
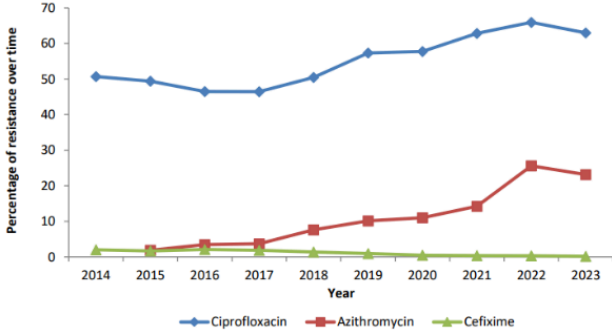


ALERT EPIDEMIOLOGICI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI MALATTIE INFETTIVE

Marzo 2026


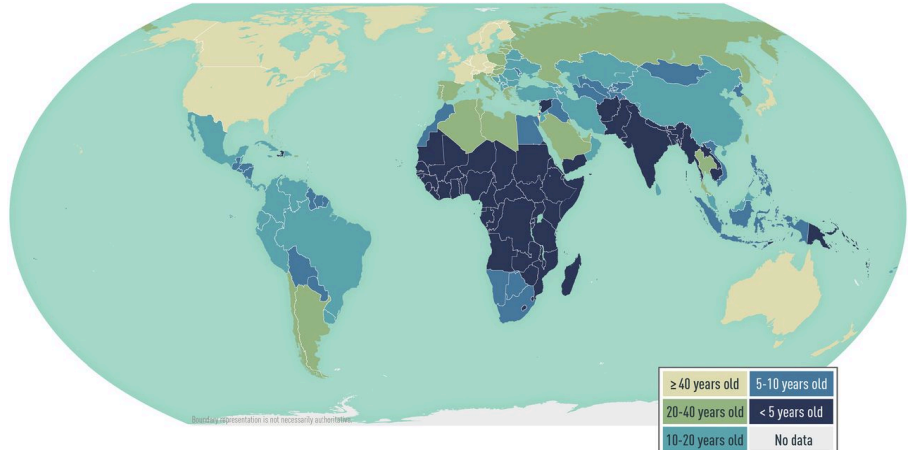
Alert 1	Meningococco B
Dove	Kent (UK)
Dato epidemiologico	<p>26/03/26, l'Agenzia britannica per la sicurezza sanitaria (UKHSA) ha segnalato un focolaio epidemico di malattia meningococcica invasiva nel <u>Kent</u>, in <u>Inghilterra</u>.</p> <p>Il focolaio coinvolge un totale di 23 casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>22 casi</u> (20 confermati) nel Regno Unito ● <u>Un caso</u> confermato in Francia, che aveva frequentato l'Università del Kent. <p>Primo caso esordito in data 09/03/26, mentre l'ultimo in data 16/03/26 (nessun nuovo caso dopo tale data). Tutti i casi segnalati sono giovani adulti con un'età media di 19 anni. La maggior parte dei casi (20) è stata ricondotta epidemiologicamente ad un <u>locale notturno di Canterbury (Club Chemistry)</u> nel periodo 5-7 marzo. I restanti 3 casi che non avevano frequentato il club sono tutti studenti dell'Università del Kent.</p> <p>Ad oggi risultano due decessi.</p> <p>Tutti i casi confermati in laboratorio sono risultati sostenuti da <i>Neisseria meningitidis</i> di sierogruppo B, di cui 17 sottotipizzati come P1.12-1,16-183 (complesso clonale ST-41/44).</p> <p>Secondo l'indice MenDeVAR (Meningococcal Deduced Vaccine Antigen Reactivity), l'isolato è coperto da entrambi i vaccini MenB autorizzati nel Regno Unito e nell'UE.</p> <p>Dai dati disponibili, il ceppo è sensibile agli antibiotici usualmente impiegati per la meningite meningococcica.</p> <p>L'UKHSA ha identificato i contatti stretti, predisposto la somministrazione di antibiotici profilattici (oltre 13.514 dosi) ed ha avviato un programma di vaccinazione mirato (al 24 marzo somministrate 10.969 dosi di vaccino).</p>
Mappa	
Link	<p>UKHSA - ECDC</p>

Alert 1	Morbillo	Alert 2	Gonorrea MDR e XDR																																												
Dove	Bangladesh	Dove	Germania																																												
Dato epidemiologico	<p>Il Bangladesh sta vivendo uno degli outbreak di Morbillo più estesi e letali della sua storia.</p> <p>Secondo il WHO da inizio 2026 sono segnalati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 18.219 casi sospetti ● 4.628 soggetti ospedalizzati per sospetto morbillo ● 164 decessi potenzialmente correlati a Morbillo <p>Fino al 2015 il Bangladesh aveva raggiunto un buon controllo della circolazione di Morbillo grazie a campagne di immunizzazione di massa (nel 2010 più del 92% dei bambini aveva ricevuto la prima dose di vaccino e la copertura per la seconda dose aveva superato l'80%).</p> <p>Negli ultimi anni tuttavia, <u>il programma vaccinale si è indebolito, con coperture disomogenee e numerosi ritardi a causa della pandemia COVID-19 e dell'instabilità politica</u> (il governo ad interim di Muhammad Yunus ha trascurato in gran parte il programma interrompendo i finanziamenti vaccinali). Attualmente il governo ha avviato una campagna vaccinale di massa su tutti i bambini di età dai 6 mesi ai 5 anni.</p>	Dato epidemiologico	<p>In data 26/03/26 il Robert Koch Institute (RKI) ha pubblicato nel suo bollettino settimanale un aggiornamento epidemiologico sulla circolazione di <i>N. gonorrhoea</i> MDR.</p> <p>Nel 2025 sono stati segnalati un totale di 5 casi di Gonorrea con fenotipo di multiresistenza (MDR) o estesa resistenza antimicrobica (XDR). Tutti i pazienti presentavano <u>anamnesi di viaggi in Asia</u>.</p> <p>I casi sono stati riscontrati tra maggio e dicembre 2025 e riguardavano uomini di età compresa tra 23 e 50 anni con uretrite sintomatica. In 4 casi l'infezione era probabilmente correlata a <u>turismo sessuale in Thailandia</u>.</p> <p>I test di sensibilità antimicrobica hanno mostrato resistenza a Ceftriaxone, Cefixima, Ciprofloxacina e Tetraciclina. Quattro degli isolati erano inoltre resistenti ad Azitromicina (3 dei quali con un alto livello di resistenza). Quattro isolati erano resistenti alla penicillina.</p> <p>Tutti i pazienti sono stati trattati con successo con una terapia di associazione con Ceftriaxone + Azitromicina.</p> <p>La circolazione di ceppi MDR e XDR in Asia è in continuo incremento. Si ribadisce pertanto l'importanza di una corretta indagine anamnestica sui viaggi nel contesto di una visita per MST.</p>																																												
Mappa		Mappa	<p>Figure 1. Percentage of resistant <i>Neisseria gonorrhoeae</i> by antimicrobial and year, Euro-GASP, 2014-2023</p>  <table border="1"> <caption>Estimated data for Figure 1: Percentage of resistant <i>N. gonorrhoeae</i> by antimicrobial and year (2014-2023)</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Ciprofloxacin (%)</th> <th>Azithromycin (%)</th> <th>Cefixime (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2014</td><td>50</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>2015</td><td>48</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>2016</td><td>46</td><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>2017</td><td>46</td><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>2018</td><td>50</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>2019</td><td>57</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>2020</td><td>57</td><td>11</td><td>0</td></tr> <tr><td>2021</td><td>62</td><td>14</td><td>0</td></tr> <tr><td>2022</td><td>65</td><td>25</td><td>0</td></tr> <tr><td>2023</td><td>62</td><td>23</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Year	Ciprofloxacin (%)	Azithromycin (%)	Cefixime (%)	2014	50	2	0	2015	48	2	0	2016	46	3	0	2017	46	3	0	2018	50	8	0	2019	57	10	0	2020	57	11	0	2021	62	14	0	2022	65	25	0	2023	62	23	0
Year	Ciprofloxacin (%)	Azithromycin (%)	Cefixime (%)																																												
2014	50	2	0																																												
2015	48	2	0																																												
2016	46	3	0																																												
2017	46	3	0																																												
2018	50	8	0																																												
2019	57	10	0																																												
2020	57	11	0																																												
2021	62	14	0																																												
2022	65	25	0																																												
2023	62	23	0																																												
Link	WHO - ProMED	Link	ProMED - ECDC																																												

Alert locale 1	Epatite A
Dove	Italia
Dato epidemio logico	<p>Primo trimestre 2026: forte aumento dei casi di epatite A in Italia, con picco significativo nel mese di marzo. Secondo i dati aggiornati al 24 marzo 2026 dal sistema di sorveglianza SEIEVA dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) solo nel mese di marzo 2026 sono stati segnalati 160 casi concentrati principalmente in tre regioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Campania: 110 casi totali da inizio anno ● Lazio: 120 casi totali (circa 50 a Roma) ● Puglia <p>Questo trend in aumento è stato attribuito prevalentemente al consumo di frutti di mare crudi o poco cotti (262 casi nei primi tre mesi del 2026 riportano questa esposizione) ed, in misura minore, a trasmissione sessuale.</p> <p>Questa recrudescenza epidemiologica era già evidente negli ultimi anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2024: 443 casi ● 2025: 631 casi ● Primi 3 mesi del 2026: circa 360 casi
Mappa	<p>Curva epidemica Epatite A. SEIEVA gennaio 2018 - marzo 2026.</p> <p>* dati aggiornati al 24 marzo 2026</p>
Link	ISS

Alert locale 2	Influenza aviaria H9N2
Dove	Italia
Dato epidemio logico	<p>25/03/26: segnalato un caso importato di influenza A (H9N2) in <u>Lombardia</u>. Trattasi di un paziente di origine senegalese, che rientrava da un soggiorno di 6 mesi nel paese di origine. Il paziente è stato ricoverato presso l'Ospedale San Gerardo di Monza per ricevere le cure necessarie con contestuale diagnosi di malattia tubercolare ed epatite cronica da HBV.</p> <p>Questo rappresenta il <u>primo caso umano di infezione da Influenza aviaria A H9N2 in Europa</u>. Le autorità sanitarie, tra cui il Ministero della Salute, hanno confermato che si tratta di un caso isolato e d'importazione, che non costituisce un'emergenza di sanità pubblica. Dall'analisi genetica il <u>ceppo isolato è risultato correlato ai ceppi circolanti nell'Africa occidentale</u>, anche se il paziente nega contatto con volatili o altri animali in Senegal.</p> <p>H9N2 è un virus dell'influenza aviaria classificato a bassa patogenicità (LPAI) negli uccelli. Nell'uomo causa generalmente sintomi lievi, simili a quelli di una normale influenza stagionale. Non vi sono ad oggi evidenze di trasmissione interumana. Tutti i contatti del paziente sono stati rintracciati, testati e sono risultati negativi.</p>
Link	Ministero della Salute - ANSA - EuroSurveillance

Epatite A

AGENTE EZIOLOGICO	SERBATOI	MODALITA' DI TRASMISSIONE	
<p><i>Hepatitis A virus</i> (HAV)</p> <p>Virus a RNA ss del genere <i>Hepatovirus</i>, famiglia <i>Picornaviridae</i></p>	<p>Unico serbatoio: uomo</p> <p>HAV rimane infettivo per lungo tempo nell'ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mani (alcune ore) Alimenti (alcuni giorni) Alimenti congelati e superfici (alcuni mesi) 	<p>Trasmissione fecale-orale tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contatto diretto interpersonale Contatto sessuale Trasfusione di emoderivati da soggetti infetti Uso di stupefacenti per via endovenosa Consumo o contatto con cibo/acqua contaminati: <ul style="list-style-type: none"> Frutti di mare crudi o poco cotti Cibo contaminato da personale di cucina infetto Sorgenti di acqua non potabilizzata 	
INCUBAZIONE	LIVELLO BIOHAZARD	PERIODO DI CONTAGIOSITA'	
28 giorni (15-50 giorni)	2	Da 2-3 settimane prima dei sintomi fino a 1 settimana dopo comparsa dell'ittero	
MAPPA		CLINICA	
		<p>→ Forme asintomatiche (30%): rappresenta la forma predominante nel bambino</p> <p>→ Forme sintomatiche (70%): esordio acuto con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nausea, vomito, anoressia e dolore addominale Febbre, astenia, artralgie, rash cutaneo <p>Dopo 3-7 giorni comparsa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> Urine ipercromiche e feci acoliche Ittero (40-70% dei casi) e prurito <p>→ Complicanze:</p> <ul style="list-style-type: none"> Epatite fulminante (1-5%) specialmente in soggetti di età >50 anni o epatopatici Extra-epatiche: vasculite leucocitoclastica, glomerulonefrite, anemia aplastica Gravidanza: rischio di parto prematuro <p>Risoluzione spontanea (tranne forme fulminanti).</p>	
DIAGNOSI MICROBIOLOGICA		INFECTION CONTROL	
<p>→ Sierologia: IgM (presenti a esordio sintomi, persistono per 3 mesi) e IgG (compaiono dopo 1-2 settimane da esordio sintomi e persistono a vita)</p>		<p>Precauzioni da contatto + enteriche per 15 giorni dopo la diagnosi o per 7 giorni dopo comparsa di ittero</p>	
CRITERI CASO (CDC 2019)		TERAPIA	PREVENZIONE
SOSPETTO/PROBABILE	CONFERMATO	<ul style="list-style-type: none"> Non esiste terapia eziologica Idratazione e terapie di supporto Trapianto di fegato in caso di epatite fulminante 	<ul style="list-style-type: none"> Misure igieniche <ul style="list-style-type: none"> Lavaggio delle mani Evitare cibi crudi/poco cotti in aree endemiche Vaccinazione anti-HAV (2 dosi a distanza di 6 mesi, garantisce protezione a vita) Profilassi post-esposizione: <ul style="list-style-type: none"> Vaccinazione anti-HAV prima possibile (entro 2 settimane) Immunoglobuline EV 0.1 mL/Kg IM (se età < 1 anno o se indisponibilità del vaccino) Se soggetti immunocompromessi o epatopatici valutare combinazione vaccino + IgEV
<p>CRITERIO EPIDEMIOLOGICO Contatto con caso confermato di epatite A nei 15-50 giorni prima di esordio sintomi</p> <p>+ CRITERIO CLINICO Esordio acuto di febbre, cefalea, nausea, vomito, anoressia, diarrea, dolore addominale, urine ipercromiche</p> <p>+ Ittero o Bilirubina tot ≥ 3 mg/dL o ALT >200 IU/L</p> <p>+ Assenza di diagnosi alternativa</p>	<p>CASO SOSPETTO + Conferma microbiologica</p>		