



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"

direzionegenerale@pec.inmi.it ,dirgen@inmi.it, dirsci@inmi.it

Azienda Ospedaliera - Polo Universitario Ospedale Luigi Sacco

protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

OGGETTO: Aggiornamento delle procedure di *entry screening* nei confronti di personale di organizzazioni governative ed organizzazioni non governative e cooperanti impiegati nelle zone interessate da focolaio di malattia da virus Marburg in Etiopia.

In Italia, la segnalazione di un focolaio di malattie da virus Marburg in Paese affetto, prevede l'attivazione di misure di vigilanza nei confronti del personale di organizzazioni governative e non governative proveniente dall'area affetta, a partire dal momento del loro ingresso in Italia.

Dette misure, disciplinate dalla Circolare protocollo n 0039662 del 21/11/2025 constano dell'acquisizione di informazioni sull'operatore prima della partenza dal Paese affetto, di uno screening mirato (*entry screening*) presso i Punti di ingresso aeroportuali e dell'attivazione, sul territorio, di una sorveglianza sanitaria attiva della durata di 21 giorni, e hanno lo scopo di individuare precocemente, in una popolazione selezionata per possibile esposizione, eventuali casi di malattia.

Tenuto conto delle evidenze raccolte nelle precedenti attività di sorveglianza e dell'attuale situazione epidemiologica, nonché a seguito della valutazione della sostenibilità del processo, si ritiene necessaria una revisione delle procedure attualmente in essere in base alla quale viene sospesa l'attività di *entry screening* condotta dal personale USMAF-SASN del Ministero della salute o da personale incaricato dallo stesso.

Dette procedure potranno essere ridefinite in base all'evoluzione dell'andamento epidemiologico internazionale e all'emergere di nuovi elementi di valutazione scientifica.

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.

Inoltre in merito alla dichiarazione di cui all'Allegato 1, ovvero la dichiarazione legale da parte del rappresentante della ONG/dal responsabile del Progetto e, ove possibile, dal medico

dell'organizzazione, 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 sintomi.

Il Direttore Generale della Prevenzione

Sergio

Dott. Sergio 

28.11.2025

19:59:15

GMT+00:00



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

Dott.ssa Maria Rosaria Campitiello



Maria Rosaria
Campitiello
29.11.2025 09:30:19
GMT+01:00

Il Direttore ff dell'Ufficio 3 DPRES Emergenze Sanitarie

Dott. Anna Caraglia

Il Direttore dell'Ufficio 2 DGEME Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

Dott.ssa Giovanna Laurendi

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

Dott. Antonio Salzano

Referenti del procedimento:

Dott. Anna Di Nicola

Dott. Cristian Ferrao

Dott.ssa Federica Ferraro

Dott.ssa Emanuela Maria Friscale

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 _____/_____/_____,

ha prestato la 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 MARV, 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 segnarlo al personale di volo.

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

Lyogo 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

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.

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*) _____, of the

____/____/____

with destination airport in Italy: _____

and arrival date ____/____/____,

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 MARV 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*)

Location

Date

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

Returning worker/operator
(*signature*)

Surname and first name of the responsible of
Organisation/Project

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.

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

Letterhead of Administration/Body/Non-profit Organization

Attachment 1
(signature and stamp)