



# SEIEVA

Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta

---

## Protocollo

marzo 2022

**Responsabile:**

Maria Elena Tosti

Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di sanità

[mariaelena.tosti@iss.it](mailto:mariaelena.tosti@iss.it)

**Coordinamento scientifico-epidemiologico:**

Luigina Ferrigno

Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di sanità

[luigina.ferrigno@iss.it](mailto:luigina.ferrigno@iss.it)

Susanna Caminada

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università degli Studi "La Sapienza" - Roma

[susanna.caminada@uniroma1.it](mailto:susanna.caminada@uniroma1.it)

Annamaria Mele

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università degli Studi "La Sapienza" - Roma

[annamaria.mele@uniroma1.it](mailto:annamaria.mele@uniroma1.it)

Valeria Alfonsi

Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera S. Andrea – Roma

[valfonsi@ospedalesantandrea.it](mailto:valfonsi@ospedalesantandrea.it)

**Coordinamento tecnico:**

Simonetta Crateri 06-49904169

[simonetta.crateri@iss.it](mailto:simonetta.crateri@iss.it)

Giuseppina Iantosca 06-49904168

[giuseppina.iantosca@iss.it](mailto:giuseppina.iantosca@iss.it)

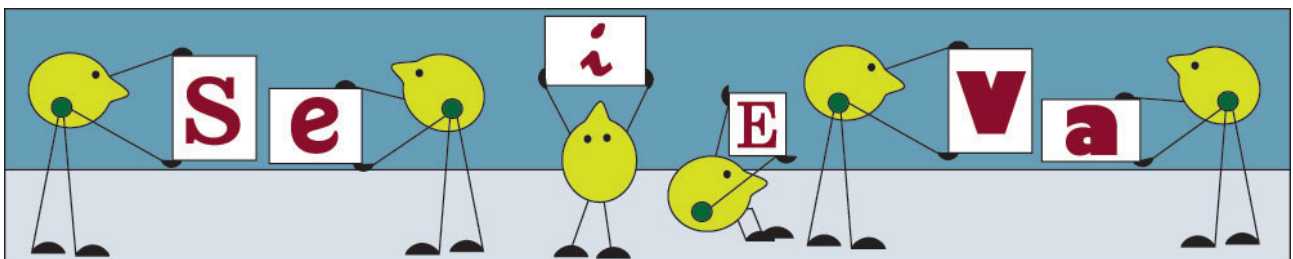
Franca D'Angelo 06-49904160

[franca.dangelo@iss.it](mailto:franca.dangelo@iss.it)

Gabriella Badoni 06-49904235

[gabriella.badoni@iss.it](mailto:gabriella.badoni@iss.it)

fax: 06-49904170 e-mail: [seieva@iss.it](mailto:seieva@iss.it)



## Indice

Introduzione .....	3
Obiettivi .....	4
Metodi .....	4
Popolazione in studio.....	4
Raccolta e flusso dei dati epidemiologici .....	4
Sorveglianza epatite E.....	5
Analisi dei dati .....	5
Diffusione dei risultati.....	6
Considerazioni etiche .....	6
Piattaforma web SEIEVA.....	6
<i>Allegato 1</i> .....	7
Definizione di caso confermato .....	7
<i>Allegato 2</i> .....	8
Questionario epidemiologico SEIEVA .....	8
<i>Allegato 3</i> .....	10
Questionario epidemiologico per i casi di epatite E .....	10

## Introduzione

I processi infiammatori acuti del fegato possono essere dovuti a cause diverse. Quelli causati da specifici virus epatotropi, costituiscono un importante e frequente gruppo di malattie a diffusione mondiale che, pur avendo simili aspetti clinici, biochimici e morfologici, differiscono dal punto di vista etiologico (diversi virus responsabili dell'infezione), epidemiologico (diversa distribuzione e frequenza di infezione e malattia) ed immuno-patogenetico.

Le epatiti virali acute attualmente conosciute sono 5, determinate dai cosiddetti virus epatitici maggiori:

- epatite A (HAV)
- epatite B (HBV)
- epatite C (HCV)
- epatite D (Delta) (HDV)
- epatite E (HEV)

Per circa il 10-20% dei casi tuttavia l'agente responsabile resta ignoto. Nell'ultimo decennio del secolo scorso sono stati isolati altri virus potenzialmente coinvolti in questi processi infettivi, quali il virus dell'epatite F (HFV), il virus dell'epatite G (HGV) il cui ruolo rimane ancora poco chiaro, sebbene sia responsabile di infezione umana, il virus TT, frequentemente isolato in pazienti con vari tipi di patologie epatiche così come in soggetti sani, ed ultimamente il SEN virus, isolato in soggetti con epatite virale.

Esistono poi altri virus che, accanto alla malattia di base, possono a volte causare un quadro di epatite di varia gravità. Questi vengono definiti virus epatitici minori e principalmente sono: citomegalovirus, virus di Epstein-Barr, virus Coxsackie, il virus della febbre gialla ed herpesvirus. Le infezioni del fegato dovute a tali virus sono considerate malattie a parte e, di solito, non vengono comprese nel gruppo delle epatiti virali acute.

In Italia le epatiti virali (A, B, NANB, non specificata) sono malattie soggette a notifica obbligatoria (Classe II, malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e passibili di interventi di controllo), come stabilito dal D.M. del 15.12.1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse" - SIMID.

Il SIMID è un sistema routinario, ben definito ma poco flessibile a modifiche. Al fine di promuovere a livello locale e nazionale l'indagine ed il controllo sull'epatite virale acuta, nel 1985 è stato istituito, presso l'Istituto Superiore di Sanità, un sistema specifico di sorveglianza, denominato SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute).

Una base normativa per il SEIEVA si è avuta grazie al DPCM del 3.3.2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" che include il SEIEVA tra i Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale. Le informazioni richieste nelle sorveglianze speciali quali il SEIEVA in ogni caso integrano e non sostituiscono le procedure previste dal D.M. del 1990.

Attraverso l'integrazione di questionari epidemiologici con i risultati delle indagini sierologiche, i dati SEIEVA consentono la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio. Ciò permette inoltre la definizione di misure preventive alle quali dare priorità, il monitoraggio degli effetti dei diversi programmi di prevenzione e, attraverso l'aggregazione dei dati, una migliore conoscenza dell'epidemiologia dell'epatite a livello nazionale.

Questo Protocollo illustra gli obiettivi, i metodi e le modalità di rilevazione dei dati del SEIEVA.

## Obiettivi

Il SEIEVA si prefigge come obiettivo principale di descrivere l'epidemiologia dell'epatite acuta in Italia differenziata per tipo specifico e promuoverne l'indagine ed il controllo a livello nazionale e locale, con particolare riferimento all'incidenza ed ai fattori di rischio associati alla malattia.

Gli obiettivi specifici, pertanto, sono:

1. la segnalazione dei casi di epatite acuta differenziata per tipo;
2. l'epidemiologia descrittiva dell'epatite acuta tipo-specifico, con particolare riferimento all'incidenza per data e luogo di insorgenza dei sintomi, età e sesso dei casi.
3. la precoce individuazione di focolai epidemici;
4. la valutazione della proporzione dei casi di ciascun tipo di epatite acuta esposti a fattori di rischio noti;
5. per ciascun tipo di epatite acuta, lo studio delle variazioni nel tempo, del rischio relativo ed attribuibile associato a particolari esposizioni;
6. la definizione e valutazione di appropriate strategie di controllo basate sull'importanza relativa dei diversi fattori di rischio.

## Metodi

La sorveglianza SEIEVA si avvale di:

- una rete di ASL, su tutto il territorio nazionale, partecipanti su base volontaria, attraverso la sottoscrizione di una scheda di adesione (al momento dell'adesione, ogni ASL identifica il referente SEIEVA, ovvero colui che riceve le comunicazioni, fornisce i dati e il cui nome è menzionato negli articoli e rapporti pubblicati);
- un coordinamento epidemiologico, responsabile della raccolta, integrazione, analisi e divulgazione dei dati, del controllo di qualità dei dati pervenuti. Il coordinamento è svolto dal Centro Nazionale per la Salute Globale dell'ISS.

### Popolazione in studio

Alle ASL che aderiscono alla sorveglianza è richiesto di segnalare al SEIEVA tutti i casi che rispondono ad una delle seguenti definizioni:

- a) qualsiasi persona con diagnosi confermata di epatite virale acuta;
- b) qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti),  
e  
almeno una delle seguenti tre manifestazioni:
  - febbre
  - ittero
  - livelli elevati di transaminasi sieriche
- c) qualsiasi persona che risulti positiva alla ricerca dei marcatori sierologici (*marker*) di epatite acuta (IgM anti-HAV, IgM anti-HBc, IgM anti-HEV, IgM anti-HDV).

Nell'**Allegato 1** sono riportate le definizioni di caso confermato.

### Raccolta e flusso dei dati epidemiologici

La segnalazione al SEIEVA di ogni nuovo caso di epatite acuta è pertinenza della ASL di diagnosi, la quale, dopo aver ricevuto le segnalazioni attraverso il medico, sia esso ospedaliero o di base, che ha diagnosticato la malattia infettiva, avvia le procedure di verifica e indagine.

Ciascun caso viene intervistato, meglio durante il periodo di ospedalizzazione, attraverso un questionario standardizzato (cosiddetta “scheda SEIEVA” - **Allegato 2**), dall’operatore sanitario, referente SEIEVA della ASL di diagnosi. La scheda SEIEVA raccoglie informazioni demografiche e comprende domande sul rischio di trasmissione parenterale, nei sei mesi precedenti l’insorgenza della malattia, e oro-fecale nelle sei settimane precedenti.

Una volta completata l’intervista, l’operatore sanitario contatta l’ospedale o il medico curante (nel caso di pazienti non ospedalizzati) per ottenere informazioni sulla conferma diagnostica e gli esiti della ricerca dell’antigene di superficie del virus B (HBsAg), delle IgM anti-HBc, delle IgM anti-HAV, delle IgM anti-HEV, dell’anti-HCV, dell’HCV-RNA e delle IgM anti-Delta. I *markers* sierologici disponibili, risultati dei test di laboratorio, vengono registrati sul questionario.

Tutti i questionari compilati confluiscono nel database SEIEVA mediante un sito web dedicato (vedi paragrafo: Piattaforma web SEIEVA) che consente un inserimento “on line” da parte delle ASL. Qualora questa modalità di invio non fosse possibile è accettabile la spedizione delle schede SEIEVA in formato cartaceo per posta/fax.

Le informazioni raccolte attraverso il SEIEVA, relativamente alle epatiti B e C acute vengono trasferite annualmente sul sistema di gestione dei dati TESSy dell’ECDC, contribuendo così alla sorveglianza a livello europeo.

### **Sorveglianza epatite E**

A partire da gennaio 2020 all’interno del SEIEVA è stata attivata una sorveglianza specifica dell’epatite E che utilizza un apposito questionario epidemiologico (**Allegato 3**). La sorveglianza specifica è nata per rispondere ai seguenti obiettivi:

- dimensionare il burden reale di malattia associato con l’HEV
- studiare/monitorare i fattori di rischio responsabili della diffusione dell’HEV in Italia
- aumentare la consapevolezza su questa infezione tra gli operatori sanitari, anche nell’ottica di migliorare l’attitudine ad eseguire i test specifici
- incoraggiare le Regioni ad identificare un laboratorio di riferimento per le indagini molecolari sul virus
- studiare quadri clinici inattesi
- identificare/studiare fattori di rischio emergenti

La scelta di utilizzare una nuova scheda epidemiologica, invece del questionario SEIEVA standard finora adottato per tutti i tipi di epatite, è mutuata essenzialmente dal fatto che l’epatite E presenta caratteristiche peculiari che la differenziano dalle forme di malattia causate dai virus A, B e C, in particolare:

- possibilità di un quadro clinico neurologico
- possibilità di infezione cronica in pazienti immunodepressi
- complicanze cliniche in caso di gravidanza o sottostante malattia cronica del fegato

### **Analisi dei dati**

Per il calcolo dei tassi di incidenza il denominatore utilizzato è costituito dalla somma delle popolazioni delle singole ASL che aderiscono al SEIEVA; tali popolazioni, divise per fasce di età quinquennali, vengono segnalate da ognuna delle ASL al gruppo di coordinamento epidemiologico al momento dell’adesione ed aggiornate periodicamente.

Ove necessario, soprattutto in caso di focolai epidemici, vengono condotti studi analitici per identificare le possibili fonti di infezione, testare le ipotesi sulle modalità di trasmissione dell’infezione, valutare il ruolo dei diversi fattori di rischio, utilizzando l’approccio caso-controllo e, quando possibile, l’approccio di coorte.

## **Diffusione dei risultati**

I dati aggregati e i risultati delle relative analisi vengono presentati e divulgati a tutti gli operatori che contribuiscono alla rete di sorveglianza ed alla comunità scientifica e sanitaria, attraverso un bollettino semestrale pubblicato sia in formato pdf sia in modalità interattiva sul sito di EpiCentro (<http://www.epicentro.iss.it/epatite/dati-seieva>).

Altre modalità di diffusione sono rappresentate da rapporti tecnici (Rapporti ISTISAN, pubblicazione edita dall'Istituto Superiore di Sanità), articoli scientifici, presentazioni a convegni nazionali e internazionali, riportando il nome dei referenti SEIEVA come gruppo di lavoro.

Inoltre, attraverso il sito internet del SEIEVA (<http://www.iss.it/seieva>) vengono diffusi i risultati della sorveglianza: annualmente vengono pubblicati i tassi di incidenza relativi all'anno precedente, stratificati per tipo di epatite, sesso, età e area geografica. Per ogni tipo di epatite viene inoltre illustrata la frequenza dei casi che riportano i diversi fattori di rischio di trasmissione sia parenterale, sia oro-fecale.

## **Considerazioni etiche**

La sorveglianza SEIEVA è una raccolta dati di routine inclusa nel SISTAN (Sistema Statistico Nazionale) e, come detto nell'introduzione, è riconosciuta all'interno del DPCM 3.3. 2017 "Individuazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" come "sorveglianza di interesse nazionale e regionale". In questo quadro, le interviste condotte con i pazienti (casi di epatite acuta) dai Dipartimenti di Prevenzione delle Unità Sanitarie Locali, o dagli staff delle strutture cliniche, fanno parte del lavoro di sorveglianza istituzionale e, come tali, non richiedono la firma di alcun consenso informato. Tuttavia, gli scopi della raccolta delle informazioni vanno chiariti ai pazienti e, in ogni caso, essi sono liberi di non rispondere.

## **Piattaforma web SEIEVA**

Dal 2008 è disponibile un sito web dedicato attraverso il quale è possibile trasmettere i questionari epidemiologici dei casi da segnalare al SEIEVA. L'indirizzo internet è il seguente: <http://www.iss.it/site/seieva>

L'accesso è protetto da password e l'accreditamento deve essere richiesto al gruppo di coordinamento del SEIEVA.

Attraverso la Piattaforma SEIEVA, oltre all'inserimento dei dati, è possibile:

- produrre un semplice report pre-impostato, composto da tabelle e grafici, che descrive la distribuzione dei casi di epatite della propria ASL/Regione per l'anno di diagnosi selezionato;
- scaricare i dati, relativi ai casi segnalati dalla propria ASL/regione, a partire dal 1991. I dati scaricati saranno in formato "txt" (la descrizione del file dati esportato è contenuta nel tracciato record, in pdf, anch'esso disponibile all'interno del sito).

## Definizione di caso confermato

### EPATITE A (virus dell'epatite A) (definition EU 2018)

Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:

#### Criteri clinici

Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti),

e

almeno una delle seguenti tre manifestazioni:

- febbre
- ittero
- livelli elevati di transaminasi sieriche.

#### Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti tre criteri:

- identificazione dell'acido nucleico del virus dell'epatite A nel siero o nelle feci
- risposta anticorpale alle IgM anti virus dell'epatite A
- identificazione dell'antigene del virus dell'epatite A nelle feci.

Rientrano tra i casi di epatite A anche quei soggetti che, in assenza di segni clinici, risultino positivi alla ricerca di IgM anti-HAV.

### EPATITE E (virus dell'epatite E)

Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:

#### Criteri clinici

Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti),

e

almeno una delle seguenti tre manifestazioni:

- febbre
- ittero
- livelli elevati di transaminasi sieriche.

#### Criteri di laboratorio

Che soddisfi tutti i seguenti criteri:

- risposta anticorpale alle IgM anti virus dell'epatite E
- mancata risposta anticorpale alle IgM anti virus dell'epatite A
- mancata risposta anticorpale alle IgM contro l'antigene del core del virus dell'epatite B.

Rientrano tra i casi di epatite E anche quei soggetti che, in assenza di segni clinici, risultino positivi alla ricerca di IgM anti-HEV.

### EPATITE B (virus dell'epatite B) (definition EU 2018)

Qualsiasi persona che risultati positiva alla ricerca dell'anticorpo IgM contro l'antigene del core del virus dell'epatite B (anti-HBc IgM).

Il quadro clinico del soggetto non è pertinente ai fini della sorveglianza.

### EPATITE Delta (virus dell'epatite D)

Qualsiasi persona che risultati positiva alla ricerca dell'anticorpo IgM anti virus dell'epatite D (anticorpi anti HDV-IgM)

Il quadro clinico del soggetto non è pertinente ai fini della sorveglianza.

### EPATITE C (virus dell'epatite C)

Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:

#### Criteri clinici

Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti),

e

almeno una delle seguenti tre manifestazioni:

- febbre
- ittero
- livelli elevati di transaminasi sieriche.

#### Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti due criteri:

- identificazione dell'acido nucleico del virus dell'epatite C (HCV RNA)
- identificazione dell'antigene del core del virus dell'epatite C (HCV-core).

### EPATITE NonA-NonE

Qualsiasi persona che soddisfi i seguenti criteri clinici e di laboratorio:

#### Criteri clinici

Qualsiasi persona che presenti una manifestazione di sintomi distinti (ad esempio stanchezza, dolori addominali, perdita di appetito, nausea e vomito intermittenti),

e

almeno una delle seguenti tre manifestazioni:

- febbre
- ittero
- livelli elevati di transaminasi sieriche.

#### Criteri di laboratorio

- mancata risposta a qualsiasi marcatore di epatite virale nota.

## Questionario epidemiologico SEIEVA



Istituto Superiore di Sanità

### QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)

Trascrivere Identificativo Scheda

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

	A.S.L. _____	Regione _____	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 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 consumato frutti di bosco?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
6.a	Se Sì, i frutti di bosco erano:	<input type="checkbox"/> 1 Congelati <input type="checkbox"/> 2 Freschi <input type="checkbox"/> 3 Entrambi <input type="checkbox"/> 8 Non so	
7	Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
8	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	
8.a	Se Sì, dove? _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____	
9	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite A?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose <input type="checkbox"/> 2 Sì, due dosi <input type="checkbox"/> 8 Non so	
9.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno _____ mese _____ anno _____	
9.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno _____ mese _____ anno _____	
<b>DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</b>			
10	Ha avuto somministrazione di sangue o di plasma?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
11	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	
12	Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
12.a	Se Sì: Specificare il tipo di intervento: _____	<input type="checkbox"/> 1 Ambulatoriale <input type="checkbox"/> 2 Con ricovero	
13	E' stato sottoposto ad endoscopia?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
13.a	Se Sì: Specificare il tipo di endoscopia: _____	<input type="checkbox"/> 1 Ambulatoriale <input type="checkbox"/> 2 Con ricovero	
14	E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
14.a	Se Sì: Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____	
14.b	Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____	
14.c	Ospedale _____ Reparto _____	Quando giorno _____ mese _____ anno _____	
15	Ha fatto uso di droghe?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
15.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	
15.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	
16	Ha avuto un trattamento dentario?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
17	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	
18	Si è fatto un tatuaggio?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
19	Le è stata praticata l'ago puntura?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
20	Si è rasato dal barbiere?	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 8 Non so	
21	E' stato dal callista o dal manicure?	<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)**

22	E' stato emodializzato?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
23	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	<input type="checkbox"/> 1 Si, una dose	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
		<input type="checkbox"/> 2 Si, due dosi			
		<input type="checkbox"/> 3 Si, tre dosi			
23.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno  __   __	mese  __   __	anno  __   __	
23.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno  __   __	mese  __   __	anno  __   __	
23.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno  __   __	mese  __   __	anno  __   __	
24	Durante i <b>6 mesi prima</b> dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
24.a	Se Sì, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
25	Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
25.a	Se Sì: Tipo di relazione _____				
25.b	Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
25.c	Se Sì, perché non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non ero sicuro dell'efficacia			
		<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali			
		<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi			
		<input type="checkbox"/> 4 Altro _____			
26	Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
27	Ha un convivente tossicodipendente?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
28	Durante i <b>6 mesi prima</b> dell'inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere	
28.a	Se Sì, con quanti partner ha avuto rapporti sessuali?	N. Partner maschili  __   __	femminili  __   __		
29	Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli <b>ultimi 6 mesi</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
30	Durante i <b>6 mesi prima</b> dell'inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
30.a	Se Sì, ha utilizzato il profilattico	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente	<input type="checkbox"/> 3 Mai	
31	Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso?	N. Persone  __   __			
32	Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
33	E' donatore periodico di sangue?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
34	In passato ha eseguito un test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere	
34.a	Se Sì, è risultato positivo al test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so	
<b>VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO</b>					
35	AST  __   __   __   __	ALT  __   __   __   __	Bilirubina Totale  __   __  ,  __   __	Bilirubina Diretta  __   __  ,  __   __	INR  __  ,  __   __
36	<b>RISULTATI DI LABORATORIO</b>	Data del prelievo di sangue	giorno  __   __	mese  __   __	anno  __   __
37	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
38	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
39	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
40	E' positivo per IgM anti-Delta?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
41	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
42	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
42.a	Se Sì, livello viremia	__   __   __   __			
43	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato	
44	<b>DECORSO CLINICO</b>	Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45		Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46		Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47		Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
47.a	In caso di decesso indicare la data	giorno  __   __	mese  __   __	anno  __   __	Causa iniziale: _____
48	Commenti: _____				
	Firma dell'intervistatore _____				

## Questionario epidemiologico per i casi di epatite E



### SEIEVA

### Scheda epidemiologica per la Sorveglianza dell'Epatite virale E

Regione \_\_\_\_\_ ASL\* \_\_\_\_\_ Numero Caso |\_\_|\_|\_|\_|\_|

Data intervista: |\_\_|\_|\_|\_|\_| (gg/mm/aaaa)

#### INFORMAZIONI SUL CASO

Trascrivere Identificativo Scheda |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nome (iniziale)*:  __ _ _	Cognome (iniziale)*:  __ _ _
Sesso*: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Data di nascita*  __ _ _ _ _  (gg/mm/aaaa)
Comune di domicilio abituale _____	
Cittadinanza* _____	Se è diversa da "Italiana", da quanti anni vive in Italia  __ _
Titolo di studio (del capofamiglia, se il caso è minorenne) _____	
Professione (del capofamiglia, se il caso è minorenne) _____	

#### QUADRO CLINICO DI ESORDIO

Data inizio sintomi\* |\_\_|\_|\_|\_|\_| (gg/mm/aaaa)

Presenza di sintomi\*  Sì  No  Non so

Se Sì, quali:

ittero <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	diarrea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
febbre <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	urine scure <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
dolore addominale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	feci chiare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
perdita appetito/peso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	mal di testa <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
nausea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	dolori articolari <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
vomito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	astenia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
altri sintomi (specificare) _____	

Quadro clinico neurologico\*  Sì  No  Non so

Se Sì, quale:

paralisi di Bell <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	amiotrofia nevralgica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
mielite trasversa acuta <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	meningo-encefalite <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
sindrome di Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	altro (specificare) _____

Ricovero  Sì  No  Non so

Epatite fulminante  Sì  No  Non so

Se Sì, durata della degenza (n. giorni) |\_\_|\_|

#### ANAMNESI

Gravidanza in corso* <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, settimana di gestazione  __ _
Malattia epatica cronica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Immunodepressione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se sì, specificare la causa:	
terap. immunosoppressive <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	HIV <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
asplenia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	diabete <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
malnutrizione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	tumore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
trapianto di organo <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
o di midollo osseo <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, anno  ____
altro (specificare) _____	

#### COMPLICANZE

Encefalopatia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Trapianto di fegato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Decesso* <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Se Sì: causa iniziale _____	data  __ _ _ _ _  (gg/mm/aaaa)

\* campo obbligatorio



**FATTORI DI RISCHIO ALIMENTARI (nei 2 mesi precedenti la malattia)**

Acqua non controllata (pozzo, sorgente ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Frutti di mare crudi o poco cotti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, quali: <input type="checkbox"/> mitili (cozze) <input type="checkbox"/> vongole <input type="checkbox"/> fasolari <input type="checkbox"/> datteri di mare <input type="checkbox"/> cannolicchi <input type="checkbox"/> capesante <input type="checkbox"/> ostriche <input type="checkbox"/> tartufi di mare <input type="checkbox"/> telline <input type="checkbox"/> altro _____
Frutta fresca non lavata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Frutti di bosco surgelati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, quali: <input type="checkbox"/> fragole <input type="checkbox"/> mirtilli <input type="checkbox"/> lamponi <input type="checkbox"/> ribes <input type="checkbox"/> frutti di bosco misti <input type="checkbox"/> altro _____
Verdura cruda non lavata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Carne di maiale cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Insaccati/salsicce di maiale non stagionati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Salsicce di fegato di maiale non stagionate	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Carne di cinghiale cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Salsicce di cinghiale non stagionate	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Carne di altra selvaggina cruda o poco cotta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare animale _____
Carne cruda o poco cotta di altro animale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare animale _____
Frattaglie	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	

**ALTRI FATTORI DI RISCHIO (nei 2 mesi precedenti la malattia)**

Storia di viaggio <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <i>(una o più notti fuori dalla città di residenza abituale)</i>		
Se Sì, dove _____		dal ____/____/____ al ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Vive o lavora in una fattoria/allevamento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Pratica giardinaggio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Ha un orto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Utilizza letame per concimare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Pratica la caccia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	
Ha animali domestici (cani, gatti, roditori ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Ha animali da allevamento (maiali, bovini, polli ...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, specificare _____
Ha contatti con soggetti che hanno avuto la stessa diagnosi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	Se Sì, indicare tipo di rapporto _____
Trasfusione di sangue o emoderivati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so	

**DATI DI LABORATORIO**

IgM anti-HEV* <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	IgG anti-HEV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
HEV-RNA su siero* <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	HEV-RNA su feci* <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
Se RNA Positivo: Genotipo  _____	
Valori MASSIMI dei seguenti test ematici:	
AST /GPT  __ _ _ _ _  UI/L	Bilirubina totale  __ _ _ _ _  mg/dl
ALT / GOT  __ _ _ _ _  UI/L	Bilirubina diretta  __ _ _ _ _  mg/dl
Anti-HBc (totali) <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	IgM anti-HAV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
IgM anti-HBc <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	Anti-HCV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato
HBsAg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato	HCV-RNA <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non ricercato

**NOTE** \_\_\_\_\_

*Intervistatore* \_\_\_\_\_

\* campo obbligatorio

ISS - Versione novembre 2019