



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 DGPRES - 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

21 maggio 2026

Panoramica della situazione

Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute Pubblica, dell'Igiene e del Welfare Sociale della Repubblica Democratica del Congo (RDC) e il Ministero della Salute dell'Uganda hanno dichiarato un focolaio di malattia da Ebola a seguito della conferma della malattia da virus Bundibugyo (Bundibugyo virus disease BVD) in entrambi i Paesi. Il 16 maggio 2026, il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito che la malattia da Ebola causata dal virus Bundibugyo nella RDC e in Uganda costituisce un'emergenza di salute pubblica di rilevanza internazionale (Public Health Emergency of International Concern PHEIC), come definito dalle disposizioni del RSI. Il 19 maggio 2026, il Direttore Generale dell'OMS ha convocato la prima riunione del Comitato di Emergenza del RSI e sono state emesse raccomandazioni temporanee agli Stati Parte. Al 21 maggio, nella RDC sono stati segnalati 746 casi sospetti e 176 decessi tra i casi sospetti. Finora sono stati segnalati in entrambi i Paesi 85 casi confermati, di cui due in Uganda, e dieci decessi tra i casi confermati, di cui uno in Uganda. Nella RDC, la trasmissione è concentrata nelle province di Ituri, Nord Kivu e Sud Kivu, con difficoltà nel monitoraggio dei contatti, condizioni di insicurezza e sistemi inadeguati di isolamento e trasferimento che complicano gli sforzi di risposta. L'Uganda ha segnalato due casi importati senza alcuna trasmissione locale confermata. È stato inoltre confermato positivo un cittadino americano che lavorava nella RDC ed è stato trasferito in Germania per ricevere cure. Le autorità nazionali, in collaborazione con l'OMS e i partner, stanno implementando misure di risposta che includono il dispiegamento di squadre di risposta rapida, la consegna di forniture mediche, il rafforzamento della sorveglianza, la conferma di laboratorio, valutazioni sulla prevenzione e il controllo delle infezioni, l'allestimento di centri di trattamento sicuri e ottimizzati e il coinvolgimento della comunità.

Descrizione della situazione

Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute Pubblica, dell'Igiene e del Welfare Sociale della Repubblica Democratica del Congo (RDC) ha ufficialmente dichiarato il 17° focolaio di malattia da Ebola a seguito della conferma di laboratorio della malattia da virus Bundibugyo (BVD) in otto campioni. Contemporaneamente, il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute dell'Uganda ha confermato un focolaio di BVD in seguito all'identificazione di un caso importato dalla RDC.

* 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-DON603>

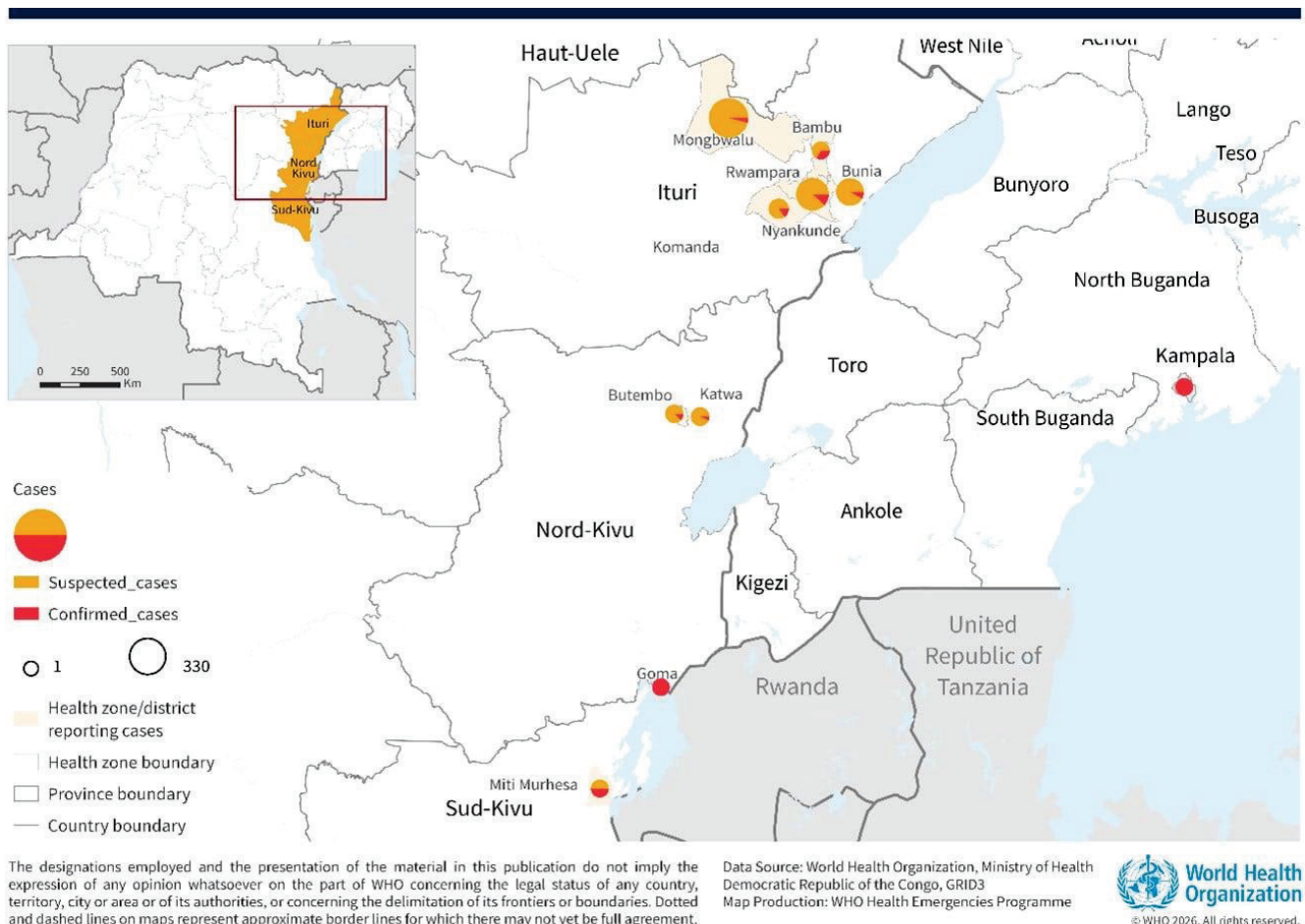
I DONs, pubblicati al link <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news> forniscono informazioni su eventi confermati e rilevanti di sanità pubblica. Secondo l'articolo 11.4 del Regolamento Sanitario Internazionale (2005) [IHR (2005)], l'OMS può rendere disponibili informazioni su eventi di 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-allesterio/>

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

Dall'ultima pubblicazione del Disease Outbreak News del 16 maggio 2026, il numero di casi sospetti e confermati è aumentato rapidamente nella RDC, con un'espansione geografica nelle province del Nord Kivu e del Sud Kivu. In totale, al 21 maggio 2026 nella RDC sono stati segnalati 746 casi sospetti, inclusi 176 decessi tra i casi sospetti; e 85 casi confermati (due in Uganda), inclusi dieci decessi (uno in Uganda) (CFR del 12%) sono stati segnalati in entrambi i Paesi.

Figura 1. Distribuzione dei casi sospetti e confermati da virus Bundibugyo nella Repubblica Democratica del Congo e Uganda, al 21 maggio 2026.



Repubblica Democratica del Congo

Al 21 maggio 2026, nella RDC sono stati segnalati un totale di 83 casi confermati, inclusi nove decessi (CFR 11%); e 746 casi sospetti, inclusi 176 decessi, provenienti da 15 zone sanitarie (Health Zone-HZ) nelle province di Ituri, Nord Kivu e Sud Kivu. Ad oggi sono stati segnalati quattro decessi tra gli operatori sanitari. Sono in corso indagini epidemiologiche e di laboratorio per riclassificare tutti i casi sospetti e i decessi segnalati nella RDC.

- i rischi di trasmissione transfrontaliera rimangono elevati a causa delle condizioni di insicurezza, delle crisi umanitarie, dell'elevata mobilità della popolazione, dei focolai di trasmissione urbani/semi urbani e dei confini facilmente attraversabili, richiedendo un rafforzamento della sorveglianza e della condivisione delle informazioni;
- situazione profondamente difficile per le comunità colpite, con crescenti preoccupazioni riguardo all'accesso a servizi sanitari gratuiti e di supporto, alla possibilità di garantire sepolture rispettose e dignitose e alla diffusione di disinformazione e voci incontrollate;
- il conflitto in corso nella provincia di Ituri limita il movimento delle squadre di sorveglianza, il dispiegamento delle Squadre di Risposta Rapida e il trasporto dei campioni di laboratorio.

Attualmente si ritiene che l'evento abbia avuto origine nella zona sanitaria (HZ) di Mongbwalu, nella RDC, un'area mineraria ad alto traffico, con casi successivamente spostatisi verso Rwampara e Bunia per ricevere cure mediche. La provincia di Ituri confina con il Sud Sudan e l'Uganda, e la zona sanitaria di Bunia si trova a meno di 40 [500 N.d.r.] km dall'Uganda. È attualmente in corso un'indagine epidemiologica completa e un'attività di tracciamento retrospettivo.

Il ruolo dell'Ituri come snodo commerciale e migratorio e la sua vicinanza all'Uganda e al Sud Sudan aumentano il rischio di esportazione regionale e di trasmissione transfrontaliera.

Uganda

Al 20 maggio 2026, sono stati segnalati un totale di due casi confermati incluso un decesso a Kampala, in Uganda. Entrambi i casi erano stati importati dalla RDC. Il primo caso è stato ricoverato in un ospedale privato l'11 maggio ed è deceduto il 14 maggio. Il trasferimento della salma nella RDC è stato completato lo stesso giorno. Il secondo caso è stato confermato il 16 maggio a Kampala, di una persona rientrata dalla RDC senza apparenti collegamenti con il primo caso. Il caso è attualmente ricoverato in Uganda presso l'Unità di Isolamento e Trattamento di Mulago. Al momento della segnalazione, in Uganda non è stata identificata alcuna trasmissione locale.

Al 18 maggio, sono stati identificati e posti sotto monitoraggio un totale di 127 contatti collegati a entrambi i casi confermati importati. Questi includono contatti familiari stretti e contatti ospedalieri nei luoghi in cui i casi erano stati ricoverati.

I rischi di esposizione sono associati agli ambienti sanitari e ai movimenti transfrontalieri. Il 18 maggio sono stati segnalati e investigati diciotto alert. Quattro cluster attivi di esposizione transfrontaliera identificati nel distretto di Ntoroko sono attualmente sotto indagine.

Epidemiologia

La malattia da virus Bundibugyo (Bundibugyo virus disease-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. 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 (Infection prevention and control-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, in collaborazione con l'OMS e i partner, stanno attuando misure di salute pubblica, incluse, , ma non limitate, alle seguenti:

Coordinamento

- È stato attivato il Sistema di Gestione dell'Incidente per coordinare la risposta al focolaio, con supporto tecnico dell'OMS e dei partner sanitari.
- Strutture di coordinamento subnazionali vengono attivate a livello provinciale e di zone sanitarie per coordinare le attività operative. Sono in corso riunioni quotidiane di coordinamento provinciale che coinvolgono tutti i pilastri della risposta e i partner operativi.
- Squadre di risposta rapida del Ministero della Salute (MoH) e dell'OMS sono state dispiegate nelle zone sanitarie di Bunia, Mongbwalu e Rwampara.

Sorveglianza

- È in corso la sorveglianza dei casi sospetti e probabili (inclusi i pertinenti punti di ingresso e confini).
- La gestione degli alert e le indagini sui casi vengono intensificate. Squadre investigative sono state dispiegate a Bunia e Rwampara, con alert sotto indagine nelle province di Ituri, Nord Kivu, Sud Kivu e Tshopo.

- È stato avviato il tracciamento dei contatti con 541 contatti identificati, sebbene persistano importanti difficoltà operative dovute alle condizioni di insicurezza.
- I data manager sono stati formati sull'utilizzo del tracker DHIS2 e si sta svolgendo una riunione di coordinamento tra sorveglianza e salute digitale per migliorare l'armonizzazione tra le piattaforme digitali.
- L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (International Organization for Migration-IOM) supporta la sorveglianza nei punti di ingresso (PoEs); tuttavia, i passaggi informali e la debole gestione degli alert nei PoEs rimangono criticità significative.

Gestione dei casi

- L'OMS e i partner stanno supportando la continua istituzione e l'operatività delle strutture di isolamento e trattamento nelle aree colpite.
- L'OMS e i partner stanno lavorando per mantenere l'accesso ai servizi sanitari essenziali e ad altri servizi.

Laboratorio

- Si sta potenziando la capacità laboratoristica d'emergenza. I team dell'Institut National de la Recherche Biomédicale (INRB) vengono dispiegati a Bunia per stabilire e ampliare i test. Si sta sviluppando una strategia di decentralizzazione per aggiungere ulteriori laboratori da campo a Mongbwalu e Mahagi (confine Ituri-Uganda). Il laboratorio di Goma è stato attivato e fornisce capacità diagnostiche per il Nord Kivu.
- Sono stati reperiti kit PCR, mentre l'Hub Regionale di Emergenza OMS di Dakar sta inviando reagenti, analizzatori portatili "Piccolo" e moduli della catena del freddo per rafforzare le operazioni dei laboratori sul campo.
- Sono in corso analisi genomiche ed epidemiologiche e le sequenze sono state caricate tramite una pubblicazione congiunta (RDC e Uganda) su virological.org.

Comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità (Risk Communication and Community Engagement -RCCE)

- La mobilitazione della comunità è iniziata a Mongbwalu, mentre sono in corso attività di ascolto sociale e l'implementazione delle piattaforme digitali UNICEF (U-Report e I-Hear-You) per migliorare il feedback comunitario e la condivisione delle informazioni.
- L'OMS sta supportando interventi di coinvolgimento con leader di comunità e religiosi.
- L'OMS ha condiviso un rapporto multinazionale sulla gestione dell'infodemia, fornendo un'analisi iniziale delle percezioni della comunità, includendo le principali domande, preoccupazioni, voci non verificate, informazioni errate e disinformazione, per guidare interventi mirati di comunicazione del rischio e di coinvolgimento della comunità.

L'OMS e i partner hanno sviluppato un archivio condiviso di messaggi RCCE per armonizzare i contenuti della comunicazione del rischio.

Prevenzione e controllo delle infezioni (Infection Prevention and Control-IPC)

- Si sta istituendo un meccanismo di coordinamento per la risposta IPC sotto la guida della Divisione Provinciale della Salute e del Centro Operativo per le Emergenze di Sanità Pubblica.
- Si stanno incrementando le risorse umane locali per consentire gli interventi chiave richiesti.
- Oltre 150 operatori sanitari sono stati formati sulle misure di base IPC e sulle misure specifiche per Ebola, è in corso un piano di formazione a cascata destinato a ulteriori 500 operatori sanitari.
- Si stanno costruendo e istruendo squadre operative per la decontaminazione, le sepolture sicure e dignitose e le valutazioni delle strutture sanitarie.
- Forniture IPC, inclusi dispositivi di protezione individuale (Personal Protective Equipment-PPE), sono stati donati alle strutture sanitarie prioritarie.

Supporto operativo e logistica

- Oltre 17 tonnellate di forniture di emergenza sono state spedite nella RDC, inclusi dispositivi di protezione individuale (PPE), forniture per febbri emorragiche virali, tende, sacchi per salme, materiali IPC, barelle, medicinali e altre forniture per la gestione dei casi.
- È in corso il dispiegamento di sistemi EpiShuttle per il trasporto in isolamento dei pazienti, veicoli, apparecchiature di telecomunicazione, materiali di laboratorio, macchine diagnostiche portatili point-of-care, reagenti, moduli della catena del freddo e kit PCR per Ebola, per rafforzare il trasporto clinico, la diagnostica laboratoristica e le operazioni di risposta sul campo.
- È in corso il coordinamento per mobilitare un elicottero, tre ambulanze e due veicoli blindati a supporto del trasporto di merci e personale. Le strutture per il dispiegamento delle risorse umane sono in fase di finalizzazione e il Servizio Aereo Umanitario delle Nazioni Unite (UNHAS) supporta il movimento del personale verso Bunia.
- I partner del Global Logistics Cluster sono stati aggiornati sulla situazione ed è in corso la pianificazione del supporto WFP/Logistics Cluster per servizi comuni ai partner.
- Sono in corso sforzi con i partner per fornire trasporto merci aereo sovvenzionato nella regione e verso Bunia.
- È stata finalizzata una previsione di quattro settimane del fabbisogno critico di PPE per la gestione dei casi, la prevenzione e il controllo delle infezioni e le operazioni funerarie, al fine di supportare attività di risposta sostenute.
- È stato finalizzato un elenco di articoli ad alta priorità per facilitare il monitoraggio collettivo. È in fase finale per la condivisione un calcolatore dei fabbisogni di materiali.

Salute alle frontiere, viaggi e grandi eventi

- Le linee guida OMS su viaggi e salute alle frontiere sono state diffuse tra Paesi e settori dei trasporti, sottolineando che casi sospetti, probabili e confermati e i loro contatti dovrebbero evitare i viaggi salvo evacuazione medica, e sconsigliando restrizioni ai viaggi o al commercio e chiusure delle frontiere.

- I Paesi colpiti e confinanti stanno rafforzando la loro preparazione per individuare, investigare, trasferire, isolare e assistere eventuali casi sospetti, inclusa l'attivazione di piani di emergenza sanitaria, screening rafforzati in aeroporti, porti marittimi, attraversamenti terrestri e principali rotte di transito interne.

Le autorità sanitarie dell'**Uganda**, in collaborazione con l'OMS e i partner, stanno attuando misure di salute pubblica, incluse, ma non limitate, alle seguenti:

Coordinamento

- È stato attivato il Sistema di Gestione dell'Incidente per coordinare la risposta al focolaio, con supporto tecnico dell'OMS e dei partner sanitari.
- Sono stati attivati il Centro Nazionale Operativo per le Emergenze di Sanità Pubblica e i Centri Operativi Regionali per le Emergenze (EOCs) a Fort Portal, Arua, Yumbe, Kampala Capital City Authority, Kabale e Hoima; inoltre sono stati finalizzati il piano nazionale di risposta e la rapida valutazione del rischio.

Sorveglianza e laboratorio

- Le squadre sul campo stanno utilizzando Go.Data per il tracciamento dei contatti, beneficiando dell'esperienza acquisita durante precedenti focolai di mpox, colera e malattia da virus Sudan.
- Si sta rafforzando lo screening ai valichi di frontiera ufficiali e informali, lungo le principali rotte di transito e nei corridoi di pellegrinaggio.

Gestione dei casi

- Le strutture di isolamento nei distretti ad alto rischio sono state attivate e il Team Medico Nazionale di Emergenza dell'Uganda è stato dispiegato per supportare la gestione clinica.

Laboratorio

- Si stanno rafforzando i sistemi di sequenziamento e trasporto dei campioni.
- Un laboratorio mobile è stato dispiegato a Kasese vicino al confine con la RDC, con una riunione virtuale di coordinamento diagnostico a supporto delle operazioni di laboratorio transfrontaliere.

Comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità (RCCE)

- I sistemi di comunicazione del rischio sono stati attivati con messaggi comunitari e campagne di sensibilizzazione pubblica in corso attraverso le reti dei District Health Officer, mentre gli operatori sanitari ricevono indicazioni sulle precauzioni standard e sulla comunicazione sanitaria pubblica.

Prevenzione e controllo delle infezioni (IPC)

- Si raccomanda agli operatori sanitari di rimanere vigili e di attenersi rigorosamente alle misure di prevenzione delle infezioni.

Valutazione del rischio dell'OMS

Il 16 maggio 2026, il Direttore Generale dell'OMS, dopo aver consultato gli Stati Parte nei quali è noto che l'evento sia attualmente in corso, ha stabilito che la malattia da Ebola causata dal virus Bundibugyo nella Repubblica Democratica del Congo e in Uganda costituisce un'emergenza di salute pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC), ai sensi delle disposizioni del RSI.

Questo è il 17° focolaio di malattia da Ebola nella RDC dal 1976. L'ultimo focolaio di malattia da Ebola nel Paese è stato un focolaio di malattia da virus Ebola dichiarato il 4 settembre 2025 con un totale di 64 casi (53 confermati, 11 probabili), inclusi 45 decessi (tasso di letalità del 70,3%), segnalati in sei aree sanitarie della zona sanitaria di Bulape, nella provincia del Kasai. La fine del focolaio è stata dichiarata il 1° dicembre 2025. L'ultimo focolaio di BVD era stato segnalato il 17 agosto 2012 dal Ministero della Salute della RDC nella Provincia Orientale. Furono segnalati un totale di 59 casi, di cui 38 confermati e 21 probabili, inclusi 34 decessi. Il Ministero della Salute dichiarò concluso il focolaio il 26 novembre 2012. In Uganda, l'ultimo focolaio segnalato è stato quello da Sudan ebolavirus nel 2022. L'ultimo focolaio di BVD nel Paese risale invece al 2007.

Questo focolaio si sta verificando in un contesto epidemiologico e umanitario complesso. Un ritardo critico di quattro settimane tra l'insorgenza dei sintomi del presunto caso indice (25 aprile 2026) e la conferma di laboratorio del focolaio (14 maggio 2025) suggerisce un basso livello di sospetto clinico tra gli operatori sanitari. Ciò è aggravato dalla presenza concomitante di arbovirus e sindromi simil-influenzali, che hanno mascherato il sospetto iniziale di malattia da Ebola e favorito la trasmissione nella comunità. Inoltre, l'infezione e la morte di quattro operatori sanitari nell'arco di quattro giorni presso il Mongbwalu General Referral Hospital evidenziano gravi violazioni dei protocolli di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC). È stato segnalato un elevato numero di decessi nella comunità potenzialmente associati a pratiche funerarie non sicure.

Il conflitto in corso nella provincia di Ituri limita il movimento delle squadre di sorveglianza, riduce il dispiegamento delle Squadre di Risposta Rapida e ostacola il trasporto sicuro dei campioni di laboratorio. Il tracciamento dei contatti è difficile a causa dell'accesso problematico e delle popolazioni altamente mobili, aumentando il rischio che 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 incrementa il rischio di trasmissione transfrontaliera se lo screening ai punti di ingresso (PoE), il coordinamento transfrontaliero e la condivisione delle informazioni non verranno immediatamente rafforzati. Il 15 maggio 2026, il Ministero della Salute dell'Uganda ha segnalato un caso importato di BVD.

I bisogni umanitari nell'area sono estremamente gravi. L'Ituri ospita 273 403 sfollati, con un totale di 1,9 milioni di persone bisognose di assistenza 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 5800 incidenti di protezione e 11 incidenti contro operatori umanitari.

A differenza della malattia da virus Ebola, non esistono vaccini autorizzati né terapie specifiche contro il BDBV. Sono state avviate attività di ricerca e sviluppo per coordinare gli sforzi volti a promuovere potenziali contromisure mediche candidate. La risposta e il controllo del focolaio si basano interamente su una serie di interventi e misure di salute pubblica che dovranno essere attuati rigorosamente, inclusi cure di supporto, identificazione precoce dei casi, adeguate misure IPC, rigoroso tracciamento dei contatti, sepolture sicure e coinvolgimento della comunità.

L'OMS ha valutato il rischio del focolaio di BVD come molto elevato a livello nazionale nella RDC, elevato a livello regionale e basso a livello globale.

Raccomandazioni OMS

Il 19 maggio 2026, il Direttore Generale dell'OMS ha convocato la prima riunione del Comitato di Emergenza del RSI, che il 22 maggio 2026 ha emesso le seguenti raccomandazioni temporanee agli Stati Parte:

Per i Paesi con rilevamento documentato del virus Bundibugyo (Repubblica Democratica del Congo e Uganda)

Coordinamento e coinvolgimento ad alto livello

- Dichiarare l'epidemia di malattia da virus Bundibugyo (BVD) un'emergenza sanitaria, a livello nazionale o subnazionale, conformemente alle leggi nazionali e secondo necessità.
- Attivare i meccanismi nazionali di gestione delle catastrofi o delle emergenze sanitarie e attivare o istituire un centro operativo di emergenza, sotto l'autorità del Capo di Stato o dell'autorità governativa competente, per coordinare le attività di risposta tra settori governativi, livelli amministrativi e partner, garantendo implementazione e monitoraggio efficaci delle misure globali di controllo della BVD. Tali misure devono includere sorveglianza rafforzata, identificazione dei casi, tracciamento dei contatti, prevenzione e controllo delle infezioni (IPC), comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità, test diagnostici di laboratorio, gestione dei casi e sepolture sicure e dignitose. I meccanismi di coordinamento e risposta devono essere istituiti sia a livello nazionale sia subnazionale nelle aree con rilevamento di BDBV e nelle aree a rischio.
- Istituire e mantenere aggiornato un registro dei segnali compatibili con la BVD ("alert"), includendo lo stato delle relative indagini.
- Istituire e mantenere aggiornata un elenco dettagliato dei casi sospetti – inclusi quelli identificati tramite sorveglianza sindromica –, dei casi probabili e dei casi confermati di BVD.
- Istituire e mantenere aggiornata la lista dei contatti di tutti i casi confermati e probabili di BVD; monitorare ciascun contatto per 21 giorni dalla data dell'ultima esposizione nota; l'evoluzione

dell'epidemia e le risorse disponibili possono richiedere una prioritizzazione basata sul rischio dei contatti da identificare e monitorare.

- Negoziare, ove applicabile, e istituire corridoi di sicurezza, anche transfrontalieri, per consentire ai soccorritori di raggiungere in sicurezza le comunità colpite e alle comunità di accedere a cure sanitarie adeguate.
- Notificare quotidianamente all'OMS, tramite il pertinente Punto di Contatto RSI dell'Ufficio Regionale OMS, il rilevamento di casi sospetti, probabili e confermati di BVD, secondo le definizioni di caso OMS.

Comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità

- Implementare interventi su larga scala per la costruzione della fiducia e il coinvolgimento della comunità – utilizzando tutti i canali di comunicazione affidabili disponibili e collaborando strettamente con leader religiosi e tradizionali locali e guaritori tradizionali – affinché le comunità siano pienamente consapevoli dei rischi e dei benefici delle misure di controllo e contribuiscano attivamente all'identificazione precoce e all'isolamento dei casi, all'identificazione e monitoraggio dei contatti e alle pratiche di sepoltura sicure e dignitose.
- Rafforzare la consapevolezza, il coinvolgimento e la partecipazione della comunità, stabilendo e rafforzando la fiducia anche attraverso l'identificazione e la gestione delle norme culturali e credenze che possono costituire ostacoli alla piena partecipazione alla risposta; e integrando interventi e feedback della comunità nella risposta complessiva, per affrontare i bisogni della popolazione, in particolare nei contesti della prolungata crisi umanitaria nelle province orientali della RDC.
- Formare i leader comunitari sulle motivazioni alla base delle misure di salute pubblica, inclusi isolamento dei casi, monitoraggio dei contatti e sepolture sicure in modo dignitoso, non stigmatizzante e non punitivo.
- Attivare reti locali, inclusi operatori sanitari comunitari, volontari della Croce Rossa e altri attori comunitari fidati, per promuovere comportamenti protettivi; facilitare l'identificazione precoce e il trasferimento dei casi sospetti di BVD; supportare le attività di tracciamento dei contatti; e raccogliere e trasmettere feedback della comunità per migliorare l'accettazione delle misure di salute pubblica.
- Favorire il rispetto delle restrizioni ai movimenti associate alle misure di controllo, attraverso la fornitura di alimenti, acqua, strumenti di comunicazione, supporto finanziario e psicosociale.

Sorveglianza e laboratorio

- Rafforzare la sorveglianza e la capacità laboratoristica, decentralizzandole nei primi livelli amministrativi subnazionali (ad esempio province) con rilevamento documentato di BDBV e nei livelli amministrativi confinanti considerati ad alto rischio, tramite:

- squadre dedicate di sorveglianza e risposta in ciascuna zona sanitaria e nelle zone confinanti ad alto rischio di introduzione della BVD;
 - ricerca attiva dei casi e sorveglianza comunitaria rafforzata per cluster di malattie o decessi inspiegabili;
 - indagini degli “alert” entro 24 ore dalla rilevazione;
 - potenziamento delle capacità laboratoristiche RT-PCR per test tempestivi del BDBV, inclusa l’istituzione di protocolli per raccolta sicura dei campioni, percorsi di trasferimento e formazione sulla biosicurezza per il personale di laboratorio;
 - considerare la decentralizzazione delle capacità di laboratorio per ridurre i tempi di risposta e supportare l’assistenza ai pazienti e gli eventuali studi clinici. I laboratori sul campo devono essere istituiti conformemente agli standard di biosicurezza e bio-protezione. Può essere considerato un test vicino al punto di cura purché validato rispetto agli standard RT-PCR attuali.
- NB: la piattaforma GeneXpert non è in grado di rilevare il virus Bundibugyo (BDBV).
 - Identificare e monitorare per 21 giorni lo stato di salute dei contatti di casi sospetti, probabili e confermati di BVD. Lo stato di salute deve essere valutato e registrato quotidianamente. Qualsiasi contatto che sviluppi sintomi compatibili con la BVD deve essere valutato, isolato, testato e assistito.
 - Istituire un meccanismo per monitorare l’evoluzione degli indicatori relativi alle prestazioni delle attività di tracciamento dei contatti.

Prevenzione e controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie e nel contesto assistenziale

- Rafforzare le misure per prevenire le infezioni nosocomiali, inclusa la mappatura sistematica delle strutture sanitarie, l’istituzione e diffusione di protocolli di triage, interventi IPC mirati e monitoraggio e supervisione continui.
- Fornire formazione continua IPC agli operatori sanitari, incluso il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (PPE).
- Fornire alle strutture sanitarie sufficienti forniture di appropriati PPE per garantire sicurezza e protezione del personale, risorse per il pagamento tempestivo degli stipendi e, se appropriato, indennità di rischio.
- Istituire canali affinché gli operatori sanitari possano segnalare esposizioni ed essere valutati, con accesso a supporto psicosociale e, quando possibile, profilassi post-esposizione in uso compassionevole o nell’ambito di studi clinici. Tutte le esposizioni professionali devono essere investigate per consentire azioni correttive immediate.
- Valutare il rafforzamento delle capacità IPC della comunità formando leader comunitari e sottolineando che l’igiene delle mani contribuisce non solo al controllo della BVD ma anche alla riduzione della trasmissione di altre malattie trasmissibili presenti nelle stesse aree. L’igiene delle

mani deve essere facilitata in punti critici come scuole, chiese, bar, mercati, luoghi di aggregazione e punti di ingresso.

Percorsi di trasferimento dei pazienti e accesso a cure intensive sicure e ottimizzate

- Istituire centri o unità dedicate di isolamento e trattamento per casi sospetti, probabili e confermati di BVD, situati nelle aree con rilevamento documentato di BDBV o nelle loro vicinanze, con personale adeguato specificamente formato ed equipaggiato per fornire cure intensive di supporto ottimizzate.
- Stabilire protocolli per il trasferimento sicuro dei pazienti sospetti verso strutture sanitarie dedicate per isolamento, valutazione e trattamento con approccio umano e centrato sul paziente. Ciò include squadre di ambulanza formate, meccanismi di notifica alla struttura ricevente, applicazione delle misure IPC durante il trasferimento e protocolli di decontaminazione per veicoli e attrezzature.
- Stabilire protocolli per la gestione e lo smaltimento dei rifiuti medici conformemente ai principi di biosicurezza.
- Istituire programmi di follow-up per i sopravvissuti, inclusi assistenza clinica, counselling, test del seme, consulenza sulla salute sessuale e distribuzione di preservativi ove appropriato, insieme a supporto psicosociale e programmi di riduzione dello stigma.
- Mantenere il pacchetto dei servizi sanitari essenziali, inclusa la fornitura di attrezzature IPC per operare in sicurezza. Ciò include almeno diagnosi e trattamento della malaria e servizi di salute materna e infantile.

Sepulture sicure e dignitose

- Stabilire protocolli che garantiscano funerali e sepolture eseguiti da personale adeguatamente formato, prevedendo la presenza della famiglia e il rispetto delle pratiche culturali, conformemente alle leggi e regolamenti nazionali pertinenti.

Operazioni, forniture e logistica

- Istituire supporto logistico per mantenere una robusta catena di approvvigionamento di PPE, materiali diagnostici, terapie e altri beni medici, materiali IPC e forniture per sepolture sicure.

Salute alle frontiere, viaggi internazionali e grandi eventi

- Rafforzare, tramite accordi tra Paesi confinanti, la sorveglianza ai valichi terrestri e nelle aree di frontiera.
- Attuare misure, conformemente alle leggi nazionali, per impedire a casi sospetti, probabili e confermati di BVD e ai loro contatti di effettuare viaggi internazionali, salvo che il viaggio sia parte di evacuazione medica appropriata.
- Impedire il trasferimento transfrontaliero dei resti umani di casi sospetti, probabili o confermati di BVD, salvo autorizzazione tramite accordi bilaterali.
- Implementare screening in uscita in tutti i punti di ingresso – aeroporti, porti e valichi terrestri – comprendenti almeno questionari sulla possibile esposizione alla BVD, misurazione della

temperatura e, in caso di febbre, valutazione approfondita del rischio da parte di personale formato e dotato di PPE.

- Segnalare all'OMS attraverso il pertinente Punto di Contatto RSI dell'Ufficio Regionale OMS l'attuazione di qualsiasi misura relativa al traffico internazionale.
- Considerare il rinvio di grandi eventi fino all'interruzione della trasmissione della BVD.

Ricerca e sviluppo di contromisure mediche

- Collaborare, ove possibile, con partner di ricerca e istituzioni internazionali per:
 - definire una robusta strategia laboratoristica e attuare urgentemente studi comparativi sui test PCR per validare o invalidare la piattaforma PCR (Radione®) attualmente utilizzata sul campo;
 - implementare studi clinici eticamente approvati e scientificamente solidi per sviluppare terapie candidate, profilassi post-esposizione e vaccini;
 - Istituire, al fine di sostenere la ricerca, revisioni regolatorie ed etiche nazionali accelerate ed efficienti, coinvolgimento della comunità, farmacovigilanza (ove applicabile), condivisione dei dati e accordi di accesso equo.

Per i Paesi con confini terrestri adiacenti a Paesi con malattia da virus Bundibugyo (BVD) documentata

- Istituire un meccanismo nazionale di coordinamento articolato con i livelli subnazionali.
- Rafforzare rapidamente lo stato di preparazione alla risposta ai casi di BVD, inclusa l'istituzione della sorveglianza attiva presso le strutture sanitarie, con segnalazione zero; il potenziamento della sorveglianza comunitaria per cluster di decessi inspiegabili; l'istituzione dell'accesso a laboratori qualificati per il test della BVD; la sensibilizzazione degli operatori sanitari riguardo alla BVD; la formazione degli operatori sanitari sulle precauzioni IPC; l'istituzione di squadre di risposta rapida per l'indagine e la gestione dei pazienti con BVD e dei loro contatti; l'istituzione di un meccanismo per l'identificazione e il monitoraggio dei contatti.
- Istituire la capacità presso i laboratori di riferimento nazionali per eseguire in modo tempestivo e sicuro i test per il BDBV insieme ai test differenziali pertinenti. Possono essere prese in considerazione spedizioni a un laboratorio di riferimento internazionale per il confronto interlaboratorio nell'ambito dell'implementazione dell'assicurazione esterna della qualità.
- Condurre operazioni internazionali di tracciamento dei contatti secondo necessità, inclusa l'acquisizione di informazioni da compagnie aeree e altri operatori di trasporto; identificare i contatti associati ai mezzi di trasporto in viaggio internazionale e comunicare con gli Stati Parte indicati come destinazione finale di tali contatti.
- Intensificare le attività di comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità nelle comunità residenti nelle aree di confine e nei punti di ingresso, inclusi aeroporti e porti con

collegamenti diretti con Stati Parte con rilevamento documentato di BDBV, e fornire al pubblico informazioni accurate e aggiornate riguardo all'epidemia di BVD e alle misure per ridurre il rischio di esposizione.

- Testare le disposizioni già in essere per rispondere alla BVD attraverso esercitazioni di simulazione relative alla gestione degli “alert” di BVD, inclusi quelli transfrontalieri; l’invio dei campioni; l’attivazione delle squadre di risposta rapida e dei meccanismi operativi.
- Istituire, al fine di sostenere la ricerca, revisioni regolatorie ed etiche nazionali accelerate ed efficienti, coinvolgimento della comunità, farmacovigilanza (ove applicabile), condivisione dei dati e accordi di accesso equo.
- Salute alle frontiere e viaggi internazionali
 - Fornire ai viaggiatori informazioni accurate e aggiornate sull’epidemia di BVD e sulle misure per ridurre il rischio di esposizione, inclusa la raccomandazione di evitare viaggi verso aree con rilevamento documentato di BDBV.
 - Rafforzare, tramite accordi tra Paesi confinanti, la sorveglianza ai valichi di frontiera terrestri. Ciò include l’istituzione di meccanismi di coordinamento per la rilevazione e la valutazione di viaggiatori con febbre di origine non spiegata e la tempestiva condivisione di informazioni riguardanti contatti che abbiano attraversato o possano aver attraversato la frontiera, consentendo la continuità del follow-up.
 - Disporre preventivamente PPE, altri materiali IPC, kit per la raccolta campioni, moduli di indagine dei casi e materiali per sepolture sicure nelle aree di confine adiacenti a quelle con rilevamento documentato di BDBV.
 - Attivare piani di contingenza sanitaria negli aeroporti e nei porti, coinvolgendo gli operatori dei mezzi di trasporto, per rilevare, valutare e gestire viaggiatori provenienti da Stati Parte con rilevamento documentato di BDBV che presentino sintomi compatibili con la BVD, e per l’identificazione dei loro contatti secondo protocolli stabiliti. Ciò include la disponibilità di personale formato, meccanismi di trasferimento e applicazione delle misure IPC.
 - Coordinarsi con gli operatori dei mezzi di trasporto per facilitare la comunicazione tempestiva, prima dell’arrivo e alle autorità competenti, di eventuali casi sospetti di BVD a bordo, e per identificare i contatti associati ai viaggi internazionali. L’identificazione di tali contatti include, ove applicabile, la trasmissione dei dati personali agli Stati Parte indicati come destinazione finale.
 - Al momento dell’emissione di queste raccomandazioni temporanee, non si raccomanda né la sospensione dei voli o delle rotte fluviali/marittime con Stati Parte con rilevamento documentato di BDBV, né il rifiuto di ingresso ai viaggiatori e ai mezzi di trasporto provenienti da tali Stati.

- Notificare all'OMS, tramite il pertinente Punto di Contatto RSI dell'Ufficio Regionale OMS, l'attuazione di qualsiasi misura relativa al traffico internazionale.
- Trattare come emergenza sanitaria, inclusa una dichiarazione formale secondo le leggi nazionali, il rilevamento di un caso sospetto o confermato di BVD, di un suo contatto, o di un cluster di decessi inspiegabili. Ciò include l'indagine entro 24 ore, l'isolamento e gestione del caso, la diagnosi definitiva e l'identificazione e monitoraggio dei contatti.
- Notificare immediatamente all'OMS, tramite il pertinente Punto di Contatto per il RSI negli Uffici Regionali OMS, qualsiasi caso sospetto, probabile o confermato di BVD secondo le definizioni OMS.
- In presenza di un caso di BVD, si applicano le raccomandazioni temporanee per gli Stati Parte con rilevamento documentato di BDBV.

Per tutti gli altri Paesi

- Predisporre misure per rilevare, valutare, segnalare e gestire viaggiatori con febbre di origine non spiegata provenienti da aree con rilevamento documentato di BDBV. Ciò include, ma non si limita, alla diffusione della definizione di caso BVD alle strutture sanitarie pubbliche e private, inclusi ambulatori di medicina dei viaggi e medici di medicina generale; all'identificazione dei laboratori in grado di effettuare test per BDBV; all'identificazione di strutture di isolamento per una valutazione e assistenza sicure.
- Fornire a ONG e altre entità che inviano personale a livello internazionale informazioni sul rischio, sulle misure per ridurre il rischio di esposizione e indicazioni per la gestione di una possibile esposizione.
- Prepararsi a facilitare l'evacuazione e il rimpatrio dei cittadini (ad es. operatori sanitari) esposti a casi di BVD.
- Fornire al pubblico informazioni accurate e aggiornate sull'epidemia di BVD e sulle misure per ridurre il rischio di esposizione, incluso il disincentivo ai viaggi verso aree con rilevamento documentato di BDBV.
- Salute alle frontiere e viaggi internazionali
 - Fornire informazioni accurate e aggiornate sull'epidemia di BVD a centri di medicina dei viaggi, altre strutture sanitarie e ai professionisti, e scoraggiare i viaggi verso aree con rilevamento documentato di BDBV.
 - Fornire ai viaggiatori in arrivo, ai punti di ingresso, informazioni sulle misure da adottare qualora sviluppino sintomi compatibili con la BVD entro 21 giorni dall'arrivo.
 - Coordinarsi con il settore dei trasporti, inclusi operatori dei mezzi di trasporto e punti di ingresso, per la gestione tempestiva dei casi sospetti di BVD, inclusa la comunicazione prima dell'arrivo se la persona è a bordo, nonché per l'identificazione dei contatti a bordo.

L'identificazione di tali contatti include, ove applicabile, la comunicazione dei dati personali agli Stati Parte indicati come destinazione finale.

- Al momento dell'emissione di queste raccomandazioni temporanee, non si raccomanda né la sospensione dei voli dagli Stati Parte con rilevamento documentato di BDBV, né il rifiuto di ingresso ai viaggiatori e mezzi di trasporto provenienti da tali Stati Parte.
- Segnalare all'OMS, tramite il pertinente Punto di Contatto per il RSI dell'OMS, l'attuazione di qualsiasi misura adottata relativa al traffico internazionale
 - Notificare immediatamente all'OMS, tramite il pertinente Punto di Contatto per il RSI dell'OMS, qualsiasi caso sospetto, probabile o confermato di BVD secondo le definizioni OMS.

In presenza di un caso di BVD, si applicano le raccomandazioni temporanee per gli Stati Parte con rilevamento documentato di BDBV.

Regular Information products on the outbreak of BVD in DRC

- **Aggiornamento quotidiano:** [Epidemiological update on BVD outbreak in DRC and Uganda](#)
- **Pubblicazione ogni martedì:** [Weekly External Situation Report on Ebola Bundibugyo Virus Disease Outbreak, Democratic Republic of the Congo | Uganda](#)
- **Pubblicazione ogni giovedì:** [Disease Outbreak News | All Hazards Public Health Events, Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo](#)

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](#)
- [The Ministry of Public Health, Hygiene and Social Welfare, DRC, officially declares the 17th Ebola Disease outbreak](#)
- [WHO Democratic Republic of Congo confirms new Ebola outbreak](#)
- [Weekly External Situation Report. EBOLA BUNDIBUGYO VIRUS DISEASE OUTBREAK Democratic Republic of the Congo | Uganda.](#)
- 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](#)
- 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) <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) <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/csr/resources/publications/optimized-supportive-care/en/>
- Ebola: technical guidance documents for medical staff (2014-2016). <https://www.who.int/csr/disease/ebola/protective-measures-staff/en/>
- [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): <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 (22 May 2026). Disease Outbreak News; Bundibugyo Virus Disease, Democratic Republic of the Congo. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON603>

Il Capo Dipartimento

Maria Rosaria CAMPITIELLO



Maria Rosaria
Campitiello
28.05.2026 11:02:34
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

Referente
Dott. Danilo Landolfo