

---

Puoi leggere questo articolo online a questo indirizzo:

<https://www.agensir.it/mondo/2026/06/03/ebola-ciccozzi-campus-bio-medico-i-piani-europei-ci-sono-ma-servono-test-molecolari-rapidi-per-contenere/>

## **Ebola. Ciccozzi (Campus Bio-Medico): "I piani europei ci sono, ma servono test molecolari rapidi per contenere"**

3 Giugno 2026



L'Europa si interroga sui rischi legati alla nuova ondata di Ebola in Africa e i ministri della Salute si preparano a un vertice straordinario, in programma venerdì 5 giugno in video conferenza, per coordinare i flussi e prevenire la diffusione del virus. Per gestire la minaccia però, in un mondo interconnesso, la scienza traccia una rotta molto precisa che sposta il baricentro della prevenzione direttamente nei Paesi d'origine. A ribadirlo è il professor **Massimo Ciccozzi**, responsabile di Statistica medica e epidemiologia molecolare dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, che al Sir spiega come la vera chiave per fermare l'epidemia in questo caso non siano i vaccini, ma la diffusione di test molecolari rapidi capaci di diagnosticare il virus in appena un'ora. **Professore, venerdì si terrà una riunione straordinaria dei ministri della Salute europei sui rischi derivanti dall'epidemia di Ebola in Africa. Coordinare la gestione dei flussi e prevenire la diffusione del virus è il problema principale? Sì, il problema è esattamente questo. In Africa l'Ebola è endemica, rappresenta una presenza**

---

costante nel territorio. Periodicamente assistiamo a focolai epidemici. La variante attualmente isolata non corrisponde alla Zaire o alla Sudan, ma si tratta della Bundibugyo, originaria della omonima regione rurale. Non siamo di fronte a una novità assoluta, poiché il primo focolaio documentato risale al 2007 e da allora si sono verificate altre tre o quattro ondate. Parliamo di dinamiche sanitarie che la comunità scientifica monitora e conosce da vent'anni. **Quali sono le caratteristiche della variante dal punto di vista del contagio e della letalità?** L'Ebola possiede una caratteristica intrinseca che, paradossalmente, ne facilita il contenimento rispetto ad altri patogeni: non si trasmette per via respiratoria. Per contrarre l'infezione è strettamente necessario un contatto diretto con i fluidi biologici infetti, come il sangue, i rapporti sessuali, le ferite aperte o persino il sudore della pelle. Nonostante la trasmissione richieda contatti stretti, il tasso di mortalità resta drammaticamente elevato. La variante Bundibugyo è storicamente considerata una delle meno letali, presentando un tasso di mortalità che oscilla tra il 30% e il 35%. Altre forme storiche del virus, come le varianti Zaire o Sudan, possono colpire in modo molto più aggressivo, raggiungendo picchi di letalità compresi tra il 60% e l'80% dei soggetti contagiati. **La diagnosi precoce è la vera sfida per la gestione clinica e il contenimento dell'epidemia?** La reale complessità risiede nel fatto che nei primi tre o quattro giorni dall'insorgenza, l'infezione presenta sintomi del tutto aspecifici. Il paziente manifesta febbri e spossatezza che risultano perfettamente sovrapponibili a una comune sindrome influenzale o a un attacco di malaria, patologia altrettanto endemica in quelle zone. Quando finalmente compaiono i segni clinici, come le febbri emorragiche che nel giro di una quindicina di giorni conducono al decesso, è ormai troppo tardi. La raccolta dei dati epidemiologici sul campo è estremamente frammentaria. L'Organizzazione mondiale della sanità e il Centro per il controllo delle malattie parlano attualmente di circa 321 casi confermati in laboratorio e 48 decessi ufficiali, ridimensionando le stime iniziali che ipotizzavano circa mille contagiati. La verità è che in territori devastati da conflitti permanenti e da continui spostamenti di popolazioni in fuga, un'anagrafe sanitaria o un tracciamento reale sono impossibili. Molto spesso i dati più vicini alla realtà vengono raccolti esclusivamente sul campo grazie allo sforzo diretto delle organizzazioni umanitarie. L'incertezza è alimentata anche dai limiti dei comuni test antigenici che possono richiedere fino a cinque giorni dall'inizio della sintomatologia prima di mostrare una positività, un intervallo temporale troppo esteso che compromette l'isolamento tempestivo del malato. Al contrario, il test molecolare rapido intercetta l'Rna virale anche in presenza di singole copie del materiale genetico, fornendo una diagnosi certa già al primo giorno di incubazione, quando è ancora possibile intervenire con terapie di supporto mirate. **Esistono vaccini o terapie antivirali per questa variante?** No, non abbiamo a disposizione né un vaccino né una cura mirata. Il vaccino attualmente approvato e disponibile a livello internazionale è stato sviluppato per essere efficace in modo esclusivo contro la variante Ebola Zaire, e non garantisce alcuna copertura immunitaria nei confronti della variante Sudan o della variante Bundibugyo. Non esistono farmaci antivirali specifici utilizzabili. L'intero approccio terapeutico ed epidemiologico

---

---

nei reparti d'emergenza si basa unicamente sulle cosiddette cure di supporto, le quali consistono principalmente in una massiccia e costante idratazione del paziente e nella somministrazione di farmaci antidolorifici per alleviare i sintomi clinici generali. **Quale potrebbe essere, di conseguenza, la strategia più pragmatica ed efficace che i ministri della Salute europei dovrebbero promuovere?** Nell'era contemporanea la salute pubblica è totalmente globalizzata, poiché i moderni collegamenti aerei consentono di spostarsi da un continente all'altro nel giro di pochissime ore. Se il timore reale delle autorità sanitarie è la potenziale introduzione del virus nel territorio europeo, la risposta strategica corretta non va ricercata nelle campagne vaccinali, ma nell'implementazione di uno screening di massa direttamente alla partenza nei Paesi d'origine. Conosciamo perfettamente la sequenza del materiale genetico della variante Bundibugyo e disponiamo delle mappe dell'Rna virale. È quindi incomprensibile la mancata diffusione di test molecolari rapidi su larga scala. Dotando gli aeroporti africani internazionali di queste strumentazioni diagnostiche, diventa possibile ottenere l'esito sulla positività o negatività di un passeggero in appena un'ora di tempo, con assoluta certezza scientifica. Identificare la presenza del virus fin dal primo giorno consente non soltanto l'immediato isolamento preventivo del soggetto, bloccandone la partenza, ma permette anche di avviare tempestivamente le cure di supporto terapeutico, incrementando in modo significativo le probabilità di sopravvivenza dell'individuo. **L'Italia ha aggiornato e predisposto un piano operativo nazionale per fronteggiare il rischio Ebola. Possiamo considerare sicuro il nostro sistema di prevenzione?** Il piano operativo italiano è strutturato in modo eccellente e la sua impostazione scientifica garantisce ampie tutele. A differenza di altri modelli internazionali, come quello statunitense che in alcune passate emergenze ha concesso l'opzione della quarantena fiduciaria presso il proprio domicilio, il nostro protocollo impone l'isolamento obbligatorio immediato in strutture ospedaliere dedicate a massima sicurezza. In particolare, i pazienti verrebbero centralizzati presso i centri che possiedono la competenza specialistica necessaria. Il documento individua con precisione le attuali aree geografiche a rischio critico, concentrando l'attenzione sui flussi provenienti dalla Repubblica Democratica del Congo e dall'Uganda. Il protocollo introduce l'obbligo di autosegnalazione sanitaria per i passeggeri e vincola i vettori aerei e le compagnie marittime a rigide verifiche documentali prima dello sbarco. Qualora un passeggero manifesti sintomi sospetti durante il volo, le linee guida impongono l'isolamento immediato a bordo, la deviazione della rotta verso l'aeroporto sanitario abilitato più vicino e il successivo confinamento in quarantena del personale di volo che sia entrato in contatto diretto con il soggetto. Dal punto di vista procedurale siamo pronti e protetti, sebbene l'auspicio della comunità scientifica rimanga quello di non dover mai attivare tali misure sul campo. **Qual è la durata prevedibile di un focolaio epidemico di Ebola prima del suo definitivo spegnimento?** Un focolaio epidemico si estingue esclusivamente nel momento in cui viene rigorosamente circoscritto dal punto di vista epidemiologico o, in scenari più drammatici, quando si autolimita a causa dell'assenza di ulteriori ospiti suscettibili da contagiare

---

---

all'interno della comunità isolata. Alcuni governi locali, come quello dell'Uganda, hanno reagito tempestivamente bloccando le frontiere terrestri per arrestare la mobilità spontanea della popolazione. Limitando gli spostamenti dai villaggi rurali posti sotto monitoraggio, si riduce progressivamente la probabilità che il virus passi da un individuo all'altro, portando alla progressiva estinzione del focolaio.

Elisabetta Gramolini