

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2012. 0296847
del 18/12/2012



Circolare n. *21*

Ai Direttori generali

Ai Direttori sanitari

Ai Direttori dei Presidi Ospedalieri

Ai Direttori dei Dipartimenti di:

- Sanità pubblica
- Cure primarie

Ai Referenti aziendali:

- per la sorveglianza delle malattie infettive
- della Pediatria di comunità

delle Aziende sanitarie
della Regione Emilia-Romagna

e, p.c. Alla Unità di Sanità pubblica
Dipartimento di Scienze Biomediche,
Biomolecolari e Traslazionali
(S.Bi.Bi.T) dell'Università degli Studi
di Parma

Al Dipartimento di Medicina
Diagnostica, Clinica e di Sanità
Pubblica dell'Università degli Studi di
Modena e Reggio Emilia

Alla Sezione di Igiene e Sanità
Pubblica - Dipartimento di Scienze
Biomediche e Neuromotorie
dell'Università degli Studi di Bologna

Alla Sezione di Igiene e medicina
preventiva e medicina del lavoro –
Dipartimento di Medicina clinica e
sperimentale dell'Università degli Studi di
Ferrara

LORO SEDI

Oggetto: Aggiornamento delle indicazioni riguardanti le misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica da adottare nei confronti di persone affette da malattia invasiva da meningococco e nei confronti di loro conviventi o contatti.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051 527 7150-7151
fax 051 527 7050

sanita@regione.emilia-romagna.it
www.regione.emilia-romagna.it

Si trasmettono le indicazioni regionali aggiornate rispetto a quanto contenuto nella circolare dell'Assessore alla sanità regionale, n. 21 del 24 novembre 1999 e successivi aggiornamenti, relative alle malattie invasive batteriche da meningococco (Allegato 1).

L'elaborato è stato prodotto da un gruppo di lavoro composto da operatori della Regione e delle Aziende sanitarie e riassume le nuove indicazioni adottate dalle agenzie sanitarie internazionali e della recente letteratura.

Le indicazioni sono organizzate in una scheda strutturata in modo da comprendere, oltre alle collettività scolastiche/infantili, anche altri ambiti di vita e di lavoro, quali strutture sanitarie e socio-sanitarie, residenziali e lavorative.

Vengono fornite indicazioni per la gestione sia dei casi singoli, sia dei focolai nella popolazione generale e nella collettività.

Sono stati inoltre aggiornati gli schemi della profilassi antibiotica negli adulti e nei bambini e le indicazioni per l'offerta attiva della vaccinazione con vaccini coniugati ai contatti stretti ad alto rischio. La vaccinazione viene indicata non solo in presenza di focolai, ma anche di casi singoli. Tale raccomandazione deriva dalla dimostrata efficacia dei vaccini coniugati nel ridurre il rischio a lungo termine di sviluppare la malattia da parte dei contatti.

Si rinnova infine l'attenzione sui principali requisiti indispensabili per garantire un efficace intervento di sanità pubblica per la prevenzione e il controllo delle forme invasive meningococciche, come già indicato con la nota dell'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna n. ASS/SAS/03/2062 del 20 gennaio 2003 sullo stesso argomento:

- la tempestività della segnalazione da parte dei clinici,
- l'accuratezza delle indagini di laboratorio avvalendosi del laboratorio di riferimento regionale come indicato nella Circolare regionale n. 9 del 28 giugno 2012 "Aggiornamento del sistema di sorveglianza regionale delle malattie invasive batteriche",
- l'accuratezza dell'indagine epidemiologica,
- la tempestività dell'intervento di profilassi,
- il governo dell'informazione.

Si invitano tutti i Servizi interessati ad aggiornare le procedure aziendali verificando che queste comprendano anche le modalità organizzative per assicurare l'approvvigionamento dei farmaci per la profilassi post-esposizione.

Relativamente a quest'ultimo punto si comunica che il Servizio di Sanità Pubblica di questa Regione sta valutando la fattibilità di creare una riserva su base regionale degli antibiotici di più difficile reperibilità, nella fattispecie rifampicina sciroppo.

Si coglie l'occasione per inviare in allegato l'aggiornamento epidemiologico sui casi di malattia invasiva batterica da meningococco (Allegato 2).

Si porta altresì a conoscenza che è in corso di aggiornamento la Circolare regionale 21/99 e che nei primi mesi dell'anno verrà inviato il testo completo aggiornato.

Distinti saluti

Carlo Lusenti



Allegati: c.s.i.

MISURE DI PROFILASSI IN CASO DI MALATTIA INVASIVA BATTERICA DA MENINGOCOCCO

STRUTTURA	CASO INDICE	PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI ALL'INTERNO DELLA COLLETTIVITÀ	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
Popolazione generale	Soggetto ammalato di qualsiasi età	<ul style="list-style-type: none"> • isolamento respiratorio per 24 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica • fornire istruzioni sul comportamento da osservare durante il periodo di isolamento • precauzioni da droplet per l'assistenza • allontanamento dalla collettività fino a guarigione clinica • inchiesta epidemiologica • se il caso viene trattato con antibiotici diversi da quelli previsti per la chemiopprofilassi, prima della dimissione deve completare un ciclo di profilassi al fine di eradicare il germe • a guarigione avvenuta, offerta della vaccinazione per germi capsulati: anti meningococco coniugato C o A,C,Y,W, anti emofilo influenza b e anti pneumococco (scheda sequenziale) 	<p><u>in situazioni non epidemiche</u></p> <p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione / educazione sanitaria • chemiopprofilassi il più presto possibile, e comunque entro 24 ore, dalla segnalazione: <ul style="list-style-type: none"> - la profilassi deve essere offerta a coloro che, anche se vaccinati, hanno avuto contatti stretti con il caso indice a partire da 7 giorni prima dell'inizio dei sintomi - qualora la diagnosi e/o la segnalazione siano state ritardate, la profilassi deve essere offerta ai contatti stretti fino a 4 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso indice • schemi profilattici: vedere sezione 'chemiopprofilassi antibiotica' pag.12 • sorveglianza sanitaria per quattro settimane dall'ultimo contatto con il caso indice per tutti i componenti della collettività interessata; la sorveglianza può essere ridotta a 10 giorni nei confronti di coloro che hanno avuto un contatto puntuale con il caso indice e non hanno rapporti con altri contatti. 	<p><u>in situazioni non epidemiche</u></p> <p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> • come per i contatti all'interno della collettività

STRUTTURA	CASO INDICE	PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI ALL'INTERNO DELLA COLLETTIVITÀ	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
			<ul style="list-style-type: none"> • se il meningococco del caso indice è di un sierogruppo contenuto in un vaccino coniugato (es: C oppure A,C,W,Y) è raccomandato proporre la vaccinazione, con vaccino coniugato, ai contatti stretti ad alto rischio non appena disponibile la tipizzazione; nei casi in cui sia trascorso più di un anno da una precedente dose vi è l'indicazione di ripetere la vaccinazione • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali predisponenti alla malattia invasiva da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo nel caso indice, con offerta anche di altre vaccinazioni qualora previste dal profilo di rischio: antipneumococcica, antiemofilo, etc. <p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione / educazione sanitaria • sorveglianza sanitaria per 4 settimane dall'ultimo contatto con il caso indice per tutti i componenti della collettività interessata; la sorveglianza può essere ridotta a 10 giorni nei confronti di coloro che hanno avuto un contatto puntuale con il caso indice e non hanno rapporti con altri contatti. • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali come sopra 	<p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • come per i contatti all'interno della collettività

STRUTTURA	CASO INDICE	PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI ALL'INTERNO DELLA COLLETTIVITÀ	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
Nido, materna	Bambino Operatore scolastico	<ul style="list-style-type: none"> • isolamento respiratorio per 24 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica • fornire istruzioni sul comportamento da osservare durante il periodo di isolamento • precauzioni da droplet per l'assistenza • allontanamento dalla collettività fino a guarigione clinica • inchiesta epidemiologica • se il caso viene trattato con antibiotici diversi da quelli previsti per la chemiopprofilassi, prima della dimissione deve completare un ciclo di profilassi al fine di eradicare il germe • a guarigione avvenuta, offerta della vaccinazione per germi capsulati: anti meningococco coniugato C o A,C,Y,W, anti emofilo influenza b e anti pneumococco (scheda sequenziale) 	<p><u>in situazioni non epidemiche</u></p> <p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione / educazione sanitaria • chemiopprofilassi il più presto possibile, e comunque entro 24 ore, dalla segnalazione: <ul style="list-style-type: none"> - la profilassi deve essere offerta a coloro che, anche se vaccinati, hanno avuto contatti stretti con il caso indice a partire da 7 giorni prima dell'inizio dei sintomi - qualora la diagnosi e/o la segnalazione siano state ritardate, la profilassi deve essere offerta ai contatti stretti fino a 4 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso indice - nei nidi trattare tutti i bambini ed il personale, compresi gli assenti - nelle scuole materne trattare bambini e insegnanti della sezione del caso indice, compresi gli assenti; quando risulta difficoltoso individuare i soggetti che hanno avuto contatti a rischio con il caso indice, può essere opportuno trattare tutta la scuola • schemi profilattici: vedere sezione 'chemiopprofilassi antibiotica' pag.12 • sorveglianza sanitaria per 4 settimane dall'ultimo contatto con il caso indice per tutti i componenti della collettività interessata; la sorveglianza può essere ridotta a 10 giorni nei confronti di coloro che hanno avuto un contatto puntuale con il caso indice e non hanno rapporti con altri contatti. 	<p><u>in situazioni non epidemiche</u></p> <p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione / educazione sanitaria • chemiopprofilassi il più presto possibile, e comunque entro 24 ore, dalla segnalazione: <ul style="list-style-type: none"> - la profilassi deve essere offerta a coloro che, anche se vaccinati, hanno avuto contatti stretti con il caso indice a partire da 7 giorni prima dell'inizio dei sintomi - qualora la diagnosi e/o la segnalazione siano state ritardate, la profilassi deve essere offerta ai contatti stretti fino a 4 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso indice • schemi profilattici: vedere sezione 'chemiopprofilassi antibiotica' pag.12 • sorveglianza sanitaria per quattro settimane dall'ultimo contatto con il caso indice per tutti i conviventi; la sorveglianza può essere ridotta a 10 giorni nei confronti di coloro che hanno avuto un contatto puntuale con il caso indice e non hanno rapporti con altri contatti.

STRUTTURA	CASO INDICE	PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI ALL'INTERNO DELLA COLLETTIVITÀ	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
			<ul style="list-style-type: none"> • se il meningococco del caso indice è di un sierogruppo contenuto in un vaccino coniugato (es: C oppure A,C,W,Y) è raccomandato proporre la vaccinazione, con vaccino coniugato, ai contatti stretti ad alto rischio non appena disponibile la tipizzazione; nei casi in cui sia trascorso più di un anno da una precedente dose vi è l'indicazione di ripetere la vaccinazione • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali predisponenti alla malattia invasiva da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo nel caso indice, con offerta anche di altre vaccinazioni qualora previste dal profilo di rischio: antipneumococcica, antiemofilo, etc. <p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione / educazione sanitaria • sorveglianza sanitaria per 4 settimane dall'ultimo contatto con il caso indice per tutti i componenti della collettività interessata; la sorveglianza può essere ridotta a 10 giorni nei confronti di coloro che hanno avuto un contatto puntuale con il caso indice e non hanno rapporti con altri contatti. • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali come sopra 	<ul style="list-style-type: none"> • se il meningococco del caso indice è di un sierogruppo contenuto in un vaccino coniugato (es: C oppure A,C,W,Y) è raccomandato proporre la vaccinazione, con vaccino coniugato, ai conviventi non appena disponibile la tipizzazione; nei casi in cui sia trascorso più di un anno da una precedente dose vi è l'indicazione di ripetere la vaccinazione • vaccinazione dei conviventi con fattori di rischio individuali predisponenti alla malattia invasiva da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo nel caso indice, con offerta anche di altre vaccinazioni qualora previste dal profilo di rischio: antipneumococcica, antiemofilo, etc. <p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • come indicato per i contatti all'interno della collettività

STRUTTURA	CASO INDICE	PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI ALL'INTERNO DELLA COLLETTIVITÀ	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
Scuole elementari, medie, superiori	Studente Operatore scolastico	<ul style="list-style-type: none"> isolamento respiratorio per 24 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica fornire istruzioni sul comportamento da osservare durante il periodo di isolamento 	<p><u>in situazioni non epidemiche</u></p> <p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> informazione / educazione sanitaria chemioprolifassi il più presto possibile, e comunque entro 24 ore, dalla segnalazione: 	<p><u>in situazioni non epidemiche</u></p> <p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> come indicato per i contatti all'interno della collettività
Strutture residenziali	Ospite Operatore	<ul style="list-style-type: none"> precauzioni da droplet per l'assistenza allontanamento dalla collettività fino a guarigione clinica inchiesta epidemiologica 	<ul style="list-style-type: none"> la profilassi deve essere offerta a coloro che, anche se vaccinati, hanno avuto contatti stretti con il caso indice a partire da 7 giorni prima dell'inizio dei sintomi 	
Strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali	Degente Operatore sanitario o socio-assistenziale Alimentarista	<ul style="list-style-type: none"> se il caso viene trattato con antibiotici diversi da quelli previsti per la chemioprolifassi, prima della dimissione deve completare un ciclo di profilassi al fine di eradicare il germe a guarigione avvenuta, offerta della vaccinazione per germi capsulati: anti meningococco coniugato C o A,C,Y,W, anti emofilo influenza b e anti pneumococco (scheda sequenziale) 	<ul style="list-style-type: none"> qualora la diagnosi e/o la segnalazione siano state ritardate, la profilassi deve essere offerta ai contatti stretti fino a 4 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso indice schemi profilattici: vedere sezione 'chemioprolifassi antibiotica' pag.12 sorveglianza sanitaria per quattro settimane dall'ultimo contatto con il caso indice per tutti i componenti della collettività interessata; la sorveglianza può essere ridotta a 10 giorni nei confronti di coloro che hanno avuto un contatto puntuale con il caso indice e non hanno rapporti con altri contatti. 	
Strutture lavorative	Lavoratore			

STRUTTURA	CASO INDICE	PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI ALL'INTERNO DELLA COLLETTIVITÀ	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
			<ul style="list-style-type: none"> • se il meningococco del caso indice è di un sierogruppo contenuto in un vaccino coniugato (es: C oppure A,C,W,Y) è raccomandato proporre la vaccinazione, con vaccino coniugato, ai contatti stretti ad alto rischio non appena disponibile la tipizzazione; nei casi in cui sia trascorso più di un anno da una precedente dose vi è l'indicazione di ripetere la vaccinazione • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali predisponenti alla malattia invasiva da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo nel caso indice, con offerta anche di altre vaccinazioni qualora previste dal profilo di rischio: antipneumococcica, antiemofilo, etc. <p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione / educazione sanitaria • sorveglianza sanitaria per 4 settimane dall'ultimo contatto con il caso indice per tutti i componenti della collettività interessata; la sorveglianza può essere ridotta a 10 giorni nei confronti di coloro che hanno avuto un contatto puntuale con il caso indice e non hanno rapporti con altri contatti. • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali come sopra 	<p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • come indicato per i contatti all'interno della collettività

STRUTTURA	FOCOLAIO EPIDEMICO	PROVVEDIMENTI SUI CASI INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
<p>FOCOLAIO EPIDEMICO NELLA POPOLAZIONE GENERALE (community based outbreak) Popolazione generale</p>	<ul style="list-style-type: none"> tre o più casi confermati dello stesso sierogruppo, con inizio sintomi in un periodo di 3 mesi nella popolazione appartenente ad un'area geografica che abbia un significato epidemiologico (es. confini amministrativi di paese, città...), con incidenza =>10 casi per 100.000 abitanti nella popolazione totale nell'intervallo di 3 mesi. tali casi devono appartenere alla stessa popolazione ma non sono contatti stretti e non hanno legami epidemiologici (vengono esclusi i casi co-primari e secondari) 	<ul style="list-style-type: none"> isolamento respiratorio per 24 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica fornire istruzioni sul comportamento da osservare durante il periodo di isolamento precauzioni da droplet per l'assistenza allontanamento dalla collettività fino a guarigione clinica se il caso viene trattato con antibiotici diversi da quelli previsti per la chemiopprofilassi, prima della dimissione deve completare un ciclo di profilassi al fine di eradicare il germe inchiesta epidemiologica a guarigione avvenuta, offerta della vaccinazione per germi capsulati: anti meningococco coniugato C o A,C,Y,W, anti emofilo influenza b e anti pneumococco (scheda sequenziale) 	<p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> informazione / educazione sanitaria chemiopprofilassi il più presto possibile, e comunque entro 24 ore, dalla segnalazione: <ul style="list-style-type: none"> la profilassi deve essere offerta a coloro che hanno avuto contatti stretti con il caso indice a partire da 7 giorni prima dell'inizio dei sintomi qualora la diagnosi e/o la segnalazione siano state ritardate, la profilassi deve essere offerta ai contatti fino a 4 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso indice schemi profilattici: vedere sezione 'chemiopprofilassi antibiotica' pag.12 sorveglianza sanitaria per 6 mesi dall'ultimo caso del focolaio se il meningococco che ha causato il focolaio è di un sierogruppo contenuto in un vaccino coniugato (es: C oppure A,C,W,Y) è raccomandato proporre la vaccinazione, con vaccino coniugato, ai contatti stretti ad alto rischio non appena disponibile la tipizzazione, sulla base della distribuzione geografica dei casi e dei tassi di attacco specifici per età; nei casi in cui in un soggetto già immunizzato sia trascorso più di un anno dall'ultima dose vi è l'indicazione di ripetere la vaccinazione. la scelta delle fasce di età a cui estendere la vaccinazione deve considerare il tipo di focolaio, l'estensione, le caratteristiche della popolazione colpita. Generalmente la vaccinazione viene offerta alla popolazione interessata fino ai 19 o fino ai 29 anni di età, ma può essere estesa in base all'epidemiologia locale 	<p>contatti stretti ad alto rischio di contagio[#]</p> <ul style="list-style-type: none"> le stesse indicazioni fornite per i contatti, tranne il fatto che la vaccinazione va proposta a tutti i conviventi a prescindere dall'età

STRUTTURA	FOCOLAIO EPIDEMICO	PROVVEDIMENTI SUI CASI INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
			<ul style="list-style-type: none"> • sono necessari fino a 7-10 giorni dopo la vaccinazione perché si producano livelli anticorpali protettivi. Casi di malattia invasiva da meningococco C/da ceppi contenuti nei vaccini in persone vaccinate da 10 giorni o meno non dovrebbero essere considerati fallimenti vaccinali • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali predisponenti alla malattia invasiva da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo nel caso indice, con offerta anche di altre vaccinazioni qualora previste dal profilo di rischio: antipneumococcica, antiemofilo, etc. <p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione / educazione sanitaria • sorveglianza sanitaria per 6 mesi dall'ultimo caso del focolaio • se il meningococco che ha causato il focolaio è di un sierogruppo contenuto in un vaccino coniugato (es: C oppure A,C,W,Y) è raccomandato proporre la vaccinazione, con vaccino coniugato, ai contatti a basso rischio non appena disponibile la tipizzazione, sulla base della distribuzione geografica dei casi e dei tassi di attacco specifici per età; nei casi in cui sia trascorso più di un anno da una precedente dose vi è l'indicazione di ripetere la vaccinazione • la scelta delle fasce di età a cui estendere la vaccinazione deve considerare il tipo di focolaio, l'estensione, le caratteristiche della popolazione colpita. Generalmente la vaccinazione viene offerta alla popolazione interessata, ma può essere estesa in base all'epidemiologia locale • vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali predisponenti alla malattia invasiva da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo nel caso indice, con offerta anche di altre vaccinazioni qualora previste dal profilo di rischio: antipneumococcica, antiemofilo, etc 	<p>contatti a basso rischio di contagio^s</p> <ul style="list-style-type: none"> • come indicato per i contatti all'interno della collettività

STRUTTURA	FOCOLAIO EPIDEMICO	PROVVEDIMENTI SUI CASI INDICE	DISPOSIZIONI PER I CONTATTI	DISPOSIZIONI PER I CONVIVENTI
<p>FOCOLAIO EPIDEMICO IN COLLETTIVITÀ (organization-based outbreak):</p>	<ul style="list-style-type: none"> due o più casi probabili o confermati dello stesso sierogruppo, nella stessa collettività (famiglia, scuola, caserma, istituto di ricovero, gruppo di aggregazione, ecc.) nell'arco di 4 settimane. 	<ul style="list-style-type: none"> isolamento respiratorio per 24 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica fornire istruzioni sul comportamento da osservare durante il periodo di isolamento precauzioni da droplet per l'assistenza allontanamento dalla collettività fino a guarigione clinica se il caso viene trattato con antibiotici diversi da quelli previsti per la chemioprolifassi, prima della dimissione deve completare un ciclo di profilassi al fine di eradicare il germe inchiesta epidemiologica a guarigione avvenuta, offerta della vaccinazione per germi capsulati: anti meningococco coniugato C o A,C,Y,W, anti emofilo influenza b e anti pneumococco (scheda sequenziale) 	<p>contatti stretti ad alto rischio di contagio e contatti a basso rischio di contagio^{# §}</p> <ul style="list-style-type: none"> informazione / educazione sanitaria chemioprolifassi il più presto possibile, e comunque entro 24 ore, dalla segnalazione: <ul style="list-style-type: none"> la profilassi deve essere offerta a coloro che, anche se vaccinati, hanno avuto contatti stretti con il caso indice a partire da 7 giorni prima dell'inizio dei sintomi qualora la diagnosi e/o la segnalazione siano state ritardate, la profilassi deve essere offerta ai contatti fino a 4 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso indice schemi profilattici: vedere sezione 'chemioprolifassi antibiotica' pag.12 sorveglianza sanitaria per 2 mesi dall'ultimo caso del focolaio se il meningococco che ha causato il focolaio è di un sierogruppo contenuto in un vaccino coniugato (es: C oppure A,C,W,Y) è raccomandato proporre la vaccinazione, con vaccino coniugato, ai contatti stretti non appena disponibile la tipizzazione, sulla base della distribuzione geografica dei casi e dei tassi di attacco specifici per età; nei casi in cui sia trascorso più di un anno da una precedente dose vi è l'indicazione di ripetere la vaccinazione vaccinazione dei contatti con fattori di rischio individuali predisponenti alla malattia invasiva da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo nel caso indice, con offerta anche di altre vaccinazioni qualora previste dal profilo di rischio: antipneumococcica, antiemofilo, etc. 	<p>contatti stretti ad alto rischio di contagio e contatti a basso rischio di contagio^{# §}</p> <ul style="list-style-type: none"> le stesse indicazioni fornite per i contatti, tranne il fatto che la vaccinazione va proposta a tutti i conviventi a prescindere dall'età

Contatti stretti ad alto rischio di contagio:

- a) Conviventi (componenti nucleo familiare o persone che dormono/abbiano dormito nella stessa abitazione o che abbiano condiviso locali quali cucina e stanze di soggiorno);
- b) Compagni di asilo nido (tutto l'asilo più il personale) e scuola materna (sezione frequentata dal caso e relativo personale); si può valutare di comprendere anche compagni e insegnanti della classe degli altri ordini di scuola se assimilabili a contatti stretti;
- c) Altri contatti stretti: partner, compagni di camera in una qualsiasi collettività (college, caserma militare, ostello, centro accoglienza/residenziale...), passeggeri seduti vicino al caso durante un viaggio in pullman/autobus o un volo aereo di almeno 8 ore;
- d) Soggetti esposti a contatto con secrezioni naso-faringee del caso attraverso: bacio, respirazione bocca-bocca e intubazione endotracheale non protette, ecc.

§ Contatti a basso rischio di contagio:

- e) Contatti casuali, senza diretta esposizione alle secrezioni naso-faringee del caso (amici, compagni di lavoro, altre sezioni e relativo personale delle scuole materne, altri compagni e insegnanti delle scuole elementari, medie, superiori e università);
- f) Soggetti esposti a contatto occasionale solo con la saliva del malato attraverso, ad esempio, la condivisione di posate, sigarette, bicchieri o giocattoli;
- g) Viaggiatori sugli stessi mezzi di trasporto del caso quali autobus, pullman, treno con esclusione di quanto indicato al punto c);
- h) Contatti indiretti: contatto con un contatto stretto;
- i) Personale sanitario senza diretta esposizione alle secrezioni naso-faringee del caso.

NOTA BENE: La chemiopprofilassi in soggetti diversi da quelli previsti nelle precedenti schede deve essere intrapresa solo dopo attenta valutazione da parte dei Servizi di Sanità pubblica.

Definizioni

Caso sporadico: un caso singolo che all'indagine epidemiologica non dimostra un contatto stretto con un altro caso

Caso primario o caso indice: un caso che occorre in assenza di precedente contatto stretto noto con un altro caso

Caso co-primario: un contatto stretto che sviluppa la malattia entro 24 ore dall'esordio dei sintomi nel caso primario.

Caso secondario: un contatto stretto che sviluppa la malattia oltre le 24 ore dall'esordio dei sintomi nel caso primario, se la tipizzazione del microrganismo è la stessa.

Contatto puntuale: un contatto ad alto o a basso rischio di contagio per il quale è ben definibile nel tempo e nello spazio il momento dell'esposizione al caso indice, ad esempio il medico curante che ha effettuato una visita domiciliare o l'intubazione endotracheale al malato senza adottare le misure protettive necessarie, il conoscente che ha effettuato una visita di cortesia al malato, l'insegnante che ha effettuato una supplenza, ecc. Al fine di ridurre a 10 giorni il periodo di sorveglianza è però necessario che il contatto puntuale non abbia rapporti con altri soggetti esposti, successivamente al contatto con il caso indice.

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Pickering LK, ed. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012.
2. HPA. Guidance for public health management of meningococcal disease in the UK. March 2012
3. NICE. Bacterial meningitis and meningococcal septicaemia. Management of bacterial meningitis and meningococcal septicaemia in children and young people younger than 16 years in primary and secondary care. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. June 2010, revised September 2010
4. ECDC Guidance. Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts. 2010
5. Department of Health UK - Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Immunisation against infectious disease.'The Green Book' Meningococcal. Updated March 2012
6. CDC. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. 5th Edition, 2011. Chapter 8: Meningococcal Disease.
7. ECDC Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft PART 2: Operational guidelines for assisting in the evaluation of risk for transmission by disease. Second edition: Stockholm, December 2010
8. EPIET-ECDC, Stockholm, Sweden. ²Health Protection Agency South West, Gloucestershire, UK. ³Robert Koch Institute, RKI, Berlin, Germany. ⁴National Institute of Public Health–National Institute of Hygiene, Warsaw, Poland. ⁵Statens Serum Institut, Copenhagen, Denmark Effectiveness of vaccinating household contacts in addition to chemoprophylaxis after a case of meningococcal disease: a systematic review *Epidemiol Infect.* 2008 November; 136(11): 1441–1447
9. Public Health Agency of Canada. National Advisory Committee on Immunization (NACI). Update on the Invasive Meningococcal Disease and Meningococcal Vaccine Conjugate Recommendations. *CCDR* April 2009 Volume 36. ACS 3
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of invasive meningococcal disease in children and young people. A national clinical guideline. May 2008
11. Communicable Diseases Network. Australia. Guidelines for the early clinical and public health management of meningococcal disease in Australia October 2007
12. Public Health Agency of Canada. Guidelines for the Prevention and Control of Meningococcal Disease. Volume : 31S1 May 2005
13. WHO. Control of epidemic meningococcal disease. WHO practical guidelines. 2nd edition 1998. WHO/EMC/BAC/98.3
14. Control and Prevention of Meningococcal Disease and Control and Prevention of Serogroup C Meningococcal Disease: Evaluation and Management of Suspected Outbreaks Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) *MMWR* 1997 Vol. 46 / No. RR 5.
15. Bradley JS, Jackson MA and the COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES, The Use of Systemic and Topical Fluoroquinolones, *Pediatrics* 2011;128:e103.

MALATTIA INVASIVA BATTERICA DA MENINGOCOCCO

CHEMIOPROFILASSI ANTIBIOTICA

ADULTI

Principio attivo		Dose e durata	Via di somministrazione	Indicazioni in situazioni particolari	Note
1a scelta	Rifampicina	600 mg ogni 12 ore per due giorni (2.400 mg complessivi)	orale	Gravidanza: non indicato Allattamento: non indicato	Antibiotico registrato per la profilassi antimeningococcica. Segnalata la rapida insorgenza di resistenze a seguito dell'antibiotico profilassi. Nel caso si verificano casi secondari e sia necessario riprofilassare i contatti si consiglia di ricorrere ad altro antibiotico.
	Ciprofloxacina	500 mg in dose singola	orale	Gravidanza: non indicato Allattamento: non indicato	ECDC riporta studi di efficacia effettuati con 750 mg; le LG consultate indicano tutte la profilassi con monodose di 500 mg. Le LG del Regno Unito ne indicano l'uso anche in gravidanza. Segnalati rari/sporadici casi di resistenza a seguito dell'antibiotico profilassi.
	Ceftriaxone	250 mg in dose singola	intramuscolare	Gravidanza: indicato Allattamento: indicato	
2a scelta	Azitromicina	500 mg in dose singola	orale	Antibiotico da utilizzare nella impossibilità di ricorrere a quelli del primo gruppo. Gravidanza: utilizzabile Allattamento: utilizzabile	ECDC riporta unicamente uno studio di efficacia effettuato in adulti.

BAMBINI					
Principio attivo		Età, dose e durata	Via di somministrazione	Indicazioni in situazioni particolari	Note
1a scelta	Rifampicina	< 12 mesi: 5 mg / Kg ogni 12 ore per due giorni ≥ 12 mesi: 10 mg / Kg (massimo 600 mg) ogni 12 ore per due giorni	orale		Antibiotico registrato per la profilassi antimeningococcica. Segnalata la rapida insorgenza di resistenze a seguito dell'antibiotico profilassi. Nel caso si verificano casi secondari e sia necessario riprofilassare i contatti si consiglia di ricorrere ad altro antibiotico.
	Ceftriaxone	125 mg in dose singola	intramuscolare		L' <i>American Academy of Pediatrics</i> indica questo dosaggio fino a 15 anni di età; in base al peso e allo sviluppo corporale degli interessati si può considerare la somministrazione della dose indicata per l'adulto anche al di sotto dei 15 anni.
2a scelta	Ciprofloxacina	> 1 mese: 20 mg / Kg (massimo 500 mg) in dose singola	orale	L'uso in profilassi nel bambino è giustificato, dopo valutazione del rapporto rischio/beneficio, qualora non possano essere utilizzati gli antibiotici di prima scelta o il loro uso sia di particolare problematicità.	Non registrato per l'uso routinario nei bambini per il rischio di artropatia, tuttavia numerosi studi non hanno evidenziato nel bambino tale problema descritto nell'animale giovane. Le LG del Regno Unito considerano ciprofloxacina come prima scelta nei bambini, ma con dosaggi diversi rispetto a quelli qui indicati. ECDC riporta uno studio di efficacia effettuato in bambini > di 2 anni. Segnalati rari/sporadici casi di resistenza a seguito dell'antibiotico profilassi.
3a scelta	Azitromicina	10 mg / Kg (massimo 500 mg) in dose singola	orale	Antibiotico da utilizzare nella impossibilità di ricorrere a quelli di prima e seconda scelta.	ECDC non riporta studi di efficacia effettuati in bambini.

Nota alle tabelle:

- l'efficacia (intesa come % di eradicazione del meningococco dal nasofaringe) degli antibiotici considerati è compresa tra 81-98% per rifampicina, >90% per gli altri.
- per quanto non espressamente specificato, in particolare controindicazioni individuali e reazioni avverse, si rimanda alle schede tecniche di ciascun prodotto.

EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO IN EMILIA-ROMAGNA (dicembre 2012)

La sorveglianza relativa alle malattie invasive batteriche (MIB) da meningococco riguarda sia le meningiti che tutte le altre forme invasive e, non avendo subito modifiche negli anni, permette di apprezzare i cambiamenti avvenuti dopo l'introduzione della vaccinazione anti meningococco C nel calendario vaccinale dell'Emilia-Romagna. Tale introduzione, avvenuta nel 2006, prevede l'offerta attiva e gratuita ai bambini di 12-15 mesi e ai ragazzi di 14-15 anni.

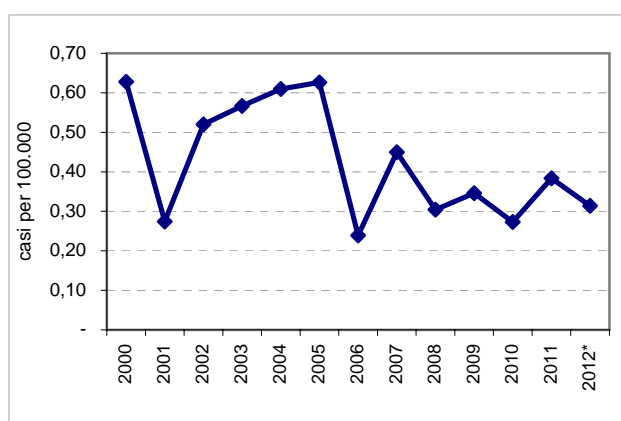
Le coperture vaccinali raggiunte sono molto elevate: nel 2011 la copertura a 24 mesi è del 92,5%, mentre tra gli adolescenti si attesta al 78,7%.

Andamento temporale e distribuzione per età

I casi di malattia invasiva batterica dovuti a meningococco sono in media 18 ogni anno, con un minimo di 10 casi nel 2006 e un massimo di 26 nel 2005. Nel grafico 1 sono riportati i tassi di incidenza annuali per MIB da meningococco: si osserva una riduzione dei tassi di incidenza complessivi che passano da 0,5 casi ogni 100.000 abitanti nel periodo pre-vaccinazione (2000-2005) a 0,3 casi ogni 100.000 abitanti nel periodo post-vaccinazione (2006-2012).

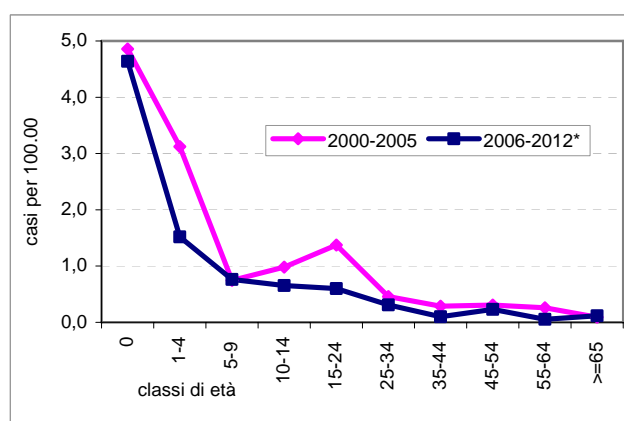
La distribuzione dei casi di meningococco per fasce d'età e l'analisi dei relativi tassi di incidenza mette in evidenza due picchi, rispettivamente in corrispondenza dei primi anni di vita e dell'adolescenza (Grafico 2), come ampiamente riportato in letteratura.

Grafico 1 - Andamento temporale dei casi di MIB da meningococco per 100.000 abitanti. Emilia-Romagna, 2000-2012



* dati non definitivi

Grafico 2 - Casi di MIB da meningococco per 100.000 abitanti per periodo e classi di età. Emilia-Romagna, 2000-2005 vs 2006-2012



Nel tempo, la distribuzione dei casi per classi di età rimane la stessa, sebbene si osservi una riduzione dei tassi di incidenza principalmente in due fasce d'età: in particolare nei bambini tra 1 e 4 anni l'incidenza passa da 3,1 casi ogni 100.000 abitanti nel periodo pre-vaccinazione a 1,5 casi nel periodo post-vaccinazione e nella fascia 15-24 anni passa da 1,4 casi a 0,6 casi ogni 100.000 abitanti. Il picco osservato nel primo di anno di vita subisce una minima riduzione passando da 4,9 casi a 4,6 casi ogni 100.000 abitanti.

Sierotipi e impatto della vaccinazione

Dal 2000 è stato tipizzato circa il 76% dei casi da meningococco; i sierotipi maggiormente diffusi risultano essere quelli di tipo B e C. (Tabella 1).

Tabella 1 - Distribuzione dei casi di MIB da meningococco per sierotipo. Emilia-Romagna, 2000-2012.

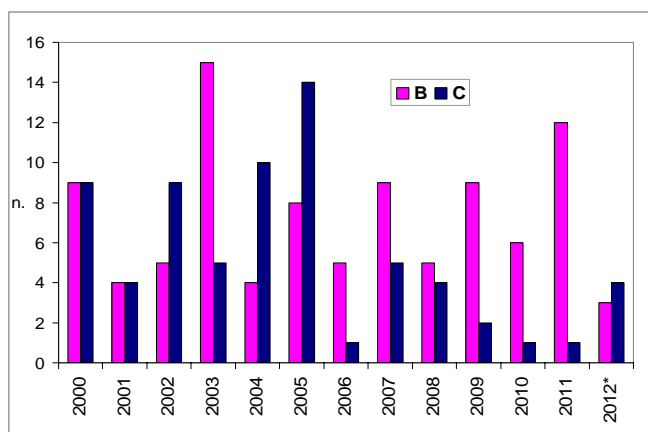
Anno	B	C	C/W135	W135	Y	A	non tipizzati	Totale
2000	9	9	0	0	0	0	7	25
2001	4	4	0	0	0	0	3	11
2002	5	9	0	0	0	0	7	21
2003	15	5	1	0	0	0	2	23
2004	4	10	0	0	1	0	10	25
2005	8	14	0	0	0	1	3	26
2006	5	1	0	0	0	0	4	10
2007	9	5	1	1	0	0	3	19
2008	5	4	2	0	0	0	2	13
2009	9	2	0	0	0	0	4	15
2010	6	1	0	0	2	0	3	12
2011	12	1	0	1	1	0	2	17
2012*	3	4	0	0	2	0	5	14
Totale	94	69	4	2	6	1	55	231

* dati non definitivi

Limitando l'osservazione ai soli casi tipizzati, si nota un graduale aumento, fino al 2005 (con l'eccezione del 2003), della proporzione delle forme attribuite al sierogruppo C rispetto al sierogruppo B, con una prevalenza evidente del tipo C nel biennio 2004-05. Dal 2006 si assiste, in seguito all'introduzione della vaccinazione, ad un calo complessivo del numero di casi da meningococco C, e quindi a un'inversione del rapporto tra i sierotipi B e C. Nell'ultimo anno, sebbene i numeri siano piccoli e ancora non definitivi, i casi da C hanno superato quelli attribuiti al sierogruppo B (Grafico 3).

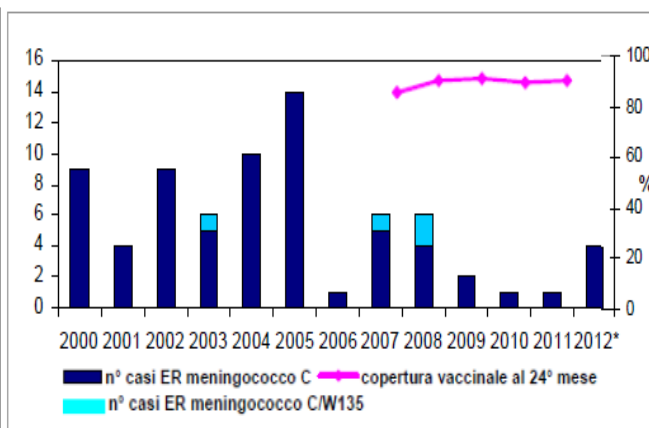
Nel grafico 4 sono riportati i casi dovuti al meningococco C, ai quali sono stati aggiunti anche quelli per cui la tipizzazione è risultata incerta tra C e W135, e l'andamento della copertura vaccinale per meningococco C al 24° mese di vita.

Grafico 3 – Numero di casi di MIB da meningococco B e C per anno. Emilia-Romagna, 2000-2012



* dati non definitivi

Grafico 4 – Numero di casi di MIB da meningococco C, CW135 e copertura vaccinale (%) al 24° mese¹ per anno. Emilia-Romagna, 2000-2012



¹ La vaccinazione è stata avviata nel 2006, anche se solo a partire dall'anno 2007 è stato possibile rilevare i primi dati di copertura relativi alla coorte di nascita 2005.

Il tasso di incidenza delle forme di MIB da meningococco C mostra una riduzione in tutte le fasce d'età, indice di un impatto efficace della vaccinazione non solo tra i piccoli e gli adolescenti, ma anche nelle classi di età non direttamente oggetto di vaccinazione. Nel grafico 5, in cui sono riportati i tassi di incidenza per 100.000 abitanti per classi di età, calcolati prima e dopo l'introduzione della vaccinazione: si passa in termini assoluti da una media annuale di 8,5 casi di meningococco C (range: 4-14) nel periodo pre-vaccinazione (2000-2005) ad una media annuale di 2,6 casi (range: 1-5) nel periodo post-vaccinazione (2006-2012). Non sono stati rilevati dall'inizio della vaccinazione casi da meningococco C sotto i 5 anni di età (Grafico 6), anche se è opportuno segnalare che, in tale fascia d'età, ricadono 6 casi non tipizzati notificati tra il 2006 e il 2012.

Grafico 5 - Casi di MIB da meningococco C per 100.000 abitanti notificati prima e dopo l'introduzione del vaccino per classi di età. Emilia-Romagna, 2000-2005 vs 2006-2012

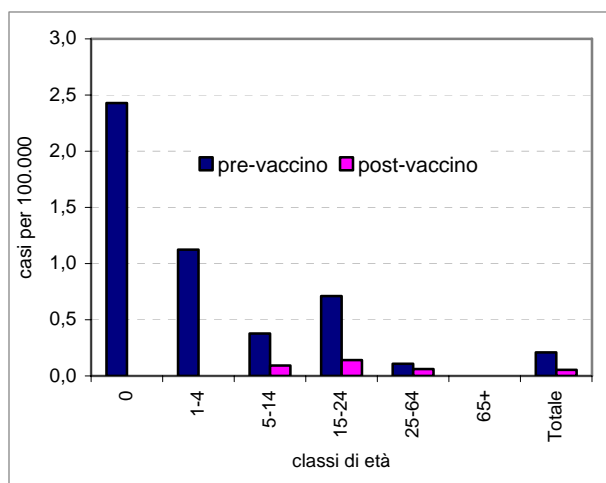
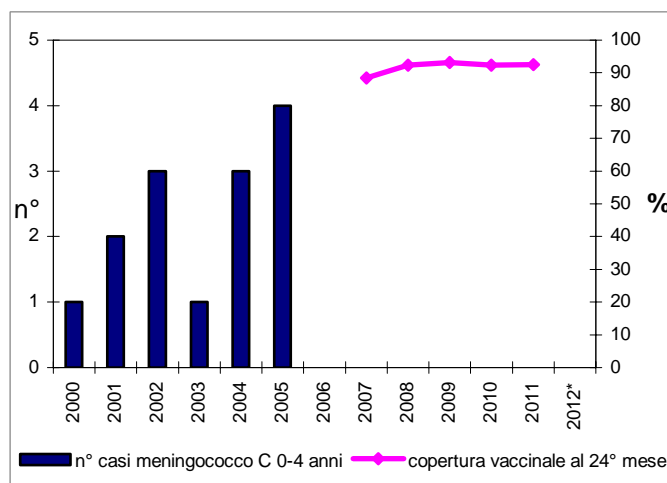


Grafico 6 – Numero di casi di MIB da meningococco C nella fascia d'età 0-4 anni e copertura vaccinale (%) al 24° mese per anno. Emilia-Romagna, 2000-2012



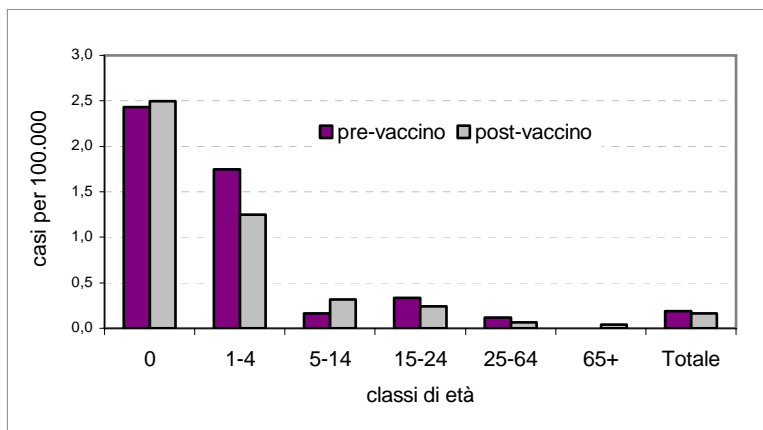
* dati non definitivi

Tutti i casi in cui è stato individuato il sierogruppo C non risultavano essere vaccinati, ad eccezione di un ragazzo di 17 anni, affetto da un'immunodeficienza acquisita e vaccinato nel 2006, colpito da sepsi da meningococco C nel 2007 e che può essere quindi classificato come fallimento vaccinale.

L'andamento temporale dei casi da meningococco di tipo B e da altri sierogruppi sembra confermare l'assenza di un effetto *replacement*, ovvero il fenomeno in base al quale sierogruppi non contenuti nel vaccino possono rimpiazzare quelli inclusi nel vaccino stesso (Tabella 1).

L'analisi temporale dei casi di malattia da meningococco di gruppo B per classi di età evidenzia un leggero incremento dei tassi di incidenza sotto l'anno di vita e tra i 5 e i 14 anni e un modesto calo nelle altre fasce d'età. Il trend complessivo appare pertanto stabile (Grafico 7).

Grafico 7 - Casi di MIB da meningococco B per 100.000 abitanti notificati prima e dopo l'introduzione del vaccino antimeningococco C per classi di età. Emilia-Romagna, 2000-2005 vs 2006-2012



Letalità

La letalità media nel periodo 2000-2012 è pari a 8.1%. Il tasso di letalità risulta essere del 15,9% per il sierogruppo C e dell'8,8% per il sierogruppo B. Il trend temporale appare in diminuzione: nel periodo prevaccinale sono stati registrati complessivamente 15 decessi; nel periodo successivo all'introduzione della vaccinazione sono stati segnalati in tutto 8 decessi, di cui 4 nel corso del 2012.