

UN CONTATTO INVISIBILE, UNA MORTE ANNUNCIATA

Un bambino di 11 anni è morto di rabbia

Un pipistrello sul viso durante il sonno, **nessun morso apparente**. Perché il caso dell'Ontario riguarda anche chi viaggia — e **perché il vaccino resta l'unica vera difesa**.

Nell'estate del 2024, in una casa di villeggiatura nel nord dell'Ontario, un bambino di undici anni si sveglia **con un pipistrello appoggiato sul naso e sulla bocca**. Lo scaccia con un gesto istintivo; il padre cattura l'animale in una pentola e lo libera all'aperto. Sul viso del bambino nessuno nota morsi né graffi, e il pipistrello non sembra comportarsi in modo strano. **La famiglia, comprensibilmente, non pensa alla rabbia e non porta il figlio dal medico**.

È qui che si consuma la tragedia. **Circa diciannove giorni** dopo compaiono **formicolii, intorpidimento e gonfiore sul lato destro del volto, poi vomito e un rapido deterioramento neurologico**. Quando la diagnosi arriva, **il virus ha già raggiunto il sistema nervoso centrale**. **Non esiste terapia a quel punto**: solo cure di supporto. Il bambino muore dopo il ricovero. **È il primo caso di rabbia umana in Ontario dal 1967**, e appena il ventottesimo in tutto il Canada dal 1924.

IL CASO IN BREVE · CMAJ, GIUGNO 2026

Fonte. Il caso è descritto in un rapporto pubblicato sul *Canadian Medical Association Journal*. I genitori hanno scelto di renderlo pubblico per trasformare una perdita privata in uno strumento di prevenzione.

Il monito degli autori. Il dott. Brian Hummel, infettivologo pediatra al McMaster Children's Hospital di Hamilton, è netto: **«Qualsiasi contatto diretto tra una persona e un pipistrello — anche in assenza di un morso o di un graffio visibile — è un'indicazione alla profilassi post-esposizione»**. E aggiunge la frase che dovrebbe restare impressa: se la rabbia diventa sintomatica è **quasi sempre mortale**; ma se si interviene **prima della comparsa dei sintomi, la prevenzione ha successo quasi sempre**.

Perché questa storia riguarda anche il viaggiatore

Il caso canadese fa notizia perché la rabbia, in Nord America come in Europa, è diventata rarissima. Ma questa rarità genera un pericoloso paradosso: **meno conosciamo una malattia, meno la temiamo**. Il viaggiatore italiano cresce in un Paese che è **ufficialmente indenne dalla rabbia dal 2013 — l'ultimo focolaio autoctono**, sostenuto dalle volpi provenienti da Slovenia e Croazia, **ha interessato il Nord-Est (Friuli Venezia Giulia, Belluno, Trento e Bolzano)** tra **l'autunno 2008 e il febbraio 2011**, poi spento con la vaccinazione orale delle volpi. Da allora, per la maggior parte di noi la rabbia è un ricordo da libro di storia.

Il problema è che **il virus non è affatto scomparso dal mondo**. È **endemico in oltre 150 Paesi**. E il viaggiatore che parte senza saperlo si comporta esattamente come quella famiglia in Ontario: sottovaluta un contatto, non collega i sintomi, arriva tardi. Con una differenza

sostanziale — nelle aree endemiche di **Asia e Africa** l'animale a rischio non è un pipistrello raro, ma il **cane randagio dietro l'angolo**.

La rabbia in numeri: la più letale delle malattie prevenibili

~59.000 morti l'anno nel mondo, in oltre 150 Paesi — verosimilmente una sottostima.

95% dei decessi si concentra in Africa e Asia; **l'India** da sola pesa per circa un terzo dei morti globali.

99% dei casi umani è trasmesso dal cane. Nelle Americhe, invece, la maggior parte dei casi umani è legata ai pipistrelli.

~40% delle vittime sono bambini sotto i 15 anni: più piccoli, più vicini agli animali, più esposti a morsi al volto.

C'è un dato che dovrebbe entrare in ogni consulenza pre-viaggio:

si stima che un'esposizione a rischio — **un morso o un graffio da parte di un animale** in area endemica — **avvenga in quasi l'1% dei viaggi**. Non è un evento esotico e improbabile: è una delle evenienze che colpiscono il viaggiatore non immunizzato *più spesso* di malattie a cui pensiamo molto di più, come il tifo o l'epatite A.

Perché è così temibile: la corsa contro il virus

La rabbia è causata da un **virus neurotrofo**. Dopo l'ingresso attraverso una ferita, non entra subito nel sangue: **risale silenziosamente lungo i nervi periferici** fino al midollo spinale e al cervello. Questo viaggio richiede tempo — **l'incubazione media va da tre settimane a tre mesi**, occasionalmente **oltre un anno** — e proprio questo tempo è la nostra finestra di salvezza.

Finché il virus è in cammino e non ha raggiunto il cervello, il vaccino può bloccarlo.

Ma nel momento in cui compaiono i sintomi neurologici — **formicolii nella sede della ferita, febbre, ansia, idrofobia, salivazione, paralisi — la partita è persa**: la letalità è prossima al 100% e non esiste cura. È l'unica malattia infettiva comune con questa combinazione feroce di *totalmente prevenibile prima, totalmente mortale dopo*.

Il pipistrello che non lascia traccia — e il cane che è il vero pericolo

Il caso dell'Ontario illumina un aspetto insidioso: i denti e gli artigli di un pipistrello possono lasciare lesioni **minuscole, indolori, invisibili**, specialmente sul viso o durante il sonno. Per questo qualsiasi contatto fisico diretto con un pipistrello va considerato ad alto rischio, anche senza ferita evidente, e anche nei Paesi indenni dalla rabbia dei mammiferi terrestri: l'esposizione ai pipistrelli fa storia a sé.

Ma per il viaggiatore medio la lezione va tradotta nel contesto giusto.

In Asia, Africa e Medio Oriente il protagonista è il cane (randagio o di proprietà), seguito da **gatti** e, nel Sud-Est asiatico, dalle **scimmie** — un graffio di scimmia a un tempio o in un mercato è a tutti gli effetti una possibile esposizione. La regola pratica è semplice e vale per tutti:

non si accarezzano, non si nutrono, non si maneggiano animali durante il viaggio, per quanto docili o affamati possano sembrare i cuccioli.

Le due difese: prima e dopo l'esposizione

Contro la rabbia disponiamo di due strumenti complementari, che è essenziale non confondere. **La profilassi pre-esposizione (PrEP)** è la vaccinazione fatta prima di partire, quando si è ancora sani.

La profilassi post-esposizione (PEP) è ciò che si fa dopo un contatto a rischio. La tabella seguente le mette a confronto.

	Profilassi PRE-esposizione (PrEP)	Profilassi POST-esposizione (PEP)
Quando	Prima del viaggio, in assenza di qualsiasi contatto	Dopo un morso, graffio o contatto con saliva di animale sospetto
A chi	Viaggiatori diretti in aree endemiche, soggiorni prolungati o rurali, bambini, cicloturisti, operatori a rischio	Chiunque sia stato esposto e non protetto in tempo — nessuna eccezione
Schema vaccinale	2 dosi IM ai giorni 0 e 7 (schema breve accettato fino a ~3 anni di rischio); schema classico 0-7-21/28	Non vaccinato: 4 dosi ai giorni 0-3-7-14 (+ giorno 28 se immunodepresso)
Immunoglobuline (RIG)	Non necessarie	Sempre indicate nell'esposizione grave del non vaccinato — costose, spesso introvabili all'estero
Se già vaccinato in PrEP	—	Bastano 2 dosi (giorni 0 e 3), senza immunoglobuline
Vantaggio chiave	Semplifica e velocizza la risposta; elimina la dipendenza dalle RIG nei Paesi dove non sono disponibili	È l'unica arma dopo l'esposizione: efficace quasi al 100% se avviata prima dei sintomi

Cosa fare subito dopo un morso o un graffio

Il primo gesto è anche il più sottovalutato: **lavare la ferita a lungo — almeno 15 minuti — con acqua corrente e sapone**, possibilmente seguito da un disinfettante iodato. Questo lavaggio, **da solo, rimuove e inattiva gran parte delle particelle virali**. Poi, senza attendere, ci si rivolge a un centro sanitario per avviare la PEP: nel non vaccinato, vaccino ai giorni 0-3-7-14 associato alle immunoglobuline antirabbiche. **Questa catena funziona solo se avviata prima dei sintomi.**

Perché vaccinarsi prima di partire conviene davvero

A chi obietta «tanto se mi mordono mi curo sul posto», noi del Cesmet, seguendo le indicazioni internazionali rispondiamo con tre argomenti concreti:

- **Le immunoglobuline spesso non ci sono.** Le RIG sono costose, deperibili e in molti Paesi endemici semplicemente introvabili o di qualità incerta. **Chi ha fatto la PrEP non ne ha bisogno:** elimina alla radice il problema più difficile da risolvere in viaggio.
- **Lo schema post-esposizione si semplifica.** Il viaggiatore già vaccinato ha bisogno di **sole 2 dosi** (giorni 0 e 3), **senza immunoglobuline**, invece di quattro dosi più RIG. Meno iniezioni, meno corse contro il tempo, meno dipendenza da strutture inaffidabili.
- **Si guadagna tempo prezioso.** La PrEP "innesca" il sistema immunitario: in caso di esposizione la risposta protettiva è più rapida e robusta. In un trekking, su un'isola remota o

in una zona rurale a molte ore dal primo ospedale, questo margine può fare la differenza tra un contrattempo e una tragedia.

Lo schema di PrEP oggi è agile:

- due dosi intramuscolo ai giorni 0 e 7, con protezione per almeno tre anni nella maggior parte dei viaggiatori. È bene rivolgersi a un centro di medicina dei viaggi **con qualche settimana di anticipo** sulla partenza — idealmente un mese — così da completare il ciclo con serenità. *La PrEP non annulla la necessità della PEP dopo un'esposizione: la rende più semplice, più sicura e più veloce.*

IL PARERE DEL DR. MEO

In trent'anni di medicina tropicale ho imparato che la rabbia non punisce l'imprudenza clamorosa, **ma la distrazione**. Il morso plateale porta quasi sempre al pronto soccorso; è il piccolo graffio del cucciolo accarezzato per strada, la leccata su una mano scorticata, il contatto con un pipistrello di notte che vengono dimenticati, ed è proprio lì che il virus si può insinuare. Al viaggiatore dico sempre la stessa cosa: **la vaccinazione pre-partenza** non è un lusso da avventurieri, **è un investimento di tranquillità**. Ti libera dall'angoscia di cercare immunoglobuline introvabili a migliaia di chilometri da casa e ti lascia il tempo di raggiungere un centro senza il fiato del virus sul collo. Di fronte a una malattia che perdona tutto tranne il ritardo, arrivare preparati è l'unica forma di coraggio che vale la pena avere.

— Dr. Paolo Meo, Direttore Sanitario - CESMET — Clinica del Viaggiatore, Centro di Medicina Tropicale e Medicina dei Viaggi, Roma

La checklist del viaggiatore consapevole

Prima di partire. Se la meta è endemica (**gran parte di Asia, Africa, America Latina**) e soprattutto per **soggiorni lunghi, aree rurali, bambini o cicloturisti**: valuta la PrEP in un centro di medicina dei viaggi, con almeno qualche settimana di anticipo.

Durante il viaggio. **Non toccare, nutrire o fotografare** da vicino **cani, gatti, scimmie** o altri animali. Sorveglia i bambini, che tendono ad avvicinarsi ai cuccioli.

Dopo un contatto a rischio. **Lava subito la ferita per almeno 15 minuti** con acqua e sapone, disinfetta e raggiungi il più rapidamente possibile una struttura sanitaria per la PEP. Non aspettare che "si veda" qualcosa: la maggior parte delle esposizioni gravi non lascia segni vistosi.

Al ritorno. Se hai subito un'esposizione all'estero, segnalala sempre al tuo medico o a un centro specializzato, anche se ti sei già curato sul posto, per verificare che il ciclo sia completo e corretto.

In conclusione

La storia del bambino dell'Ontario è straziante proprio perché **tutto, in essa, era evitabile**. Non serviva un vaccino miracoloso né una terapia sperimentale: **sarebbe bastato riconoscere un contatto a rischio e agire nella finestra di tempo che il virus, per una volta, concede**. Quella finestra è aperta per ogni viaggiatore. La rabbia è, a un tempo, una delle

malattie più antiche e temute dell'umanità **e una delle più facili da fermare** — a patto di decidere *prima*. Vaccinarsi non è cedere alla paura: è togliere alla paura ogni ragione di esistere.

Fonti principali

1. Canadian Medical Association Journal (CMAJ), rapporto sul caso pediatrico dell'Ontario, 2026 (autore senior: dott. Brian Hummel, McMaster Children's Hospital, Hamilton); ripresa su CBC News, CNN, giugno–luglio 2026.
2. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) — Rabies fact sheet e sezione "Epidemiology and burden": ~59.000 morti/anno, 95% in Africa e Asia, 99% dei casi cane-mediati, ~40% delle vittime bambini sotto i 15 anni.
3. CDC — ACIP, schema di PrEP a 2 dosi (giorni 0 e 7) e Yellow Book, capitolo Rabies; regimi di PEP.
4. WHO Position on rabies immunization, aggiornamento 2018 — schemi PEP abbreviati e ruolo delle immunoglobuline.
5. Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie — Centro di Referenza Nazionale/FAO per la Rabbia: stato di indennità dell'Italia dal 2013, focolaio 2008–2011 nel Nord-Est, FAQ e gestione dell'esposizione.
6. Regione Piemonte / ASL — "La rabbia: come difendersi e come prevenirla": incubazione, ~1% di esposizioni nei viaggi, frequenza nel viaggiatore non immunizzato.
7. Collana Cesmet articoli sulla rabbia

*Documento a scopo divulgativo e informativo. **Non sostituisce la consulenza medica individuale;** per la profilassi antirabbica rivolgiti al Polo Viaggi Cesmet – Artemisia o ad un centro di medicina dei viaggi e richiedi le informazioni e il ciclo vaccinale previsti*