



Potenza 11 agosto 2016

Prot. n. 129110 /13A2

Al Sig. Direttore Generale
dell'Azienda Sanitari locale di Potenza
protocollo@pec.aspbasilicata.it;

Al Sig. Direttore Generale
dell'Azienda Sanitari locale di Matera
asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it;

Al Sig. Direttore Generale
dell'AOR San Carlo di Potenza
aosancarlo@cert.ruparbasilicata.it;

E, p.c. Al Sig. Presidente della Regione Basilicata
Al Sig. Assessore alle Politiche della Persona
LORO SEDI

TRASMISSIONE A MEZZO P.E.C. (*Posta Elettronica Certificata*)

(Valida a fini legali, DPR n.68 dell'11/2/2005, DLgs n.82 del 7/3/2005, "Codice dell'Amministrazione Digitale")

OGGETTO: Circolare Ministeriale prot. n. 0005783-01/03/2016 – DGPRES-COD_UO-P avente ad oggetto : **Malattia invasiva da Meningococco C in Toscana – Potenziamento della segnalazione dei casi e indicazione per chi si reca in Toscana.**

Si conferma il contenuto della nota trasmessa in data 04.03.2016, prot. n. 38575/13A2, a firma dello scrivente, ritenendo ancora valide a tutt'oggi le motivazioni contenute nella stessa.

Distinti saluti.

Il Dirigente Generale
Donato Pafundi



DEPARTAMENTO POLITICHE DELLA PERSONA
DIREZIONE GENERALE
R. DIRIGENTE GENERALE

Viale Venezia, 9 - 85100 POTENZA
Tel. 0971425221 - Fax 0971425222
dg_asp@regione.basilicata.it
www.asp.medicina.fiscale.it
PEC: aspmf@regione.basilicata.it

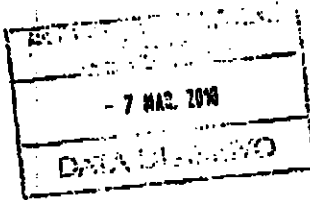
Potenza

04 MAR 2016

Prot. n. 38575/13A2

Rif. nota

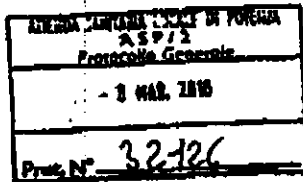
All. n. 1



Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Toscana, 2
85100 Potenza
E mail gianni.bochicchio@aspbasilicata.it

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescuglioso, 20
75100 Matera
E mail piero.quinto@asmbasilicata.it

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo"
Via P. Petrone
85100 Potenza
E mail dirgen@ospedaleunicarlio.it



TRASMISSIONE ESCLUSIVAMENTE A MEZZO POSTA ELETTRONICA
(ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7/3/2005, "Codice dell'Amministrazione Digitale")

OGGETTO: Circolare Ministeriale prot. n. 0005783 - 01/03/2016 - DGPRE-COD_UO-P avente ad oggetto: Malattia invasiva da Meningococco C in Toscana - Potenziamento della segnalazione dei casi e indicazioni per chi si reca in Toscana.

In riferimento all'aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco C (meningiti e sepsi), registrati in alcune aree della Toscana in numero notevolmente elevato ma sostanzialmente superiore rispetto all'anno, che si sta protracendo, si fa presente che a tutti gli Assessorati è pervenuta la Circolare Ministeriale prot. n. 0005783 - 01/03/2016 - DGPRE-COD_UO-P in oggetto indicata, che si allega.

Peraltro si invia immediatamente codeste Aziende Sanitarie, per quanto di rispettiva competenza, a seguire le raccomandazioni contenute nella Circolare Ministeriale di cui trattasi per il rafforzamento delle attività di sorveglianza.

Al riguardo si ritiene opportuno di specificare che ogni caso deve essere segnalato entro 12 ore dal sanitario e/o della struttura sanitaria, che possa disporre, al servizio di igiene e sanità pubblica della competente ASL, come da protocollo per la sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo e delle meningiti batteriche in Italia, (df. Versione del 24 luglio 2015, consultabile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità).


REGIONE BASILICATADIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA
DIREZIONE GENERALE
IL DIRIGENTE GENERALEViale Veneto, 9 - 85100 POTENZA
Tel. 0971.668755 - Fax 0971.668975
dg_salute@regione.basilicata.it
sito ufficiale - www.regione.basilicata.it
PEC: sanita@cert.regione.basilicata.it

Inoltre, atteso che la stessa Circolare, con particolare riferimento alla situazione verificatasi in Toscana, raccomanda la determinazione nel più breve tempo possibile del sierogruppo di casi che dovessero verificarsi in altre Regioni italiane ed indica i successivi adempimenti da osservare se la malattia risultasse causata dal sierogruppo C, si chiede di sapere se e quali laboratori ospedalieri siano in grado di effettuare tale determinazione e si sottolinea che, nel caso non vi fosse tale disponibilità in loco, si dovrà procedere sollecitamente all'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).

Dato atto altresì che la medesima Circolare riporta che "per i 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 fa presente che, allo stato, occorre vaccinare con vaccino antimeningococcico tetravalente:

- A) in forma gratuita e su richiesta, gli studenti lucani fuori sede iscritti alle Università presenti sul territorio toscano, previa presentazione di un documento di iscrizione valido per l'anno in corso;
- B) con compartecipazione al costo della vaccinazione (come da tariffario per le prestazioni vaccinali ex DGR n. 1072/2015), le persone che frequentano per svariati motivi il territorio toscano in modo ricorrente o continuativo.

Si sottolinea anche l'importanza della pronta segnalazione degli eventi avversi a vaccinazione, inclusi i fallimenti vaccinali, così come ribadito nella Circolare in questione.

Si invitano infine le SS.LL. a dare la massima diffusione della presente nota presso i servizi aziendali interessati.

Distinti saluti.

Il Dirigente Generale
Dott. 



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 protrando 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 chemioprophilassi 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.ianazzo@iss.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 Interferenti

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

PARTIE A: Dati del denunciante del caso

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

PARTIE B: Anamnesi 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/amicci/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 completo	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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PARTIE C: Stato vaccinale e esposizioni

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

	SI	NO	n.l.	Data 1° dose	Data 2° dose	Data 3° dose	Data 4° dose
MenB	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> n.l.	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
MenC	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> n.l.	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
MenACWY	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> n.l.	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

PARTIE 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: ____/____/____

	SI	NO
E.2. Fattori di rischio clinici		
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"/>
Riceverne 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/corticosteroides)	<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"/>
Defetti congeniti del complemento (C5-C9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defetti dei toll like receptors di tipo 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defetti della porperlina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre condizioni cliniche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Specificare

	SI	NO	Se SI, Specificare dove indicato
E.3. Fattori di rischio comportamentali			
Consumo frequente di Alcol	<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"/>	Indicare tipo:
Consumo di droghe nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicare sig./die:
Fumo attivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esposizione fumo passivo in ambienti di vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicare numero:
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:
Frequenziazione di clubs/fores/discos/pubs/bars etc. nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicare numero:
Frequenziazione di cinema/teatri/spettacoli/etc. nel mese precedente l'insorgenza dei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicare numero:
Frequenziazione di gruppi sportivi/ricreativi (palestre/squadre/squadranti olistici/corsi vari/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:

PARTI E: QUADRO CLINICO E MICROBIOLOGICO

F.1 Data inizio sintomi: ___/___/___ F.2 Data ospedalizzazione: ___/___/___ F.3 Data dimissione: ___/___/___ F.4 Ospedale: _____

F.5 Raporto: _____ F.6 Outcome Ancora in trattamento Vivo senza complicanze Vivo con complicanze, Specificare _____

Deceduto, Se Si indicare: data decesso ___/___/___ Causa decesso _____

F.7 Sintomatologia

- Febbre: _____ °C Nausea/vomito Difficoltà respiratoria Dolore osseo
- Mal di gola / corizza Diarrea Perdita tono muscolare Irritabilità
- Fotofobia Rash/peleccchie Stato di incoscienza Mal di testa
- Rigidità collo/ruoca Stato confusionale Convulsioni Altro _____

F.8 Tipo d'infezione causata

- Sepsi Epiglottite Meningite Peritonite Polmonite Batterica Pericardite Cellulite Artrite Settica/Osteomielite
- Altro _____

F.9 Esame clinico-fisico del liquor: Non eseguito Eseguito, Data ___/___/___ SE eseguito: Aspetto torbido Aspetto limpido Aspetto purulento

Conta leucociti _____ per mm³ (Neutrofil _____ % Linfociti _____ %) Conta globuli rossi _____ per mm³ Proteine _____ mg/dl Glucosio _____ mmol/l

LCR lattato _____ mg/dl Pressione _____ mm H₂O SE eseguiti: Hb: _____ g/dl conta leucociti _____ x10⁹/L conta neutrofil _____ x10⁹/L

F.10 Esami ematoclinici: Non eseguito Eseguito, Data ___/___/___ SE eseguiti: Hb: _____ g/dl conta leucociti _____ x10⁹/L

Piastine _____ 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 Serogrupo e Multilocus sequence typing _____

F.15 Analisi Genomica ISS _____

F.16 Farmacorresistenza Si No Se Si specificare _____