

# FOCUS SULLE SCHEDE DI SORVEGLIANZA SPECIALE

- ❑ Focolai di malattie trasmesse da alimenti
- ❑ SEIEVA - Questionario studio caso-controllo epidemia Epatite A. Italia, 2013



Bologna, 14 ottobre 2013



# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

- ❑ La RER con nota prot. n. 61.2.2/1379 del 26/01/1984 "Avvio di un sistema di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari promosso dall'ISS" ha adottato la specifica scheda di sorveglianza
- ❑ Al fine di aggiornare il Sistema anche per rispondere alle indicazioni specifiche contenute nel "*Manual for Reporting of Food-borne outbreaks in accordance with Directive 2003/99/EC from the year 2012*". European Food Safety Authority. 2013:EN-410. Available online: [www.efsa.europa.eu/publications](http://www.efsa.europa.eu/publications) il gruppo regionale multidisciplinare MTA ha elaborato una nuova scheda di sorveglianza

# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

- ❑ La nuova scheda, trasmessa assieme al Manuale EFSA, ai Direttori e ai Referenti Malattie Infettive dei DSP con e-mail del 14 maggio 2013, è da utilizzare per gli episodi epidemici a partire dal 1 gennaio 2013
- ❑ Il Piano regionale della Prevenzione 2010-2012, prorogato al 31-12-2013 con DGR 703/2013, prevede, all'interno del progetto «*I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: Controllo delle malattie socialmente rilevanti*» l'intervento: «*Implementare le capacità diagnostiche delle malattie a circuito oro-fecale e focolai di Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA), nonché delle zoonosi, e migliorare le capacità di analisi epidemiologica nei focolai di MTA, anche adottando in modo diffuso una nuova scheda di sorveglianza (integrata nel sistema informativo Sorveglianza delle Malattie Infettive - SMI), coerente con le Linee EFSA*»

# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

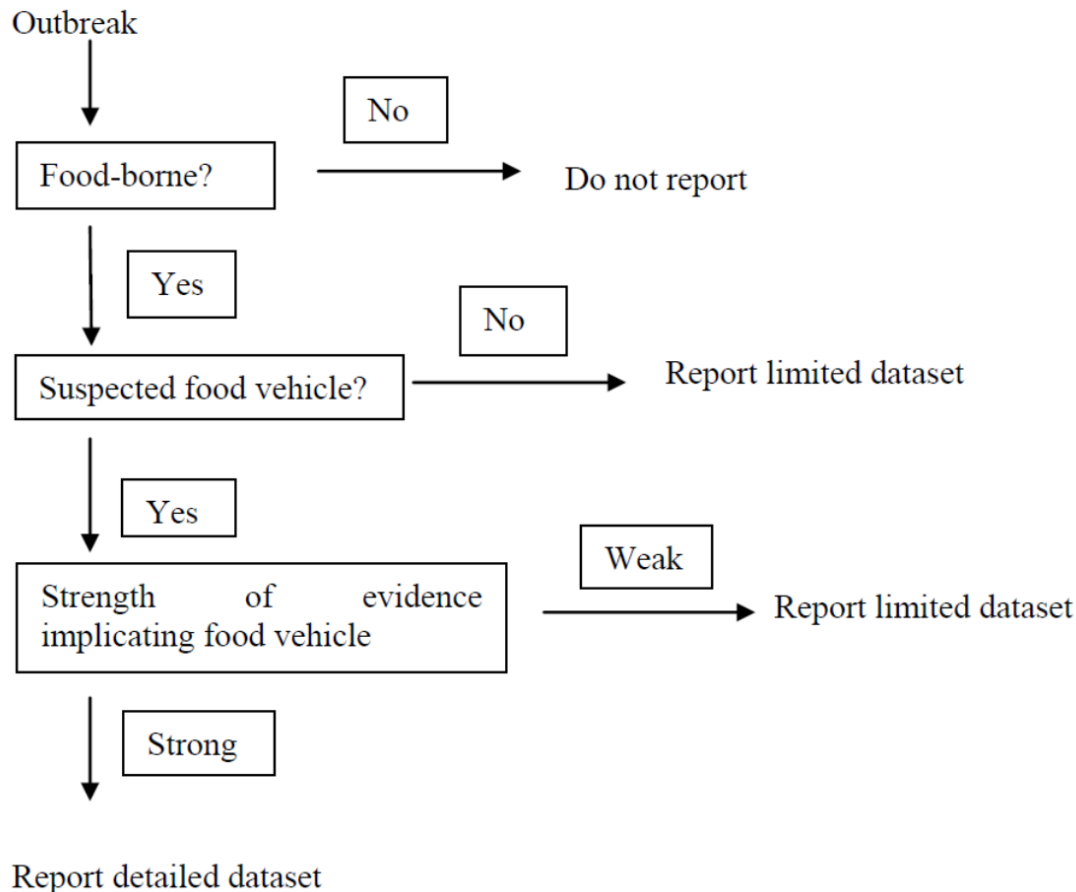
Alcune criticità emerse:

- Ritardo nella trasmissione delle schede alla Regione
- Compilazione incompleta
- Compilazione non coerente coi dati SMI
- Insufficiente forza dell'evidenza della correlazione tra il consumo di un alimento e la malattia

# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

- Il Manuale EFSA prevede che vengano segnalati tutti i focolai, ma in modo diverso in base alla forza dell'evidenza che implica un alimento come causa dell'episodio

**Figure 1.** Scheme for reporting of food-borne outbreaks to the European Union Food-borne Outbreak reporting system (EU-FORS)



# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

- ❑ Il dataset dettagliato (report detailed dataset) viene richiesto per segnalare i focolai di tossinfezione alimentare in cui, sulla base di una valutazione di tutte le prove disponibili, la prova dell'implicazione di un particolare alimento è forte (strong)
- ❑ Il dataset limitato (report limited dataset) viene richiesto per segnalare i focolai dove le prove dell'implicazione di un particolare alimento sono deboli o assenti (weak)

# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

- ❑ Il dataset dettagliato viene soddisfatto con la Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti
- ❑ Il dataset limitato viene soddisfatto con l'inserimento del focolaio in SMI
- ❑ La valutazione della forza dell'evidenza e della scelta del dataset va fatta dagli operatori del DSP che conducono l'inchiesta epidemiologica (non dalla Regione)





# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

Esempi di inserimenti in SMI di focolai con correlazione alimento-malattia debole/assente:

☐ focolaio familiare di gastroenterite da salmonellosi da probabile contagio interumano

>> Cod.ICDIX 003.0-Gastroenterite da salmonella)

☐ focolaio di gastroenterite senza evidenza di correlazione epidemiologica e microbiologica tra un alimento e la malattia

>> Cod.ICDIX 009.1-Colite, enterite e gastroenterite di presunta origine infettiva

*oppure*

>> Cod.ICDIX 009.3-Diarrea di presunta origine infettiva

# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

Nell'inserimento della scheda focolaio SSR1 SMI:

- ❑ Nel caso di focolai con forte correlazione alimento-malattia va selezionata la modalità di trasmissione «Alimenti/Acqua» (e va compilata la scheda focolaio MTA)
- ❑ Nel caso di focolai con correlazione alimento-malattia debole/assente vanno selezionate altre modalità di trasmissione diverse da «Alimenti/Acqua» (e non va compilata la scheda focolaio MTA)

Modalità di trasmissione	<input type="text"/>
Agente eziologico	<input type="text"/>
Altro agente (specificare)	<input type="text"/>
Agente sospetto/identificato	<input type="text"/>
Veicolo	<input type="text"/>
Altro veicolo (specificare):	<input type="text"/>
Veicolo sospetto/identificato:	<input checked="" type="radio"/> Sospetto <input type="radio"/> Identificato

# Compilazione della scheda MTA

	Codice AUSL	N. scheda focolaio SMI
<b>Codice Focolaio</b>		

Scrivere sempre il codice AUSL e il n. scheda focolaio SMI

- Dove è avvenuto il focolaio epidemico ? (Scheda MTA punto 1)
- Presunto luogo di origine (SMI)

Significano sostanzialmente la stessa cosa, ovvero il Comune nel quale è stato consumato l'alimento o specifico veicolo alimentare che ha dato origine al focolaio (non quello dove le persone hanno manifestato i sintomi)

## 1. DOVE È AVVENUTO IL FOCOLAIO EPIDEMICO?

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AUSL codice

COMUNE

**Scheda MTA**

PROVINCIA

Data insorgenza primo caso noto:

Data insorgenza ultimo caso noto:

Numero totale di casi:

Casi ricoverati in ospedale:

Casi deceduti:

Presunto luogo di origine:

**Focolaio  
SSR1 SMI**

# Compilazione della scheda MTA

- ❑ L'inserimento in SMI dei singoli casi (SSCMI) è di competenza del/i SISP della/delle Ausl dove vengono segnalati i singoli casi che dovranno essere collegati al focolaio SSR1

❑ La sezione “Esposizione – Collettività frequentata” va compilata con i dati inerenti al nome, al Comune e all'indirizzo del luogo dove è stato consumato il presunto alimento responsabile

Esposizione	
<u>Viaggi/soggiorni</u>	
<u>Soggiorno in zone a rischio:</u>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Collettività (1)</u>	
<u>*Collettività (frequenta o vive)</u>	Si, frequenta <input type="button" value="v"/> <input type="button" value="v"/>
<u>Seleziona Collettività</u>	ALTRO <input type="button" value="v"/>
Altra collettività	MENSA AZIENDALE
Denominazione	SELF SERVICE
<u>Comune collettività</u>	BOLOGNA
Indirizzo	VIA MAZZINI 32
<u>Collettività (2)</u>	
Collettività (frequenta o vive)	<input type="button" value="v"/> <input type="button" value="v"/>
<u>Collettività (3)</u>	
Collettività (frequenta o vive)	<input type="button" value="v"/> <input type="button" value="v"/>

# Compilazione della scheda MTA

- ❑ L'inserimento in SMI del focolaio SSR1 e la compilazione della scheda di sorveglianza MTA è di competenza del SISP della Ausl dove è avvenuto il focolaio epidemico
- ❑ Il/i SISP della/delle Ausl di segnalazione dei casi e quello della Ausl dove è avvenuto il focolaio epidemico, qualora non coincidenti, dovranno necessariamente e tempestivamente collaborare e coordinarsi per l'effettuazione dell'inchiesta epidemiologica, l'inserimento dei dati in SMI e la compilazione della scheda MTA

# Compilazione della scheda MTA

- ❑ Punto 1.1: non confondere il tipo di focolaio «familiare» col setting «casa privata/cucina domestica» (punti 10 e 11)

## 1.1. TIPO DI FOCOLAIO

Indicare il tipo di focolaio

**Familiare** (focolaio che coinvolge più casi nello stesso nucleo familiare)

**Generale** (focolaio che coinvolge più nuclei familiari o collettività: scuole, gruppi, altre istituzioni...)

**Sconosciuto/Non determinato**

**In ambito territoriale**

**In struttura sanitaria o socio-assistenziale**



# Compilazione della scheda MTA

- ❑ Punti 5 e 6: riportare i valori solo in ore intere (non in giorni o minuti)
- ❑ Mediana: se abbiamo solo due valori possiamo calcolare la media

## 5. PERIODO DI INCUBAZIONE IN ORE:

il più breve

il più lungo

mediana

## 6. DURATA DELLA MALATTIA IN ORE:

il più corto

il più lungo

mediana





# Compilazione della scheda MTA

- Al punto 8.2 va data solo una risposta; considerare anche l'opzione «pasti misti o buffet» (es.: paella)

## 8. VEICOLO RESPONSABILE (alimento individuato dall'indagine epidemiologica)

### 8.1. Descrizione dell'alimento individuato \_\_\_\_\_

### 8.2. Indicare la categoria di appartenenza dell'alimento individuato:

<input type="checkbox"/> 01 Latte	<input type="checkbox"/> 13 Crostacei, molluschi e prodotti derivati
<input type="checkbox"/> 02 Prodotti lattiero-caseari (diversi dai formaggi)	<input type="checkbox"/> 14 Vegetali e succhi di frutta e altri prodotti derivati
<input type="checkbox"/> 03 Formaggio	<input type="checkbox"/> 15 Prodotti alimentari in scatola
<input type="checkbox"/> 04 Uova e prodotti d'uovo	<input type="checkbox"/> 16 Prodotti di cereali compreso il riso e semi/legumi (noci, mandorle)
<input type="checkbox"/> 05 Carni bovine e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> 17 Frutta, bacche e succhi e prodotti derivati
<input type="checkbox"/> 06 Carne suina e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> 18 Bevande, compresa l'acqua in bottiglia
<input type="checkbox"/> 07 Carne di pecora e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> 19 Acqua del rubinetto compresa acqua di pozzo
<input type="checkbox"/> 08 Altre o misto di carni rosse e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> 20 Dolci e cioccolato
<input type="checkbox"/> 09 Carne di pollo (Gallus gallus) e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> 21 Prodotti da forno
<input type="checkbox"/> 10 Carne di tacchino e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> 22 Erbe e spezie
<input type="checkbox"/> 11 Altre carni di pollame, miste o non specificate e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> 23 Pasti misti o buffet
<input type="checkbox"/> 12 Pesce e prodotti ittici	<input type="checkbox"/> 88 Altri alimenti

# Scheda di sorveglianza dei focolai di malattie trasmesse da alimenti

- ❑ La classificazione dei focolai prevede inoltre di valutare la natura dell'evidenza che collega il consumo di un alimento e il determinarsi di un focolaio di MTA, che può essere epidemiologica e/o microbiologica
- ❑ La natura dell'evidenza non è necessariamente correlata con la sua forza

# Compilazione della scheda MTA

- Punto 8.3: va sempre indicato il tipo di evidenza ovvero va spuntata o «Epidemiologica» o «Microbiologica»
- Nel caso di evidenza solo microbiologica almeno una delle prime due opzioni deve essere associata ad almeno una delle altre due

**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)

# Compilazione della scheda MTA

## Punto 9: fondamentale l'integrazione con il SIAN/SVET

### 9. MODO IN CUI IL CIBO IDENTIFICATO È STATO MESSO IN COMMERCIO E/O DISTRIBUITO AL CONSUMO

#### 9.1. Origine dell'alimento

<input type="checkbox"/> 01 Mercato nazionale
<input type="checkbox"/> 02 Provenienza Comunitaria. <b>Indicare il Paese:</b>
<input type="checkbox"/> 03 Importato da Paesi Terzi. <b>Indicare il Paese:</b>
<input type="checkbox"/> 99 Sconosciuta

#### 9.2. Modalità di commercializzazione e distribuzione

<input type="checkbox"/> Cibo industriale	Provenienza
<input type="checkbox"/> Cibo artigianale	
<input type="checkbox"/> Fresco	Stato dell'alimento
<input type="checkbox"/> Preparato	
<input type="checkbox"/> A temperatura ambiente	Tipologia di Conservazione
<input type="checkbox"/> In caldo	
<input type="checkbox"/> Refrigerato	
<input type="checkbox"/> Congelato	
<input type="checkbox"/> Sfuso	Stato di conservazione
<input type="checkbox"/> Già confezionato	
<input type="checkbox"/> Inscatolato	

Altro specificare: \_\_\_\_\_

#### 9.3. Se si tratta di prodotto commerciale identificare la ditta e il lotto:

\_\_\_\_\_

9.4. L'alimento è stato oggetto di allerta (RASFF O EWRS)?  Sì  No

# Compilazione della scheda MTA

Punto 10: fondamentale l'integrazione con il SIAN/SVET

## 10. LUOGO DI PREPARAZIONE DEL CIBO IDENTIFICATO:

<input type="checkbox"/> 01 Casa privata / Cucina domestica	<input type="checkbox"/> 12 Macello
<input type="checkbox"/> 02 Ristorante / Caffè / Pub / Bar / Hotel / Servizio catering	<input type="checkbox"/> 13 Azienda agricola (produzione primaria)
<input type="checkbox"/> 03 Rivenditore mobile / Mercato / Venditore ambulante	<input type="checkbox"/> 14 Impianto di trasformazione
<input type="checkbox"/> 04 Take-away / Fast food / Rosticceria	<input type="checkbox"/> 15 Punto vendita
<input type="checkbox"/> 05 Mensa o ristorazione sul posto di lavoro	<input type="checkbox"/> 16 Trasporto alimentare
<input type="checkbox"/> 06 Ospedale / Struttura sanitaria	<input type="checkbox"/> 17 Impianto di trattamento acque
<input type="checkbox"/> 07 Struttura residenziale (casa di riposo, carcere, collegio...)	<input type="checkbox"/> 18 Sistema di distribuzione delle acque
<input type="checkbox"/> 08 Scuola, asilo nido	<input type="checkbox"/> 19 Acqua di fonte
<input type="checkbox"/> 09 Ristorazione collettiva temporanea (fiere, festivals)	<input type="checkbox"/> 20 Estero
<input type="checkbox"/> 10 Campeggio / picnic	<input type="checkbox"/> 38 Altro
<input type="checkbox"/> 11 Aereo / Nave / Treno	<input type="checkbox"/> 99 Sconosciuto

Data di preparazione: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

# Compilazione della scheda MTA

Punto 11: fondamentale l'integrazione con il SIAN/SVET

## 11. LUOGO DI CONSUMO DEL CIBO IDENTIFICATO

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Casa privata / cucina domestica                               | <input type="checkbox"/> 09 Ristorazione collettiva temporanea (fiere, festivals) |
| <input type="checkbox"/> 02 Ristorante / Caffè / Pub / Bar / Hotel                        | <input type="checkbox"/> 10 Campeggio / picnic                                    |
| <input type="checkbox"/> 03 Rivenditore mobile / Mercato / Venditore ambulante            | <input type="checkbox"/> 11 Aereo / Nave / Treno                                  |
| <input type="checkbox"/> 04 Take-away / Fast food   | <input type="checkbox"/> 12 Casi disseminati                                      |
| <input type="checkbox"/> 05 Mensa o ristorazione sul posto di lavoro                      | <input type="checkbox"/> 13 Azienda agricola (produzione primaria)                |
| <input type="checkbox"/> 06 Ospedale / Struttura sanitaria                                | <input type="checkbox"/> 88 Altro   |
| <input type="checkbox"/> 07 Struttura residenziale (casa di riposo, carcere, collegio...) | <input type="checkbox"/> 99 Sconosciuto   |
| <input type="checkbox"/> 08 Scuola, asilo nido  |   |

### 11.1. Descrizione del luogo di consumo (se trattasi di luogo commerciale)

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di consumo: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

# Compilazione della scheda MTA

- Punti 12 e 13: indicare sempre i microrganismi/sostanze chimiche ricercate

## 12. CAMPIONI DI CIBO ESAMINATI

TIPO	RICERCA EFFETTUATA	Originale*	Analogo*	RISULTATI	
				Qualitativi	Quantitativi

\*Legenda: Originale = cibo originalmente coinvolto nell'epidemia

Analogo = cibo analogo, prelevato successivamente ma non consumato degli esposti all'epidemia

## 13. CAMPIONI DI PAZIENTI ESAMINATI (feci, sangue, vomito, ecc.)

TIPO	RICERCA EFFETTUATA	n° pazienti esaminati	n° pazienti positivi	NOTE

Eventuali osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Compilazione della scheda MTA

- ❑ Punti 14 e 15: Indicare sempre i microrganismi/sostanze chimiche ricercate

## 14. CAMPIONI AMBIENTALI

SEDE	RICERCA EFFETTUATA	RISULTATI

## 15. CAMPIONI DI ALIMENTARISTI (feci, sangue, vomito, ecc.)

TIPO	RICERCA EFFETTUATA	n° pazienti esaminati	n° pazienti positivi	NOTE

# Compilazione della scheda MTA

Punto 16: indicare sempre almeno un fattore

## 16. FATTORI CHE HANNO CONTRIBUITO ALL'EPIDEMIA

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 01   | Ingredienti non trasformati contaminati  |
| <input type="checkbox"/> 02.1 | Tempi di conservazione errati  |
| <input type="checkbox"/> 02.2 | Intervallo tra preparazione e consumo troppo lungo (più di un giorno tra preparazione e consumo) |
| <input type="checkbox"/> 02.3 | Temperatura di conservazione scorretta (scorretto mantenimento della temperatura)                |
| <input type="checkbox"/> 03   | Trattamento termico inadeguato (cottura inadeguata)  |
| <input type="checkbox"/> 04   | Raffreddamento inadeguato  |
| <input type="checkbox"/> 05   | Contaminazione crociata tra cibi cotti e crudi   |
| <input type="checkbox"/> 06   | Addetti alla manipolazione infetti (cattiva igiene dell'alimentarista)                           |
| <input type="checkbox"/> 07   | Trattamento delle acque inadeguato   |
| <input type="checkbox"/> 88.1 | Altro: Contaminazione dell'attrezzatura.   |
| <input type="checkbox"/> 88.2 | Altro. Specificare _____   |
| <input type="checkbox"/> 99   | Sconosciuto  |

# Compilazione della scheda MTA

- Punti 17 e 18: riportare tutte le informazioni utili a dare una spiegazione dell'epidemia (non allegare relazioni)

## 17. EZIOLOGIA

	CONFERMATA	POSSIBILE	AGENTE RESPONSABILE
<input type="checkbox"/> MICROBICA			
<input type="checkbox"/> CHIMICA			
<input type="checkbox"/> ALTRO			
<input type="checkbox"/> SCONOSCIUTA			

### 17.1. Indicare nel modo preciso l'agente causale identificato

Indicare la specie e se possibile il sierotipo/biotipo/fagotipo in caso di batteri (es. *Yersinia enterocolitica* biotipo 1 sierotipo O:3). Laddove effettuate indicare anche eventuali genotipizzazioni (PFGE, MLVA, AFLP, MLST, ribotyping). In caso di virus può essere indicata la sequenza dell'amplificato PCR.

### 17.2. Indicare eventuali resistenze agli antimicrobici del germe isolato

**18. ALTRE INFORMAZIONI** ricavate dall'indagine epidemiologica non rilevate nei punti precedenti della scheda. Quando possibile indicare il luogo e o il punto della catena di produzione in cui il cibo è stato contaminato, specificando se presunto o certo. (vedere punto 10)

---

---

---

---

# Intossicazioni alimentari

- Nello SMI sono inseriti i codici delle intossicazioni alimentari:
  - **988 Effetti tossici di sostanze nocive ingerite come alimenti**
  - 988.0 Effetti tossici di pesce e molluschi ingeriti come alimenti
  - 988.1 Effetti tossici di funghi ingeriti come alimenti
  - 988.2 Effetti tossici di bacche e altri vegetali ingeriti come alimenti
  - 988.8 Effetti tossici di altre sostanze nocive specificate ingerite come alimenti
  - 988.9 Effetti tossici di sostanze nocive non specificate ingerite come alimenti

# Casi singoli / sporadici

- ❑ L'indagine di un caso singolo / sporadico di malattia veicolata da alimenti deve essere condotta con lo stesso impegno e scrupolosità con cui si agisce in caso di focolaio
- ❑ Le informazioni specifiche vanno inserite nello SMI nella scheda caso singolo nella sezione «Approfondimento trasmissione alimentare» per le seguenti malattie:
  - Listeriosi
  - Criptosporidiosi
  - Dissenteria bacillare
  - Lambliasi
  - Yersiniosi
  - Salmonellosi
  - Campilobatteriosi
  - Giardiasi
  - Infezione con E. Coli enteroemorragico
  - Shigellosi

## Approfondimento trasmissione alimentare

Modalità di trasmissione

Alimenti/acqua  
Aerea  
Vettore  
Per contatto

Veicolo responsabile

Sede consumo alimentare

Eventuali osservazioni

## Approfondimento trasmissione alimentare

Modalità di trasmissione

Alimenti/acqua

Veicolo responsabile

Latte

Sede consumo alimentare

Eventuali osservazioni

Casa privata  
Ristorazione pubblica  
Ristorazione collettiva

# Approfondimento trasmissione alimentare

Latte  
Prodotti lattiero-caseari (diversi dai formaggi)  
Formaggio  
Uova e prodotti d'uovo  
Carne bovina e prodotti derivati  
Carne suina e prodotti derivati  
Carne di pecora e prodotti derivati  
Altra carne rossa o mista e prodotti derivati  
Carne di pollo e prodotti derivati  
Carne di tacchino e prodotti derivati  
Atre e non specificate carni di pollame e prodotti derivati  
Pesce e prodotti ittici  
Crostacei, frutti di mare, molluschi e prodotti derivati  
Vegetali, succhi vegetali e altri prodotti derivati  
Prodotti alimentari in scatola  
Prodotti di cereali compreso riso, semi, legumi, frutta secca  
Frutta, bacche, succhi di frutta e prodotti derivati  
Bevande, compresa l'acqua in bottiglia  
Acqua del rubinetto compresa acqua di pozzo  
Dolci e cioccolato

Modalità di trasmissione

Veicolo responsabile

Sede consumo alimentare

Eventuali osservazioni



A.S.L. _____		Regione <b>EMILIA-ROMAGNA</b>		Numero Caso _____	
	<b>STRETTAMENTE RISERVATO</b>	Si prega di dare uguale rilievo a tutte le domande e segnare o scrivere la risposta nelle apposite caselle o righe. Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore.			
Data Intervista giorno _____ mese _____ anno _____		Cognome iniziale _____ Nome iniziale _____			
Comune di domicilio abituale _____					
Cittadinanza _____ Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? anni _____					
Età _____		Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input checked="" type="checkbox"/> Femmina		Attività _____	
Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso è minorenni) _____					
	<b>IMPORTANTE</b>	EFFETTUARE L'INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA. Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena disponibili			
1	Durante la sua malattia è diventato giallo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
2	In che data è iniziata la malattia?	giorno _____ mese _____ anno _____			
3	E stato ospedalizzato per questa malattia?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
3.a	Se Sì, quanti giorni è rimasto in ospedale?	giorni _____			
<b>DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</b>					
4	Ha preso farmaci?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
4.a	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?		giorni _____	
4.b	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?		giorni _____	
4.c	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?		giorni _____	
4.d	Se Sì, quali _____	Per quanto tempo?		giorni _____	
5	Ha consumato frutti di mare?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
5.a	Se Sì, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
6	Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
7	Ha trascorso almeno una o più notti fuori dalla sua città?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
7.a	Se Sì, dove? _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____			
8	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A?	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so		
		<input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose <input type="checkbox"/> 2 Sì due dosi <input type="checkbox"/> 3 Sì, tre dosi			
8.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno _____ mese _____ anno _____			
8.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno _____ mese _____ anno _____			
8.b	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno _____ mese _____ anno _____			
<b>DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</b>					
9	Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
10	Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
11	Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
11.a	Se Sì: Specificare il tipo di intervento: _____	<input type="checkbox"/> 1 Ambulatoriale <input type="checkbox"/> 2 Con ricovero			
12	E' stato sottoposto ad endoscopia?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
12.a	Se Sì: Specificare il tipo di endoscopia: _____	<input type="checkbox"/> 1 Ambulatoriale <input type="checkbox"/> 2 Con ricovero			
13	E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
13.a	Se Sì: Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____			
13.b	Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____			
13.c	Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____			
14	Ha fatto uso di droghe?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
14.a	Se Sì, modalità di assunzione <input type="checkbox"/> 1 endovenosa <input type="checkbox"/> 2 inalazione <input type="checkbox"/> 3 entrambe <input type="checkbox"/> 4 altro	<input type="checkbox"/> 8 Non so			
14.b	Se Sì, ha mai avuto contatti con un SERT?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
15	Ha avuto un trattamento dentario?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
16	Si è fatto i buchi alle orecchie o altro tipo di piercing?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
17	Si è fatto un tatuaggio?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
18	Le è stata praticata l'ago puntura?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
19	Si è rasato dal barbiere?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	

# Questionario di un caso notificato di epatite virale acuta SEIEVA

# Questionario SEIEVA

Alcune criticità emerse:

- Compilazione incompleta
- Compilazione non coerente coi dati SMI
- Dati SMI inseriti non correttamente



# Compilazione del questionario SEIEVA

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia? anni |\_|\_|

Età |\_|\_| Sesso  1 Maschio  2 Femmina Attività \_\_\_\_\_

Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso è minorenne) \_\_\_\_\_

- Inviare sempre il questionario con il relativo Mod.15 da SMI
- In caso di cittadinanza diversa da «italiana» scrivere da quanti anni è in Italia (sia se nato all'estero sia se nato in Italia)
- Scrivere il titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia se il caso è minorenne)

3 E stato ospedalizzato per questa malattia?  1 Sì  0 No  8 Non so

3.a Se Sì, quanti giorni è rimasto in ospedale? giorni |\_|\_|

- Riportare sempre il n. di giorni di ricovero

# Compilazione del questionario SEIEVA

22	Le è stata somministrata almeno una dose di <b>vaccino per l'epatite B</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
		<input type="checkbox"/> 2 Sì, due dosi	<input type="checkbox"/> 3 Sì, tre dosi	
22.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno  __ _	mese  __ _	anno  __ _ _ _
22.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno  __ _	mese  __ _	anno  __ _ _ _
22.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno  __ _	mese  __ _	anno  __ _ _ _

- Compilare sempre i dati relativi alla vaccinazione antiepatite B in particolare per i nati dopo il 1979. In caso di mancata vaccinazione riportare i motivi nelle note. In caso di epatite B in vaccinato aderire allo studio dell'ISS (e-mail del 28/01/2010)

43	<b>DECORSO CLINICO</b>	Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
44		Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45		Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46		Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46.a	In caso di decesso indicare la data	giorno __ _  mese __ _  anno __ _ _ _	Causa iniziale: _____		

- Compilare sempre il decorso clinico dopo la dimissione del paziente

# Inserimento dati SMI questionario SEIEVA

<u>Valore massimo AST</u>	532,8	Il campo deve essere numerico senza virgole o punti
<u>Valore massimo ALT</u>	332,8	Il campo deve essere numerico senza virgole o punti
<u>Valore massimo Bilirubina Totale</u>	32,8	Il campo deve essere numerico senza virgole o punti
<u>Valore massimo Bilirubina Diretta</u>	22,8	Il campo deve essere numerico senza virgole o punti
<u>Valore massimo INR</u>	1,1	Il campo deve essere numerico senza virgole o punti

- ❑ Attenzione ai valori di laboratorio: il campo deve essere senza virgole o punti quindi i decimali vanno tolti (se lasciati il valore viene moltiplicato)

**1. Parte da compilare prima dell'intervista**

Intervistatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
 Calcolare il possibile periodo di esposizione sulla base della data di inizio sintomi del caso corrispondente (vedi calendario)  
 Da (50 gg prima) \_\_\_\_\_ Al (15 gg prima) \_\_\_\_\_

**Dati anagrafici del caso/controllo**  CASO  CONTROLLO  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 ID \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Sesso  M  F Età (anni) \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Lavoro \_\_\_\_\_ Manipolazione degli alimenti: \_\_\_\_\_  
 Abita con bambini?  SI  NO Se SI, numero ed età dei bambini: \_\_\_\_\_

**2. Se età < 12 anni: somministrare il questionario ad un parente**

Intervistato  Parente (indicare nome e legame di parentela)  Altro  
 \_\_\_\_\_

**3. Se età < 18 anni: chiedere autorizzazione ad un genitore**

SI  NO

**Scuola**  
 Se si: Nome scuola \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
 Materna  Elementare  Medie  Superiori  Università  
 Classe frequentata \_\_\_\_\_  
 C'è la refezione a scuola?  SI  NO  
 Suo figlio/a pranza alla mensa della scuola?  SI  NO

**Solo per i controlli:**

**4. E' stato vaccinato per l'HAV?**  
 SI  NO  NON SO  
 Se si: Tipo vaccino (A / A+B) \_\_\_\_\_ Numero di dosi \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**5. Ha avuto l'epatite A in passato?**  SI  NO  
 (se si interrompere l'intervista)

**6. Dal 1 gennaio/marzo ha presentato alcuni dei seguenti sintomi?**

	SI	NO	Data
Colorito giallo sclere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colorito giallo cute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urine rosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Feci Chiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Astenia (debolezza, stanchezza)/inappetenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**È stato ricoverato in ospedale?**  SI  NO  
 Se si, in che ospedale è stato ricoverato? \_\_\_\_\_  
 per quale motivo è stato ricoverato? \_\_\_\_\_

**7. Ha avuto contatti con persone con una diagnosi di Epatite A?**

SI  NO  Non so

Se si, quando? \_\_\_\_\_  
 Se si, il contatto era?

	Nome	Età	Comune	Data sintomi
<input type="checkbox"/> Familiare	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Collega di lavoro	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sessuale	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altro	_____	_____	_____	_____

**8. Frequenta un gruppo o una comunità di persone (es. gruppo sportivo, comunità parrocchiale, ecc.)?**

SI  NO Se si, quale: \_\_\_\_\_

# Questionario studio caso-controllo epidemia Epatite A. Italia, 2013

# Questionario studio caso-controllo epidemia Epatite A. Italia, 2013

Con la nota RER del 29/05/2013 Prot.PG/2013/130731 sull'epidemia di epatite A in Europa si è trasmessa la nota del Ministero della Salute del 23/05/2013 e si sono fornite le seguenti raccomandazioni:

- ❑ Diagnostica di laboratorio – oltre alla diagnosi sierologica effettuare la diagnosi virologica volta a classificare il genotipo virale (conferimento delle feci congelate in fase acuta all'IZS di Parma, att.ne Dott.Pongolini)
- ❑ Segnalazione dei casi – attivarsi rapidamente per l'inchiesta epidemiologica e l'inserimento dei dati in SMI (inserendo nel campo "note" le informazioni relative ai fattori di rischio alimentari) e il sollecito invio in RER del questionario SEIEVA (anche se non completo) con il questionario studio caso-controllo predisposto dall'ISS per l'epidemia

# Questionario studio caso-controllo epidemia Epatite A. Italia, 2013

- ❑ Nella riunione del 12/09/2013 al Ministero della Salute con i rappresentanti delle Regioni, si è convenuto, a causa del protrarsi dell'epidemia di Epatite A, sulla necessità di mantenere l'attuale sistema di sorveglianza epidemiologica
- ❑ Pertanto si confermano le indicazioni già fornite con nota del 29/05/2013 che comprendono l'approfondimento dell'indagine con l'utilizzo del questionario studio caso-controllo
- ❑ L'utilizzo di tale questionario permette di continuare a raccogliere informazioni specifiche sugli alimenti consumati che non sono presenti nel questionario SEIEVA (non di effettuare lo studio caso controllo già effettuato sui casi che si sono verificati dal 1/1 al 31/5 e i cui risultati sono illustrati nel report dell'ISS del 12/09 trasmesso con e-mail del 17/09/2013

# Questionario studio caso-controllo epidemia Epatite A. Italia, 2013

Non va compilata la sezione “Solo per i controlli”

Solo per i controlli:

4. E' stato vaccinato per l'HAV?  SI  NO  NON SO  
 Se si: Tipo vaccino (A / A+B) \_\_\_\_\_ Numero di dosi \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

5. Ha avuto l'epatite A in passato?  SI  NO  
 (se si interrompere l'intervista)

6. Dal 1 gennaio/marzo ha presentato alcuni dei seguenti sintomi?

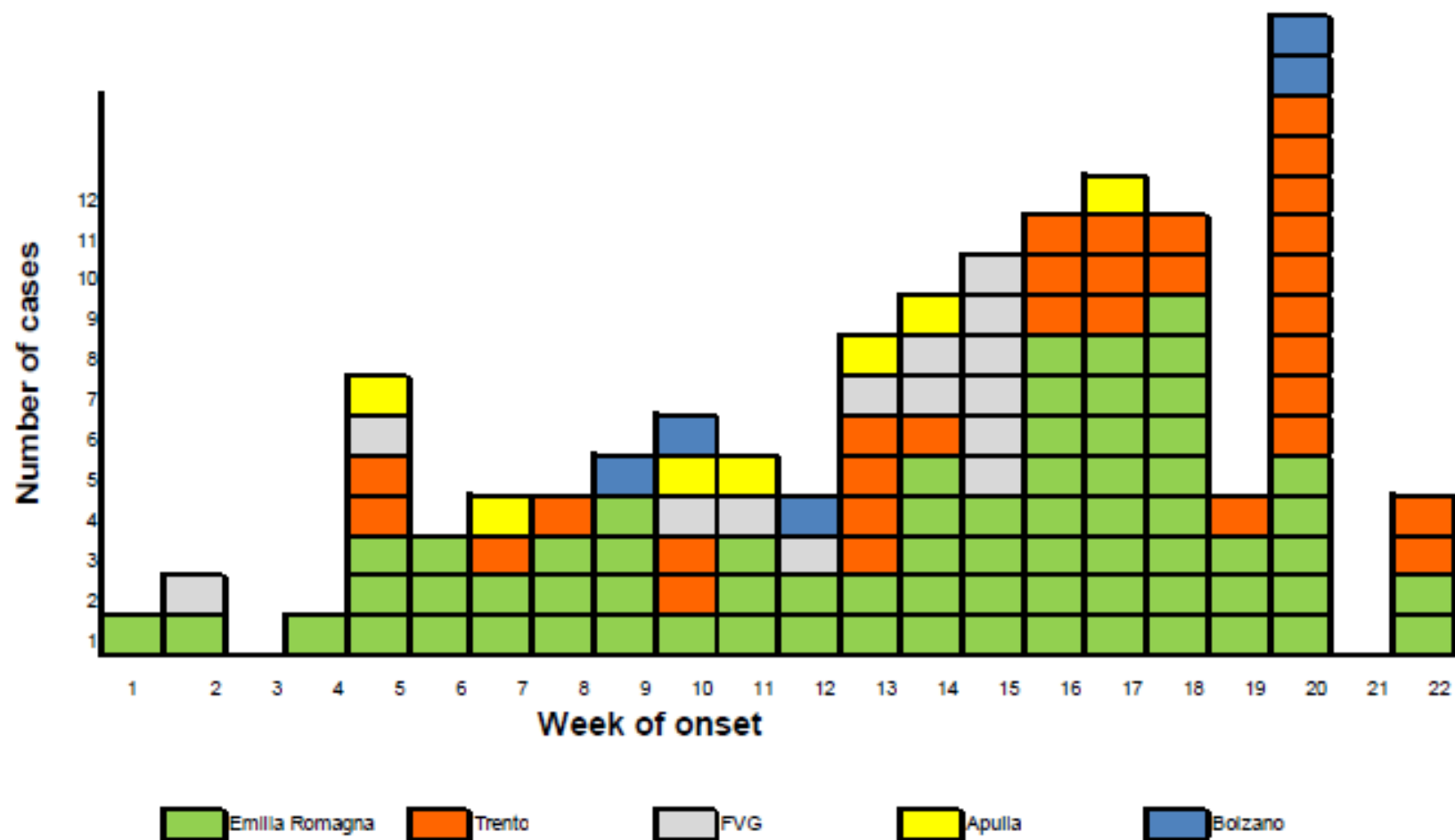
	SI	NO	Data
Colorito giallo sclere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colorito giallo cute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urine rosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Feci Chiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Astenia (debolezza, stanchezza)/inappetenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

È stato ricoverato in ospedale?  SI  NO  
 Se sì, in che ospedale è stato ricoverato? \_\_\_\_\_  
 per quale motivo è stato ricoverato? \_\_\_\_\_

Dati di laboratorio	SI	NO	Data
Acido nucleico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Risposta anticorpale specifica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Identificazione dell'antigene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

I dati dell'acido nucleico e all'identificazione dell'antigene sono relativi agli esami effettuati sui campioni biologici (feci fresche congelate) da parte dell' IZS di Parma

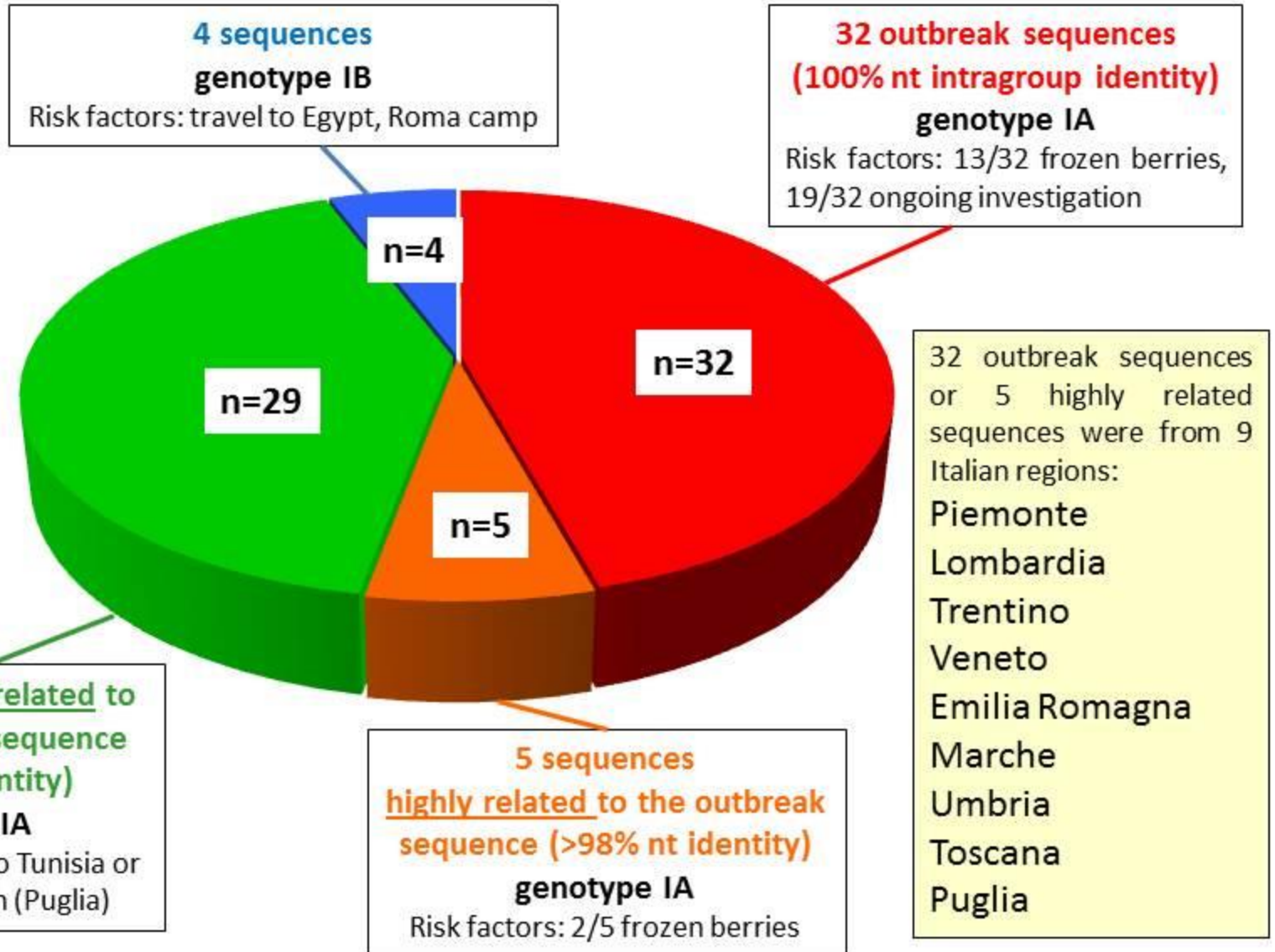
# Curva epidemica casi di epatite A in 5 Regioni Italiane, 1° Gennaio - 31° Maggio 2013





## Sequences from 70 cases

(sequences carried out by the National reference laboratory at Italian National Institute of Health (ISS) or sent to ISS from other Italian laboratories)



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE !!!**