

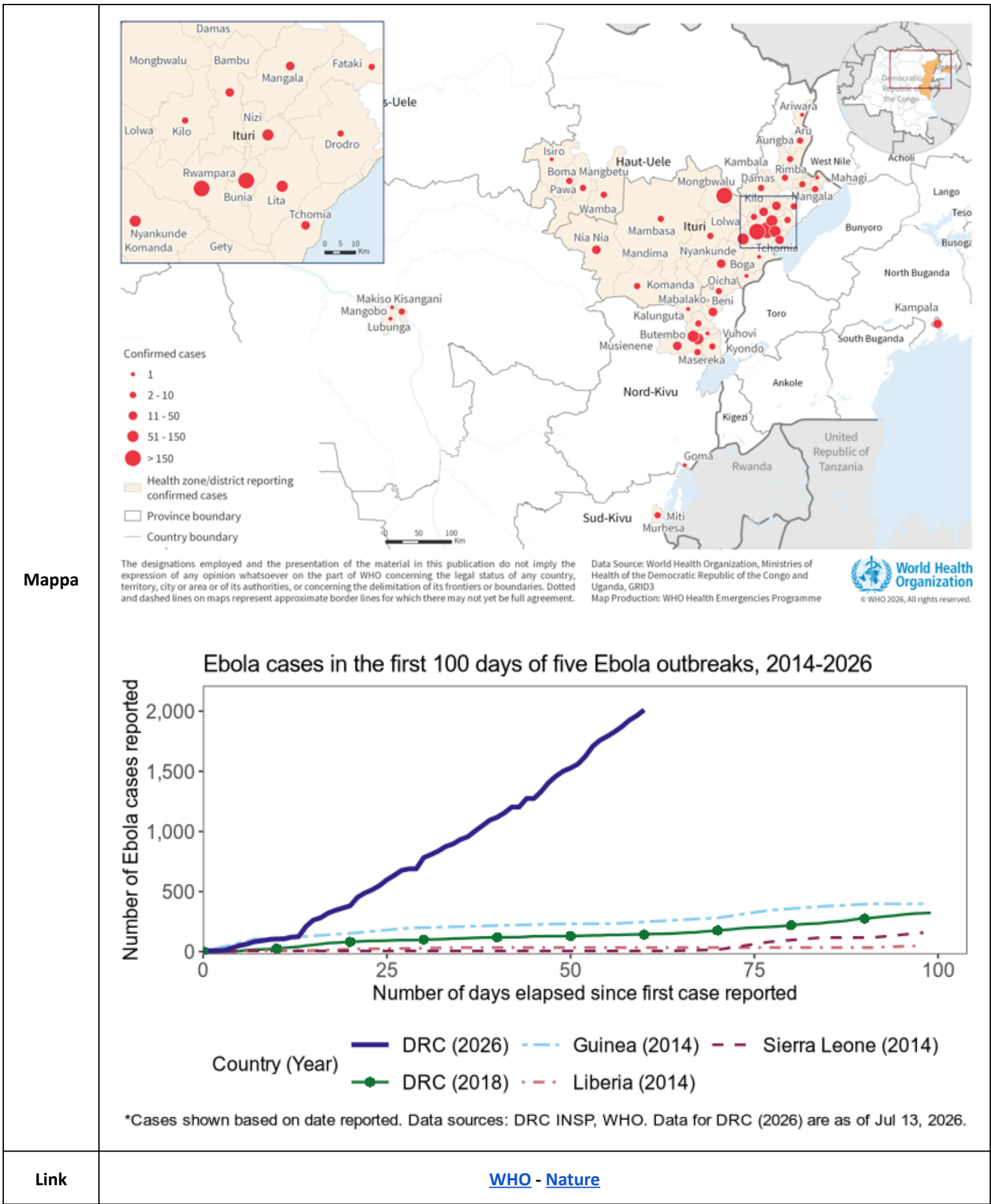


ALERT EPIDEMIOLOGICI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

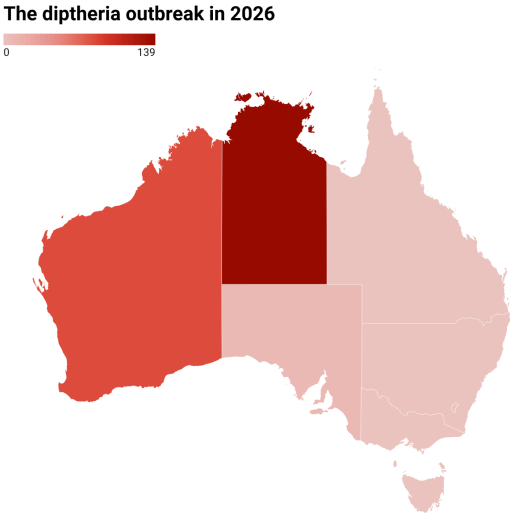
MALATTIE INFETTIVE

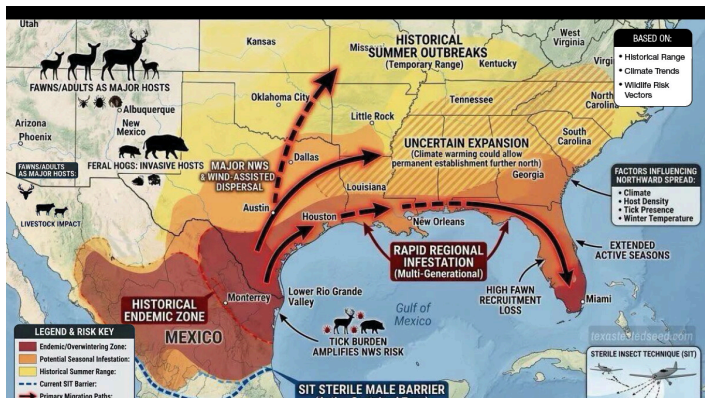
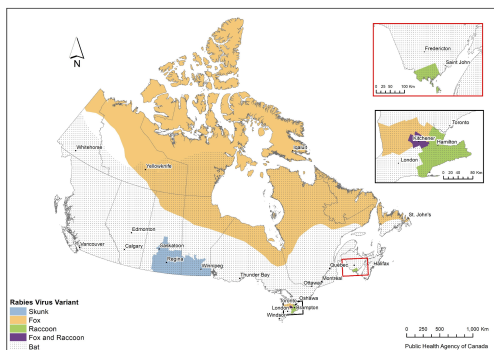
Aprile - Maggio - Giugno 2026

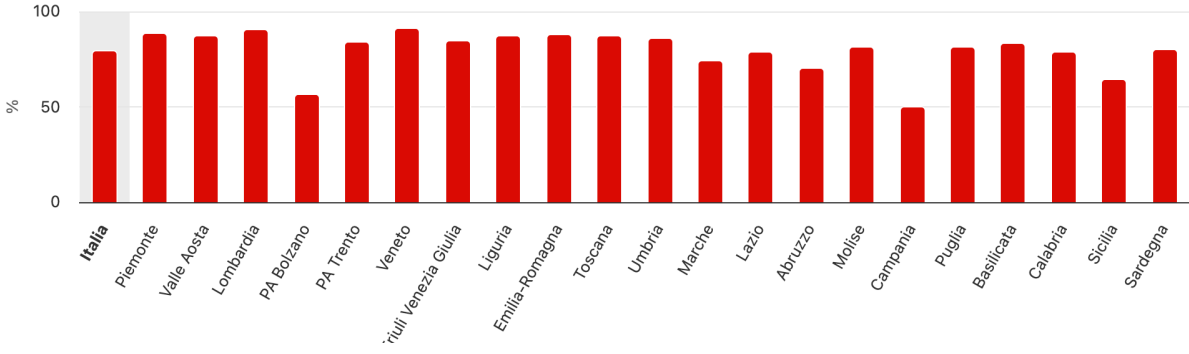
Alert 1	Ebola Bundibugyo
Dove	Repubblica Democratica del Congo, Uganda, Francia
Dato epidemio logico	15/05/26 il WHO ha dichiarato un'Emergenza Sanitaria Pubblica di Interesse Internazionale (PHEIC) in relazione a un focolaio di Malattia da Virus Ebola nella <u>Repubblica Democratica del Congo (DRC)</u> dopo settimane (probabilmente mesi) di trasmissione non riconosciuta. 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: ● DRC: 2365 casi confermati, 930 decessi. Le regioni più colpite includono la <u>provincia di Ituri</u> con diffusione anche nel <u>Nord Kivu</u> e nel <u>Sud Kivu</u>. Attualmente l'outbreak in queste regioni appare fuori controllo con intensa circolazione del virus nella comunità. La rapidità della crescita dei contagi in queste aree è molto preoccupante e supera quella di tutti i precedenti focolai di Ebola. ● Uganda: 20 casi confermati, 2 decessi Tutti i casi sono concentrati a Kampala e sono correlati a casi importati dalla provincia di Ituri con alcuni focolai secondari in alcune cliniche mediche private della capitale. Al momento la circolazione di virus in questa regione è sotto controllo e non sono stati segnalati nuovi casi dal 21/06/26. L'ultimo paziente è stato dimesso in data 21/07/26 dando il via al conteggio dei 42 giorni di sorveglianza per la definizione della chiusura del focolaio. ● Germania: 2 casi confermati operatori umanitari americani, con diagnosi posta in DRC e successiva evacuazione sanitaria. Il primo paziente è stato dimesso a maggio, il secondo è ricoverato in condizioni stabili a Francoforte. ● Francia: 1 caso confermato, attualmente guarito. Si tratta di un medico dell'associazione Alliance for International Medical Action che ha prestato servizio in aree a rischio. Il paziente ha iniziato a presentare sintomi durante il volo di rientro, è stato prontamente isolato, ha sviluppato una forma non grave di malattia ed è già stato dichiarato guarito. 5 passeggeri del volo AirFrance che sono stati a contatto con il paziente sono stati posti in isolamento e sono attualmente asintomatici. Case Fatality Ratio del focolaio di BDVD in corso: 39% in linea con la mortalità degli altri focolai pregressi di questa specie. Nonostante gli sforzi del WHO e di altre associazioni, questo nuovo focolaio di Malattia da Virus Ebola Bundibugyo appare particolarmente difficile da controllare (specialmente in DRC) a causa di numerosi fattori: 1. Criticità gestionali: a. Ristrettezza dei posti letto di trattamento Ebola b. Limitatezza dei test diagnostici specifici per BDBV c. Coinvolgimento ancora solo parziale della comunità nel contrasto all'infezione d. Resta ancora impossibile eseguire un corretto tracciamento dei soggetti esposti 2. Numerosi fattori socio-politici complicano il controllo dell'epidemia: a. La provincia di Ituri è ricca di miniere d'oro con numerosi scambi commerciali con le regioni circostanti b. La regione è sotto il controllo di gruppi armati ribelli con frequenti conflitti armati nella zona c. Presenza di numerosi campi profughi da Sud Sudan e Burundi d. Estrema povertà della maggior parte della popolazione e. Carenza di strutture sanitarie adeguate nella zona a sua grande estensione 3. Assenza di trattamenti efficaci Nonostante le difficoltà citate è partito un primo trial che verificherà l'efficacia clinica di due farmaci (MBP134 o Remdesivir) in monoterapia o combinazione. 4. Assenza di vaccini efficaci Durante le epidemie del 2018–2020 era stato possibile utilizzare la vaccinazione "ad anello" per interrompere molte catene di trasmissione. Nel caso del Bundibugyo ciò non è possibile 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 Burund - <u>Basso</u> per i restanti stati dell'Africa e per il resto del mondo



Alert 2	Hantavirus Andes	
Dove	Nave da crociera MV Hondius	
Dato epidemio logico	CRONOLOGIA: • 06/04/26: esordio sintomi del caso indice a bordo della nave MV Hondius (partita dall'Argentina, in rotta atlantica) • 24/06/26: una passeggera sintomatica sbarca dall'isola di Sant'Elena e prende il volo Sant'Elena–Johannesburg e si imbarca sul volo KLM Johannesburg–Amsterdam, ma viene fatta scendere prima del decollo per l'aggravarsi della sintomatologia; deceduta poco dopo a Johannesburg. • 26/04/26: prima diagnosi di <i>Hantavirus</i>, effettuata su un contatto stretto del caso indice • 02/05/26: prima diagnosi specifica di <i>Hantavirus Andes</i> (ANDV) su un ulteriore caso correlato. L'OMS viene formalmente informata del cluster di malattia respiratoria grave • 06/05/26: la MV Hondius lascia Capo Verde diretta alle Isole Canarie. Sale a bordo personale sanitario ECDC • 08/05/26: WHO: 8 casi totali, 3 decessi (CFR 38%). Convocazione in Italia della Rete Dispatch e del Gruppo nazionale laboratori. ECDC notifica al Ministero della Salute italiano 4 passeggeri del volo KLM 25/4 con destinazione Italia. • 10/05/26: la MV Hondius attracca a Granadilla, Tenerife (Canarie). Inizia lo sbarco coordinato dei passeggeri (149 a bordo) con quarantena nei rispettivi paesi di origine • 02/07/26: fine della quarantena dell'ultimo contatto. WHO dichiara conclusione dell'epidemia.	
	EPIDEMIA IN SINTESI: • Casi totali: 13 (12 confermati +1 probabile) • Decessi: 3 (CFR 23%, in linea con il dato storico ANDV del 25-40%) • Esposti totali sotto sorveglianza: >650 persone tra i soggetti esposti a bordo della MV Hondius (passeggeri + equipaggio), operatori sanitari e personale aeroportuale (da 23 Paesi diversi) • Il ceppo isolato è risultato essere quello che circola abitualmente in America latina (esclusa una nuova variante) • Ultimo caso segnalato in data 25/05/26	SITUAZIONE ITALIANA: • Nessun caso confermato, probabile o sospetto di infezione da ANDV in Italia • 4 persone hanno concluso la sorveglianza attiva e quarantena fiduciaria a scopo precauzionale, tutte asintomatiche: passeggeri del volo KLM Johannesburg–Amsterdam del 25/4/2026 (su cui era brevemente salita la donna poi deceduta a Johannesburg) • Regioni coinvolte nella sorveglianza: Calabria, Campania, Toscana, Veneto (una persona per Regione) • Durata della sorveglianza: 42 giorni dall'ultima esposizione • Caso sospetto escluso a Firenze: una donna argentina ricoverata è stata testata con esito negativo presso l'INMI Spallanzani
Mappa		
Link	ECDC WHO	

Alert 3	Malattia da virus Marburg	Alert 4	Difterite
Dove	Uganda	Dove	Australia
Dato epidemio logico	30/06/26: massima allerta locale in Uganda per la recente identificazione di un caso isolato di Malattia da virus Marburg. Il caso confermato riguarda un <u>bambino di 18 mesi, deceduto a causa della febbre emorragica</u> nel distretto di Kyegegwa, situato nella regione occidentale dell'Uganda. L'epidemia è considerata al momento circoscritta e isolata: al momento è stato accertato un solo caso (anche se fonti indipendenti e tracciamenti interni dell'OMS ipotizzavano 2 casi potenziali). L'Africa CDC ha comunicato che nessuno dei contatti stretti finora monitorati ha sviluppato sintomi correlati alla malattia. La rilevazione del virus Marburg è avvenuta proprio grazie al rafforzamento della sorveglianza sanitaria attivata per contenere un'epidemia di Ebola (ceppo Bundibugyo) che sta colpendo l'Africa Centrale (Uganda compresa).	Dato epidemio logico	22/05/26: il Chief Medical Officer del Ministero della Salute dell'Australia ha dichiarato la presenza nel paese del <u>più grande e grave focolaio di Difterite</u> degli ultimi decenni. L'infezione, causata dal batterio <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, <u>dall'inizio del 2026 ha colpito oltre 326 casi complessivi</u>. Si tratta di un incremento eccezionale, considerando che l'Australia registra solitamente tra gli 0 e i 12 casi all'anno. I contagi hanno iniziato ad aumentare a fine 2025 per poi subire un'impennata verticale a partire da febbraio 2026, specialmente in alcune aree: • <u>Territorio del Nord (NT)</u>: circa il 60% dei casi • <u>Australia Occidentale (WA)</u>: circa il 30% dei casi, soprattutto nella regione remota del Kimberley È stato registrato 1 decesso confermato a causa della forma respiratoria (un uomo deceduto all'ospedale di Darwin), segnando la prima vittima di difterite nel Paese dal 2018. <u>L'epidemia interessa quasi interamente (oltre il 90%) le comunità di Primi Nazioni (Aborigeni australiani)</u> residenti in contesti geografici classificati come remoti o molto remoti, dove la scarsità di infrastrutture e il sovraffollamento abitativo complicano l'igiene cutanea e facilitano la trasmissione. Il governo australiano e i dipartimenti della salute locali hanno attivato protocolli straordinari per arginare la diffusione del batterio con campagne vaccinali di massa. Dopo il picco di inizio anno, i bollettini epidemiologici più recenti evidenziano che il numero di nuove diagnosi settimanali ha iniziato a raggiungere un plateau stabile.
Mappa		Mappa	
Link	ProMED	Link	Governo australiano - ProMED

Alert 5	New World Screwworm	Alert 6	Rabbia
Dove	USA	Dove	Canada e USA
Dato epidemio logico	Gli Stati Uniti hanno dichiarato un'<u>emergenza zootecnica e biologica ad alto impatto</u> correlata alla ripresa della circolazione di “Mosca assassina” (New World Screwworm). Il parassita, che si riteneva eradicato dal territorio statunitense da oltre sessant'anni, è riapparso scatenando un'ondata di allerta per il comparto agricolo e la fauna locale. Al 3 luglio 2026, il Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (USDA) ha confermato 31 infestazioni totali in animali. Il primo caso indice è stato rilevato il 03/06/26, su un vitello di tre settimane. Da quel momento, le diagnosi sono cresciute rapidamente superando i confini delle prime zone di isolamento. Il parassita ha attaccato diversi mammiferi a sangue caldo: specialmente bovini (con gravi rischi per l'industria della carne), ma anche pecore, capre ed un cane domestico. Stati colpiti: • Texas: epicentro assoluto dell'epidemia con 30 casi confermati • Nuovo Messico: 1 caso isolato rilevato in un cane lungo la linea di confine con il Texas. Gli ecologi e le autorità sanitarie monitoravano da mesi la risalita del parassita. Dopo aver causato pesanti epidemie in America Centrale (Panama e Costa Rica) ed essersi fatto strada attraverso il Messico fino agli stati meridionali degli USA, superando una barriera geografica protetta per decenni. Attualmente <u>non si registrano casi di infezione nell'uomo</u> contratti negli Stati Uniti. La minaccia resta prevalentemente di natura veterinaria ed economica, sebbene l'attenzione medica rimanga massima.	Luglio 2026: le autorità sanitarie canadesi e statunitensi registrano il più grave focolaio di rabbia da procione dell'ultimo decennio nella regione di confine. Solo nella provincia del Quebec sono stati accertati 76 casi di infezione da Rabbia negli animali dall'inizio dell'anno (proiettati a superare ampiamente i 93 casi totali del 2025). Complessivamente, dall'inizio dell'ondata epidemica nel 2024, si contano oltre 170 casi confermati nella sola fauna canadese, concentrati lungo le <u>rotte migratorie dei procioni</u>. In Canada i contagi tra la fauna selvatica si concentrano nelle regioni a sud e a est di Montreal, in particolare nella Montérégie (55 casi quest'anno) e nell'Estrie (Eastern Townships). La malattia si sta spingendo pericolosamente verso le aree urbane densamente popolate. Nel 2024 è stato infatti segnalato un decesso umano confermato. Si trattava di un bambino di 11 anni residente in Ontario, deceduto a seguito del contatto con un pipistrello infetto. Rappresentava il primo caso di rabbia umana acquisita localmente nella provincia dal 1967.	
Mappa		Mappa	
Link	ProMED	Link	ProMED - ProMED 2

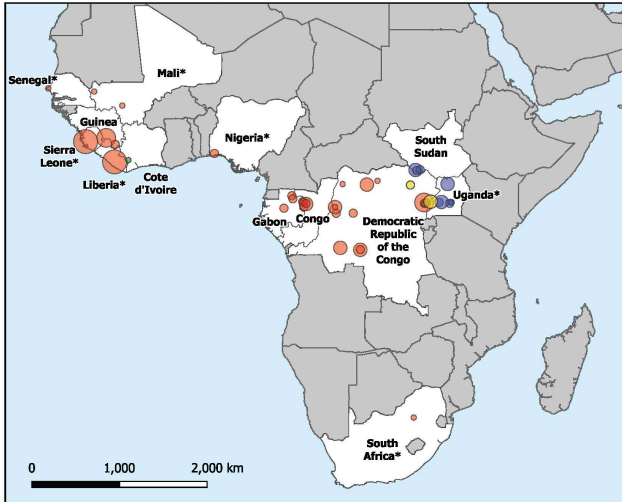
Alert locale 1	Meningococco
Dove	Italia - Pescara
Dato epidemio logico	Il 4 aprile 2026, a Pescara, una donna di 51 anni è deceduta per meningite fulminante da meningococco B. Contestualmente, un adolescente di 15 anni residente a Chieti è stato ricoverato in prognosi riservata nella rianimazione pediatrica dell'ospedale di Pescara con diagnosi compatibile. In entrambi i casi le ASL competenti hanno attivato tempestivamente il protocollo di tracciamento e profilassi dei contatti stretti. In Italia, nel 2024, l'incidenza dei casi di malattia invasiva da meningococco è stata pari a 0,2 casi/100.000 abitanti. Il sierogruppo B risulta prevalente in tutte le fasce di età; dal 2022 al 2024 si osserva un aumento dei casi da sierogruppo W e Y. Le incidenze più elevate si registrano nei lattanti sotto l'anno di età (2,36/100.000) e nei giovani adulti 15–24 anni (0,39/100.000). Nel 2026 l'Italia registra circa 115 casi da meningococco B e C; pur rimanendo al di sotto della media europea (0,4/100.000), le persistenti disomogenee coperture vaccinali regionali — con alcune regioni sotto il 60% per MenB a 24 mesi — rappresentano la principale criticità. I vaccini contro il meningococco riducono di oltre il 90% i casi di malattia invasiva nei gruppi vaccinati.
Mappa	Copertura vaccinale contro Meningococco B Anno 2024, coorte 2022 a 24 mesi 
Link	ISS

Alert locale 2	Listeriosi
Dove	Italia - Puglia
Dato epidemio logico	Il 9 marzo 2026 è deceduto nel reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale di Bisceglie un uomo di 74 anni di Andria (provincia BAT) con infezione confermata da <i>Listeria monocytogenes</i>. Il paziente era pluricomorbido; il nesso causale diretto tra l'infezione e il decesso è ancora oggetto di accertamento da parte della Procura di Trani. Il veicolo sospetto è il consumo di carne cruda. Il Servizio Veterinario ASL BAT con i NAS ha avviato ispezioni, campionamenti e WGS in diverse macellerie di Andria con chiusura precauzionale di alcune attività; il confronto genomico tra ceppo clinico e isolati alimentari è in corso. <i>Listeria monocytogenes</i> è un batterio che cresce a temperature di refrigerazione (ottimale 4-10°C), particolarmente pericoloso per anziani, immunocompromessi e donne gravide; la CFR nelle forme invasive (setticemia, meningoencefalite) raggiunge il 20-30%.
Link	ProMed

Hantavirus Andes

AGENTE EZIOLOGICO	SERBATOI	MODALITA' DI TRASMISSIONE	
<i>Orthohantavirus andesense</i> (ANDV) Virus a RNA ss del genere <i>Orthohantavirus</i>, famiglia <i>Hantaviridae</i>, ordine <i>Bunyavirales</i>	Serbatoio principale: roditori <i>Oligoryzomys longicaudatus</i> (principale), diffuso in Argentina e in Cile - Roditori della famiglia <i>Sigmodontinae</i> NB: nessuna di queste specie è presente in Italia	A. Zoonotica (modalità prevalente): - Aerosol contaminati da urine, feci, saliva di roditori - Contatto diretto con superfici/oggetti contaminati o morso B. Interumana (esclusiva di ANDV): - Droplets (necessita di contatto stretto e prolungato) - Contatto diretto con saliva, secrezioni respiratorie, sangue, fluidi corporei - Contatto con superfici contaminate <i>Ipotizzata trasmissione sessuale (RNA virale nello sperma per mesi)</i> 	
LIVELLO BIOHAZARD	INCUBAZIONE	PERIODO DI CONTAGIOSITA'	
3	4-42 giorni (mediana 18)	Durata: probabilmente a partire <u>da 1-2 giorni prima</u> della comparsa dei sintomi fino a <u>7-14 giorni dopo</u>. Contagiosità massima: <u>giorno di comparsa dei sintomi</u>	
MAPPA		CLINICA	CRITERI CASO (Ministero della Salute)
 Legenda Rischio: - Alta Endemia - Endemia Moderata - Segnalazioni Sporadiche		SINDROME CARDIOPOLMONARE DA HANTAVIRUS Decorso classico in 4 fasi: Fase prodromica (3–5 giorni): Febbre, cefalea, mialgie, astenia e sintomi G-I Fase cardiopolmonare (decorso fulminante dopo 4-10 giorni da esordio sintomi) a. Distress respiratorio (fino a ARDS ed edema polmonare) b. Shock cardiogeno, ipotensione c. CID d. Possibile insufficienza multiorgano Fase diuretica: poliuria e progressivo recupero Convalescenza: settimane–mesi Letalità: 25–50% (33% nel focolaio MV Hondius) Indicatori prognosi severa: trombocitopenia al momento del ricovero, emocoagulazione, iperlattacidemia (lac >4), IL-6 elevata	CASO SOSPETTO CRITERIO EPIDEMIOLOGICO Condivisione ambienti o mezzi di trasporto con caso confermato/probabile di ANDV + CRITERIO CLINICO: Febbre + almeno uno tra: mialgie, brividi, cefalea, nausea, vomito, diarrea, tosse o dispnea CASO PROBABILE Contatto diretto con caso confermato/probabile di ANDV + CRITERIO CLINICO CASO CONFERMATO CASO SOSPETTO + Conferma microbiologica
DIAGNOSI MICROBIOLOGICA	TERAPIA	INFECTION CONTROL	PREVENZIONE
RT-PCR (sangue, secrezioni respiratorie): massima sensibilità nei primi 7–10 giorni dall'esordio Sierologia IgM e IgG (ELISA, IFA): IgM positive dopo l'esordio dei sintomi	- Nessuna terapia eziologica - Treatmento di supporto: - Respiratorio (ECMO) - Emodinamico - Reintegrazione di fluidi - Terapie sperimentali: - Icatibant (antagonista Bradichinina) - Tocilizumab (anti- IL-6) - Plasma convalescente	Degenza ospedaliera in area di alto isolamento <u>Precauzioni: contatto + droplet</u> (airborne se procedure generanti aerosol) <u>Uso rigoroso di DPI</u> (guanti, camici, FFP2, visiere, calzature) - Decontaminazione superfici - Gestione rifiuti biologici Sorveglianza dei contatti: 42 giorni dall'ultima esposizione.	Misure generali: - Controllo dei roditori in aree endemiche; evitare ambienti infestati - Aerazione e disinfezione di ambienti chiusi Gestione contatti di casi sospetti o probabili: quarantena fiduciaria 42 giorni + monitoraggio attivo quotidiano

Malattia da Virus Ebola Bundibugyo

AGENTE EZIOLOGICO		SERBATOI	MODALITA' DI TRASMISSIONE	
Virus del genere <i>Ebolavirus</i> Famiglia <i>Filoviridae</i>. Esistono 5 specie: Zaire, Sudan, Bundibugyo, Tai Forest, Reston (non grave nell'uomo)		Principale: pipistrello della frutta. Ospiti occasionali: primati non umani, altri mammiferi	● Contatto diretto con sangue o fluidi corporei di persone infette o cadaveri ● Contatto con oggetti/superfici contaminate ● Trasmissione sessuale ● Contatto diretto con pipistrelli o animali NB: NON trasmissibile per via aerea, se non in caso di manovre generanti aerosol (es: intubazione, NIV, ecc) 	
INCUBAZIONE	BIOHAZARD	PERIODO DI CONTAGIOSITA'		
2-21 giorni (media 8-10)	4	Inizia con esordio sintomi e perdura fino alla guarigione. Il virus può persistere in alcuni fluidi (sperma e latte materno) anche per molti mesi (dimostrato solo per <i>Orthoebolavirus zairese</i>)		
MAPPA			CLINICA	
 Country reporting past Ebola disease outbreak Yes No Number of cases 1 - 10 11 - 100 101 - 1,000 1,001 - 10,000 10,000+ Orthoebolavirus Species ● <i>Orthoebolavirus zairese</i> (Ebola virus) ● <i>Orthoebolavirus sudanense</i> (Sudan virus) ● <i>Orthoebolavirus bundibugyoense</i> (Bundibugyo virus) ● <i>Orthoebolavirus taieense</i> (Tai Forest virus) * Indicates imported cases of Ebola disease. Uganda has reported both imported cases, as well as local outbreaks. Imported cases have also been reported in Italy, Spain, the United Kingdom, and the United States.			Stadi clinici: ● Fase prodromica “Dry”: comparsa improvvisa di febbre, faringodinia, prostrazione, cefalea intensa e mialgie. ● Fase avanzata “Wet”: diarrea, vomito, addominalgia, rash cutaneo, disidratazione e congiuntivite. ● Manifestazioni emorragiche (in alcuni pazienti): emorragie gengivali, epistassi, gastrointestinali, petecchie. Complicanze: insufficienza multiorgano, shock ipovolemico, CID. Prognosi: letalità 25–50% (<u>media 30%</u>) apparentemente più bassa rispetto ad altre specie di <i>Orthoebolavirus</i>	
			DIAGNOSI	TERAPIA
			● RT-PCR su sangue e fluidi corporei (gold standard) ● Sierologia IgM/IgG	1. Terapia di supporto: idratazione, trasfusioni, supporto intensivologico 2. Non esistono terapie specifiche: Esistono <u>anticorpi monoclonali</u> efficaci sulla specie <i>Orthoebolavirus zairese</i>): ● REGN-EB3 (Inmazeb) ● Ansumimab (mAb114 - Ebanga)
CRITERI CASO WHO			INFECTION CONTROL	PREVENZIONE
SOSPETTO		CONFERMATO	Collocamento in unità di alto isolamento ● Uso rigoroso di DPI (guanti, camici, FFP2, visiere, calzature) ● Decontaminazione superfici ● Gestione rifiuti biologici ● Sorveglianza contatti ● Apposite precauzioni per la salma ● Rapporti sessuali sicuri (M) per almeno 12 mesi e fino a negativizzazione su liquido seminale in 2 controlli.	Evitare contatto con animali in zone a rischio. Educazione comunitaria, funerali sicuri. Non esistono vaccini efficaci su BDVD Vaccinazione nei setting di epidemia (valida solo per <i>Orthoebolavirus zairese</i>): ● rVSV-ZEBOV (Ervebo), vaccino vivo attenuato ricombinante (> 1 anno di età, utilizzato come “ring vaccination”). ● Zabdeno (Ad26.ZEBOV) + Mvabea (MVA-BN-Filo) come booster. Al momento raccomandato per uso profilattico in aree a basso rischio o adiacenti all’epidemia, poiché necessita di 8 settimane per immunità completa.
CRITERIO CLINICO: Febbre ed almeno un sintomo tra: ● Cefalea intensa ● Vomito, diarrea, dolore addominale ● Manifestazioni emorragiche ● Insufficienza multiorgano oppure Decesso improvviso ed inspiegabile + CRITERIO EPIDEMIOLOGICO: Soggiorno in area a rischio entro 21 giorni oppure Contatto con caso confermato/probabile o con materiali infetti nei 21 giorni precedenti		Caso confermato: CASO SOSPETTO + Conferma microbiologica		