



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA UFFICIO V –MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

A

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO

U.S.M.A.F. UFFICI DI SANITA' MARITTIMA,
AEREA E DI FRONTIERA

DIREZIONE GENERALE DELLA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VI
C/O MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI

DIREZIONE GENERALE SANITA' ANIMALE E
FARMACO VETERINARIO

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI
UNITA' DI CRISI

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

MINISTERO DELLA DIFESA
DIREZIONE GENERALE SANITA' MILITARE

MINISTERO DEI TRASPORTI

AZIENDA OSPEDALIERA - POLO
UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO

MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO P.S.
DIREZIONE CENTRALE DI SANITA'

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO AFFARI REGIONALI TURISMO
E SPORT
UFFICIO PER LE POLITICHE DEL TURISMO

COMANDO GENERALE CORPO DELLE
CAPITANERIE DI PORTO
CENTRALE OPERATIVA

ENAC
DIREZIONE SVILUPPO TRASPORTO AEREO

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

CROCE ROSSA ITALIANA
REPARTO NAZIONALE DI SANITA' PUBBLICA

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE
INFETTIVE – IRCCS “LAZZARO SPALLANZANI”

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE
MALATTIE DELLA POVERTA'(INMP)

Lettera circolare

OGGETTO: Malattia invasiva da Meningococco C in Toscana - Potenziamento della segnalazione di casi e indicazioni per chi si reca in Toscana.

Si fa riferimento all'aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco C (meningiti e sepsi), registrato in alcune aree della Toscana nel corso dei primi mesi del 2015, e che si sta protraendo anche nel corso del 2016.

A fronte dei 31 casi, inclusi 6 decessi, attribuibili al sierogruppo C, segnalati nel 2015 al sistema di sorveglianza nazionale (in confronto ai 2 del 2014 e ai 3 del 2013), al 26 febbraio 2016 sono stati registrati 12 casi di malattia invasiva da meningococco C, di cui 4 con esito fatale.

Sebbene il numero dei casi sia solo relativamente elevato, dal momento che esso è stato nettamente superiore rispetto all'atteso, sono state intraprese, da parte della Regione Toscana, sia misure di controllo immediate con chemiopprofilassi dei casi e indagini epidemiologiche, sia una campagna di vaccinazione che progressivamente ha esteso l'offerta vaccinale ad adolescenti, adulti e anziani, essendo stati registrati casi in tutte le fasce d'età (Delibera n. 85 del 16/02/2016 - Giunta Regione Toscana).

Informazioni aggiornate e dettagliate sulla campagna vaccinale in atto nella Regione Toscana possono essere reperite alla pagina web <http://www.regione.toscana.it/-/campagna-contro-il-meningococco-c>.

Dall'analisi delle segnalazioni pervenute al sistema di sorveglianza nazionale delle malattie batteriche invasive (<http://www.iss.it/mabi/>), non è emerso un aumento dei casi in altre Regioni italiane, né nel 2015 né nei primi mesi del 2016. Tuttavia, non potendo escludere la diffusione, anche in altre regioni, dei casi di malattia causati dal medesimo clone di meningococco C isolato in Toscana, si ritiene opportuno rafforzare la sorveglianza, al fine di monitorare la situazione anche sul restante territorio nazionale e, se necessario, implementare nuove strategie di controllo.

Per questo motivo, si raccomanda di provvedere alla segnalazione dei casi di malattia batterica invasiva entro le 48 ore previste dal protocollo e di effettuare la determinazione del sierogruppo nel più breve tempo possibile, se necessario anche attraverso l'invio dei campioni al laboratorio nazionale di riferimento secondo il protocollo per la sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo e delle meningiti batteriche in Italia, disponibile all'indirizzo:

http://www.iss.it/binary/mabi/cont/ProtocolloSchedaMIB_20150724v1.pdf

(Contatti: paola.stefanelli@iss.it, tel.0649902126).

Qualora la malattia risultasse causata dal sierogruppo C, contattare immediatamente il laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità, secondo le modalità previste dal sopracitato protocollo, per l'invio del ceppo ai fini di maggiori caratterizzazioni e indagini genomiche.

Qualora l'isolato si rivelerà correlato allo stesso clone dei casi da Meningococco C in Toscana (fine typing C:P1.5-1,10-8:F3-6:ST11), si richiederà anche la compilazione dell'allegata scheda di indagine integrativa, allo scopo di rilevare la circolazione dello stesso clone in altre aree del Paese e, eventualmente, di identificare un collegamento epidemiologico con i casi registrati in Toscana. Tale scheda integrativa dovrà essere inviata al Ministero della Salute (e-mail: malinf@sanita.it) e all'Istituto Superiore di Sanità (e-mail: sorveglianza.epidemiologia@pec.iss.it e mipi@pec.iss.it).

Infine, in considerazione della situazione epidemiologica attuale, non si ritiene opportuno fornire indicazioni particolari a coloro che si recano per viaggi occasionali (lavoro o turismo) nelle aree maggiormente interessate dall'aumento dei casi (Azienda USL Toscana Centro).

Tuttavia, si ricorda che la frequentazione di locali molto affollati per alcune ore (per esempio discoteche), l'uso di alcol e la abitudine al fumo, durante i periodi con un aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco, potrebbe aumentare il rischio di contagio attraverso il contatto ravvicinato con potenziali portatori.

Per soggetti che si recano per lunghi e continuativi periodi in Toscana (esempio, lavoratori e studenti fuori sede che mantengono la residenza nella Regione di origine) è appropriato che la Regione di residenza metta a disposizione la vaccinazione per questi soggetti con le stesse modalità previste in Toscana.

Si coglie, altresì, l'occasione per ribadire l'importanza della pronta segnalazione degli eventi avversi a vaccinazione, inclusi i fallimenti vaccinali.

Si precisa che le indicazioni contenute nella presente nota potrebbero essere aggiornate in base all'evoluzione della situazione epidemiologica.

Si prega di dare la massima diffusione alla presente nota.

IL DIRETTORE GENERALE DGPREV
*** Dott. RANIERO GUERRA**

Il Direttore dell'Ufficio V
dr.ssa Maria Grazia Pompa

Referente/Responsabile del procedimento:
Iannazzo Stefania – 06.59943836
email: s.iannazzo@sanita.it
Paolo Fortunato D'Ancona – 06.59943840
email: dancona@iss.it

**“firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993”*



Scheda d'indagine per caso d'infezione da *Neisseria meningitidis* C con fine type C:P1.5-1,10-8:F3-6:ST11



Informazioni Intervistatore

Nome: _____ Cognome: _____ Data Compilazione Scheda (GG/MM/AAAA): ____/____/____
 Professione _____ Contatto (Tel/Email/ASL): _____

PARTE A: Dettagli demografici del caso

Nome: _____ Cognome: _____ D.D.N.: (GG/MM/AAAA): ____/____/____
 Genere: M F Città/Comune/ASL di Residenza: _____ Nazionalità: _____

PARTE B: Ambienti di vita

Professione: _____
 Luogo attività lavorativa (Nome/Città/Comune/ASL): _____
 Luoghi visitati nei 15gg precedenti l'insorgenza dei sintomi - **indicare luogo specifico** (es. cinema xxxx; scuola xxxx; discoteca xxxx), Città e comune:
 (1) _____ (2) _____
 (3) _____ (4) _____
 (5) _____ (6) _____
 (7) _____ (8) _____

B.1. Situazione Abitativa: Appartamento singolo Appartamento con famiglia/partner Appartamento condiviso (studenti/amici/etc)
 Altro _____ **INDICARE** Numero persone che condividono l'appartamento _____

B.2. Presenza di figli in famiglia SI NO **Se Si**, indicare nella sottostante tabella: età, stato vaccinale e precedenti profilassi post-esposizione.

| N | Età in anni | Men B | Men C | MenACWY | Ciclo vaccinale completato | Precedenti profilassi per contatto con altro caso di NM |
|---|-------------|---|---|---|---|---|
| 1 | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2 | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3 | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4 | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

PARTE C: Stato vaccinale e profilassi

C.1. Il soggetto ha ricevuto in passato profilassi post esposizione Si No **Se Si**, Data: ____/____/____

| C.2. Il soggetto ha ricevuto in passato una o più dosi dei seguenti vaccini | | | | Data 1° dose | Data 2° dose | Data 3° dose | Data 4° dose |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MenB | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | n.i. <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| MenC | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | n.i. <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| MenACWY | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | n.i. <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |

PARTE D: Informazioni Contatti

Numero totale contatti stretti: _____ N. Familiari _____ N. Lavorativi _____ N. Altro _____
 N. totale contatti sottoposti a profilassi _____ N. totale contatti vaccinati: Nessuno MenACWY _____ MenC _____ MenB _____

PARTE E: Fattori di rischioE.1. Il Paziente ha avuto contatto con caso accertato di meningite meningococcica: Si No

Se Si, Data: ____/____/____

| E.2. Fattori di rischio clinici | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Infezione vie respiratorie nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabete tipo 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malattie polmonari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malattie epatiche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ricevente fattori coagulazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insufficienza renale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asplenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Condizioni di immunodepressione (trapianto d'organo; terapia antineoplastica/corticosteroidica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infezione da HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immunodeficienze congenite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perdita liquido cerebrospinale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Talassemia/anemia falciforme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Portatore di impianto cocleare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difetti congeniti del complemento (C5-C9) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difetti dei toll like receptors di tipo 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difetti della properdina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altre condizioni cliniche* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Specificare

| E.3. Fattori di rischio comportamentali | SI | NO | Se SI, Specificare dove indicato |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Consumo frequente di Alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quantità settimanale: |
| Condivisione drinks (scambio bicchieri/bevute) nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Consumo di droghe nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare tipo: |
| Fumo attivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare sig/die: |
| Esposizione fumo passivo in ambienti di vita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Partners Maschili nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi (incluso kissing partners) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare numero: |
| Partners Femminili nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi (incluso kissing partners) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare numero: |
| Frequentazione di clubs/feste/disco/pubs/bars etc. nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare numero: |
| Frequentazione di cinema/teatri/spettacoli/etc. nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare numero: |
| Frequentazione di gruppi sportivi/ricreativi (palestre/squadre/scout/centri olistici/corsi vari/etc.) nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare numero: |
| Frequentazione di altri gruppi chiusi (politici/religiosi/etc.) nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare numero: |
| Viaggi nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicare luogo: |

PARTE F: QUADRO CLINICO E MICROBIOLOGICO**F.1** Data inizio sintomi: ____/____/____ **F.2** Data ospedalizzazione: ____/____/____ **F.3** Data dimissione: ____/____/____ **F.4** Ospedale_____**F.5** Reparto_____ **F.6** Outcome Ancora in trattamento Vivo senza complicanze Vivo con complicanze, Specificare_____ Deceduto, Se SI indicare: data decesso ____/____/____ Causa decesso_____**F.7 Sintomatologia**

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febbre: _____°C | <input type="checkbox"/> Nausea/vomito | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria | <input type="checkbox"/> Dolore osseo |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola / corizza | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Perdita tono muscolare | <input type="checkbox"/> Irritabilità |
| <input type="checkbox"/> Fotofobia | <input type="checkbox"/> Rash/petecchie | <input type="checkbox"/> Stato di incoscienza | <input type="checkbox"/> Mal di testa |
| <input type="checkbox"/> Rigidità collo/nuca | <input type="checkbox"/> Stato confusionale | <input type="checkbox"/> Convulsioni | <input type="checkbox"/> Altro_____ |

F.8 Tipo d'infezione causata

- | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sepsì | <input type="checkbox"/> Epiglottite | <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Peritonite | <input type="checkbox"/> Polmonite Batterica | <input type="checkbox"/> Pericardite | <input type="checkbox"/> Cellulite | <input type="checkbox"/> Artrite Settica/Osteomielite |
| <input type="checkbox"/> Altro_____ | | | | | | | |

F.9 Esame chimico-fisico del liquor: Non eseguito Eseguito, Data ____/____/____ **SE eseguito:** Aspetto torbido Aspetto limpido Aspetto purulento
Conta leucociti _____ per mm³ (Neutrofili ____% Linfociti ____%) Conta globuli rossi _____ per mm³ Proteine _____mg/dl Glucosio _____mmol/l
LCR-lattato _____mg/dl Pressione _____ mm H₂O**F.10 Esami ematochimici:** Non eseguito Eseguito, Data ____/____/____ **SE eseguiti:** Hb: _____g/dL conta leucociti _____x10⁹/L conta neutrofili _____x10⁹/L
Piastrine _____x10⁹/L C-reactive protein: _____mg/L Procalcitonina _____mg/L**F.11 Terapia antibiotica somministrata**(1) _____ (2) _____
(3) _____ (4) _____**F. 12 Campione dal quale *Neisseria Meningitidis* è stato isolato:** _____**F. 13 Test di laboratorio eseguito** PCR Coltura Altro_____**F. 14 Serogruppo e Multilocus sequence typing** _____**F.15 Analisi Genomica ISS** _____**F.16 Farmacoresistenza** Sì No **Se Sì** specificare_____