



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 3 – Emergenze Sanitarie

DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 2 – Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
Ufficio 2 – Coordinamento tecnico ed adempimenti amministrativo contabili degli USMAF-SASN

A
Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione
Internazionale
gabinetto.ministro@cert.esteri.it
Unità di Crisi
Email unita.crisi@esteri.it
PEC segr.unita-crisi@cert.esteri.it
Direzione Generale per gli Italiani all'estero e le politiche
migratorie
PEC dgit.segreteria@cert.esteri.it

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di
Frontiera
PEC LORO SEDI

Assessorati alla Sanità Regioni Statuto Ordinario e Speciale e
delle Province autonome
PEC LORO SEDI

E pc

Ufficio di Gabinetto

Sede

Ente Nazionale per l'Aviazione Civile - ENAC
PEC protocollo@pec.enac.gov.it

Protezione Civile
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.governo.it

Associazione Croce Rossa Italiana
comitato.nazionale@cert.cri.it

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
IRCCS "Lazzaro Spallanzani"
direzione generale@pec.inmi.it, dirigen@inmi.it, dirsci@inmi.it

Azienda Ospedaliera - Polo Universitario Ospedale Luigi
Sacco
protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

OGGETTO: Epidemia di Malattia da Virus Bundibugyo –BVD- (Orthoebolavirus bundibugyoense) nella Repubblica Democratica del Congo - RDC – Attivazione della sorveglianza sanitaria al personale, sanitario e non, impiegato in attività di cooperazione/supporto sanitario o logistico presso organizzazioni governative, non governative, e cooperanti, che erogano servizi di tipo sanitario, assistenziale e logistico, impiegati nelle zone del Paese interessate dal focolaio.

Il 5 maggio 2026, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è stata allertata in merito ad un'epidemia ad alta mortalità di una malattia sconosciuta nella zona sanitaria di Mongbwalu, nella provincia di Ituri, nella Repubblica Democratica del Congo (RDC), che ha coinvolto anche operatori sanitari.

Il 14 maggio 2026, l'Istituto nazionale di ricerca biomedica (Institut National de Recherche Biomédicale_ INRB) di Kinshasa ha analizzato 13 campioni di sangue provenienti dalla zona sanitaria di Rwampara, nella

provincia di Ituri. Il 15 maggio, le analisi di laboratorio hanno confermato la presenza della malattia da virus Bundibugyo (BVD) una variante dell'Ebola, in otto di questi campioni.

Il tasso di letalità nelle due precedenti epidemie di BVD è variato dal 30% al 50%. A differenza della malattia da virus Ebola, non esiste un vaccino autorizzato o terapie specifiche contro il virus Bundibugyo, sebbene un intervento tempestivo di supporto sia fondamentale per l'esito favorevole della malattia.

Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute Pubblica, dell'Igiene e del Welfare Sociale della RDC ha ufficialmente dichiarato la 17^a epidemia di malattia da Ebola nella RDC^{1,2}.

Contemporaneamente, il Ministero della salute ugandese ha confermato un focolaio di BVD a seguito dell'identificazione di un caso importato dalla RDC: un cittadino congolese deceduto nella capitale Kampala. Un ulteriore caso segnalato il 16 maggio, un individuo di ritorno dall'Ituri a Kinshasa, è risultato negativo al test di conferma per il virus Bundibugyo effettuato dall'INRB e pertanto non è considerato un caso confermato.³

Il 16 maggio 2026, il Direttore generale dell'OMS, dopo aver consultato gli Stati Parte nei quali l'evento è attualmente in corso, ha dichiarato che l'epidemia di malattia da virus Ebola causata dal ceppo Bundibugyo nella Repubblica Democratica del Congo e in Uganda costituisce un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (Public Health Emergency of International Concern - PHEIC), come definita dalle disposizioni del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI)³ nota protocollo 1894 DGEME del 18/05/2026 (Allegato A)².

Le misure di risposta includono il dispiegamento di squadre di intervento rapido, la fornitura di materiale medico, il rafforzamento della sorveglianza, la conferma di laboratorio, le valutazioni di prevenzione e controllo delle infezioni, l'istituzione di centri di trattamento sicuri e il coinvolgimento della comunità. L'OMS sta supportando il coordinamento della risposta, la gestione dei casi e la preparazione transfrontaliera.

Agli Stati Parte l'OMS raccomanda di non chiudere i propri confini o imporre restrizioni ai viaggi e al commercio, di fornire ai viaggiatori diretti nelle aree colpite e a rischio dalla malattia da virus Bundibugyo informazioni accurate e pertinenti sia sull'attuale epidemia sia sui rischi, sulle misure per minimizzarli e consigli su come gestire una potenziale esposizione, di facilitare l'evacuazione e il rimpatrio dei propri cittadini (ad esempio, gli operatori sanitari) che siano stati esposti al virus Bundibugyo, di non attivare controlli in entrata ai Punti di ingresso (Point of Entry-PoE) al di fuori della regione interessata, per i passeggeri di ritorno da zone a rischio.

In considerazione delle attuali incertezze riguardo alla grandezza e alla diffusione geografica di questo evento, della potenziale gravità dell'infezione e della mancanza di terapie o vaccini specifici approvati per il virus Bundibugyo, nel rispetto del principio di massima cautela, si ritiene necessario applicare le misure di vigilanza nei confronti del personale di organizzazioni governative, non governative, e cooperanti, impiegati nel Paese interessato dal focolaio, **provenienti da tutti i territori della Repubblica Democratica del Congo e dell'Uganda.**

Come da Circolare del Ministero della Salute n prot. 7458 del 29/11/2025, si evidenzia che le misure di vigilanza attivate sulla base dei criteri di stratificazione del rischio epidemiologico, si intendono specificatamente riferite al **personale, sanitario e non, impiegato in attività di cooperazione/supporto sanitario o logistico** presso organizzazioni governative, non governative, e cooperanti, che erogano servizi di **tipo sanitario, assistenziale e logistico**, impiegati nelle zone del Paese interessate dal focolaio.

Si ricorda che fanno parte integrante della presente procedura:

- **Un modello di dichiarazione sanitaria (Allegato 1)**, contenente dati personali, essenziale per la tracciatura ai fini di sanità pubblica della persona in arrivo, da sottoscrivere a cura del responsabile dell'Organizzazione, o del singolo progetto, in caso di personale di ONG o di altre organizzazioni e da

¹ <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>

² Allegato A. Eventi epidemici all'estero. MDS 1894 del 18/05/2026

³ <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern>

inviare via email al Ministero della Salute con almeno 48 ore di anticipo rispetto alla partenza dalla zona affetta; In caso di non disponibilità di un medico dell'organizzazione, sarà ritenuta valida anche qualora firmata dal legale rappresentante della ONG/dal responsabile del Progetto, il quale dovrà riportare - in seguito ad autodichiarazione del cooperante - che lo stesso non manifesta sintomi⁴.

- **Una scheda anamnestica (Allegato 2) per la registrazione dei dati dello screening primario**, da compilare con le modalità indicate nella procedura (Allegato 3), direttamente dalla persona in arrivo e dal medico USMAF-SASN territorialmente competente. In caso il cooperante rientrasse in Italia con mezzi che non prevedono ingresso aeroportuale (treni, bus, auto propria) la stessa scheda dovrà essere compilata dal Medico della ASL di riferimento con le informazioni acquisite al momento dell'attivazione della sorveglianza e inviata agli indirizzi: coordinamento.contactracing@sanita.it; dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it; dgame@postacert.sanita.it; dip.prevenzione@sanita.it; dpres.emergenze@sanita.it.

Tenuto conto dell'attuale situazione epidemiologica, nonché a seguito della valutazione della sostenibilità del processo, viene rivista l'attività di *entry screening* condotta dal personale USMAF-SASN del Ministero della salute o da personale incaricato dallo stesso, sospesa con circolare del Ministero della Salute n prot. 7458 del 29/11/2025. Presso gli ambulatori USMAF viene pertanto attivata una procedura di valutazione del soggetto rientrante, nell'ambito della quale il personale sanitario incaricato provvederà alla misurazione della temperatura corporea e al completamento della scheda anamnestica presentata dal soggetto o, in assenza di essa, alla sua compilazione ex novo.

Si specifica che per gli operatori/ le operatrici provenienti da zone a rischio che non abbiano riportato alcun tipo di esposizione nei 21 giorni precedenti, o per i quali non sia possibile stabilire se l'esposizione sia avvenuta o meno, si raccomanda, in via cautelativa, di attivare comunque la stessa sorveglianza dei contatti a basso rischio⁵.

Tali indicazioni potranno subire modifiche in base all'evoluzione epidemiologica dell'evento.

Gli USMAF e le altre strutture territorialmente competenti cureranno l'accesso alle informazioni in coerenza con la già richiamata nota 3 per il personale, sanitario e non, impiegato in attività di cooperazione/supporto sanitario o logistico presso organizzazioni governative, non governative, e cooperanti, che erogano servizi di tipo sanitario, assistenziale e logistico, in partenza verso o di ritorno dalle già citate zone a rischio.

Si prega il MAECI, per la parte di propria competenza, di voler trasmettere ufficialmente la presente nota Circolare alle organizzazioni governative e non governative, operanti nelle aree affette da MVE nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale.

Si raccomanda, inoltre, alle compagnie aeree di segnalare tempestivamente agli Uffici USMAF, tramite le modalità consuete, in ossequio alla Circolare ENAC del 21.09.2012, EAL-10A, eventuali situazioni che possono far ipotizzare un sospetto di malattia infettiva a bordo dell'aeromobile. Si ricorda, altresì, l'obbligo di coordinarsi con i suddetti Uffici per la raccolta e la consegna dei Passenger Locator Form (PLF), onde consentire la tracciabilità dei contatti in caso di necessità sanitaria.

Si pregano gli Assessorati in indirizzo di voler dare la massima diffusione alla presente presso le strutture territorialmente dipendenti.

⁴ Circolare del Ministero della Salute n prot. 7458 del 29/11/2025,

⁵ Il livello di rischio deve essere valutato sulla base delle indicazioni riportate nella circolare del Ministero della Salute n 26116 del 4 settembre 2019.

**Il Direttore della Direzione Generale
della Prevenzione**

Dott. Sergio Iavicoli

IAVICOLI
18.05.2026
19:07:21
GMT+02:00



**Il Capo Dipartimento della prevenzione,
della ricerca e delle emergenze sanitarie**

Dott.ssa Maria Rosaria Campitiello

Maria Rosaria
Campitiello
18.05.2026 19:31:35
GMT+02:00



Per Il Direttore dell'Ufficio 3 DPRES Emergenze Sanitarie
Dott.ssa Anna Caraglia
Ufficio 3 DPRES Emergenze Sanitarie
Dott.ssa Federica Ferraro
Dott.ssa Giovanna Gambarelli

Il Direttore dell'Ufficio 2 DGEME Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili
Dott.ssa Giovanna Laurendi

Il Direttore Ufficio 2 DGPRES- Coordinamento tecnico ed adempimenti amministrativo contabili degli USMAF-SASN
Dott. Giuseppe Plutino

Referenti del procedimento:

Dott. Cristian Ferrao



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA
E DELLE EMERGENZE SANITARIE

Ufficio 3 – Emergenze sanitarie

DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE

Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

Ufficio 5 - Cooperazione Internazionale per la gestione delle emergenze sanitarie

A

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI A
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO

U.S.M.A.F./SASN UFFICI DI SANITA'
MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA

DIREZIONE GENERALE DELLA
PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA
SANITARIA
dgprog@postacert.sanita.it

DIREZIONE GENERALE DELLA SALUTE
ANIMALE
dgsa@postacert.sanita.it

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA
COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
UNITA' DI CRISI
segr.unita-crisi@cert.esteri.it

MINISTERO DELLE IMPRESE E DEL MADE IN
ITALY (MIMIT)
segreteria.capogabinetto@mise.gov.it

MINISTERO DELLA DIFESA
STATO MAGGIORE DELLA DIFESA
ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITA'
MILITARE
stamadifesa@postacert.difesa.it

MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI
TRASPORTI
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO P.S.
DIREZIONE CENTRALE DI SANITA'
dipps017.0100@pecps.interno.it

MINISTERO DEL TURISMO - DIREZIONE
GENERALE PROMOZIONE, INVESTIMENTI E
INNOVAZIONE PER IL TURISMO
dir.programmazione@pec.ministeroturismo.gov.it

PROTEZIONE CIVILE
protezionecivile@pec.governo.it

COMANDO CARABINIERI TUTELA DELLA
SALUTE – NAS Sede Centrale
cctutesalutecdo@carabinieri.it

COMANDO GENERALE CORPO DELLE
CAPITANERIE DI PORTO CENTRALE
OPERATIVA
cgcgp@pec.mit.gov.it

ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
protocollo.centrale@pec.iss.it

CROCE ROSSA ITALIANA
REPARTO NAZIONALE DI SANITA' PUBBLICA
sg@cert.cri.it

CORPO ITALIANO DI SOCCORSO
DELL'ORDINE DI MALTA
operazionielogistica@cisom.org

AZIENDA OSPEDALIERA - POLO
UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO
protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE
INFETTIVE – IRCCS “LAZZARO SPALLANZANI”
direzionesanitaria@pec.inmi.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE
MALATTIE DELLA POVERTA' (INMP)
inmp@pec.inmp.it

REGIONE VENETO – ASSESSORATO ALLA
SANITA' – DIREZIONE REGIONALE
PREVENZIONE – COORDINAMENTO
INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

CC
UFFICIO DI GABINETTO
Sede

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI -
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E
LE AUTONOMIE
affariregionali@pec.governo.it

Ufficio 2 DGPRE - Coordinamento tecnico ed
adempimenti amministrativo contabili degli Uffici
USMAF-SASN

Ufficio 3 DGEME - Gestione sanitaria delle
emergenze

OGGETTO: DISEASE OUTBREAK NEWS* - MALATTIA DA EBOLA CAUSATA DA VIRUS BUNDIBUGYO – REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO E UGANDA

16 maggio 2026

Panoramica della situazione

Il 5 maggio 2026, è stata segnalata all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una epidemia di una malattia sconosciuta ad alta mortalità nel distretto sanitario di Mongbwalu, nella provincia di Ituri, nella Repubblica Democratica del Congo (RDC), con decessi anche tra gli operatori sanitari. Il 14 maggio 2026, l'Istituto nazionale di ricerca biomedica (INRB) di Kinshasa ha analizzato 13 campioni di sangue provenienti dal distretto sanitario di Rwampara, nella provincia di Ituri e, il 15 maggio, le analisi di laboratorio hanno confermato malattia da virus di Bundibugyo, una variante di Ebola, in otto di questi campioni. Il tasso di letalità nelle due precedenti epidemie di Bundibugyo Virus Disease (BVD) è variato dal 30% al 50%. Diversamente dalla malattia da virus Ebola, non esiste un vaccino autorizzato o terapie specifiche contro il virus Bundibugyo, sebbene un intervento tempestivo di supporto possa essere un'azione salvavita. Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute Pubblica, dell'Igiene e del Welfare Sociale della RDC ha ufficialmente dichiarato la 17^a epidemia di malattia Ebola nella RDC. Contemporaneamente, il Ministero della Salute dell'Uganda ha confermato un focolaio di BVD a seguito dell'identificazione di un caso importato dalla RDC, un uomo congolese deceduto nella capitale Kampala. Il 16 maggio 2026, il Direttore Generale dell'OMS, dopo aver consultato gli Stati membri in cui è noto che l'evento è attualmente in corso, ha stabilito che la malattia Ebola causata dal virus Bundibugyo nella RDC e in Uganda costituisce un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC), come definita dalle disposizioni del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI). Le misure di risposta includono il dispiegamento di squadre di intervento rapido, la fornitura di materiale medico, il rafforzamento della sorveglianza, la conferma di laboratorio, le valutazioni di prevenzione e controllo delle infezioni, l'istituzione di centri di trattamento sicuri e il coinvolgimento della comunità. L'OMS sta supportando il coordinamento della risposta, la gestione dei casi e la preparedness transfrontaliera. L'OMS ha fornito raccomandazioni ai Paesi.

Descrizione della situazione

Il 5 maggio 2026, l'OMS ha ricevuto un allarme riguardante una malattia sconosciuta con elevata mortalità segnalata nel distretto sanitario di Mongbwalu, nella provincia di Ituri, che ha visto la morte di

* La presente nota è una traduzione letterale del testo originale del Disease Outbreak News (DONs) dell'OMS disponibile al link: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>

I DONs, pubblicati al link <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news> forniscono informazioni su eventi confermati e rilevanti di sanità pubblica. Secondo l'articolo 11.4 del Regolamento Sanitario Internazionale (2005) [IHR (2005)], l'OMS può rendere disponibili informazioni su eventi di sanità pubblica, se altre informazioni sullo stesso evento sono già diventate pubbliche e se vi è necessità di diffusione di informazioni autorevoli e indipendenti. **La presente traduzione non implica il recepimento diretto di eventuali indicazioni e raccomandazioni dell'OMS contenute nel testo.**

La presente nota viene pubblicata sul sito del Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/new/it/avvisi/eventi-epidemici-allestero/>

quattro operatori sanitari nell'arco di quattro giorni. A seguito di un'indagine approfondita condotta dalla squadra di risposta rapida nel distretto sanitario di Mongwalu e Rwampara il 13 maggio, l'epidemia è stata successivamente confermata come malattia da virus Bundibugyo (BVD) causata dal virus Bundibugyo (BDBV) (specie *Orthoebolavirus bundibugyoense*) il 15 maggio.

Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute Pubblica, dell'Igiene e del Welfare Sociale ha dichiarato ufficialmente la 17[°] epidemia di malattia da Ebola nella RDC, verificatasi nei distretti sanitari di Rwampara, Mongwalu e Bunia.

Il primo caso sospetto attualmente noto, un operatore sanitario, riportava la comparsa di sintomi quali febbre, emorragie, vomito e intenso malessere il 24 aprile 2026. Il paziente è deceduto in un centro medico a Bunia.

Al 15 maggio, sono stati segnalati un totale di 246 casi sospetti e 80 decessi (quattro decessi tra i casi confermati) in tre distretti sanitari: Rwampara (sei aree sanitarie affette), Mongwalu (tre aree sanitarie affette) e Bunia. Ventiquattro casi sospetti sono attualmente in strutture di isolamento dei tre distretti sanitari. Inoltre, sono in corso indagini su un gruppo di decessi insoliti con sintomi compatibili con la malattia da virus Bundibugyo (BVD) in altri distretti sanitari dell'Ituri e del Nord Kivu.

Un ulteriore caso segnalato il 16 maggio, un individuo di ritorno dall'Ituri a Kinshasa, è risultato NEGATIVO al test di conferma per il virus Bundibugyo effettuato dall'Istituto nazionale di ricerca biomedica (INRB) della RDC, e pertanto non è considerato un caso confermato.

La maggior parte dei casi sospetti riguarda persone di età compresa tra i 20 e i 39 anni, con oltre il 60% di donne, il che suggerisce rischi significativi associati alla trasmissione in ambito familiare e caregiver.

I test iniziali su 20 campioni raccolti nel distretto sanitario di Rwampara e analizzati presso il Laboratorio provinciale di sanità pubblica di Bunia, utilizzando il test standard Ebola Xpert, sono risultati negativi per il virus Ebola. I campioni sono stati inviati all'INRB per ulteriori analisi, di cui otto sono stati confermati come *Orthoebolavirus* mediante PCR il 15 maggio. Il sequenziamento genomico ha confermato la variante come Bundibugyo virus (BDBV).

Al 15 maggio, sono stati identificati 65 contatti, di cui 15 ad alto rischio. Tuttavia, il monitoraggio rimane debole a causa delle condizioni di insicurezza e delle restrizioni alla circolazione. Diversi contatti identificati hanno manifestato sintomi e sono deceduti prima di poter essere isolati.

Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute dell'Uganda ha confermato un focolaio di BVD a seguito dell'identificazione di un caso importato dalla RDC. Il caso riguarda un uomo anziano ricoverato in un ospedale privato l'11 maggio con sintomi gravi e deceduto il 14 maggio. Il trasferimento della salma in RDC è stato completato nello stesso giorno. Un campione prelevato al momento del ricovero, l'11 maggio, è stato analizzato presso il Laboratorio Centrale di Sorveglianza e Supporto alla Risposta alle Emergenze di Wandegaya, ed è stata confermata la positività al virus Bundibugyo il 15 maggio 2026. Un secondo caso importato è stato confermato il 16 maggio a Kampala, in un individuo di ritorno dalla RDC senza

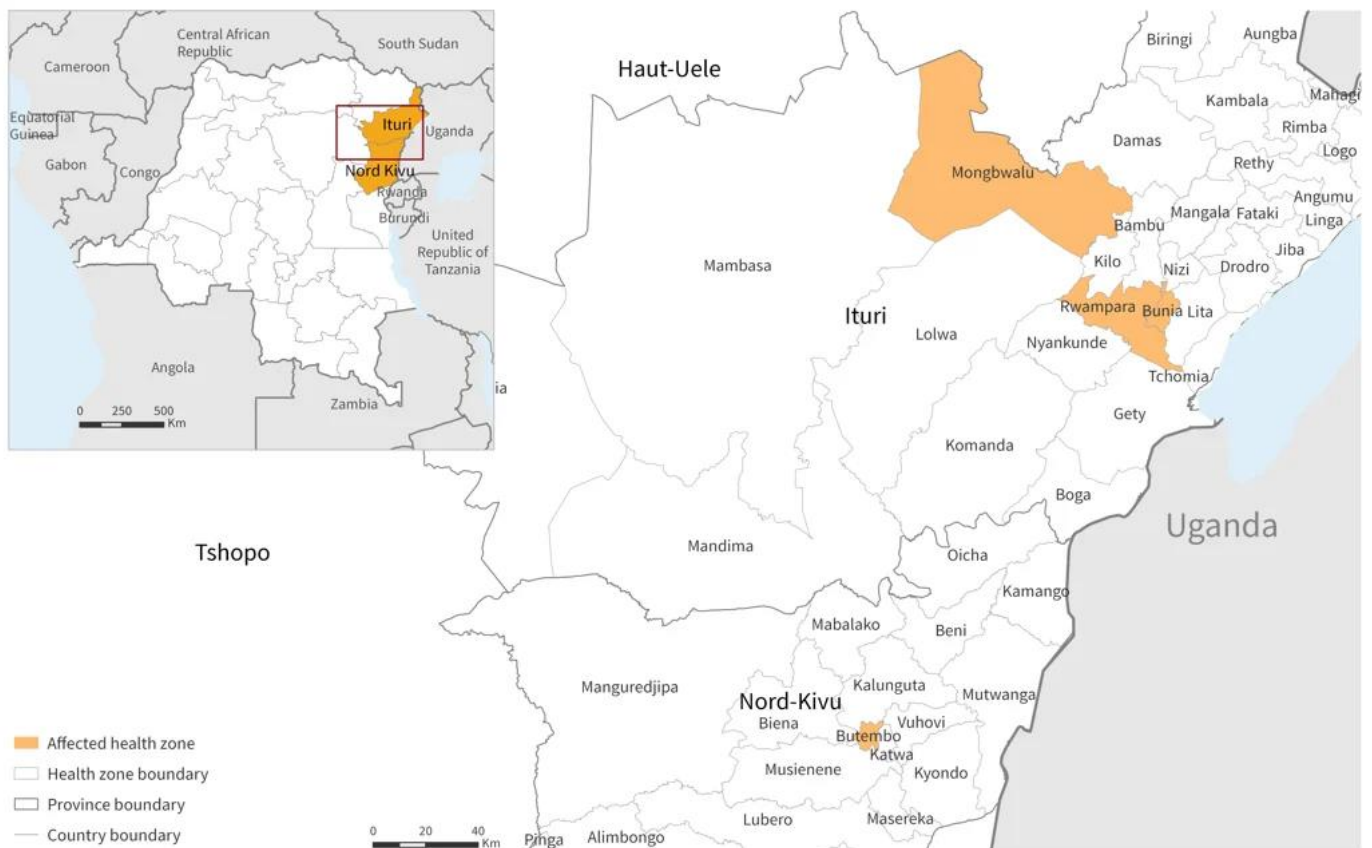
apparenti collegamenti con il primo caso. Al momento della stesura di questo report, non è stata identificata alcuna trasmissione locale in Uganda.

Il 16 maggio 2026, il Direttore Generale dell'OMS, dopo aver consultato gli Stati Membri nei quali è noto che l'evento è attualmente in corso, come definito dalle disposizioni del Regolamento Sanitario Internazionale (2005) (RSI), ha stabilito che la malattia da virus Ebola causata dal virus Bundibugyo nella RDC e in Uganda costituisce un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC).

Si ritiene attualmente che l'evento abbia avuto origine nel distretto sanitario di Mongbwalu, nella RDC, un'area mineraria ad alta frequentazione, con casi che si sono poi spostati a Rwampara e Bunia in cerca di cure mediche. La provincia di Ituri confina con il Sud Sudan e l'Uganda (e il distretto sanitario di Bunia dista meno di 500 km dall'Uganda). È in corso un'indagine epidemiologica completa e un'attività di tracciamento dei contatti.

Il ruolo della provincia dell'Ituri come snodo commerciale e migratorio, e la vicinanza con l'Uganda e il Sud Sudan aumenta il rischio di esportazione regionale e trasmissione transfrontaliera

Figura 1. Distretti sanitari colpiti dalla malattia da virus Bundibugyo nella Repubblica Democratica del Congo, al 16 maggio 2026.



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization, Ministry of Health Democratic Republic of the Congo, GRID3
Map Production: WHO Health Emergencies Programme
Map Date: 16 May 2026



Epidemiologia

La malattia da virus Bundibugyo (BVD) è una forma grave e spesso fatale di malattia da virus Ebola, causata dal virus Bundibugyo, una delle specie di *Orthoebolavirus*. Si tratta di una zoonosi, e si sospetta che i pipistrelli della frutta siano il serbatoio naturale del virus. L'infezione umana avviene attraverso il contatto stretto con il sangue o le secrezioni di animali selvatici infetti, come pipistrelli o primati non umani, e si diffonde successivamente da persona a persona tramite contatto diretto con il sangue, le secrezioni, gli organi o altri fluidi corporei di individui infetti o superfici contaminate. La trasmissione è particolarmente amplificata negli ambienti sanitari quando le misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) sono inadeguate e durante pratiche di sepoltura non sicure che comportano il contatto diretto con il defunto.

Il periodo di incubazione della BVD varia da 2 a 21 giorni e, di solito, gli individui non sono contagiosi fino alla comparsa dei sintomi. I sintomi iniziali sono aspecifici e includono febbre, affaticamento, dolori muscolari, mal di testa e mal di gola, che complicano la diagnosi clinica e possono ritardarne l'individuazione. Questi progrediscono in disturbi gastrointestinali, disfunzioni d'organo e, in alcuni casi, manifestazioni emorragiche. I tassi di letalità nelle ultime due epidemie di BVD, segnalate in Uganda e nella RDC nel 2007 e nel 2012, sono stati compresi tra il 30% e il 50% circa.

Distinguere la BVD da altre malattie febbrili endemiche come la malaria è difficile senza una conferma di laboratorio tramite PCR o test basati su antigeni/anticorpi. Il controllo si basa sulla rapida identificazione dei casi, sull'isolamento e sulla cura, sul tracciamento dei contatti, su sepolture sicure e su un forte coinvolgimento della comunità, poiché al momento non esistono vaccini approvati o trattamenti specifici per la BVD.

Attività di risposta di sanità pubblica

Le autorità sanitarie della RDC stanno implementando misure di sanità pubblica, comprese ma non limitate alle seguenti:

Coordinamento

- Sono state inviate squadre di pronto intervento nei distretti sanitari di Rwampara e Mongbwalu.
- Si sono tenute riunioni di coordinamento provinciale e di emergenza da parte del Centro operativo per le emergenze di sanità pubblica (COUSP).

Sorveglianza e laboratorio

- È in corso la sorveglianza dei casi sospetti e probabili (inclusi i Punti di Ingresso e le frontiere competenti).
- Sono state elaborate definizioni operative di caso nell'Ituri.
- Il sequenziamento ha confermato il virus Bundibugyo nei campioni positivi al test RT-PCR.

Comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità (RCCE)

- Si è tenuto un incontro di mobilitazione sociale con i leader della comunità nel comune rurale di Mongbwalu sotto la guida del sindaco.

Prevenzione e controllo delle infezioni (IPC)

- È in corso la valutazione dell'IPC nelle principali strutture sanitarie: Bunia Hospital Centre of the Evangelical Medical Centre (CME), Mongbwalu General Referral Hospital e Abelkoko Health Centre.
- Il CME di Bunia sta mantenendo i protocolli di isolamento. Gli operatori sanitari sono stati informati sul profilo diagnostico specifico di questo ceppo.

Logistica

- È stato fornito supporto logistico alle indagini condotte nelle zone sanitarie di Mongbwalu e Rwampara.
- È stato fornito supporto per il trasporto dei campioni all'INRB di Kinshasa.

Le autorità sanitarie in Uganda stanno attuando misure di sanità pubblica, comprese ma non limitate alle seguenti:

- Attivazione di misure di emergenza a livello nazionale e distrettuale, tra cui il rafforzamento della sorveglianza, lo screening alle frontiere, l'impiego di squadre di risposta rapida, l'isolamento dei contatti ad alto rischio e la quarantena di tutti i contatti identificati.
- Rafforzamento delle attività di preparazione, come l'impiego di laboratori mobili, la prevenzione delle infezioni e la comunicazione dei rischi.
- Sono state dispiegate squadre di risposta rapida in tutti i punti di ingresso ufficiali e informali lungo il confine occidentale, sulle principali vie di transito e lungo i corridoi di pellegrinaggio.
- Si raccomanda agli operatori sanitari di rimanere vigili e di attenersi rigorosamente alle misure di prevenzione delle infezioni.

L'OMS sta fornendo supporto alle autorità nazionali, attraverso:

- L'invio di esperti tecnici e squadre di risposta rapida a supportare gli sforzi di risposta.
- La distribuzione di kit per la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC), la gestione clinica e il prelievo di campioni.
- L'individuazione di strutture di isolamento per la gestione dei casi nei distretti sanitari di Bunia, Rwampara e Mongbwalu.
- La diffusione del protocollo dell'OMS per la gestione dei casi.
- Indagini approfondite ed elenco dei contatti dei casi sospetti/probabili.
- Rafforzamento della sorveglianza epidemiologica, dell'IPC e dell'RCCE in tutti i punti di ingresso.

- Rafforzamento dello screening ai punti di ingresso (PoE) e del coordinamento transfrontaliero, compresi gli assembramenti di massa.
- Supporto al Ministero della Salute nell'implementazione del Piano di risposta e del Piano di Risposta interno dell'OMS.
- Follow-up con i Punti di contatto nazionali dell'RSI (IHR NFP) nella RDC e in Uganda sulla notifica ufficiale IHR, gestendo contemporaneamente la comunicazione attraverso la rete IHR NFP per garantire un coordinamento tempestivo.
- Coordinamento della consegna delle forniture essenziali.
- Coinvolgimento di esperti sulle priorità di ricerca e sviluppo.

Valutazione del rischio dell'OMS

Il 16 maggio 2026, il Direttore Generale dell'OMS, dopo aver consultato gli Stati Membri nei quali è noto che l'evento è in corso, ha stabilito che la malattia da virus Ebola causata dal virus Bundibugyo nella Repubblica Democratica del Congo e in Uganda costituisce un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC), ai sensi delle disposizioni del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI). Saranno emanate raccomandazioni temporanee per gli Stati membri. Nel frattempo, l'OMS ha fornito indicazioni ai paesi, come indicato di seguito.

Questa è la 17^a epidemia di malattia da Ebola nella RDC dal 1976. L'ultima epidemia di malattia da Ebola nel paese è stata dichiarata il 4 settembre 2025 con un totale di 64 casi (53 confermati, 11 probabili), inclusi 45 decessi (tasso di letalità 70,3%), segnalati in sei aree sanitarie del distretto sanitario di Bulape, nella provincia del Kasai. La fine dell'epidemia è stata dichiarata il 1° dicembre 2025. L'ultima epidemia di BVD è stata segnalata il 17 agosto 2012 dal Ministero della Salute della RDC nella Provincia Orientale. Sono stati segnalati un totale di 59 casi, 38 confermati e 21 probabili, inclusi 34 decessi. L'epidemia è stata dichiarata conclusa il 26 novembre 2012 dal Ministero della Salute.

Questa epidemia si sta verificando in un contesto epidemiologico e umanitario complesso. Un intervallo critico di quattro settimane tra l'insorgenza dei sintomi del presunto caso indice (25 aprile 2026) e la conferma di laboratorio dell'epidemia (14 maggio 2026) suggerisce che tra gli operatori sanitari il sospetto clinico era basso. A ciò si aggiunge la presenza di arbovirus e malattie simil-influenzali in co-circolazione, che mascherano il sospetto iniziale di malattia da Ebola e aumentano la trasmissione nella comunità. Inoltre, l'infezione e la morte di quattro operatori sanitari in un arco di quattro giorni presso l'ospedale di riferimento generale di Mongbwalu sottolineano gravi violazioni dei protocolli di controllo delle infezioni. È stato segnalato un elevato numero di decessi nella comunità potenzialmente associati a pratiche di sepoltura non sicure.

Il conflitto in corso nella provincia di Ituri limita gli spostamenti delle squadre di sorveglianza, ostacola l'impiego delle squadre di intervento rapido e impedisce il trasporto sicuro dei campioni di laboratorio. Il tracciamento dei contatti è reso difficile dalla difficoltà di accesso e dall'elevata mobilità della

popolazione, aumentando il rischio che i contatti ad alto rischio vengano persi al follow up o non vengano mai identificati.

Il ruolo dell'Ituri come snodo commerciale e migratorio aumenta il rischio di esportazione regionale. La vicinanza all'Uganda e al Sud Sudan accresce il rischio di trasmissione transfrontaliera se non vengono immediatamente rafforzati lo screening al punto di ingresso, il coordinamento transfrontaliero e la condivisione di informazioni. Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute dell'Uganda ha segnalato un caso importato di BVD.

I bisogni umanitari nella zona sono drammatici. L'Ituri conta 273.403 sfollati, con un totale di 1,9 milioni di persone bisognose secondo il Piano di risposta umanitaria 2026 per la RDC. Da gennaio a marzo 2026, sono stati registrati 32.600 nuovi sfollati e 30.200 rimpatriati. La provincia ha registrato La provincia ha registrato 5800 episodi di violazioni dei diritti umani e 11 episodi contro operatori umanitari.

A differenza della malattia da virus Ebola, non esiste un vaccino autorizzato né terapie specifiche contro il BDBV. Sono state attivate attività di ricerca e sviluppo per coordinare gli sforzi volti a promuovere potenziali contromisure mediche. La risposta e il controllo dell'epidemia si basano interamente su una serie di interventi e misure di sanità pubblica che dovranno essere implementate in modo rigoroso, tra cui cure di supporto, diagnosi precoce, adeguate misure di prevenzione e controllo delle infezioni, tracciamento dei contatti accurato, sepolture sicure e coinvolgimento della comunità.

Raccomandazioni OMS

Per i paesi in cui si sta verificando l'evento (Repubblica Democratica del Congo e Uganda)

Coordinamento e coinvolgimento ad alto livello

- Attivare i meccanismi nazionali di gestione delle catastrofi e delle emergenze e istituire un centro operativo di emergenza, sotto l'autorità del Capo dello Stato e delle autorità governative competenti, per coordinare le attività di risposta tra i partner e i settori, al fine di garantire l'efficiente ed efficace implementazione e monitoraggio delle misure globali di controllo della malattia da virus Bundibugyo. Tali misure devono includere una sorveglianza rafforzata, compreso il tracciamento dei contatti, la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC), la comunicazione dei rischi e il coinvolgimento della comunità, i test diagnostici di laboratorio e la gestione dei casi. I meccanismi di coordinamento e di risposta dovrebbero essere istituiti a livello nazionale, così come a livello subnazionale nelle aree colpite e in quelle a rischio.
- Qualora le capacità nazionali risultassero insufficienti, occorrerebbe intensificare la collaborazione con i partner per potenziare le operazioni e garantire la capacità di attuare misure di controllo in tutte le zone colpite e limitrofe.

Comunicazione dei rischi e coinvolgimento della comunità

- Garantire che vi sia uno sforzo sostenuto e su larga scala per coinvolgere pienamente la comunità – attraverso i locali leader religiosi e tradizionali e i guaritori – affinché le comunità svolgano un

ruolo centrale nell'identificazione dei casi, nel tracciamento dei contatti e nell'educazione al rischio; la popolazione dovrebbe essere pienamente consapevole dei benefici di un trattamento tempestivo.

- Rafforzare la consapevolezza, il coinvolgimento e la partecipazione della comunità, in particolare per identificare e indirizzare le norme culturali e le credenze che fungono da ostacoli alla loro piena partecipazione alla risposta, e integrarla all'interno della più ampia risposta necessaria per soddisfare i bisogni della popolazione, in particolare nei contesti della crisi umanitaria protratta nella Repubblica Democratica del Congo orientale.

Sorveglianza e laboratori

- Rafforzare la sorveglianza e la capacità dei laboratori nelle province colpite e in quelle limitrofe, attraverso l'istituzione di (1) nuclei dedicati alla sorveglianza e alla risposta all'interno delle zone sanitarie colpite e nelle principali zone sanitarie limitrofe a rischio; (2) potenziare la sorveglianza comunitaria, focalizzata in particolare sui decessi nella comunità; e (3) una capacità di laboratorio decentralizzata per i test sul virus Bundibugyo.

Prevenzione e controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie e nel contesto di cura

- Rafforzare le misure di prevenzione delle infezioni nosocomiali, tra cui la mappatura sistematica delle strutture sanitarie, il triage, interventi mirati di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) e un monitoraggio e una supervisione costanti.
- Garantire che gli operatori sanitari ricevano una formazione adeguata in materia di IPC, compreso l'uso corretto dei DPI, e che le strutture sanitarie dispongano di attrezzature idonee ad assicurare la sicurezza e la protezione del proprio personale, il pagamento puntuale degli stipendi e, se appropriato, l'indennità di rischio.

Percorso di riferimento dei pazienti e accesso a cure intensive sicure e ottimizzate.

- Garantire che i casi sospetti possano essere trasferiti in sicurezza a unità cliniche specializzate per il loro isolamento e la loro gestione secondo un approccio umano e incentrato sul paziente.
- Istituire centri o unità di trattamento specializzati, localizzati in prossimità dell'epicentro o degli epicentri dell'epidemia, con personale formato e attrezzato per attuare cure di supporto intensive ottimizzate.

Ricerca e sviluppo di contromisure mediche

- Implementare studi clinici per promuovere lo sviluppo e l'uso di potenziali terapie e vaccini, con il sostegno dei partner.

Sanità alle frontiere, viaggi ed eventi con assembramenti di massa

- Effettuare controlli alle frontiere e lungo le principali vie di comunicazione interne per garantire che nessun caso sospetto venga tralasciato e migliorare la qualità dei controlli attraverso una migliore condivisione delle informazioni con le squadre di sorveglianza.

- I contatti o i casi di malattia da virus di Bundibugyo non dovrebbero effettuare viaggi internazionali, a meno che il viaggio non rientri in un'adeguata evacuazione medica. Per ridurre al minimo il rischio di diffusione internazionale della malattia da virus di Bundibugyo:
 - I casi confermati devono essere immediatamente isolati e trattati in un centro di cura per la malattia da virus Bundibugyo, senza possibilità di spostamenti nazionali o internazionali fino a che due test diagnostici specifici per il virus Bundibugyo, effettuati a distanza di almeno 48 ore l'uno dall'altro, non risultino negativi;
 - I contatti (che non includono gli operatori sanitari adeguatamente protetti e il personale di laboratorio che non ha avuto esposizioni non protette) devono essere monitorati quotidianamente, con restrizioni ai viaggi nazionali e divieto di viaggi internazionali fino a 21 giorni dopo l'esposizione;
 - I casi probabili e sospetti devono essere immediatamente isolati e i loro spostamenti devono essere limitati in conformità alla loro classificazione come casi confermati o contatti.
- Implementare controlli all'uscita per tutte le persone negli aeroporti internazionali, nei porti marittimi e nei principali valichi di frontiera terrestri, per individuare casi di malattia febbrile di origine sconosciuta compatibili con una potenziale malattia da virus Bundibugyo. Lo screening all'uscita dovrebbe comprendere, come minimo, un questionario, la misurazione della temperatura e, in caso di febbre, una valutazione del rischio che la febbre sia causata dalla malattia da virus Bundibugyo. A nessuna persona con una malattia compatibile con la malattia da virus Bundibugyo dovrebbe essere consentito viaggiare, a meno che il viaggio non faccia parte di un'adeguata evacuazione medica.
- Si consiglia di rinviare gli eventi di massa fino a quando la trasmissione della BVD non sarà interrotta.

Sepulture sicure e dignitose

- Assicurarsi che i funerali e le sepolture siano condotti da personale adeguatamente formato, tenendo conto della presenza dei familiari e delle pratiche culturali, e in conformità con le normative sanitarie nazionali, per ridurre il rischio di infezione da virus di Bundibugyo. Il trasporto transfrontaliero delle salme di casi deceduti sospetti, probabili o confermati di malattia da virus di Bundibugyo dovrebbe essere proibito, salvo autorizzazione in conformità con le disposizioni internazionali riconosciute in materia di biosicurezza.

Operazioni, forniture e logistica

- È necessario istituire una solida catena di approvvigionamento per garantire che siano disponibili, a chi ne ha effettivamente bisogno, materiale medico e di laboratorio in quantità sufficiente, e altri articoli essenziali, in particolare i dispositivi di protezione individuale (DPI). L'OMS sconsiglia

l'adozione di restrizioni ai viaggi e/o al commercio verso la Repubblica Democratica del Congo o l'Uganda sulla base delle informazioni disponibili relative all'attuale epidemia.

Per i Paesi confinanti con confini terrestri con Paesi in cui è stata documentata la malattia da virus Bundibugyo

- Gli Stati membri non colpiti che condividono confini terrestri con Stati membri in cui è stata documentata la trasmissione della malattia da virus Bundibugyo dovrebbero potenziare con urgenza la loro capacità di preparazione e risposta, compresa la sorveglianza attiva in tutte le strutture sanitarie con segnalazione attiva zero, il potenziamento della sorveglianza comunitaria per i cluster di decessi inspiegabili; garantire l'accesso a un laboratorio diagnostico qualificato; assicurarsi che gli operatori sanitari siano a conoscenza e formati sulle procedure appropriate di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC); e istituire squadre di risposta rapida con la capacità di indagare e gestire i casi di BVD e i loro contatti.
- Meccanismi di coordinamento dedicati a livello nazionale e subnazionale dovrebbero essere messi in atto in tutti gli Stati membri non colpiti che confinano via terra con Stati membri in cui sono stati documentati casi di malattia da virus Bundibugyo. Gli Stati dovrebbero essere preparati a individuare, indagare e gestire i casi di malattia da virus Bundibugyo; ciò dovrebbe includere l'accesso garantito a un laboratorio diagnostico qualificato per la malattia da virus Bundibugyo, la capacità di isolamento e gestione dei casi e l'attivazione di squadre di risposta rapida.
- Qualsiasi Stato membro che rilevi un nuovo caso sospetto o confermato di malattia da virus Bundibugyo o un contatto o un cluster di decessi inspiegabili deve considerare la situazione come un'emergenza sanitaria e adottare misure immediate nelle prime 24 ore per indagare e arrestare un potenziale focolaio, provvedendo all'isolamento dei casi, alla loro gestione, alla definizione di una diagnosi definitiva e al tracciamento e monitoraggio dei contatti, secondo necessità.
- Se si conferma la presenza della malattia da virus Bundibugyo nello Stato membro, dovrebbero essere implementate tutte le raccomandazioni per gli Stati membri con trasmissione della malattia da virus Bundibugyo, a livello nazionale o subnazionale, a seconda del contesto epidemiologico e di rischio. Gli Stati membri devono segnalare immediatamente all'OMS la conferma della malattia da virus Bundibugyo.
- È necessario potenziare la comunicazione dei rischi e il coinvolgimento della comunità, specialmente nei punti di ingresso.
- I paesi a rischio dovrebbero mettere in atto le autorizzazioni per le terapie sperimentali come priorità immediata per la preparazione.

Per tutti gli altri paesi

- Nessun paese dovrebbe chiudere le proprie frontiere o imporre restrizioni ai viaggi e al commercio. Tali misure vengono solitamente adottate per motivi di paura e non hanno alcun fondamento

scientifico. Esse spingono la circolazione di persone e merci verso valichi di frontiera informali non controllati, aumentando così il rischio di diffusione delle malattie. Soprattutto, queste restrizioni possono anche compromettere le economie locali e influire negativamente sulle operazioni di risposta dal punto di vista della sicurezza e della logistica.

- Le autorità nazionali dovrebbero collaborare con le compagnie aeree e le altre compagnie dei trasporti e del turismo per garantire che non si superino le raccomandazioni dell'OMS sul traffico internazionale.
- Gli Stati membri dovrebbero fornire informazioni pertinenti sui rischi, sulle misure per ridurli al minimo e sui consigli per gestire una potenziale esposizione, ai viaggiatori diretti verso le aree colpite dalla malattia da virus di Bundibugyo e quelle a rischio
- La popolazione in generale dovrebbe ricevere informazioni accurate e pertinenti sull'epidemia di malattia da virus di Bundibugyo e sulle misure per ridurre il rischio di esposizione.
- Gli Stati membri dovrebbero essere pronti a facilitare l'evacuazione e il rimpatrio dei cittadini (ad esempio, operatori sanitari) che sono stati esposti alla malattia da virus di Bundibugyo.
- I controlli all'ingresso negli aeroporti o in altri punti di ingresso al di fuori della regione colpita non sono considerati necessari per i passeggeri che tornano da aree a rischio.

Ulteriori informazioni

- Epidemic of Ebola Disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern>
- The Ministry of Public Health, Hygiene and Social Welfare, DRC, officially declares the 17th Ebola Disease outbreak. <https://administration.sante.gouv.cd/wp-content/uploads/2026/05/Declaration-de-la-17e-Epidemie-de-la-maladie-a-virus-Ebola-dans-les-zones-de-sante-de-Rwampara-Mongwalu-et-Bunia-dans-la-province-dIturi.pdf>
- WHO Democratic Republic of Congo confirms new Ebola outbreak. <https://www.afro.who.int/countries/democratic-republic-of-congo/news/democratic-republic-congo-confirms-new-ebola-outbreak-who-scales-upsupport>
- Ebola disease fact sheet: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
- Disease Outbreak News. Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo – update. WHO. 14 September 2012: [Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo – update](#)
- Disease Outbreak News. Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo – update. WHO. 26 October 2012: [Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo – update](#)
- WHO Launches Online Training to Strengthen Filovirus Outbreak Response. <https://www.who.int/news/item/26-03-2025-who-launches-online-training-to-strengthen-filovirus-outbreak-response#>

- Infection prevention and control guideline for Ebola and Marburg disease. WHO. August 2023: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WPE-CRS-HCR-2023.1>
- Infection prevention and control and water, sanitation and hygiene in health facilities during Ebola or Marburg disease outbreaks: rapid assessment tool, user guide <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107205>
- Assessment and management of health and care workers with possible occupational exposures to Orthoebolavirus or Orthomarburgvirus: implementation guidance <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107328>
- Optimized Supportive Care for Ebola Virus Disease. Clinical management standard operating procedures. WHO. 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515894>
- Ebola clinical management. <https://www.who.int/teams/health-care-readiness/ebola-clinical-management>
- Framework and toolkit for infection prevention and control in outbreak preparedness, readiness and response at the national level. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-and-toolkit-for-infection-prevention-and-control-in-outbreak-preparedness--readiness-and-response-at-the-health-care-facility-level>
- Considerations for border health and points of entry for filovirus disease outbreaks: <https://www.who.int/publications/m/item/considerations-for-border-health-and-points-of-entry-for-filovirus-disease-outbreaks>
- Diagnostic testing for Ebola and Marburg virus diseases: interim guidance, 20 December 2024: <https://www.who.int/publications/i/item/B09221>

Riferimento bibliografico: World Health Organization (17 May 2026). Disease Outbreak News; Bundibugyo Virus Disease, Democratic Republic of the Congo (The) and Uganda. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>

Il Capo Dipartimento

Maria Rosaria CAMPITIELLO



Maria Rosaria
Campitiello
18.05.2026 17:53:29
GMT+02:00

Per il Direttore dell'Ufficio 3 – DPRES Emergenze Sanitarie
Anna Caraglia

Ufficio 2 DGEME– Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili
Giovanna Laurendi

Ufficio 5 DGEME-Cooperazione Internazionale per la gestione delle emergenze sanitarie
Giovanni Nicoletti

Referenti
Dott. Danilo Landolfo
Dott. Stefano Marro

Al Ministero della Salute

Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie
Direzione generale delle emergenze sanitarie
Direzione generale della prevenzione

coordinamento.usmafsasn@sanita.it; coordinamento.contactracing@sanita.it
dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it
dgeme@postacert.sanita.it
dip.prevenzione@sanita.it
dpres.emergenze@sanita.it

Il sottoscritto (Cognome e nome del Responsabile dell'Organizzazione/Progetto)

in qualità di (specificare ruolo all'interno dell'Organizzazione/Progetto)

dichiara che:

L'operatore/operatrice (Cognome e nome dell'operatore/operatrice che fa ingresso in Italia)

Nato/a a _____, il ___/___/____,

Residente/domiciliato/a (indicare indirizzo completo di residenza o domicilio abituale in Italia, per la
continuazione della sorveglianza sanitaria) a _____

in via _____, tel _____,

che entrerà in Italia con il volo/i (riportare numero di volo) _____, del

___/___/____

con aeroporto di destinazione in Italia: _____

e data di arrivo ___/___/____,

o con altro mezzo (specificare il mezzo e il numero/altra informazione identificativi, auto propria, rental
car...)

del ___/___/____

con stazione ferroviaria/ terminal bus/indirizzo rental car di destinazione in Italia:

e data di arrivo ___/___/_____,

ha prestato il suo servizio come (specificare ruolo all'interno dell'Organizzazione/Progetto)

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___

presso i progetti gestiti da (specificare nome dell'Organizzazione) _____

in (specificare Paese affetto) _____

Località _____

Certifica inoltre che l'operatore/operatrice è asintomatico/a al momento della partenza (ovvero non presenta sintomi quali ad esempio febbre, vomito, dolori articolari, debolezza, sangue dal naso o dalla bocca, nel vomito o nelle feci, urine scure o con sangue) e che durante la permanenza presso (specificare Paese affetto) _____:

non è stato/a esposto/a (per quanto noto) nei precedenti 21 giorni a casi possibili, probabili o confermati di malattia da virus Bundibugyo, compresi defunti, o ai loro liquidi biologici/tessuti nel periodo di contagiosità, né è stato/a esposto/a ad ambiente potenzialmente contaminato;

non è stato/a esposto/a ad animali morti o malati, né è stato/a esposto/a in altre situazioni a rischio, come la partecipazione a funerali;

è stato/a esposto/a nei precedenti 21 giorni, ad un caso possibile, probabile o confermato (anche deceduto) o ai suoi liquidi biologici/tessuti nel periodo successivo alla comparsa dei sintomi o ad altro ambiente contaminato, figurandosi un livello di rischio¹:

Basso (contatti casuali)

Intermedio (contatti stretti)

Elevato (contatto stretto ad alto rischio)

Si dichiara, altresì, che lo stesso è stato edotto ed è consapevole che, ove durante il viaggio dovesse emergere qualsiasi sintomo di malattia, dovrà immediatamente e prima dell'arrivo segnalarlo al personale di volo.

Dichiaro inoltre quanto segue (riportare eventuali ulteriori annotazioni degne di nota) _____

¹ Il livello di rischio deve essere valutato sulla base delle indicazioni riportate nella circolare del Ministero della Salute n 26116 del 4 settembre 2019.

Luogo

Data

Cognome e nome del medico (se presente)

Firma leggibile

L'operatore/operatrice rientrante

Firma leggibile

Cognome e Nome del/della Rappresentante

Firma leggibile e timbro

To the Ministry of Health
Department of Prevention, Research, and Health Emergencies
Directorate General of Health Prevention
Directorate General of Prevention

coordinamento.usmafsasn@sanita.it; coordinamento.contactracing@sanita.it
dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it
dgeme@postacert.sanita.it
dip.prevenzione@sanita.it
dpres.emergenze@sanita.it

I, the undersigned (*Last name and first name of the Organization/Project Manager*).

In the role of (*specify role within the Organization/Project*)

declares that:

the operator (*Last name and first name of the operator entering Italy*)

born in _____, on ____/____/____,

Resident/domiciled (*indicate full address of residence or regular domicile in Italy, for the continuation of health surveillance*) at _____

in street _____,

phone number _____,

who will enter Italy with the flight(s) (*report flight numbers*) _____, on

____/____/____

with destination airport in Italy: _____

and arrival date ____/____/____,

or by other means (*specify the means of transport and the identification number/other identifying information, private car, rental car, etc.*) _____

on ____/____/____

with destination train station/bus terminal/rental car address in Italy:

and arrival date on __/__/____

has given his/her activity as (specify role within the Organisation/Project)

from __/__/____ to __/__/____ within projects managed by (specify name of Organisation)

in (specify affected country) _____

Location _____

Further certifies that the worker/operator is asymptomatic at the time of departure (i.e. no symptoms such as fever, vomiting, joint pain, weakness, blood from the nose or mouth, in vomit or stools, dark or bloody urine) and that during his/her stay at (specify affected country) _____:

- has not been exposed (to the best of his/her knowledge) in the previous 21 days to possible, probable or confirmed cases of Bundibugyo virus disease, including deceased persons, or to body fluids/tissues during the period of communicability, nor has been exposed to a potentially contaminated environment;
- has not been exposed to dead or diseased animals, nor has been exposed in other risk situations, such as attending funerals;
- has been exposed in the previous 21 days to a possible, probable or confirmed case (including a deceased case) or to body fluids/tissues in the period following the onset of symptoms or to another contaminated environment, assuming a risk level¹:
 - Low (random contacts)
 - Intermediate (close contacts)
 - High (high risk close contact)

I further declare that I have been informed and I'm aware that should any symptoms of illness emerge during the journey, I must, immediately and prior to arrival, report them to the flight crew.

I further declare the following (please make any further notations worthy of note)

¹ The level of risk is to be assessed on the basis of the guidance given in Ministry of Health Circular No. 26116 of 4 September 2019.

Letterhead of Administration/Body/Non-profit Organization
Location

Attachment 1
Date

Doctor's surname and first name (if applicable)
(*signature*)

Returning worker/operator
(*signature*)

Surname and first name of the responsible of
Organisation/Project
(*signature and stamp*)



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE
SANITARIE**

Ufficio 3 – Emergenze Sanitarie

DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE

Ufficio 2 – Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

Ufficio 2 – Coordinamento tecnico ed adempimenti amministrativo contabili degli USMAF-SASN

MALATTIA DA Malattia da Virus Bundibugyo – Bundibugyo virus disease (BVD)

Screening primario per il personale, sanitario e non, impiegato in attività di cooperazione/supporto sanitario o logistico presso organizzazioni governative, non governative, e cooperanti, che erogano servizi di tipo sanitario, assistenziale e logistico, impiegati nelle zone del Paese interessate dal focolaio di BVD

Primary screening for healthcare and non-healthcare personnel engaged in healthcare or logistical cooperation/support activities within governmental and non-governmental organizations, as well as aid agencies providing healthcare, assistance, and logistical services, operating in areas of the Country affected by Bundibugyo virus disease (BVD)

Il soggetto rientrante che fa ingresso in Italia tramite volo deve attendere al gate d'uscita il personale USMAF per la compilazione della presente scheda anamnestica.

Any returning traveler entering Italy by air must wait at the exit gate for USMAF personnel to complete this anamnestic questionnaire.

1. Cognome/Surname: _____
Nome/Name: _____
2. Genere/Gender: _____
3. Data di nascita/Date of birth: __/__/____
4. Contatti del viaggiatore/ -traveller contacts (hotel, gruppo/group, mobile, indirizzo/address, email) _____

| SINTOMATOLOGIA/SYMPTOMS | SI/YES | NO/NO | NON NOTO/UNKNOWN |
|---|--------|-------|------------------|
| Febbre/fever ¹ | | | |
| Vomito/vomiting | | | |
| Dolori articolari/joint pain | | | |
| Debolezza/weakness | | | |
| Sangue dal naso o dalla bocca, nel vomito o nelle feci, urine scure o con sangue <i>Bleeding from nose or mouth, in vomit or stool, dark or bloody urine</i> | | | |
| Comparsa dei sintomi (gg/mm/aa) <i>Date of onset of symptoms (DD/MM/YYYY)</i> | | | |

- Febbre misurata da¹/Temperature measured by: _____
il/on __/__/____
gradi °C/degrees °C _____
- Febbre misurata da¹/Temperature measured by : _____
il/on __/__/____
gradi °C /degrees °C _____
- Febbre misurata da¹/Temperature measured by: _____
il/on __/__/____
gradi °C /degrees °C _____

| Informazioni epidemiologiche <i>Epidemiological information:</i> | | | |
|--|--------|-------|--------------|
| Eventuali contatti con qualcuno che ha presentato vomito, diarrea o sanguinamento o con animali nei precedenti 21 giorni <i>History of contact with someone who presented vomiting, diarrhoea or bleeding or with animals in the previous 21 days</i> | SI/YES | NO/NO | NON NOTO/UNK |
| Contatti con qualcuno che è deceduto nei precedenti 21 giorni <i>History of contact with someone who died in the previous 3 weeks</i> | | | |
| Partecipazione ad un funerale negli scorsi 21 giorni <i>History of attending funerals/burials in the previous 21 days</i> | | | |
| Professione/Job | | | |

¹ Indicare chi ha effettuato la misurazione (autovalutazione/personale di bordo/medico USMAF/personale sanitario territoriale)/ Indicate who carried out the measurement (self-assessment/cabin crew/USMAF/community healthcare worker)

| | |
|---|--|
| Livello di esposizione secondo classificazione del Ministero della salute ² <i>Exposure level according to the Italian Ministry of Health</i> | |
| Ha prestato servizio come (<i>specificare ruolo all'interno dell'Organizzazione/Progetto</i>) <i>Served as (specify role within Organisation/Project)</i> _____ | |
| _____ | |
| dal ___/___/___ al ___/___/___ | |

| ORIGINE GEOGRAFICA/GEOGRAPHICAL ORIGIN | |
|---|--|
| Paese di residenza/ <i>Country of residence</i> | |
| Proveniente da/ <i>Traveling from</i> | |
| Diretto a/ <i>Traveling to</i> | |
| Indirizzo completo nei 21 giorni successivi all'arrivo/ <i>detailed address for the 21 days following the arrival</i> | |

Data e luogo

Date, location

___/___/___

Firma del passeggero

Passenger's signature

Firma del personale sanitario USMAF/ ASL territorialmente competente (riportare struttura di appartenenza)

² Il livello di rischio deve essere valutato sulla base delle indicazioni riportate nella circolare del Ministero della Salute n 26116 del 4 settembre 2019.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 3 – Emergenze Sanitarie
DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 2 – Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
Ufficio 2 – Coordinamento tecnico ed adempimenti amministrativo contabili degli USMAF-SASN

Rientro operatori di organizzazioni governative e non governative provenienti da Paesi affetti da Malattia da Virus Bundibugyo – BVD: procedura per l'effettuazione di controlli sanitari ai Punti di ingresso.

Aggiornamento maggio 2026

1. Prima della partenza dal Paese affetto da Malattia da Virus Bundibugyo

- **Organizzazioni, governative e non governative**

Non appena siano a conoscenza dei dati di ingresso dell'operatore/operatrice ONG/non ONG, cooperante in Italia (volo e treno/bus/auto), ne danno comunicazione via e-mail alla Direzione generale delle emergenze sanitarie (DGEME) e Direzione generale della prevenzione (DGPRES) del Ministero della salute riportando (per ciascun operatore, in caso di più operatori in ingresso in Italia):

- Dati relativi all'operatore ONG/non ONG, cooperante che rientra in Italia
- Itinerario del viaggio e dettagli di ingresso in Italia (date di arrivo e n° di volo/n° treno/bus/informazioni su altro mezzo)

Contestualmente, e comunque non oltre le 48 ore precedenti l'ingresso in Italia, dovranno inviare anche:

- Dichiarazione di cui all'Allegato 1, firmata da legale rappresentante della ONG/dal responsabile del Progetto e, ove possibile, dal medico dell'organizzazione
- Copia dell'assicurazione sanitaria dell'operatore ONG/non ONG, cooperante che rientra in Italia

Tutti i suddetti documenti vanno inviati contemporaneamente ai seguenti indirizzi email:

coordinamento.contactracing@sanita.it
coordinamento.usmafsasn@sanita.it;
dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it;
dgeme@postacert.sanita.it
dip.prevenzione@sanita.it
dpres.emergenze@sanita.it

- **Ufficio 2 DGPRE– Coordinamento tecnico ed adempimenti amministrativo contabili degli USMAF-SASN**

Non appena ottenuta la comunicazione da parte dell'organizzazione, la trasmette immediatamente all'Unità Territoriale dell'USMAF-SASN competente per il Punto di ingresso (e-mail dell'ufficio, del Direttore e del Responsabile UT).

- **Ufficio 2 DGEME Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili**

Non appena ricevuta la comunicazione da parte dell'organizzazione, la trasmette tempestivamente alle Regioni/PPAA di competenza territoriale per luogo/i di soggiorno dichiarato/i, ai fini dell'attivazione della sorveglianza sanitaria all'arrivo dell'operatore ONG/non ONG, cooperante rientrante da Paese affetto Malattia da Virus Bundibugyo

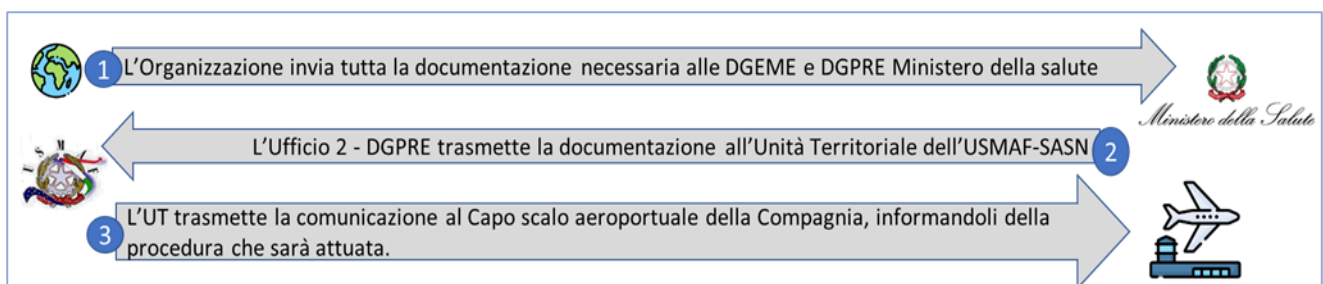
- **Unità Territoriale dell'USMAF-SASN competente per il Punto di ingresso**

Il medico USMAF-SASN incaricato della vigilanza,

- trasmette apposita comunicazione al capo scalo dell'aeroporto e al capo scalo della compagnia, informandoli della procedura che sarà attuata, e raccomandando di tenere a bordo dell'aereo un numero di PLC (Passenger Locator Card) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3066_listaFile_itemName_8_file.pdf pari al numero massimo di Passeggeri ed Equipaggio imbarcabile in caso di sintomatologia dell'operante ONG/Non ONG.

Figura 1: Riepilogo del flusso di informazioni previsto prima della partenza dell'operatore ONG/non ONG, cooperante dal Paese affetto da BVD.

Prima della partenza dai Paesi affetti da malattia da Malattia da Virus Bundibugyo

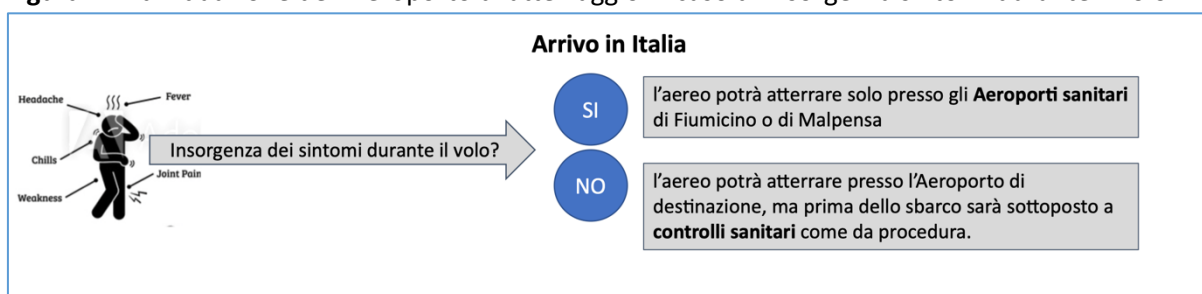


2. Durante il viaggio

Operatore di organizzazioni governative, non governative e cooperanti rientrante da Paese affetto da Malattia da Virus Bundibugyo

- L'operatore ONG/non ONG, cooperante è tenuto a stampare e portare con sé, tenendola sempre a portata di mano anche a bordo, copia della **scheda anamnestica di cui all'allegato 2**, debitamente compilata con i propri dati anagrafici e le altre informazioni non soggette a modifica durante il viaggio, avendo cura di aggiornarla con gli eventuali valori della temperatura corporea rilevati dalle Autorità sanitarie nel corso degli sbarchi/imbarchi.
- Qualora durante il volo l'operatore ONG/non ONG, cooperante in ingresso in Italia da Paese con focolaio attivo di Malattia da Virus Bundibugyo (così come qualunque passeggero o membro dell'equipaggio che abbia soggiornato in uno dei suddetti Paesi negli ultimi 21 giorni) **presenti uno o più sintomi**, il passeggero segnalerà immediatamente la circostanza al personale di volo, e l'aereo potrà atterrare solo presso gli aeroporti sanitari di Fiumicino o di Malpensa, ove verranno attuate le procedure previste per tali casi dalle rispettive ordinanze emesse dall'USMAF-SASN competente.
- **Si raccomanda alle compagnie aeree di segnalare tempestivamente agli Uffici USMAF, tramite le modalità consuete, in ossequio alla Circolare ENAC del 21.09.2012, EAL-10A, eventuali situazioni che possono far ipotizzare un sospetto di malattia infettiva a bordo dell'aeromobile. Si ricorda, altresì, che in questi casi, vige l'obbligo di coordinarsi con i suddetti Uffici per la raccolta e la consegna dei *Passenger Locator Form (PLF)* di tutti i passeggeri, onde consentire la tracciabilità dei contatti in caso di necessità sanitaria.**

Figura 2. Individuazione dell'Aeroporto di atterraggio in caso di insorgenza sintomi durante il volo.



3. All'arrivo in Italia

In caso di insorgenza di sintomi durante il volo, l'aereo dovrà atterrare solo presso gli aeroporti sanitari di Fiumicino o di Malpensa, ove verranno attuate le procedure previste per tali casi dalle rispettive ordinanze emesse dall'USMAF-SASN competente.

In caso di assenza di sintomi durante il volo, all'arrivo dell'aereo (finger o piazzola secondo operativo della Compagnia Aerea):

- Si procede alle consuete operazioni di sbarco

- l'operatore ONG/non ONG, cooperante segnalato, deve attendere presso il gate di uscita il personale USMAF per la verifica/compilazione della scheda anamnestica (Allegato 2).

- se il controllo risulta **NEGATIVO** (no febbre e scheda anamnestica negativa) il personale USMAF provvede all'invio della scheda agli indirizzi indicati nella circolare.

- se il controllo risulta **POSITIVO** (presenza di febbre) → viene attivata la procedura prevista dell'Ordinanza eventualmente emanata dall'USMAF competente.

L'USMAF comunica tempestivamente l'esito dell'anamnesi all'Ufficio 2 Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili ai fini dell'attivazione immediata del tracciamento dei contatti.

Contestualmente

- Al termine del controllo il **medico USMAF-SASN** relaziona via email al Direttore del proprio Ufficio, al Direttore dell'Ufficio 2 DGPRE e dell'Ufficio 2 DGEME, al Coordinamento *contact tracing* (coordinamento.contacttracing@sanita.it), e al Coordinamento USMAF/SASN (coordinamento.usmafsasn@sanita.it) e provvede all'invio della scheda anamnestica agli indirizzi indicati nella circolare. L'Ufficio 2 DGEME provvederà all'invio della stessa alla Asl territorialmente competente per l'attivazione della sorveglianza.

• Unità Territoriale ASL

- In caso l'operatore ONG/non ONG, cooperante rientrasse in Italia con mezzi che non prevedono ingresso aeroportuale (treni, bus, auto propria etc...), la ASL di competenza territoriale dovrà provvedere a contattarlo ai riferimenti riportati nell'allegato 1.
- L'Operatore ONG/non ONG, cooperante, dovrà fornire la **scheda anamnestica di cui all'allegato 2**, debitamente compilata all'operatore sanitario della ASL che provvederà alla valutazione della stessa (misura della temperatura corporea del cooperante e completamento della scheda anamnestica). I
- In caso di esito negativo, l'operatore sanitario avrà cura di inviare tempestivamente la scheda agli indirizzi: coordinamento.contacttracing@sanita.it dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it; dgeme@postacert.sanita.it dip.prevenzione@sanita.it; dpres.emergenze@sanita.it
- In caso di esito positivo si attiveranno le procedure previste per i casi di BVD dalla circolare

Utilizzo di DPI: secondo normativa di legge (dispositivi di I livello all'atto della misurazione della temperatura; quelli previsti dall'Ordinanza aeroportuale in caso di riscontro di febbre).