 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da Neisseria meningitidis	Pag. 1 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010


INDICE

MODIFICHE	2
SCOPO	2
CAMPO DI APPLICAZIONE	2
DEFINIZIONI	2
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	3
CONTENUTO	4
INTRODUZIONE	4
MATRICE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ.....	5
LOGIGRAMMA.....	6
<i>Comunicazione sospetto/accertato caso di infezione da Neisseria meningitidis</i>	7
<i>Misure di protezione per l'operatore</i>	7
<i>Accertamento di infezione da Neisseria meningitidis e individuazione dei lavoratori-contatto</i>	7
<i>Indicazioni alla chemiopprofilassi antibiotica e sorveglianza sanitaria</i>	8
DESCRIZIONE FARMACI E SCHEMI DI PROFILASSI IN CASO DI INFEZIONE MENINGOCOCCICA	8
<i>Relazione finale</i>	10
PARAMETRI DI CONTROLLO	10
STRUMENTI DI REGISTRAZIONE	10
ALLEGATI	10

Documento redatto da:

Dott.ssa Simona Pedretti	Sorveglianza Sanitaria Aziendale
CPSE Inf. Dr.ssa Valeria Fratti	Sorveglianza Sanitaria Aziendale
Dott. Michele Lacirignola	Sorveglianza Sanitaria Aziendale
Dott.ssa Stefania Mariani	Sorveglianza Sanitaria Aziendale
Dott.ssa Anna Rita Tarantini	Sorveglianza Sanitaria Aziendale

Verifica	Approvazione	Emissione	Data di emissione 11/08/2010
Responsabile Sorveglianza Sanitaria Aziendale <i>Dr. Michele Lacirignola</i>	Responsabile Sorveglianza Sanitaria Aziendale <i>Dr. Michele Lacirignola</i>	Referente Accreditamento e Qualità <i>Dr.ssa Valeria Fratti</i>	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da Neisseria meningitidis	Pag. 2 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

MODIFICHE

Rev.	Approvazione		Pagine Modificate	Tipo - natura della modifica
	Data	Visto		
0	11/08/2010			Prima emissione

SCOPO

Il presente documento descrive le norme comportamentali da seguire in caso di infezione meningococcica (meningite o sepsi) allo scopo di

- Standardizzare il comportamento degli operatori coinvolti nello svolgimento delle attività descritte dalla procedura stessa
- Uniformare l'applicazione della procedura di gestione di meningite/sepsi da Neisseria meningitidis
- Ridurre i tempi di individuazione dei lavoratori-contatto per una tempestiva indicazione alla chemioprophilassi
- Evitare la diffusione dell'infezione fra gli operatori sanitari

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica a tutti gli operatori sanitari e non, che prestano la loro attività nell'Azienda USL di Modena (compresi gli studenti, i frequentatori e le figure assimilate al "lavoratore" secondo l'art. 2 comma 1, lettera a) del D.L.gs 81/08 e s.m.i.) relativamente alle norme comportamentali da seguire in caso di infezione meningococcica.

DEFINIZIONI

CONTATTO (in senso lato)

Operatore che in seguito a "vicinanza" con una persona infetta, abbia la probabilità di acquisire l'infezione.

CONTATTO AD ALTO RISCHIO

1. OCCUPAZIONALE


Personale esposto direttamente alle secrezioni respiratorie del paziente (es. intubazione endotracheale, broncoaspirazione, ecc..) o che ha effettuato manovre di rianimazione, in assenza di utilizzo di protezioni respiratorie.

2. NON OCCUPAZIONALE

- Contatti conviventi, specialmente se bambini piccoli;
- Contatti scolastici: le indicazioni di letteratura limitano il rischio a chi è esposto direttamente alle secrezioni respiratorie del paziente -cosa che avviene più facilmente nei nidi e nelle materne;
- Soggetto che ha soggiornato a lungo e frequentemente nelle abitazioni del malato nei sette giorni precedenti la malattia.

CONTATTO A BASSO RISCHIO

1. OCCUPAZIONALE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<i>Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da Neisseria meningitidis</i>	Pag. 3 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

Personale sanitario d'assistenza al malato che non sia stato esposto direttamente alle secrezioni del malato.

2. NON OCCUPAZIONALE

- Contatto casuale: per esempio minori frequentanti la stessa scuola;
- Contatto indiretto: nessun contatto con il malato, ma solo con un suo contatto ad alto rischio (per es. alunno di altra classe che condivida la stessa insegnante del malato).

PROTEZIONI RESPIRATORIE

1. MASCHERINA CHIRURGICA

La mascherina chirurgica, con efficienza di filtrazione di particelle con misura media di 3,0 ± 0,3 micron, rappresenta un primo livello di protezione per le vie respiratorie (bocca, naso).

2. MASCHERA FFP2


E' una maschera munita di facciale filtrante che è considerata un Dispositivo di Protezione Individuale (DPI).

Il loro utilizzo riduce significativamente il rischio di contagio mediante inalazione, determinando il passaggio dalla categoria dei contatti ad "alto rischio" a quella a "basso rischio".

- **MC:** Medico Competente Azienda USL
- **SSA:** Servizio di Sorveglianza Sanitaria Aziendale
- **Pre U.O.:** Preposto dell'Unità Operativa
- **R. SS.:** Referente del Servizio di Sorveglianza Sanitaria Aziendale
- **DS macro:** Direzione Sanitaria Macrostrutture (Ospedale, Distretto, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Salute Pubblica)

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Circolare n. 21 Assessorato alla sanità Regione Emilia-Romagna che riporta la Circolare del Ministero della sanità n. 4 del 13 marzo 1998 "Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti". Linee di indirizzo per l'applicazione in Emilia-Romagna.
- Circolare Reg. n° 21 del 1999 "Linee di indirizzo per l'applicazione della Cir. Min 4/98: Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica".
- ASR dell'Emilia Romagna Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. DOSSIER n. 123/2006, pgg 169-175.
- Le Meningiti batteriche – Istituto Superiore di Sanità, 28.10.2005.
- Delibera della Giunta regionale 7/2/2005, n. 186: Attivazione di un "Sistema di segnalazione rapida" nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale.
- CDC "Prevention and control of meningococcal disease" MMWR 2000, 49; RR-7.
- Public Health Laboratory Service: "Guidelines for public health management of meningococcal disease in UK". 2002 Communicable Diseases and Public Health, Vol. 5, N° 3.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da <i>Neisseria meningitidis</i>	Pag. 4 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

CONTENUTO

Introduzione

L'agente eziologico dell'infezione meningococcica è la *Neisseria meningitidis* (chiamato anche *meningococco*), batterio *Gram-negativo*, di dimensioni comprese tra 0,6 e 1 micron, che spesso cresce insieme ad un altro, formando una coppia.

L'unico serbatoio naturale del batterio che finora si conosce è l'epitelio naso-faringeo umano. L'infezione, di solito, causa soltanto una rino-faringite acuta oppure un'infezione subclinica della mucosa rino-faringea; soltanto una piccola percentuale di soggetti sviluppa la meningite o la sepsi.

La percentuale di portatori asintomatici varia dal 2 al 30% e non è correlata ad un aumentato rischio di meningite o altre malattie gravi. Infatti lo stato di portatore induce la comparsa di anticorpi protettivi, mentre ci sono evidenze che indicano come la malattia insorga in persone che hanno acquisito da poco l'infezione.

Esistono 13 diversi sierogruppi di meningococco, ma solo 5 (denominati A, B, C, W135 e Y) causano meningite e altre malattie gravi; i sierogruppi B e C sono i più frequenti in Europa (Italia inclusa).

Il batterio si diffonde per contatto diretto attraverso droplets (goccioline nasali e faringee con diametro superiore a 5 micron) di persone infette, anche in caso di sepsi.

Il periodo di incubazione varia da 2 a 10 giorni (in media 3-4 giorni).

Il periodo di contagiosità coincide con la presenza dei microrganismi nelle secrezioni naso-faringee, di solito fino a 24 ore dopo l'inizio di una terapia efficace. Dal punto di vista clinico, i sintomi della meningite meningococcica non sono facilmente distinguibili da quelli delle meningiti causate da altri batteri (ad esempio pneumococco); nel 10-20% dei casi questo germe può causare delle forme settiche rapidamente ingravescenti, con un decorso fulminante che, nonostante l'adeguata terapia, può portare al decesso in poche ore.


I principali sintomi della meningite sono rappresentati da: febbre, vomito, mal di testa severo, rigidità nucale e avversione alla luce intensa; generalmente la setticemia si manifesta con febbre, vomito, petecchie, tachipnea, prostrazione.

I fattori di rischio sono rappresentati dall'età, dall'asplenia anatomica o funzionale, dal deficit di componenti del complemento, e dalla recente influenza da virus A. Anche il sovraffollamento e l'esposizione al fumo passivo possono rappresentare dei fattori di rischio.

L'intervento principale per la prevenzione della malattia è rappresentato dalla vaccinazione, anche se per il sierotipo B, che assieme al C è quello che più frequentemente circola nella nostra nazione, non esiste vaccino.

In Italia sono disponibili 2 vaccini:

- monovalente polisaccaridico coniugato anti C;
- tetravalente polisaccaridico non coniugato anti A, C, Y, W135.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da Neisseria meningitidis	Pag. 5 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

VACCINO MONOVALENTE POLISACCARIDICO CONIUGATO ANTI C

Molto efficace contro il sierotipo C, è un vaccino disponibile in Italia dal 2002 (in uso dal 1999 in Inghilterra e Galles) ed ha un'efficacia > del 95%. La vaccinazione è rivolta ai bambini (anche di età inferiore ai 2 anni) ed agli adolescenti, ai soggetti appartenenti a categorie a rischio (es. asplenic, portatori di deficit di componenti del complemento) e ai contatti stretti con malati in aggiunta alla profilassi, quando coinvolti in un cluster/focolaio da meningococco di gruppo C. La protezione che conferisce è prolungata nel tempo.

VACCINO POLISACCARIDICO

Sviluppa una protezione nell'80-85% ed è efficace solo in bambini di età superiore ai 2 anni (salvo per gruppo A); il titolo anticorpale declina rapidamente (2-3 anni). La vaccinazione è rivolta ai viaggiatori diretti in aree endemo - epidemiche dove prevalgono le malattie dovute a sierogruppi contenuti nel vaccino e ai contatti stretti dei malati, di età > 2 anni, in aggiunta alla profilassi, quando coinvolti in un cluster/focolaio da meningococco di gruppo W135 o Y (se di gruppo A anche sotto i 2 anni). La somministrazione del vaccino ai soggetti asplenic non appare del tutto condivisa per il sospetto di una iporesponsività.

Tra gli interventi più efficaci per prevenire la diffusione dell'infezione meningococcica nei contatti vi è la chemioprolifassi attuata attraverso la somministrazione di antibiotici quali Rifampicina, Ciprofloxacina, Ceftriaxone che risultano essere tutti in grado di ridurre del 90-95% la carica di Neisseria meningitidis nelle secrezioni naso-faringee.

Matrice attività e responsabilità

Attori	Pre U.O	DS macro	R. ss	MC
Azioni				
Comunicazione alla Sorveglianza Sanitaria della Notifica di malattia infettiva		E/R		
Comunicazione dei Reparti/Servizi in cui ha transitato l'utente/ospite per l'individuazione dei lavoratori - contatto		E/R	<u>E</u>[^]	
Applicazione delle misure di isolamento e di protezione per il personale	E	E/R		
Richiesta informazioni alle UU.OO. relative alla gestione del caso		R	<u>E</u>^{^^}	
Gestione lavoratori ad alto e basso rischio			E	E/R
Richiesta di fornitura del farmaco alla Farmacia e distribuzione del farmaco			E	E/R
Sorveglianza sanitaria e Follow-up			E	E/R
Redazione relazione finale al termine del periodo di sorveglianza sanitaria				E/R

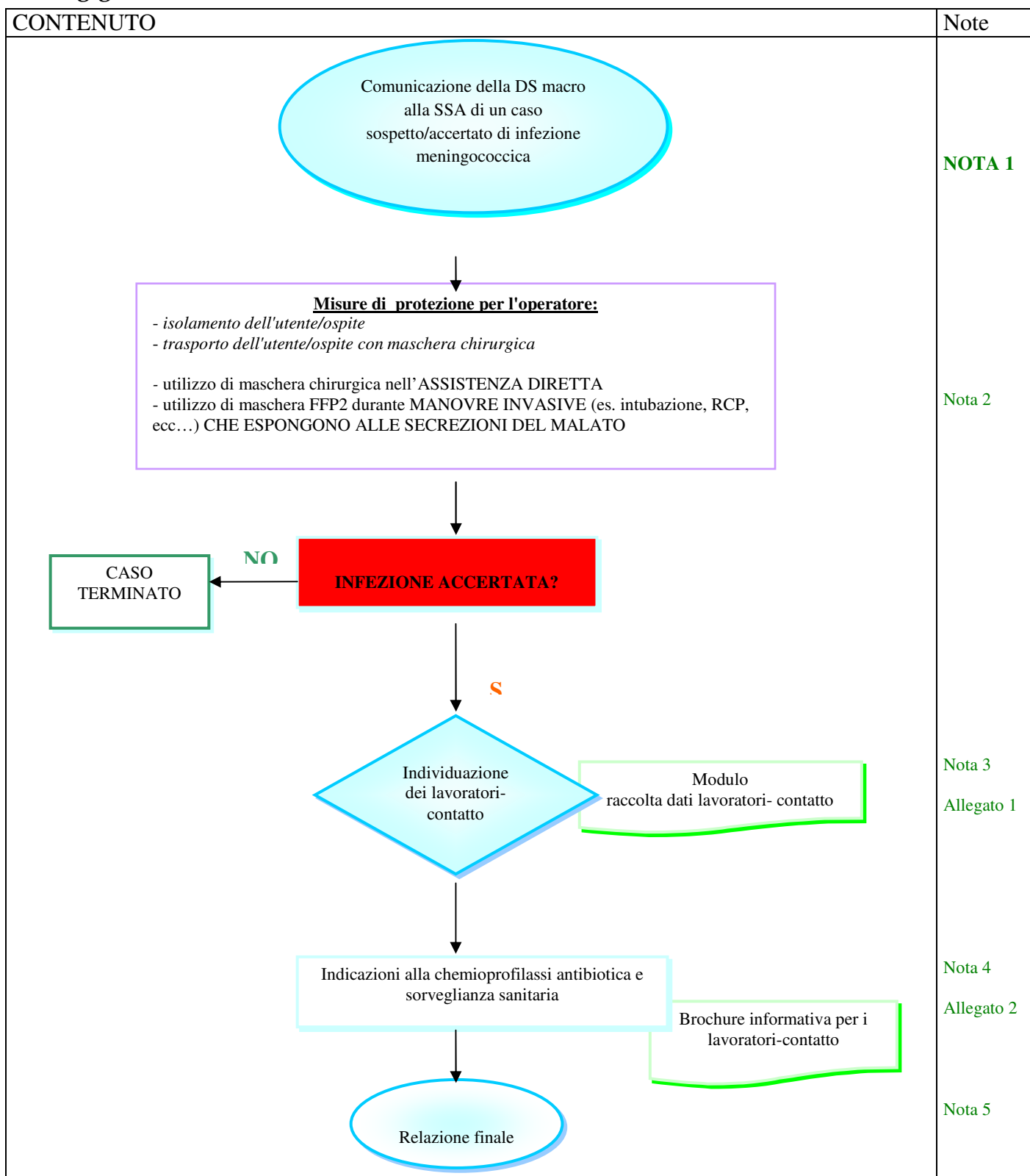
R = Responsabile


E = Esecutore

E[^] = Le Referenti possono essere autorizzate dalla DS macro ad individuare il percorso svolto dall'utente all'interno dall'U.O./Servizio con la successiva stesura dell'elenco dei lavoratori-contatto

E^{^^} = Le Referenti possono essere autorizzate dalla DS macro a richiedere le informazioni alle UU.OO/Servizi in cui ha transitato l'utente/ospite per la gestione del caso.

Logigramma



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da Neisseria meningitidis	Pag. 7 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

NOTE

NOTA 1:

Comunicazione sospetto/accertato caso di infezione da Neisseria meningitidis

La DS macro, ricevuta la comunicazione di meningite/sepsi da Neisseria meningitidis o di meningite batterica dall'U.O./Servizio, trasmette la segnalazione di sospetto/accertato caso alla Sorveglianza Sanitaria. Tempestivamente invia l'elenco dei reparti/servizi in cui ha transitato l'utente all'interno della Struttura Aziendale per l'individuazione dei lavoratori-contatto (la DS macro può autorizzare le Referenti ad acquisire le necessarie informazioni: la conferma diagnostica del caso di infezione da Neisseria meningitidis e l'individuazione del percorso svolto dall'utente all'interno dall'U.O./Servizio con la successiva stesura dell'elenco dei lavoratori-contatto).

NOTA 2:

Misure di protezione per l'operatore

Sono misure da adottarsi in aggiunta alle PRECAUZIONI STANDARD al fine di limitare il rischio di trasmissione dell'infezione meningococcica.

Considerata la tipologia di esposizione, in caso di assistenza diretta a un paziente con sospetta/accertata infezione meningococcica, l'adozione della maschera chirurgica da parte dell'operatore e del degente, rappresenta un valido sistema di protezione.

Qualora vengano effettuate manovre invasive che espongono direttamente alle secrezioni del paziente (es. intubazione endotracheale, broncoaspirazione, ecc..) o manovre di rianimazione è necessario l'utilizzo di una maschera con facciale filtrante P2.

Generalmente dopo un periodo di 24 ore dall'inizio di una efficace terapia antibiotica termina l'isolamento del malato. Qualora si renda necessario il trasporto del paziente al di fuori della stanza di degenza si raccomanda l'utilizzo al paziente della maschera chirurgica.

Le norme di prevenzione e profilassi descritte nella procedura sono rivolte, prevalentemente, alla tutela dell'operatore. Si rimanda ad eventuali norme interne, individuate dall'Igiene Ospedaliera e/o dalle U.O., per gli aspetti riguardanti la tutela dei pazienti/ospiti (smaltimento rifiuti, igiene ambientale, ecc...) e di altre figure (es. visitatori, familiari del paziente, ecc...).

NOTA 3:


Accertamento di infezione da Neisseria meningitidis e individuazione dei lavoratori-contatto

A. Sospetto diagnostico.

Se la diagnosi di infezione meningococcica non è confermata l'indagine epidemiologica viene conclusa.

B. Certezza diagnostica.

La R.ss. contatta i Preposti dei reparti/servizi in cui ha transitato l'utente/ospite per richiedere informazioni utili all'individuazione dei lavoratori-contatto per la definizione del livello di rischio; in particolare:

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da <i>Neisseria meningitidis</i>	Pag. 8 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

- l'elenco nominativo dei lavoratori che hanno avuto contatto, stretto e prolungato o non, con l'utente/ospite fino a 7 giorni prima della diagnosi di infezione meningococcica;
- la qualifica, il turno lavorativo degli operatori;
- la tipologia del contatto (modalità di assistenza prestata: assistenza diretta e/o manovre invasive che hanno prodotto secrezioni, ecc...);
- l'utilizzo delle protezioni respiratorie;
- eventuali altre informazioni utili (*vedere allegato 1*).

Considerata la necessità di intraprendere tempestivamente la chemioprolifassi, la R.ss., contatta il prima possibile il medico competente (se non presente nella struttura in cui si è verificato il caso) al fine di predisporre la gestione della terapia antibiotica nei lavoratori-contatto.

NOTA 4 :

Indicazioni alla chemioprolifassi antibiotica e sorveglianza sanitaria

La chemioprolifassi è necessaria SOLO per i lavoratori identificati come CONTATTI AD ALTO RISCHIO (Cir. Reg. n° 21 del 1999 "Linee di indirizzo per l'applicazione della Cir. Min 4/98: Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica") e cioè tutti coloro ESPOSTI DIRETTAMENTE ALLE SECREZIONI RESPIRATORIE DEL PAZIENTE.

In caso di operatore ritenuto a basso rischio la chemioprolifassi, pur venendo offerta, può non essere effettuata.

Per il personale sanitario il rischio è ridotto a meno di un caso (0,8) su 100.000 contatti (esposti).

La profilassi si attua tramite la somministrazione di terapia antibiotica, Rifampicina oppure Ciprofloxacina oppure Ceftriaxone ciascuno dei quali ha un'efficacia attorno al 90-95%, iniziando, preferibilmente entro le 24 ore dalla diagnosi di infezione.

DESCRIZIONE FARMACI E SCHEMI DI PROFILASSI IN CASO DI INFEZIONE MENINGOCOCCICA

1. RIFAMPICINA

La Rifampicina è un antibiotico ben conosciuto, usato per il trattamento di diverse condizioni (es. infezioni da micobatterio tubercolare).

Dose prevista negli adulti:

- 600 mg per os, due volte al giorno, per 2 giorni

Comuni effetti indesiderati:


- disturbi gastrointestinali: anoressia, nausea, vomito, fastidio addominale e diarrea
- reazioni cutanee: arrossamento cutaneo e prurito, con o senza comparsa di rash

Avvertenze:

- colorazione rossastra dei fluidi corporei quali urine, sudore, espettorato, lacrime (non indossare le lenti a contatto durante il trattamento in quanto alcune di queste -quelle morbide- si possono colorare permanentemente)

Fra le controindicazioni:

- ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti
- in caso di ittero

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<i>Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da Neisseria meningitidis</i>	Pag. 9 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

- in concomitanza con l'associazione saquinavir/ritonavir

Fra le interazioni:

- cautela nella somministrazione di Rifampicina in associazione a farmaci metabolizzati dal citocromo P-450 (esempi: anticonvulsivanti, anticoagulanti orali, estrogeni, ecc...)

Gravidanza:

- non sono disponibili studi ben controllati sull'impiego della Rifampicina nella donne durante la gravidanza (l'antibiotico dovrebbe essere usato solo se il potenziale beneficio giustifica il potenziale rischio per il feto)

Si segnala che l'assunzione di Rifampicina potrebbe interferire con l'effetto protettivo dei contraccettivi orali

2.CIPROFLOXACINA

La Ciprofloxacina è un antibiotico ben conosciuto, usato per il trattamento di diverse condizioni (es. infezioni delle vie respiratorie, infezioni del rene e/o delle vie urinarie, ecc...).

Dose prevista negli adulti:

- 500 mg per os in unica somministrazione

Comuni effetti indesiderati

- disturbi gastrointestinali: nausea, diarrea
- alterazioni della cute: rash, prurito, orticaria (meno frequentemente)

Fra le avvertenze:

- somministrazione concomitante a digiuno di Ciprofloxacina con latte, derivati o bevande arricchite con sali minerali

Fra le controindicazioni:

- ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti
- ipersensibilità agli altri antibiotici chinolonici
- precedenti tendinopatie con fluorochinolonici
- somministrazione concomitante di ciprofloxacina e tizanidina

Gravidanza:

- non potendosi escludere la possibilità di danni alle cartilagini articolari negli organismi non ancora sviluppati, la Ciprofloxacina non deve essere somministrata alle donne in stato di gravidanza e durante l'allattamento

3. CEFTRIAXONE


Il Ceftriaxone è un antibiotico ben conosciuto, usato per il trattamento di diverse condizioni (es. infezioni batteriche gravi di accertata o presunta origine da Gram negativi difficili, ecc...)

Dose prevista negli adulti:

- 250 mg intramuscolo in dose unica

Comuni effetti indesiderati:

- disturbi gastrointestinali: diarrea, nausea, vomito, ecc...
- reazioni cutanee: esantema, dermatite allergica, prurito, orticaria ed edema

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<i>Prevenzione e gestione dell'infezione occupazionale da Neisseria meningitidis</i>	Pag. 10 di 10
		SSA.PC.001
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 11/08/2010

- manifestazioni ematologiche: leucopenia, eosinofilia, anemia, ecc.

Fra le avvertenze:

- non somministrare in contemporanea con soluzioni o prodotti contenenti calcio

Fra le controindicazioni:

- ipersensibilità alle cefalosporine o ad uno qualsiasi degli eccipienti
- in caso di ipersensibilità alle penicilline può insorgere un'allergia crociata

Gravidanza:

- nelle donne in stato di gravidanza il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità

La profilassi antibiotica, è da iniziarsi entro le 24 ore o comunque il prima possibile. E' opportuno iniziarla anche nelle persone vaccinate (il vaccino non ha valore protettivo nei confronti del sierogruppo B che, peraltro, è il più diffuso) in quanto il dato di laboratorio relativo al sierogruppo del batterio, può risultare difficilmente disponibile in breve tempo.

Il personale ad alto e basso rischio di infezione meningococcica rimane sottoposto a un periodo di sorveglianza per 10 giorni dal contatto (tenuto conto del massimo periodo di incubazione della malattia); qualora l'operatore presenti uno o più sintomi e/o segni suggestivi dell'infezione meningococcica (es. febbre, vomito, rigida nucale, ecc..) si rende consigliabile una immediata valutazione medica con comunicazione anche al MC.

Dopo 10 giorni dal contatto, in assenza di segni e/o sintomi caratteristici, i lavoratori non vengono considerati più a rischio.

NOTA 5

Relazione finale

- Terminata l'indagine epidemiologica il MC redige una relazione conclusiva che documenta il caso trattato.

PARAMETRI DI CONTROLLO

Numero di casi di infezione Meningococcica notificati / numero di indagini epidemiologiche effettuate.

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

1. Comunicazione della DS macro del caso sospetto/accertato di infezione meningococcica alla SSA.
2. Comunicazione formale da parte della DS macro alla SSA delle UU.OO./Servizi in cui ha transitato l'utente/ospite.
3. Relazione finale di indagine epidemiologica elaborata dal MC.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: SSA.MO.008 Modulo raccolta dati lavoratori-contatto

ALLEGATO 2: SSA.DO.001 Brochure informativa meningite per i lavoratori-contatto