

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO, EMOFILO E DELLE MENINGITI BATTERICHE

Questa scheda va utilizzata per segnalare al Servizio di Igiene pubblica di competenza (entro 12 ore dalla diagnosi) i casi di malattie batteriche invasive causate da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e di meningite batterica da altro agente.

L'invio di questo modello non esonera dall'obbligo di segnalazione mediante il modello 15 del sistema di notifiche delle malattie infettive attualmente in vigore in Italia (il decreto 15/12/1990 prevede in classe II la segnalazione delle meningiti da *N. meningitidis* e in classe V le altre malattie batteriche invasive).

DATI RELATIVI COMPILATORE

Regione: _____ Data compilazione: ___/___/___
Ospedale: _____ Comune: _____
Segnalato da: Sig/Dr: _____
Telefono: ___/_____/_____ Fax: ___/_____/_____
E-mail: _____@_____

DATI DEL PAZIENTE:

Nome: _____ Cognome: _____
Sesso: M F Data di nascita: ___/___/___ Comune di residenza: _____
Codice fiscale o STP: _____ Nazionalità: _____
Data inizio sintomi: ___/___/___ Comune inizio sintomi: _____ Provincia: _____
Quadro Clinico: sepsi meningite polmonite batteriemica cellulite epiglottite
(anche più di uno) peritonite pericardite artrite settica/osteomielite
Ricoverato: Sì No se sì Data di Ricovero ___/___/___

Al momento della segnalazione il paziente è:

guarito deceduto ancora in trattamento

AGENTE EZIOLOGICO PER MALATTIA BATTERICA INVASIVA:

Neisseria meningitidis *Streptococcus pneumoniae* *Haemophilus influenzae*

Altro agente eziologico causante meningite batterica:

Micobatterio tubercolare Streptococco di gruppo B Listeria
 Altro agente batterico (specificare): _____
 Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)

FATTORI PREDISPONENTI LA MALATTIA BATTERICA INVASIVA:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asplenia anatomica/funzionale | <input type="checkbox"/> Fistole liquorali | <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza ev |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza congenita | <input type="checkbox"/> Immunodeficienza acquisita | <input type="checkbox"/> Alcolismo |
| <input type="checkbox"/> Leucemie/linfomi | <input type="checkbox"/> Insuffic. renale cronica/Dialisi | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Altre neoplasie | <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Deficit fattori del complemento |
| <input type="checkbox"/> Terapie immuno-soppressive | <input type="checkbox"/> Epatopatia | <input type="checkbox"/> Emoglobinopatie |
| <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo o di midollo | <input type="checkbox"/> Cardiopatie | <input type="checkbox"/> Altre malattie polmon. croniche |
| <input type="checkbox"/> Impianto cocleare | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema | |
| <input type="checkbox"/> Altra Condizione (_____) | | |

ESITO CONOSCIUTO DELLA MALATTIA A 14 GIORNI:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> guarito | <input type="checkbox"/> deceduto | <input type="checkbox"/> ancora in trattamento |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|

SEQUELE A 30 GIORNI DALLA DATA DI SEGNALAZIONE (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

- Perdita anche parziale dell'udito
- Perdita anche parziale della vista
- Danni neurologici compresi quelli motori
- Amputazioni
- Necrosi e cicatrici a livello cutaneo
- Altro, specificare (_____)

CONTATTI E FOCOLAIO EPIDEMICO (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H. influenzae*):

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente:

è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia? No Si (confermato) Si (sospetto)

Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?

No Si Se, si, dove: _____

Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?

No Si Se, si, quale _____

Comunità frequentate:

Nido Scuola materna Scuola Ospedale Caserma

Altra comunità _____

STATO VACCINALE (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*)

Vaccinato per l'agente in causa? No Si regolarmente o parzialmente Informazione non disponibile

Se "Si regolarmente o parzialmente", compilare la tabella seguente solo per la vaccinazione contro l'agente responsabile del caso.

N. della dose	Data somministrazione	Nome commerciale

Note relative alla vaccinazione:

Vaccinato regolarmente si intende un individuo che ha effettuato il ciclo completo di vaccinazione e i relativi richiami (se necessari) e che si ritiene quindi potenzialmente protetto. L'informazione deve essere controllata sull'anagrafe vaccinale o equivalente. In caso di dubbio inserire nelle note.

DIAGNOSI DI LABORATORIO

Persona di contatto nel laboratorio di diagnosi: _____ Tel. _____

Email: _____@_____

Ospedale/laboratorio: _____

Data prelievo del primo campione risultato positivo : ___/___/___

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

<i>Neisseria meningitidis</i>			
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> esame microscopico diretto
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> petecchie cutanee	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR

<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR

<i>Haemophilus influenzae</i>			
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura		<input type="checkbox"/> PCR

<i>Qualunque altro agente causante meningite batterica</i>			
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR

E' stata eseguita la tipizzazione? (solo se malattia invasiva da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H.influenzae*)

SI NO se SI siero gruppo/sierotipo _____

In quale laboratorio è stata effettuata?

- Laboratorio Riferimento regionale
- Altro, specificare (_____)

INDICAZIONE TECNICHE PER LA PREPARAZIONE ED INVIO DEGLI ISOLATI E CAMPIONI CLINICI AL LABORATORIO DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

CEPPI BATTERICI

Si rende disponibile un corriere prepagato per il ritiro presso i laboratori collaboranti alla sorveglianza, dei ceppi di meningococco, *H. influenzae* e pneumococco.

Neisseria meningitidis/Haemophilus influenzae

Seminare il ceppo in piastra di agar cioccolato. La coltura deve essere tenuta in incubazione 18-24 ore in atmosfera arricchita di CO₂. A crescita avvenuta, la piastra deve essere immediatamente spedita affinché il ceppo resti vitale.

Streptococcus pneumoniae

E' consigliato effettuare l'invio dei ceppi su tamponi con terreno di trasporto oppure su piastre di coltura. Se conservato congelato, il ceppo deve essere seminato su piastra almeno 2 giorni prima della spedizione. La coltura deve essere tenuta in incubazione per non più di 18-20 ore. Il giorno della spedizione prelevare la crescita batterica dalla piastra con il tampone e inserire il tampone nel terreno di trasporto.

Nel caso i tamponi con trasporto non fossero disponibili, inviare due piastre di Agar Sangue per ogni ceppo: una seminata da non più di 24 ore ed una piastra appena seminata ma non incubata (è un backup in caso di ritardo nella arrivo della spedizione; può essere omessa per spedizioni in ambito locale).

CONFEZIONAMENTO DEL MATERIALE DA SPEDIRE

Confezionare il pacco utilizzando contenitori adeguati a norma di legge (circolare n.3 dell'8 maggio 2003 del Ministero della Salute) per l'invio di materiale biologico, categoria B codice UN3373. E' fatto obbligo di utilizzare un triplo imballaggio, formato da un imballo esterno, uno intermedio ed uno interno a tenuta stagna, conformi alle disposizioni vigenti, in modo da impedire la fuoriuscita del contenuto anche in caso di incidente durante il trasporto. Il pacco deve essere provvisto di un'etichetta che riporti sia il mittente (nominativo, indirizzo, telefono, e-mail) sia il destinatario (specificando nome e cognome del contatto per quel patogeno e l'indirizzo in ISS come da lista in fondo a questa scheda).

Il campione dovrà essere accompagnato da una copia della scheda di segnalazione. Il pacco deve pervenire entro 24 ore dall'invio ed entro le ore 16.30 del venerdì ai destinatari dell'ISS per non compromettere la vitalità del ceppo batterico. In caso di isolamento del ceppo il sabato, non effettuare l'invio ma, ripassare il ceppo su una nuova piastra alla riapertura del laboratorio il lunedì seguente. Da questa nuova coltura eseguire le procedure per l'invio secondo quanto sopra esposto in A e B. Il pacco deve essere trasportato a temperatura ambiente. Se il centro di riferimento regionale conserva i ceppi congelati, può inviarli direttamente congelati con spedizione periodiche in ghiaccio secco.

CAMPIONI CLINICI IN CASO DI SOSPETTA MALATTIA BATTERICA

I campioni di sangue e liquor prelevati da casi di sospetta malattia batterica invasiva saranno inviati in provette chiuse ermeticamente e seguendo le stesse modalità di confezionamento e di spedizione indicate sopra per i ceppi batterici.

ELENCO DEI REFERENTI ISS PER L'EPIDEMIOLOGIA

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS)
Reperto Epidemiologia delle Malattie Infettive
Istituto Superiore di Sanità - Viale Regina Elena 299 00161 Roma
PEC: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it
E-mail: malbattinvasive@iss.it

Fortunato D'Ancona, dancona@iss.it, tel 06 4990 4274, fax 06 4938 2444
Maria Grazia Caporali, mariagrazia.caporali@iss.it, tel 06 4990 4275, fax 06 4938 2444
Cristina Giambi, cristina.giambi@iss.it, tel 06 4990 4268, fax 06 4938 2444

ELENCO DEI REFERENTI ISS PER LA MICROBIOLOGIA

Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immuno-mediate
Istituto Superiore di Sanità
Via Castro Laurenziano 25 00161, Roma
PEC : mipi@pec.iss.it

- *Neisseria meningitidis* e campioni biologici
Paola Stefanelli, paola.stefanelli@iss.it, tel.0649902126, Fax 06 49387112
- *Streptococcus pneumoniae*
Annalisa Pantosti, annalisa.pantosti@iss.it, tel 06 4990 2852, Fax: 06 49387112
Romina Camilli, romina.camilli@iss.it , tel 06 4990 2331, Fax : 06 49387112
Contatto per l'invio dei ceppi: Fabio D'Ambrosio, tel. 06 4990 2331
- *Haemophilus influenzae*
Marina Cerquetti
marina.cerquetti@iss.it tel.06 4990 3505/2343 Fax: 06 49387112