

# Sorveglianza MTA

Incontro Gruppo Referenti SMI

Bologna, 2 marzo 2017


# Sorveglianza casi singoli di MTA

- Miglioramento della sorveglianza dei casi singoli di malattie potenzialmente trasmissibili da alimenti
  - 7 malattie trasmesse da alimenti/acqua prioritarie a livello europeo (ECDC: Food and Waterborne Diseases Network, FWD-Net):
    - campylobatteriosi,
    - listeriosi,
    - salmonellosi non tifoidee,
    - shigellosi,
    - infezioni da Escherichia coli produttori di Shiga tossina/verocitotossina (STEC/VTEC),
    - febbre tifoide e paratifoide,
    - yersiniosi.

# Sorveglianza casi singoli di MTA

- Proposta di una nuova scheda per l'inchiesta epidemiologica delle malattie trasmesse da alimenti/acqua prioritarie:
  - Maggiore dettaglio per la storia alimentare, per i luoghi abituali di consumo dei pasti, per i luoghi abituali di acquisto dei prodotti
  - Tale tipologia di questionario è utile quando si indaga su malattie con periodi di incubazione superiori alle 72 ore (per esempio, epatite A, febbre tifoide, listeriosi) o quando una persona non ricorda specifici alimenti assunti, le domande infatti riguardano le preferenze alimentari, per esempio gli alimenti solitamente consumati o le abitudini alimentari quotidiane.
  - Finalizzata ad individuare le possibili fonti di contaminazione anche in presenza di focolai diffusi

# Nuova scheda per l'inchiesta epidemiologica



Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_  
Distretto di \_\_\_\_\_

Caso singolo  SI  NO

Focolaio epidemico correlato  SI  NO

SSCMI SMI n° \_\_\_\_\_

SCHEDA DI INTERVISTA PER CASO SPORADICO DI MALATTIA RIFERIBILE AD ALIMENTI			
Data Segnalazione	gg  __ __  mm  __ __  aa  __ __		
Segnalazione da	<input type="checkbox"/> Medico Ospedaliero / Pronto Soccorso / Specialista / Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Utente	
	<input type="checkbox"/> MMG/PLS	<input type="checkbox"/> Altro.....	
Modalità di segnalazione	<input type="checkbox"/> Telefono	<input type="checkbox"/> Posta Ordinaria / Raccomandata A/R	
	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Altro.....	
Effettuazione inchiesta	<input type="checkbox"/> Contattato il gg  __ __  mm  __ __  aa  __ __		
	<input type="checkbox"/> Invio telegramma/ raccomandata A/R del gg  __ __  mm  __ __  aa  __ __		
	<input type="checkbox"/> Inchiesta non effettuata per irreperibilità del paziente/parente/segnalatore		
	<input type="checkbox"/> Il paziente si rifiuta / non si presenta		
Figura contattata	<input type="checkbox"/> Paziente	<input type="checkbox"/> Medico segnalatore	
	<input type="checkbox"/> Parente del paziente (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Altro.....	
Modalità inchiesta	<input type="checkbox"/> Telefonica	<input type="checkbox"/> Di persona	<input type="checkbox"/> Altro.....

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome Nome		Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data di nascita	gg  __ __  mm  __ __  aa  __ __	Luogo	Prov. _____
Residenza	Città.....Prov.....		
	Via/V.le/P.zza ..... n° .....		
Domicilio (se diverso da residenza)	Città.....Prov.....		
	Via/V.le/P.zza ..... n° .....		
Telefono	Professione		
Luogo di lavoro	Ultimo giorno di frequenza e orario	gg  __ __  mm  __ __  aa  __ __	ora  __ __ : __ __
		gg  __ __  mm  __ __  aa  __ __	ora  __ __ : __ __
Comunità frequentate	Ultimo giorno di frequenza e orario		

**INFORMAZIONI CLINICHE**

Presenza sintomatologia  SI  NO

Se SI, data inizio sintomatologia gg |\_\_|\_\_| mm |\_\_|\_\_| aa |\_\_|\_\_| Ora |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|

Sintomi	SI	NO	Data	Ora	Note
Crampi addominali					
Diarrea					
Se sì: n° scariche/die .....					
- diarrea con sangue					
- diarrea con crampi					
- diarrea con muco					
- diarrea acquosa					
Stipsi					
Brividi					
Febbre					
Cefalea					
Ittero/urine ipercromiche					
Dolori muscolari					
Artralgia					
Scialorrea					
Rossore					
Visione confusa					
Difficoltà a inghiottire					
Difficoltà a parlare					
Vertigini					
Altro .....					

Termine sintomatologia gg |\_\_|\_\_| mm |\_\_|\_\_| aa |\_\_|\_\_|

**RICOVERO OSPEDALIERO**  SI  No

Se SI, specificare Ospedale e Reparto.....

.....

Data ricovero gg |\_\_|\_\_| mm |\_\_|\_\_| aa |\_\_|\_\_|      Data dimissione gg |\_\_|\_\_| mm |\_\_|\_\_| aa |\_\_|\_\_|

**STATO PAZIENTE**  guarito  ancora malato

deceduto gg |\_\_|\_\_| mm |\_\_|\_\_| aa |\_\_|\_\_|  altro.....

**COPROCOLTURA**  SI  NO

# Nuova scheda per l'inchiesta epidemiologica

Data gg |\_\_|\_\_ mm|\_\_|\_\_ aa|\_\_|\_\_ Esito  negativo  positivo **TIPIZZAZIONI** .....

Data gg |\_\_|\_\_ mm|\_\_|\_\_ aa|\_\_|\_\_ Esito  negativo  positivo **TIPIZZAZIONI** .....

Data gg |\_\_|\_\_ mm|\_\_|\_\_ aa|\_\_|\_\_ Esito  negativo  positivo **TIPIZZAZIONI** .....

**ALTRI ESAMI:** .....

.....

**TERAPIA ASSUNTA**  antibiotica  altro.....

**ALTRE INFORMAZIONI:** .....

.....

CONTATTI	
Qualcuno della sua famiglia (conviventi) e/o dei suoi conoscenti ha avuto gli stessi sintomi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so

Se SÌ, indicare di seguito:

Cognome	Nome	Data di nascita	Tipo di contatto	PROFESSIONE <small>(Specificare soprattutto se si tratta di Operatori del settore alimentare)</small>

Se l'interessato è a conoscenza che vi sono delle persone che presentano o hanno presentato la stessa sintomatologia, è necessario indagare se sono state condivise delle esperienze comuni

Ha avuto delle esperienze comuni con le persone che hanno presentato la sua stessa sintomatologia?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
--	---

Se SÌ, indicare di seguito quale tipo di esperienza è stata condivisa:

.....

.....

.....

.....

.....

STORIA ALIMENTARE			
In questa sezione si indagano le frequentazioni a feste, incontri, permanenze presso comunità di vario genere, eventuali viaggi, gite ed escursioni, etc. nei giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi <b><u>Nella settimana precedente la comparsa dei sintomi</u></b>			
Ha partecipato ad un evento di gruppo (ricevimento di nozze, feste, eventi con buffet, eventi religiosi, eventi scolastici, cene domestiche con amici e parenti, banchetti di lavoro, sagre, fiere, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so		
Se SÌ, indicare quale evento:			
	Tipo di evento	Luogo	Data
Evento 1			
Evento 2			
Evento 3			
Evento 4			
Descrizione sintetica dei pasti consumati nei 3 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi <b>Giorno inizio dei sintomi</b> gg  __ __ mm __ __ aa __ __			
Colazione			
Pranzo			
Cena			
<b>Un giorno prima dell'inizio dei sintomi</b> gg  __ __ mm __ __ aa __ __			
Colazione			
Pranzo			
Cena			
<b>Due giorni prima dell'inizio dei sintomi</b> gg  __ __ mm __ __ aa __ __			
Colazione			
Pranzo			
Cena			
<b>Tre giorni prima dell'inizio dei sintomi</b> gg  __ __ mm __ __ aa __ __			
Colazione			
Pranzo			
Cena			
<b>Nella settimana precedente la comparsa della sintomatologia, ha consumato qualche piatto contenente i seguenti alimenti?</b>			

# Nuova scheda per l'inchiesta epidemiologica

<b>CARNE</b>	<input type="checkbox"/> Carne cruda <input type="checkbox"/> Carne macinata (hamburger, polpette) <input type="checkbox"/> Salsiccia (cruda o poco cotta) <input type="checkbox"/> Cacciagione <input type="checkbox"/> Carne di pollo/tacchino <input type="checkbox"/> Carne di suino <input type="checkbox"/> Arrostiti, roast-beef, kebab <input type="checkbox"/> Salumi <input type="checkbox"/> Carne alla brace <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>PRODOTTI DELLA PESCA</b>	<input type="checkbox"/> Pesce crudo (sushi) <input type="checkbox"/> Molluschi (cozze, vongole) o crostacei <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>LATTE e LATTICINI</b>	<input type="checkbox"/> Latte crudo (non bollito) <input type="checkbox"/> Formaggi non stagionati (es. brie, gorgonzola, taleggio, etc..) <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>UOVA</b>	<input type="checkbox"/> Uova crude (malonese, creme, zabaione, alla coque, tiramisù, ...) <input type="checkbox"/> Uova di pollaio rurale <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>FRUTTA e VERDURA</b>	<input type="checkbox"/> Verdure crude non disinfettate <input type="checkbox"/> Frutta non sbucciata / non lavata <input type="checkbox"/> Verdura confezionata pronta all'uso <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>CONSERVE ARTIGIANALI</b>	<input type="checkbox"/> Conserve vegetali (sott'olio) <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>FUNGHI</b>	<input type="checkbox"/> Raccolti, regalati, acquistati
<b>ALTRI CIBI</b>	<input type="checkbox"/> .....

Per ogni alimento individuato, indicare di seguito se consumato presso la propria abitazione (indicare dove è stato acquistato) o fuori (indicare dove è stato consumato)

TIPO DI ALIMENTO	CONSUMATO AL DOMICILIO		LUOGO DI CONSUMO O DI ACQUISTO <i>indicare il luogo dove sono stati acquistati o consumati gli alimenti individuati (ristorante, fast food, bar, tavola calda, mensa, fiera, sagra, autogrill, supermarket, salumificio, macelleria, mercato etc..)</i>
	SI	NO	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

N.B. Quando risulta difficile ricostruire la storia alimentare e non si è in grado di individuare gli eventuali luoghi di acquisto dei generi alimentari potenzialmente sospetti, è importante cercare di individuare se vi sono dei luoghi abituali di acquisto

Dove acquista abitualmente i seguenti generi alimentari?	
ALIMENTI	Denominazione e indirizzo del punto vendita/fornitore abituale
Uova	
Latte	
Carni bovine/suine	
Carni pollame	
Salumi	
Formaggi e prodotti caseari	
Frutta e verdura	
Pesce fresco e prodotti ittici	
Prodotti di pasticceria e gelati	

INFORMAZIONI GENERALI	
Ha soggiornato in un'altra località (anche estera) per almeno un giorno (per lavoro oppure vacanza/gita) ?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
Se SÌ, indicare in quale periodo dal  _ _   _ _   _ _  al  _ _   _ _   _ _	
e in che tipologia di struttura ha soggiornato:	
<input type="checkbox"/> Hotel/Residence <input type="checkbox"/> Amici/parenti <input type="checkbox"/> Appartamento	<input type="checkbox"/> Casa vacanza <input type="checkbox"/> Bed & breakfast <input type="checkbox"/> Campeggio
<input type="checkbox"/> Villaggio turistico <input type="checkbox"/> Campo scuola <input type="checkbox"/> Altro .....	
Denominazione e indirizzo.....	
Ha visitato un agriturismo / una fattoria o affini?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
Se SÌ, indicare in quale periodo dal  _ _   _ _   _ _  al  _ _   _ _   _ _	
e Denominazione e indirizzo.....	

# Nuova scheda per l'inchiesta epidemiologica

.....

.....

Ha avuto contatti con i seguenti animali?				
Specie animale	SI	NO	NON SO	Note
Ovini/Capre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Suini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Polli/Galline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tacchini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bovini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Piccioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Pappagalli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Conigli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Rettili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Criceti/Topi/Ratti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Cavalli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Cani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Gatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Quali dei seguenti tipi di acqua potrebbe aver bevuto/utilizzato per uso alimentare, igienico e/o domestico nella settimana precedente la comparsa dei sintomi				
Tipologia	SI	NO	NON SO	Note
Acqua rubinetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Acqua confezionata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(se SI, indicare la marca abituale) .....
Acqua pozzo privato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(se SI, indicare dove) .....
Acqua fonte/fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(se SI, indicare dove) .....

NOTIZIE CONCERNENTI L'ABITAZIONE				
UBICAZIONE DELL'ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> Centro città	<input type="checkbox"/> Periferia	<input type="checkbox"/> Campagna	
	<input type="checkbox"/> Appartamento	<input type="checkbox"/> Casa singola	<input type="checkbox"/> Altro.....	
SISTEMA FOGNARIO	<input type="checkbox"/> Allaccio rete fognaria	<input type="checkbox"/> Fossa biologica tradizionale	<input type="checkbox"/> Fossa settica tipo Imhoff	<input type="checkbox"/> Altro.....

ALTRI FATTORI DI RISCHIO		
	SI	NO
Usa lavarsi le mani prima della manipolazione degli alimenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa lavare accuratamente frutta e verdura prima di consumarla cruda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possiede un orto privato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, con quale acqua viene irrigato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizza liquami per concimazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa raccogliere verdura direttamente dai campi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esercita attività di allevatore di animali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha nuotato nei 7 giorni precedenti la malattia? (piscine, laghi, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri fatto di rischio .....		

Altre informazioni importanti ricavate dall'inchiesta e non previste nei punti precedenti della scheda / Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Operatore sanitario compilatore	.....
Qualifica professionale	.....
Data compilazione	.....

# Sorveglianza casi singoli di MTA

- Integrazione di informazioni in SMI per le 7 malattie prioritarie:
  - Importata (viaggio al di fuori del Paese durante il periodo di incubazione)
  - Modalità di trasmissione
  - Veicolo sospetto
  - Resistenza agli antibiotici per Salmonella e Campylobacter
  - Esito: guarigione/decesso



# Sorveglianza focolai di MTA

- Miglioramento della sorveglianza dei focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti
  - Lista agenti eziologici di MTA
  - Aggiornamento della scheda di sorveglianza dei focolai di MTA (versione maggio 2013) al tracciato EFSA
  - Introduzione in SMI dei campi relativi al tipo di **evidenza di correlazione tra malattia e alimento**, risultata dall'indagine epidemiologica, attualmente non presenti

# Sorveglianza focolai di MTA

## Scheda sorveglianza 2013

8.3. Tipo di evidenza di correlazione tra il focolaio e l'alimento o specifico veicolo alimentare (indicare la natura della correlazione epidemiologica o microbiologica evidenziata tra i casi del focolaio e il veicolo alimentare individuato)

### EPIDEMIOLOGICA

- analitica** : evidenza di un'associazione statisticamente significativa tra l'alimento e la malattia dimostrata da uno studio di coorte o caso-controllo (*alimento statisticamente confermato quando il rischio relativo (RR) alimento-specifico è >1 e quando il consumo dell'alimento spiega più del 50% dei malati. Il rischio relativo è costituito, al numeratore, dal tasso di attacco negli esposti (numero di malati che hanno mangiato quello specifico alimento suddiviso per il numero totale di persone che hanno mangiato quello specifico alimento) ed, al denominatore, dal tasso di attacco nei non esposti (numero di malati che non hanno mangiato quello specifico alimento suddiviso il numero totale di persone che non hanno mangiato quello specifico alimento)* (compilare il punto 7 dell'indagine)
- descrittiva**: dedotta sulla base dei riscontri raccolti nel corso dell'indagine epidemiologica, senza il supporto di evidenze statistiche o prove di laboratorio (*due o più persone con sintomi clinici simili che indicano una malattia causata dallo stesso patogeno e l'indicazione che queste persone hanno consumato lo stesso alimento, senza effettuazione di una analisi epidemiologica*)

### MICROBIOLOGICA

- Individuazione dell'agente eziologico attraverso prove di laboratorio condotte sull'alimento o suoi ingredienti (compilare il punto 12 dell'indagine)
- Individuazione dell'agente eziologico nell'ambito della catena alimentare o nell'ambiente (compilare i punti 14/15 dell'indagine)

### **INSIEME A:**

- Individuazione di un agente eziologico indistinguibile in campioni prelevati da casi umani (compilare il punto 13 dell'indagine)
- Sintomi e insorgenza della malattia patognomonici per l'agente causale trovato nell'alimento, nella catena alimentare o nell'ambiente (compilare i punti 12/14/15 dell'indagine)

# Focolai di MTA. Natura dell'evidenza

Semplificazione della classificazione

- Evidenza epidemiologica **analitica**
- Evidenza epidemiologica **descrittiva**
- Individuazione dell'**agente causale nel veicolo alimentare o nei suoi componenti** + Individuazione di agente causativo non distinguibile **nell'uomo**
- Individuazione dell'**agente causale nel veicolo alimentare o nei suoi componenti** + **Sintomi e insorgenza di malattia** riconducibile all'agente causale
- Individuazione dell'**agente causale nella catena alimentare o nel suo ambiente** + Individuazione di agente causale non distinguibile **nell'uomo**
- Individuazione dell'**agente causale nella catena alimentare o nel suo ambiente** + **Sintomi e insorgenza di malattia** riconducibile all'agente causale
- Indagine per il rintraccio dei prodotti (**tracing backward e forward**)
- Evidenza **ambientale descrittiva**
- Sconosciuta**

# Focolai di MTA. Forza dell'evidenza

La forza dell'evidenza di un focolaio epidemico di MTA è basata sull'attenta valutazione di tutte le categorie di evidenza disponibili :

- Una **forte evidenza epidemiologica** è un'associazione statisticamente significativa in uno studio epidemiologico analitico ben condotto, o una evidenza in uno studio descrittivo convincente
- Una **forte evidenza microbiologica** è l'identificazione di un agente causale indistinguibile in un caso umano e in un alimento, un ingrediente dell'alimento o nell'ambiente; o l'identificazione di un agente causale, come una tossina o un'amina biologica, nell'alimento in combinazione con sintomi clinici fortemente indicativi e un esordio dei sintomi nei casi del focolaio fortemente indicativi/patognomoniche dell'agente causale.
- Una **indagine esaustiva sul prodotto** (product-tracing investigation) può fornire una forte evidenza quando è identificato un punto comune nella catena di produzione o distribuzione a cui tutti o quasi tutti i casi sono stati esposti.

# Nuovi debiti informativi



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA SANITA' ANIMALE E DEI FARMACI  
VETERINARI

Uff.3

DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E LA  
NUTRIZIONE

Uff.2

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Uff.5



**Oggetto: Debito informativo EFSA anno 2016 – Implementazione del Sistema SINZOO per la raccolta dei dati relativi all’incidenza di zoonosi, di agenti zoonotici e di resistenza agli antimicrobici e ai focolai di tossinfezione alimentare – ai sensi del Reg. (CE) 178/2002 e della Direttiva 2003/99/CE recepita con D.L.vo n. 191/2006.**

Si coglie l’occasione per ricordare che SINZOO, strutturato secondo quanto previsto dalla Direttiva n. 2003/99/CE e dal D.L.vo di recepimento n. 191/2006, presenta una sezione apposita “Uomo” nella quale devono essere inseriti i dati sui Focolai di Tossinfezione alimentare: i dati immessi verranno validati dall’Ufficio 5 della DG Pre.

# Domande?

