

EMERGENZA MENINGITE: L'OPERATIVITÀ LOCALE E REGIONALE

Antonio Ferro, Tiziana Menegon

Nel mese di dicembre 2007, nella provincia di Treviso si è verificato il più grave episodio epidemico di meningite da meningococco avvenuto in Italia negli ultimi anni. Un evento storico che rimane vivo a quasi cinque anni di distanza, affrontato in più occasioni da vari punti di vista nei suoi molti aspetti caratterizzanti. In quell'occasione, la Sanità Pubblica oltre a garantire il controllo dell'epidemia ha dovuto affrontare l'elevato allarme sociale che sempre più accompagna eventi di questo tipo.

Ripercorrendo la cronistoria dell'evento, il primo caso di sepsi meningococcica, manifestatosi nella sera del 12 dicembre a carico di un ragazzo di 15 anni deceduto nelle prime ore del 13 dicembre, venne inizialmente gestito come "un caso ordinario", pur con qualche elemento di particolarità (la giovane età, la frequenza scolastica, l'origine etnica, la frequenza di un locale pubblico). Straordinariamente il giorno successivo – venerdì 14 dicembre – un contatto stretto già in profilassi e un altro soggetto della Provincia di Treviso furono ricoverati; seguirono altri due casi sabato 15 dicembre. Immediati i contatti tra le tre ULSS della Provincia con l'attivazione di Unità di crisi locali, l'allerta generalizzata dei vertici regionali con la formulazione delle prime ipotesi di focolaio a fonte di contagio unica. La identificazione di un sesto caso avveniva su indicazione del SUEM di Treviso che, venerdì 14, segnalava un loro intervento per il decesso avvenuto giovedì 13 di un giovane senegalese di 33 anni. L'approfondimento congiunto dell'indagine epidemiologica, consentiva di individuare che tutte e sei le persone con malattia meningococcica avevano frequentato tra l'8 e il 9 dicembre 2007 alcuni locali della provincia (4 locali) dove si erano tenute delle serate di ballo latino-americano. Tipicamente il cluster epidemico si è quindi presentato 4-6 giorni dopo l'esposizione (serate danzanti) ed è durato 4 giorni. L'età media dei casi è risultata pari a 22,6 anni, con range 15-33 anni. Tre persone sono decedute. Le indagini microbiologiche effettuate presso i laboratori degli Ospedali di Treviso, Montebelluna e Pieve di Soligo, evidenziavano, in tutti e 6 i casi ricoverati in queste strutture, la presenza di ceppi di *Neisseria Meningitidis* di gruppo C. Successivamente, il laboratorio di microbiologia dell'Università di Padova, centro di riferimento per la Regione Veneto, dimostrerà che gli otto casi di infezione invasiva da meningococco di gruppo C erano tutti dovuti ad un unico ceppo, identificato come ST-11/ET-37.

La risposta fin dalla fase iniziale ha comportato una mobilitazione generale di tutto il "Sistema", dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica alla Direzione aziendale coinvolgendo l'Ospedale, la Medicina del Territorio e via via altri Servizi aziendali di supporto per affrontare, nel fine settimana e a ridosso delle festività natalizie, oltre la risposta tecnica qualificata, questioni di ordine pubblico e di informazione corretta finalizzata a prevenire il panico di massa. In particolare, intensa l'attività di informazione ai contatti sulla clinica della malattia, moltissime le telefonate con richiesta di informazioni e di vaccinazione contro il meningococco C, alcuni ricoveri precauzionali senza conferme diagnostiche.

La risposta di sanità pubblica all'evento si è articolata in tre fasi principali.

1^a fase. Le misure di emergenza: la profilassi antibiotica delle persone a contatto stretto con i casi di meningite, in particolare con le persone che i giorni 8 e 9 dicembre erano presenti nei locali frequentati dagli ammalati (circa 1000 persone in tutta la provincia) e la loro successiva vaccinazione. Considerando gli aspetti epidemiologici peculiari del cluster epidemico (elevato numero di casi e definita localizzazione spazio-temporale) si è ritenuto opportuno effettuare l'offerta attiva della chemioprofilassi ai contatti occasionali presenti alle serate danzanti dell'8 e del 9 dicembre 2008 tenutasi nei 4 locali frequentati dai casi. Infatti, il tasso di attacco stimato nelle persone esposte durante le serate danzanti (6 casi su circa 1000 persone) risultava confrontabile a quello che si può avere tra i contatti familiari stretti. In totale è stata eseguita la chemioprofilassi di circa un migliaio di persone, così suddivise nel territorio delle tre Aziende Sanitarie: ULSS 9: 450, ULSS 8: 224; ULSS 7: 350 (oltre ad altre 350 in seguito al verificarsi del 7° caso il 20 dicembre). L'allarme sociale ha determinato una richiesta impropria di chemioprofilassi da parte di persone spaventate e in alcuni casi queste richieste sono state inopinatamente raccolte dai Servizi e dal personale sanitario. La sorveglianza sanitaria dei contatti venne fissata fino al 24 dicembre. Il 20 dicembre un ulteriore caso di meningite si verificò a Padova in un ragazzo universitario residente a Conegliano (TV). L'indagine epidemiologica sul caso, non trovando riscontro di un'esposizione riconducibile ai precedenti, apriva a nuove ipotesi interpretative, in particolare sulla soglia epidemica e sul rischio di un'epidemia di popolazione.

Fu indispensabile organizzare una nuova conferenza stampa nella quale comunicare l'incertezza e divenne vincolante l'impegno a decisioni in tempi rapidissimi. Un vertice nella notte tra le tre Aziende ULSS, la Regione Veneto, il CCM del Ministero della salute con il supporto del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC) e della Task Force GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network) stabilì la strategia di controllo e le decisioni da attuare. Fu decisa la vaccinazione di massa con attuazione rapida in fasi successive, da attuarsi a partire dall'antivigilia di Natale fino all'Epifania per i contatti e residenti tra i 15 e i 29 anni dei comuni interessati dai casi, rimandando a successivo sviluppo le fasi successive. La vaccinazione d'urgenza è raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il controllo degli episodi epidemici dovuti alla malattia meningococcica determinati da un sierogruppo prevenibile con vaccinazione. La vaccinazione contro il meningococco C costituisce infatti, in occasione delle epidemie, la principale attività di controllo di questa malattia perché permette di raggiungere due obiettivi: proteggere le persone dal rischio di malattia invasiva e ridurre il numero di portatori e quindi la circolazione dell'infezione. Si è quindi provveduto alla vaccinazione dei soggetti frequentanti i 4 locali nelle serate del 9 e del 10 dicembre, già sottoposti a chemioprolifassi. Queste vaccinazioni sono state effettuate nei giorni tra il 22 e il 24 di dicembre. Inoltre si è prevista la vaccinazione delle persone di età comprese tra 15 e 29 anni residente nei sei comuni dove si erano avuti casi che è iniziata non appena è stato disponibile il vaccino. In totale, nei 6 comuni, sono state somministrate 14.649 dosi di vaccino su un totale di 24.372 persone target. L'adesione complessiva è stata pari al 60% (range 54% - 79%). Per l'effettuazione delle attività ogni Azienda Sanitaria ha provveduto con modelli organizzativi diversi in base alla distribuzione nel territorio della popolazione e ai rapporti intrapresi con gli amministratori locali. Trascorsi 10 giorni dall'ultimo caso viene dichiarato il cessato allarme, mantenendo elevata comunque l'attenzione; complessivamente ci saranno altre segnalazioni ma un solo caso confermato nel Veneziano, che porterà a 8 la conta ufficiale dei casi. Sulla base delle definizioni internazionali, l'epidemia verificatasi a Treviso è quindi classificabile più come un episodio che ha coinvolto un sottogruppo definito di popolazione, collegato da evento di rischio definito (frequenza serate danzanti del 8 e 9 dicembre), che come una epidemia di popolazione. Alla base dell'episodio epidemico hanno avuto un ruolo, accanto ad una particolare virulenza del ceppo batterico, la contemporanea presenza nelle serate danzanti dell'8 e 9 dicembre di molti fattori di rischio della malattia meningococcica che hanno facilitato la diffusione nella popolazione esposta: alta presenza di giovani adulti, sovraffollamento, ballo, elevato utilizzo di alcolici e esposizione a fumo attivo e passivo.

2^ fase. La vaccinazione programmata. Superata la prima fase di urgenza, le ULSS della Provincia di Treviso, in applicazione a quanto previsto dall'Assessorato alla Sanità della Regione Veneto, hanno dato avvio alla fase di vaccinazione programmata che prevedeva l'estensione dell'offerta attiva e gratuita del vaccino antimeningococco C a tutti i residenti nella provincia di età compresa fra i 15 e i 29 anni e la vaccinazione gratuita delle persone di età inferiore a 15 anni che richiedevano di essere vaccinate. La vaccinazione è stata eseguita utilizzando in tutte e tre le Aziende ULSS centri di Vaccinazione di Massa (CMV). Sono state vaccinate complessivamente circa 69.000 persone con una copertura complessiva di circa il 60% (percentuali superiori al 70% nelle classi di età più giovani e intorno al 40% nell'ultima classe di età). La stretta collaborazione dei Servizi di sanità Pubblica e la efficiente collaborazione delle altre strutture coinvolte (Reparti di ricovero, Laboratori, Pronto soccorso e SUEM), ma anche la partecipazione delle Comunità (le amministrazioni comunali e loro dipendenti, la Provincia e le associazioni di volontariato) hanno consentito di affrontare in modo tempestivo e adeguato tutte le difficili fasi di gestione di questa epidemia.

3^ fase. Terminata la fase finalizzata al controllo dell'evento epidemico, la Regione Veneto e le tre Aziende ULSS della Provincia, sentito il parere del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, hanno ritenuto opportuno accelerare, in questo territorio, il programma di prevenzione vaccinale contro il meningococco di gruppo C. L'obiettivo dichiarato era di evitare che nel futuro si potessero verificare nella Provincia di Treviso nuovi eventi epidemici. La strategia vaccinale individuata per la Provincia di Treviso è stata la seguente:

- offerta attiva e gratuita su chiamata attiva per i giovani da 15 a 29 anni;
- offerta attiva della vaccinazione ai bambini di 6 anni, in coincidenza con le altre vaccinazioni previste per quell'età, che si aggiunge all'offerta attiva ai bambini al 13° mese e a 14 anni, già prevista nel calendario vaccinale della Regione Veneto;
- vaccinazione gratuita su richiesta dei bambini fino a 15 anni;

- vaccinazione con il pagamento di un ticket di 20 euro su richiesta delle persone con più di 29 anni. La strategia vaccinale per il restante territorio della Regione Veneto, in aggiunta all'offerta attiva ai bambini al 13° mese e a 14 anni, già prevista nel calendario vaccinale, è stata invece la seguente:
- vaccinazione gratuita su richiesta per i giovani da 15 a 29 anni;
- offerta attiva della vaccinazione ai bambini di 6 anni, in coincidenza con le altre vaccinazioni previste per quell'età.

La Regione ha svolto una forte azione di coordinamento delle attività sanitarie locali e di raccordo con il Ministero che a sua volta l'ha condivisa con gli esperti dell'OMS, che si è esplicitata nel costituire "di fatto" una task force attiva 24 ore, nel facilitare la rapida diagnosi clinica e di laboratorio (rete Microbiologie e Centro di Riferimento regionale), nel promuovere l'immediata attivazione della ricerca dei soggetti esposti, nel decidere le strategie preventive che hanno contemplato la massiccia azione di profilassi antibiotica e una strategia vaccinale allargata, nell'approvvigionamento e distribuzione del vaccino, nella comunicazione. L'informazione alla popolazione è stata un fattore cruciale dimostrando come sia importante disporre di una strategia di comunicazione predisposta in anticipo, che riguardi sia le informazioni sulla malattia che le misure di prevenzione e controllo, e l'acquisizione da parte degli operatori sanitari della capacità di gestire la comunicazione del rischio in una situazione di crisi, nella quale si è chiamati a comunicare incertezza epidemiologica e priorità preventive e a rimanere "lucidi", puntando i riflettori sui sani (moltissimi) piuttosto che sui malati (pochissimi). Da questa esperienza abbiamo imparato l'utilità di disporre di una Task force e di protocolli predefiniti; di una Direzione Aziendale consapevole dei percorsi di Sanità Pubblica; di una cultura epidemiologica ben strutturata in alcuni professionisti e di buoni rapporti ex-ante con le Istituzioni extrasanitarie e con i media.

Accanto al cluster epidemico si è dovuta infatti fronteggiare l'"epidemia mediatica" e la reale preoccupazione della popolazione della Provincia. Per quanto riguarda il controllo dell'epidemia, si è fatto probabilmente più del necessario anche perché, in ogni caso, il rapporto rischi/benefici è favorevole alla vaccinazione, tuttavia la strategia vaccinale scelta ha consentito di dare la risposta che la popolazione e le Amministrazioni locali si attendevano dai servizi di Sanità Pubblica.

La reazione dei servizi sanitari del Veneto, concordata con Ministero/CCM, condivisa con gli esperti dell'OMS, è stata non da ultimo un esempio di buona pratica nella sorveglianza e controllo delle malattie riconosciuto a livello internazionale. Inoltre, come importante valore aggiunto, si è testato il modello predisposto per la vaccinazione di massa in caso di pandemia influenzale.