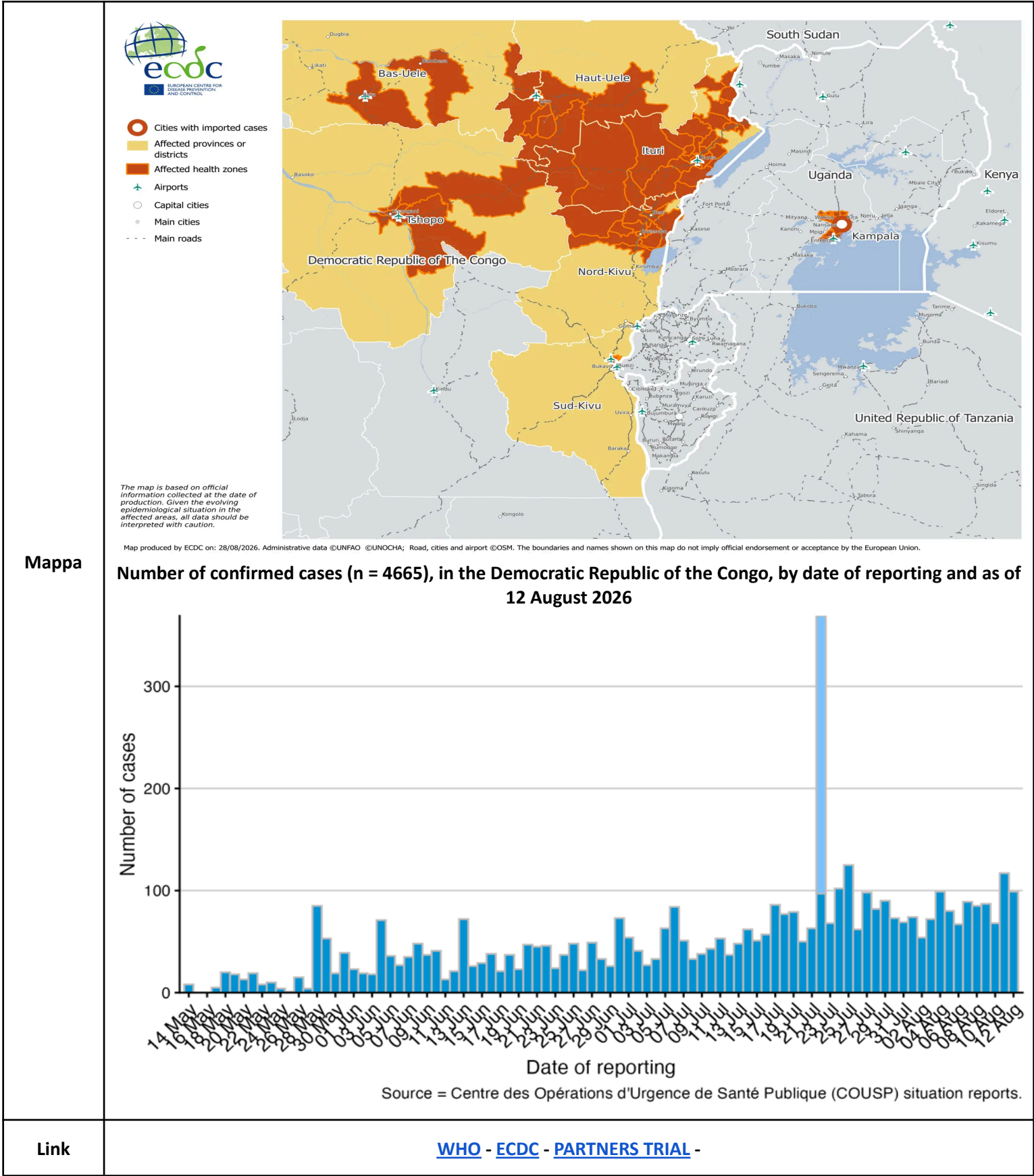


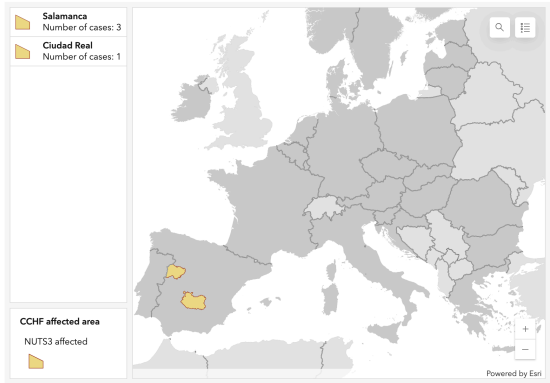
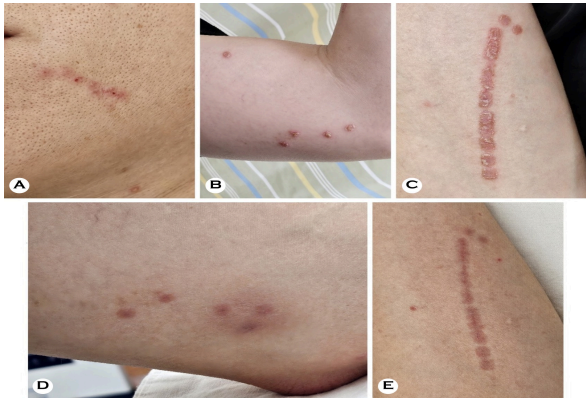
ALERT EPIDEMIOLOGICI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

MALATTIE INFETTIVE

Agosto 2026

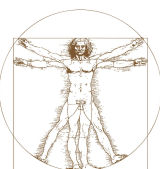
Alert 1	Ebola Bundibugyo
Dove	Repubblica Democratica del Congo, Uganda, Germania, Francia
Dato epidemio logico	Il WHO ha dichiarato il 17/05/26 che l'epidemia di Malattia da Virus Ebola (MVE) in atto nella <u>Repubblica Democratica del Congo (DRC)</u> costituiva Emergenza di Salute Pubblica di Interesse Internazionale. Probabilmente il focolaio era partito da varie settimane o mesi. Trattasi della 17° epidemia da MVE in DRC dalla prima identificazione del virus nel 1976. Il virus responsabile appartiene alla specie <u>Bundibugyo ebolavirus (BDBV)</u>, una specie di <i>Orthoebolavirus</i> che ha circolato molto poco negli ultimi decenni. Situazione epidemiologica attuale: ● DRC: 6.100 casi confermati, 2.950 decessi (aggiornamento al 30/08/2026). 814 pazienti ricoverati in isolamento, 1.383 guariti, 86,3% dei contatti identificati sotto follow-up. Trasmissione in circa 60 zone sanitarie su 151, distribuite in sei province: Ituri, Nord Kivu, Sud Kivu, Haut-Uélé, Tshopo e Bas-Uélé. La provincia di Ituri resta l'epicentro con 5.016 casi e 2.274 decessi in 28 delle 36 zone sanitarie; il Sud Kivu non riporta casi confermati dal 29/05/26. L'outbreak appare fuori controllo con intensa circolazione comunitaria: è oggi il più esteso mai registrato in RDC e il secondo al mondo. ● Uganda: 20 casi confermati, 2 decessi. Tutti i casi concentrati a Kampala, correlati a casi importati dalla provincia di Ituri, con alcuni focolai secondari in cliniche private della capitale. Ultimo caso confermato il 21/06/26. Il 28/07/2026 l'Uganda ha dichiarato la conclusione del focolaio, con avvio del periodo di sorveglianza rafforzata di 42 giorni previsto dall'OMS.. ● Germania: 2 casi confermati in operatori umanitari americani, con diagnosi posta in DRC e successiva evacuazione sanitaria. ● Francia: 1 caso confermato, guarito. Medico dell'associazione Alliance for International Medical Action in servizio in aree a rischio, con esordio dei sintomi durante il volo di rientro; isolamento tempestivo, forma non grave, guarigione dichiarata il 04/07/26. Nessun caso secondario: i 5 passeggeri del volo AirFrance identificati come contatti hanno completato la quarantena senza sviluppare sintomi. <u>Case Fatality Ratio del focolaio di BDVD in corso: 48,4%</u> Principali novità: ● Espansione geografica: il focolaio ha raggiunto una sesta provincia (Bas-Uélé, zona sanitaria di Buta, caso con esordio il 04/08 e storia di viaggio da Haut-Uélé), estendendosi complessivamente a 60 zone sanitarie su 151. Ituri resta l'epicentro (5.016 casi, 2.274 decessi al 30/08). ● Sviluppo vaccinale — primo ingresso in clinica di candidati BDBV-specifici: per la prima volta due vaccini disegnati specificamente contro il virus Bundibugyo sono entrati in sperimentazione sull'uomo. Si tratta di ChAdOx1 BDBV (Oxford Vaccine Group/Serum Institute of India) e di mRNA-1469 (Moderna). un terzo vaccino ha mostrato cross-protezione in studi animali ed è in avvicinamento alla fase 3. ● Trial terapeutico PARTNERS: raggiunto il centesimo paziente arruolato a 12 settimane dall'annuncio del focolaio. È il RCT su terapie per Ebola più rapido mai condotto, sia per tempi di avvio sia per ritmo di reclutamento. Il trial valuta l'anticorpo monoclonale MBP134 e remdesivir in monoterapia o in associazione. Secondo il WHO il rischio di espansione del focolaio risulta <u>Molto alto</u> per le altre regioni della DRC - <u>Alto</u> per Uganda, Sud Sudan e Burundi - <u>Basso</u> per i restanti stati dell'Africa e per il resto del mondo



Alert 4	Febbre emorragica Crimea-Congo	Alert 5	Dermatophilus congolensis
Dove	Albania e Spagna	Dove	Europa
Dato epidemio logico	Albania: l'11/08/2026 le autorità sanitarie albanesi hanno notificato un caso di CCHF nel distretto di Tropojë, area settentrionale del paese non precedentemente riconosciuta come endemica. Il paziente, allevatore proprietario di animali, ha manifestato sintomi il 22/07 con ricovero il 24/07; è successivamente guarito ed è stato dimesso. Casi erano già stati segnalati nella stessa contea (Kukës), l'ultimo nel 2023. <i>Hyalomma marginatum</i>, principale vettore, è rilevato in quasi tutte le regioni del paese. Spagna: dall'inizio del 2026 e al 19/08, la Spagna è l'unico paese EU/SEE con casi autoctoni di CCHF: 4 casi. In Spagna la trasmissione avviene principalmente tramite zecche del genere <i>Hyalomma</i>: <i>H. lusitanicum</i> ha ruolo chiave nel mantenimento virale, mentre <i>H. marginatum</i> è considerata la specie principalmente coinvolta nella trasmissione all'uomo. Valutazione ECDC: rischio basso per la popolazione generale nelle aree spagnole di circolazione nota, in aumento per chi svolge attività outdoor con esposizione a punture di zecca (caccia, lavoro forestale, escursionismo, sorveglianza animale). Probabilità di infezione molto bassa per cittadini EU/SEE in viaggio o residenti in Albania.	Dato epidemio logico	Al 20/08/2026 riportate 123 infezioni cutanee confermate da <i>D. congolensis</i> in dieci paesi europei: Austria, Danimarca, Francia, Germania, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera e UK. Rispetto al Rapid Risk Assessment ECDC del 17/06/2026 (70 casi in cinque paesi), quattro nuovi paesi hanno segnalato casi (Danimarca, Paesi Bassi, Svizzera, UK). Caratteristiche: batterio Gram-positivo, aerobio/anaerobio facoltativo che si sviluppa in filamenti ramificati dando origine a zoospore mobili flagellate; è l'agente eziologico della dermatofilos, zoonosi cutanea classicamente descritta negli animali da allevamento e trasmessa all'uomo per contatto diretto con animali infetti o fomite. È chiamata volgarmente “<i>Malattia della Pioggia</i>”. Contesti di trasmissione: cluster tra MSM; cluster o casi sporadici tra praticanti di sport da contatto e arti marziali, inclusi casi travel-associated legati al Sud-Est asiatico (Thailandia, Indonesia). Clinica: infezioni generalmente lievi, con lesioni cutanee papulari, pustolose, squamose, crostose o simil-follicolite localizzate (genitali, cosce, inguine, area della barba), risolte con terapia antibiotica topica o orale; nessuna complicanza grave riportata. L'analisi WGS di 31 isolati supporta la trasmissione interumana per contatto cutaneo diretto, con possibile ruolo di fomite in ambienti caldo-umidi.
Mappa	Spatial distribution of locally acquired vector-borne Crimean-Congo haemorrhagic fever cases in 2026 at 26 August 2026 	Mappa	 From Journal of mycology and infection
Link	ECDC	Link	ECDC - JMC

Alert locale	Difterite	Alert locale	Chikungunya - Dengue
Dove	Palermo, Sicilia	Dove	Italia (Lecce, Livorno) e Francia
Dato epidemio logico	Il 20/08/2026 è deceduta all'Ospedale dei Bambini Di Cristina (ARNAS Civico, Palermo) una bambina di 4 anni non vaccinata, ricoverata dal 13/08 con quadro inizialmente interpretato come tonsillite ed evoluto in insufficienza respiratoria con intubazione. Il 24/08 l'ISS ha confermato la positività dei campioni per <i>Corynebacterium diphtheriae</i> con rilevazione del gene della tossina responsabile della difterite respiratoria. Secondo caso: un cugino di 4 anni, ricoverato con sintomatologia sovrapponibile, è risultato positivo con decorso nettamente più lieve in quanto vaccinato (primi tre cicli completati) e con titoli anticorpali antidifterici protettivi. Inoltre, almeno una decina di familiari/contatti stretti sono risultati portatori asintomatici (tutti vaccinati). È il primo decesso per difterite in Italia da oltre 30 anni. Tra il 1990 e il 2009 si registrarono 5 casi, uno mortale in una bambina non vaccinata nel 1991; ultimo caso non letale confermato nel 1996. I sei casi accertati negli ultimi 30 anni erano tutti sostenuti da ceppi non tossigenici.	Dato epidemio logico Al 31/08/2026 risultano in Italia tre focolai autoctoni di dengue attivi: - Ugento (LE, 1 caso, esordio 28/08), - Alliste (LE, 1 caso, 28/08) - Piombino (LI, 1 caso, 31/08). Il territorio di Lecce e di Livorno al momento devono essere considerate zone ad alto rischio per dengue. In Francia sono attivi i seguenti focolai: - 7 di chikungunya con 33 casi complessivi nei dipartimenti di Tarn e Lot (Occitanie), Gironde (Nouvelle-Aquitaine) e Val-de-Marne (Île-de-France) - 4 di dengue con 5 casi complessivi nei dipartimenti di Tarn, Hérault (Occitanie), Dordogne (Nouvelle-Aquitaine) e Bouches-du-Rhône (PACA) L'entità dei focolai è al momento inferiore rispetto a quelli registrati nel 2025: 384 casi autoctoni di chikungunya in Italia e 809 in Francia continentale; per dengue erano stati segnalati 4 casi autoctoni in Italia e 30 nella Francia continentale.	
Mappa	Difterite (24° mese) dato nazionale 94,46 (per 100 abitanti - 2024, coorte 2022) Tassi di copertura vaccinale per difterite per regione	Mappa	Localisation des épisodes de transmission autochtone - 2026 Nombre de cas ○ 1 ○ 5 ○ 15+ Maladie ● Chikungunya ● Dengue
Link	ISS	Link	AUSL Bologna - ISS - Santé publique France

DIFTERITE

AGENTE EZIOLOGICO	SERBATOI	MODALITA' DI TRASMISSIONE
<i>Corynebacterium diphtheriae</i> Bacillo GRAM +, produttore di esotossina difterica Raramente, altre specie: <i>C. ulcerans</i>, <i>C. hemolyticum</i>, e <i>C. pseudotuberculosis</i>	L'unico serbatoio di <i>C. diphtheriae</i> è l'uomo Altre specie di <i>Corynebacterium</i> (es <i>C. ulcerans</i>): serbatoio animale 	Prevalentemente tramite: - Secrezioni respiratorie (droplets) - Contatto diretto con superfici contaminate o lesioni cutanee Distribuzione stagionale: picco di incidenza durante i mesi più freddi dell'anno. Nota: L'immunità (acquisita tramite infezione naturale o vaccino) non previene lo stato di portatore asintomatico. Nelle aree endemiche, fino al 5% della popolazione è portatrice sana a livello faringeo.
LIVELLO BIOHAZARD	INCUBAZIONE	PERIODO DI CONTAGIOSITA'
2	2-5 giorni (range 1-10)	Fino a 48 h dopo termine del trattamento. Casi non trattati: 2-6 settimane
MAPPA		CLINICA
		Forma respiratoria Prodromi: esordio subdolo con sintomi parainfluenzali, febbricola e linfonadenopatia cervicale. - Tosse - Iperemia del faringe con essudati biancastri Pseudomembrane confluenti a livello faringotonsillare (1/3 dei casi). Possibile diffusione a tutto l'albero respiratorio  Complicanze: - Insufficienza respiratoria da ingombro delle alte vie aeree e soffocamento (es. croup difterico) - Miocardite (10-25% dei casi) - Neuropatia (5% dei casi) con sofferenza dei nervi cranici e periferici fino a paralisi completa - Insufficienza renale acuta Forma cutanea - Frequentemente preceduta da trauma locale - Lesioni cutanee croniche con ulcerazioni superficiali ricoperte da membrana grigiasta - Generalmente non associata ad altre localizzazioni  Prognosi: mortalità 5-10% nelle forme respiratorie
DIAGNOSI	TERAPIA	
PCR Real Time e isolamento culturale di ceppi di <i>C. diphtheriae</i> produttori di tossine da lesioni mucose, cutanee o da tampone faringeo. Conferma diagnostica da test fenotipico eseguito presso laboratorio dell'ISS.	Forme lievi/moderate e cutanee: solo antibiotico (Eritromicina, Azitromicina, Penicillina) Forme gravi: antibiotici + siero antitossina Intubazione ai primi segni di insufficienza respiratoria	
CRITERI CASO ECDC (Link)		PREVENZIONE (Linee guida WHO e Linee guida CDC)
CASO PROBABILE	CASO CONFERMATO	
Criterio clinico: Clinica compatibile con Difterite (respiratoria o cutanea) + Criterio epidemiologico: Contatto con caso confermato umano o animale	Caso probabile + Isolamento di ceppo tossigenico di <i>C. diphtheriae</i>, <i>ulcerans</i> o <i>pseudotuberculosis</i>	Forma respiratoria: precauzioni droplets Forma cutanea: isolamento da contatto L'isolamento può essere interrotto dopo 14 giorni di terapia antibiotica o dopo due risultati culturali negativi su campioni appropriati, prelevati a distanza di almeno 24 ore e non meno di 24 ore dopo la cessazione della terapia antibiotica. La difterite si previene tramite vaccino (anattossina difterica inattivata in formalina) NB: l'infezione naturale non conferisce immunità e pertanto è indicato vaccinare tutti i pazienti durante il periodo di convalescenza Profilassi post-esposizione: Benzilpenicillina benzatinica 1.200.000 MU in singola dose IM + Vaccinazione DTP