



# Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria  
 Ufficio 5 Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi  
 internazionale  
 Direzione Generale per l'igiene, la sicurezza degli alimenti e la  
 nutrizione  
 Uff. 1 - 2 - 8  
 Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

N.  
 Risposta al Foglio del  
 N.

OGGETTO: Focolaio di Listeriosi (ST 155) –  
 Aggiornamento scheda epidemiologica e  
 chiarimenti.

All. 1

Assessorati Regionali alla Sanità delle  
 Regioni a Statuto Ordinario e Speciale e  
 delle Province Autonome di Trento e  
 Bolzano  
 LORO SEDI

Istituto Superiore di Sanità  
[protocollo.centrale@pec.iss.it](mailto:protocollo.centrale@pec.iss.it)

Istituto Nazionale per le Malattie  
 Infettive I.R.C.C.S.  
 “Lazzaro Spallanzani”  
[direzione generale@pec.inmi.it](mailto:direzione generale@pec.inmi.it)

Laboratorio di riferimento per la listeriosi  
 Dipartimento di Sicurezza Alimentare,  
 Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria  
 Istituto Superiore di Sanità  
[dipspsva@iss.it](mailto:dipspsva@iss.it)

Istituti Zooprofilattici Sperimentali  
 Loro sedi

Laboratorio Nazionale di riferimento per  
*Listeria monocytogenes*  
 Istituto Zooprofilattico Sperimentale  
 dell'Abruzzo e del Molise  
[protocollo@pec.izs.it](mailto:protocollo@pec.izs.it)

Regione Veneto – Assessorato alla sanità -  
 Direzione Regionale Prevenzione  
 Coordinamento Interregionale della Prevenzione  
[francesca.russo@regione.veneto.it](mailto:francesca.russo@regione.veneto.it)  
[coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it](mailto:coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it)

e, p.c.  
 Ufficio di Gabinetto

Segretariato Generale

Direzione Generale della Sanità Animale e dei  
 Farmaci Veterinari  
 Loro Sedi

Con riferimento alla nota prot. 41736 del 5 ottobre 2022 avente per oggetto il focolaio epidemico di listeriosi (ST 155), si comunica che dalla recente analisi della documentazione di aggiornamento dei casi coinvolti, sono stati rilevati tre casi che hanno manifestato sintomi dopo un giorno di incubazione e un caso dopo 2 giorni.

Pertanto, si ritiene opportuno estendere l'arco temporale da considerare nella conduzione dell'indagine come riportato nella versione aggiornata del questionario allegato.

Si conferma il ruolo attivo degli IZZSS nel ritiro e nella ricezione dei ceppi di *L. monocytogenes* isolati da casi clinici umani presso strutture sanitarie sia pubbliche che private.

Si conferma altresì che, qualora in possesso di metodi adeguati, l'attività analitica per la determinazione del sierogruppo e per il sequenziamento dell'intero genoma potrà essere svolta dagli IZZSS fermo restando l'invio tempestivo all'ISS delle sequenze attraverso l'inserimento in IRIDARIES.

Diversamente, in assenza di metodiche adeguate, si chiede di provvedere tempestivamente all'invio degli isolati umani al Laboratorio di riferimento dell'ISS per la tipizzazione sierologica e molecolare.

Si prega di voler dare massima diffusione della presente nota ai servizi e ai soggetti interessati.

Il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria  
\*F.to Dott. Giovanni Rezza

Il Direttore Generale DGISAN  
\*F.to Dott. Ugo Della Marta

\*“firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993”

# QUESTIONARIO PER CASO DI LISTERIOSI

Rev. 12/10/22

Data intervista.....Nome intervistatore.....  
Provenienza della notifica/segnalazione.....Data di notifica.....

## 1. DATI ANAGRAFICI DEL CASO

Nome e cognome del caso.....  
Data di nascita..... Luogo di nascita..... Età.....  
Indirizzo..... Città..... CAP.....  
Occupazione.....Tel.....  
.....Medico curante..... Tel. medico.....  
.....Persona intervistata paziente  parente   
Nome e Cognome.....  
altra persona Nome e Cognome.....

## 2. INFORMAZIONI CLINICHE

Data di insorgenza dei primi sintomi .....associato a gravidanza? SI NO se sì,  
tipo di patologia del neonato.....  
Quale dei seguenti sintomi ha manifestato

Sintomi/segni	sì/no	Data e ora	Sintomi/segni	sì/no	Data e ora
Gastroenterite			batteriemia/sepsi		
Mal di testa			perdita di appetito		
Meningite			aborto spontaneo		
Encefalite			parto anticipato		

altri sintomi .....

Ricovero in Ospedale SI NO Motivo del ricovero ..... Data  
di ricovero .....data di dimissione .....diagnosi .....

Ospedale e reparto di ricovero .....

Esami di laboratorio effettuati

1).....risultato.....

2).....risultato.....

Patologie pregresse.....

Farmaci assunti.....

Prodotti omeopatici, integratori, prodotti erboristici SI NO Quali?.....

È stato ricoverato o ha effettuato day hospital nel mese precedente la comparsa dei sintomi?  
SI NO Se sì, specificare dove.....

Periodo di ricovero, dal.....al.....

Qualcuno della sua famiglia o amici/conoscenti con cui ha condiviso uno o più pasti ha avuto  
sintomi gastroenterici? SI NO

Nome e Cognome	Telefono	Data


### 3. ANALISI DEI COMPORAMENTI E ABITUDINI

Nel periodo che va dal ..... al ..... (entro 70 giorni prima dell'inizio dei sintomi) ha fatto qualche viaggio? SI NO

Dove? ..... dal..... al.....

Struttura di soggiorno .....

Durante il soggiorno, ha consumato pasti o acquistato alimenti? SI NO

Quali?.....

Luogo e data di acquisto.....

Luogo e data di consumo .....

Nel periodo che va dal ..... al ..... (entro 70 giorni prima dell'inizio dei sintomi) dove ha acquistato gli alimenti? (sono possibili più opzioni)

	SI/NO	Comune e indirizzo		SI/NO	Comune e indirizzo
Negozi di alimentari			ESSELUNGA		
Macelleria			EUROSPIN		
Pasticceria			LIDL		
Mercato di strada			MD		
On-line			PANORAMA		
AUCHAN			PENNYMARKET		
COOP			TIGRO		
CONAD			TUO DICO		
CRAI			SISA		
CARREFOUR			Altri		

È in possesso di una tessera fedeltà del supermercato? SI NO

Quale/quali?.....

Abitualmente la utilizza? SI NO

Nel periodo che va dal ..... al ..... (entro 70 giorni prima dell'inizio dei sintomi) ha consumato pasti fuori casa? (Ristoranti, pizzeria, mense aziendali/scolastiche etc.) SI NO

Nome struttura	Comune e indirizzo	Data/date di consumo

#### 4. INDAGINE SUL CONSUMO DI ALIMENTI

Nel periodo che va dal ..... al ..... (entro 70 giorni prima dell'inizio dei sintomi) ha consumato i seguenti prodotti alimentari?

##### CARNE E PRODOTTI DERIVATI SI NO

Tipo di carne	CONSUMATO	Se si, specificare se confezionato	Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, etc.)	Marca prodotto
Paté (fegato o altro)	SI NO	SI NO		
Carpaccio	SI NO	SI NO		
Tartare	SI NO	SI NO		
Pollo arrosto	SI NO	SI NO		
Carne in scatola	SI NO	SI NO		
Porchetta	SI NO	SI NO		
Vitello, tonnato, arrosto e altri piatti pronti a base di carne	SI NO	SI NO		
Wurstel	SI NO	SI NO		
Altro _____	SI NO	SI NO		
Altro _____	SI NO	SI NO		

**SALUMI**

Ha consumato salumi affettati o insaccati in busta preconfezionati? SI NO

Se si specificare tipologia, marche e luogo di acquisto \_\_\_\_\_

Tipo di salume	CONSUMATO	Se si, specificare se confezionato	Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, etc.)	Marca prodotto
Mortadella	SI NO	SI NO		
Prosciutto crudo	SI NO	SI NO		
Prosciutto cotto	SI NO	SI NO		
Salame	SI NO	SI NO		
Tipo di salume	CONSUMATO	Se si, specificare se confezionato	Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, etc.)	Marca prodotto
Salsicce stagionate	SI NO	SI NO		
Salsicce fresche	SI NO	SI NO		
Salame fresco - ciauscolo	SI NO	SI NO		
Bresaola	SI NO	SI NO		
Speck	SI NO	SI NO		
Coppa	SI NO	SI NO		
Pancetta	SI NO	SI NO		
Altro _____	SI NO	SI NO		
Altro _____	SI NO	SI NO		

**VERDURA E FRUTTA SI NO**

Tipo di verdura e frutta	CONSUMATO	Se si, specificare se confezionato	Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, etc.)	Marca prodotto
Insalata fresca	SI NO	SI NO		
Insalata in busta	SI NO	SI NO		

Altre verdure crude (es. Carote, finocchi, etc.) specificare_____	SI NO	SI NO		
Verdure congelate specificare_____	SI NO	SI NO		
Melone	SI NO	SI NO		
Macedonia	SI NO	SI NO		
Fragole	SI NO	SI NO		
Frutti di bosco (es. more, lamponi, etc.)	SI NO	SI NO		
Uva	SI NO	SI NO		
Frutta congelata specificare_____	SI NO	SI NO		
Altro_____	SI NO	SI NO		
Altro_____	SI NO	SI NO		

#### PESCE, MOLLUSCHI E CROSTACEI SI NO

<b>Tipo di pesce</b>	<b>CONSUMATO</b>	<b>Se si, specificare se confezionato</b>	<b>Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, etc.)</b>	<b>Marca prodotto</b>
Salmone affumicato	SI NO	SI NO		
Salmone fresco	SI NO	SI NO		
Pesce congelato specificare_____	SI NO	SI NO		
Pesce spada affumicato	SI NO	SI NO		
Trota affumicata	SI NO	SI NO		
Anguilla affumicata / marinata	SI NO	SI NO		
Sushi	SI NO	SI NO		
Merluzzo	SI NO	SI NO		
Stoccafisso / Baccalà	SI NO	SI NO		
Tonno	SI NO	SI NO		

Sgombro	SI NO	SI NO		
Insalata di mare	SI NO	SI NO		
Pesce spalmabile / patè	SI NO	SI NO		
Calamari	SI NO	SI NO		
Gamberi	SI NO	SI NO		
Ostriche	SI NO	SI NO		
Cozze	SI NO	SI NO		
Vongole	SI NO	SI NO		
Altro_____	SI NO	SI NO		
Altro_____	SI NO	SI NO		

#### LATTICINI E FORMAGGI SI NO

<b>Tipo di latticini</b>	<b>CONSUMATO</b>	<b>Se si, specificare se confezionato</b>	<b>Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, etc.)</b>	<b>Marca prodotto</b>
Latte pastorizzato	SI NO	SI NO		
<b>Tipo di latticini</b>	<b>CONSUMATO</b>	<b>Se si, specificare se confezionato</b>	<b>Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, etc.)</b>	<b>Marca prodotto</b>
Latte non pastorizzato	SI NO	SI NO		
Altro latte (es. Soia, latte in polvere) specificare_____	SI NO	SI NO		
Burro	SI NO	SI NO		
Panna	SI NO	SI NO		
Gelato	SI NO	SI NO		
Yogurt	SI NO	SI NO		
Gorgonzola	SI NO	SI NO		
Camembert	SI NO	SI NO		
Brie	SI NO	SI NO		
Mozzarella	SI NO	SI NO		
Caprini	SI NO	SI NO		

Ricotta	SI NO	SI NO		
Feta	SI NO	SI NO		
Altri formaggi a pasta molle_____	SI NO	SI NO		
Formaggi di capra	SI NO	SI NO		
Parmigiano	SI NO	SI NO		
Pecorino	SI NO	SI NO		
Altri formaggi a pasta dura_____	SI NO	SI NO		
Formaggio grattugiato	SI NO	SI NO		
Altro_____	SI NO	SI NO		

### PRODOTTI PRONTI AL CONSUMO SI NO

Tipo di prodotto	CONSUMATO	Preparazione casalinga/domestica	Preparazione gastronomica del supermercato/negozio	Pre-confezionata all'origine	Marca prodotto/Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, pasticceria, bar etc.)
Insalata di riso	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Tipo di prodotto	CONSUMATO	Preparazione casalinga/domestica	Preparazione gastronomica del supermercato/negozio	Pre-confezionata all'origine	Marca prodotto/Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, pasticceria, bar etc.)
Insalata russa	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Pasta fredda	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Insalata di altro tipo_____	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Tramezzini / panini	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Verdure pronte	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Carne pronta	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	

Dolci_____	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Altro_____	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Altro_____	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	

**Per le preparazioni indicate nella tabella dei prodotti pronti al consumo, specificare se tra gli ingredienti erano presenti i seguenti alimenti:**

Tipo di alimento	PRESENTE	Se si, indicare che tipo e marca	In quale preparazione (es. nell'insalata di riso, nel tramezzino etc.)
Formaggi	SI NO		
Prosciutto cotto	SI NO		
Prosciutto crudo	SI NO		
Altri salumi	SI NO		
Wurstel	SI NO		
Altro_____	SI NO		

#### **SALSE E CONDIMENTI SI NO**

Tipo di prodotto	CONSUMATO	Preparazione casalinga/domestica	Preparazione gastronomica del supermercato/negozio	Pre-confezionata all'origine	Marca prodotto/Nome e luogo di acquisto (supermercato, gastronomia, salumeria, pasticceria, bar etc.)
Maionese	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Ketchup	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Salsa tartara	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Salsa yogurt	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Guacamole	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	

Besciamella	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Pesto	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Salse dolci / topping_____	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Altro _____	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	
Altro _____	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	

*Il presente questionario va inviato al Ministero della salute - DGPRE Uff. 5 all'indirizzo [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it) con oggetto: sorveglianza listeriosi (ST155)*

