



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 30 DIC. 2021 Protocollo N° 609482 Class: 6.920.01.1 Prat. Fasc. Allegati N° 3

Oggetto: Casi di listeriosi: riorganizzazione regionale flusso ceppi isolati clinici e campioni prelevati a seguito di indagine.

PEC

Ai Direttori generali  
Ai Direttori Sanitari dei Presidi ospedalieri  
Ai Responsabili dei Laboratori clinici  
delle AULSS  
dell' AOUPD  
dell' AOUVR  
Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione  
Ai Responsabili dei SIAN, dei SIAOA e dei SISP  
Ai Referenti per le MTA  
delle AULSS del Veneto

e, p.c. all'Istituto Zooprofilattico delle Venezie  
all'Istituto Superiore di Sanità  
all'IZS dell'Abruzzo e Molise  
al Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale

Con nota circolare 0008252-13/03/2017-DGPRES-DGPRES-P, ad oggetto "Sorveglianza e prevenzione della listeriosi" trasmessa alle AULSS con nota della Regione del Veneto prot. n. 208118 del 26/05/2017, il Ministero della salute ha fornito indicazioni in merito alla segnalazione dei casi di listeriosi ed all'invio degli isolati clinici e dei campioni alimentari, ambientali ed animali.

Al fine di semplificare gli adempimenti in capo alle strutture competenti delle Aziende in indirizzo, si comunica che è stato organizzato un flusso centralizzato a livello regionale sia per l'invio all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dei ceppi isolati dai campioni clinici sia per l'invio all'IZS dell'Abruzzo e Molise (IZSAM) degli isolati da matrici animali, alimentari, ambientali, come di seguito specificato. Il flusso centralizzato sarà operativo da gennaio 2022.

*Indicazioni per l'invio degli isolati clinici di Listeria monocytogenes*

Per quanto riguarda gli **isolati clinici di Listeria monocytogenes (L. m.)**, questi devono essere inviati all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVE), presso cui è estato istituito il "Centro regionale per la sorveglianza degli agenti di tossinfezione alimentare", al seguente indirizzo:

Area Sanità e Sociale  
**Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**  
Palazzo ex INAM- Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) - tel. 0412791352-1353-1320  
pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



*Dott.ssa Barco Lisa/ Dott.ssa Cibir Veronica*  
*SCSI- Microbiologia generale e sperimentale*  
*Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie*  
*Viale dell'Università 10, 35020 Legnaro, Padova (PD)*

Gli isolati devono essere accompagnati dagli allegati “Modulo per l’invio degli isolati clinici di *Listeria monocytogenes*” e “Scheda per la raccolta di informazioni sui casi di listeriosi”.

Per quanto riguarda le modalità di invio degli isolati si rimanda a quanto descritto nell’allegato 1 della nota Regione Veneto del 19 giugno 2019 protocollo n. 242214, avente come oggetto “Malattie a trasmissione alimentare (MTA), indicazioni organizzative generali e specifiche per salmonellosi”, che ad ogni buon conto si allega alla presente.

I ceppi adeguatamente allestiti possono essere consegnati alla sezione territoriale dell’IZSve territorialmente competente, che si farà carico di trasmetterli al Laboratorio di Legnaro dell’IZSve (PD). Prima di procedere all’invio degli isolati si chiede di inviare una mail alla dott.ssa Cibir [vcibir@izsvenezie.it](mailto:vcibir@izsvenezie.it), informando in merito al numero di isolati e alla data prevista per l’invio.

Il codice identificativo del paziente riportato nella “Scheda per la raccolta di informazioni sui casi di listeriosi” dovrà corrispondere al codice riportato nell’allegato 3 della sopraccitata nota della Regione Veneto.

L’IZSve si farà carico di inviare i ceppi e i moduli compilati al Laboratorio di riferimento dell’Istituto Superiore di Sanità, (ECDC Operational Contact Point per la listeriosi) che sottoporrà gli isolati a caratterizzazione molecolare. Sarà cura dell’IZSve verificare la disponibilità degli esiti analitici attraverso la piattaforma IRIDA-ARIES e restituire l’informazione via mail al referente aziendale per le MTA e al richiedente che ha compilato la “Scheda per la raccolta di informazioni sui casi di listeriosi”. L’IZSve si farà carico, altresì, di tenere informata la scrivente Direzione in merito ai flussi dei ceppi e fornirà supporto per la pubblicazione di report periodici.

### *Indicazioni per l’invio dei campioni di matrici animali, ambientali e di alimenti*

I **campioni da animali/ambiente/alimenti**, eventualmente collezionati a seguito di indagine epidemiologica, dovranno essere inviati all’IZSve con le consuete modalità, avendo cura di chiarire il contesto del campionamento (es. indicare nel verbale di campionamento o nella nota di accompagnamento l’eventuale riferimento al Modulo ISS) così da consentire all’IZSve di verificare la relazione, attraverso le analisi di laboratorio, tra i ceppi isolati da suddetti campioni e quelli isolati dai pazienti.

Sarà cura dell’IZSve contattare il Laboratorio Nazionale di Riferimento presso l’Istituto Zooprofilattico dell’Abruzzo e Molise (IZSAM) ed inviare a quest’ultimo gli isolati per ulteriori caratterizzazioni. L’esito delle analisi effettuate da IZSAM su ceppi di *Listeria monocytogenes* isolati nel contesto di casi/focolai verrà trasmesso al referente aziendale per le MTA, ed i dati relativi agli isolamenti da campioni conferiti a

Area Sanità e Sociale

**Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

Palazzo ex INAM- Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) - tel. 0412791352-1353-1320

pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

IZSVe, in forma aggregata, unitamente ai dati relativi agli isolati dai pazienti, saranno oggetto di report periodici.

L'IZSVe, attraverso il Centro regionale per la sorveglianza degli agenti di tossinfezione alimentare, avrà altresì il compito di facilitare lo scambio di informazioni tra i laboratori regionali, i laboratori nazionali presso IZSAM e ISS, il referente MTA presso le AULSS e la Regione.

Si chiede alle strutture in indirizzo di agevolare l'adozione delle procedure sopradescritte che hanno lo scopo di rendere più efficace la sorveglianza della listeriosi a livello regionale e nazionale e sono utili ad individuare strategie per la prevenzione dei casi ed il contenimento di eventuali focolai.

Si comunica che a breve i documenti relativi alle MTA saranno resi disponibili in rete anche in formato elettronico modificabile, nel frattempo i file saranno trasmessi agli indirizzi di posta elettronica dei referenti aziendali per le MTA.

Si rimane a disposizione per eventuali chiarimenti e si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,  
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA

Il Direttore  
- dr.ssa Francesca Russo -

Referente: dott.ssa Alessandra L. Amorena

alessandra.amorena@regione.veneto.it

Segreteria: Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale

**Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

Palazzo ex INAM- Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) - tel. 0412791352-1353-1320

pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



**Modulo per l'invio degli isolati clinici di *Listeria monocytogenes***

**(da compilare ed allegare ai ceppi)**

All'Istituto Superiore di Sanità,  
ECDC Operational Contact Point per la listeriosi  
Dip. Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria  
Viale Regina Elena, 299  
00161 Roma  
[listeriosi@iss.it](mailto:listeriosi@iss.it)  
[sanv@pec.iss.it](mailto:sanv@pec.iss.it)

In data \_\_\_\_\_ sono stati predisposti per l'invio all'ISS n. \_\_\_\_\_ ceppi clinici di *Listeria monocytogenes*, dei quali si forniscono di seguito i dettagli:

<b>Codice identificativo ceppo<sup>1</sup></b>	<b>Data isolamento ceppo</b>	<b>Laboratorio che ha effettuato l'isolamento</b>	<b>Sierotipo/sierogrupo(S/N) (se sì, indicare il sierotipo/sierogrupo)</b>	<b>WGS<sup>2</sup> (S/N) (se si indicare i tempi previsti per il caricamento delle sequenze nel data base IRIDA)</b>

<sup>1</sup> indicare un codice identificativo univoco. Il codice dovrà essere chiaramente riportato anche sul contenitore del ceppo. Il codice NON deve contenere dati identificativi diretti del paziente.

<sup>2</sup> indicare piattaforma

**Richiedente:**

Nome..... Cognome.....

Laboratorio di appartenenza.....

Indirizzo.....

Città.....CAP.....Telefono: .....e-mail:.....

Data

Firma



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data: 9 GIU. 2020 Protocollo N° 242214 Class: 6.92.251 Prat. Fasc. Allegati N°4

Oggetto: Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), indicazioni organizzative generali e specifiche per salmonellosi.

PEC

Ai Direttori Sanitari e  
ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione  
delle Aziende ULSS

Ai Direttori sanitari  
dell' Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona  
dell' Azienda Ospedale-Università Padova

e.p.c. Al Direttore Sanitario  
dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie  
Al Direttore del Dipartimento Laboratori dell'ARPAV

Si fa seguito alla nota regionale prot. n. 440353 del 14/10/2019 ad oggetto *Malattie a trasmissione Alimentare (MTA), possibile "focolaio di comunità" da Salmonella Panama. Prime indicazioni*, con la quale si chiedeva la collaborazione delle SS.LL. per l'acquisizione di elementi utili per individuare altri possibili casi riconducibili al focolaio di malattia a trasmissione alimentare di S. Panama, che da Giugno 2019 ha coinvolto un numero di casi umani significativi nella nostra regione e nella regione Friuli Venezia-Giulia. Trattasi di un focolaio a carattere diffuso non riconducibile a situazioni puntiformi o a singoli episodi, per il quale è necessario raccogliere quante più interviste e risultati di indagine per sviluppare ipotesi sulla fonte e le modalità di trasmissione. A tale focolaio potrebbero essere associati anche i recenti casi. Si deve tener conto che i focolai a carattere diffuso sono sempre più frequenti anche in relazione al sistema di distribuzione e commercializzazione degli alimenti e alle movimentazioni delle persone.

Si informa che con l'obiettivo di gestire in maniera coordinata il focolaio di cui sopra e di predisporre procedure e documenti utili alla individuazione e gestione anche di altri casi/focolai di malattia trasmessa da alimenti (MTA), è stato costituito a livello regionale un "gruppo di indagine" multidisciplinare di cui fa parte personale delle AULSS, della scrivente Direzione e dei laboratori ufficiali di analisi (IZS Venezie ed ARPAV).

*Area Sanità e Sociale*

**Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355

[prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it](mailto:prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it)

[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



Al fine di favorire una maggior collaborazione tra le strutture aziendali e la Regione si ritiene indispensabile che venga individuato un referente per le MTA in ciascuna Azienda ULSS. Tale figura ha il compito di coordinare le attività svolte dalle UU.OO. aziendali interessate nei casi di MTA (ospedaliera, distrettuali e del Dipartimento di Prevenzione) e nel contempo rappresentare il punto di riferimento per la scrivente Direzione e, in questo frangente, per il Centro di Referenza Nazionale per Salmonella (CRNS) a garanzia di una gestione *one health*.

In linea generale, in presenza di MTA le diverse strutture di ogni Azienda ULSS si coordinano con il referente aziendale per le MTA e con le altre UU.OO. per acquisire quante più informazioni possibili nell'ambito dell'indagine.

In particolare, nei casi di salmonellosi, si invitano le diverse strutture aziendali, per quanto di competenza, a:

- notificare tutti i casi di salmonellosi anche se apparentemente non collegati ad un focolaio e inserire i dati nel software per le malattie infettive SIMIWEB;
- effettuare le prove di laboratorio (coprocultura, emocultura, analisi del vomito ecc.) nei casi di sospetto di salmonellosi, fondato sui rilievi clinico-anamnestici;
- inviare al CRNS i ceppi di Salmonella isolati dai pazienti (sospetti e in caso di riscontro accidentale) secondo le modalità descritte nell'allegato 1. All'esterno dell'imballaggio contenente il ceppo deve essere inserita la **"scheda di accompagnamento ceppo"** di cui all'allegato 2. **Per il rispetto della normativa sulla privacy, sul recipiente primario e nella scheda di accompagnamento non vanno riportati dati sensibili ma solo il codice identificativo del paziente/ceppo da correlare al **modulo "indagine con intervista MTA"** di cui all'allegato 3;**
- effettuare l'intervista anche nei singoli casi, anche se apparentemente non correlati ad altri casi o focolai;
- effettuare sopralluogo e, ove possibile, campionamento di matrici (es. alimenti sospetti quando ancora presenti) da inviare per le analisi ai laboratori di microbiologia dell'IZS delle Venezie;

*Area Sanità e Sociale*

**Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355

[prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it](mailto:prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it)

[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

- inviare modulo "indagine con intervista MTA" e altri documenti correlati alla Direzione Regionale Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria al seguente indirizzo: [malattieinfettive@regione.veneto.it](mailto:malattieinfettive@regione.veneto.it); nel modulo deve essere riportato il codice identificativo corrispondente al ceppo eventualmente inviato al CRNS.

Il Centro di Referenza Nazionale per Salmonella (CRNS) presso l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie con sede a Legnaro (PD) provvederà alla sierotipizzazione e ad eventuali ulteriori sub-tipizzazioni sui ceppi isolati di *Salmonella* spp, collegati o meno ai casi segnalati e/o rilevati nel corso delle attività ordinarie. Le modalità operative per la trasmissione dei ceppi di *Salmonella* spp. di origine umana isolati presso i laboratori di microbiologia sono riportate nell'allegato 1.

Al fine di acquisire il maggior numero di informazioni utili a sviluppare ipotesi sull'origine e sulle modalità di trasmissione, si raccomanda di intervistare le persone correlate ai casi e di trasmettere sia le interviste che i risultati dell'indagine svolta su alimenti o ambiente, collegate alla presenza di *Salmonella* spp, alla scrivente Direzione.

Al fine di garantire un aggiornamento del personale delle AULSS rispetto alle attuali tecniche e modalità di indagine epidemiologica a livello nazionale ed internazionale e uniformare le modalità di gestione sul territorio delle problematiche correlate alle MTA, i referenti e il personale individuato a livello di AULSS per la gestione delle MTA, saranno chiamati a partecipare alla specifica formazione a distanza che si prevede di organizzare entro la fine del 2020.

Si chiede, infine, di compilare la tabella (Allegato 4) con i riferimenti del referente aziendale individuato per le MTA, e trasmetterlo **entro il 30 giugno** p.v. all'indirizzo mail: [malattieinfettive@regione.veneto.it](mailto:malattieinfettive@regione.veneto.it).

Ringraziando per la consueta collaborazione, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,

SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA

Il Direttore  
dr.ssa *Francesca Russo*

Direttore U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica  
Dr. Michele Mongillo  
Responsabile dell'istruttoria: Francesca Zanella  
Tel. 041-2791358  
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale

**Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) - tel. 0412791352 - 1353 - 1320 - fax. 041-2791355

[prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it](mailto:prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it)

[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



**AZIENDA U.L.S.S. n.**  
**Dipartimento di Prevenzione**

**TOSSINFEZIONI ALIMENTARI**

Segnalazione inviata da :

Nome ..... Struttura .....

Segnalazione ricevuta da :

Nome ..... Struttura .....

Data di ricevimento .....ora .....

⇒ **dati anagrafici della persona sintomatica/paziente**

**Cognome e Nome** .....

Via ..... Città .....

tel. ....

Sesso  M  F

nato il ..... a ..... professione .....

ricovero ospedaliero in data ..... dimissioni in data .....

Medico curante ..... tel. ....

**Data intervista:** .....

1. **Inizio dei sintomi** data ..... ora .....

**periodo d'incubazione ( in ore )** .....

2. **Segni e sintomi prevalenti**

INTOSSICAZIONI (acute e croniche)	INFEZIONI ENTERICHE	INFEZIONI GENERALIZZATE	INFEZIONI LOCALIZZATE	MALATTIE NEUROLOGICHE
nausea vomito anemia senso di gonfiore senso di bruciore cianosi disidratazione eccessiva salivazione rossore insonnia sapore metallico pallore pigmentazione prostrazione desquamazione sete perdita di peso striature bianche unghie altro .....	crampi addominali diarrea sangue grassi muco acquosa n. Scariche/di ..... brividi stipsi febbre ..... C° tenesmo altri ..... .....	tosse edema cefalea ittero inappetenza malessere dolori muscolari sudorazione rigidità nucale ingrossamenti linfonodi debolezza altri ..... .....	orecchio occhio bocca prurito eruzione cutanea lesioni cutanee altri ..... .....	irritabilità visione confusa diplopia difficoltà a parlare difficoltà a inghiottire pupille : fisse dilatate contratte vertigini torpore formicolio (parestesia) paralisi delirio coma altri ..... .....

3. **LUOGO** di consumo del pasto sospetto consumato nelle **72 ore precedenti** la comparsa dei sintomi, la denominazione, l'indirizzo e n° di telefono.

famiglia/casa privata  ospedale  scuola  mensa aziendale  casa di riposo  altro ( bar, ristoranti, ecc. )

indirizzo ..... Tel. ....

**4. ALIMENTI consumati il :**

giorno inizio malattia data .....	Giorno precedente inizio malattia data .....	Due giorni prima inizio malattia data .....
<p><b>Colazione</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Pranzo</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Cena</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>spuntini/bevande</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Commensali:</b> colazione SI n. .... NO pranzo SI n. .... NO cena SI n. .... NO</p>	<p><b>Colazione</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Pranzo</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Cena</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>spuntini/bevande</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Commensali:</b> colazione SI n. .... NO pranzo SI n. .... NO cena SI n. .... NO</p>	<p><b>Colazione</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Pranzo</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Cena</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>spuntini/bevande</b></p> <p>Luogo .....ora..... Alimenti .....</p> <p>.....</p> <p><b>Commensali:</b> colazione SI n. .... NO pranzo SI n. .... NO cena SI n. .... NO</p>

**5. Alimenti sospetti consumati**

<p>.....</p> <p>acquistato : sfuso confezionato</p> <p>prodotto in loco</p>	<p><b>conservato/servito:</b></p> <p>a temp. ambiente refrigerato</p> <p>caldo congelato</p>
<p>.....</p> <p>acquistato : sfuso confezionato</p> <p>prodotto in loco</p>	<p>a temp. ambiente refrigerato</p> <p>caldo congelato</p>
<p>.....</p> <p>acquistato : sfuso confezionato</p> <p>prodotto in loco</p>	<p>a temp. ambiente refrigerato</p> <p>caldo congelato</p>
<p>.....</p> <p>acquistato : sfuso confezionato</p> <p>prodotto in loco</p>	<p>a temp. ambiente refrigerato</p> <p>caldo congelato</p>

Se si tratta di prodotto commerciale indicare la ditta e il lotto, il luogo d'acquisto (supermercato, bar, ecc., ) con indirizzo e la data di acquisto

**4** Indicare la presenza di residui di alimento NO SI NON SO  
Luogo di conservazione dei residui .....

Avvertito la persona:

- Di tenere in frigorifero i residui degli alimenti consumati durante le 72 ore precedenti l'inizio della malattia
- In caso di ristorazione collettiva avvertire di conservare il pasto campione
- Di conservare o recuperare se possibile i contenitori originali o gli involucri degli alimenti
- Di raccogliere l'acqua proveniente da fonte sospetta in recipiente pulito, coprire e mettere in frigo
- Di avvisare i pazienti di raccogliere le feci e il vomito in un contenitore pulito

**Indagine ispettiva** NO SI data .....

vedi Verbale di ispezione/sopralluogo SIAN/SIAOA .....

*Campioni esaminati (matrici alimentari, tamponi ambientali, confezioni ecc.)*

tipo di campione	parametro ricercato	risultati	
.....	.....	neg.	pos. ....
.....	.....	neg.	pos. ....
.....	.....	neg.	pos. ....

**Diagnosi eziologica** accertata sospetta sconosciuta

Se l'eziologia è accertata o anche solo sospetta indicarne la tipologia:

- microbica → tipo microbo .....
- altro (chimica, da funghi, ecc.) → specificare .....

**Fattori che possono aver contribuito all'insorgere della malattia :**

- scorretto mantenimento della T°
- cottura inadeguata
- contaminazione dell'attrezzatura
- cibo ottenuto da fonti incerte e non controllate
- contaminazione materia prima/ingredienti .....
- comportamento igienico scorretto
- contaminazione crociata
- più di un giorno tra preparazione e consumo
- altro .....

**Misure di prevenzione e di controllo:**

.....  
.....

**REPORT**

- Notifica DM/90 – SIMIWEB**
- Relazione finale del caso**
- Relazione alla Direzione regionale Prevenzione Sicurezza alimentare Veterinaria**
- Modulo** inviato all'U.O. Profilassi Malattie Infettive
- Relazione alla Procura** inviata il .....

data .....

firma .....

**6. Persone partecipanti al pasto sospetto o che hanno consumato gli stessi alimenti**

Nome e cognome	indirizzo	telefono	sintomatiche	
			SI	NO

**7. Campioni da paziente analizzati**

tipo di campione	parametro ricercato	risultati	
.....	.....	neg.	pos.
.....	.....	neg.	pos.

Note: .....

**8. Campioni da contatti o conviventi con il paziente analizzati**

Nome e Cognome	tipo di campione	parametro ricercato	risultati	
.....	.....	.....	neg.	pos.
.....	.....	.....	neg.	pos.
.....	.....	.....	neg.	pos.
.....	.....	.....	neg.	pos.
.....	.....	.....	neg.	pos.

Note: .....

**9. Diagnosi eziologica**

accertata                      sospetta                      sconosciuta

Se l'eziologia è accertata o anche solo sospetta indicarne la tipologia:

microbica                      →                      tipo microbo .....

altro (chimica, da funghi, ecc.)                      →                      specificare .....

Note eventuali :

.....

.....

Data .....                      firma .....

**ALLEGATO 4**

**Referenti aziendali individuati per le MTA**

Ulss	Cognome	Nome	Servizio di Appartenenza	Numero di Telefono	Indirizzo e-mail

**N.B. Inserire il referente con funzioni di coordinamento ed eventuale altro personale a supporto.**

**PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI CEPPI DI SALMONELLA SPP. DI ORIGINE UMANA ISOLATI PRESSO GLI OSPEDALI DEL VENETO E DESTINATI A SIEROTIPIZZAZIONE ED EVENTUALI ULTERIORI SUB-TIPIZZAZIONI PRESSO IL CENTRO DI REFERENZA NAZIONALE PER LE SALMONELLOSI (CRNS) - IZS VENEZIE (IZSve)**

I ceppi di Salmonella, isolati dai laboratori ospedalieri, dovranno essere inviati al seguente indirizzo:

Veronica Cibir/Lisa Barco  
Centro di Referenza Nazionale per le Salmonellosi  
Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie  
Viale dell'Università 10  
35020 Legnaro (PD)

I ceppi potranno altresì essere consegnati presso le sezioni dell'IZSve:

- Verona: Via San Giacomo, 5 – 37135 Verona | Tel: +39 045 500285 (indirizzo provvisorio in attesa di trasloco presso la nuova sede)
- Vicenza: V.le Fiume, 78 – 36100 Vicenza | Tel: +39 0444 305457
- Belluno: Via Cappellari, 44/A – 32100 Belluno | Tel: +39 0437 944746
- Treviso: Vicolo Mazzini 4 int 5/6 – 31020 Fontane di Villorba (TV) | Tel: +39 0422 302302 -
- S. Donà di Piave: Via Calvecchia, 10 - 30027 S. Donà di Piave (VE) | Tel: 0421 41361
- Adria: Via L. Da Vinci, 39 – 45011 Adria (RO) | Tel: 0426 21841

Le Sezioni quindi invieranno i campioni al CRNS, presso la Sede Centrale dell'IZS Venezie, attraverso il sistema di trasporto interno.

I ceppi batterici dovranno essere inviati dai laboratori ospedalieri come colture pure, utilizzando terreno di trasporto non selettivo o, in alternativa, terreni selettivi per *Salmonella* spp.

Presso il CRNS i ceppi verranno sottoposti ad analisi per identificazione del sierotipo (attribuito in accordo allo schema di Kauffmann-White-Le Minor) mediante metodica molecolare e/o agglutinazione a vetrino (di cui alla ISO /TR 6579-3); potranno essere effettuate ulteriori analisi di sub-tipizzazione se ritenute necessarie per approfondimenti clinici-diagnostici-epidemiologici.

Il laboratorio richiedente potrà scaricare gli esiti attraverso il sistema Iziweb dell'IZSve. A tal proposito, è necessario che per ciascun laboratorio ospedaliero/Aulss venga identificato un referente, corrispondente alla persona che invia i ceppi e che verrà identificato come verbalizzante nel gestionale Izilab. Il referente/verbalizzante dovrà inviare i suoi dati (nome, cognome, numero di telefono, email e indicazione se vuole o meno ricevere notifica della disponibilità di RdP via email e/o via sms) a [vcibir@izsvenezie.it](mailto:vcibir@izsvenezie.it), riceverà quindi le credenziali per accedere al sistema Iziweb.

Il trasporto degli stipiti batterici dai laboratori ospedalieri all'IZSve, dovrà tenere conto delle indicazioni per la spedizione e il trasporto di merci pericolose come definito dalla Circolare 3 del 8/5/2003 "Raccomandazione per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici" e dell' "Accordo Europeo relativo al trasporto internazionale delle merci pericolosi su strada (ADR)" disponibile sul sito <https://adronline.it/>.

I laboratori speditori dovranno farsi carico dell'adeguata preparazione e confezionamento dei ceppi in modo tale da garantirne l'integrità fino a destinazione e di evitare rischi per il personale durante le fasi di preparazione, trasporto e ricevimento.

Il confezionamento di ciascun collo dovrà essere conforme a quanto previsto per il codice ONU N°3373 (Istruzione di imballaggio P650) e quindi l'imballaggio di ciascun collo dovrà prevedere:

- recipiente/i primario/i a tenuta (p.e. provette, piastre o altro contenitore in grado di evitare fuoriuscite);
- recipiente secondario in grado di contenere il/i recipiente/i primario/i a tenuta stagna e omologato;
- nel caso siano presenti sostanze liquide, va inserito del materiale assorbente in quantità tale da assorbire tutto il liquido, fra il contenitore primario e il secondario;
- imballaggio esterno rigido ( p.e. cartone, materiale plastico) recante etichetta con indicazione del codice ONU N°3373 e la dicitura "Materiale Biologico Categoria B".

La documentazione relativa al/i campione/i conferito/i (**SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO CEPPPO in ALLEGATO 2**): dovrà essere inserita all'esterno dell'imballaggio assicurandosi di prendere le misure necessarie affinché non venga persa nella fase di trasporto.

Per chiarimenti è possibile contattare la Dott.ssa Veronica Cibir (vcibir@izsvenezie.it).

Legnaro (PD), 26/11/2019

CNRS, viale dell'Università 10, 35020 Legnaro (PD)

Tel: 0498084163; 0498084305; mail: vcibir@izsvenezie.it - lbarco@izsvenezie.it

Referenti: dr.ssa Veronica Cibir e dr.ssa Lisa Barco

**SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO CEPPO**

(la scheda potrà essere adattata nella forma ma dovrà comunque riportare i dati minimi di seguito richiesti)

**Dati minimi:**

- Identificazione del laboratorio

.....

- Identificazione del mittente (verbalizzante)

.....

- Numero di ceppi totali trasmessi

.....

- Codici Identificativi di ciascun ceppo correlati ai pazienti e attribuiti dal laboratorio mittente

(il codice deve essere riportato sul modulo di cui all'allegato 3 "Indagine con intervista MTA")

.....

- matrice da cui il ceppo è stato isolato (esempio: sangue, feci, vomito)

.....

- Data Prelievo

.....

**N.B. Dati sensibili che consentano di identificare il paziente non dovranno essere riportati in alcun modo.**



### Scheda per la raccolta di informazioni sui casi di listeriosi

Nome compilatore.....Data compilazione.....  
email.....Tel.....

**Dati del paziente**

Codice identificativo del paziente\*.....Sesso  F  M Età in anni .....

Residenza del paziente Città.....Provincia.....

Tipologia abitativa del paziente  Abitazione privata  Casa di riposo  Residenza sanitaria assistenziale

**A. Caso associato a gravidanza (il caso è una donna in gravidanza, un feto o un neonato ≤1 mese)**

sì  no  non so

In caso di associazione dell'infezione a gravidanza compilare da Domanda 1A a Domanda 4A  
Se non associato a gravidanza passare alle Domande 1B-4B.

**1A. Tipo di campione da cui è stata isolata la Listeria (anche più di una risposta)**  
(indicare il tipo di matrice da cui è stata isolata la Listeria)

	Data prelievo (gg/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Sangue materno	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sangue del neonato	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Tampone vaginale	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Tampone cervicale	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Liquido cerebro spinale madre (liquor)	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Liquido cerebro spinale neonato (liquor)	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Feci materne	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Meconio	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Placenta	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Fluido amniotico	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	_ _ _ _ _ _ _

**2A. Esito della gravidanza (parto singolo o parto gemellare)**  
(indicare la condizione del paziente collegata all'infezione da Listeria e l'esito dell'infezione)

	Settimana di gestazione	Data (gg/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Gravidanza ancora in corso	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Morte fetale (aborto o nato morto)	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Aborto indotto	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Partorito (nato vivo)	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	_	_ _ _ _ _ _ _

**3A. Quadro clinico nella madre e del neonato (anche più di una risposta)**  
(indicare informazioni sui sintomi o condizioni presentate dal paziente a cui è stata isolata la Listeria)

Quadro clinico nella madre	Quadro clinico nel neonato 1	Quadro clinico nel neonato 2
<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi	<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi	<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi
<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Meningite
<input type="checkbox"/> Gastroenterite	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite
<input type="checkbox"/> Amnionite	<input type="checkbox"/> Polmonite	<input type="checkbox"/> Polmonite
<input type="checkbox"/> Malattia simil-influenzale	<input type="checkbox"/> Altre forme respiratorie	<input type="checkbox"/> Altre forme respiratorie
<input type="checkbox"/> Minaccia d'aborto	<input type="checkbox"/> Granulomatosi infantisettica	<input type="checkbox"/> Granulomatosi infantisettica
<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Infezioni focali (specificare) .....	<input type="checkbox"/> Infezioni focali (specificare).....
<input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Nessuna
<input type="checkbox"/> Non nota	<input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> Altro.....
	<input type="checkbox"/> Non nota	<input type="checkbox"/> Non nota

\*codice univoco

**4A. Ricovero** (compilare solo se il paziente è stato ricoverato e indicare la causa principale del ricovero anche se diversa da listeriosi) (anche più di una risposta)

Madre	Neonato 1	Neonato 2
<b>Ricovero</b>		
Causa ricovero.....	Causa ricovero.....	Causa ricovero.....
Data ricovero.....	Data ricovero.....	Data ricovero.....
Data inizio sintomi.....	Data inizio sintomi.....	Data inizio sintomi.....
Ospedale/Reparto.....	Ospedale/Reparto.....	Ospedale/Reparto.....
Indirizzo.....	Indirizzo.....	Indirizzo.....
Telefono.....	Telefono.....	Telefono.....
<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota	<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota	<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota

<b>Esito del ricovero</b>		
<input type="checkbox"/> Dimessa (guarita/convalescente)	<input type="checkbox"/> Dimesso (guarito/convalescente)	<input type="checkbox"/> Dimesso (guarito/convalescente)
<input type="checkbox"/> Deceduta	<input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Deceduto
<input type="checkbox"/> Non noto	<input type="checkbox"/> Non noto	<input type="checkbox"/> Non noto

Indicare se il soggetto è stato sottoposto a terapia antibiotica

sì  quale..... no

**B. Caso NON associato a gravidanza**

**1B. Tipo di campione da cui è stata isolata la Listeria** (anche più di una risposta)

(indicare il tipo di matrice da cui è stata isolata la Listeria)

<input type="checkbox"/> Sangue	Data prelievo (gg/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Liquido cerebro spinale	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Feci	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	_ _ _ _ _ _ _

**2B. Quadro clinico causato da listeriosi** (anche più di una risposta)

(indicare informazioni sui sintomi o condizioni presentate dal paziente a cui è stata isolata la Listeria)

- Batteriemia/sepsi
- Meningite
- Meningoencefalite
- Gastroenterite
- Infezioni focali (specificare) .....
- Altro (specificare) .....
- Non nota

**3B. Fattori di rischio** (anche più di una risposta)

- Neoplasia
- Trapianto
- Trattamento con immunosoppressori
- Malattia cronica del cuore
- Insufficienza renale/dialisi
- Diabete congenito
- Endoftalmite
- Età >65
- Nessuna
- Altro.....
- Non note

**4B. Ricovero** (compilare solo se il paziente è stato ricoverato e indicare la causa principale del ricovero anche se diverse da listeriosi) (anche più di una risposta)

Ricovero	Esito del ricovero
Causa ricovero.....	<input type="checkbox"/> Dimesso (guarita/convalescente)
Data ricovero.....	<input type="checkbox"/> Deceduto
Ospedale/Reparto.....	<input type="checkbox"/> Non noto
Indirizzo.....	
Telefono.....	
<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota	

Indicare se il soggetto è stato sottoposto a terapia antibiotica

sì  quale..... no