

**AZIENDA SANITARIA LOCALE di PESCARA**

**MISURE DI  
PREVENZIONE E CONTROLLO  
DELLE MENINGITI/SEPSI  
BATTERICHE**

Coordinatrice Gruppo Operativo Epidemiologico Aziendale (G.O.E.) Dott.ssa Dalia Palmieri	Direzione Sanitaria 18.02.2013
Responsabile Servizio Disinfezioni Aziendale – Componente G.O.E. Giuseppe Garofalo	<b>IL COORDINATORE DIREZIONI MEDICHE OSPEDALIERE</b> ... (Dott. Valerio Cortesi)
Responsabile Gruppo Operativo Epidemiologico Aziendale (G.O.E.) Dr. Valerio Cortesi	
Presidente del Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (C.C.I.C.A.) Dr. Giustino Parruti	



**AZIENDA SANITARIA LOCALE**

**Direzione Sanitaria Aziendale**

Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara

Tel. 085 425 3005 - Fax. 085 425 3073

E-mail. segreteria\_ds@ausl.pe.it

Prot. n. 112/DS

Pescara, 11 Marzo 2013

Ai Direttori di Dipartimento  
Ai Dirigenti Medici  
Ai Coordinatori Infermieristici  
Reperti e Servizi PP.OO.  
Ai Direttori Medici PP.OO.  
Al Coordinatore Distretti

**Oggetto:** Trasmissione "Misure di prevenzione e controllo delle meningiti/sepsi batteriche".

In allegato alla presente si provvede a trasmettere copia del documento contenente le "Misure di prevenzione e controllo delle meningiti/sepsi batteriche", predisposto da questa Direzione Sanitaria attraverso i propri organismi dedicati (GOE e CCICA).

Il documento, basato sull'evidenza scientifica ed aggiornato ai più recenti indirizzi nazionali ed internazionali sull'argomento, rappresenta un ulteriore passo in avanti nella gestione più corretta delle problematiche di natura infettiva, che stanno purtroppo assumendo importanza crescente, specie in ambiente ospedaliero.

E', pertanto, assolutamente necessario che detto documento sia sempre presente ed immediatamente disponibile presso ogni reparto, servizio ed ambulatorio di diagnosi e cura a livello aziendale, al fine di evitare pericolosi "vuoti" procedurali in caso di accertata/sospetta meningite/sepsi e creare, di conseguenza, potenziali danni a carico di operatori e pazienti.

Il documento assume valore di **procedura obbligatoria per tutti gli operatori a livello aziendale** e la sua inosservanza comporterà l'adozione di adeguati provvedimenti disciplinari a carico degli inadempienti.

Si raccomanda la massima e più fattiva collaborazione da parte di tutti.

Cordiali saluti.

Il Coordinatore delle  
Direzioni Mediche Ospedaliere  
Dot. Valerio Cortesi

Il Direttore Sanitario Aziendale  
Dott. Fernando Guarino

**MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE  
MENINGITI/SEPSI BATTERICHE**

La **Meningite** è un'infezione delle membrane (le meningi) che avvolgono il cervello e il midollo spinale. La malattia è, generalmente, di origine infettiva e può essere **virale**, **batterica** o causata da **funghi**. Si associa spesso a manifestazioni di **Encefalite**, che derivano dalla più o meno estesa compartecipazione della corteccia cerebrale sottostante al processo infiammatorio ed all'infezione delle meningi. Vi sono poi forme di encefalite che si manifestano senza compartecipazione delle meningi o con solo minima compartecipazione; possiamo pertanto avere **meningiti**, **meningo-encefaliti** o **encefaliti**. In generale, le encefaliti "pure" sono ematogene e come tali non contagiose.

Il problema del controllo della contagiosità delle meningiti e meningo-encefaliti, in ambito ospedaliero, è facilmente sintetizzabile: i problemi potenzialmente seri sono circoscrivibili all'assistenza intensiva, della prima fase di soccorso, ai pazienti con **meningite meningococcica** (NEJM 2003). Tutte le altre fattispecie, sebbene tuttora normate in modo molto accurato dalle disposizioni vigenti, e non modificate, in tema di Sanità Pubblica, a livello mondiale non hanno comportato problemi di rilievo clinico negli ultimi anni. Pertanto, di seguito sono indicate le Misure appropriate per la gestione della fase di isolamento di tutte le sindromi meningee, fino all'esclusione della presenza di una forma meningococcica, e quelle ovviamente opportune per il management di un caso accertato di **meningite meningococcica**.

Si ribadisce, dunque, che **tutte le altre forme di meningite e meningo-encefalite** (da pneumococco, emofilo, listeria ed altre) **non rappresentano un problema rilevante sotto il profilo igienistico** e vanno **gestite usando le ordinarie Precauzioni Standard** per il controllo della diffusione delle malattie in ambito ospedaliero.

La **Sorveglianza** viene attuata **in tutte le forme invasive batteriche**, sia con quadro di Meningite che di sepsi. Nei casi di **Meningite batterica**, senza precisa identificazione eziologica, si **attuano le misure preventive previste per le forme meningococciche** che, in genere, sono quelle a maggior rischio epidemico. I batteri che sono più frequentemente causa di Meningite sono la *Neisseria meningitidis* (meningococco), l'*Haemophilus influenzae tipo b* (emofilo o Hib) e lo *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco).

La meningite da *Neisseria meningitidis* è l'**unica** che può rappresentare un **rischio reale per la salute dell'Operatore sanitario**.

La meningite da *Haemophilus influenzae tipo b* riguarda quasi esclusivamente soggetti in età pediatrica. La meningite da *Streptococcus pneumoniae* è, in genere, conseguenza di interessamento meningeo secondario a processi infettivi che partono dalle vie aeree o dall'orecchio e, come tale, non è trasmissibile da persona a persona.

### MISURE DI ISOLAMENTO IN OSPEDALE

**Anche solo nei casi sospetti di Meningite/sepsi**, le misure di prevenzione e controllo prevedono interventi nei confronti del *soggetto malato* (isolamento e uso di dispositivi di protezione individuale) fino all'esclusione della forma meningococcica, e nei confronti dei *contatti* (identificazione e gestione dei contatti) solo in caso di una confermata sepsi/meningite da Meningococco, allo scopo di interrompere la potenziale catena di trasmissione della malattia da esso causata.

Il medico che pone il sospetto ed il personale infermieristico in servizio devono:

- **disporre** l'isolamento respiratorio del paziente ed adottare
  - Precauzioni Standard
  - Precauzioni Aggiuntive per la prevenzione della trasmissione attraverso droplet;
- **provvedere ad eseguire, o a far eseguire, una rachicentesi diagnostica, dopo l'esclusione di ipertensione endocranica**, per conferma o esclusione della forma meningococcica.

**Nessun provvedimento urgente è necessario nei confronti dei contatti**, che andranno sottoposti a chemioprophilassi solo nel caso di confermata meningite meningococcica; non sussiste l'urgenza di un provvedimento in forza dei tempi di incubazione e di patogenesi della meningite. Si ribadisce che l'unico vero provvedimento di supporto e tutela, nei confronti dei contatti e del paziente, è il **tempestivo raggiungimento della diagnosi mediante rachicentesi**.

**È responsabilità di tutto il Personale sanitario e del Personale addetto alla sanificazione ambientale** rispettare le indicazioni di Isolamento ed utilizzare correttamente i Dispositivi di Protezione Individuale nelle fasi in cui questi sono indicati.

### Precauzioni Standard

Rappresentano le precauzioni da utilizzare per l'assistenza di tutti i pazienti in Ospedale, senza tener conto della loro diagnosi o stato presunto di infezione, con l'obiettivo di ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi in Ospedale, sia da fonti note che non note.

### Precauzioni per la trasmissione tramite droplet

In aggiunta alle *Precauzioni Standard*, nel caso di quadri anche solo sospetti di meningite/sepsi batterica, il Personale sanitario che assiste il paziente deve utilizzare le *Precauzioni Aggiuntive* previste per evitare la trasmissione da droplet.

### Collocazione del paziente

Ogni caso sospetto di Meningite, o accertato di meningite meningococcica, deve essere immediatamente collocato in **isolamento respiratorio da droplet** per prevenire la trasmissione di goccioline infette nell'ambiente.

Collocare il paziente in una stanza singola, dotata di servizi igienici propri, ed apporvi una segnalazione che indichi l'isolamento da droplet (G.O.E\_ Cartello\_isolamento\_droplet).

L'isolamento respiratorio da **droplet** deve essere attuato :

- fino a **24 ore** dall'inizio del trattamento antimicrobico ritenuto più efficace nel caso di *Neisseria Meningitidis*;
- fino a **24-48 ore** dopo l'inizio di adeguata terapia antimicrobica nel caso di *Haemophilus influenzae*.

**Effettuare la sanificazione continua** dei secreti naso-faringei e degli oggetti da essi contaminati.

**Ridurre al minimo indispensabile il numero delle persone** che ha accesso alla stanza di isolamento.

### Dispositivi di protezione individuale (DPI)

Indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (camice monouso, copricapo, guanti e mascherina chirurgica) *prima di entrare nella stanza* del paziente.

Quando si è **a meno di 1 metro di distanza dal paziente**, indossare **occhiali protettivi** o uno **schermo facciale**.

### Trasporto del paziente

**Limitare il movimento e il trasporto del paziente** al di fuori della stanza ai soli scopi essenziali (es. esecuzione di esami diagnostici non differibili e non eseguibili nella stanza di isolamento come la TC del cranio, che dovrebbe sempre precedere la rachicentesi diagnostica).

Per il trasporto del paziente in radiologia o in altri ambiti, è comunque sufficiente, per la protezione dei contatti, far **indossare al paziente una mascherina chirurgica** che copra bocca e naso.

Informare, **preventivamente**, il Personale della U.O./Servizio presso la quale il paziente viene trasferito, per le opportune misure precauzionali da adottare.

### Meningite o sepsi da MENINGOCOCCO

#### DESCRIZIONE CLINICA

Quadro clinico di Meningite e/o setticemia caratterizzato da febbre e rigidità nucale che può evolvere rapidamente in porpora fulminante, shock e decesso o da esordio brusco con shock settico, porpora, coma e decesso entro alcune ore, nonostante una adeguata terapia.

#### AGENTE EZIOLOGICO

*Neisseria Meningitidis*: diplococco Gram-negativo con 13 sierogruppi, di cui i più coinvolti nelle forme sistemiche sono: A,B,C,Y e W135. In Italia e in Europa i sierogruppi B e C sono i più frequenti.

#### NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

Classe 2a Meningite e classe 5a altre forme DM/90 – inserimento SIMIWEB, da effettuarsi immediatamente od entro 48 ore, per via telefonica o a mezzo fax, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica competente.

#### DIFFUSIONE

Nel nostro Paese l'incidenza maggiore si ha da fine inverno a inizio primavera e, più del 95% dei casi, si manifesta in forma non epidemica. La malattia colpisce particolarmente i bambini, ma non mancano casi nei giovani e negli adulti.

#### FONTE DI INFEZIONE

**Uomo sia malato che portatore.** Il tasso di portatori asintomatici, con colonizzazione del nasofaringe, può raggiungere il 5% - 10% della popolazione (fino al 25% tra i 15 e i 19 anni).

### **MODALITÀ DI TRASMISSIONE**

Per **contatto diretto** attraverso **goccioline (droplets) nasali e faringee** da persone infette.  
L'infezione di solito causa soltanto una naso-faringite acuta oppure un'infezione sub-clinica della mucosa naso-faringea.

### **PERIODO DI INCUBAZIONE**

Da 2 a 10 giorni, mediamente 3-4 giorni.

### **PERIODO DI CONTAGIOSITÀ**

Per tutto il periodo in cui il batterio è presente nelle secrezioni naso-faringee **del paziente non trattato; 24-48 ore dopo** l'avvio di un trattamento antibiotico appropriato.

### **PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO**

**Isolamento respiratorio da droplet** da attuarsi non appena venga avanzato il sospetto di meningite batterica e, comunque, fino a 24-48 ore dall'inizio del trattamento antimicrobico.

### **PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DI CONVIVENTI E CONTATTI**

- **Sorveglianza sanitaria** dei contatti e conviventi per **10 giorni**.
- **Chemioprofilassi**: la letteratura evidenzia un rischio elevato solo per le persone che convivono negli stessi spazi confinati dove si è verificato il caso di Meningite meningococcica (ad esempio l'ambiente familiare), dunque, è importante che i **contatti stretti dei malati** effettuino una **chemioprofilassi**.  
Il rischio di ammalarsi, infatti, è più alto nei primi 7 giorni (fino a 300 volte) dopo che si è verificato il caso e decade rapidamente durante le settimane successive.

**I contatti occasionali** con il caso indice **non sono considerati rilevanti**.

**N.B.** In ambito sanitario, per **contatti stretti** si intendono gli **Operatori** che hanno assistito direttamente, in maniera ripetuta e ravvicinata il paziente, in particolare, se sono state eseguite manovre a rischio (broncoaspirazione, intubazione, manipolazione del tubo endotracheale, posizionamento di SNG, impostazione di aerosol-terapia), in assenza di protezione respiratoria (mascherina chirurgica).

### **MISURE DI TIPO COMPORTAMENTALE E AMBIENTALE**

- **Lavaggio antisettico delle mani**:  
principale misura comportamentale di tipo preventivo;
- **Interventi sull'ambiente**:  
gli **agenti causali della Meningite meningococcica**, al di fuori dell'organismo, sono **altamente sensibili agli agenti fisici ambientali** (luce solare, essiccamento, variazioni di temperatura), per cui è sufficiente procedere ad un'**ACCURATA PULIZIA DELLE SUPERFICI** (sanificazione continua) e ad una **PROLUNGATA AERAZIONE DEGLI AMBIENTI**, quale importante misura di prevenzione.  
**Non è necessaria la chiusura e la disinfezione (nebulizzazione) degli ambienti per prevenire altri casi.**

## Meningite o sepsi da EMOFILO

### DESCRIZIONE CLINICA

Quadro clinico caratterizzato da esordio subacuto, o solitamente brusco, con febbre, vomito, letargia, irritazione meningea, tensione della fontanella, nei neonati, o rigidità nucale e dorsale nei bimbi più grandi. Sono frequenti torpore e/o coma.

### AGENTE EZIOLOGICO

*Haemophilus influenzae*: coccobacillo Gram-negativo, di cui sono riconosciuti sei tipi, quello maggiormente coinvolto nelle infezioni invasive dei bambini è il **sierotipo b** (Hib).

### NOTIFICA

Classe 5a DM/90 – inserimento SIMIWEB, da effettuarsi immediatamente od entro 48 ore, per via telefonica o a mezzo fax, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica competente.

### DIFFUSIONE

Diffuso in tutto il mondo, colpisce soprattutto bambini dai 2 mesi ai 3 anni, raramente oltre i 5 anni.

### FONTE DI INFEZIONE

Uomo.

### MODALITÀ DI TRASMISSIONE

Attraverso **droplets** e **secrezioni naso-faringee**.

### PERIODO DI INCUBAZIONE

Mediamente 2-4 giorni.

### PERIODO DI CONTAGIOSITÀ

Per tutto il periodo di permanenza del microrganismo nelle secrezioni respiratorie **del paziente non trattato; 24-48 ore dopo** l'avvio di un trattamento antibiotico appropriato.

### PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

**Isolamento respiratorio da droplet** per **24-48 ore** dopo l'inizio di adeguata terapia antimicrobica.

### PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DI CONVIVENTI E CONTATTI

Il documento nazionale di disciplina della Sorveglianza sanitaria prevede la sorveglianza dei **contatti stretti** per almeno **10 giorni** e, **per i conviventi con meno di 6 anni**, la eventuale chemiopprofilassi, desueta di fatto, tranne che per gli immigrati non vaccinati, dopo la introduzione della vaccinazione nella popolazione italiana.

**N.B.** In ambito sanitario, per **contatti stretti** si intendono gli Operatori che hanno assistito direttamente, in maniera ripetuta e ravvicinata il paziente, in particolare, se sono state eseguite manovre a rischio (broncoaspirazione, intubazione, manipolazione del tubo endotracheale, posizionamento di SNG, impostazione di aerosol-terapia), in assenza di protezione respiratoria (mascherina chirurgica).

#### **MISURE DI TIPO COMPORTAMENTALE E AMBIENTALE**

- **Lavaggio antisettico delle mani:**

principale misura comportamentale di tipo preventivo;

- **Interventi sull'ambiente:**

gli **agenti causali delle Meningiti batteriche e della malattia meningococcica**, al di fuori dell'organismo, sono **altamente sensibili agli agenti fisici ambientali** ( luce solare, essiccamento, variazioni di temperatura), per cui è sufficiente procedere ad un'**ACCURATA PULIZIA DELLE SUPERFICI** (sanificazione continua) e ad una **PROLUNGATA AERAZIONE DEGLI AMBIENTI**, quale importante misura di prevenzione.

**Non è necessaria la chiusura e la disinfezione (nebulizzazione) degli ambienti per prevenire altri casi.**

### **Meningite o sepsi da PNEUMOCOCCO**

#### **DESCRIZIONE CLINICA**

Quadro clinico caratterizzato da esordio brusco con febbre alta, letargia oppure coma e irritazione meningea.

#### **AGENTE EZIOLOGICO**

***Streptococcus Pneumoniae***: diplococco Gram-positivo di cui sono noti 90 sierotipi, di cui 23 tipi sono responsabili di oltre il 90% delle infezioni batteriche.

#### **NOTIFICA**

Classe 5a DM/90 – inserimento SIMIWEB, da effettuarsi entro 48 ore, per via telefonica o a mezzo fax, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica competente.

#### **DIFFUSIONE**

Ha un'alta incidenza nei neonati e nella prima infanzia, negli anziani e nei soggetti immunocompromessi, soprattutto nella stagione invernale.

#### **FONTE DI INFEZIONE**

Uomo.

#### **MODALITÀ DI TRASMISSIONE**

Per **contatto diretto** attraverso **goccioline (droplets)** e **secrezioni respiratorie** da persone infette. Il contatto diretto con una persona affetta da malattia pneumococcica può determinare uno stato di portatore nasofaringeo di *S. Pneumonie* piuttosto che la malattia.

#### **PERIODO DI INCUBAZIONE**

Mediamente da 1 a 3 giorni.

#### **PERIODO DI CONTAGIOSITÀ**

Per tutto il periodo di permanenza del microrganismo nelle secrezioni respiratorie **del paziente non trattato; 24-48 ore dopo** l'avvio di un trattamento antibiotico appropriato.

#### **PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO**

**Isolamento respiratorio da droplet** fino a determinazione eziologica.

Se trattasi, invece, di *Streptococcus pneumoniae* **accertato** è prevista solo l'adozione di **Precauzioni standard**.

#### **PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DI CONVIVENTI E CONTATTI**

Non è raccomandata la chemioprolifassi nei confronti dei contatti e conviventi.

#### **MISURE DI TIPO COMPORTAMENTALE E AMBIENTALE**

##### **- Lavaggio antisettico delle mani:**

principale misura comportamentale di tipo preventivo;

##### **- Interventi sull'ambiente:**

gli **agenti causali delle Meningiti batteriche e della malattia meningococcica**, al di fuori dell'organismo, sono **altamente sensibili agli agenti fisici ambientali** ( luce solare, essiccamento, variazioni di temperatura), per cui è sufficiente procedere ad un'**ACCURATA PULIZIA DELLE SUPERFICI** (sanificazione continua) e ad una **PROLUNGATA AERAZIONE DEGLI AMBIENTI**, quale importante misura di prevenzione.

**Non è necessaria la chiusura e la disinfezione (nebulizzazione) degli ambienti per prevenire altri casi.**

### Documenti di riferimento

- *Sistema di sorveglianza Malattie Infettive*. Linee guida regionali – Direzione Politiche della Salute Regione Abruzzo (03/12/2012)
- *Protocollo Operativo in caso di meningite meningococcica* – Servizio sanitario Regionale Emilia Romagna – Dipartimento di Sanità Pubblica (2012)
- *Paziente con sospetta meningite: gestione dell'esposizione degli O.S.* – ULSS 21 Legnago (2011)
- *Misure di Prevenzione e Controllo delle Meningiti/Sepsi batteriche* – Az. Osp. SAN PAOLO (2010)
- *Malattia meningococcica e Meningiti batteriche* – U.L.S.S. 20 Verona (2010)
- *Protocollo operativo per le meningiti batteriche contagiose*- Azienda USL Roma A (2008).
- *Prevention and control of meningococcal disease*. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) – CDC (2005).