



MALATTIA MENINGOCOCCICA INVASIVA

Le misure di profilassi nella gestione del focolaio

LA PROPOSTA DELL'AULSS 3 SERENISSIMA



Venezia 8 giugno 2017



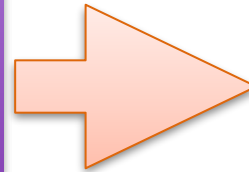
Dr. Tea Burmaz
Tea.Burmaz@aulss3.veneto.it

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

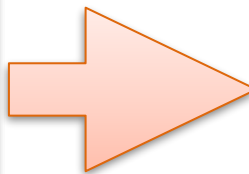


Obiettivo

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. 51)

Recommendations

Control and Prevention of Meningococcal Disease

Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices

Guidance for public health management of meningococcal disease in the community



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



Materiali e metodi

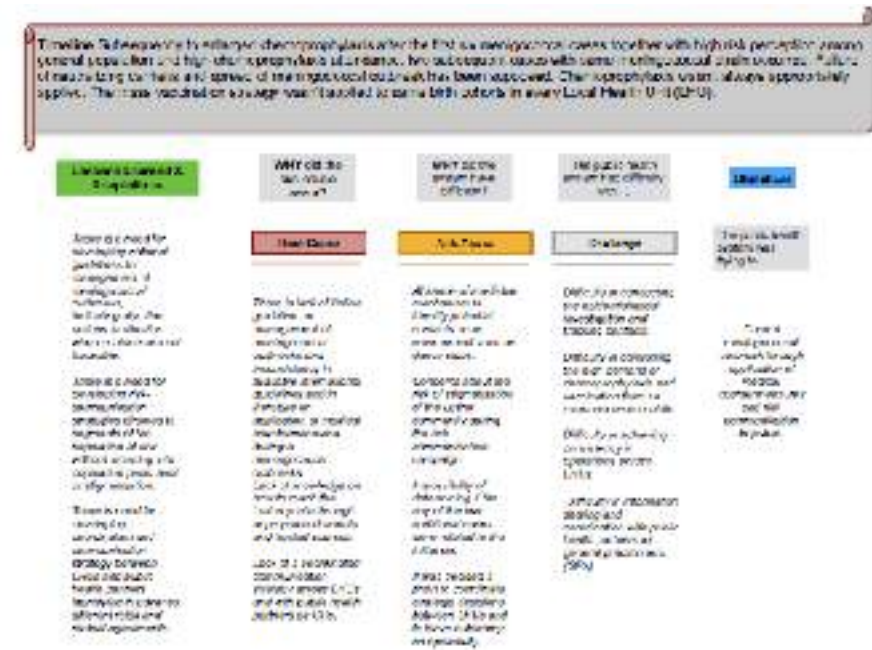
Confronto di linee guida internazionali sulla gestione del focolaio di MMI

- 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



3. La gestione dell'outbreak

3.1. La gestione delle epidemie regionali, provinciali, comunali e intercomunali

3.1.1. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.1. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.2. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.3. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.4. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.5. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.6. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.7. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.8. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.9. La gestione delle epidemie regionali

3.1.1.10. La gestione delle epidemie regionali

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



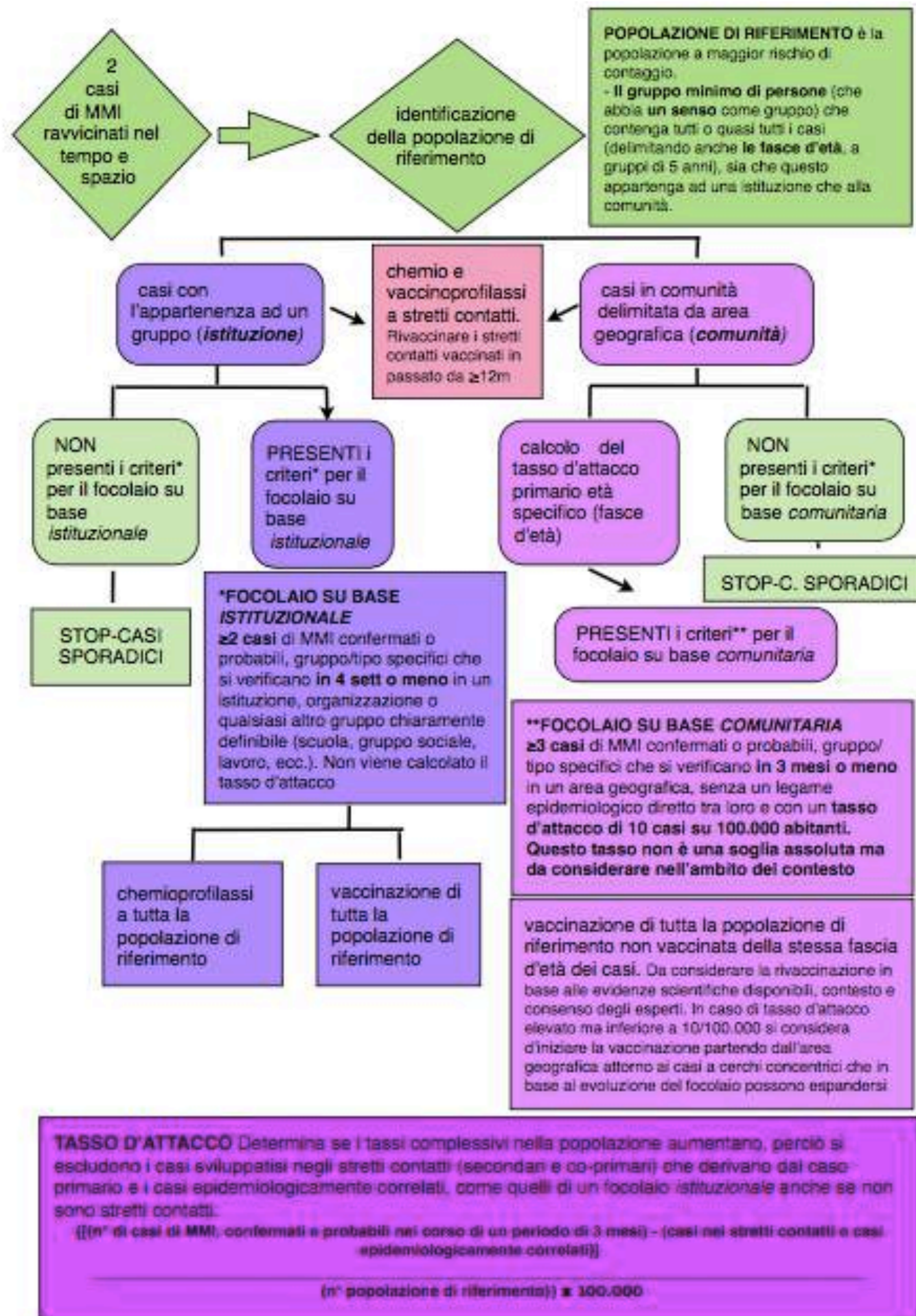
**Malattia meningococcica nelle
ULSS12, 13 e 14;**

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

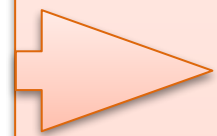
In caso di 2 o più casi di MMI ravvicinati nel tempo e spazio si valuta:

- 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.

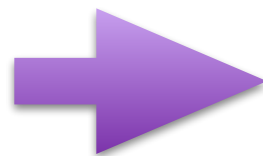
Calcolo del tasso d'attacco

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!

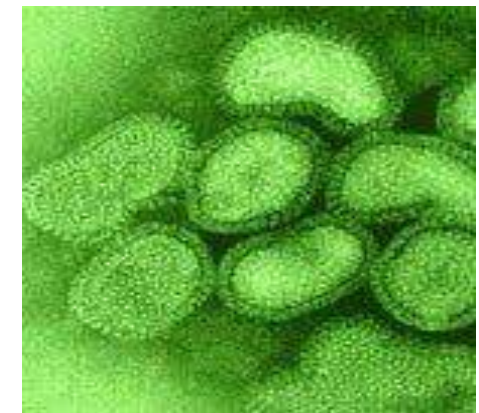
MALATTIA MENINGOCOCCICA INVASIVA

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