



Procedura n. 20

**MALATTIA MENINGOCOCCICA
E
MENINGITI BATTERICHE**

Gruppo di revisione:

Dott. Angelo Cazzadori (medico infettivologo Azienda Ospedaliera di Verona), **Dott. Giampietro Chiamenti**, **Dott. Michele Gangemi** e **Dott. Francesco Raimo** (medici pediatri di libera scelta dell'Ulss 20 di Verona); **Dott. Antonio Isolan** (Direttore Distretto Sanitario di Base n. 3/Coordinatore Distretti dell'Ulss 20 di Verona); **D.ssa Giovanna Marcer** (Responsabile Dipartimento Materno Infantile Ulss 20 di Verona) **D.ssa Giuseppina Napoletano** e **Dott. Giambattista Zivelonghi** (Medici Igienisti Ulss 20 di Verona); **Sigg.re Anna Bonomi**, **Mara Brunelli**, **Chiara Liera**, **Laura Trevisan** e **Lucrezia Tognon** (Assistenti sanitarie Ulss 20 di Verona).

Data di attivazione: _____

Dott. Massimo Valsecchi

Questa procedura sostituisce il precedente protocollo del 23.01.2003: Revisione 01: 22 ottobre 2010

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

☎ Via S. D'Acquisto, 7 - 37122 Verona - ☎ 045 807 59 11, ☎ 045 807 50 03

MALATTIA MENINGOCOCCICA e MENINGITI BATTERICHE

PROTOCOLLO OPERATIVO

L'obiettivo principale che ha guidato la stesura di questo protocollo è quello di definire l'operatività qualora sia segnalato un caso, anche solo "sospetto", di malattia meningococcica.

Dato che la profilassi dei contatti risulta efficace solo se effettuata in tempi rapidi, in presenza di informazioni incomplete sull'eziologia di un caso sospetto sono adottate le modalità di profilassi previste per la meningite da meningococco .

SEGNALAZIONE DI MENINGITE E DI MALATTIA MENINGOCOCCICA

Considerato che lo scopo di questo protocollo è quello di definire le modalità di profilassi dei contatti, e che questa risulta efficace solo se effettuata in tempi rapidi, il reparto di ricovero effettuerà la notifica di tutti i casi, accertati o sospetti, di malattia meningococcica, comprendendo in questo i casi che per la clinica suggeriscono una sepsi meningococcica e tutti i casi di meningite a liquor torbido nei quali, per i tempi brevi, non sia stato possibile escludere una eziologia meningococcica.

È altresì importante la segnalazione tempestiva di una meningite non meningococcica allo scopo di fornire corrette informazioni alle comunità eventualmente coinvolte.

La segnalazione di sospetta o accertata meningite batterica è obbligatoria, classe 2^a (Decreto Ministeriale del 15/12/1990); deve essere inviata tramite fax o telefono:

al Distretto Sanitario competente per territorio (Distretto n° 1 tel. 045 8075571; Fax 045 807 5603 ; Distretto n° 2 tel. 045 581872; Fax 045 506005 ; Distretto n° 3 tel. 045 975822; Fax 045 975948 ; Distretto n° 4 tel. 045 6138425; Fax 0456138423) e

al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (tel. 045 807 5026; fax 045 807 5003).

Oltre all'usuale modulo di notifica, per tutti i casi accertati di meningite batterica e malattia invasiva da meningococco, a conclusione dell'iter diagnostico il medico del reparto deve compilare la scheda di sorveglianza speciale.

MISURE DI PROFILASSI (PROTEZIONE DEI CONTATTI)

La segnalazione di un sospetto clinico di sepsi meningococcica o di meningite a liquor torbido, sia con identificazione rapida degli antigeni capsulari del meningococco sia senza identificazione rapida di altro agente causale, deve essere trattata come una urgenza e pertanto devono essere attivate immediatamente le misure di profilassi.

L'**indagine epidemiologica** è volta ad identificare i contatti stretti da sottoporre a chemioprophilassi o a sorveglianza sanitaria; pertanto devono essere individuati i **conviventi e coloro che hanno avuto contatti stretti** con l'ammalato nei **10 giorni** precedenti la data della diagnosi. I 10 giorni sono il tempo massimo previsto per la sorveglianza sanitaria, tenuto conto del massimo periodo di incubazione della malattia. Qualora al momento dell'identificazione fossero già trascorsi 10 giorni dall'ultimo contatto, i soggetti esposti non sono più considerati a rischio.

Sorveglianza sanitaria: per 10 giorni, sui contatti familiari, scolastici, di lavoro: gli individui esposti che presentino febbre devono essere subito visitati; se indicata, deve essere instaurata terapia antibiotica adeguata.

Per attivare la sorveglianza sanitaria devono essere informati i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri delle persone esposte e, nel caso risiedano in altre ASL, i rispettivi Servizi di Igiene Pubblica.

CHEMIOPROFILASSI

Devono essere sottoposti a chemioprolifassi solo coloro che sono considerati “**ad alto rischio**”.

Poiché l’incidenza dei casi secondari tra i contatti è concentrata nei primi giorni dopo l’inizio della sintomatologia del caso indice, la chemioprolifassi, nelle persone ad alto rischio, va iniziata il più presto possibile. Per quanto riguarda il periodo di tempo entro il quale sottoporre a chemioprolifassi i contatti ad “alto rischio”, quest’ultimo si stabilisce in **48 ore** dall’ultimo contatto con il caso indice(8). Per i contatti ad alto rischio individuati dopo le 48 ore non si procede alla chemioprolifassi ma solamente alla sorveglianza sanitaria.

Persone ad alto rischio: Chemioprolifassi raccomandata

- contatti conviventi;
- contatti dei bambini degli asili nido: sono considerati ad alto rischio tutti i presenti, anche il personale di assistenza;
- contatti dei bambini di scuole materne: sono considerati ad alto rischio solo i bambini della sezione, e quelli che hanno condiviso con il caso indice il locale di riposo pomeridiano e la mensa, con il possibile scambio di stoviglie; il personale non è da considerare a rischio;
- Soggetto che ha mangiato o dormito frequentemente nella stessa abitazione del paziente indice (in questo gruppo sono incluse le persone che frequentano dormitori, collegi, caserme e affini).
- Contatti non protetti durante intubazione endotracheale o respirazione bocca-bocca.
- Soggetti esposti a diretto contatto con le secrezioni del paziente affetto attraverso baci, condivisione dello spazzolino da denti, delle posate.
- Qualora non fosse individuato il sierotipo, devono essere sottoposti a chemioprolifassi anche coloro che risultassero già vaccinati, poiché i vaccini disponibili non immunizzano contro il sierotipo B.

Persone a basso rischio: Chemioprolifassi non raccomandata

- Alunni e studenti di scuole elementari, medie inferiori e superiori, università;
- Contatto casuale: nessuna storia di esposizione diretta alle secrezioni orali del malato, per esempio colleghi di lavoro;
- Contatto indiretto: contatto esclusivamente con un soggetto ad alto rischio.
- Personale di assistenza che non è stato direttamente esposto alle secrezioni orali del paziente.

Esposizione durante la frequenza di altre collettività: piscine, palestre, discoteche, ecc; andrà di volta in volta valutata, con il Servizio di Igiene Pubblica, l’entità del rischio sulla base dell’intimità del contatto.

CHEMIOPROFILASSI: SCHEMI ANTIBIOTICI

a) Infezione invasiva da Meningococco, accertata o sospetta:

Il farmaco di scelta è la **Rifampicina**.

Lo schema consigliato è di 10 mg/Kg (massimo 600 mg) ogni 12 ore per 2 giorni, per os.

Per i lattanti di meno di un mese la dose è dimezzata (5 mg/Kg x 2 volte al dì x 2 giorni).

Per gli adulti la dose è di 600 mg per 2 volte al giorno per 2 giorni.

Lo schema di 20 mg/Kg una volta al giorno per 4 giorni, utilizzato nei casi dovuti all'HIB, si è rivelato anch'esso efficace per la prevenzione della malattia da meningococco.

La chemiopprofilassi con rifampicina, farmaco di prima scelta, va limitata ai soli casi considerati ad alto rischio. Poiché il suo uso è stato associato a comparsa di ceppi resistenti, questo farmaco non è raccomandato per una profilassi di massa.

I prodotti commerciali contenenti Rifampicina sono i seguenti:

Rifadin[®]: 8 cps 300 mg; 8 conf. 450 mg; 8 conf 600 mg; scir. 60 ml 2%;

Rifapiam[®]: 8 cps 300 mg; 8 cps 600 mg

Altri farmaci:

Ceftriaxone (Rocefin[®]) in singola somministrazione IM: 125 mg per i bambini di meno di 12 anni; 250 mg per quelli di più di 12 anni e negli adulti; la sua efficacia è confermata solo per i ceppi di gruppo A, ma è probabile che sia simile anche nei confronti degli altri gruppi; può essere utilizzato in stato di gravidanza.

Ciprofloxacina (Ciproxin[®], **Flociprin**[®]) 500-750 mg in dose singola per os; non è consigliata sotto i 18 anni poiché danneggia le cartilagini di coniugazione, nelle donne in gravidanza o che allattano.

Farmaci alternativi debbono essere utilizzati solo in caso di provata sensibilità del ceppo ed in situazioni che ostacolano l'uso dei farmaci di prima scelta.

Schema raccomandato per la chemiopprofilassi nei contatti ad alto rischio (da Red Book)

Lattanti, bambini, adulti	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Rifampicina ¹⁾	≤ 1 mese	5 mg/kg PO ogni 12 ore	2 giorni	Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni antiepilettici e anticoagulanti; può colorare le lenti a contatto morbide
	>1 mese	10 mg/kg (max 600 mg) PO ogni 12 ore.	2 giorni	
	adulti	600 mg PO ogni 12 ore	2 giorni	
Ceftriaxone	≤ 12 anni	125 mg IM	Dose singola	Per ridurre il dolore dovuto all'iniezione, diluire con lidocaina all'1%.
	> 12 anni	250 mg IM	Dose singola	
Ciprofloxacina ¹⁾	≥ 18 anni	500-750 mg PO	Dose singola	Non raccomandato per l'utilizzo <18 anni, in gravidanza e durante l'allattamento

1) Non utilizzare nelle donne in gravidanza per il rischio teratogeno.

Vista l'efficacia della profilassi, la vaccinazione in genere non è raccomandata. (6)

b) Infezioni invasive da HIB: (1)

Un'attenta osservazione dei contatti esposti tra i familiari, negli asili nido è essenziale: i bambini esposti che sviluppano una malattia febbrile devono essere prontamente valutati da un medico.

Indicazioni per la chemioprolifassi per i contatti : Rifampicina, somministrata per os una volta al dì, per 4 giorni, alla dose di 20 mg/kg, con dose massima di 600 mg/die.

Chemioprolifassi raccomandata: la profilassi con rifampicina è raccomandata, indipendentemente dall'età, per tutti i contatti familiari qualora, oltre al caso indice, ci sia almeno un bambino di età <48 mesi, non vaccinato o incompletamente vaccinato o immunodepresso (cioè con rischio di fallimento della vaccinazione);

La chemioprolifassi non è raccomandata per le famiglie in cui non vi sia un componente di età <48 mesi (oltre al caso indice) o se tutti i membri siano immunocompetenti e/o completamente vaccinati.

Asili nido e scuole materne: quando nella comunità si siano manifestati **due o più casi** di malattia invasiva nell'arco di 60 giorni e siano presenti bambini non vaccinati o con ciclo vaccinale incompleto si raccomanda la somministrazione di rifampicina a tutti i bambini e al personale.

I bambini non vaccinati oltre alla profilassi devono essere sottoposti anche a vaccinazione.

c) Infezioni invasive da Pneumococco:

Sulla base dei dati disponibili la chemioprolifassi non è raccomandata per i contatti di bambini con malattie invasive da pneumococco, indipendentemente dalla condizione vaccinale (1).

INDAGINI SU CONTATTI E FONTI DI INFEZIONE

Culture di routine di tamponi faringei o naso faringei non hanno utilità per decidere chi deve ricevere la chemioprolifassi, in quanto lo stato di portatore varia e non vi è relazione tra quel che viene trovato nella popolazione in condizioni normali e in corso di epidemie.

INTERVENTI SULL'AMBIENTE

Il meningococco è un germe molto sensibile alle variazioni di temperatura e all'essiccamento per cui è sufficiente procedere ad una accurata pulizia degli oggetti contaminati dalle secrezioni del naso e della gola del malato e ad una prolungata aerazione degli ambienti: nell'insieme meningococco, streptococco, HIB sono batteri delicati ed esigenti che facilmente muoiono fuori dall'organismo umano(9).

Pertanto non è di alcuna utilità la disinfezione e la chiusura di locali comuni, quali le scuole, dove si sia manifestato un caso di malattia invasiva .

IMMUNOPROFILASSI

L'immunizzazione attiva con i vaccini attualmente disponibili conferisce una immunità in cui la latenza della risposta sembra essere di circa 10 giorni. Pertanto questo tipo di profilassi non risulta efficace per proteggere i contatti con il caso indice, mentre potrebbe rivelarsi utile qualora si manifestasse l'esigenza di interrompere una epidemia.

Vaccino antimeningococcico: da qualche anno per l'infanzia è disponibile il vaccino solo per la prevenzione della malattia da meningococco di gruppo C. Questo vaccino è costituito dal

polisaccaride della capsula del batterio “coniugato” con una proteina che permette l’induzione di memoria immunitaria oltre allo sviluppo di anticorpi di breve periodo: la vaccinazione è raccomandata quando l’incidenza sia >10 casi / 100.000 abitanti, nell’arco di tempo di 3 mesi. (5). Dai due anni di età in poi può essere somministrato anche un vaccino contenente i soli polisaccaridi della capsula dei meningococchi A, C, Y, W135. Il vaccino è protettivo contro più sierogruppi di meningococco (tuttavia non importanti in Italia), ma conferisce un’immunità di breve durata (~3 anni). Non è stato ancora allestito un vaccino efficace contro le infezioni da sierogruppo B, che attualmente nel nostro paese rappresentano circa la metà dei casi.

Vaccino antipneumococcico: da qualche anno è disponibile un vaccino per l’infanzia, costituito dagli antigeni polisaccaridici coniugati di 7 sierotipi, che protegge quindi contro la malattia invasiva per l’ 80% circa dei sierotipi responsabili di infezioni della prima infanzia (4); Oltre i 2 anni di età può essere utilizzato anche un vaccino contenente i polisaccaridi di superficie, non coniugati, di 23 sierotipi di pneumococco: questo vaccino conferisce una immunità di breve durata. Si tratta di un vaccino che da alcuni anni viene somministrato alle persone di età ≥65 anni e alle persone con malattie croniche (in particolare asplenia e deficit immunitari).

Le vaccinazioni antimeningococcica e antipneumococcica possono essere considerate molto importanti per bambini appartenenti a gruppi ad alto rischio (asplenia anatomica o funzionale, deficit di componenti terminali del complemento) e anche come completamento della chemioprophilassi, nel caso di epidemie sostenute da sierogruppi presenti nel vaccino. Nella regione Veneto queste due vaccinazioni sono offerte gratuitamente ai bambini di età <36 mesi che frequentino comunità infantili.

Vaccino anti-HIB: da alcuni anni viene offerto in forma attiva e gratuita a tutti i nuovi nati: può essere somministrato in associazione alle altre vaccinazioni della prima infanzia (vaccino esavalente) o anche in formulazione singola: il ciclo di base del primo anno comprende tre dosi.

Per informazioni più dettagliate sulle singole vaccinazioni si rimanda alle indicazioni ministeriali e regionali.

PROTOCOLLO INFORMATIVO

La meningite batterica è una malattia acuta, quasi sempre ad esordio improvviso, caratterizzata da febbre, cefalea intensa, rigidità nucale, nausea, vomito.

Può essere causata principalmente da tre diversi germi: meningococco (o Neisseria Meningitidis), pneumococco (o Streptococcus Pneumoniae) Haemophilus Influenzae tipo B (HIB)

Meningococco: diplococco Gram negativo, di cui sono stati identificati diversi sierogruppi. L’infezione di solito causa soltanto una rino-faringite acuta oppure una infezione sub-clinica della mucosa rino-faringea. Una piccola percentuale di soggetti sviluppa la meningite o la sepsi e spesso anche esantema, che all’inizio può essere orticarioide e poi maculopapulare o petecchiale. Nei casi fulminanti possono verificarsi porpora e coagulazione intravascolare disseminata, shock, coma e morte. L’infezione meningococcica può essere complicata da artrite, miocardite, pericardite. Il periodo di incubazione varia da 1 a 10 giorni, solitamente è inferiore a 4 giorni.

La trasmissione avviene per contatto diretto da persona a persona, a partire da un portatore sano più spesso che da un malato, attraverso le goccioline respiratorie, o le secrezioni orali infette.

La contagiosità del malato cessa 24 ore dopo l'inizio di un adeguato trattamento antimicrobico.

Il 5 - 10% di soggetti della popolazione generale possono essere portatori asintomatici, con colonizzazione naso-faringea da *N. meningitidis*; in alcuni casi tale prevalenza può superare il 25% senza che si abbiano casi di meningite.

Non sempre i segni di meningite da meningococco sono distinguibili da quelli della meningite acuta causata da altri microrganismi.

Haemophilus Inflenzae tipo B (Hib): era la causa più frequente di meningite nei bambini di età inferiore a 2 anni prima dell'estensione della vaccinazione a tutti i nuovi nati; i bambini non vaccinati di età <4 anni sono a rischio aumentato di infezione invasive da Hib, specie se vivono a contatto prolungato (es. in casa) con un bambino che abbia presentato un'infezione invasiva: da quando è stato introdotto l'uso esteso del vaccino coniugato contro l'Hib l'incidenza delle infezioni invasive nei lattanti e nei bambini piccoli è diminuita di circa il 99%. (1)

Periodo di incubazione: non noto, probabilmente breve, 2-4 giorni. (6)

Pneumococco: oltre a meningite e batteriemia, può provocare altre infezioni: è la causa più frequente di otite media acuta, sinusite, polmonite. La meningite pneumococcica si può sviluppare come malattia primaria, senza segni di interessamento di altre sedi, ma più spesso origina per diffusione da focolai di otite, mastoidite o sinusite, o consegue a fratture craniche inapparenti; più raramente l'infezione meningea proviene per via ematogena da altre localizzazioni (polmonite, endocardite, peritonite).

Periodo di incubazione: breve, 1-3 giorni; varia a seconda del tipo di infezione; (1, 4)

Sono stati identificati più di 80 diversi sierotipi: si stima che i 10 sierotipi più comuni provochino più del 60% delle malattie invasive nelle diverse età.

Gli pneumococchi sono abituali ospiti del tratto respiratorio e possono essere isolati dal naso-faringe degli adulti con una frequenza che può variare dal 5 al 70% dei soggetti sani.(4)

EPIDEMIOLOGIA

Le infezioni meningococciche sono diffuse in tutto il mondo. L'incidenza maggiore si ha durante l'inverno e la primavera.

La malattia meningococcica, colpisce maggiormente i bambini con meno di 5 anni: il picco di frequenza si ha tra i 3 e i 5 mesi (1); inoltre, si manifesta spesso in bambini e giovani adulti, e in particolare tra giovani adulti, specie se vivono in condizioni di sovraffollamento, come caserme e comunità chiuse.

L'incidenza della meningite da meningococco in Italia è bassa rispetto al resto dell'Europa (3-6 casi/1.000.000 abitanti, rispetto alla media europea di 14,5 casi ogni 1.000.000 di abitanti), con circa 200 casi segnalati ogni anno.

Nella popolazione generale esiste una consistente proporzione di soggetti che sono colonizzati dal batterio nel rino-faringe, i cosiddetti portatori sani.

La prevalenza di portatori sani è assai variabile in rapporto a fattori diversi, quali le aree geografiche, le condizioni socio-economiche e di densità di popolazione, l'età dei soggetti. Essa può oscillare entro limiti ampi, dall'1-2% fino al 15-20% della popolazione sana, salvo raggiungere livelli assai elevati (60-70%) in comunità chiuse.

In confronto ai portatori sani il numero di casi di malattia è molto piccolo; non sono noti i fattori che scatenano la malattia. Data la frequenza con cui possono essere identificati dei portatori sani, la loro ricerca non è consigliata per chiarire l'origine del contagio di casi sporadici di malattia.

La meningite pneumococcica è diffusa in tutto il mondo; è prevalente soprattutto nei bambini tra i 2 mesi e i 3 anni di età, nelle persone anziane e in alcuni gruppi ad alto rischio (soggetti asplenicici, o affetti da immunodeficienze congenite o acquisite, ...). Le infezioni pneumococciche sono più frequenti in inverno, e le infezioni virali delle alte vie respiratorie, come l'influenza, rappresentano un fattore predisponente (1).

La meningite da Haemophilus è diffusa in tutto il mondo; in Europa colpisce soprattutto i bambini di 6-12 mesi di età; rara dopo i 5 anni; come già accennato, l'uso esteso della vaccinazione ha drasticamente diminuito l'incidenza di questa malattia.

Al di fuori dell'organismo gli agenti causali delle meningiti batteriche e della malattia meningococcica presentano scarsissima resistenza agli agenti fisici ambientali (luce solare, essiccamento, ecc.) ed ai comuni disinfettanti. Pertanto è priva di utilità la disinfezione degli ambienti frequentati dal malato prima della comparsa della malattia.

La probabilità di osservare casi secondari dopo il caso indice di malattia meningococcica, da dati americani, è stata stimata essere di circa 1 caso su 250 (= 4 su 1000) soggetti esposti nell'ambito familiare; tale stima risulta essere 500-800 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Nella casistica italiana il numero di casi secondari è molto basso: meno del 2% di tutti i malati notificati. Tale bassa percentuale può essere anche in parte spiegata dalla efficacia della profilassi post-esposizione effettuata tempestivamente (entro le 48 ore dall'ultimo contatto).

I soggetti con deficit immunitari presentano un aumentato rischio di malattia: in particolare le persone con deficit di fattori terminali del complemento (C5-C9), carenza di C3 o properidina e quelle con asplenia anatomica o funzionale hanno un particolare rischio di contrarre un'infezione invasiva; anche la positività per HIV sembra essere una condizione favorente le forme gravi.

Il decorso è notevolmente influenzato dalla terapia: nella maggior parte dei casi si ha rapida guarigione senza postumi. La malattia conserva una letalità piuttosto elevata (5-10%) soprattutto nelle forme cliniche con sepsi.

DIAGNOSI

Viene confermata dall'isolamento del microrganismo da un sito normalmente sterile (liquor o sangue). L'ulteriore caratterizzazione del ceppo in tipo e sub-tipo viene effettuata presso l'Istituto Superiore di Sanità ed è utile a determinare la circolazione degli stessi batteri.

Con tecniche di agglutinazione al latex è anche possibile identificare nel liquor i polisaccaridi meningococcici gruppo-specifici o pneumococcici e quindi effettuare in pochi minuti una diagnosi etiologica. La ricerca degli antigeni nel liquor è un test rapido con buona sensibilità e specificità. Questi esami possono essere utili in pazienti ai quali siano stati somministrati antibiotici prima di ottenere un campione per la coltura. In caso di mancata positività successivi ulteriori accertamenti di conferma possono essere richiesti all'Istituto Superiore di Sanità, dove viene effettuato un saggio PCR su un campione di liquor per la ricerca di materiale genetico del meningococco.

Bibliografia essenziale:

- 1) American Academy of Pediatrics -Committee on Infectious Diseases: RED BOOK 2009; Settima Edizione Italiana - Pacini Editore;
- 2) Barbuti S. et al: Igiene e Medicina Preventiva ; Monduzzi Ed. (Quinta Edizione 2004)
- 3) CDC: Prevention and control of meningococcal disease, Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR; 2000; vol. 49 / No. RR-7;
- 4) CDC: Epidemiology and Prevention of Vaccine- Preventable Diseases (The Pink Book); 8th Edition 2nd Printing (January 2005)
- 5) CDC: Prevention and control of meningococcal disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR, 2005, vol.54 / No RR7;
- 6) Heynemann D. Manuale per il controllo delle Malattie Trasmissibili; 18^a Edizione 2004; DEA Ed
- 7) Moroni M, Esposito R, De Lalla F: Malattie Infettive, 6a Edizione 2003 - Masson
- 8) WHO: Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque: guide pratique; OMS, (WHO/EMC/BAC/98.3) 1998;
- 9) CDC: Laboratory Methods for the Diagnosis of Meningitis; agosto 1998;

Ci è stato segnalato un caso di sospetta meningite batterica, comparsa in un bambino frequentante questo asilo nido.

La meningite è una infezione delle meningi, cioè delle membrane che rivestono il cervello e il midollo spinale. Può essere provocata da diversi germi, tra i quali la *Neisseria Meningitidis* (o meningococco) è uno dei più importanti per la possibilità di causare epidemie.

Questo germe infetta solo l'uomo e si trasmette da una persona ad un'altra attraverso le goccioline di saliva, emesse parlando o con la tosse, e attraverso le secrezioni nasali o faringee.

Il contagio di solito causa una infezione senza sintomi o con sintomi molto modesti (simile a raffreddore).

La frequenza maggiore si ha durante l'inverno e la primavera e in Italia la malattia compare con una frequenza di 3-6 casi ogni milione di abitanti.

Al di fuori dell'organismo il meningococco presenta scarsissima resistenza agli agenti fisici ambientali (luce solare, essiccamento, ecc.) ed ai comuni disinfettanti. Pertanto è priva di utilità la disinfezione degli ambienti frequentati dal malato (scuola, abitazione, ...) prima della comparsa della malattia; è invece importante aerare abbondantemente i locali .

Allo scopo di evitare anche il già basso rischio che la malattia possa essere trasmessa a coloro che sono stati a stretto contatto con il malato, si consiglia di somministrare, a scopo preventivo, l'antibiotico adatto a tutti i bambini che frequentano lo stesso asilo nido, alla dose di 5 mg/kg ogni 12 ore per due giorni. Pertanto siete invitati a rivolgerVi al pediatra di Vs figlio, che è già stato informato e che potrà fornire ulteriori spiegazioni.

Questa profilassi è utile quando viene iniziata entro 48 ore dall'ultimo contatto; passato questo periodo si riduce il rischio che compaiano casi secondari di malattia.

La frequenza scolastica può continuare normalmente, dato che queste precauzioni eliminano ogni rischio di contagio.

Eventuali chiarimenti su questa malattia possono essere richiesti anche al Vostro Distretto Sanitario.

NB. Per i bambini che sono inviati a casa con il pulmino è bene fare una comunicazione diretta per telefono.

Allego al protocollo:

- 1 – scheda predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità, per la sorveglianza delle meningiti batteriche;
- 2 – Istruzioni per l'invio dei ceppi batterici (meningococco ed Haemophilus) , sempre all'I.S.S , con scheda informativa per ogni campione inviato.