



URGENTE

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

e, per il loro tramite

a tutte le articolazioni interne

- *delle Aziende Sanitarie Locali*
- *delle Aziende Ospedaliero Universitarie*
- *degli IRCCS pubblici*
- *degli IRCCS/EE privati*

Al Coordinatore Rete Malattie Rare Puglia

Al Coordinatore Rete Oncologica Puglia

Al Coordinatore Rete Ematologica Puglia

Al Coordinatore Rete Nefrologica-Dialitica-Trapiantologica (ReNDiT) Puglia

Ai Referenti delle Reti Talassemia, Parkinson, T.A.O., Percorso nascita,
Terapia del Dolore di Puglia

Alle Associazioni e Rappresentanze di Categoria:

- *dei MMG/PLS*
- *delle Strutture private accreditate*
- *delle Farmacie*

Agli Ordini Professionali

e, p.c.

Al Direttore Area Epidemiologia e Care Intelligence AReSS Puglia

Al Direttore Generale Aress Puglia

Al Responsabile scientifico OER Puglia

Ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento

Al Dirigente Struttura Comunicazione Istituzionale

All' Assessore alla Sanità, Benessere animale e Controlli in sanità

**OGGETTO: Aumento incidenza scarlattina e infezione invasiva da streptococco di gruppo A –
Circolare Ministero Salute 11710/2023 - NOTIFICA E INDICAZIONI OPERATIVE.**

Con circolare prot. 11710 del 12 aprile 2023, qui allegata, il Ministero della Salute ha fornito un aggiornamento sulla situazione epidemiologica a livello europeo e nazionale della malattia invasiva da streptococco di gruppo A (iGAS) ¹ e della scarlattina, nonché raccomandazioni in merito.

Nel corso del 2022, si è registrato in Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord un aumento dei casi di malattia invasiva da streptococco di gruppo A (iGAS) e in alcuni casi anche di scarlattina, con un incremento particolarmente marcato nel corso della seconda metà dell'anno.

La segnalazione dei casi al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e all'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa hanno fatto seguito a un periodo di ridotta incidenza delle infezioni da streptococco di gruppo A osservato durante la pandemia di COVID-19. Non è esclusa la probabilità che l'aumento dei casi di iGAS nei bambini sia anche associato al recente aumento della circolazione di virus respiratori, tra cui l'influenza stagionale e il virus respiratorio sinciziale (RSV), in quanto la coinfezione di tali virus con lo streptococco di gruppo A può aumentare il rischio di malattia invasiva iGAS.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/increase-invasive-group-streptococcal-infections-among-children-europe-including> (iGAS)



A livello nazionale si è registrato un aumento dei casi di scarlattina a partire da gennaio 2023, soprattutto nei bambini di età inferiore a 15 anni.

L'aumento osservato può riflettere un inizio anticipato della stagione delle infezioni da GAS, insieme a un aumento della circolazione di virus respiratori e a possibili coinfezioni virali che possono aumentare il rischio di malattia invasiva da GAS, favoriti anche dall'aumento dei movimenti della popolazione a seguito di un periodo di ridotta circolazione di GAS durante la pandemia COVID-19.

Considerato che l'attuale aumento dei casi di iGAS segnalati in alcuni paesi europei è moderato, che i casi segnalati non sono causati da un nuovo ceppo e che la malattia è facilmente curabile con antibiotici, l'OMS e l'ECDC, attualmente, stimano come **basso il rischio di iGAS per la popolazione generale**.

In questa stagione, i dati di tipizzazione suggeriscono che l'aumento dei casi di iGAS non sia legato ad un ceppo specifico o nuovo o a un aumento della resistenza agli antibiotici.

I geni della proteina M (emm) più comuni attualmente segnalati sono l'*emm* 1 e l'*emm* 12. Pertanto, l'ECDC invita i Paesi in cui si è registrato un aumento dei casi a condividere i dati relativi alla tipizzazione emm, alla tipizzazione multilocus sequence (MLST) e/o al sequenziamento dell'intero genoma (WGS).

1. Sintomatologia e complicanze cliniche

L'infezione da streptococco di gruppo A (GAS) causa comunemente forme lievi di malattia come tonsillite, faringite e scarlattina. Lo streptococco di gruppo A (GAS) è considerato la causa più comune di faringotonsillite batterica nei bambini in età scolare, ma può colpire anche bambini più piccoli.

L'incidenza della faringotonsillite da GAS, in Europa, raggiunge solitamente un picco nei mesi invernali e all'inizio della primavera. Vengono spesso segnalati focolai negli asili e nelle scuole.

In rari casi i batteri GAS possono causare un'infezione grave nota come malattia invasiva da GAS (iGAS) che può manifestarsi con batteriemia, polmonite, infezione dei tessuti molli e delle ossa (cellulite, osteomielite, fascite necrotizzante), sindrome da shock tossico streptococcico, febbre reumatica e glomerulonefrite post-streptococcica. I bambini reduci da infezioni virali come la varicella o l'influenza sono a maggior rischio di sviluppare un'infezione da iGAS.

Come riportato dall'ECDC, a livello europeo i gruppi di età più colpiti sono i bambini di età inferiore ai 10 anni e le persone di età superiore ai 65 anni. Secondo i dati disponibili, le visite mediche per scarlattina e le notifiche di iGAS hanno raggiunto il picco nel periodo prenatalizio nel dicembre 2022, prima di diminuire nel mese di gennaio 2023 con una ripresa nel mese di marzo 2023 ².

2. Interventi di sanità pubblica

L'OMS raccomanda il potenziamento delle attività di sorveglianza da parte dei paesi che hanno segnalato un aumento dei casi di iGAS, anche mediante l'informazione alla popolazione generale e agli operatori sanitari al fine di migliorare il riconoscimento precoce, la segnalazione e l'inizio tempestivo del trattamento dei casi di GAS.

Inoltre, il Ministero sottolinea l'importanza che le infezioni correlate a GAS, quali faringotonsilliti e scarlattina, siano identificate e trattate tempestivamente con antibiotici per ridurre il rischio di potenziali complicanze, come iGAS, e ridurre la trasmissione successiva.

² ECDC: Communicable disease threats report, 2-8 April 2023, Week 14
(<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-2-8-april-2023-week-14>)



I medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), i medici specialisti ospedalieri e territoriali devono sospettare clinicamente una infezione da GAS quando valutano i pazienti con sintomatologia compatibile, in particolare coloro che hanno presentato una precedente infezione virale (inclusa la varicella e l'influenza stagionale), i contatti stretti dei pazienti con scarlattina o iGAS e i residenti di strutture a lungo degenza, popolazione vulnerabile per l'aumentato rischio di malattia e decesso.

Le infezioni iGAS possono presentarsi inizialmente con sintomi aspecifici (febbre, stanchezza generale, perdita di appetito) e i bambini, in particolare, possono avere una rapida progressione verso una forma di malattia grave. Pertanto, i genitori/tutori dovrebbero richiedere una valutazione clinica nel caso il proprio bambino presenti sintomi preoccupanti e non migliori clinicamente.

2.1. Misure di prevenzione e protezione

In caso di ricovero ospedaliero, devono essere implementate le misure di protezione respiratoria. Gli operatori sanitari devono sempre seguire le precauzioni standard ed eseguire una valutazione del rischio per valutare la necessità di ulteriori misure precauzionali.

Inoltre, importanti misure di protezione sono un'adeguata igiene delle mani e delle vie respiratorie e un'adeguata areazione degli ambienti interni. Una buona igiene delle mani e l'eliminazione di possibili comportamenti promiscui (ad esempio, condividere utensili, bicchieri e oggetti personali, ecc.) possono contribuire a controllare la trasmissione dell'infezione.

Le scuole e le altre strutture educative in cui vengono segnalate infezioni da GAS dovrebbero seguire le indicazioni per la pulizia e la disinfezione dei giocattoli e delle superfici toccate di frequente.

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali assicurano, come da indicazioni del Ministero della Salute, l'attivazione delle seguenti misure di prevenzione nei confronti dei conviventi e dei contatti stretti di casi di scarlattina e iGAS:

- a) sottoporre a sorveglianza sanitaria i conviventi e i contatti stretti (inclusi compagni di classe ed insegnanti) per 7 giorni dall'ultimo contatto con il caso;
- b) eseguire indagini colturali (tamponi faringei) nei soggetti sintomatici; l'esecuzione sistematica di tamponi faringei è indicata nelle situazioni epidemiche ed in quelle ad alto rischio (più casi di febbre reumatica nello stesso gruppo familiare o collettività ristretta, casi di febbre reumatica o di nefrite acuta in ambito scolastico, focolai di infezioni di ferite chirurgiche, infezioni invasive da streptococco emolitico di gruppo A;
- c) valutare l'eventuale offerta della vaccinazione contro l'influenza e la varicella, infezioni che possono aumentare il rischio di sviluppare iGAS, ai conviventi e ai contatti stretti di caso (inclusi compagni di classe ed insegnanti), in base alla situazione epidemiologica e allo stato vaccinale del soggetto.

In caso di iGAS, la profilassi farmacologica per conviventi e contatti stretti non è raccomandata di routine, tuttavia una profilassi farmacologica mirata può essere presa in considerazione per i contatti stretti a rischio per età (≥ 65 anni) o per condizioni concomitanti (es.: infezione da HIV, varicella o diabete mellito).

3. Attività di sorveglianza e segnalazione dei casi

Considerato che la faringotonsillite da GAS è facilmente diagnosticabile con un test antigenico rapido e/o una coltura batterica, tutti i soggetti con sintomi potenzialmente riconducibili a GAS e iGAS dovrebbero essere tempestivamente identificati e sottoposti a test diagnostico.



Con riferimento alla attività di sorveglianza epidemiologica e di laboratorio, i Medici di Assistenza Primaria (MMG/PLS), i medici specialisti ospedalieri e territoriali, nonché qualsiasi medico ³ che rilevi la malattia, sono tenuti a segnalare i casi di scarlattina e/o iGAS entro 48 ore al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) del Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, per le vie brevi (e-mail/telefono).

L'approfondimento epidemiologico sui casi segnalati è svolto dal personale del SISP del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente. Nella valutazione dei fattori di rischio e nelle attività di contact tracing, si raccomanda di prestare la massima attenzione alle indicazioni contenute nella circolare ministeriale qui allegata.

Si specifica che i casi di iGAS devono essere segnalati utilizzando l'apposita scheda di segnalazione (allegata) mediante inoltro della stessa a mezzo e-mail:

1. al SISP del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente;
2. alla Regione Puglia agli indirizzi malinf@regione.puglia.it e salutelavoro@regione.puglia.it

I Referenti malattie infettive dell'OER Puglia assicurano la segnalazione dei casi di scarlattina e dei casi iGAS al Ministero della Salute all'indirizzo e-mail malinf@sanita.it utilizzando la casella PEO malinf@regione.puglia.it e assicurano la registrazione nel Sistema di Sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive (MIB).

I SISP ASL e/o i laboratori di analisi presso cui è effettuata la coltura batterica assicurano l'invio del ceppo batterico all'Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento di Malattie Infettive, Reparto di Antibiotico Resistenza e Patogeni Speciali per consentire la "tipizzazione emm" e l'esecuzione di eventuali ulteriori analisi di tipizzazione molecolare.

Si invitano i destinatari della presente a prendere atto di quanto qui comunicato e trasmesso, affinché si proceda conseguentemente.

**Il Dirigente del Servizio Promozione
della Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro**
Nehludoff Albano

**Il Dirigente della Sezione
Promozione della Salute e del Benessere**
Onofrio Mongelli

Il Direttore del Dipartimento
Vito Montanaro

³ Ai sensi e per gli effetti degli articoli 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n.1265, il medico, che, nell'esercizio delle sue funzioni, rilevi un caso di malattia infettiva, diffusiva o sospetta di esserlo ha l'obbligo di segnalazione, secondo i tempi e i modi dettati dalle misure di sanità pubblica applicabili.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

A Ufficio di Gabinetto Sede	FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche federazione@cert.fnopi.it
Sottosegretario di Stato On.le Marcello Gemmato Sede	FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica presidenza@pec.fnopo.it
U.S.M.A.F. – S.A.S.N. Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera LORO SEDI	FOFI Federazione Ordini Farmacisti Italiani posta@pec.fofi.it
Assessorati alla Sanità Regioni Statuto Ordinario e Speciale LORO SEDI	FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere) E-mail Pec: fiaso@pec.it E-mail segreteria: info@fiaso.it
Assessorati alla Sanità Province Autonome Trento e Bolzano LORO SEDI	FEDERSANITA' Confederazione delle Federsanità Anci regionali E-mail: info@federsanita.it E-mail Pec: federsanita@pec.it
Regione Veneto – Assessorato alla sanità - Direzione Regionale Prevenzione area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it	Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico DGDMF SEDE
Coordinamento Interregionale della Prevenzione francesca.russo@regione.veneto.it coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it	Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione federazione@pec.tsrn.org
Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) anci@pec.anci.it	Azienda Ospedaliera - Polo Universitario Ospedale Luigi Sacco protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it
Ministero dell'Istruzione uffgabinetto@postacert.istruzione.it	Comando Carabinieri Tutela della Salute – NAS srm20400@pec.carabinieri.it
Ministero dell'Università e della Ricerca uffgabinetto@postacert.istruzione.it	Istituto Superiore di Sanità protocollo.centrale@pec.iss.it
Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie affariregionali@pec.governo.it	Istituto Nazionale per le Malattie Infettive – IRCCS “Lazzaro Spallanzani” direzione generale@pec.inmi.it
Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri segreteria@pec.fnomceo.it	Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) fondazionecirm@pec.it

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP)
inmp@pec.inmp.it

Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM)
fism.pec@legalmail.it

Ente Nazionale per l'Aviazione Civile - ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

Direzione Generale Programmazione Sanitaria
DGPROGS SEDE

SIMIT – Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
segreteria@simit.org

AMCLI - Associazione microbiologi Clinici italiani
segreteriaamcli@amcli.it

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI)
siti@pec-legal.it

Ordine Nazionale dei Biologi
protocollo@peconb.it

ANAAO-ASSOMED – Associazione Medici Dirigenti
segreteria.nazionale@anaao.it
segreteria.nazionale@anaao.postecert.it

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
siaarti@pec.it

Dipartimento per Le Politiche Della Famiglia ROMA
segredipfamiglia@pec.governo.it

OGGETTO: Aumento dell'incidenza di scarlattina e di infezione invasiva da streptococco di gruppo A

Nel corso del 2022, Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord hanno osservato un aumento dei casi di malattia invasiva da streptococco di gruppo A (iGAS) e in alcuni casi anche di scarlattina¹. L'incremento è stato particolarmente marcato nel corso della seconda metà dell'anno. Alcuni Paesi dell'UE/SEE hanno segnalato un aumento dei casi di iGAS rispetto alla stagione precedente, ma con un'incidenza inferiore a quella precedente alla pandemia². I casi sono stati segnalati al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e all'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa e hanno fatto seguito a un periodo di ridotta incidenza delle infezioni da streptococco di gruppo A osservato durante la pandemia di COVID-19. È probabile che l'aumento dei casi di iGAS nei bambini sia anche associato al recente aumento della circolazione di virus respiratori, tra cui l'influenza stagionale e il virus respiratorio sinciziale (RSV), in quanto la coinfezione di tali virus con lo streptococco di gruppo A può aumentare il rischio di malattia invasiva iGAS.

L'infezione da streptococco di gruppo A (GAS) causa comunemente forme lievi di malattia come tonsillite, faringite e scarlattina. Lo streptococco di gruppo A (GAS) è considerato la causa più

¹ WHO: *Increased incidence of scarlet fever and invasive Group A Streptococcus infection - multi-country* (<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429>)

² ECDC: *Communicable Disease Threats Report, Week 11, 12-18 March 2023* (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-11-2023.pdf>)

comune di faringotonsillite batterica nei bambini in età scolare, ma può colpire anche bambini più piccoli. L'incidenza della faringotonsillite da GAS, in Europa, raggiunge solitamente un picco nei mesi invernali e all'inizio della primavera. Vengono spesso segnalati focolai negli asili e nelle scuole. In rari casi i batteri GAS possono causare un'infezione grave nota come malattia invasiva da GAS (iGAS) che può manifestarsi con batteriemia, polmonite, infezione dei tessuti molli e delle ossa (cellulite, osteomielite, fascite necrotizzante), sindrome da shock tossico streptococcico, febbre reumatica e glomerulonefrite post-streptococcica. I bambini reduci da infezioni virali come la varicella o l'influenza sono a maggior rischio di sviluppare un'infezione da iGAS.

Come riportato dall'ECDC, a livello europeo i gruppi di età più colpiti sono i bambini di età inferiore ai 10 anni e le persone di età superiore ai 65 anni. Secondo i dati disponibili, le visite mediche per scarlattina e le notifiche di iGAS hanno raggiunto il picco nel periodo prenatalizio nel dicembre 2022, prima di diminuire nel gennaio 2023³.

A livello nazionale si sta registrando un aumento dei casi di scarlattina a partire da gennaio 2023, soprattutto nei bambini di età inferiore a 15 anni.

L'aumento osservato può riflettere un inizio anticipato della stagione delle infezioni da GAS, insieme a un aumento della circolazione di virus respiratori e a possibili co-infezioni virali che possono aumentare il rischio di malattia invasiva da GAS. Ciò è favorito dall'aumento dei movimenti della popolazione a seguito di un periodo di ridotta circolazione di GAS durante la pandemia COVID-19.

Valutazione del rischio

L'OMS e l'ECDC, attualmente, stimano come basso il rischio di iGAS per la popolazione generale, considerando che l'attuale aumento dei casi di iGAS segnalati in alcuni paesi europei è moderato, che i casi segnalati non sono causati da un nuovo ceppo e che la malattia è facilmente curabile con antibiotici.

In questa stagione, i dati di tipizzazione suggeriscono che l'aumento dei casi di iGAS non sia legato ad un ceppo specifico o nuovo o a un aumento della resistenza agli antibiotici.

I geni della proteina M (emm) più comuni attualmente segnalati sono l'*emm* 1 e l'*emm* 12. L'ECDC invita i Paesi in cui si è registrato un aumento dei casi a condividere i dati relativi alla tipizzazione emm, alla tipizzazione multilocus sequence (MLST) e/o al sequenziamento dell'intero genoma (WGS).

Azioni di sanità pubblica

L'OMS incoraggia i paesi che hanno segnalato un aumento dei casi di iGAS ad implementare le attività di sorveglianza. Inoltre, suggerisce di informare la popolazione generale e gli operatori sanitari al fine di migliorare il riconoscimento precoce, la segnalazione e l'inizio tempestivo del trattamento dei casi di GAS.

³ECDC: *Communicable Disease Threats Report, 19 - 25 March, Week 12* (https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-19-25-March-Week-12_0.pdf)

L'ECDC e l'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa hanno pubblicato un comunicato che consiglia ai Paesi di vigilare sull'aumento delle infezioni da GAS e iGAS e di sensibilizzare gli operatori sanitari e i genitori dei bambini piccoli⁴.

L'ECDC continua a monitorare questo evento attraverso le sue attività di *epidemic intelligence* e ad informare quando saranno disponibili aggiornamenti epidemiologici rilevanti.

È importante che le infezioni correlate a GAS, quali faringotonsilliti e scarlattina, siano identificate e trattate tempestivamente con antibiotici per ridurre il rischio di potenziali complicanze, come iGAS, e ridurre la trasmissione successiva.

I medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), i medici specialisti ospedalieri e territoriali devono sospettare clinicamente una infezione da GAS quando valutano i pazienti con sintomatologia compatibile, in particolare coloro che hanno presentato una precedente infezione virale (inclusa la varicella e l'influenza stagionale) e i contatti stretti dei pazienti con scarlattina o iGAS. Inoltre, particolare attenzione deve essere posta alle infezioni da streptococco A tra i residenti di strutture a lunga degenza, per l'aumentato rischio di malattia e decessi tra questa popolazione vulnerabile.

Le infezioni iGAS possono presentarsi inizialmente con sintomi aspecifici (febbre, stanchezza generale, perdita di appetito) e i bambini, in particolare, possono avere una rapida progressione verso una forma di malattia grave. Pertanto, i genitori/tutori dovrebbero richiedere una valutazione clinica nel caso il proprio bambino presenti sintomi preoccupanti e non migliori clinicamente.

In caso di ricovero ospedaliero, devono essere implementate le misure di protezione respiratoria. Gli operatori sanitari devono sempre seguire le precauzioni standard ed eseguire una valutazione del rischio per valutare la necessità di ulteriori misure precauzionali.

Si sottolinea che importanti misure di protezione sono un'adeguata igiene delle mani e delle vie respiratorie e un'adeguata areazione degli ambienti interni⁵.

Una buona igiene delle mani e l'eliminazione di possibili comportamenti promiscui (ad esempio, condividere utensili, bicchieri e oggetti personali, ecc.) possono contribuire a controllare la trasmissione dell'infezione.

Le scuole e le altre strutture educative in cui vengono segnalate infezioni da GAS dovrebbero seguire le indicazioni per la pulizia e la disinfezione dei giocattoli e delle superfici toccate di frequente.

I Dipartimenti di prevenzione pongono in atto le seguenti misure nei confronti dei conviventi e dei contatti stretti di casi di scarlattina e iGAS:

⁴ ECDC: *Increase in Invasive Group A streptococcal infections among children in Europe, including fatalities* (<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/increase-invasive-group-streptococcal-infections-among-children-europe-including>)

⁵ World Health Organization: *Transmission-based precautions for the prevention and control of infections: aide-memoire*. World Health Organization (2022) (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356853>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- sottoporre a sorveglianza sanitaria i conviventi e i contatti stretti (inclusi compagni di classe ed insegnanti) per 7 giorni dall'ultimo contatto con il caso⁶;
- eseguire indagini colturali (tamponi faringei) nei soggetti sintomatici. L'esecuzione sistematica di tamponi faringei è indicata nelle situazioni epidemiche ed in quelle ad alto rischio (più casi di febbre reumatica nello stesso gruppo familiare o collettività ristretta, casi di febbre reumatica o di nefrite acuta in ambito scolastico, focolai di infezioni di ferite chirurgiche, infezioni invasive da streptococco emolitico di gruppo A)⁶.

Considerato che alcune infezioni respiratorie, come influenza e varicella, possono aumentare il rischio di sviluppare iGAS, è opportuno valutare l'eventuale offerta della relativa vaccinazione ai conviventi e ai contatti stretti di caso (inclusi compagni di classe ed insegnanti), in base alla situazione epidemiologica e allo stato vaccinale del soggetto⁷.

In caso di iGAS, la profilassi farmacologica per conviventi e contatti stretti non è raccomandata di routine; tuttavia una profilassi farmacologica mirata può essere presa in considerazione per i contatti stretti a rischio per età (≥ 65 anni) o per condizioni concomitanti (es.: infezione da HIV, varicella o diabete mellito)⁸.

Raccomandazioni per le indagini di laboratorio e la sorveglianza

La faringotonsillite da GAS è facilmente diagnosticabile con un test antigenico rapido e/o una coltura batterica e viene trattata con antibiotici e cure di supporto.

Tutti i pazienti con sintomi potenzialmente riconducibili a GAS e iGAS dovrebbero essere tempestivamente identificati e sottoposti a test diagnostico.

Né le infezioni da GAS né quelle da iGAS sono notificabili a livello europeo e la capacità di valutare l'aumento della circolazione nei Paesi UE/SEE è di conseguenza limitata. ECDC, pertanto, ha aperto una voce dedicata su EpiPulse⁹ ed ha invitato i Paesi UE/SEE e il Regno Unito a condividere informazioni sulle infezioni da GAS e iGAS.

Le Regioni/PPAA sono invitate a segnalare i casi di scarlattina al Ministero della salute.

Sono altresì invitate a segnalare i casi di iGAS attraverso il sistema PREMAL o malinf@sanita.it.

I casi di iGAS dovranno essere, inoltre, segnalati al Sistema di Sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive (MIB) presso l'Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Malattie Infettive, Reparto di

⁶ Circolare n° 4 del 13 marzo 1998, Protocollo 400.3/26/1189 *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 o contatti* (<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=25185&parte=1%20&serie=>)

⁷ Centers for Disease Control and prevention: *Increase in Invasive Group A Strep Infections, 2022–2023* (<https://www.cdc.gov/groupastrep/igas-infections-investigation.html>); UK guidelines for the management of contacts of invasive group A streptococcus (iGAS) infection in community settings, Version 2.0, March 2023, UK health security agency, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1140766/Management-of-contacts-of-invasive-group-a-streptococcus.pdf

⁸ American Academy of Pediatrics. [Group A Streptococcal Infections] In: Kimberlin DW, Barnett, ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics: 2021 [page 694]

⁹ EpiPulse è il portale online di sorveglianza delle malattie infettive del Centro europeo per il controllo delle malattie (ECDC), dove le autorità sanitarie di ogni paese membro raccolgono, analizzano, condividono e discutono i dati sulle patologie infettive, per rilevare, monitorare e rispondere ai focolai epidemici.

Antibiotico Resistenza e Patogeni Speciali a cui dovrà pervenire, possibilmente, il ceppo batterico responsabile di iGAS per la tipizzazione *emm* ed eventuali ulteriori analisi di tipizzazione molecolare.

Il Direttore generale della DGPRES

*** Dott. Giovanni Rezza**

Il Direttore dell'Ufficio 5
Dott. Francesco Maraglino

Dott.ssa Anna Caraglia

Dott. Daniele Mipatrini

Dott. Andrea Siddu

Dott. Riccardo Orioli

Dott.ssa Stefania D'Amato

* firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.lgs. n. 39/1993

Allegato 1

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 batteriemia cellulite epiglottite
(anche più di uno)
peritonite pericardite artrite settica/osteomielite altro _____

Ricoverato: Sì No se sì Data di Ricovero ___/___/___

Agente eziologico:

 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)

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"/> esame microscopico diretto	<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"/> 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

Note: la voce PCR include anche altre metodiche molecolari disponibili commercialmente

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 (_____)

Esito conosciuto della malattia dalla data di segnalazione:

Ultimo aggiornamento: al momento della segnalazione a 14 gg 1 mese a 6 mesi

guarito

deceduto

ancora in trattamento

Sequela dalla data di segnalazione (solo se mal. invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

Ultimo aggiornamento: al momento della segnalazione a 14 gg 1 mese a 6 mesi

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.

Fattori predisponenti malattie batteriche invasive:

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