



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
sgr.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 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 Mongbwalu 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), Mongbwalu (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

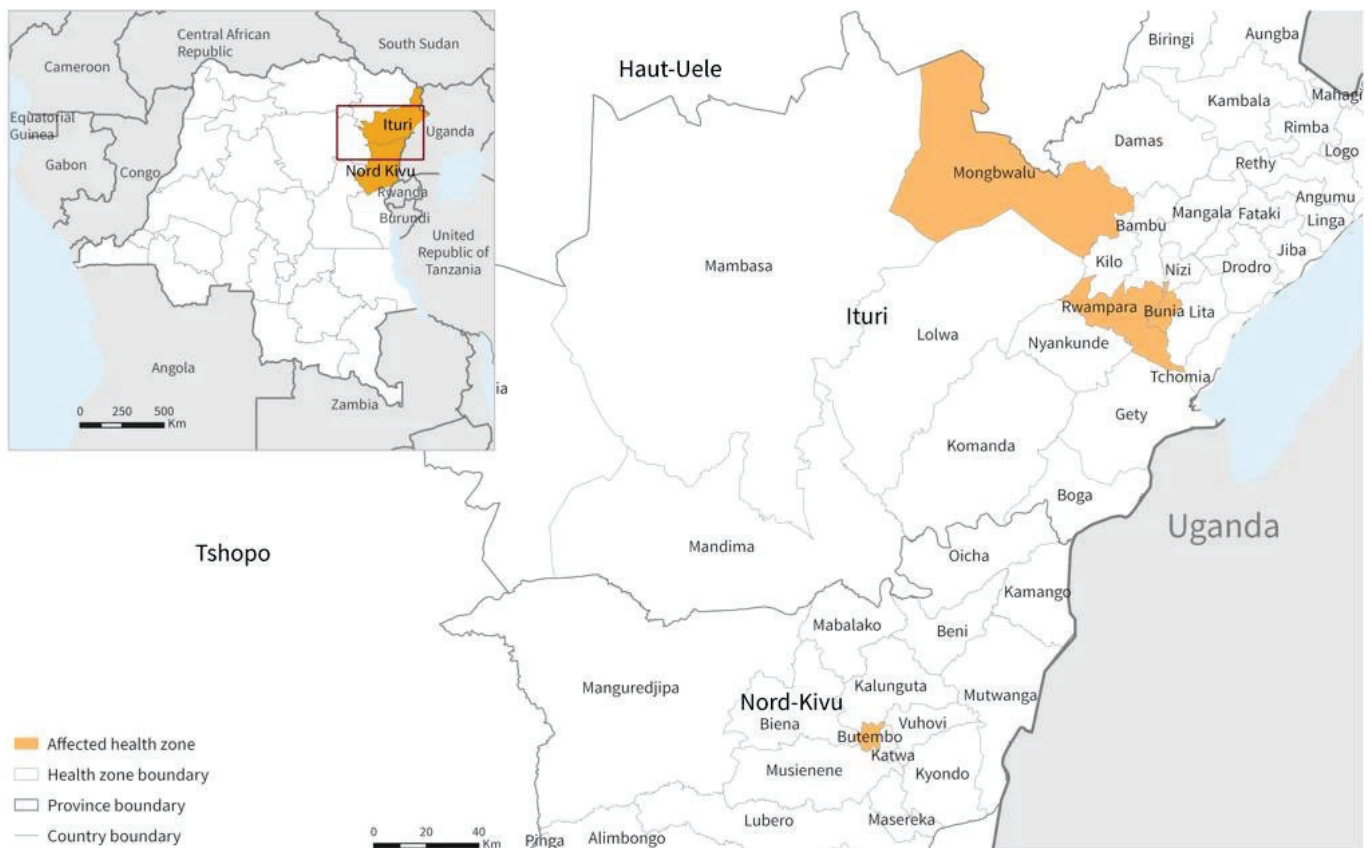
apparenti collegamenti con il primo caso. Al momento della stesura di questo report, non è stata identificata alcuna trasmissione locale in Uganda.

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