



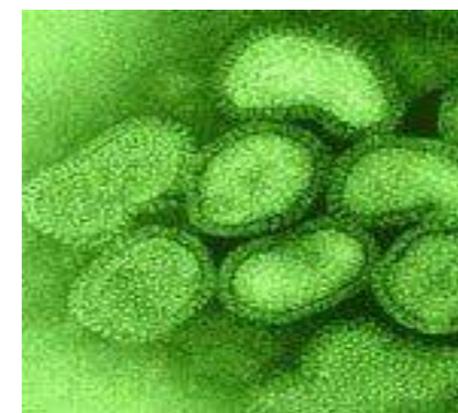
# MALATTIA MENINGOCOCCICA INVASIVA

## Le misure di profilassi nella gestione del focolaio

LA PROPOSTA DELL'AULSS 3 SERENISSIMA



*Venezia 8 giugno 2017*



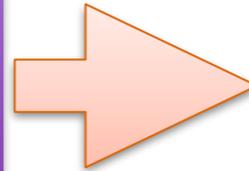
Dr. Tea Burmaz  
Tea.Burmaz@aulss3.veneto.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

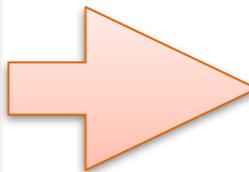


# Obiettivo

Esperienza del focolaio della provincia di Treviso nel 2007



Assenza di una politica nazionale a riguardo



Predisporre la procedura per facilitare l'intervento tempestivo in caso del **focolaio di malattia meningococcica invasiva** (MMI) nel territorio delle ULSS 12, ULSS 13 e ULSS 14.

# Materiali e metodi

1) Confronto di linee guida internazionali sulla gestione del focolaio della MMI:

**USA**-CDC, 1997; **UK**-HPA, 2012; **Irlanda**-HPSC, 2015; **Canada**-PHA, 2005; **Australia**-CDN, 2015; **Francia**-MdS, 2015.



February 4, 2007 (Vol. 35, No. 57)

Recommendations

**Control and Prevention of Meningococcal Disease**

Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
 Centers for Disease Control and Prevention  
 Atlanta, Georgia

Guidance for public health management of meningococcal disease in the community



# Materiali e metodi

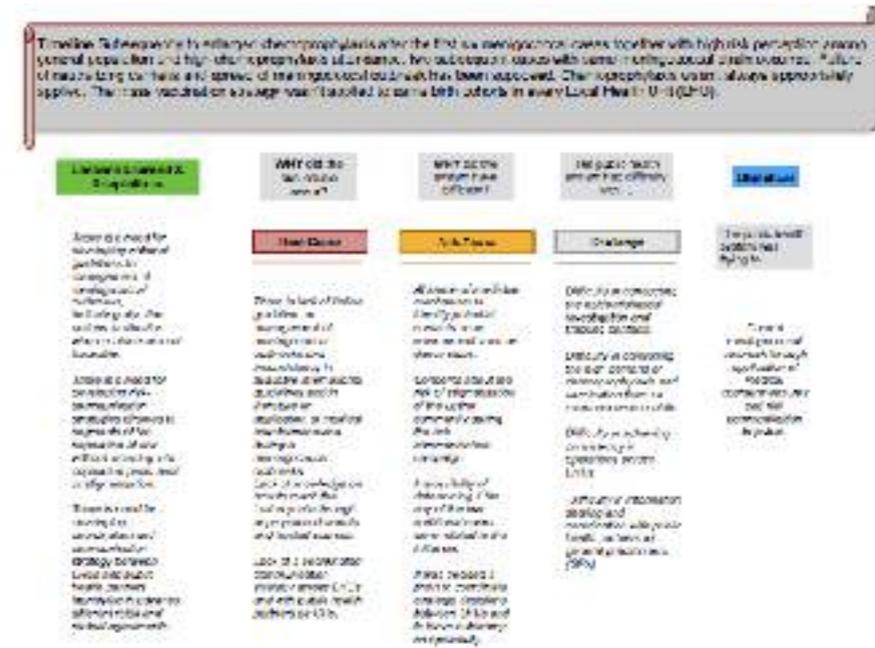
Confronto di linee guida internazionali sulla gestione del focolaio di MMI

- 1. definizione del caso;**
- 2. definizione del contatto stretto;**
- 3. tipologia e definizione del focolaio epidemico;**
- 4. misure di profilassi nell'ambito del focolaio.**

# Materiali e metodi

2) Documento tecnico  
*Programma di vaccinazione per la protezione della popolazione della Provincia di Treviso e strategia vaccinale per la Regione Veneto per quanto riguarda la gestione del focolaio di MMI*

3) *Root Cause Analysis* del focolaio della provincia di TV, 2007



*[Faint, illegible text from a document, likely the technical document mentioned in the text.]*

# Materiali e metodi

4) Altro:

- ECDC guidance 2010
- Letteratura scientifica (...Hoek 2008, Vygen 2016, Hanquet 2015, etc...)
- LG regionali (Lombardia, Piemonte, ER, FVG, Umbria)
- ISS, MoH
- Procedura per la gestione in sicurezza del paziente con la meningite (ULSS12)



# CONSIDERAZIONI GENERALI

- Poche e deboli evidenze scientifiche, consensus degli esperti;
- LG internazionali diverse tra loro.
- Utilità di una politica condivisa alla quale riferirsi durante l'emergenza;
- Attenzione alla flessibilità/rigidità;
- Attenzione al limite sottile tra gli effetti positivi e negativi della chemiopprofilassi;
- La vaccinazione = effetti positivi, ma la vaccinazione di massa deve essere giustificata perché costosa e richiede un massiccio sforzo da parte della sanità pubblica;

# Materiali e metodi

5) Esercitazione tra le  
(ex) ULSS 12, 13 e 14

e

consenso sulla  
procedura



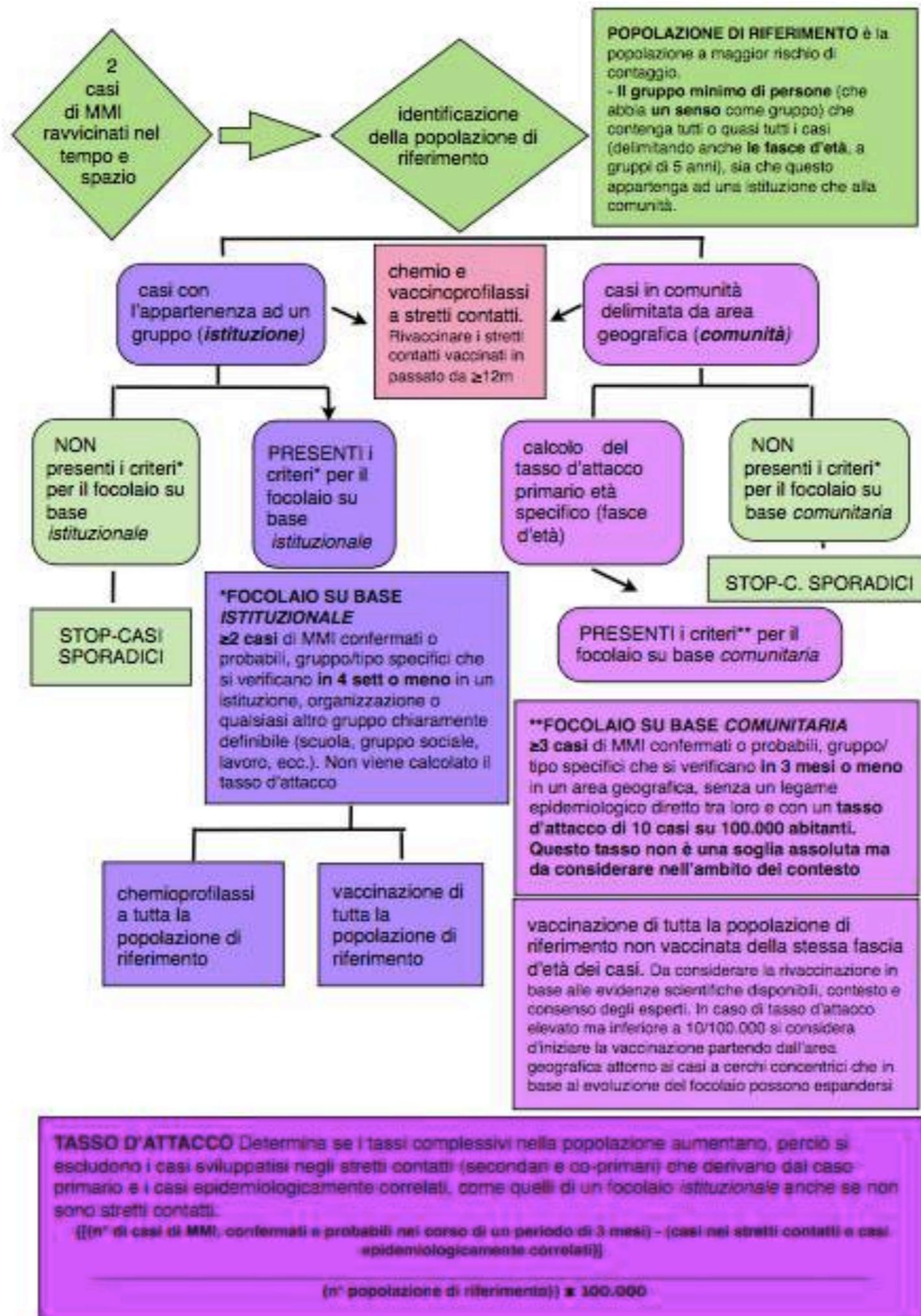
**Malattia meningococcica nelle  
ULSS12, 13 e 14;**

**focolaio o focolai?**



*Un'esercitazione Tabletop*

Venezia  
5 dicembre 2016



# La gestione del focolaio di MMI



N.B. La comunicazione di rischio (con la popolazione), i media e tra i partners di salute pubblica è di fondamentale importanza. Va fatta quanto prima!

# 1. Identificare la popolazione di riferimento

In caso di 2 o più casi di MMI ravvicinati nel tempo e spazio si valuta:

- I casi sono contatti stretti tra di loro (caso co-primario o caso secondario)?
- Esiste il nesso epidemiologico tra i casi?
- Appartengono ad **un gruppo/istituzione** oppure alla stessa **comunità**?

In base a questo si definisce



# 1. Identificare la popolazione di riferimento



LA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO del focolaio  
ovvero

LA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO DI CONTAGIO

**il gruppo minimo di persone** (che abbia **un senso** come gruppo) che contenga tutti o quasi tutti i casi (delimitando anche **le fasce d'età**, a gruppi di 5 anni), sia che questo appartenga ad una **istituzione** che alla **comunità**.

# 1a. Chemio e vaccino profilassi ai stretti contatti

Per la definizione di stretti contatti - riferimento alla procedura dell'ULSS 12.

Parallelamente va fatta **l'identificazione di stretti contatti** e applicazione di:

- Chemioprophylaxis
- followed by vaccination

Negli adulti si predilige ciprofloxacina 500 mg rispetto alla rifampicina per sviluppo dei ceppi resistenti nel periodo successivo alla chemioprophylaxis (10-27% di portatori iniziali).

Tutti i contatti che vengono sottoposti alla chemioprophylaxis del caso di malattia meningococcica, dovrebbero ricevere la vaccinazione antimeningococcica entro le 4 settimane post-chemioprophylaxis. In caso di una vaccinazione pregressa va fatto un booster se sono passati più di 12 mesi dalla vaccinazione.

# 1. Identificare la popolazione di riferimento

- Si valuta se tutti i casi sono collegati in base all'appartenenza ad un gruppo ben definito (ISTITUZIONE/ORGANIZZAZIONE)
- Se impossibile identificare qualsiasi appartenenza comune tra i casi, il focolaio viene delimitato da confini geopolitici (COMUNITÀ)

scuola,  
centro diurno,  
gruppo sociale,  
sportivo,  
luoghi di svago

paese, città,  
isola, comune,  
provincia,  
regione, ecc.).

Spesso difficile!

## 2. Identificare il tipo di focolaio

### FOCOLAIO SU BASE *ISTITUZIONALE*

Esistono i criteri per il

**FOCOLAIO SU BASE *ISTITUZIONALE*?**



**≥2 casi di MMI** confermati o probabili, gruppo/tipo specifici che si verificano **in 4 sett** o meno in un istituzione, organizzazione o qualsiasi altro **gruppo chiaramente definibile** (scuola, gruppo sociale, sportivo, lavoro, ecc.)

# 3. Applicazione della profilassi antibiotica e vaccinale

- FOCOLAIO SU BASE *ISTITUZIONALE* -

Chemioprofilassi:



- estesa alla popolazione di riferimento (senza il calcolo del tasso d'attacco).

Vaccinazione:



- segue la chemioprofilassi entro le 4 settimane. Rivaccinare se è passato  $>1$  anno dall'ultima vaccinazione (MenC)

## 2. Identificare il tipo di focolaio

### **FOCOLAIO SU BASE *COMUNITARIA***

Esistono i criteri per il  
**FOCOLAIO SU BASE *COMUNITARIA*?**



**≥3 casi di MMI** confermati o probabili, gruppo/tipo specifici che si verificano in **3 mesi o meno** in un area geografica, **senza legame epidemiologico diretto** tra loro e con un **tasso di attacco di 10 casi su 100.000 abitanti**.

Questo tasso (10/100.000) **non è la soglia assoluta** la quale deve essere considerata nel contesto assieme ad altri fattori.



# Calcolo del tasso d'attacco

Determina se i tassi complessivi nella popolazione aumentano,  
perciò

si tende ad **escludere i casi secondari e co-primari o focolai *istituzionali*** che derivano dal caso primario o dalla stessa presunta fonte di contagio (portatore).

# Definizioni del caso nel contesto di un focolaio

## **Caso primario o il caso indice**

il primo caso nel contesto di un focolaio che si verifica in assenza di un precedente contatto noto con un altro caso.

## **Caso secondario**

un contatto stretto che sviluppa la malattia oltre 24 ore dopo l'insorgenza della malattia in un caso primario e in cui, se disponibile, la caratterizzazione microbiologica dei ceppi è la stessa del caso primario.

## **Caso co-primario**

un contatto stretto che sviluppa la malattia entro 24 ore dalla comparsa della malattia in un caso primario e in cui, se disponibile, la caratterizzazione microbiologica dei ceppi è la stessa del caso primario.

## **Caso senza contatto diretto**

il caso nel contesto di un focolaio che si verifica in assenza di un precedente contatto noto con un altro caso del focolaio.

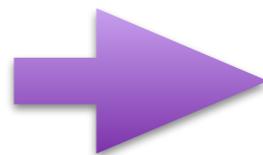
# Calcolo del tasso d'attacco

## **Numeratore**



somma di tutti i casi confermati e probabili con esclusione di tutti i casi secondari, mentre tutti i casi co-primari ed eventuali focolai *istituzionali* contenuti nel focolaio *comunitario* devono essere calcolati come uno.

## **Denominatore**



popolazione di riferimento

# Calcolo del tasso d'attacco

## Tasso d'attacco per 100.000



$$\frac{[(\text{n}^\circ \text{ di casi primari di MMI, confermati e probabili, gruppo/tipo specifici nel corso di un periodo di 3 mesi}) - (\text{casi secondari} + \text{co-primari})^*]}{(\text{n}^\circ \text{ popolazione a rischio})}$$

● Il risultato x 100.000

\* focolaio istituzionale figura come 1 caso

# 3. Applicazione della profilassi antibiotica e vaccinale

## - FOCOLAIO SU BASE *COMUNITARIA* -

Chemioprofilassi:



- solamente agli contatti stretti, in quanto i rischi di una chemiopprofilassi somministrata ad un'ampia comunità supererebbero i benefici.

Vaccinazione:



- oltre ai stretti contatti, viene raccomandata vaccinazione estesa per la popolazione a rischio, nella fascia d'età interessata ed in base al tasso d'attacco.

# 3. Applicazione della profilassi antibiotica e vaccinale

## - FOCOLAIO SU BASE *COMUNITARIA* -

Se il tasso d'attacco arriva al 10 su 100.000 abitanti.

Vaccinare la popolazione di riferimento.

Oggi situazione rara, sono più frequenti *le situazioni alternative*

il tasso d'attacco in 3 mesi **minore di 10 su 100.000 abitanti ma nettamente superiore all'incidenza media annuale**

(ad es. un tasso d'attacco 10 x superiore all'attuale circa 3 su 100.000 abitanti)

**Iperendemia o persistenza di elevati tassi d'incidenza** in un periodo > 3 m e malgrado l'applicazione delle misure di profilassi

### 3. Applicazione della profilassi antibiotica e vaccinale

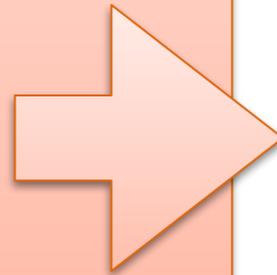
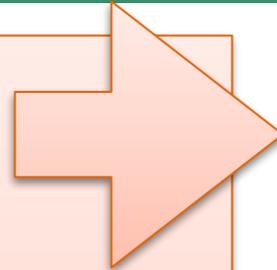
#### - FOCOLAIO SU BASE *COMUNITARIA E SITUAZIONI ALTERNATIVE*-

**Iperendemia**

e

**Tasso d'attacco alto  
ma <10 su 100.000** in 3  
mesi

**Non aspettare** ma



- **vaccinare** soggetti (fascia d'età) non protetti
- **rivaccinare** giovani adulti e adolescenti vaccinati nell'infanzia
- **considerare la rivaccinazione** di soggetti vaccinati con 3-5 o più anni passati dall'ultima vaccinazione

*La modalità di applicazione della vaccinazione: iniziare la copertura vaccinale a **cerchi concentrici** attorno all'area di residenza di casi colpiti, man mano aggiustando la strategia...*



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO 5 - PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive  
prevenibili con vaccinazione

## Gestione dei casi e dei focolai epidemici e misure di controllo per evitare casi secondari

In linea generale si può sospettare un focolaio quando ci sono **due o più casi** di malattia invasiva da meningococchi appartenenti allo stesso sierogruppo in **un breve periodo di tempo in una comunità**.

Nel caso di focolai da qualsiasi sierogruppo di meningococco, o sospetti tali, **in una collettività ristretta, la vaccinazione deve essere estesa a tutti i membri della collettività frequentata dai casi identificati**.

Rivaccinare se è trascorso almeno 1 anno dall'ultima dose (MenC).



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO 5 - PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive  
prevenibili con vaccinazione

## Gestione dei casi e dei focolai epidemici e misure di controllo per evitare casi secondari

In caso di anomali **eventi epidemici in comunità aperte o estese aree geografiche in un arco temporale limitato (es. 3 mesi)** sarà opportuno che l'**Autorità sanitaria regionale** competente, d'intesa con il **Ministero della Salute**, **valuti strategie di offerta vaccinale** per la popolazione a rischio in base alla situazione emersa dall'indagine epidemiologica.

**Le ASL e le Regioni devono preparare linee guida operative** sulla base di questa circolare per la gestione tempestiva ed efficace dei casi di malattia invasiva meningococcica e dei contatti stretti.

# **GRAZIE DELL'ATTENZIONE!**

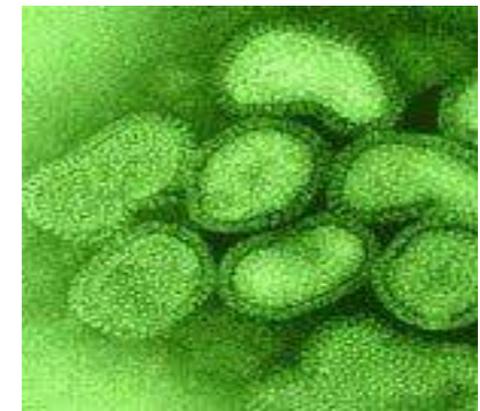
## MALATTIA MENINGOCOCCICA INVASIVA

Le misure di profilassi nella gestione del focolaio

LA PROPOSTA DELL'AULSS 3 SERENISSIMA



*Venezia 8 giugno 2017*



Dr. Tea Burmaz  
Tea.Burmaz@aulss3.veneto.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica