

IL DIRETTORE GENERALE SANITÀ E
POLITICHE SOCIALI
TIZIANO CARRADORI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2014. 0453242

del 27/11/2014



Circolare n. **24**

Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica
Ai Direttori dei Laboratori di Analisi Chimicoclinica
e Microbiologia e dei Laboratori di Microbiologia delle
Aziende Usl, Ospedaliere e IOR
Al Direttore dell'Unità Operativa di Microbiologia
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Ai Referenti aziendali della sorveglianza
delle Malattie Infettive
Ai Referenti per il sistema "ALERT"
Alle Unità Operative di Malattie Infettive, di
Pediatria, di Neonatologia e di Rianimazione
delle Aziende Sanitarie

della **Regione Emilia-Romagna**

e p.c. Al Responsabile
Area di programma Rischio Infettivo
Agenzia sanitaria e sociale regionale

Oggetto: **Aggiornamento del sistema di sorveglianza regionale delle malattie invasive batteriche (MIB)- nuove indicazioni.**

La segnalazione

- **Tutti i casi di malattia invasiva batterica:** meningiti, sepsi, altre forme invasive batteriche sono eventi oggetto di ***segnalazione rapida*** da parte dei clinici al **Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL** (tramite la Direzione Sanitaria dell'Ospedale se trattasi di paziente che accede ad un Ospedale).

La segnalazione

Malattie invasive da Streptococco di gruppo B:

- i neonatologi e i pediatri che rilevano casi di malattia invasiva batterica da GBS li segnalano tempestivamente (immediatamente o al massimo entro 12 ore):
 - al Servizio competente del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUsI come da normativa vigente (“Scheda di segnalazione di Malattia Infettiva - SSCMI”)
 - al Referente del Gruppo di studio regionale per la prevenzione delle infezioni da GBS presso la Neonatologia di Modena tramite l'apposita scheda già in uso (allegato n.4),

La notifica alla Regione

- I Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende UsI notificano alla Regione **tutte le malattie invasive batteriche**, anche sospette, tramite il sistema informatizzato SMI.
- Gli operatori dei DSP eseguono l'inchiesta epidemiologica e compilano **la scheda di sorveglianza** prevista dal "Sistema di Sorveglianza delle Malattie Invasive Batteriche" - revisione 2014 per:
 - malattia invasiva da *Neisseria meningitidis*,
 - malattia invasiva da *Haemophilus influenzae*,
 - malattia invasiva da *Streptococcus pneumoniae*
 - meningite da *Listeria monocytogenes*,
 - meningite da Streptococco di gruppo B o GBS (*Streptococcus agalactiae*)
 - meningite da Streptococco di gruppo A o GAS (*Streptococcus pyogenes*),
 - qualsiasi altro caso di meningite o meningoencefalite di natura batterica.

Istituto Superiore di Sanità

**PROTOCOLLO PER LA SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE
MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO ED
EMOFILO E DELLE MENINGITI BATTERICHE IN ITALIA**

Versione 19 settembre 2014



SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE BATTERICHE

Azienda: _____ Distretto: _____

Data segnalazione al Servizio Igiene e Sanità Pubblica: gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato il |__|__|__|__|__|__| a: Comune _____

Sesso M F

Residenza: Comune _____ Provincia _____ Regione _____

Domicilio abituale: Via _____

Comune _____ Provincia _____ Regione _____

Occupazione: Studente Militare Sanitario

Altro specificare: _____

DATI EPIDEMIOLOGICI E CLINICI

Data inizio sintomi: |__|__|__|__|__|__| Comune _____ Provincia _____

Quadro clinico: Sepsi Meningite Polmonite batteriemia Cellulite Epiglottite
 Peritonite Pericardite Artrite settica/osteomielite

Sintomi : *da compilare solo se malattia batterica invasiva da Neisseria meningitidis:*

Segni meningei Eruzione emorragica Shock settico Artrite settica

Ricovero: Sì No se Sì, Data di ricovero |__|__|__|__|__|__|

Ospedale di ricovero: _____ Reparto: _____

AGENTE EZIOLOGICO

Agente eziologico per Malattia Batterica Invasiva (MIB):

Neisseria meningitidis* Streptococcus pneumoniae* Haemophilus influenzae*

Altro agente eziologico causante Meningite batterica:

Streptococco di gruppo A Streptococco di gruppo B (GBS) Listeria monocytogenes
 Mycobacterium tuberculosis Altro agente batterico _____

Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)

* Se tipizzato specificare il sierogruppo: _____

STATO VACCINALE

Da compilare solo se malattia batterica invasiva da *Neisseria meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*:

Il paziente è **vaccinato** per l'agente in causa? Sì regolarmente o parzialmente No Non noto

Se Sì, Tipo di vaccino _____ Data |_|_| |_|_| |_|_|_| - |_|_| |_|_| |_|_|_| - |_|_| |_|_| |_|_|_|

Tipo di vaccino _____ Data |_|_| |_|_| |_|_|_| - |_|_| |_|_| |_|_|_| - |_|_| |_|_| |_|_|_|

Tipo di vaccino _____ Data |_|_| |_|_| |_|_|_| - |_|_| |_|_| |_|_|_| - |_|_| |_|_| |_|_|_|

CONTATTI

Collettività frequentata nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi: Sì, frequenta Sì, vive No Non noto

Se Sì specificare:

Asilo nido

Scuola

Caserma

Struttura sanitaria

Residenza assistita

Altro _____

Viaggi all'estero nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi: Sì No Non noto

Se Sì specificare dove: _____

Da compilare solo se malattia batterica invasiva da *Neisseria meningitidis*:

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia?

Sì (confermato)

Sì (sospetto)

No

Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?

Sì

No

se Sì, **dove:**(comune o stato estero) _____

Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?

Sì

No

se Sì, **quale** _____

PATOLOGIE PREDISPONENTI

Patologie/ condizioni predisponenti: Sì No Non noto

Se Sì specificare:

Asplenia anatomica/funzionale

Trapianto d'organo solido

Mal.polm cron.gravi con ins.resp.

Perdite di liquor congenite o acquisite

Altre malattie polmonari croniche

Immunodeficienza congenita/acquisita

Impianto cocleare

Cirrosi/Epatopatie croniche

Deficit fattori del complemento

Insufficienza renale cronica/Dialisi

Diabete mellito in labile compenso

Emoglobinopatie

Leucemie/linfomi

Cardiopatie croniche

Trapianto di midollo osseo

Neoplasie diffuse

Residenza in struttura

Altro _____

ESITI

Condizioni del paziente al momento della segnalazione: In trattamento Deceduto

Condizioni del paziente dopo 15 giorni dalla segnalazione: Guarito In trattamento Deceduto

SENSIBILITA' DEL CEPPO

Sensibilità del ceppo: S=sensibile – I=Intermedio – R=resistente

Penicillina

S

I

R

Ciprofloxacina

S

I

R

Clindamicina

S

I

R

Erytromicina

S

I

R

CRITERI DIAGNOSTICI

Esame chimico-fisico del liquor: Purulento Torbido Limpido Non eseguito Non noto

DIAGNOSI DI LABORATORIO	NEISSERIA MENINGITIDIS	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	HAEMOPHILUS INFLUENZAE	ALTRO AGENTE CAUSANTE MENINGITE BATTERICA
<input type="checkbox"/> ESAME COLTURALE <input type="checkbox"/> Liquor..... <input type="checkbox"/> Sangue..... <input type="checkbox"/> Liquido pleurico..... <input type="checkbox"/> Liquido peritoneale..... <input type="checkbox"/> Liquido pericardio..... <input type="checkbox"/> Placenta..... <input type="checkbox"/> Liquido sinoviale <input type="checkbox"/> Materiale autoptico da sito sterile..... <input type="checkbox"/> Petecchie cutanee.....	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Liquor..... <input type="checkbox"/> Sangue..... <input type="checkbox"/> Liquido pleurico..... <input type="checkbox"/> Liquido peritoneale..... <input type="checkbox"/> Liquido pericardio..... <input type="checkbox"/> Placenta..... <input type="checkbox"/> Liquido sinoviale <input type="checkbox"/> Materiale autoptico da sito sterile..... <input type="checkbox"/> Petecchie cutanee.....	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RICERCA ANTIGENI <input type="checkbox"/> Liquor..... <input type="checkbox"/> Liquido pleurico..... <input type="checkbox"/> Liquido peritoneale..... <input type="checkbox"/> Liquido pericardio..... <input type="checkbox"/> Placenta..... <input type="checkbox"/> Liquido sinoviale	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ESAME MICROSCOPICO DIRETTO <input type="checkbox"/> Liquor.....	POS NEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Data |__|_|-|__|_|-|__|_|_|

(Firma e timbro dell'operatore del SISP)

La notifica alla Regione

- I flussi proseguono mantenendo per ora l'invio cartaceo.
- Il sistema informatizzato SMI genera automaticamente la segnalazione rapida (alert) verso la Regione nei casi richiesti.

Diagnosi di laboratorio

I laboratori delle Aziende sanitarie devono proseguire l'invio al laboratorio di riferimento regionale di:

- **ceppi isolati sia da sangue che da liquor**
 - *Streptococcus pneumoniae*,
 - *Haemophilus influenzae*,
 - *Neisseria meningitidis*,
 - *Listeria monocytogenes*,
 - *Streptococcus agalactiae*,
 - *Streptococcus pyogenes*
- **liquor risultati negativi all'esame colturale,**
- **sangue** (nelle forme gravi di infezione batterica invasiva nelle quali vi è forte sospetto di eziologia da meningococco o da emofilo e si teme una risposta negativa all'emocoltura es. uso di antibiotico in precedenza)

Tutti i campioni devono essere accompagnati dall'apposita "Scheda invio campioni biologici al laboratorio di riferimento regionale"

Diagnosi di laboratorio

Tutti i campioni devono essere accompagnati dalla “Scheda invio campioni biologici al laboratorio di riferimento regionale”

Il laboratorio di riferimento regionale invia il referto dei liquor e del sangue sui quali viene eseguita PCR per la diagnosi eziologica ai laboratori invianti, al Servizio di Igiene e Sanità pubblica della provincia interessata e al Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna **entro 48 h dal ricevimento.**

Inoltre effettua trasmissioni trimestrali degli esiti delle sierotipizzazioni sia ai laboratori invianti che al Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna.

SCHEDA INVIO CAMPIONI BIOLOGICI AL LABORATORIO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Azienda USL / Ospedaliera di _____

Ospedale _____ Città _____

Nome del referente del laboratorio _____

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____

DATI INDIVIDUALI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Data di nascita ____/____/____

Reparto di ricovero _____

Data di accettazione del campione ____/____/____

Codice di laboratorio del campione _____

CEPPO ISOLATO DA: Liquor Sangue Altro

Se altro specificare _____

- CEPPO ISOLATO:**
-
-
- Neisseria meningitidis*
-
-
- Streptococcus pneumoniae*
-
-
- Haemophilus influenzae*
-
-
- Listeria monocytogenes*
-
-
- Streptococcus agalactiae*
-
-
- Streptococcus pyogenes*

Il ceppo è stato tipizzato? SI NO

Se SI indicare il risultato della tipizzazione _____

e il metodo utilizzato per la tipizzazione _____

Se il liquor è purulento o torbido, in assenza di isolamento:Metodo diagnostico utilizzato: Coltura Test di ricerca dell'antigene

Altro (specificare) _____

Se sangue:Altro metodo diagnostico utilizzato: Coltura Test di ricerca dell'antigene

Altro (specificare) _____

Data invio del CEPPO / LIQUOR / SANGUE al Laboratorio di Riferimento ____/____/____

Nome e Cognome dell'operatore _____

Definizione di caso

HAEMOPHILUS INFLUENZAE, MALATTIA INVASIVA (*Haemophilus influenzae*)

Criteri clinici

Non pertinenti a fini di sorveglianza.

Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti due criteri:

- isolamento dell'*Haemophilus influenzae* da un sito solitamente sterile,
- identificazione dell'acido nucleico dell'*Haemophilus influenzae* in un sito solitamente sterile.

Criteri epidemiologici N. A.

Classificazione dei casi

A. Caso possibile N. A.

B. Caso probabile N. A.

C. Caso confermato

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio.

Definizione di caso

MALATTIA INVASIVA DA MENINGOCOCCO (*Neisseria meningitidis*)

Criteri clinici

Qualsiasi persona che presenti almeno uno dei seguenti sintomi:

- segni meningei,
- eruzione emorragica,
- shock settico,
- artrite settica.

Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti quattro criteri:

- isolamento della *Neisseria meningitidis* da un sito solitamente sterile, o dalle lesioni cutanee purpuriche,
- identificazione dell'acido nucleico della *Neisseria meningitidis* in un sito solitamente sterile o nelle lesioni cutanee purpuriche,
- identificazione dell'antigene della *Neisseria meningitidis* nel liquido cerebrospinale (LCS),
- identificazione di diplococco Gram-negativo nel liquido cerebrospinale (LCS).

Criteri epidemiologici

Correlazione epidemiologica mediante trasmissione interumana.

Classificazione dei casi

A. Caso possibile

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

B. Caso probabile

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica.

C. Caso confermato

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio.

Definizione di caso

MALATTIE INVASIVE DA PNEUMOCOCCO (*Streptococcus pneumoniae*)

Criteri clinici

Non pertinenti a fini di sorveglianza.

Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti tre criteri:

- isolamento dello *Streptococcus pneumoniae* da un sito solitamente sterile,
- identificazione dell'acido nucleico dello *Streptococcus pneumoniae* in un sito solitamente sterile,
- identificazione dell'antigene dello *Streptococcus pneumoniae* in un sito solitamente sterile.

Criteri epidemiologici N. A.

Classificazione dei casi

A. Caso possibile N. A.

B. Caso probabile N. A.

C. Caso confermato

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio.

Definizione di caso

N.B.

- La **polmonite batteriémica** (polmonite + presenza di Pneumococchi nel sangue senza sintomi di sepsi) definita nella nuova scheda dall'ISS risponde ad una forma clinica che l'ECDC definisce **sepsi** per la presenza di Pneumococchi nel sangue (indipendentemente dalla clinica che non viene considerata pertinente ai fini della sorveglianza). Pertanto tali forme saranno riclassificate come **sepsi + polmonite**.
- La **rilevazione dell'antigene urinario** non rappresenta un criterio per la definizione di malattia invasiva da *Streptococcus pneumoniae*. Infatti questo metodo, che viene utilizzato soprattutto per la diagnosi di polmonite pneumococcica, non discrimina tra polmonite batteriémica (che fa parte delle malattie invasive da pneumococco) e polmonite non batteriémica, che non è considerata una malattia invasiva.

Definizione di caso

MENINGITI DA ALTRO AGENTE BATTERICO

Almeno uno dei seguenti criteri di laboratorio:

- a) isolamento di un agente batterico da liquor;
- b) rilevamento di antigeni in liquido cerebrospinale;
- c) presenza di acido nucleico di un agente batterico nel liquor

Definizione di caso

LISTERIOSI (*Listeria monocytogenes*)

Criteri clinici

Qualsiasi persona che presenti almeno una delle seguenti tre manifestazioni:

1. **Listeriosi del neonato** caratterizzata da

parto di feto morto

O

almeno una delle seguenti cinque manifestazioni nel primo mese di vita:

- granulomatosi infantisettica,
- meningite o meningoencefalite,
- setticemia,
- dispnea,
- lesioni cutanee, mucose o congiuntivali.

2. **Listeriosi in gravidanza** caratterizzata da almeno una delle seguenti tre manifestazioni:

- aborto, morte fetale, parto di feto morto o parto prematuro,
- febbre,
- sintomi di tipo influenzale.

3. **Altre forme di listeriosi** caratterizzate da almeno una delle seguenti quattro manifestazioni:

- febbre,
- meningite o meningoencefalite,
- setticemia,
- infezioni localizzate quali artrite, endocardite e accessi.

Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti due criteri:

- isolamento della *Listeria monocytogenes* da un sito solitamente sterile,
- isolamento della *Listeria monocytogenes* da un sito solitamente non sterile in un feto, un feto nato morto, un neonato o nella madre entro 24 ore dal parto.

Criteri epidemiologici

Almeno una delle seguenti tre correlazioni epidemiologiche:

- esposizione a una fonte comune,
- trasmissione interumana (trasmissione verticale),
- esposizione ad alimenti o ad acqua da bere contaminati.

Informazioni supplementari

Periodo di incubazione 3-70 giorni, generalmente 21 giorni.

Classificazione dei casi

A. **Caso possibile** N. A.

B. **Caso probabile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica.

C. **Caso confermato**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio,

O

qualsiasi madre il cui feto, feto nato morto o neonato presenti un caso di listeriosi confermato in laboratorio.

Definizione di caso

MALATTIA INVASIVA DA STREPTOCOCCO DI GRUPPO B (*Streptococcus agalactiae*) NEL LATTANTE

Criteria clinici

- a. Malattia precoce (1-6 giorni) caratterizzata da : sepsi, distress respiratorio, apnea, shock, polmonite e meningite
- b. Malattia tardiva (7 giorni-90 giorni) caratterizzata da: batteriemia, meningite, altre infezioni focali

Criteria di laboratorio

Almeno uno dei seguenti:

- 1) Isolamento di Streptococco di gruppo B (*Streptococcus agalactiae*) da un sito normalmente sterile (es sangue o liquido cefalorachidiano)
- 2) Individuazione dell'acido nucleico di Streptococco di gruppo B (*Streptococcus agalactiae*) in un sito normalmente sterile
- 3) Rilevamento dell'antigene di Streptococco di gruppo B (*Streptococcus agalactiae*) in un sito normalmente sterile

Classificazione dei casi

A. Caso possibile N. A.

B. Caso probabile

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti positività al rilevamento dell'antigene di Streptococco di gruppo B (*Streptococcus agalactiae*) in un sito normalmente sterile

C. Caso confermato

Qualsiasi persona che soddisfi uno dei primi 2 criteri di laboratorio,

Definizione di caso

MALATTIA INVASIVA DA STREPTOCOCCO DI GRUPPO A (*Streptococcus pyogenes*)

Criteri clinici

La malattia invasiva può manifestarsi con:

- a. Shock tossico streptococcico:
 - ipotensionepiù due o più dei seguenti segni:
 - insufficienza renale, coagulopatia, funzionalità epatica alterata, sindrome da distress respiratorio nell'adulto, rash eritematoso generalizzato
- b. Necrosi dei tessuti molli: fascite necrotizzante, miosite, gangrena
- c. Meningite

Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti:

- Isolamento di Streptococco di gruppo A (*Streptococcus pyogenes*) da un sito normalmente sterile (es sangue, liquor, o meno frequentemente liquido pleurico, liquido pericardico, liquido peritoneale, biosia di tessuti profondi (muscolo, osso), liquido articolare)
- Isolamento di Streptococco di gruppo A (*Streptococcus pyogenes*) da un sito normalmente non sterile
- Rilevamento dell'antigene di Streptococco di gruppo A (*Streptococcus pyogenes*)

Classificazione dei casi

A. Caso possibile N. A.

B. Caso probabile

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti positività al rilevamento dell'antigene di Streptococco di gruppo A (*Streptococcus pyogenes*) in un sito normalmente non sterile o rilevamento dell'antigene di Streptococco di gruppo A (*Streptococcus pyogenes*)

C. Caso confermato

Qualsiasi persona che soddisfi il criterio di laboratorio: isolamento di Streptococco di gruppo A (*Streptococcus pyogenes*) da un sito normalmente sterile.