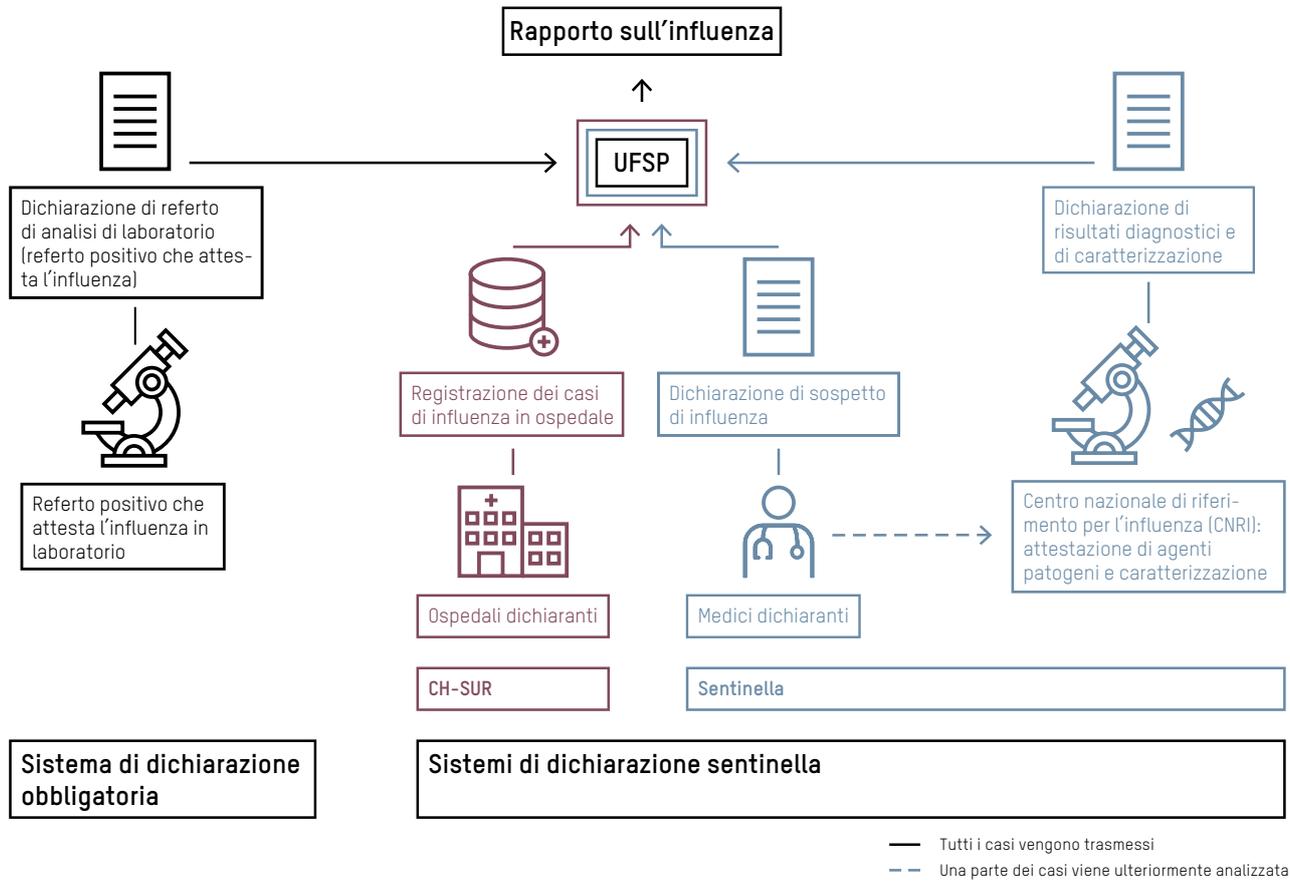
Nel quadro della Strategia nazionale di prevenzione dell'influenza stagionale (GRIPS), nel novembre 2018 è stato lanciato un sistema sentinella per rilevare i casi di influenza ospedalizzati in sei ospedali. Nel 2020 questo sistema è stato ampliato al fine di includere anche i casi ospedalieri di COVID-19 e ha preso il nome di «CH-SUR». «CH-SUR» ha assunto un ruolo centrale nella sorveglianza dei casi di COVID-19 ospedalizzati in Svizzera; il progetto originale di registrare i casi di influenza è proseguito nelle stagioni influenzali anche durante gli anni della pandemia. Attualmente sono 18 gli ospedali che aderiscono a «CH-SUR».

Per stimare la gravità di un'epidemia di influenza, l'UFSP ricorre ai dati della **statistica delle cause di morte** raccolti dall'Ufficio federale di statistica (UST). [1] Prima della pandemia di COVID-19, una mortalità generale superiore alla media durante la stagione influenzale di solito era imputabile all'influenza stagionale [1].

I principali sistemi di sorveglianza delle sindromi simil-influenzali esistenti in Svizzera sono raffigurati nell'infografica 1.

Infografica 1:

Rappresentazione schematica del monitoraggio dell'influenza



a quel periodo ma nettamente superiore rispetto alle stagioni 2022/2021 e 2020/2021 (rispettivamente 143 e 145 consultazioni per 100 000 abitanti).

Tabella 1:

Incidenze per età delle consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali (ILI) in Svizzera nella stagione 2022/2023

Incidenza massima settimanale e incidenza stagionale per 100 000 abitanti nelle settimane 40/2022–20/2023. Estrapolazione dai dati del sistema di dichiarazione Sentinella.

Fascia di età	Incidenza massima settimanale (settimana)	Incidenza stagionale
0–4 anni	361 (51/2022)	3411
5–14 anni	542 (51/2022)	2911
15–29 anni	306 (51/2022)	2920
30–64 anni	186 (51/2022)	2301
65+ anni	116 (52/2022)	1560
Tutte le fasce di età	245 (51/2022)	2400

Sebbene l'incidenza stagionale delle prime consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali nel 2022/2023 sia stata uguale all'anno prima (2021/2022) e solo lievemente inferiore rispetto a un normale anno prima della pandemia, è stata osservata una grande differenza nella distribuzione temporale dei casi. L'ondata influenzale è iniziata relativamente in anticipo (settimana 48/2022) e ha raggiunto relativamente presto (nella settimana 51/2022) un picco di 245 consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali per 100 000 abitanti (figura 1). In seguito, l'incidenza delle consultazioni è diminuita rapidamente, per poi risalire nuovamente dalla settimana 04/2023 fino a un secondo picco meno pronunciato (114 consultazioni per 100 000 abitanti) nella settimana 08/2023. L'incidenza prima e dopo le due ondate era simile ai tassi registrati prima e dopo l'ondata influenzale in un anno normale. Anche il Centro nazionale di riferimento per l'influenza (CNRI) ha individuato precocemente i primi campioni positivi all'influenza: dalla settimana 48/2022 sono stati osservati un netto aumento delle analisi con esito positivo e il superamento della soglia del 10% del tasso di positività.

Nell'ottobre 2022 è stata modificata la definizione di sospetto di COVID-19, che da allora corrisponde alla presenza di un'infezione respiratoria acuta (IRA), ossia di una: «malattia inizialmente acuta delle vie respiratorie con tosse e/o mal di gola e/o respiro corto e/o raffreddore UNITA A valutazione medica di

infezione» (vedi riquadro 2). Sulla base di questa definizione, ogni sospetto di influenza è anche un sospetto di COVID-19. Nella figura 2 è rappresentato un confronto tra casi sospetti di influenza e infezioni respiratorie acute (IRA). Il grafico mostra che, all'inizio della stagione influenzale, la maggior parte delle IRA era causata da altri virus, mentre dalla settimana 49 più della metà era imputabile a un'infezione da virus dell'influenza.

Durante la stagione 2022/2023 non era più in vigore alcun provvedimento ordinato dal Consiglio federale per arginare l'epidemia di COVID-19. La frequenza dell'influenza e delle malattie causate da altri virus respiratori è nuovamente aumentata, come si può leggere nel capitolo *Risultati virologici della sorveglianza Sentinella*.

Ripartizione per età

L'incidenza stagionale delle consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali più elevata è stata rilevata nei bambini dagli 0 ai 4 anni. Il picco più elevato di incidenza settimanale è invece stato raggiunto dalla fascia dai 5 ai 14 anni. L'incidenza stagionale è diminuita con l'età, passando dalle 3411 consultazioni per 100 000 abitanti nella fascia 0–4 anni alle 1560 per 100 000 abitanti nella popolazione dai 65 anni in su. L'incidenza massima settimanale ha oscillato tra le 116 (>64 anni) e le 542 (5–14 anni) consultazioni per 100 000 abitanti (tabella 1).

Tabella 2:

Incidenze regionali delle consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali (ILI) in Svizzera nella stagione 2022/2023

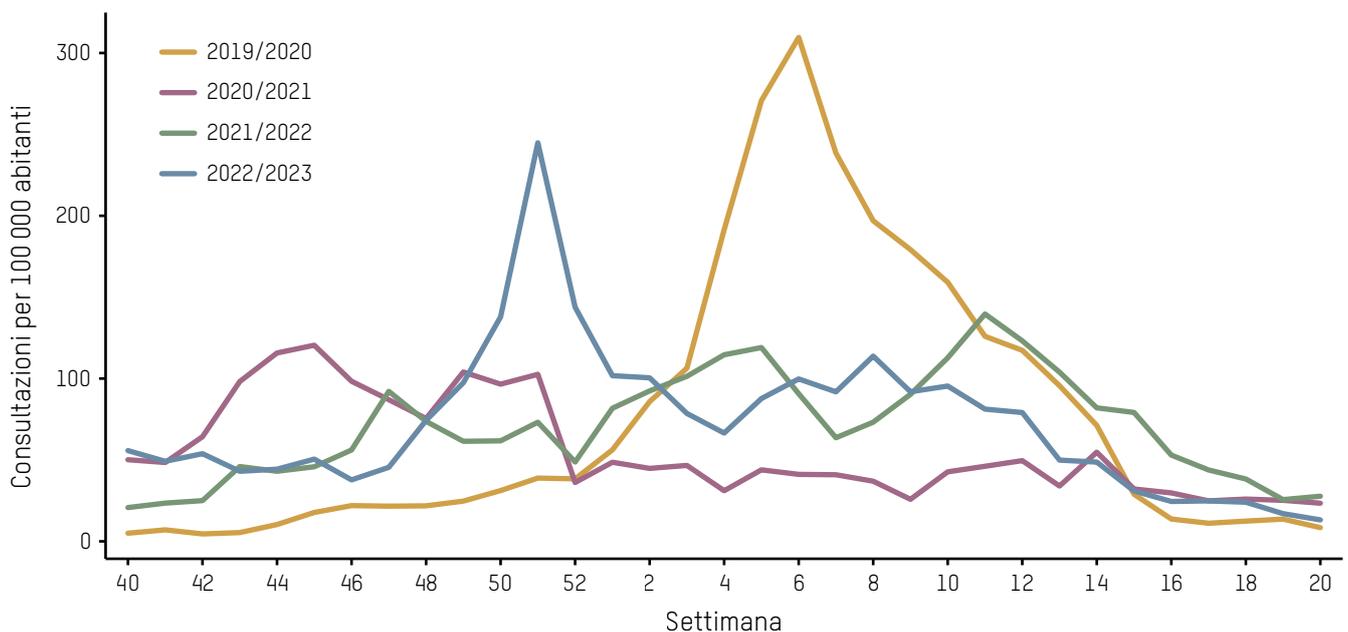
Incidenza massima settimanale e incidenza stagionale per 100 000 abitanti nelle settimane 40/2022–20/2023 (estrapolazione dai dati del sistema di dichiarazione Sentinella).

Regione	Incidenza massima settimanale (settimana)	Incidenza stagionale
1: GE, NE, VD, VS	155 (08/2023)	2309
2: BE, FR, JU	190 (51/2022)	2342
3: AG, BL, BS, SO	330 (51/2022)	1951
4: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	285 (51/2022)	1790
5: AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH	274 (51/2022)	3021
6: GR, TI	250 (51/2022)	3047
Tutte le regioni	245 (51/2022)	2400

Figura 1:

Incidenza delle consultazioni Sentinella imputabili a sindromi simil-influenzali (ILI) in Svizzera, per settimana Sentinella

Incidenza settimanale delle consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali per 100 000 abitanti nella stagione 2022/2023 in confronto alle quattro stagioni precedenti. Estrapolazione dai dati del sistema di dichiarazione Sentinella.



UFSP, stato: 16.08.2023

2) SORVEGLIANZA DELL'ONDATA INFLUENZALE DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19

La pandemia di COVID-19 ha condizionato la sorveglianza delle stagioni influenzali 2020/2021 e 2021/2022. Poiché i sintomi della COVID-19 sono poco distinguibili da quelli delle sindromi simil-influenzali (sospetto di influenza), la COVID-19 e i provvedimenti per arginare la pandemia hanno influito in misura massiccia sui dati Sentinella relativi alle sindromi simil-influenzali. Il rilevamento Sentinella delle sindromi simil-influenzali è stato allargato nella settimana 12/2020 ai casi sospetti di COVID-19. Dalla settimana 13/2020 era possibile suddividere tra i casi che adempivano solo i criteri clinici di un sospetto di influenza e quelli che adempivano i criteri per entrambe le malattie (ossia, sia i criteri di un sospetto di influenza sia i criteri di un sospetto di COVID-19). Poiché la pandemia di COVID-19 è iniziata prima della settimana 13/2020, le incidenze stimate delle sindromi simil-influenzali nelle settimane 11 e 12 del 2020 sono state corrette sulla base dei dati delle settimane 10 e 13. Per questo periodo si è assunta una diminuzione lineare dei valori dell'incidenza.

Negli anni prima della pandemia, le consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali erano un ottimo indicatore del decorso e dell'entità di un'ondata di influenza.

La pandemia e le raccomandazioni per i test COVID-19 hanno cambiato le abitudini della popolazione riguardo alle

consultazioni mediche, con ripercussioni anche sui dati Sentinella. A causa della sintomatologia parzialmente sovrapposta tra COVID-19 e influenza, è altamente probabile che parte delle persone con sintomi simil-influenzali fosse malata di COVID-19 e non di influenza, e viceversa.

Dalla stagione 2022/2023, le dichiarazioni del sistema Sentinella possono essere nuovamente considerate come un buon indicatore dell'attività dell'influenza, grazie anche all'adeguamento della definizione di sospetto di COVID-19. Fino alla fine di settembre 2022, un sospetto di COVID-19 corrispondeva al sospetto clinico ai sensi dell'obbligo di dichiarazione, ossia un sospetto clinico di COVID-19 più la prescrizione di una diagnostica di laboratorio specifica per l'agente patogeno. Nell'ottobre 2022 è stata introdotta la definizione di «infezione respiratoria acuta (IRA)» (malattia inizialmente acuta con tosse e/o mal di gola e/o respiro corto e/o raffreddore E di origine infettiva secondo la valutazione del medico). Questa definizione coincide con quella di «acute respiratory infection (ARI)» proposta dall'OMS ed è raccomandata per la sorveglianza Sentinella della COVID-19. La nuova definizione di sospetto di COVID-19, corrispondente all'IRA, è più ampia e include anche i casi sospetti di influenza, che quindi costituiscono un sottoinsieme dei casi di infezione respiratoria acuta (IRA).

Incidenza regionale dell'influenza

Nelle diverse regioni Sentinella (riquadro 1), l'incidenza stagionale ha oscillato tra le 1790 (regione 4: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) e le 3047 (regione 6: GR, TI) consultazioni per 100 000 abitanti. L'incidenza massima settimanale è stata compresa tra le 155 (regione 1: GE, NE, VD, VS) e le 330 (regione 3: AG, BL, BS, SO) consultazioni per 100 000 abitanti (tabella 2).

Rischio di complicazioni e sovramortalità

Durante la stagione influenzale 2022/2023, il 13,8% degli 8422 sospetti di influenza dichiarati era costituito da persone con un maggiore rischio di complicazioni (riquadro 3). Nel 6,7% dei casi il rischio di complicazioni era sconosciuto. Nel 3,1% dei casi sospetti è stata diagnosticata una polmonite (nel 7,6% dei casi quest'informazione era sconosciuta) e nello 0,7% del totale dei casi sospetti alla consultazione ambulatoriale è seguito un ricovero diretto in ospedale.

Durante la stagione influenzale, la sorveglianza della sovramortalità funge da indicatore indiretto della gravità dell'epidemia di influenza (riquadro 1). Poiché continuava a circolare anche il SARS-CoV-2, la sovramortalità osservata nella stagione 2022/2023 non può essere attribuita solo all'effetto dell'influenza [1]. Nella fascia di età sotto i 65 anni non è stata registrata alcuna sovramortalità. Per contro, nella popolazione di 65 anni e più è stato osservato un numero di decessi superiore

alla norma dalla settimana 39/2022 alla settimana 01/2023, ossia il 18,6% in più del valore atteso. Concretamente, in questo periodo sono morte circa 3200 persone in più rispetto a quanto ci si aspettasse.

Vaccinazione e terapia antivirale

Di 6758 (80,2%) casi sospetti di influenza dichiarati nel quadro del sistema Sentinella era indicato lo stato vaccinale. 796 (11,8%) erano vaccinati contro l'influenza. Nei sospetti di influenza appartenenti alla fascia dai 65 anni in su (1329 persone), lo stato vaccinale era noto in 1071 casi (80,6%). La percentuale di vaccinati in questa fascia di età era più elevata (47,5%, 509 casi). Nell'insieme, degli 8422 casi, lo 0,05% ha ricevuto una terapia antivirale.

Risultati virologici della sorveglianza Sentinella

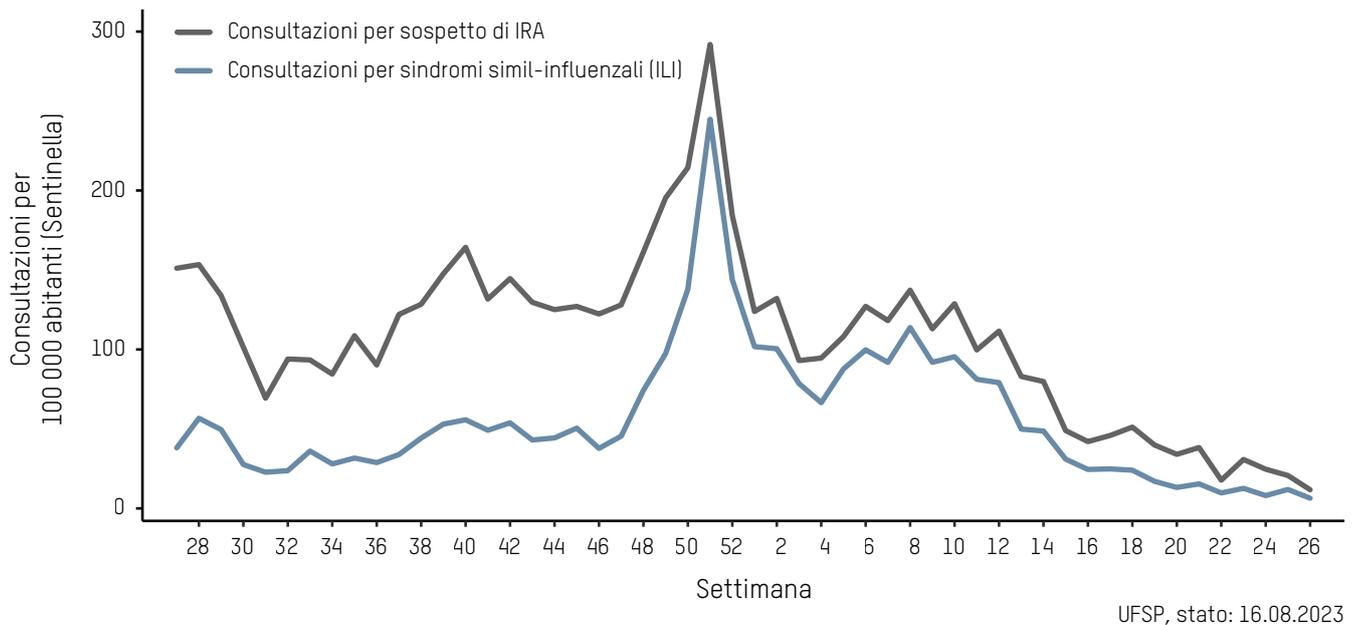
Virus dell'influenza e altri virus respiratori circolanti

Nell'intera stagione influenzale 2022/2023, il Centro nazionale di riferimento per l'influenza (CNRI) ha esaminato 2074 strisci nasofaringei di pazienti con sindromi simil-influenzali e/o sospetto di COVID-19, di cui 478 (23%) sono risultati positivi a virus dell'influenza. Si tratta di una cifra nettamente superiore alla stagione precedente (2021/2022), in cui sono risultati positivi 292 campioni (12%). Rispetto all'ultima stagione prima della pandemia (2019/2020), nella quale 488 campioni (43%) su 1130 erano risultati positivi all'influenza, si è osservato un numero di campioni positivi simile in

Figura 2:

Incidenza delle consultazioni Sentinelia con infezioni respiratorie acute (IRA) e incidenza delle sindromi simil-influenzali (ILI) per settimana Sentinelia, stagione 2022/2023

Incidenza settimanale delle consultazioni con infezioni respiratorie acute (IRA) per 100 000 abitanti nella stagione 2022/2023 in confronto all'incidenza settimanale delle consultazioni imputabili a sindromi simil-influenzali (ILI) per 100 000 abitanti nella stessa stagione. Le incidenze settimanali delle consultazioni per sindromi simil-influenzali (ILI) sono un sottoinsieme delle infezioni respiratorie acute (IRA) (vedi riquadro 2). Estrapolazione dai dati del sistema di dichiarazione Sentinelia.



termini assoluti (478 contro 488), ma nettamente inferiore in termini percentuali (23 % contro il 43 %). Tuttavia, ogni confronto diretto tra la stagione 2022/2023 e le stagioni prima del 2020/2021 deve essere interpretato con cautela, poiché dallo scoppio della pandemia di COVID-19 non sono testati solo i casi con sindromi simil-influenzali ma anche i sospetti di COVID-19.

Come nelle due stagioni precedenti (2020/2021 e 2021/2022), i campioni sono stati esaminati oltre che per l'influenza e il SARS-CoV-2 anche per i seguenti virus respiratori: rinovirus, adenovirus, bocavirus, vari coronavirus umani (229E, HKU1, NL63, OC43), metapneumovirus umano (hMPV), vari virus parainfluenzali (HPIV 1-4) e il virus respiratorio sinciziale umano (RSV). La ripartizione dei virus respiratori più frequenti nelle ultime due stagioni influenzali è visibile nella dashboard COVID-19: [COVID-19 Svizzera | Coronavirus | Dashboard \(admin.ch\)](#); nella figura «Evoluzione nel tempo della ripartizione dei virus» è possibile selezionare i diversi virus. I virus rilevati con maggior frequenza accanto al SARS-CoV-2 e al virus dell'influenza sono stati i rinovirus, seguiti da RSV e adenovirus. Nella figura 3 è rappresentata l'evoluzione nel tempo dei tassi di positività dei campioni testati per influenza, SARS-CoV-2 e RSV. La frequenza dell'influenza è aumentata nettamente dalla settimana 48/2022 fino a raggiungere un picco del 53 % di campioni positivi nella settimana 52/2022. Poi il tasso di positività è sceso fino alla settimana 02/2023,

e in seguito è oscillato tra il 23 % e il 44 % fino alla settimana 12/2023. Dalla settimana 13/2023 è continuato a scendere. Solo la suddivisione nei tipi di influenza consente di riconoscere due ondate epidemiche (figura 4), con la prima ondata dominata dall'influenza A e la seconda dominata dall'influenza B. Circa il 30 % dei campioni testati nell'intera stagione 2022/2023 ha dato esito negativo per tutti i 13 virus esaminati. In circa il 7 % dei campioni è stato riscontrato contemporaneamente più di un virus.

Tipi di influenza, sottotipi/lignaggi e caratterizzazione

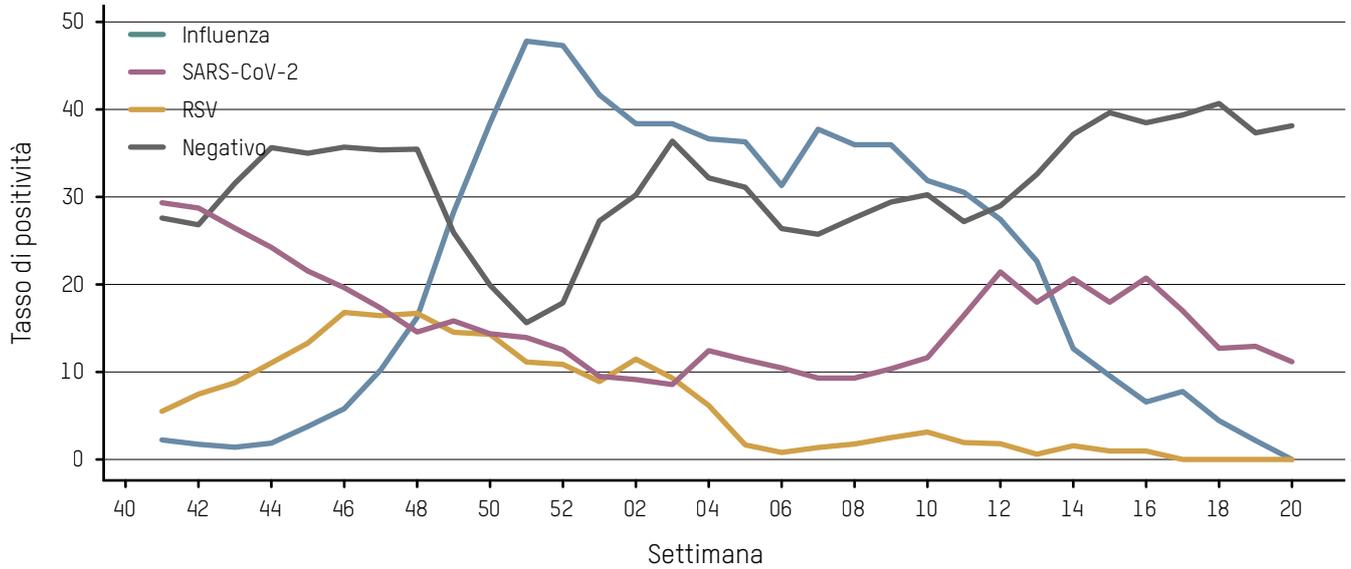
La stagione influenzale 2022/2023 è stata caratterizzata da una circolazione precoce di virus dell'influenza A, seguiti da virus dell'influenza B verso la fine della stagione. Nell'arco dell'intera stagione sono stati individuati 316 virus dell'influenza A, equivalenti al 66 % dei virus influenzali circolanti, e 162 virus dell'influenza B del lignaggio Victoria (34 %). Non sono stati riscontrati virus dell'influenza B del lignaggio Yamagata. Tra i virus dell'influenza A, 185 (59 %) appartenevano al sottotipo A(H3N2) e 129 (41 %) al sottotipo A(H1N1) pdm09. Due campioni positivi all'influenza A non sono stati sottotipizzati. La caratterizzazione dei virus influenzali è presentata nella tabella 3

Figura 3:

Media mobile su tre settimane dei tassi di positività dei virus riscontrati per settimana Sentinella nella stagione 2022/2023

Media mobile su tre settimane dei tassi di positività di alcuni virus respiratori (influenza, SARS-CoV-2, RSV) riscontrati nei campioni prelevati da pazienti con sospetto di influenza e/o COVID-19 e testati nel CNRI.

In circa il 7 % dei campioni sono stati riscontrati più virus contemporaneamente. Questi ultimi vengono conteggiati più volte. La curva grigia nel grafico rappresenta i campioni testati che sono risultati negativi a tutti i 13 virus respiratori.



UFSP, stato: 16.08.2023

Virus dell'influenza circolanti, per fascia di età e regione

I virus dell'influenza A sono circolanti prevalentemente nella Svizzera settentrionale e occidentale, ossia nelle regioni da 1 a 3 (1: GE, NE, VD, VS; 2: BE, FR, JU; 3: AG, BL, BS, SO) e tra le persone sopra i 64 anni di età. I campioni positivi all'influenza B, lignaggio Victoria, sono stati riscontrati più frequentemente nella regione 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) e nella fascia di età tra i 5 e i 29 anni.

Copertura dei virus da parte dei vaccini ed efficacia dei vaccini

Il Centro nazionale di riferimento per l'influenza (CNRI) ha esaminato mediante test di inibizione dell'emoagglutinazione la somiglianza dei ceppi influenzali rilevati negli strisci nasofaringei dei pazienti con i ceppi vaccinali. Su 478 campioni positivi, 90 (19%) sono stati sottoposti al test di inibizione dell'emoagglutinazione (tabella 3). In Svizzera non sono stati eseguiti studi sull'efficacia dei vaccini. Le valutazioni provvisorie effettuate in Europa, negli USA e in Canada sono presentate nella tabella 4.

L'efficacia dei diversi vaccini contro l'influenza (tutti i ceppi) nell'ultima stagione ha oscillato tra il 27 e il 57%, a seconda dell'endpoint clinico (ILI, IRA, IRAS), della popolazione esaminata e della regione geografica (tabella 4). In sei studi è stata inoltre riscontrata una diminuzione dell'efficacia con l'aumentare dell'età [2]. L'efficacia contro i sottotipi circolanti di influenza A si è dimostrata eterogenea, passando dal 26 al 90% (A(H1N1)pdm09) e dal 2 al 60% (A(H3N2)). In generale si

è osservata un'efficacia maggiore contro l'influenza B (50-85%). L'endpoint clinico *influenza like illness* (ILI) è il più adatto per misurare l'efficacia contro i sintomi tipici dell'influenza. Gli endpoint IRA e IRAS sono meno specifici, poiché oltre alle malattie causate dai virus dell'influenza possono includere un'ampia serie di altri virus respiratori, tra cui il SARS-CoV-2.

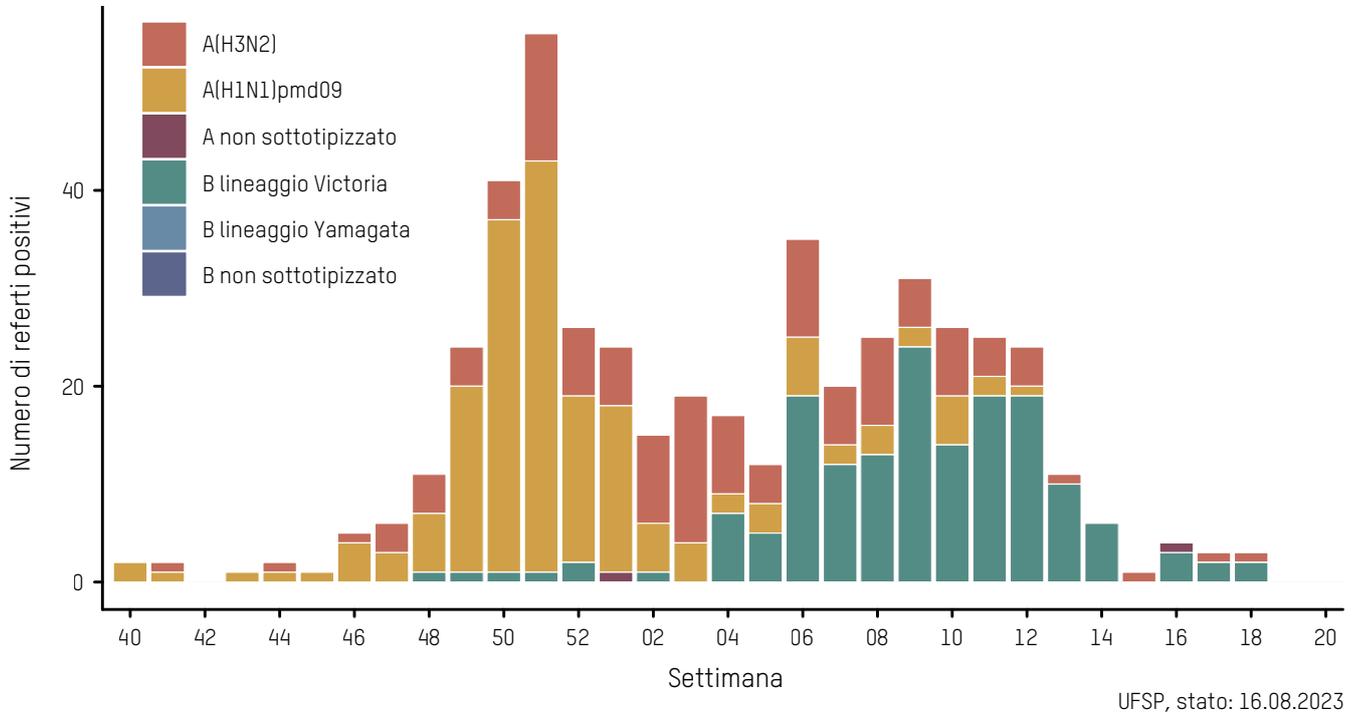
Sorveglianza dell'influenza negli ospedali svizzeri sentinella (CH-SUR)

I casi di influenza con ricovero ospedaliero sono rilevati dal sistema di dichiarazione sentinella CH-SUR dalla settimana 44 alla settimana 17 dell'anno successivo (riquadro 1). Durante la stagione 2022/2023, ossia tra il 31 ottobre 2022 e il 22 aprile 2023, in CH-SUR sono stati registrati 3565 casi di influenza (situazione al 19.6.2023). Nell'85% circa dei casi l'infezione è avvenuta fuori dall'ospedale. Circa il 14% dei pazienti (511), secondo i dati dichiarati, ha contratto l'influenza durante la degenza in ospedale. Per 32 casi (0,9%) non è noto il luogo di contagio. In 2950 casi (83%) è stata riscontrata l'influenza di tipo A e in 609 (17%) quella di tipo B. I 3565 casi erano ripartiti al 50% tra uomini (1788) e donne (1768), mentre di 9 casi non è stato dichiarato il sesso. La fascia di età più colpita è stata quella sopra i 64 anni (1804, 51%). 736 (21%) episodi di influenza hanno riguardato bambini sotto i 15 anni: nell'11% dei casi (389) i giovani pazienti sono stati ricoverati nel reparto di cure intensive e il 7% (255) è stato ricoverato nel reparto di cure intermedie. Nel complesso, 81 episodi di

Figura 4:

Numero di sottotipi e lignaggi di virus dell'influenza riscontrati per settimana Sentinella nella stagione 2022/2023

Numero settimanale di campioni Sentinella risultati positivi all'influenza presso il CNRI. I campioni positivi all'influenza sono suddivisi in sottotipi e lignaggi.



influenza hanno avuto esito letale durante la degenza in ospedale nella stagione in rassegna: 65 persone sono morte di influenza, mentre delle restanti 16 non è nota la causa di morte.

Sorveglianza dell'influenza nell'ambito del sistema di dichiarazione obbligatoria

Indipendentemente dalla sorveglianza dei casi sospetti nel sistema di dichiarazione Sentinella, i pazienti affetti da sindromi simil-influenzali e residenti in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein sono sottoposti anche a un accertamento diagnostico di laboratorio. I laboratori hanno l'obbligo di dichiarare i referti positivi che attestano l'influenza (riquadro 1).

Nella stagione 2022/2023, tramite il sistema di dichiarazione obbligatoria sono stati registrati 24 024 casi di influenza confermati in laboratorio, per un'incidenza stagionale corrispondente a 274 diagnosi di influenza confermate in laboratorio ogni 100 000 abitanti. Il numero di referti di laboratorio attestanti l'influenza e l'incidenza stagionale hanno quindi superato nettamente il livello degli anni precedenti. Nelle stagioni 2019/2020 e 2021/2022 sono stati registrati circa 12 000 casi di influenza confermati in laboratorio per stagione, ossia circa 135 referti di laboratorio attestanti l'influenza per 100 000 abitanti.

Tabella 3:

Virus dell'influenza caratterizzati nella stagione 2022/2023

Dati del CNRI

Numero di strisci positivi all'influenza	Tipo	Numero di virus sottotipizzati	Sottotipo / lignaggio	Numero di virus caratterizzati	Caratterizzazione (virus simili al ceppo sotto il profilo antigenico)
316	A	129	H1N1pdm09	3	A/Denmark/3286/19
				20	A/Victoria/2570/2019
		185	H3N2	1	A/England/538/18-like
				23	A/Darwin/9/2021-like
162	B	0	Yamagata	0	-
		162	Victoria	42	B/Austria/1359417/2021-like

Poiché solo i campioni positivi devono essere dichiarati, il confronto con gli anni precedenti va interpretato con cautela. Il numero elevato di casi è probabilmente imputabile a vari fattori, tra cui una circolazione effettivamente maggiore del virus dell'influenza, ma anche una modifica delle abitudini di test dei medici e un uso più diffuso dei test multiplex (test che individuano contemporaneamente più virus).

Come si nota nella figura 5, analogamente a quanto osservato nei sistemi sentinella, anche il sistema di dichiarazione obbligatoria ha rilevato un'ondata influenzale in anticipo rispetto alla norma. Già nelle settimane 46–48 è stato riscontrato il primo aumento dei casi. In ultima analisi non si spiega chiaramente perché l'ondata influenzale è iniziata prima in questa stagione. Un fenomeno simile è stato osservato anche durante la stagione influenzale 2022 nell'emisfero meridionale in Australia, e nella stagione 2022/2023 in tutta l'Europa. Tuttavia, spesso l'andamento e l'intensità dell'epidemia di influenza nell'emisfero settentrionale hanno caratteristiche diverse dall'ondata che colpisce l'emisfero meridionale durante i nostri mesi estivi. In Svizzera e nel Principato del Liechtenstein, così come nel resto dell'Europa, sono state registrate due ondate, di cui la prima in anticipo rispetto al solito e di entità maggiore. La seconda è stata nettamente più piccola ed è stata causata soprattutto dalla circolazione dell'influenza B, come mostra la figura 6.

Ripartizione per età e regione

L'incidenza stagionale più elevata dei casi dichiarati nell'ambito del sistema di dichiarazione obbligatoria è stata registrata nella fascia di età dagli 0 ai 4 anni. L'incidenza stagionale è diminuita con l'età, da un massimo di 500 referti di laboratorio attestanti l'influenza per 100 000 abitanti nella fascia 0–4 anni a un minimo di 193 per 100 000 abitanti nella popolazione dai 30 ai 64 anni di età. Nelle persone dai 65 anni in su l'incidenza stagionale è risalita nuovamente a 429 referti di laboratorio positivi per 100 000 abitanti (tabella 5). Ad eccezione delle persone più anziane, la ripartizione per fascia di età è analoga a quella delle consultazioni nel sistema Sentinella.

Per quanto riguarda la ripartizione cantonale, l'incidenza è oscillata tra i 95 casi di influenza confermati in laboratorio per 100 000 abitanti nel Cantone di Appenzello Esterno e i 445 per 100 000 nel Cantone del Vallese.

CONTESTO INTERNAZIONALE – L'INFLUENZA STAGIONALE IN EUROPA

Epidemiologia

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) sorveglia unitamente all'Organizzazione mondiale della sanità OMS/Europa l'influenza stagionale in Europa (UE/SEE) [6]. L'inizio dell'epidemia influenzale è definito come il raggiungimento di un tasso di positività del 10% in tutti

Tabella 4:

Studi caso-controllo con disegno a test negativo sull'efficacia della vaccinazione antinfluenzale nella stagione 2022/2023 nell'emisfero settentrionale

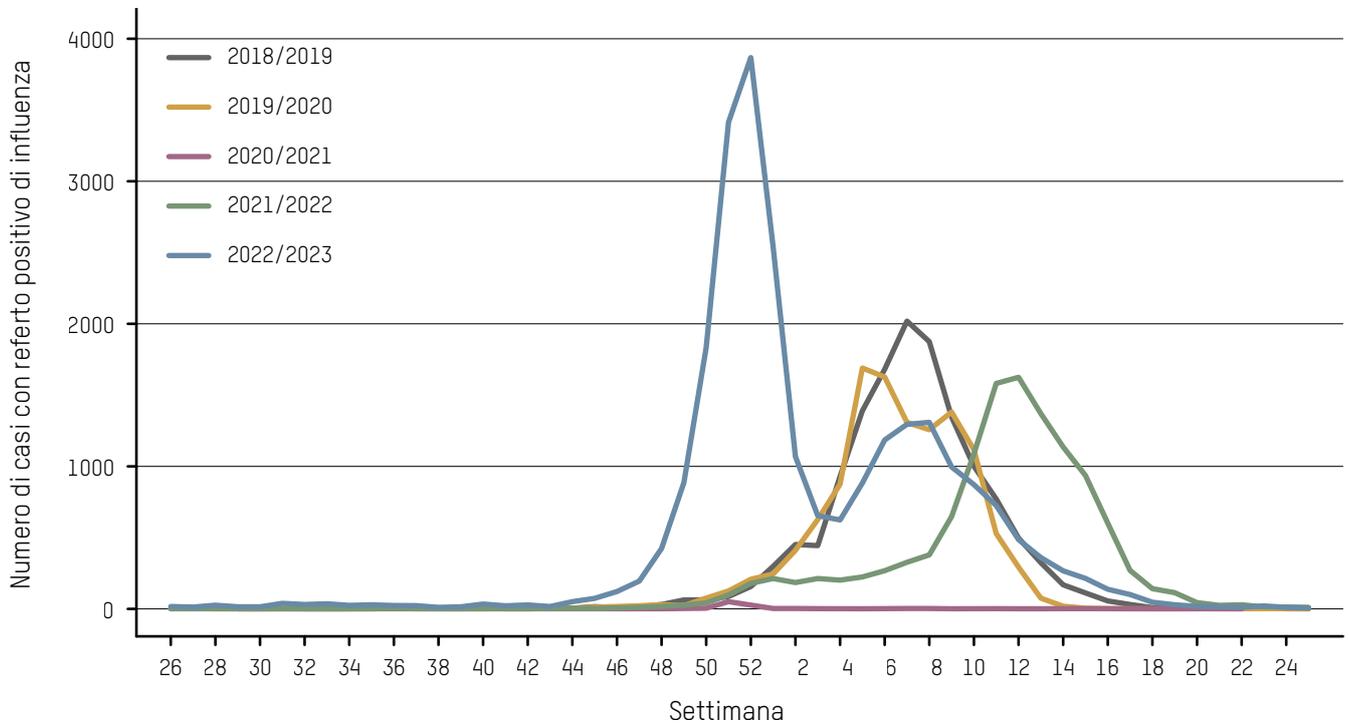
Riferimento	Paese	Setting ¹	Età	Endpoint clinico ²	Efficacia [% [intervallo di confidenza]]				
					A + B	A (tutti)	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	B (tutti)
[2]	DK	A	Tutte	ILI		44 (37–50)	46 (26–60)	23 (–7–45)	85 (82–88)
[2]	DK	H	Tutte	ILI		33 (23–42)	34 (1–56)	2 (–53–37)	73 (61–82)
[3]	CA	Sentinella	Tutte	ILI				54 (38–66)	
[2]	UE	A	Dai 6 mesi	IRA o ILI	44 (34–52)	40 (30–49)	28 (0–50)	44 (32–54)	64 (32–83)
[2]	SC	H	Dai 18 anni	IRA	29 (24–35)	29 (23–34)	42 (24–56)	32 (16–45)	50 (–36–82)
[4]	IT	N	Dai 18 anni	IRA	57 (11–81)	53 (2–80)	90 (16–100)	38 (34–74)	73 (–165–100)
[5]	US	A	6 mesi–64 anni	IRA		54 (23–73)		60 (25–79)	
[2]	UE	H	Dai 6 mesi	IRAS	27 (6–44)	27 (6–44)		27 (1–46)	
[2]	EN	N	Dai 2 anni	Infezione respiratoria	30 (21–38)	29 (20–37)	26 (–9–50)	37 (12–55)	78 (44–92)

1 A = consultazione ambulatoriale, H = ospedalizzazione, N = consultazione d'emergenza

2 ILI = influenza like illness, IRA = infezione respiratoria acuta, IRAS = infezione respiratoria acuta severa

Figura 5:

Numero di casi settimanali con referto di laboratorio che attesta l'influenza registrati nel sistema di dichiarazione obbligatoria durante le stagioni 2018/2019, 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022 e 2022/2023 tra le persone residenti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein



UFSP, stato: 16.08.2023

i campioni esaminati nell'ambito della sorveglianza sentinella. Questo valore soglia è stato toccato per la prima volta nella settimana 45/2022. Pertanto l'epidemia di influenza è iniziata prima rispetto alle precedenti quattro stagioni. Osservando i tassi di positività, l'attività epidemica ha raggiunto un primo picco nella settimana 51/2022 (39%). Anche il picco si è manifestato in anticipo rispetto alle ultime quattro stagioni. In seguito l'attività si è ridotta fino al 21% nella settimana 4/2023. Da quel momento è oscillata per alcune settimane intorno al 25% (settimane 6–11/2023) e poi è continuamente diminuita [6]. Il tasso di positività è sceso per la prima volta sotto la soglia epidemica del 10% nella settimana 16/2023. In Svizzera il tasso di positività ha avuto un andamento analogo. Come in Europa, è stato registrato un aumento a partire dalla settimana 46/2022 e il valore soglia di attività epidemica è stato superato per la prima volta nella settimana 49/2022. Il tasso di positività massimo (53%) è stato raggiunto nella settimana 52/2022; successivamente ha oscillato tra il 23% e il 44%. Nella settimana 15/2023 è infine sceso sotto il valore soglia del 10%. In Europa (UE/SEE), in totale 28 035 (22%) dei 130 244 campioni sentinella sono risultati positivi al test dell'influenza durante la stagione 2022/2023 [6]. A titolo di paragone, nella precedente stagione 2021/2022 sono risultati positivi 7063 (12%) dei 59 814 campioni sentinella [6].

Sorveglianza virologica

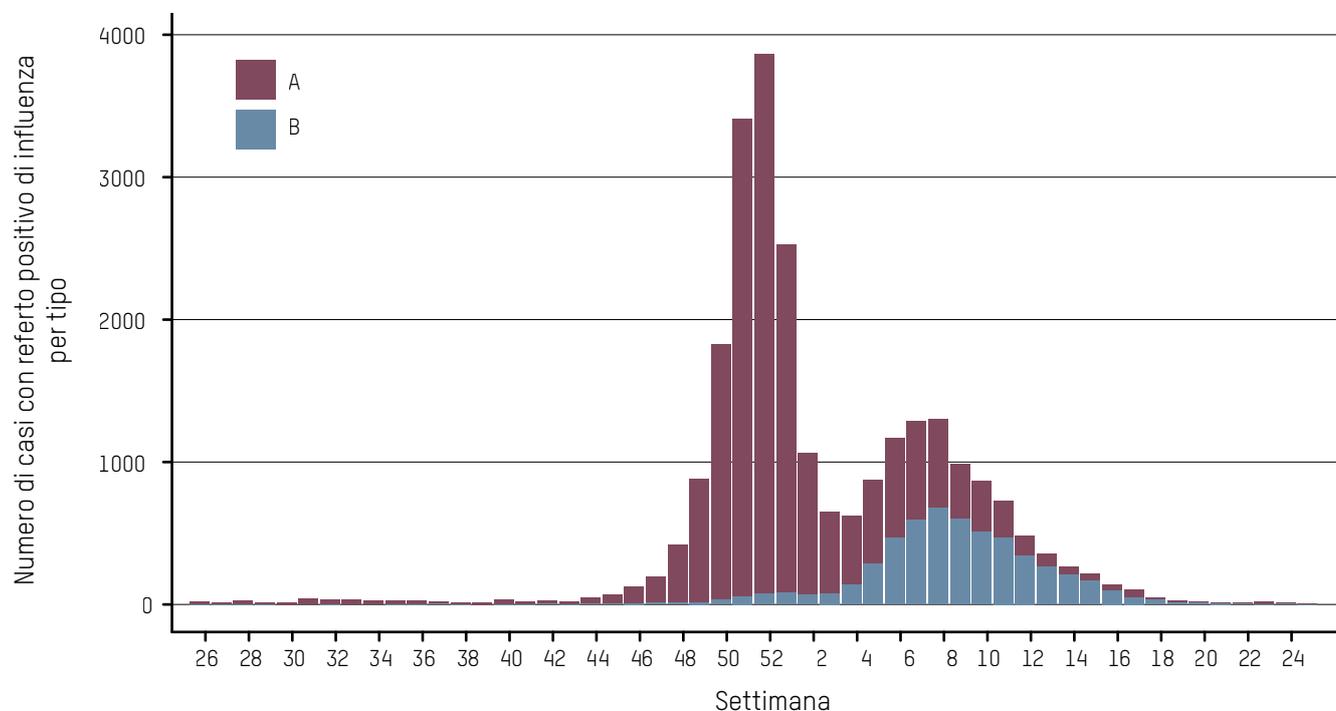
Tipi e sottotipi di influenza circolanti

In Europa è stata osservata una ripartizione dei virus influenzali simile a quella della Svizzera. Nella tabella 6 è presentato il confronto. I virus dell'influenza maggiormente riscontrati nei sistemi sentinella appartenevano al tipo A (19 525, 70%), mentre circa un terzo apparteneva al tipo B (8510, 30%) [6]. Tra i virus dell'influenza sottotipizzati nei sistemi sentinella, quasi due terzi erano costituiti dal sottotipo H3 (10 076 di 15 802, 64%) e il 36% (5726) dal sottotipo A(H1)pdm09 [6]. Tutti i virus dell'influenza di tipo B sottotipizzati (2616) appartenevano al lignaggio Victoria. I riscontri sporadici e dichiarati da diversi Paesi di virus B/Yamagata sono stati oggetto di ulteriori accertamenti, rivelandosi associati a vaccini antinfluenzali vivi attenuati [6].

La ripartizione dei sottotipi di influenza A in Europa appare leggermente diversa da quella dei sistemi sentinella quando si prendono in considerazione i dati di altre fonti (p. es. ospedali, scuole, strutture di assistenza primaria non partecipanti alla sorveglianza sentinella, case di cura e altre istituzioni). In quei casi il sottotipo A(H1)pdm09 è stato riscontrato in 31 395 (55%) di 56 629 virus A sottotipizzati, mentre 25 234 (45%) appartenevano al sottotipo A(H3). Tutti i 5300 virus influenzali di tipo B ulteriormente sottotipizzati sono risultati appartenenti al lignaggio Victoria.

Figura 6:

Numero di casi settimanali con referto di laboratorio che attesta l'influenza registrati nel sistema di dichiarazione obbligatoria e stratificati a seconda del tipo di influenza dichiarato durante la stagione 2022/2023 tra le persone residenti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein



UFSP, stato: 16.08.2023

VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA

Copertura vaccinale

Tra il 28 marzo e il 10 maggio 2023 l'istituto LINK ha condotto un sondaggio telefonico rappresentativo sul tema della vaccinazione contro l'influenza tra un totale di 3280 persone appartenenti a gruppi ai quali l'UFSP e la Commissione federale per le vaccinazioni (CFV) raccomandano la vaccinazione antinfluenzale. La copertura vaccinale emersa dal sondaggio per la stagione 2022/2023, ossia la quota ponderata di risposte

Tabella 5:

Incidenza stagionale per fascia di età dei referti di laboratorio che attestano l'influenza in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein nella stagione 2022/2023

Incidenza stagionale per 100 000 abitanti nelle settimane 40/2022-20/2023

Fascia di età	Incidenza stagionale
0-4 anni	450
5-14 anni	332
15-29 anni	231
30-64 anni	193
65+ anni	429
Tutte le fasce di età	274

afferma alla domanda: «Si è fatto vaccinare contro l'influenza nell'autunno/inverno 2022/2023?» ha raggiunto il 39 % fra le persone dai 65 anni in su (in confronto: 2021/2022: 37 %, 2020/2021: 38 % [7]) e il 30 % fra le persone con una malattia cronica¹; quest'ultima è una percentuale lievemente inferiore rispetto a quella degli anni precedenti (2021/2022: 35 %, 2020/2021: 37 % [7]). Fra le persone che lavorano nel sistema sanitario, la copertura vaccinale è risultata del 25 % (2021/2022: 21 %, 2020/2021: 26 % [7]).

Le persone a contatto regolare con persone con un maggiore rischio di complicazioni hanno dichiarato di essere vaccinate nella misura del 19 % (2021/2022: 8 %, 2020/2021: 9 % [7]). Nel confronto con le stagioni precedenti va tenuto presente che gli altri sondaggi erano stati realizzati da un altro istituto e nel frattempo è cambiato il metodo per definire i gruppi a rischio. Nei sondaggi precedenti, le persone interpellate erano attribuite a un unico gruppo a rischio. Nell'ultima indagine invece le persone, se del caso, erano attribuite a tutti i gruppi a rischio a cui appartenevano. Questo spiega in parte la differenza rispetto agli anni precedenti nel gruppo «Persone a contatto regolare con persone con un maggiore rischio di complicazioni».

¹ Sono considerate malattie croniche le malattie croniche del cuore, dei polmoni e delle vie respiratorie (inclusa l'asma), il diabete, un deficit immunitario o un cancro e altre malattie croniche (p.es. malattie renali, epatiche o della milza, forte sovrappeso (IMC >40), ictus).

Composizione dei vaccini antinfluenzali per la stagione 2023/2024

I vaccini antinfluenzali omologati in Svizzera contengono frammenti virali inattivati o virus attenuati derivati da quattro ceppi di virus dell'influenza (vaccini quadrivalenti). In ogni vaccino sono contenuti antigeni di virus dell'influenza di tipo A (un ceppo ciascuno per i sottotipi H1N1 e H3N2) e di virus dell'influenza di tipo B (lignaggi Victoria e Yamagata).

Alla fine di febbraio 2023, l'OMS ha pubblicato le raccomandazioni definitive per la composizione dei vaccini antinfluenzali per la stagione 2023/2024 nell'emisfero settentrionale. [8] Rispetto alla stagione 2022/2023, il ceppo vaccinale dell'influenza A sottotipo A(H1N1) è stato sostituito allo scopo di coprire in maniera ottimale i virus in circolazione (tabella 7).

Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza 2023

Le raccomandazioni dettagliate sono riportate nel riquadro 3 e pubblicate sul sito web www.vaccinarsicontrolinfluenza.ch. Poiché di regola la protezione vaccinale contro l'influenza dura meno di un anno, ogni autunno è necessaria una nuova vaccinazione anche per le persone che sono già state vaccinate l'anno prima.

Il **periodo raccomandato per la vaccinazione** è compreso tra la metà di ottobre e l'inizio dell'ondata di influenza. Di solito l'ondata in Svizzera inizia tra dicembre e marzo, perlopiù nei mesi di gennaio o febbraio. Il sistema immunitario del corpo umano impiega da una a due settimane per sviluppare una protezione vaccinale.

La vaccinazione contro l'influenza protegge soltanto contro l'influenza e non contro la COVID-19, né contro altri agenti patogeni respiratori che circolano spesso in inverno. La vaccinazione antinfluenzale può essere somministrata con, prima o dopo la vaccinazione anti-COVID-19 (senza rispettare un intervallo minimo).

Vaccini antinfluenzali disponibili in Svizzera nel 2023

Nel 2023 sono disponibili due vaccini contro l'influenza convenzionali inattivati da somministrare per via intramuscolare: Vaxigrip Tetra® a partire da 6 mesi di età e Fluarix Tetra® a partire da 36 mesi. Il vaccino antinfluenzale ad alto dosaggio Efluelda®, anch'esso inattivato e da somministrare per via intramuscolare, è omologato per le persone dai 65 anni in su. Contiene una quantità maggiore di antigeni e in queste persone ha mostrato un'efficacia clinicamente rilevante superiore

Tabella 6:

Virus influenzali circolanti in Svizzera in confronto all'Europa nei sistemi sentinella

Numero di sottotipi e lignaggi di virus influenzali isolati nelle settimane 40/2022–20/2023

	Svizzera	Europa [6]
Numero di campioni positivi all'influenza	478	28 035
Numero di campioni analizzati	2074	130 244
A(H3)	185 (59%)	10 076 (52%)
A(H1N1)pdm09	129 (41%)	5 726 (29%)
A non attribuita a un sottotipo	2	3 723 (19%)
A totale	316 (66%)	19 525 (70%)
B (lignaggio Yamagata)	0	0
B (lignaggio Victoria)	162 (100%)	2 616 (31%)
B (lignaggio non definito)	0	5 894 (69%)
B totale	162 (34%)	8 510 (30%)

a quella dei vaccini a dosaggio standard [11]. Per i due vaccini antinfluenzali a dosaggio standard, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) prevede l'assunzione dei costi per tutte le persone che presentano un maggiore rischio di complicazioni dovute all'influenza. Nel caso del vaccino antinfluenzale ad alto dosaggio, un'assunzione dei costi è prevista per tutte le persone dai 75 anni in su e per le persone dai 65 anni in su con un ulteriore fattore di rischio di complicazioni dell'influenza (per una panoramica vedi riquadro 3).

Questi tre vaccini antinfluenzali inattivati sono quadrivalenti. Oltre ai frammenti inattivati dei quattro ceppi di virus dell'influenza, contengono acqua, sostanze ausiliarie come conservanti e stabilizzanti e tracce residue minime di proteine dell'uovo di gallina e di antibiotici aminoglicosidici (utilizzati come conservanti nella produzione).

Il vaccino vivo **Fluenz Tetra®**, anch'esso quadrivalente e somministrato per via nasale, continua a essere omologato per i bambini, ma non viene rimborsato e per la prossima stagione non potrà essere ordinato in Svizzera.

Tutti i vaccini antinfluenzali omologati in Svizzera non contengono adiuvanti né composti del mercurio o dell'alluminio. Di regola per produrre i vaccini antinfluenzali vengono coltivati virus in uova di gallina e in seguito inattivati.

Tabella 7:

Raccomandazioni dell'OMS per la composizione dei vaccini antinfluenzali

Confronto tra le composizioni dei vaccini trivalenti e quadrivalenti, stagioni 2023/2024 e 2022/2023

Sottotipo/lignaggio	Raccomandazione 2023/2024 [9]	Raccomandazione 2022/2023 [10]
A(H1N1)pdm09	A/Victoria/4897/2022	A/Victoria/2570/2019
A(H3N2)	A/Darwin/9/2021	A/Darwin/9/2021
B Victoria	B/Austria/1359417/2021	B/Austria/1359417/2021
B Yamagata	B/Phuket/3073/2013	B/Phuket/3073/2013

3) LA VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA È RACCOMANDATA:

A) **Alle persone con un maggiore rischio di complicazioni in caso d'infezione** (i costi della vaccinazione di queste persone sono presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, a condizione che sia già stata raggiunta la franchigia).

Fra queste figurano:

- le persone di 65 anni e più;
- le donne incinte o che hanno partorito nel corso delle 4 settimane precedenti;
- i bambini nati prematuri (nati prima della 33.ma settimana di gestazione o con un peso alla nascita inferiore ai 1500 g) a partire dai 6 mesi di età per i primi due inverni dopo la nascita*;
- le persone (a partire dai 6 mesi di età*) affette da una delle seguenti malattie croniche: una malattia cardiaca o polmonare (p. es. asma bronchiale), disturbi metabolici con ripercussioni sulla funzione cardiaca, polmonare o renale (p. es. diabete o obesità patologica con IMC ≥ 40), una malattia neurologica (p. es. morbo di Parkinson, malattia cerebrovascolare) o muscolo-scheletrica con ripercussioni sulla funzione cardiaca, polmonare o renale, un'epatopatia, un'insufficienza renale, un'asplenia o una disfunzione della milza (comprese le emoglobinopatie); un deficit immunitario (p. es. infezione da HIV, cancro, terapia immunosoppressiva).

B) **Alle persone regolarmente a contatto, in famiglia e nel loro ambiente di vita (case per anziani e di cura, strutture per persone affette da malattie croniche) o nell'ambito della loro attività privata o lavorativa**, con:

- **persone della categoria A;**
- **lattanti sotto i 6 mesi di età** (presentano un maggiore rischio di complicazioni e non possono essere vaccinati per via della loro tenera età).

C) Alle persone che hanno un contatto regolare o professionale con pollame domestico o uccelli selvatici per limitare i casi di influenza stagionale, facilitando la diagnosi differenziale nelle persone esposte all'influenza aviaria, e per ridurre il rischio di doppia infezione con lo sviluppo di nuovi ricombinanti virali.

La vaccinazione contro l'influenza stagionale può essere presa in considerazione anche per tutte le persone che desiderano ridurre il loro rischio di malattia per motivi privati e/o professionali. Inoltre, la vaccinazione contro l'influenza può ridurre il rischio di trasmissione tra animali ed esseri umani nelle persone a contatto professionale con effettivi di suini.

Il periodo raccomandato per la vaccinazione è compreso tra la metà di ottobre e l'inizio dell'ondata influenzale. La vaccinazione antinfluenzale può essere somministrata con, prima o dopo la vaccinazione anti-COVID-19 (senza rispettare un intervallo minimo).

* Per i bambini di età compresa tra i 6 mesi e gli 8 anni che finora non sono mai stati vaccinati contro l'influenza si raccomanda di somministrare 2 dosi (a distanza di 4 settimane). (In caso di somministrazione «off label» del vaccino Fluarix Tetra® in bambini sotto i 36 mesi, dovrebbero essere somministrate soltanto due mezze dosi anziché due dosi piene).

** Le «persone regolarmente a contatto» della categoria B) comprendono bambini e adulti di età compresa tra i 6 mesi e i 64 anni. Quando la vaccinazione è indicata in ragione dell'attività professionale, i costi sono generalmente presi a carico dal datore di lavoro. La vaccinazione contro l'influenza è raccomandata in particolare a tutto il personale curante, medico e paramedico, al personale degli asili nido e dei centri diurni, nonché al personale delle case di riposo e di cura, ivi compresi studenti e tirocinanti.

Stato: aprile 2023

Tabella 8:

Panoramica dei prodotti ottenibili per la stagione 2023/2024 (stato: aprile 2023)

Prodotto (fabbricante)	Tipo di vaccino	Omologazione	Assunzione dei costi
Efluelda® (Sanofi Pasteur)	Vaccino split*; quadrivalente, vaccino ad alto dosaggio, ossia con una quantità di antigene quadruplicata (60 µg a dose) ai fini di una maggiore efficacia. Somministrazione i. m.	Per gli adulti dai 65 anni in su	Per tutte le persone ≥ 75 anni, nonché per le persone ≥ 65 anni che presentano almeno un ulteriore fattore di rischio secondo le raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza
Fluarix Tetra® (GlaxoSmithKline)	Vaccino split*; quadrivalente, dosaggio standard (15 µg a dose). Somministrazione i. m.	Per gli adulti e i bambini dai 36 mesi in su	Per tutte le persone ≥ 65 anni, nonché per tutte le persone e i bambini che presentano almeno un fattore di rischio secondo le raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza
Vaxigrip Tetra® (Sanofi Pasteur)	Vaccino split*; quadrivalente, dosaggio standard (15 µg a dose). Somministrazione i. m.	Per gli adulti e i bambini dai 6 mesi in su	

* Vaccino split: particelle virali in forma frammentata contenenti emoagglutinina e neuraminidasi. Questi tre prodotti non contengono adiuvanti.

Una meta-analisi [11] con 34 milioni di partecipanti su un periodo di applicazione > 10 anni evidenzia una maggiore efficacia dei vaccini antinfluenzali ad alto dosaggio (60 µg invece del dosaggio standard di 15 µg di antigene per ceppo vaccinale) contro le complicazioni di un'influenza nelle persone anziane; tale osservazione è stata confermata anche in Danimarca. Questi e altri dati riguardanti i vaccini ad alto dosaggio indicano una protezione superiore del 10–20 % per le persone ≥ 65 anni, motivo per cui anche in Svizzera i vaccini ad alto dosaggio sono stati omologati per le persone ≥ 65 anni con assunzione dei costi per tutte le persone ≥ 75 anni nonché per le persone ≥ 65 anni che presentano almeno un altro fattore di rischio di un decorso grave dell'influenza a causa di una comorbilità secondo le raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza. In tali fasce di età e gruppi a rischio a) il rischio di sviluppare una grave forma di influenza o gravi complicazioni con conseguente ospedalizzazione è maggiore che nelle persone sane più giovani e b) a seconda del ceppo influenzale anche la risposta immunitaria alla vaccinazione è meno buona. Si tratta di validi motivi per raccomandare a queste persone un vaccino ad alto dosaggio per la protezione contro l'influenza.

Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza 2023/2024

La CFV e l'UFSP raccomandano la vaccinazione contro l'influenza con tutti i vaccini antinfluenzali a dosaggio standard e ad alto dosaggio con un'omologazione e assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i rispettivi gruppi di età o di indicazioni. Per la vaccinazione contro l'influenza sono attualmente disponibili due vaccini a dosaggio standard e uno ad alto dosaggio (tabella 8).

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va a tutti i medici Sentinella per il loro prezioso impegno, senza il quale non sarebbe possibile monitorare l'influenza in Svizzera. Il loro lavoro è fondamentale per tutti i medici che effettuano le diagnosi e per la popolazione in Svizzera. L'UFSP ringrazia per la collaborazione anche i laboratori, specialmente il Centro nazionale di riferimento per l'influenza (CNRI) di Ginevra, e tutti gli ospedali che aderiscono a «CH-SUR».

Stato dei dati

Stato dei dati del presente rapporto: 16 Agosto 2023.

Contatto

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione Prevenzione e assistenza sanitaria
Divisione Malattie trasmissibili
Telefono: 058 463 87 06

Bibliografia

- [1] Bundesamt für Statistik BFS, «Sterblichkeit, Todesursachen», 2023. [Online]. Available: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html>.
- [2] K. Esther, M. Marine, E. Hanne-Dorthe, W. Heather, M. Jim, H. Jennifer, T. Ramona, W. Conall, F. Beth, P. Francisco, B. B. Amanda, H. Ciaran, R. Angela e E. I. Group, «Interim 2022/23 influenza vaccine effectiveness: six European studies, October 2022 to January 2023», *Euro Surveillance*, vol. 28, n. 21, 2023.
- [3] S. Danuta M, C. Erica SY, S. Suzana, K. Samantha E, K. Shinhye, D. James A, O. Romy, G. Jonathan B, Z. Nathan, C. Hugues, B. Nathalie, J. Agatha N e D. S. Gaston, «Vaccine effectiveness estimates from an early-season influenza A(H3N2) epidemic, including unique genetic diversity with reassortment, Canada, 2022/23», *Euro Surveillance*, vol. 28, n. 21, 2023.
- [4] D. Alexander, O. Andrea, O. Matilde, T. Carlo-Simone, S. Marianna, S. Federica, P. Donatella, B. Bianca e I. Giancarlo, «Influenza vaccine effectiveness in preventing hospital encounters for laboratory-confirmed infection among Italian adults, 2022/23 season», *Vaccine*, 2023.
- [5] M. Huong Q., P. Joshua G., H. Kayla E., M. Jennifer K., R. Melissa A., S. Gregg C., N. Gabriele, K. Yoshihiro e B. Edward A., «Interim Estimates of 2022–23 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness – Wisconsin, October 2022–February 2023», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 27, n. 8, pp. 201–205, 2023.
- [6] European Centre for Disease Prevention and Control ECDC und World Health Organization WHO, «Flu News Europe, Bulletin Week 20, 2022», 31 05 2022. [Online]. Available: <https://flunewseurope.org/Archives>. [Consultato il giorno 29 08 2022].
- [7] DemoSCOPE Research & Marketing, «Postsaisonale Bevölkerungsbefragungen zur Grippe 2014–2022», DemoSCOPE, Adligenswil, 2022.
- [8] World Health Organization WHO, «Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2023-2024 northern hemisphere influenza season», 24 February 2023. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2023-2024-northern-hemisphere-influenza-season>. [Consultato il giorno 30 May 2023].
- [9] World Health Organization WHO, «Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2021-2022 northern hemisphere influenza season», 26 February 2021. [Online]. Available: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/202102_recommendation.pdf?sfvrsn=8639f6be_3&download=true. [Consultato il giorno 28 June 2021].
- [10] World Health Organization WHO, «Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2022-2023 northern hemisphere influenza season», 25 02 2022. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2022-2023-northern-hemisphere-influenza-season>. [Consultato il giorno 29 08 2022].
- [11] J. K. Lee, G. K. Lam, T. Shin, S. I. Samson, D. P. Greenberg e A. Chit, «Efficacy and effectiveness of high-dose influenza vaccine in older adults by circulating strain and antigenic match: An updated systematic review and meta-analysis», *Vaccine*, vol. 39, pp. A24–A35, 2021.