

RISCHI MICROBIOLOGICI: Listeriosi

AGENTE EZIOLOGICO

CARATTERISTICHE EPIDEMIOLOGICHE

SINTOMI

POSSIBILE DANNO ALLA SALUTE

DIAGNOSI

TERAPIA

SERBATOI DI INFEZIONE

MATRICI ALIMENTARI CONTAMINABILI

CONTAGIO INTERUMANO

GRUPPI A RISCHIO

COMPORAMENTI A RISCHIO

ATTEGGIAMENTI PROTETTIVI

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

RIFERIMENTO REGIONALE

RIFERIMENTO NAZIONALE

BIBLIOGRAFIA

RESPONSABILI COMPILAZIONE SCHEDA

AGENTE EZIOLOGICO

Batterio di forma bastoncellare, Gram positivo, non sporigeno, genere *Listeria*, famiglia *Corynebacteriaceae*. *Listeria monocytogenes* è la specie maggiormente implicata nei casi di infezione nell'uomo. *L. ivanovi*, *L. seeligeri* e *L. welshimeri* solo raramente causano patologia, mentre *L. grayi* e *L. innocua* sono considerate non patogene. Non tutti i ceppi di *Listeria monocytogenes* sono patogeni per l'uomo.

CLASSIFICAZIONE E CARATTERISTICHE

Listeria monocytogenes è considerata ubiquitaria. I principali habitat sono il suolo, l'acqua, i fanghi di depurazione, i foraggi. Gli alimenti contaminati sono il principale veicolo di infezione per l'uomo. Le industrie alimentari delle carni e del settore lattiero-caseario ed ittico risultano spesso contaminate, sia a livello ambientale che di materie prime. Essendo un germe psicrotrofo, capace cioè di crescere a temperature di refrigerazione, *Listeria monocytogenes* è particolarmente temibile per i prodotti refrigerati. È invece molto sensibile alla pastorizzazione (71 °C per 15 secondi). In ambito domestico, questo batterio si trova spesso nei frigoriferi, soprattutto se poco puliti.

SINTOMI

Nei soggetti adulti in buona salute la malattia si presenta in forma lieve, con sintomi di tipo influenzale: febbre e/o sintomi gastrointestinali. Raramente sono possibili lesioni di tipo

papuloso sulla cute venuta a contatto con il germe. I sintomi possono comparire da 2 e fino a 70 giorni dopo l'ingestione di alimenti infetti.

POSSIBILE DANNO ALLA SALUTE

Sono possibili le seguenti evoluzioni della listeriosi: nelle persone adulte, in particolare in soggetti immunodepressi: meningite, setticemia, endocarditi, infezioni polmonari, artriti, epatiti, osteomieliti. Nella donna gravida è possibile l'aborto nella seconda metà della gravidanza. Quando la gestante si infetta nell'ultimo trimestre, è possibile l'infezione del neonato, con congiuntivite purulenta, polmonite, esantemi, vomito, ipereccitabilità.

DIAGNOSI

È basata sui dati anamnestici e sul tipo di sintomi in atto. Data la possibile lunga incubazione, non è facile risalire all'alimento causa dell'infezione.

TERAPIA

Data la natura batterica, la cura della listeriosi richiede un trattamento antibiotico, accompagnato da opportuna terapia sintomatica.

SERBATOI DI INFEZIONE

Negli animali, soprattutto mammiferi, e negli uccelli, questo batterio alberga nell'apparato enterico come saprofita. Nell'uomo non è raro isolare *Listeria monocytogenes* dalle feci di soggetti sani. Il primo caso di listeriosi umana scientificamente documentata risale al 1981, in Canada, per il consumo di insalata di cavoli contaminati da reflui provenienti da un gruppo di pecore infette.

MATRICI ALIMENTARI CONTAMINABILI

Prodotti di origine animale, in particolare formaggi molli, latte crudo, o pastorizzato in maniera incompleta, gelati, carne pronta al consumo (es. paté), carne cruda, salumi crudi, pollame crudo, prodotti della pesca e dell'acquacoltura crudi, in salamoia e affumicati. Anche prodotti vegetali, in particolare le verdure, possono essere contaminate. *Listeria monocytogenes* non altera le caratteristiche organolettiche dei cibi. Frequente la contaminazione crociata: tra carni e vegetali,

cibi crudi e cotti, per mancata applicazione delle buone pratiche di igiene e lavorazione. *Listeria monocytogenes* è sensibile ai più comuni disinfettanti.

CONTAGIO INTERUMANO

Evenienza rara. Possibile la trasmissione madre-feto per via trans-placentare o durante il parto. Gli sporadici casi di listeriosi descritti nei reparti maternità sono state attribuiti a strumenti o materiali che hanno veicolato il batterio.

GRUPPI A RISCHIO

Anziani, soggetti immunodepressi, donne gravide e neonati.

COMPORAMENTI A RISCHIO

- Consumare alimenti crudi, in particolare prodotti lattiero-caseari, carni e pesce.
- Conservare in modo non accurato i cibi refrigerati.
- Preparare i cibi senza attenzione alle cross-contaminazioni.

ATTEGGIAMENTI PROTETTIVI

- Cuocere in modo completo e corretto alimenti di origine animale.
- Lavare in modo accurato le verdure prima del consumo.
- Conservare accuratamente i cibi refrigerati.
- Pulire e sanitizzare coltelli, taglieri, superfici e mani dopo la manipolazione di cibi crudi prima di manipolare cibi cotti.

Nei soggetti più a rischio, adottare le seguenti precauzioni:

- Consumare prodotti lattiero-caseari pastorizzati.
- Consumare i prodotti deperibili in tempi brevi.
- Evitare il consumo di prodotti ittici affumicati.
- Evitare il consumo di salumi.
- Mantenere una buona pulizia dei frigoriferi.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Nazionale

- Normative aspecifiche Igiene Alimenti, art. 5 L.283/1962
- O.M. 7 dicembre 1993 (G.U. n. 291 del 13 dicembre 1993)
- D.P.R. n. 54 del 14 gennaio 1997 (G.U. n.59 del 12 marzo 1997)
- D.P.R. n. 309 del 3 agosto 1998 (G.U. n.199 del 27 agosto 1998)
- D.M. 15 dicembre 1990, “Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”, classe IV dell'allegato, (G.U. n.6 del 8 gennaio 1991)

Europea

- Direttiva 2003/99/ sulle misure di sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici recante modifica della decisione 90/424/CEE del Consiglio e che abroga la Direttiva 92/117/CEE del Consiglio (GU L325/31 del 12.12.2003).

Dal punto di vista istituzionale, la listeriosi rientra nel gruppo di malattie per le quali sono stati stabiliti in Europa reti di sorveglianza sulla sicurezza alimentare con obbligo di denuncia (Regolamento CE n. 178/2002 del 28 gennaio 2002: sistema di allerta comunitaria). Queste reti, volte a individuare focolai di infezione e determinarne la causa, permettono di agire sia ritirando i prodotti dal mercato che adottando le necessarie misure nei confronti degli impianti di produzione e informando la popolazione a rischio.

RIFERIMENTO REGIONALE

Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare, Venezia.

Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

viale dell'Università 10, 35020 Legnaro (PD)

Tel.: 049 8830380 (centralino)

sito web: <http://www.izsvenezie.it/>

Persona di riferimento: dott. Giuseppe Arcangeli

Tel.: 0426 21841 | e-mail: garcangeli@izsvenezie.it

RIFERIMENTO NAZIONALE

Centro ricerche per la qualità degli alimenti e per i rischi alimentari c/o Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena 299, 00161 Roma

Tel.: 06 4990 1 (centralino)

Direttore: prof. Paolo Aureli

BIBLIOGRAFIA

Letteratura di base

- Benenson A. (1981), “Il controllo delle malattie trasmissibili dell’uomo”, A.P.H.A. Ed.
- Doyle M.F. (1989), “Foodborne Bacterial Pathogens”, Marcel Dekker Inc., New York.
- Reysen E.T. e Marth E.H. (1991), “Listeriosis and Food safety”, Marcel Dekker Inc.
- Bergey’s (1994), “Manual of Determinative bacteriology”, 9th ed., Ed. Williams e Wilkins, Baltimore.
- Huss H. (1994), “Assurance of seafood quality”, Fao fisheries technical paper, n. 334, Roma.
- Hugh-Jones *et al.* (1995), “Zoonoses”, Iowa State Univ. Press.
- ICMSF (1996), “Microorganisms in foods”, Chapman e Hall, New York.
- Bourgeois C.M. *et al.* (1990), “Microbiologia alimentare”, Ed. Tecniche Nuove, Milano.
- Acha P.N. e Szyfres B. (2001), “Zoonoses and Communicable Diseases Common to Man and Animals”, 3th ed., Vol. 1, A.P.H.A. Ed.
- Caserio G. (2003), “*L. monocytogenes* nella lavorazione di prodotti carnei e ittici”, (in *L.monocytogenes* nelle produzioni alimentari), Ed. Oxoid, Garbagnate Milanese.

Studi e ricerche

- Farber J.M. *et al.* (1991), “*L. monocytogenes*, a foodborne pathogen“, *Microbiol. Rev.*, 55, 476-511.
- Salamina G. *et al.* (1996), “A foodborne outbreak of gastroenteritis involving *L. monocytogenes*”, *Epidemiol. Infect.*, 117, 429-436.
- Aureli P. *et al.* (2000), “An outbreak of febrile gastroenteritis associated with corn contaminated by *L. monocytogenes*”, *N. Engl. Jour. Med.*, Vol. 342 N° 17, 1236-1241.
- Aureli P. (2001), “Tossinfezioni da *L. monocytogenes*, *S. aureus* e *B. cereus*”, *Microb. Med.*, 16(1), 72-77.
- Gombas D.E. *et al.* (2003), “Survey of *L. monocytogenes* in ready-to-eat foods”, *J. Food Prot.*, 66, 559-569.
- Cantoni C. *et al.* (2004), “Ribotipizzazione di ceppi di *L. monocytogenes* isolati da carni e prodotti derivati”, *Ind. Alim.*, 43, 509-514.

Link di riferimento

- <http://www.cdc.gov/az.do>
- <http://www.vm.cfsan.fda.gov/>

RESPONSABILI COMPILAZIONE SCHEDA

Compilazione scheda:

Dott. Marcello Gazzetta

Azienda USSL n. 19 – Adria (Ro) – Servizio Veterinario

Revisione scientifica:

Dott. Giuseppe Arcangeli

Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie – Laboratorio di Adria (Ro)