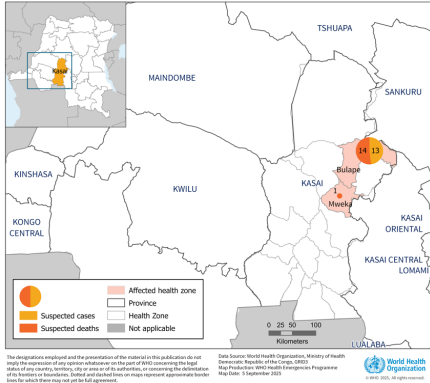
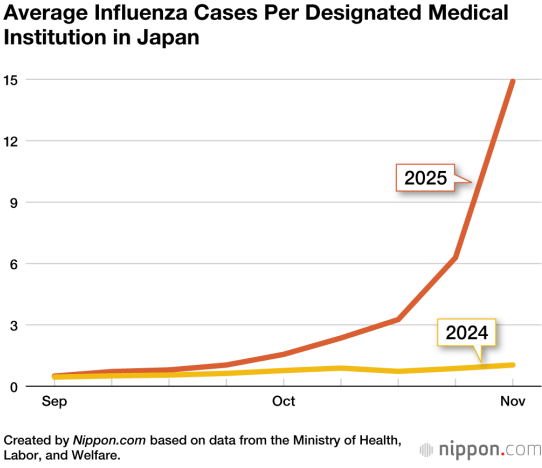
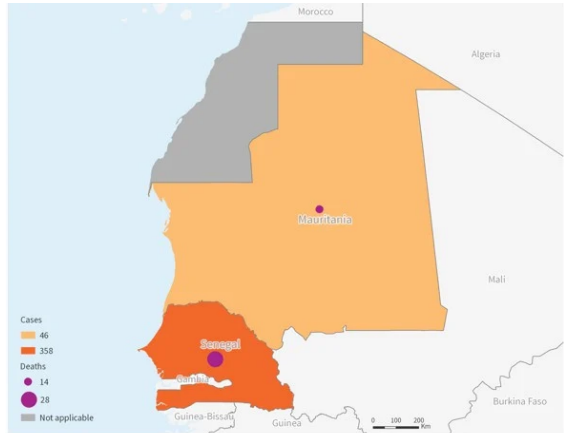
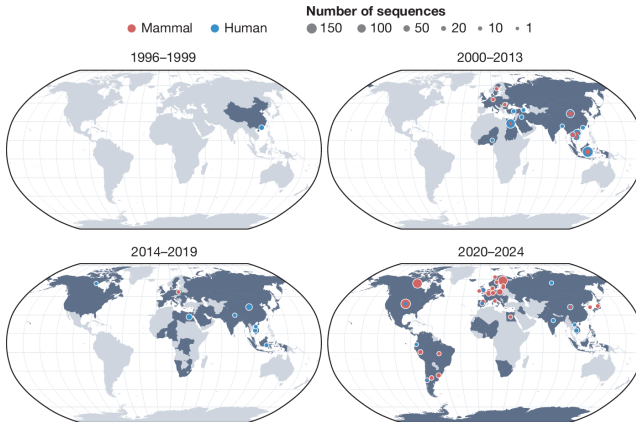


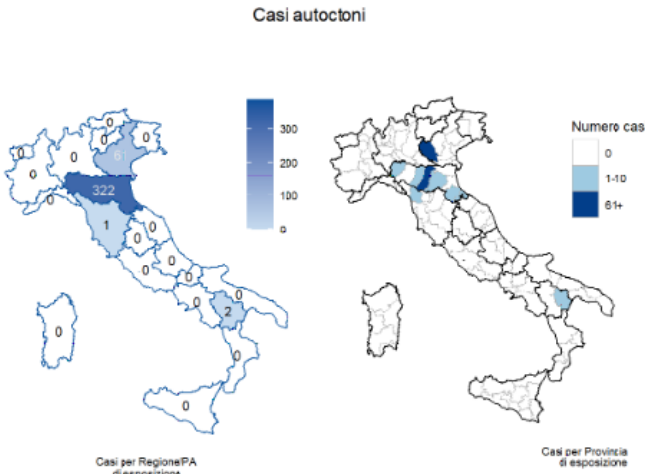
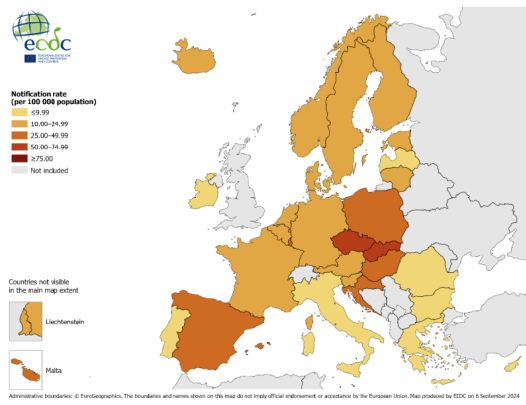
ALERT EPIDEMIOLOGICI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

MALATTIE INFETTIVE

Ottobre 2025

Alert 1	Ebola	Alert 2	Influenza
Dove	Repubblica Democratica del Congo (DRC)	Dove	Giappone, UK, Europa
Dato epidemiologico	04/09/25: dichiarato nuovo focolaio di Ebola nella provincia di Kasai (DRC). Ad oggi sono stati segnalati 64 casi (53 confermati e 11 probabili), di cui 5 in operatori sanitari. Allo stato attuale 19 pazienti sono guariti e 45 sono deceduti (CFR 70.3%). Ultimo caso riscontrato in data 25/09/25, mentre l'ultimo paziente è stato dimesso il 18/10/25. E' partito pertanto il conteggio dei 42 giorni necessari (in assenza di nuovi casi incidenti) per dichiarare la risoluzione del focolaio. I focolai di Ebola in DRC sono ricorrenti in quanto il virus è presente in numerosi reservoir animali su tutto il territorio. Questo infatti è il 16° focolaio di Ebola in DRC dal 1976 (8° dal 2018 ad oggi). L'ultimo focolaio estinto si era verificato ad agosto 2022 nella provincia North Kivu.	Dato epidemiologico	03/10/25: il Ministro della Salute del <u>Giappone</u> ha comunicato un <u>esordio anticipato</u> della circolazione di virus influenzali già a partire dall'ultima settimana di settembre 2025. In quella settimana riportati 4300 nuovi casi a Okinawa, Tokyo e Osaka con 57.000 casi nella settimana successiva. Questo esordio appare particolarmente precoce (circa 5 settimane in anticipo rispetto al consueto). Anche il <u>Regno Unito</u> ha segnalato <u>esordio anticipato della stagione influenzale</u> a causa della circolazione di un ceppo di Influenza A(H3N2) subclade K (J.2.4.1). Attualmente in <u>Europa</u> il livello di circolazione di Influenza sta crescendo con un anticipo di 3-4 settimane rispetto alle ultime stagioni influenzali. Anche in Europa l' incremento è sostenuto dalla circolazione di Influenza A(H3N2) subclade K. Non è tuttavia ancora stata raggiunta la soglia del 10% di positività dei test eseguiti sul territorio, che determina l'esordio ufficiale della stagione influenzale. Si raccomanda pertanto di vaccinare quanto prima tutti i soggetti ancora non immunizzati, con particolare riguardo ai pazienti fragili.
Mappa		Mappa	 Average Influenza Cases Per Designated Medical Institution in Japan Created by Nippon.com based on data from the Ministry of Health, Labor, and Welfare.
Link	ECDC	Link	Nippon.com - UKHSA - ECDC

Alert 3	Rift Valley Fever	Alert 4	Influenza aviaria H5N1
Dove	Senegal, Mauritania, Gambia	Dove	Cambogia,
Dato epidemio logico	<u>Nuovo outbreak di Rift Valley Fever in Senegal e Mauritania.</u> Senegal: Primi casi segnalati a partire dal <u>21/09/25</u> nelle regioni settentrionali al confine con la Mauritania. Attualmente segnalati 482 casi confermati con 31 decessi (CFR 6.4%). Massima incidenza nei maschi di età 15-35 anni. Mauritania: Primi casi segnalati a partire dal <u>02/10/25</u> nelle regioni meridionali. Attualmente segnalati 52 casi confermati con 15 decessi (CFR 28.8%). Massima incidenza nei maschi di età 15-35 anni. Gambia Primo caso segnalato in Gambia in data <u>04/11/25</u>. Tutti i casi sono concentrati lungo il delta del fiume Senegal. Sono stati contestualmente segnalati <u>390 casi di infezione animale in Senegal e 235 in Mauritania con oltre 2.000 aborti</u>. Secondo il World Organization for Animal Health, tale situazione fa presagire un alto rischio di escalation del focolaio.	Dato epidemio logico	15/10/25: <u>nuovo caso umano di Influenza H5N1 in Cambogia</u>, provincia di Kampong Speu. Si tratta di una ragazza, attualmente ricoverata in ambiente intensivologico, che ha esordito con febbre, tosse, diarrea e dolore addominale. Nella settimana precedente erano stati riportati casi di infezione avicola in prossimità del domicilio della paziente. Nel 2025 in Cambogia sono stati riportati 17 casi umani di influenza aviaria H5N1 con 14 decessi. Da notare che in questo stato dal 2003 sono stati riportati complessivamente 89 casi con 51 decessi (CFR 48%). A livello mondiale dal 2003 (fino al 17/10/25) sono stati segnalati 992 casi di influenza H5N1 con 475 decessi in 25 stati (Australia, Azerbaijan, Bangladesh, Cambogia, Canada, Cile, Cina, Djibouti, Ecuador, Egitto, India, Indonesia, Iraq, Laos, Messico, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistan, Spagna, Thailandia, Turchia, Vietnam, UK e USA). Nonostante una grande diffusione a livello mondiale del virus H5N1 nel mondo animale (volatili, bovini, ecc), i casi di trasmissione nell’uomo restano sporadici senza evidenza di trasmissione interumana sostenuta. Secondo ECDC, i rischi correlati all’influenza aviaria per la popolazione europea restano bassi.
Mappa		Mappa	
Link	ECDC	Link	Nature

Alert locale	Chikungunya	Alert locale	Salmonella
Dove	Modena, Italia	Dove	Reggio Emilia
Dato epidemio logico	Dal 1 gennaio al 18 novembre 2025 il sistema di sorveglianza nazionale italiano dell’ISS ha segnalato 453 casi confermati di Chikungunya: 68 casi associati a viaggi all’estero 385 casi autoctoni (<u>21 in più rispetto allo scorso report</u>) Sono stati identificati <u>7 episodi di trasmissione autoctona</u> del virus Chikungunya in tre Regioni: Piacenza: <u>un caso isolato</u> a Castel San Giovanni, evento già considerato concluso. Modena: focolaio di maggiori dimensioni con <u>318 casi confermati di infezione</u>, tutti sintomatici, distribuiti prevalentemente nel comune di Carpi, ma anche San Prospero, Soliera, Novellara e Cavezzo. Verona: <u>61 casi confermati di infezione</u>, tutti sintomatici, nei comuni di Negrar di Valpolicella, Affi, Verona, Sant’Ambrogio di Valpolicella, San Pietro in Cariano, Villafranca di Verona, Pescantina, Bussolengo e Cavaion Veronese. Bologna: <u>2 casi autoctoni</u> nel comune di Bentivoglio, frazione San Marino ed è considerato concluso. Lucca: <u>un caso isolato</u> a Forte dei Marmi. Reggio Emilia: <u>un caso isolato</u>, evento già considerato concluso. Basilicata: <u>un caso isolato</u> in provincia di Matera, identificato da poco dalla sorveglianza, ma già concluso. La circolazione del vettore (zanzara <i>Aedes albopictus</i>) è risultata particolarmente elevata nei mesi di luglio e agosto, con un trend di continuo aumento negli ultimi anni.	Segnalato cluster di Salmonellosi gruppo C in provincia di Reggio Emilia. Oltre <u>60 pazienti</u> hanno manifestato una gastroenterite: tra questi 3 pazienti hanno necessitato di ricovero ospedaliero. <u>Le indagini epidemiologiche non hanno ancora identificato la sorgente dell’infezione</u>, ma si ritiene verosimile che l’outbreak sia originato da alimenti (probabilmente carne non adeguatamente cotta, uova o pollo) distribuiti su larga scala o provenienti da un grande allevamento. Salmonella è uno dei patogeni di origine alimentare più comuni in assoluto. La sua presenza non altera sapore e odore del cibo, rendendone impossibile l’individuazione se non con specifici test di laboratorio. Il miglior approccio preventivo consiste in igiene scrupolosa delle mani e degli alimenti, cottura appropriata ed idonea conservazione del cibo.	
Mappa			
Link	AUSL Bologna - Dashboard Epicentro	Link	ProMED - AUSL Reggio Emilia

Rift Valley Fever

AGENTE EZIOLOGICO	SERBATOI	MODALITA' DI TRASMISSIONE	
Rift Valley Fever Virus (RVF) Virus del genere <i>Phlebovirus</i> Famiglia <i>Phenuiviridae</i>. Virus a RNA, trasmesso da zanzare (Arbovirus)	Principale: pipistrello della frutta. Ospiti occasionali: ovini (prevalenti), bovini, cammelli e umani.	Contatto con sangue o tessuti di animali infetti (prevalente) - Puntura di zanzare del genere <i>Aedes</i> e <i>Culex</i> NB1: mai descritti casi di trasmissione inter-umana NB2: negli animali RVF è comune causa di aborto, il cui aumento di frequenza costituisce un campanello d'allarme nelle aree endemiche 	
LIVELLO BIOHAZARD	INCUBAZIONE	PERIODO DI CONTAGIOSITA'	
3	2-6 giorni	L'uomo rappresenta un ospite terminale e non è ritenuto contagioso	
MAPPA		CLINICA	
 Rift Valley Fever Distribution Map ■ Countries reporting endemic disease and substantial outbreaks of RVF ■ Countries reporting few cases, periodic isolation of virus, or serologic evidence of RVF infection ■ RVF status unknown Scale: 0 250 500 1,000 Miles / 0 375 750 1,500 Km		L'infezione nell'uomo decorre prevalentemente in modo asintomatico o paucisintomatico (sindrome simil-influenzale con febbre, cefalea ed artromialgie con durata di 4-7 giorni). Una piccola percentuale di pazienti può sviluppare forme complicate: Aborto: in uno studio cross-sectional del 2016 riportata frequenza del 54%. Forme oculari (0.5-2% dei casi): offuscamento della vista a causa di lesioni retiniche che compaiono dopo 1-3 settimane dai primi sintomi. Tali lesioni si risolvono spontaneamente nell'arco di 2-3 mesi, ma possibili esiti cicatriziali con cecità permanente. Meningoencefalite (<1% dei casi): cefalea, confusione, amnesia, allucinazioni, letargia e coma. Si manifesta dopo 1-4 settimane dall'esordio clinico (descritti casi anche dopo mesi). Mortalità generalmente bassa, ma frequenti deficit neurologici permanenti. Forma emorragica (<1% dei casi): compare 2-4 giorni da esordio sintomi con grave compromissione epatica, ematemesi, proctorragia, ecchimosi, porpora, sanguinamento orale o gengivale, menorragia. Case fatality ratio: 50%. Prognosi: <u>letalità globale 1%</u>	
CRITERI CASO WHO 2018		DIAGNOSI	TERAPIA
SOSPETTO CRITERIO CLINICO: Quadro clinico compatibile: febbre (>38°C), cefalea, artromialgie o aborto spontaneo (in assenza di causa alternativa) + CRITERIO EPIDEMIOLOGICO: Contatto con animali malati/deceduti o con loro derivati nei 15 giorni precedenti	CONFERMATO CASO SOSPETTO + Conferma microbiologica	- RT-PCR su sangue (gold standard) - Sierologia IgM/IgG	Non esiste una terapia eziologica per RVF. Nelle forme complicate necessaria terapia di supporto: idratazione, trasfusioni, supporto intensivologico
		INFECTION CONTROL	PREVENZIONE
		I pazienti affetti da RVF possono essere gestiti adottando precauzioni standard.	<u>Evitare contatto con animali in zone a rischio.</u> Utilizzare <u>repellenti per insetti</u> in zone endemiche. Particolare attenzione deve essere posta dalle <u>persone che lavorano a contatto con animali in aree endemiche</u>, indossando equipaggiamento protettivo e stabilendo adeguati sistemi di monitoraggio. Non esiste ad oggi un vaccino approvato per uso umano (in corso sperimentazione). Già disponibili <u>vaccini vivi attenuati per uso animale</u>.