

Malattia invasiva da meningococco (MIM)

Documento per le scuole e per le strutture di accoglienza per bambini in età prescolare

1. Aspetti sanitari

1.1 Definizione

La malattia invasiva da meningococco (MIM) si manifesta più frequentemente sotto forma di sepsi (infezione generalizzata che può interessare uno o più organi) e/o di meningite (infezione delle meningi, ossia degli involucri che rivestono il cervello e il midollo spinale e del liquido - liquor - in esse contenuti).

1.2 Agente infettivo

L'agente infettivo che causa la MIM è un **batterio** chiamato *Neisseria meningitidis*. Esistono diversi sierogruppi di meningococco, essi vengono differenziati nel modo seguente: sierogruppo A, B, C, W135, X, Y, Z.

1.3 La diffusione della malattia nel mondo

La MIM è diffusa su tutto il pianeta. L'incidenza (numero di casi) maggiore si ha durante i periodi invernali e primaverili, soprattutto in febbraio e marzo. Pur essendo una malattia che colpisce principalmente la prima infanzia, si manifesta anche in bambini, adolescenti e giovani adulti. Le situazioni di vita comunitaria favoriscono l'insorgere della malattia (es. caserme, collegi).

1.4 La diffusione della malattia in Svizzera

Nel 2021 sono stati dichiarati 8 casi di MIM (incidenza di 0,09 casi/100'000 abitanti) e 20 casi nel 2020 (incidenza di 0,23 casi/100'000 abitanti). È un numero di casi inferiore rispetto agli anni precedenti con 44 casi dichiarati nel 2019 (incidenza di 0,51 casi/100'000 abitanti) e 63 casi nel 2018 (incidenza di 0,73 casi/100'000 abitanti). La diminuzione dei casi nel 2020/2021 è dovuta verosimilmente alle misure di protezione legate alla pandemia da Coronavirus. I bambini di età inferiore ai 5 anni, in particolare al di sotto di un anno, e gli adolescenti tra 15 e 19 anni ne sono colpiti con una frequenza superiore.

Nel complesso, negli ultimi dieci anni in media quasi il 60% dei casi di MIM è stato causato da meningococchi dei sierogruppi C, W e Y, e il 40% dal sierogruppo B. Oggi i sierogruppi A e X non hanno alcuna rilevanza epidemiologica in Svizzera. Il sierogruppo B è il più frequente nei gruppi di età tra 0 e 24 anni. Negli ultimi 10 anni la letalità della malattia è stata del 7,3%.

1.5 Periodo di incubazione

L'incubazione varia da 2 a 10 giorni, più sovente è compresa tra i 3 e i 4 giorni.

1.6 Manifestazione

Si presenta spesso con un inizio improvviso, febbre, cefalea intensa, nausea, talvolta vomito, rigidità della nuca (incapacità a flettere il collo) e frequentemente un esantema (eruzione cutanea, caratterizzata dalla comparsa di macchie rosse su estese aree del corpo) con petecchie (macchie cutanee causate da piccole emorragie) o macchie rosacee o vescicole. A volte l'infezione può essere

complicata da artriti, miocarditi, pericarditi, polmoniti. La meningite causata dal meningococco è, sul piano dei sintomi, difficilmente differenziabile da meningiti causate da altri agenti infettivi.

1.7 Diagnosi

La diagnosi è confermata dal ritrovamento nel sangue o nel liquor del meningococco. Il meningococco può essere trovato anche nel materiale proveniente dalle petecchie o dal liquido articolare.

1.8 Terapia

È necessario il ricovero in ospedale, sovente nel reparto di terapia intensiva. La terapia antibiotica deve essere iniziata non appena vi è il sospetto della malattia. A dipendenza dello stato clinico saranno necessarie altre misure accompagnatorie.

1.9 Trasmissione

Il serbatoio della malattia è l'uomo e la trasmissione avviene da persona a persona.

Il contagio avviene tramite goccioline (secrezioni nasali e faringee). Il contagio può essere **diretto** (es. baci) o **indiretto** (trasmissione per goccioline). La propagazione tramite goccioline non supera il raggio di **due metri** dalla fonte. L'incidenza di casi secondari è stimata sotto il 3%.

1.10 Profilassi post-esposizione con terapia antibiotica per casi individuali (PEP)

Per ridurre il rischio di comparsa di casi secondari è proposta la somministrazione preventiva di antibiotici (profilassi post-esposizione - PEP). La PEP è indicata alle persone che hanno avuto un **contatto stretto** con il caso indice **nei 7 giorni** prima dell'insorgenza della malattia e **fino alle 24 ore** dopo l'inizio della terapia antibiotica. La PEP riduce il rischio di casi secondari nei contatti del nucleo domestico fino all'89%.

Poiché l'apparizione di casi secondari è osservata soprattutto nei primi due giorni, è essenziale somministrare la PEP **entro 24 ore** dalla diagnosi e prestare particolare attenzione alla comparsa di sintomi premonitori quali febbre e cefalea.

La somministrazione della PEP nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché negli asili nido e in altre strutture di custodia per bambini in età prescolare è decisa dal medico scolastico in accordo con il Medico cantonale, sulla base dei dati rilevati dal medico scolastico nel corso dell'indagine epidemiologica.

1.10.1 Persone che devono ricevere la PEP

Persone a stretto contatto:

- familiari e/o persone che vivono sotto lo stesso tetto;
- persone in dormitori collettivi (colonie e scuole fuori sede, collegi, caserme, centri per rifugiati, ecc.);
- contatti diretti con secrezioni rinofaringee (es. baci, rianimazione o intubazione del malato, vomito, ecc.);
- partner diretti in sport con contatto facciale molto ravvicinato (es. sport di combattimento);
- educatori e bambini nella scuola dell'infanzia, negli asili nido e in altre strutture di custodia per bambini in età prescolare.

N.B. Nessuna indicazione di PEP per il personale che non ha partecipato alla rianimazione del malato e per le persone che hanno avuto normali contatti (es. colleghi di lavoro, partecipanti ad una riunione, passeggeri di uno stesso tragitto in auto, commensali, ecc.). In principio, la frequenza della stessa classe di scuola

elementare, media o post-obbligatoria in assenza delle condizioni summenzionate per la definizione di contatto stretto non rappresenta un'indicazione alla PEP.

1.11 Vaccinazione post-esposizione nei casi individuali

Se il batterio che ha causato la MIM appartiene al sierogruppo A, C, W o Y oppure in assenza di una sierotipizzazione è possibile offrire, insieme alla PEP, una vaccinazione. Si raccomanda di vaccinare i contatti stretti ≥ 2 mesi di una persona affetta da una MIM con il vaccino coniugato MCV-ACWY se non hanno ricevuto tale vaccino negli ultimi 12 mesi.

1.12 Procedure per cluster o focolai di meningite da meningococco

Quando si parla di cluster o focolai si intende la presenza di più casi di MIM correlati per spazio e tempo.

Nelle istituzioni o negli ambienti domestici, quando si parla di **cluster** si intendono **almeno 2 casi confermati** in laboratorio, appartenenti allo stesso sierogruppo, o diversi casi probabili verificatisi entro 4 settimane e con una correlazione epidemiologica.

In una regione geografica o un distretto, quando si parla di **focolaio** si intendono **almeno 3 casi confermati** in laboratorio, appartenenti allo stesso sierogruppo, o diversi casi probabili verificatisi entro 3 mesi, ma senza correlazione epidemiologica tra di loro, cioè senza contatto stretto o altro tipo di legame (frequentazione degli stessi luoghi, ecc.).

1.12.1 Profilassi post-esposizione con terapia antibiotica (PEP) per cluster o focolai

La somministrazione della PEP è in generale uguale alla procedura dei casi individuali. In accordo con l'Ufficio del medico cantonale è necessario determinare se tutti i soggetti all'interno della struttura debbano ricevere la profilassi. Se si verificano più casi negli istituti scolastici/nelle strutture di custodia l'intera classe/l'intero gruppo interessati dovrebbero ricevere una PEP.

Se entro 28 giorni viene registrato un aumento di casi nel gruppo di contatti stretti dopo la somministrazione della PEP è da considerare la somministrazione di una profilassi con un altro antibiotico in accordo con l'Ufficio del medico cantonale.

1.12.2 Vaccinazione post-esposizione per cluster o focolai

Nel caso di **cluster** causato dal **sierogruppo B** è raccomandata la somministrazione di una vaccinazione aggiuntiva 4CMenB (Bexsero®) a i tutti soggetti dopo una valutazione dell'Ufficio del medico cantonale. La vaccinazione è "off label" tranne per la fascia d'età di 11-24 anni.

In caso di un **focolaio** in una regione geografica che **supera l'incidenza di 10 casi ogni 100'000 abitanti entro tre mesi** è necessario raccomandare la vaccinazione a un gruppo di persone più ampio con lo scopo di proteggere la popolazione. L'indicazione di una raccomandazione di vaccinazione regionale è responsabilità dell'Ufficio del medico cantonale.

2. Aspetti operativi

Ogni caso di MIM deve essere oggetto di una accurata indagine epidemiologica. È necessario insistere sull'importanza di un'indagine precoce ed esaustiva, in modo che le **persone a stretto contatto** possano beneficiare di informazione e presa a carico adeguate.

2.1 Il medico curante (ospedaliero e/o di famiglia)

Il medico curante notifica il caso immediatamente, comunque **entro 24 ore** (Ordinanza del DFI sulla dichiarazione di osservazioni relative alle malattie trasmissibili dell'essere umano del 1° dicembre 2015) al Medico cantonale, dopo aver indagato sulle persone entrate in stretto contatto con il paziente.

2.2 Il medico scolastico

Il medico scolastico è allertato dal Medico cantonale. Qualora fosse avvisato dal medico curante, il medico scolastico informa il Medico cantonale. L'indagine epidemiologica viene svolta in linea di principio dal medico scolastico designato per la zona interessata dal provvedimento, che si tratti di un istituto scolastico, di asilo nido o di altre strutture di custodia per bambini in età prescolare.

Il medico scolastico si reca nella sede scolastica o nella struttura di custodia per bambini in età prescolare e si fa carico:

- di una approfondita indagine epidemiologica;
- della definizione delle persone che devono ricevere la PEP e per le quali è raccomandata una vaccinazione associata alla PEP;
- degli aspetti informativi a docenti/educatori, genitori, allievi/bambini sulla malattia, l'importanza di misure di prevenzione di casi secondari e invitandoli a consultare un medico qualora comparissero sintomi compatibili con una MIM;
- dell'eventuale distribuzione della PEP; se necessario egli si occuperà dell'organizzazione della vaccinazione associata alla PEP.

Nei giorni festivi il medico scolastico cerca contatto con l'autorità comunale/scolastica o con la direzione della struttura per pianificare l'intervento nel minor tempo possibile.

2.3 La direzione della scuola o della struttura di custodia per bambini in età prescolare

Il coinvolgimento diretto e il sostegno attivo della direzione sono indispensabili per:

- sostenere il medico scolastico nell'indagine epidemiologica;
- aiutare il medico scolastico a stilare una lista delle persone che devono ricevere la PEP e, se del caso, la vaccinazione;
- rintracciare rapidamente le persone che devono ricevere la PEP e se del caso i loro rappresentanti legali per l'informazione;
- se del caso, con l'accordo del medico scolastico, distribuire il materiale informativo anche a persone non direttamente interessate;
- contribuire a controllare la situazione ed evitare la diffusione di timori non giustificati e a volte dannosi.

Le presenti raccomandazioni sostituiscono quelle emanate il 9 gennaio 2006 ed entrano immediatamente in vigore.

Il Medico cantonale
Giorgio Merlani

Bellinzona, 21 agosto 2023

Allegato

- scheda informativa sulla malattia invasiva da meningococco (MIM)

Bibliografia

- UFSP, *Maladies invasives à méningocoques 2007-2016*, Bollettino UFSP 2018; 5: 12-20
- UFSP, *Directives et recommandations - Vaccination contre les méningocoques du sérotype C*, 05/2006
- UFSP, *Protezione contro le malattie invasive da meningococchi: adattamento delle raccomandazioni relative alla vaccinazione*, Bollettino UFSP 2018; 46: 22-29
- UFSP, *Complemento alla raccomandazione di vaccinazione contro i meningococchi: vaccinazione contro i meningococchi B per le persone con maggiore rischio di malattia*, Bollettino UFSP 2022; 21: 8-14
- UFSP, *Procedura a seguito di contatto con un caso di malattia invasiva da meningococco (MIM): Sintesi delle raccomandazioni*, Bollettino UFSP 2022; 20: 8
- UFSP, *Procedura dopo il contatto con una persona affetta da malattia invasiva da meningococco (MIM): indicazioni per la chemiopprofilassi post-esposizione e la vaccinazione*, Bollettino UFSP 2022; 20: 9-14
- National Reference Center for Meningococci, *Annual Report of the Swiss National Reference Center for Meningococci*, 2020