



ECDC **CORPORATE**

Sintesi delle
pubblicazioni principali
2010

ECDC CORPORATE

Sintesi delle pubblicazioni principali 2010



Citazione suggerita: Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Sintesi delle pubblicazioni principali 2010. Stoccolma: ECDC; 2011.

Stoccolma, aprile 2011

© Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, 2011.

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Sommario

Introduzione	v
Relazioni tecniche	1
1 Valutazione dei rischi relativi alla febbre Q	1
2 Sorveglianza e prevenzione dell'epatite B e C in Europa	3
Guida ECDC	5
3 Gestione in termini di salute pubblica di casi sporadici di malattia invasiva da meningococco e relativi contatti ..5	
4 Test dell'HIV: aumento dell'accesso e dell'efficacia nell'Unione europea	7
Relazioni sulla sorveglianza	11
5 Sorveglianza della tubercolosi, 2008	11
6 Sorveglianza dell'influenza in Europa 2008-2009 – dalla settimana 40/2008 alla settimana 39/2009	13
7 Sorveglianza delle malattie batteriche invasive in Europa 2007	14
8 Relazione epidemiologica annuale sulle malattie trasmissibili in Europa 2010.....	16
9 Sorveglianza della resistenza antimicrobica in Europa, 2009	22
10 Sorveglianza dell'HIV/AIDS in Europa 2009	24
Relazioni speciali	26
11 Attuazione della dichiarazione di Dublino sul partenariato per la lotta all'HIV/AIDS in Europa e Asia centrale: relazione 2010	26
12 La pandemia di influenza A(H1N1) nel 2009 in Europa – Analisi dell'esperienza	29
13 Verso l'eliminazione della tubercolosi – Follow-up del piano d'azione quadro per la lotta alla tubercolosi nell'Unione europea	31
Allegato: pubblicazioni dell'ECDC nel 2010	33
Relazioni tecniche.....	33
Guida ECDC	33
Relazioni in materia di sorveglianza.....	33
Relazioni speciali	34
Relazioni sulle riunioni	34
Relazioni su missioni.....	34
Documenti tecnici.....	34
Pubblicazioni istituzionali.....	35
Pubblicazioni regolari	35

Introduzione

Nel 2010 il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha pubblicato in totale 35 documenti scientifici. I principali comprendono le seguenti relazioni:

- *Relazione epidemiologica annuale sulle malattie trasmissibili in Europa 2010*, quarta edizione della pubblicazione annuale dell'ECDC contenente una sintesi completa dei dati sulla sorveglianza nel 2008;
- *Sorveglianza della tubercolosi in Europa 2008* e *Sorveglianza dell'HIV/AIDS in Europa 2009*, entrambe prodotte in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità, che trattano della situazione nei paesi dell'Unione europea (UE) e dello Spazio economico europeo (SEE), oltre a quella di altri 23 paesi dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS;
- *Attuazione della dichiarazione di Dublino sul partenariato per la lotta all'HIV/AIDS in Europa e Asia centrale: relazione 2010*, una panoramica dei progressi compiuti fino al 2010, sulla base dei dati di 49 paesi;
- *Sorveglianza della resistenza antimicrobica in Europa 2009*. Relazione annuale della rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARS-Net); la prima relazione annuale di EARS-Net dopo il passaggio all'ECDC del sistema europeo di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARSS) il 1° gennaio 2010, fornisce dati di riferimento europei sulla resistenza antimicrobica per scopi di salute pubblica;
- *La pandemia 2009 di influenza A(H1N1) in Europa, analisi dell'esperienza*, un'ampia panoramica dell'epidemiologia e virologia della pandemia del 2009 nei paesi dell'UE e del SEE.

Sono state stilate sintesi di una selezione dei documenti ECDC, come quelli summenzionati, affinché potessero essere rese disponibili ai responsabili politici in tutte le lingue dell'UE, oltre a islandese e norvegese. Pur essendo stato preservato lo spirito delle pubblicazioni originali, nel processo di sintesi potrebbero essere andate perse alcune importanti sfumature. Per ulteriori dettagli si rimanda ai documenti in versione integrale, disponibili online all'indirizzo: www.ecdc.europa.eu.

L'allegato contiene un elenco esaustivo delle pubblicazioni dell'ECDC del 2010, tutte disponibili in formato elettronico al link sopra citato, con una breve descrizione del contenuto di ciascuna. Alcune delle relazioni sono reperibili anche in forma cartacea. Per ricevere una copia cartacea, inviare un messaggio all'indirizzo di posta elettronica: publications@ecdc.europa.eu.

Relazioni tecniche

1 Valutazione dei rischi relativi alla febbre Q

(Pubblicata al maggio 2010)

Su richiesta della Commissione europea è stata effettuata una **valutazione dei rischi** che prende in esame questioni concernenti la febbre Q e la sua trasmissione attraverso il sangue, l'impatto sanitario della febbre Q cronica e i rischi per le donne in stato di gravidanza. Con riferimento all'attuale focolaio presente nei Paesi Bassi, all'ECDC è stato chiesto anche di affrontare la questione della diffusione transfrontaliera e la necessità di sistemi di sorveglianza più efficaci. La valutazione dei rischi si è svolta secondo i principi di metodologie basate sulle evidenze, con la definizione di termini di ricerca per ciascuna questione e criteri di inclusione ed esclusione per gli studi individuati e con la valutazione della qualità dell'evidenza. Una rassegna delle migliori evidenze disponibili è stata presentata e discussa con un gruppo di esperti che comprendeva rappresentanti di Paesi Bassi, Francia, Germania, Regno Unito e Stati Uniti. Il lavoro si è svolto contemporaneamente e in coordinamento con una valutazione dei rischi relativi alla febbre Q effettuata dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare.

La febbre Q acuta di norma è una malattia lieve, autolimitante e simile all'influenza, ma talvolta si presenta con polmonite, epatite e altri sintomi. In genere può essere curata con successo con un ciclo di due settimane di doxiciclina.

Coxiella burnetii è un batterio intracellulare obbligato che si può trasmettere attraverso il **sangue e i tessuti**. Il rischio di trasmissione è basso, ed esiste solo un caso documentato in letteratura. In presenza di un focolaio, occorre definire l'area endemica e prendere in considerazione misure di sicurezza, quali sorveglianza attiva tra riceventi di sangue e tessuti, screening di donatori e screening di prodotti ematici e tessuti. Per i viaggiatori che rientrano dall'area nel corso del periodo di incubazione e con batteriemia asintomatica (da cinque a sette settimane) si può considerare l'astensione dalla donazione di sangue fino al termine di questo periodo. Si potrebbe prendere in considerazione un ciclo di antibiotici nel caso di soggetti riceventi a rischio particolarmente elevato, quali pazienti con difetti delle valvole cardiache. I donatori che hanno avuto un'infezione acuta da febbre Q dovrebbero astenersi dal donare sangue per due anni dopo la data di conferma della guarigione dall'infezione. I vantaggi dell'attuazione di simili misure devono essere attentamente valutati a fronte degli impatti negativi che potrebbero avere sulla disponibilità di sangue nell'area. Si dovrebbe formulare una strategia di comunicazione dei rischi.

La febbre Q cronica è una grave complicazione dell'infezione acuta da febbre Q che si sviluppa nel 2% circa dei casi acuti sintomatici, con un tasso di mortalità che varia dal 5% al 50%. La febbre Q cronica provoca endocardite in gruppi a rischio quali persone con anomalie delle valvole cardiache, valvola protesica o innesto vascolare. Sono ad alto rischio anche i pazienti affetti da cancro o immunosoppressi. La febbre Q cronica dev'essere trattata per almeno un anno, in alcuni casi per tutta la vita, con più di un antibiotico. Può essere necessaria la sostituzione chirurgica di valvole cardiache danneggiate.

L'accertamento e il trattamento efficaci della febbre Q acuta sono la migliore strategia per evitare l'insorgenza di casi cronici. Si descrivono tre possibili strategie alternative: (1) sensibilizzazione del personale sanitario e del pubblico in merito ai gruppi a rischio; (2) interventi di follow-up con sierologia per i gruppi a rischio noti, per l'accertamento e il trattamento precoci dell'infezione acuta da febbre Q; (3) sottoporre a ecocardiogramma tutti i pazienti noti affetti da febbre Q acuta per accertare i casi e programmare interventi di follow-up.

Occorre avviare studi prospettici di coorti ed esperimenti controllati (ove eticamente fattibili) per ottenere prove più solide su come prevenire e inibire focolai di febbre Q nel campo della sanità pubblica e su come diagnosticare e curare la malattia acuta e cronica a livello clinico.

Le evidenze sulla **febbre Q in gravidanza** sono molto limitate e derivano principalmente da osservazioni e ricerche su animali domestici e sperimentali, studi di sieroprevalenza, relazioni su casi e una serie di casi che comprende 53 donne incinte nell'arco di un periodo di 15 anni. Il rischio di conseguenze gravi da febbre Q per le donne incinte rispetto alla popolazione femminile in generale non si può quantificare sulla base delle evidenze disponibili attualmente. Sono stati segnalati numerosi casi di infezione da *Coxiella burnetii* durante la gravidanza che hanno portato a esiti negativi della gravidanza. In alcuni casi, il batterio *Coxiella burnetii* è stato individuato nella placenta e nel tessuto fetale. Inoltre il *Coxiella* è stato individuato nel latte umano, ma non è stato confermato nessun caso di trasmissione al neonato allattato al seno.

Esistono indicazioni del fatto che la terapia antibiotica a lungo termine con cotrimoxazolo presenta il potenziale per prevenire gravi complicanze nella gravidanza, ma le evidenze si basano su una serie di casi senza randomizzazione e senza controlli relativi a potenziali distorsioni. Finché non saranno disponibili ulteriori evidenze da studi di qualità elevata, le donne incinte a cui viene diagnosticata un'infezione da febbre Q dovrebbero essere curate con antibiotici per tutto il restante periodo di gravidanza. Tuttavia, la base scientifica per questa raccomandazione è

debole, e l'ECDC raccomanda fortemente che vengano effettuati esperimenti controllati randomizzati per ottenere evidenze più affidabili.

Alle donne in stato di gravidanza bisognerebbe consigliare di non visitare fattorie in aree colpite. L'ECDC non fornisce raccomandazioni contrarie all'allattamento al seno, salvo nei casi di malattia cronica che necessita di una cura a lungo termine della madre.

Un **vaccino contro la febbre Q** a cellula intera inattivato con formalina viene prodotto e distribuito in Australia. Il vaccino è efficace, ma occorre un test pre-vaccinazione a causa dell'elevata reattogenicità in soggetti precedentemente infettati da *Coxiella burnetii*, per cui il vaccino risulta più adatto per gruppi a rischio ben definiti che per la vaccinazione generale.

Le evidenze disponibili indicano una portata effettiva di **diffusione per via aerea** di *Coxiella burnetii* inferiore a 5 km. Il rischio di diffusione per via aerea dai Paesi Bassi è pertanto limitato ai paesi confinanti (ossia Germania, Belgio) e alle zone vicine alle fonti di focolai. La sorveglianza attiva o l'individuazione di casi di febbre Q acuta in possibili gruppi a rischio (quali donne in gravidanza, pazienti affetti da disturbi vascolari o alle valvole cardiache) a livello locale e per un periodo di tempo definito viene segnalata come un metodo praticabile ed efficiente per individuare le infezioni acute. Nelle aree adiacenti a zone epidemiche (≤ 5 km dalla fonte), bisognerebbe avviare campagne di sensibilizzazione tra gli operatori sanitari. Se l'area riguarda anche altri Stati membri, le autorità sanitarie competenti devono informare le rispettive controparti transfrontaliere. Lo scambio di informazioni tra le autorità sanitarie e veterinarie agevolerebbe l'individuazione precoce di un focolaio. Inoltre, le autorità sanitarie e veterinarie a livello nazionale e locale dovrebbero prendere le misure necessarie per fermare i focolai.

2 Sorveglianza e prevenzione dell'epatite B e C in Europa

(Pubblicata a ottobre 2010)

Ambito

La presente indagine è stata effettuata per tracciare una mappa dei sistemi di sorveglianza nazionali e dei programmi di prevenzione esistenti per l'epatite B e C nell'UE/SEE.

Epatite B

Sorveglianza in Europa

Tutti i paesi hanno indicato di disporre di un sistema di segnalazione obbligatorio passivo per l'epatite B. In 15 paesi è presente solo un sistema di sorveglianza specifico, mentre quattro paesi dispongono di sistemi di sorveglianza multipli. Gli obiettivi di sorveglianza nazionali sono molto simili nei diversi paesi, ma le definizioni dei casi non sono sempre in linea con gli obiettivi; otto paesi dichiarano di utilizzare la definizione dei casi UE-2008, mentre la definizione dei casi UE-2002 è utilizzata da tre paesi. Nel complesso, 21 paesi utilizzano una definizione dei casi che si avvicina alla definizione UE. Sulla base delle varie definizioni, 28 paesi segnalano casi confermati e 27 comprendono casi di epatite B acuta. I casi cronici sono compresi nelle relazioni di 17 paesi; i casi asintomatici spesso vengono omessi. Ventisei paesi affermano di raccogliere dati basati su casi a livello nazionale, ma la frequenza dell'analisi varia da paese a paese. In 26 paesi viene raccolta una serie di dati di base (età, sesso, luogo di residenza, data di inizio della malattia, data della segnalazione) ma spesso mancano dati dettagliati sul rischio epidemiologico e sull'impatto della malattia.

Epidemiologia in Europa

Il numero di nuovi casi segnalati per 100 000 abitanti nel 2007 da 27 paesi varia da 0 a 15,0 con una media di 1,5 (Relazione epidemiologica annuale sulle malattie trasmissibili in Europa, 2009. Stoccolma: ECDC; 2009). Il numero di casi documentati di HBV nei paesi dell'UE/SEE per 100 000 abitanti è sceso da 6,7 a 1,5 tra il 1995 e il 2007. Il monitoraggio delle tendenze e il confronto tra paesi può essere difficoltoso, poiché i sistemi di sorveglianza variano in misura considerevole e recenti cambiamenti possono influire sui dati presentati.

La prevalenza di HBV nella popolazione in generale varia ampiamente a seconda del paese, con percentuali di portatori di HBsAg da basse a medie in Slovacchia (1,6%), Italia (1%), Belgio e Francia (circa 0,6%), Finlandia, Ungheria, Regno Unito (inferiori a 0,5%) e Bulgaria (3,8%). Lo screening dell'HBV nelle donne in gravidanza viene effettuato in 24 paesi, tranne Belgio, Bulgaria, Lituania, Lussemburgo e Romania. La prevalenza nelle donne in gravidanza varia tra 1,15% in Grecia e 0,14% in Finlandia. Sono previsti anche programmi di screening per gli utilizzatori di droghe per via iniettabile (15 paesi su 29), detenuti (11 paesi), pazienti di cliniche per le infezioni a trasmissione sessuale (nove paesi) e persone con più partner sessuali (due paesi). La prevalenza di HBV nei soggetti che fanno uso di droghe iniettabili segnalata da otto paesi è superiore rispetto alla popolazione in generale. La prevalenza nei soggetti che fanno uso di droghe iniettabili varia ampiamente, tra lo 0,5% in Norvegia e il 50% in Danimarca. Sempre in Danimarca e in Germania la prevalenza tra gli operatori sanitari e nella popolazione in generale è simile.

Screening e vaccinazione

In 22 paesi vengono attuati programmi di vaccinazione universale per neonati, bambini o adolescenti. Sette paesi (Danimarca, Finlandia, Islanda, Norvegia, Svezia, Paesi Bassi e Regno Unito) hanno attuato programmi di vaccinazione selettiva rivolti a gruppi a rischio. Programmi aggiuntivi di prevenzione per diversi gruppi a rischio di solito sono destinati ai soggetti maggiormente esposti al rischio di HBV per motivi professionali. Inoltre, esiste un'ampia varietà di programmi di vaccinazione per gruppi a rischio. Solo la metà dei paesi con un programma di vaccinazione di routine segnala tassi di copertura eterogenei, ma il tasso di copertura nei bambini piccoli (da uno a due anni) sembra superiore al 95% (tranne in Austria, Malta e Francia).

Epatite C

Sorveglianza in Europa

Tutti paesi UE/SEE indicano di disporre di un sistema di segnalazione per l'epatite C (nazionale o rivolto a un segmento specifico della popolazione). In 14 paesi è presente un sistema di sorveglianza specifico, mentre 15 paesi dichiarano di utilizzare sistemi di sorveglianza multipli per monitorare l'epatite C. Gli obiettivi di sorveglianza nazionali sono molto simili nei diversi paesi, ma a quanto pare le definizioni dei casi non sono sempre allineate agli obiettivi. Undici paesi dichiarano di utilizzare la definizione dei casi UE-2008, mentre quattro paesi applicano la definizione UE-2002. Ciononostante, l'attuazione delle definizioni dei casi negli Stati membri varia ampiamente, soprattutto nella classificazione. Tutti i paesi comprendono casi acuti documentati nei rispettivi sistemi di

sorveglianza¹, e 18 paesi includono anche casi cronici. Alcuni paesi dichiarano di raccogliere i casi nel loro insieme, e di non disporre di marcatori sierologici per distinguere tra epatite C acuta e cronica. Si tratta di un problema per l'interpretazione dei dati disponibili in tutti i paesi. Ventisei paesi segnalano di raccogliere dati basati su casi a livello nazionale, ma la frequenza dell'analisi varia a seconda del paese. In aggiunta alle segnalazioni cliniche, 19 paesi raccolgono dati da laboratori nell'ambito del proprio sistema di sorveglianza; 10 paesi non comprendono le segnalazioni da laboratorio. In 26 paesi viene raccolta una serie di dati di base (età, sesso, luogo di residenza, data di inizio della malattia, data della segnalazione), ma spesso mancano dati dettagliati sul rischio epidemiologico e sull'impatto della malattia. Sembra comune la segnalazione insufficiente, a causa del carattere asintomatico della malattia.

Epidemiologia in Europa

Il numero di nuovi casi segnalati per 100 000 abitanti nel 2007 da 27 paesi varia da 0 a 36, con un'incidenza media di 6,9 casi per 100 000 (AER, ECDC 2009). Il numero di casi di HCV segnalati nei paesi UE/SEE per 100 000 abitanti è aumentato da 4,5 a 6,9 tra il 1995 e il 2007. Tracciare le tendenze e confrontare i dati tra paesi è difficoltoso e richiede cautela, in quanto i sistemi di sorveglianza variano in misura considerevole e recenti modifiche possono influire sui dati presentati. Nel caso dell'HCV, l'interpretazione è ulteriormente ostacolata dalla natura asintomatica dell'infezione, per cui le cifre riportate possono rispecchiare le pratiche seguite per i test piuttosto che la reale incidenza e non è possibile operare distinzioni tra la malattia acuta e cronica.

I dati sulla prevalenza di HCV nella popolazione in generale sono piuttosto scarsi; la prevalenza va da 2,6% in Italia nel 2007 a 0,12% in Belgio nel 2003. Una prevalenza relativamente elevata è stata segnalata da Bulgaria (1,2%) e Slovacchia (1,56%). Undici Stati membri hanno riportato dati sulla prevalenza nei soggetti che utilizzano droghe iniettabili che vanno dal 25% al 75%. Nel periodo 2006–2007, l'Italia ha riportato la prevalenza più bassa (10,8%–25,6%) e la Norvegia la più alta (70%). I dati sulla prevalenza di HCV si basano su marcatori sierologici per l'epatite C, ma non indicano quale parte della popolazione è composta da portatori e quindi infettiva.

Prevenzione in Europa

La metà dei paesi dichiara di aver attuato programmi di screening per i gruppi a rischio: 16 paesi dispongono di programmi per i soggetti che utilizzano droghe iniettabili, 11 per i detenuti. Non è chiaro se molti paesi abbiano attuato programmi per monitorare il tasso di infezione negli operatori sanitari. Appare evidente la necessità di un maggior numero di programmi di screening per gruppi a rischio, segmenti di popolazione difficili da raggiungere e la popolazione in generale, ma prima di attuare qualsiasi misura bisognerebbe effettuare un'indagine approfondita basata su un'analisi del rapporto costo-beneficio e sulla disponibilità di un trattamento efficace.

Conclusioni

La presente relazione raccoglie e analizza dati provenienti da 29 paesi UE/SEE per quanto concerne i programmi di sorveglianza e prevenzione dell'epatite B e C. Benché tutti i paesi dispongano di sistemi per la raccolta di dati a livello nazionale, le modalità di applicazione delle definizioni dei casi e di utilizzo dei dati raccolti differiscono.

Poiché l'epatite virale è una malattia frequente e spesso non adeguatamente segnalata, la relazione tenta di presentare una sintesi dei dati più recenti disponibili sulla prevalenza a livello UE. L'armonizzazione dei dati di sorveglianza disponibili al fine di migliorare la confrontabilità dei dati tra paesi sarà una sfida importante nei prossimi anni.

¹ I casi acuti confermati di epatite C in Francia sono stati rilevati solo nel 2006 e 2007 e per un segmento specifico della popolazione, ossia gli uomini infetti da HIV che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

Guida ECDC

3 Gestione in termini di salute pubblica di casi sporadici di malattia invasiva da meningococco e relativi contatti

(Pubblicata a ottobre 2010)

La *Neisseria meningitidis* è un comune batterio commensale che risiede nella mucosa faringea umana. Questo organismo può provocare una grave malattia invasiva da meningococco, che di solito si presenta come meningite, setticemia o entrambe. Purtroppo, la gestione in termini di salute pubblica dei casi sporadici di malattia invasiva da meningococco varia ampiamente in Europa, in parte a causa dell'incertezza in merito all'efficacia delle misure di prevenzione.

Il presente documento ha lo scopo di fornire una guida basata su evidenze di buone pratiche nella gestione di casi sporadici di malattia da meningococco e dei relativi contatti. Inoltre, si prefigge l'obiettivo di assistere i paesi europei nel prendere decisioni in merito a misure adeguate di controllo e prevenzione della malattia da meningococco a livello nazionale e subnazionale. Questo documento guida dovrebbe aiutare i paesi europei a rivedere le proprie politiche in materia di gestione della salute pubblica e di diagnosi microbiologica della malattia da meningococco. I risultati presentati nel documento non comprendono indicazioni per la gestione di operatori sanitari esposti né dei focolai in comunità, ma coprono le seguenti aree pertinenti:

- test di laboratorio per confermare la diagnosi di malattia invasiva da meningococco (IMD);
- uso di antibiotici alla dimissione dall'ospedale;
- chemioprolassi per contatti stretti tenendo conto di diversi ambienti;
- scelta degli antibiotici per la chemioprolassi per i diversi gruppi (adulti, bambini, donne incinte);
- uso del vaccino meningococcico in aggiunta alla chemioprolassi.

Oltre alla qualità delle prove scientifiche, le conclusioni tengono conto dei potenziali rischi e benefici nonché di valori, oneri e costi.

Risultati

Le conclusioni sono basate sulla revisione sistematica e la valutazione critica delle più importanti evidenze scientifiche disponibili. Per una panoramica più completa si prega di consultare il documento principale.

1. Quali esami di laboratorio sono consigliati per effettuare una diagnosi accurata (sensibile e specifica) e rapida di IMD?

Domanda della ricerca: Quali sono gli esami di laboratorio più sensibili e specifici per confermare la diagnosi di IMD?

- Sulla base di evidenze di qualità moderata, la reazione a catena della polimerasi (PCR) e la coltura dovrebbero essere i test diagnostici prioritari. Ove praticabile dal punto di vista logistico ed economico, i laboratori di microbiologia che effettuano la diagnosi di malattia da meningococco dovrebbero avere accesso al test PCR. Nei casi in cui il trattamento antimicrobico è già cominciato, il test PCR di biopsia cutanea/ago aspirato come campione supplementare al fluido ematico/cerebrospinale (CSF) potrebbe, in base a evidenze di scarsa qualità, aumentare la sensibilità della diagnosi in pazienti con lesioni cutanee.

2. Dovrebbero essere prescritti antibiotici in caso di IMD alla dimissione dall'ospedale, a parte quelli utilizzati nel trattamento clinico?

Domanda della ricerca: la somministrazione di antibiotici è efficace nell'eradicazione dello stato di portatore in un caso di IMD al fine di prevenire casi secondari all'atto della dimissione dall'ospedale, rispetto alla mancata somministrazione di antibiotici alla dimissione?

- La qualità delle prove a favore o contro la somministrazione di antibiotici al momento della dimissione ospedaliera è molto bassa. Tuttavia, data la moderata qualità delle prove di efficacia della chemioprolassi somministrata ai contatti stretti, e alla luce del costo relativamente basso dell'intervento, antibiotici adeguati per eradicare lo stato di portatore dovrebbero essere offerti se non già utilizzati nel trattamento clinico.

3. La chemioprolassi deve essere offerta alle persone che hanno convissuto o sono state a contatto con un caso di IMD?

Domanda della ricerca: qual è l'efficacia della chemioprolassi offerta a persone che hanno convissuto con un caso di IMD nella prevenzione di ulteriori casi tra tali contatti?

- Sulla base di evidenze di qualità moderata provenienti da studi osservazionali, i contatti familiari di un caso di IMD dovrebbero ricevere la chemioprolifassi con un regime antibiotico per eradicare lo stato di portatore.

4. La chemioprolifassi deve essere somministrata a bambini o studenti che frequentano la stessa scuola o università di un caso di IMD?

Domanda della ricerca: qual è l'efficacia della chemioprolifassi somministrata a contatti di un caso di IMD in ambienti prescolastici, scolastici e universitari nella prevenzione di ulteriori casi?

- Sulla base di evidenze di qualità limitata, a coloro che frequentano la stessa scuola materna di un caso di IMD dovrebbe essere offerta la chemioprolifassi a seconda della valutazione del rischio. La frequenza della stessa scuola di un caso di IMD non è di per sé un'indicazione alla chemioprolifassi.

5. La chemioprolifassi deve essere somministrata a persone che hanno condiviso le bevande con un caso di IMD?

Domanda della ricerca: qual è l'efficacia della chemioprolifassi somministrata a persone che hanno condiviso bevande (o hanno avuto contatti analoghi, ad esempio fumato la stessa sigaretta, o usato le stesse posate) con un caso di IMD nella prevenzione di ulteriori casi tra tali contatti?

- Sulla base di evidenze di qualità limitata, la condivisione di bevande o sigarette, o contatti simili con un caso di IMD non sono di per sé un'indicazione alla chemioprolifassi.

6. La chemioprolifassi deve essere somministrata a persone che hanno viaggiato sullo stesso veicolo (ad esempio, in aereo, barca, autobus, auto) di un caso di IMD?

Domanda della ricerca: qual è l'efficacia della chemioprolifassi somministrata a contatti che hanno condiviso lo stesso veicolo di un caso di IMD nella prevenzione di ulteriori casi tra tali contatti?

- La qualità delle prove attualmente disponibili è molto limitata. Sulla base di queste evidenze il rischio di trasmissione nelle differenti situazioni di viaggio non può essere quantificato. Non sono stati confermati casi secondari in queste circostanze. Condividere lo stesso veicolo di trasporto con un caso di IMD, pertanto, non dovrebbe di per sé costituire un'indicazione alla chemioprolifassi.

7. Quali regimi antibiotici sono indicati per la chemioprolifassi tra adulti, bambini e donne in gravidanza?

Domanda della ricerca: quali regimi antibiotici sono più efficaci per eradicare lo stato di portatore tra adulti, bambini e donne in gravidanza?

- In base a prove di qualità medio-alta, rifampicina, ciprofloxacina, ceftriaxone, azitromicina e cefixime possono essere utilizzati per la profilassi in adulti e bambini. Nessun regime sembra essere superiore, ma ciprofloxacina, azitromicina e ceftriaxone possono essere somministrati come singola dose. Dopo l'uso di rifampicina è stato riportato lo sviluppo di resistenza.

8. Ai contatti di un caso di IMD che ricevono la chemioprolifassi deve anche essere offerto il vaccino contro il meningococco, se del caso?

Domanda della ricerca: qual è l'efficacia della vaccinazione in aggiunta alla chemioprolifassi, tra i contatti familiari di un caso di IMD nella prevenzione di ulteriori casi tra quei contatti?

- La qualità delle evidenze attualmente disponibili è molto bassa e le seguenti conclusioni sono basate su prove indirette. Nel caso di malattia meningococcica causata da un ceppo contrastabile con un vaccino autorizzato e disponibile, la vaccinazione in aggiunta alla chemioprolifassi dovrebbe essere offerta ai contatti della famiglia, a meno che non possano essere ritenuti già immuni.

4 Test dell'HIV: aumento dell'accesso e dell'efficacia nell'Unione europea

(Pubblicata a ottobre 2010)

Ambito e scopo della presente guida

Questa guida basata su evidenze è studiata per indirizzare le attività di sviluppo, monitoraggio e valutazione delle strategie o dei programmi nazionali per i test dell'HIV nei paesi dell'Unione europea (UE) e dello Spazio economico europeo (SEE).

Perché è importante il test dell'HIV?

In tutta Europa, il numero di casi di infezione da HIV è in continuo aumento e in molti paesi si riscontra il problema della diagnosi tardiva. Esistono forti evidenze del fatto che una diagnosi precoce riduce il tasso di morbilità e mortalità, ma in molti casi l'HIV non viene diagnosticato finché l'infezione non raggiunge uno stadio avanzato. Poiché l'infezione da HIV può essere quasi asintomatica per molti anni, l'effettuazione del test è l'unico modo per ottenere una diagnosi precoce, consentendo di procedere tempestivamente al trattamento e alla cura. Inoltre, la diagnosi precoce riduce le probabilità che le persone infette trasmettano il virus ad altri, grazie alla diminuzione del grado di infettività a seguito del trattamento e ai cambiamenti nel comportamento sessuale e nell'uso di droghe iniettabili. La trasmissione da madre a figlio si può prevenire con efficacia grazie al test dell'HIV e al trattamento delle donne in stato di gravidanza. La diagnosi precoce dell'HIV quindi presenta notevoli vantaggi per i singoli individui e per la comunità in generale e costituisce una priorità fondamentale per la salute pubblica.

Principi fondamentali delle strategie nazionali per il test dell'HIV

Il test dell'HIV dovrebbe essere volontario, riservato ed effettuato previo consenso informato

Tutti dovrebbero poter accedere agevolmente al test volontario e occorrono misure particolari per garantirlo ai gruppi maggiormente a rischio ed esposti all'HIV, che comprendono persone che vivono nell'ombra o ai margini della società, per le quali l'accesso al test dovrebbe essere incoraggiato senza coercizioni o violazioni della riservatezza.

Garantire l'accesso a servizi di trattamento, cura e prevenzione

Il maggiore vantaggio del test dell'HIV è l'accesso al trattamento. L'obiettivo dell'accesso universale ai servizi di trattamento, cura, prevenzione e assistenza, con percorsi di riferimento chiari, dev'essere un elemento fondamentale delle strategie nazionali per il test dell'HIV.

Dimostrare impegno politico

Per ottenere risultati positivi occorre che il governo consideri prioritario il programma di effettuazione del test dell'HIV, che dovrà essere sostenuto da investimenti finanziari soggetti a opportuni controlli, intesi a garantire che i fondi vengano impiegati in modo economicamente efficace.

Ridurre lo stigma

I pregiudizi ancora legati all'HIV rappresentano una barriera all'effettuazione del test, soprattutto nelle comunità che sono esse stesse oggetto di stigmatizzazione e tra gli operatori sanitari. Misure di "normalizzazione" del test, ossia che rendano il processo più simile ad altri programmi di screening e test diagnostici, possono contribuire a contrastare questa tendenza, benché il test debba restare volontario.

Eliminare le barriere giuridiche e finanziarie

Nelle strategie si dovrebbe trovare il modo di superare i disincentivi giuridici e finanziari all'effettuazione del test. Questi ostacoli possono comprendere le politiche di perseguimento penale per la trasmissione dell'HIV, e l'obbligo di pagare per il trattamento, quando si tratta di un onere insostenibile. Con l'eccezione dei test obbligatori sulle donazioni di sangue e tessuti, si dovrebbero considerare una legislazione e delle politiche anti-discriminatorie, intese a impedire il test obbligatorio per qualsivoglia gruppo in qualsiasi contesto.

Inserire l'accesso al test dell'HIV come parte integrante delle strategie nazionali

Le strategie nazionali per la prevenzione e il trattamento dell'HIV, altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST), epatite virale, tubercolosi e altre malattie indicatrici di HIV devono comprendere il test dell'HIV, adeguatamente mirato, come elemento chiave. Inoltre, si dovrebbero individuare opportunità per aumentare l'accesso volontario al test HIV riservato nell'ambito di altre strategie nazionali pertinenti, quali quelle rivolte a donne incinte, o relative all'uso di droghe, ai lavori sessuali o all'assistenza sanitaria nelle carceri.

Formulare e attuare una strategia per il test dell'HIV con la partecipazione delle parti interessate

Le informazioni disponibili sull'HIV e su questioni correlate andrebbero utilizzate a livello nazionale e locale per chiarire quali interventi occorre realizzare in via prioritaria, per poi inserirli in una serie di finalità e obiettivi strategici, cosicché tutti i soggetti coinvolti o interessati ne condividano la comprensione. La formulazione della strategia richiede la partecipazione di tutte le principali parti interessate per formare una coalizione attorno a

obiettivi condivisi, ivi comprese le persone che vivono con l'HIV, i rappresentanti delle comunità più colpite, la società civile, gli enti di prevenzione, i professionisti esperti sul test dell'HIV e altri soggetti che svolgono un ruolo nell'attuazione della strategia.

Formulazione di una strategia nazionale per il test dell'HIV

Chi sottoporre al test?

Occorre conoscere la situazione epidemiologica e individuare i gruppi maggiormente a rischio. Un approccio nazionale efficace al test dell'HIV si deve basare sulla conoscenza della situazione epidemiologica a livello nazionale e locale. I programmi di effettuazione del test dovrebbero essere mirati a raggiungere i soggetti a rischio di infezione e in via prioritaria quelli a rischio più elevato.

L'esame dei dati di sorveglianza e altri dati pertinenti, comprese le informazioni su casi non diagnosticati di HIV o diagnosi tardive, consente di comprendere le tendenze epidemiche e temporali a livello regionale e nazionale. Alcuni gruppi sono particolarmente a rischio, quali gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, gli utilizzatori di droghe per via iniettabile, i migranti, soprattutto se provenienti da paesi con un tasso di prevalenza elevato, i partner sessuali dei soggetti appartenenti a tutti questi gruppi e i figli di madri HIV-positive. Questi segmenti della popolazione e/o i rischi a cui sono esposti sono spesso nascosti e stigmatizzati. Occorre effettuare indagini particolari per individuare il livello di diffusione dell'HIV in questi gruppi, le percentuali di test dell'HIV, nonché conoscenze, comportamenti e atteggiamenti pertinenti al fine di studiare interventi intesi a promuovere l'accesso al test dell'HIV.

È opportuno anche prendere in esame dati aggiuntivi su altre infezioni sessualmente trasmissibili nonché comportamenti sessuali e relativi all'uso di droghe per via iniettabile nella popolazione in generale, oltre che nei gruppi a rischio di HIV.

Dove effettuare il test?

Considerare gli aspetti logistici

Occorre pianificare le modalità di attuazione del programma di test dell'HIV e affrontare i problemi logistici che possono comprendere la struttura del sistema sanitario, la possibilità di accedere gratuitamente all'assistenza sanitaria, la preparazione dei servizi locali, la presenza di strutture di consulenza e sostegno, come garantire la disponibilità di percorsi di cura per l'accesso al trattamento dell'HIV e come garantire la riservatezza.

Rendere disponibile il test in un'ampia varietà di contesti

Occorre utilizzare le informazioni epidemiologiche e sui gruppi a rischio per prendere decisioni informate su dove è opportuno offrire il test dell'HIV. Inoltre, bisogna considerare chi attualmente accede al test dell'HIV e in quali contesti. A causa della varietà delle esigenze e delle barriere all'effettuazione del test, si dovrebbero offrire una gamma di servizi per promuovere il massimo accesso, individuando gli interventi necessari per istituire nuovi servizi o modificare le pratiche negli ambienti sanitari esistenti o nei servizi forniti a livello locale; inoltre si dovrebbe valutare la possibilità di rendere meno rigide, senza compromettere la qualità del test, eventuali normative che possono ostacolare l'effettuazione del test a livello locale, ivi compreso il ricorso a test rapidi eseguiti in loco (*point-of-care test*) o l'obbligo di farlo eseguire solo da specifici professionisti.

Obiettivi dell'offerta del test HIV

- Servizi dedicati per fornire un accesso facile e sicuro al test dell'HIV, da solo o combinato con altri test.
- Contesti dove il test dell'HIV dovrebbe essere offerto universalmente: servizi per soggetti a rischio (servizi per malattie sessualmente trasmissibili e utilizzatori di droghe per via iniettabile); servizi prenatali; servizi per la diagnosi clinica e la gestione di condizioni indicatrici di HIV; altri contesti dove è nota o stimata un'elevata prevalenza di casi non diagnosticati di HIV.
- Tutti gli altri ambienti sanitari, dove le persone dovrebbero essere in grado di richiedere il test e dove i professionisti dovrebbero essere pronti ad offrirlo e vigilare sulla sua necessità.
- Luoghi per l'effettuazione del test nella comunità locale, ivi compresi servizi di assistenza che raggiungono persone ad alto rischio di HIV nascoste o emarginate e che non sono in contatto con i servizi tradizionali di assistenza sanitaria. Questo tipo di servizi dovrebbe essere istituito con il coinvolgimento delle popolazioni destinarie.

Quando effettuare il test?

Fornire indicazioni sulla frequenza del test

Test più frequenti sono consigliabili per i soggetti con comportamenti a rischio. Ad esempio, alcuni paesi raccomandano che gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini si sottopongano al test annualmente o anche più spesso a seconda del comportamento sessuale. Le attuali indicazioni dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) raccomandano di offrire regolarmente il test ai soggetti che fanno uso di droghe iniettabili almeno una volta ogni 6 – 12 mesi.

Come effettuare il test?

Sensibilizzare il pubblico

Per richiedere e accettare il test dell'HIV, il pubblico, e in particolare i gruppi a più alto rischio di HIV, devono comprenderne i vantaggi. Occorre un approccio strategico alla comunicazione, con il ricorso a una gamma di canali differenti. Il sostegno visibile e di alto livello di opinionisti, tra cui politici, leader locali e celebrità, nonché un'informazione positiva e corretta nei media, possono essere strumenti utili per aumentare la consapevolezza.

Garantire la riservatezza

Quello della riservatezza è un principio fondamentale nell'assistenza sanitaria, ma considerando i pregiudizi legati all'HIV e ai comportamenti attraverso i quali può essere trasmesso, assume un'importanza cruciale per l'effettuazione del test dell'HIV. Si dovrebbero seguire le indicazioni professionali pertinenti e le disposizioni legali nazionali. La mancanza di riservatezza può costituire un ostacolo per l'accesso al test dell'HIV. Politiche chiare in materia di riservatezza e un'adeguata pubblicità in merito alle stesse negli ambienti che offrono il test possono contribuire a superare questa barriera. Il test dell'HIV dovrebbe sempre essere offerto e discusso nel rispetto della privacy e dovrebbe sempre essere disponibile l'opzione del test anonimo.

Aumentare la consapevolezza professionale e formare gli operatori

La consapevolezza, la fiducia e la competenza dei professionisti riguardo all'offerta del test dell'HIV si possono promuovere con la formazione. Il test dell'HIV può essere offerto da qualsiasi operatore sanitario adeguatamente formato e competente, e la diffusione del test richiede un maggior numero di operatori fiduciosi e competenti per offrirlo. Con una formazione e un'assicurazione di qualità adeguate, anche chi non è un operatore sanitario può offrire il test dell'HIV. Gli operatori hanno bisogno di comprendere i vantaggi del test e superare le barriere che inibiscono la loro capacità e volontà di offrirlo, quali la diffidenza, le difficoltà nel parlare di sesso o di comportamenti stigmatizzati, l'ansia di dover comunicare un risultato di positività e atteggiamenti discriminatori nei confronti dei soggetti a rischio o affetti da HIV.

Colloquio pre-test

Un breve colloquio pre-test, relativo ai suoi vantaggi e agli aspetti pratici per l'effettuazione del test e la consegna dei risultati, si è dimostrato accettabile ed efficace nel contribuire all'aumento delle richieste. Lo scopo principale è garantire il consenso informato, che dovrebbe essere documentato ma non comprende un consenso scritto firmato, in linea con altre indagini mediche e nel quadro della "normalizzazione" del test dell'HIV. Prima di offrire un test dell'HIV non si richiedono informazioni dettagliate riguardo alla vita sessuale o all'assunzione di droghe iniettabili. Tuttavia, per determinati individui o in ambienti dove la salute sessuale e/o l'uso di droghe rientra nell'ambito dei servizi, può essere indicata una breve valutazione del rischio, o una più ampia consulenza pre-test, ad esempio nel caso di costante esposizione al rischio. Questo servizio dovrebbe sempre essere disponibile e il personale dovrebbe sapere come indirizzare gli interessati a consulenti competenti.

Impiego di adeguate tecnologie di test

È opportuno individuare i test HIV disponibili e valutarne i rispettivi vantaggi in relazione a diversi contesti, ivi compresi i test rapidi (*point-of-care*). Le tecnologie di test sono in costante evoluzione e bisognerebbe ricorrere alla consulenza di esperti per verificare periodicamente la scelta dei test. Tutti i test reattivi dovrebbero essere confermati seguendo le linee guida dell'OMS in materia. Le linee guida nazionali per l'applicazione di uno standard minimo di assicurazione di qualità per i test diagnostici sono fondamentali per garantire prassi di alta qualità nonché standardizzazione metodologica e affidabilità.

Comunicare sempre i risultati

Occorre fare il possibile per garantire che le persone che si sottopongono al test dell'HIV vengano informate del risultato, positivo o negativo. Quando si tratta di comunicare risultati di positività, bisogna garantire la disponibilità di personale che fornisca consulenze post-test nonché collegamenti con servizi adeguati di trattamento dell'HIV e assistenza dove indirizzare gli interessati. Anche i soggetti a rischio elevato di HIV per i quali il test risulti negativo possono beneficiare della consulenza e di indicazioni su adeguati servizi di prevenzione.

Garantire l'accesso ai servizi di trattamento, cura e prevenzione dell'HIV

Accesso alla terapia antiretrovirale

È essenziale che tutti i programmi relativi ai test dell'HIV prevedano meccanismi chiari per garantire che le persone che risultano positive al test siano integrate nel programma di trattamento e cura dell'HIV. In tutta Europa l'accesso alla terapia antiretrovirale dovrebbe essere universale. L'incapacità di sostenere i costi non dovrebbe impedire l'accesso al trattamento e occorre trovare soluzioni per superare questa barriera all'accesso universale. In tutti i siti dove si effettua il test dell'HIV dovrebbero esistere percorsi di riferimento per garantire che le persone ricevano una consulenza specialistica subito dopo avere appreso di essere risultate positive al test dell'HIV. La consulenza dovrebbe comprendere una valutazione di quando cominciare la terapia antiretrovirale e della necessità di altre forme di cura e sostegno sanitario e sociale.

Accesso al sostegno psicosociale e servizi di prevenzione

Il sostegno psicosociale dovrebbe essere immediatamente accessibile dopo un esito di positività del test. I soggetti che risultano positivi al test e vengono indirizzati a cure specialistiche dovrebbero avere accesso al sostegno per la prevenzione dell'ulteriore trasmissione dell'HIV. Anche per i soggetti che risultano negativi al test dovrebbe essere disponibile il riferimento a un servizio di consulenza e sostegno per la prevenzione dell'HIV, ove sussista un rischio significativo di esposizione, o su richiesta.

Follow-up: monitoraggio e valutazione

L'attività di monitoraggio e valutazione è una componente essenziale di un programma di test dell'HIV, poiché ne garantisce l'idoneità allo scopo e la capacità di fornire test di alta qualità. Un sistema di monitoraggio e valutazione ben strutturato serve a indirizzare le politiche, a migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi e a guidare la futura ripartizione delle risorse del programma. I dati della sorveglianza nazionale comprendono i nuovi casi diagnosticati e la percentuale di diagnosi tardive. Le stime dei casi non diagnosticati sono importanti per monitorare l'impatto del programma. L'espansione del test in nuovi contesti richiede una seria attività di monitoraggio e valutazione per garantire test dell'HIV di qualità elevata. Il successo di interventi locali per promuovere il test dell'HIV può essere valutato in base a cinque criteri: Fattibilità; Accettabilità; efficacia ed efficienza in termini di Costo; Target di popolazione raggiunto; Sostenibilità (FACTS). Indicatori chiari, ben definiti e misurabili possono aiutare nel monitoraggio di questi criteri e fornire un metodo standard per relazionare sulle conclusioni a livello locale e (inter)nazionale.

Relazioni sulla sorveglianza

5 Sorveglianza della tubercolosi, 2008

(Pubblicata a marzo 2010)

Dal 1° gennaio 2008 il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità coordinano congiuntamente la sorveglianza della tubercolosi (TBC) in Europa. Lo scopo è quello di assicurare un livello elevato di qualità dei dati standardizzati sulla TBC riguardanti tutti i 53 paesi nella regione europea dell'OMS e nel Liechtenstein.

La regione europea dell'OMS

Nel 2008, sono stati segnalati 461 645 casi di TBC (52,2 per 100 000 abitanti) da 50 dei 54 paesi della regione europea², che rappresentano circa il 6% dei casi di TBC segnalati all'OMS a livello mondiale. La tendenza nelle percentuali di notifica in generale è in costante aumento dal 2004. Tuttavia, nel complesso i tassi di notifica della TBC nei 18 paesi ad alta priorità (HPC)³ rispetto all'anno precedente sono scesi del 3,9%, fino all'87,6% di tutti i casi di TBC e nella regione in generale le notifiche sono diminuite del 2,6% tra il 2007 e il 2008. Un calo del 4% rispetto al 2007 nelle segnalazioni di nuovi casi di TBC indica una riduzione della diffusione della malattia nella regione. Anche la percentuale di casi precedentemente sottoposti a trattamento dal 2007 è scesa da 31,7% a 29,8%.

La fascia di età con il maggior numero (42,0%) di nuovi casi di TBC accertati nella regione è 25–44 anni.

Il numero di casi segnalati di infezioni di TBC e HIV è quasi raddoppiato, da 5 828 nel 2006 a 11 395 nel 2008, a causa dell'aumento dei test nel quadro dell'intensificazione dei servizi di cura dell'HIV per i pazienti affetti da TBC nei paesi ad alta priorità. Nello stesso periodo non si riscontrano incrementi apprezzabili nel numero di infezioni da HIV segnalate al di fuori dei paesi ad alta priorità.

Nell'intera regione, il numero totale di casi segnalati di tubercolosi a farmacoresistenza multipla (MDR TB) per il 2008 è raddoppiato rispetto all'anno precedente grazie ai miglioramenti nei test di suscettibilità ai farmaci (DST) e l'incidenza di MDR TB tra i nuovi casi segnalati si attesta sull'11,1%. La percentuale più elevata di casi di MDR TB nella regione si riscontra nei paesi ad alta priorità, con una prevalenza del 13,8% tra i nuovi casi diagnosticati, cinque volte superiore alla prevalenza documentata nell'UE/SEE, e di oltre 50% tra i casi già trattati, una percentuale superiore al doppio di quella riscontrata nell'UE/SEE.

Il tasso di successo del trattamento tra i nuovi casi di TBC confermati da analisi di laboratorio nel 2007 è sceso al 70,7% (rispetto al 73,1% per i casi registrati nel 2006), con il 9,0% di inefficacia del trattamento, l'8,4% di decessi e il 6,9% di abbandono del trattamento. Il tasso di successo del trattamento in paesi non UE/SEE è inferiore, rispettivamente pari al 67,5% contro il 79,5%. Nei 18 paesi ad alta priorità, il trattamento si è dimostrato efficace solo nel 69,2% dei nuovi casi di TBC confermati da laboratorio, un risultato lontano dall'obiettivo dell'85% della strategia "Stop TB".

Il tasso di mortalità per tubercolosi è sceso del 45%, da 9,0 per 100 000 abitanti nel 2005 a 5,0 per 100 000 abitanti nel 2007. Analoghe riduzioni percentuali si sono registrate nei paesi UE/SEE e nei paesi ad alta priorità, dove tuttavia la mortalità resta quasi 15 volte superiore rispetto a UE/SEE.

Paesi dell'Unione europea e dello Spazio economico europeo⁴

Nel 2008, 26 paesi dell'Unione europea (UE) (tutti tranne l'Austria) e due paesi dello Spazio economico europeo (SEE) (Islanda e Norvegia) hanno segnalato 82 611 casi di TBC, evidenziando un calo di 615 casi rispetto al 2007. Oltre l'80% dei casi si sono verificati negli otto paesi che hanno segnalato almeno 3 000 casi ciascuno (Bulgaria, Francia, Germania, Italia, Polonia, Romania, Spagna e Regno Unito).

Il tasso di notifica complessivo nel 2008 è stato di 16,7 per 100 000, con percentuali inferiori a 20 per 100 000 in 21 paesi e superiori a 20 per 100 000 in Romania (115,1), Stati baltici - Lituania (66,8), Lettonia (47,1), Estonia (33,1) - Bulgaria (41,2), Portogallo (28,2) e Polonia (21,2). Nel complesso, il tasso di notifica è stato inferiore dell'1,2% rispetto al 2007 (per i 28 paesi segnalanti), rispecchiando una tendenza netta al calo in 17 paesi.

² Non sono pervenuti dati dal Principato di Monaco, San Marino, Austria e Liechtenstein; il Liechtenstein è incluso nella relazione, ma è presente solo in qualità di paese del SEE e non appartiene alla regione europea dell'OMS.

³ Armenia, Azerbaijan, Bielorussia, Bulgaria, Estonia, Georgia, Kazakistan, Kirgizstan, Lettonia, Lituania, Moldavia, Romania, Russia, Tajikistan, Turchia, Turkmenistan, Ucraina, Uzbekistan.

⁴ I 27 Stati membri dell'UE, Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

Tuttavia, si sono osservati aumenti sostanziali a Malta (28,8%), in Islanda (19,8%) e a Cipro (12,2%) e incrementi di minore entità anche in Svezia (4,9%) e nel Regno Unito (2,8%), per lo più attribuibili a casi di origine straniera. Nel 2008, il 22,4% dei casi (intervallo tra paesi: 0–88%) riguardavano persone di origine straniera, provenienti per più di due terzi da Asia o Africa.

La prevalenza dell'HIV tra i casi di TBC è aumentata tra il 2006 e il 2008 in Estonia (da 9,0% a 9,9%), Lettonia (da 3,4% a 6,7%) e Malta (da 3,7% a 9,4%). Nei restanti paesi che hanno presentato dati, la prevalenza dell'HIV tra i casi di TBC è risultata pari o inferiore all'1% in sei paesi, del 2–5% in altri tre, del 5–8% in due paesi e del 14,6% in un paese.

La farmacoresistenza multipla si è mantenuta più frequente negli Stati Baltici (MDR combinata: 15,6%–21,3%) seguiti dalla Romania, che ha fornito dei dati per la prima volta (14,7%). Altri paesi hanno riportato livelli inferiori di MDR (0%–5%), in genere più comune nei casi di persone di origine straniera. Dei 14 paesi che hanno segnalato farmacoresistenza estesa (XDR), la Romania ha riportato i numeri più elevati (in totale 54 casi), mentre Lettonia ed Estonia hanno rilevato la percentuale maggiore di XDR tra i casi di MDR (rispettivamente 14,7 e 12,2%) con un netto incremento dei casi di XDR in Lettonia rispetto al 2007, da 6 a 19, (da 6,1% a 14,7%).

Nel 2007, ventidue paesi hanno riferito dati sul monitoraggio dei risultati del trattamento (TOM) per casi di tubercolosi polmonare definiti. Tra i casi di tubercolosi polmonare confermati da coltura e non sottoposti a trattamento in precedenza, il 79,5% ha avuto esito positivo. I risultati positivi sono stati notevolmente inferiori tra casi di TBC precedentemente sottoposti a trattamento (51,8%) e tra casi di TBC polmonare a farmacoresistenza multipla confermati da coltura a 24 mesi (30,9%).

6 Sorveglianza dell'influenza in Europa 2008-2009 – dalla settimana 40/2008 alla settimana 39/2009

(Pubblicata a maggio 2010)

La stagione influenzale 2008-2009 in Europa è cominciata nella settimana 48/2008, è durata circa 10 settimane in ciascun paese interessato e si è conclusa nella settimana 16/2009 dopo un picco che ha attraversato il continente da ovest a est. Le percentuali settimanali specifiche per (sotto)tipo di campioni sentinella risultati positivi all'influenza hanno evidenziato due picchi sovrapposti, con l'influenza B che ha sostituito l'influenza inizialmente dominante A(H3N2) in quanto virus influenzale a maggiore prevalenza dopo la settimana 8/2009. I virus circolanti dell'influenza A(H3N2) e A(H1N1) dal punto di vista antigenico si sono rivelati strettamente correlati alle componenti corrispondenti incluse nel vaccino contro l'influenza dell'emisfero settentrionale 2008-2009, mentre la maggior parte dei virus B isolati apparteneva al lineaggio Victoria e non corrispondeva alla componente B del vaccino, un virus appartenente al lineaggio Yamagata. In ogni caso, alla luce della prevalenza relativamente bassa dei virus B osservata durante la stagione, questa mancata corrispondenza non dovrebbe avere avuto una particolare rilevanza in termini di sanità pubblica.

I casi di pandemia di influenza A(H1N1) del 2009 hanno cominciato a manifestarsi in Europa nella settimana 16/2009. Alla settimana 39, il numero totale riportato di casi confermati ammonta a 53 658, da tutti gli Stati membri dell'UE, Islanda, Liechtenstein e Norvegia, e comprendeva 175 decessi in 14 paesi. I dati basati sui casi hanno evidenziato che l'età dei pazienti va da 0 a 90 anni (media: 19 anni); per il 78% sono di età inferiore a 30 anni, mentre i soggetti in età scolare, tra i 5 e i 19 anni, rappresentano il 47% di tutti i casi. Nella stragrande maggioranza dei casi (96%) non sono note condizioni mediche soggiacenti. Negli altri casi, le condizioni soggiacenti segnalate con maggiore frequenza sono le malattie polmonari croniche, che rappresentano il 30% dei casi. La polmonite è citata come complicanza nello 0,6% dei casi di infezione da influenza pandemica, il tasso complessivo di ospedalizzazione è del 13%, ed è stato riportato il decesso nello 0,03% dei casi.

La rete integrata clinica e virologica "European influenza surveillance network" (EISN) si è dimostrata efficace nella tempestiva individuazione dell'inizio della stagione influenzale 2008-2009, nel monitoraggio dell'andamento e nella caratterizzazione dei suoi principali aspetti virologici. I primi virus dell'influenza pandemica del 2009 individuati in pazienti sentinella e non sentinella sono stati confermati rispettivamente entro una-tre settimane dopo la comparsa dei primi casi in Europa. Tuttavia, la sorveglianza sentinella di casi di sindrome simil-influenzale (ILI) e infezione respiratoria acuta (ARI) ha individuato un aumento evidente solo dopo dieci settimane. Persino nella settimana 39/2009, quando erano già stati segnalati casi di influenza pandemica da tutti i paesi dell'UE e da Islanda, Liechtenstein e Norvegia, un'attività ILI/ARI superiore alla norma era stata riscontrata solo da nove dei 29 paesi che riferivano alla EISN.

Una maggiore sensibilità richiederebbe un maggior numero di medici sentinella, ma andrebbero affrontate anche altre carenze del sistema. Le modifiche suggerite al sistema di sorveglianza dell'influenza in Europa sono le seguenti:

- promuovere ulteriormente la segnalazione standardizzata dell'intensità, della diffusione geografica e delle tendenze di sindromi simil-influenzali (ILI) e infezioni respiratorie acute (ARI);
- aumentare la sorveglianza di ILI e ARI con la sorveglianza delle infezioni respiratorie acute gravi (SARI);
- introdurre soglie epidemiche standard per la sorveglianza sentinella di ILI/ARI;
- sviluppare ulteriormente la sorveglianza della mortalità per tutte le cause a livello europeo e rendere disponibili al pubblico informazioni regolari.

7 Sorveglianza delle malattie batteriche invasive in Europa 2007

(Pubblicata a ottobre 2010)

La presente relazione descrive l'epidemiologia delle malattie batteriche invasive dovute a *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* negli Stati membri dell'Unione europea (UE) nel 2007. Ai punti di contatto nazionali designati è stato chiesto di presentare i dati utilizzando la versione rivista del set di dati per le infezioni batteriche invasive sviluppato nel 2008 sulla base della precedente banca dati UE-IBIS. Questa serie di dati contiene informazioni basate su casi relative a variabili epidemiologiche e di laboratorio ed è suddivisa in una serie di variabili principali applicabili a tutte le malattie notificabili nell'UE e una serie migliorata di variabili specifiche per le malattie invasive da *Haemophilus influenzae* e meningococco. Al fine di agevolare la trasmissione dei dati, gli Stati membri hanno ricevuto un addestramento online nel giugno 2008 e prima della richiesta dei dati sono stati resi disponibili video di formazione supplementari e altri materiali.

Dei 30 Stati membri UE/SEE, 27 hanno presentato dati sulla malattia invasiva da *Haemophilus influenzae* e 29 sulla malattia invasiva da meningococco.

Malattia invasiva da *Haemophilus influenzae*

- Nel 2007 sono stati segnalati in totale 2 058 casi di malattia invasiva da *Haemophilus influenzae*. I tassi di notifica variano nei diversi Stati membri e sono più elevati nei paesi nordici rispetto al resto d'Europa, con una costante tendenza alla crescita. Tuttavia, la maggioranza dei paesi si è attestata al di sotto di 1 caso ogni 100 000 abitanti. Nel complesso, le percentuali di notifica più elevate si sono registrate tra i bambini di età inferiore all'anno (3 per 100 000, 118 casi). Le tendenze tra i neonati sono diminuite in misura sostanziale per il sierotipo b dal 1999 al 2007 (da 3 per 100 000 a 1 per 100 000), mentre sono aumentate per i ceppi non capsulati, da 1,5 su 100 000 fino a 2,5 su 100 000 nello stesso periodo.
- Il sessantasette per cento di tutti i casi di *H. influenzae* invasiva riportati nel 2007 erano dovuti a ceppi non capsulati. L'aumento del numero di ceppi non capsulati registrato nel corso degli anni si può attribuire in parte al miglioramento dell'accertamento dei casi e della sensibilità dei sistemi di sorveglianza, documentato anche in numerosi Stati membri. In ogni caso, negli ultimi anni si è osservato nell'UE un effettivo aumento del numero di sierotipi notificati non coperti dal vaccino (ceppi non-b e non capsulati). L'introduzione del vaccino coniugato contro l'*H. influenzae* tipo b (Hib) ha determinato una percentuale più elevata di infezioni invasive da *H. influenzae* attribuibili a ceppi del sierotipo non-b a causa della riduzione della malattia Hib. Tuttavia, diversamente dal programma di vaccinazione con il vaccino pneumococcico coniugato, non esistono prove consistenti o solide del fatto che una vaccinazione di massa contro l'Hib in età infantile abbia determinato una sostituzione del sierotipo nello stato di portatore o di malattia. Un recente documento dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sui vaccini coniugati contro l'Hib conclude che "finora, la sostituzione di ceppi batterici non è stata una caratteristica prominente dell'immunizzazione contro l'Hib su vasta scala".
- In termini di numeri assoluti riportati, sembra evidenziarsi uno spostamento verso fasce di età più elevata. Il quarantasei per cento di tutti i casi segnalati nel 2007 riguardavano adulti di età superiore a 65 anni; questo risultato è coerente con uno studio effettuato negli USA che mette in luce l'aumento dell'incidenza della malattia invasiva da *H. influenzae* dal 1996 al 2004. Anche le caratteristiche epidemiologiche dell'*H. influenzae* si sono modificate, da una malattia riscontrata in prevalenza nei bambini e dominata dal sierotipo b a una malattia riscontrata in prevalenza negli adulti e dominata da ceppi non tipizzabili.
- Nel 2007, fino al 60% dei casi si è verificato in individui vaccinati, come si osserva solitamente in popolazioni ad elevata copertura vaccinale. Tra gli individui completamente vaccinati, la maggioranza erano bambini da 1 a 4 anni, mentre quelli di età inferiore a un anno hanno rappresentato il 27% dei casi. Sulla base dei dati disponibili non è possibile valutare se i casi osservati si possono classificare come reali insuccessi vaccinali e occorrono maggiori informazioni per approfondire questi riscontri. Qualche informazione aggiuntiva in materia è stata fornita da uno studio condotto da UE-IBIS che ha analizzato gli insuccessi del vaccino contro l'Hib individuati dalla sorveglianza nazionale tra il 1996 e il 2001 in Europa, Israele e Australia, descrivendone le caratteristiche cliniche e di laboratorio in una popolazione ampia e diversificata con diversi programmi di immunizzazione.

Dal Regno Unito è stata ampiamente riportata anche una riemergenza della malattia da Hib dovuta a insuccesso vaccinale.

Malattia invasiva da meningococco

- Nel 2007, nell'UE/SEE sono stati segnalati 5 583 casi di malattia batterica invasiva dovuta a *N. meningitidis*, con un tasso di notifica complessivo di 1,12 casi per 100 000 abitanti. I tassi di notifica variano nei diversi Stati membri, con punte in Irlanda e nel Regno Unito rispetto al resto d'Europa, benché in entrambi i paesi si registri una costante tendenza al calo. Oltre a questi due paesi, altri sei Stati membri hanno registrato tassi di notifica superiori a 1 per 100 000 (Belgio, Danimarca, Paesi Bassi, Spagna, Lituania e Malta). Il numero più elevato di casi di malattia invasiva da meningococco si registra ancora tra neonati e bambini, con il 50% dei casi segnalati tra bambini di età inferiore a 10 anni. Le percentuali più elevate osservate in bambini di età inferiore a 1 anno sono state segnalate da Irlanda e Regno Unito, rispettivamente con tassi di 74,5/100 000 e 46,6/100 000.
- Come per l'*H. influenzae*, l'eterogeneità nella segnalazione dei casi si può attribuire a una serie di possibili cause: un miglioramento della sensibilità dei sistemi di sorveglianza; la variazione nei tipi di presentazioni cliniche sotto sorveglianza (ossia sepsi, meningite o entrambe) in ogni Stato membro; differenze nelle definizioni applicate per i casi; differenze nelle capacità dei laboratori; o differenze nelle pratiche sanitarie per garantire un campionamento precoce di colture ematiche. In questa fase, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) non possiede ancora una visione completa dei principali motivi di queste differenze e quindi consiglia di usare prudenza nel confrontare i tassi di notifica per sierogruppo ed età nei diversi paesi.
- La percentuale di casi con informazioni mancanti sul sierogruppo rimane elevata, in particolare nei paesi dell'Europa orientale. Tuttavia, l'identificazione dei sierogruppi è migliorata nel corso degli anni, registrando un calo significativo del numero di dati non noti negli ultimi cinque anni, da 1 448 casi nel 2003 a 559 nel 2007. Sempre nel 2007, il sierogruppo segnalato con maggiore frequenza quale causa di malattia invasiva da meningococco in Europa è il sierogruppo B, che rappresenta circa il 90% di tutti i sierogruppi notificati tra bambini di età inferiore ai 4 anni. Nei paesi coperti da vaccinazione contro il meningococco C (MCC), si registra una forte predominanza di casi B in tutti i gruppi di età e in particolare nei soggetti di età inferiore a un anno e tra uno e quattro anni (rispettivamente 73 e 81% dei casi), che di norma sono i gruppi destinatari della vaccinazione contro il sierogruppo C.
- Nei paesi che praticano la vaccinazione MCC, la percentuale di casi riconducibili al sierogruppo C è diminuita drasticamente negli ultimi anni dopo l'introduzione del vaccino nel programma nazionale, in particolare nei gruppi destinatari dei programmi di vaccinazione. La percentuale di casi del sierogruppo C sembra aumentare con l'età, probabilmente a causa della bassa copertura vaccinale nelle fasce di età più avanzata, oltre che del calo di efficacia del vaccino negli anni successivi al programma di immunizzazione primario.
- Le informazioni su sierotipi e sottotipi di ceppi sono in aumento grazie all'adozione di tecnologie molecolari in un numero sempre maggiore di paesi. Tuttavia, il numero di campioni di sierotipi e sierosottotipi rimane basso e l'interpretazione di questi risultati richiede una certa attenzione. Il numero più elevato di campioni di sierosottotipi è stato comunicato da Francia, Regno Unito e Belgio.

Principali conclusioni

Nel complesso, l'incidenza delle due malattie è in costante calo, soprattutto nei bambini che sono i destinatari delle campagne di vaccinazione. Tuttavia, a livello europeo il numero di casi dovuti a sierotipi e sierogruppi non coperti dai vaccini è in aumento, anche nei bambini, e questa tendenza dev'essere monitorata con attenzione.

Poiché la copertura vaccinale è elevata per entrambi i vaccini, si verificano dei casi anche in individui vaccinati. Purtroppo, i dati raccolti non sono sufficienti per un'analisi approfondita dei possibili insuccessi vaccinali o per trarre delle conclusioni sulla percentuale di casi che si verificano tra individui vaccinati in paesi con o senza vaccinazione. Questo perché la percentuale complessiva di valori mancanti sullo status vaccinale è molto elevata e le informazioni su data di nascita, numero di dosi somministrate e data dell'ultima dose non sono disponibili. Inoltre, tutte le informazioni richieste per stabilire un insuccesso vaccinale non sono ancora compresi nella serie di variabili (come ora di nascita, numero di dosi somministrate e data della somministrazione).

Al fine di migliorare la confrontabilità dei dati tra i paesi partecipanti, occorrono metodi di laboratorio più standardizzati per l'accertamento dei casi e l'adozione a livello locale di una definizione comune di caso a fini di sorveglianza. I metodi di genotipizzazione diventeranno sempre più praticabili nei paesi europei, contribuendo a migliorare la comprensione dei dati di sorveglianza; in ogni caso, questa evoluzione richiede una collaborazione più stretta tra laboratori e centri epidemiologici a livello nazionale ed europeo. A questo proposito, nel 2008 è stato assegnato un appalto dal titolo "Sorveglianza di laboratorio e assicurazione di qualità esterna delle malattie batteriche invasive nell'UE" da un consorzio di istituti europei coordinati dall'Università di Würzburg, e il progetto ora è nel suo secondo anno di attività. Si incentra sull'assicurazione di qualità esterna e sulla formazione, ma in particolare anche sul potenziamento e sull'armonizzazione delle capacità di laboratorio negli Stati membri nonché sul rafforzamento della collaborazione tra laboratori e istituti sanitari pubblici nell'UE. Una delle attività fondamentali del gruppo consiste nel promuovere l'impiego di metodi di tipizzazione molecolare nella sorveglianza di routine.

8 Relazione epidemiologica annuale sulle malattie trasmissibili in Europa 2010

(Pubblicata a novembre 2010)

La presente relazione contiene l'analisi dei dati riportati per il 2008 dai 27 Stati membri dell'UE e da tre paesi SEE/EFTA: Islanda, Liechtenstein e Norvegia. Il principale obiettivo della relazione è quello di fornire qualche indicazione, sulla base dei dati disponibili, in merito a dove si registra l'incidenza più rilevante delle malattie trasmissibili nell'Unione europea. In queste aree, occorre un'azione più concertata al fine di ridurre l'onere attuale e il potenziale onere futuro per la società, la salute pubblica e i sistemi sanitari e alleviare la sofferenza degli esseri umani. Questi dati consentono all'ECDC di adempiere al proprio compito di fornire una base di evidenza per l'azione, contribuire a individuare e condividere prassi e suggerire metodologie per interventi di follow-up.

Nonostante i notevoli progressi nel miglioramento della qualità e confrontabilità dei dati, occorre usare una certa cautela nell'effettuare confronti diretti dei tassi di notifica tra i vari paesi. I sistemi di sorveglianza sono molto diversi e per numerose malattie il rapporto tra l'incidenza segnalata o notificata e l'incidenza effettiva varia da paese a paese.

Per la prima volta l'analisi annuale delle minacce monitorate nell'UE è riportata separatamente⁵.

Resistenza antimicrobica e infezioni nosocomiali

La principale minaccia sanitaria in Europa resta quella posta dai microorganismi che sono divenuti resistenti agli antimicrobici. Nel 2008, 900 laboratori che servono più di 1 500 ospedali hanno comunicato i rispettivi dati sulla resistenza antimicrobica per sette importanti microorganismi indicatori. Dai dati emerge un aumento in tutta Europa della resistenza a tutte le classi di antibiotici soggetti a sorveglianza per i batteri gram-negativi più comuni responsabili di batteriemia e infezioni delle vie urinarie (*Escherichia coli*). Alcuni paesi hanno segnalato una diminuzione della percentuale di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), benché in un terzo dei paesi le percentuali di MRSA siano rimaste superiori al 25%. La crescente minaccia della farmacoresistenza multipla (resistenza a una varietà di antibiotici di uso comune) osservata con maggiore frequenza in alcuni batteri gram-negativi quali *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*, continua ad essere fonte di preoccupazione.

Nello stesso anno, sono stati riferiti dati di sorveglianza su 306 621 interventi chirurgici provenienti da 1 422 ospedali nonché dati provenienti da 654 ospedali su 9 129 episodi di polmonite e 4 077 episodi di infezioni del flusso sanguigno contratte in unità di terapia intensiva (ICU). La tendenza alla diminuzione delle infezioni del sito chirurgico dopo l'intervento di protesi all'anca precedentemente osservata è stata confermata nel 2008. La distribuzione di microorganismi associati a infezioni contratte in unità di terapia intensiva evidenzia una percentuale elevata di Enterobatteriacee resistenti alle cefalosporine di terza generazione e in particolare *Klebsiella* spp. e *Enterobacter* spp.

Malattie ambientali e trasmesse da vettori

Il focolaio di febbre Q segnalato nei Paesi Bassi tra marzo e dicembre 2007 è ripreso nel 2008. I principali casi si sono verificati nel periodo estivo raggiungendo il picco nelle settimane 25–28 (metà giugno – metà luglio). Anche altri paesi europei come la Germania hanno segnalato un cambiamento di tendenza per la febbre Q e un aumento dei casi nel 2008, benché in misura più limitata.

Tra le malattie trasmissibili di questo gruppo che presentano le conseguenze più gravi, come quelle con potenziali caratteristiche emorragiche, la febbre emorragica del Congo-Crimea (CCHF) si è estesa al di là delle tradizionali aree endemiche nella regione dei Balcani. La Grecia ha segnalato il primo caso di CCHF in un essere umano nel giugno 2008 nella zona settentrionale del paese nei pressi di una nota area endemica. D'altro canto, le attività di sorveglianza potenziate introdotte in Italia dopo l'insorgenza di 217 casi di febbre chikungunya confermati da analisi di laboratorio nell'anno precedente hanno evidenziato l'assenza di casi autoctoni di febbre chikungunya, poiché i pochi casi segnalati nell'UE/SEE erano tutti importati.

Malattie di origine alimentare e idrica e zoonosi

Per molte delle malattie di origine alimentare il livello di segnalazione resta fortemente insufficiente a causa della gravità variabile del quadro clinico che producono. Il campylobacter ha continuato a essere l'agente patogeno gastroenterico più frequentemente segnalato nei paesi dell'UE e SEE/EFTA con un tasso nel 2008 (44,1 per 100 000 abitanti) più o meno simile all'anno precedente. Si tratta di un tipico esempio di malattia sottovalutata,

⁵ ECDC. Annual Threat Report 2009. Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

poiché è noto in particolare che questa infezione è asintomatica o provoca disturbi lievi, con la conseguenza di un elevato livello di segnalazione insufficiente.

Anche il tasso complessivo di notifiche di infezioni VTEC/STEC si è mantenuto relativamente stabile negli ultimi anni (0,66 per 100 000). Tuttavia, il numero di casi segnalati che hanno sviluppato una sindrome emolitico-uremica è aumentato del 42% nel 2008 rispetto all'anno precedente. Per quanto concerne salmonellosi e sichellosi, il tasso di segnalazione più elevato di infezioni VTEC/STEC riguarda i bambini sotto i cinque anni (4,72 casi per 100 000 abitanti), molto probabilmente a causa del quadro clinico più grave in questa fascia di età e della maggiore probabilità di ricovero ospedaliero per ciascun caso di infezione.

Negli ultimi tre anni si è registrata una costante diminuzione della salmonellosi, benché nel 2008 la *Salmonella* abbia continuato ad essere la causa di una serie di focolai di malattie alimentari a livello internazionale, nazionale e subnazionale. A seguito di un cambiamento nel sistema di segnalazione dei dati, la presente relazione registra un tasso più elevato di febbre tifoide rispetto all'anno precedente, ma si tratta di una conseguenza della maggiore completezza delle segnalazioni piuttosto che di un effettivo aumento. In ampia maggioranza, i casi di tifo sono ancora importati da viaggiatori che rientrano da zone endemiche.

Nel 2008, il tasso complessivo di notifica di epatite A (3,34 per 100 000 abitanti) era leggermente più alto rispetto al 2007 (2,75 per 100 000 abitanti). In Lettonia, il tasso di notifica è aumentato da 0,66 nel 2007 a 123 per 100 000 abitanti, per lo più in conseguenza di un focolaio locale comparso tra utilizzatori di droghe iniettabili e soggetti a basso reddito che vivevano in condizioni igieniche inferiori alla norma, e che in seguito si è esteso a tutta la comunità. Analogamente, un focolaio di epatite A nella Repubblica ceca ha colpito inizialmente utilizzatori di droghe iniettabili e successivamente si è diffuso alla popolazione in generale.

HIV, infezioni trasmissibili per via sessuale, epatite B e C

L'infezione da HIV resta una delle principali minacce per la salute pubblica poste dalle malattie trasmissibili in Europa. Il numero di casi di infezione da HIV segnalati è aumentato del 33%, da 4,2 per 100 000 (13 265 casi) nel 2000 a 5,6 per 100 000 (18 019 casi) nel 2008. La tendenza è ancora più preoccupante se si tiene conto del fatto che nell'UE/SEE una considerevole percentuale di soggetti (secondo le stime il 30%) non sanno neppure di essere affetti da HIV. Dai dati emerge che la percentuale più elevata di casi di HIV è stata diagnosticata in uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (40%), ma la percentuale di trasmissione eterosessuale dell'HIV (29%) è in aumento in diversi paesi d'Europa. Una quota considerevole di nuovi casi diagnosticati di infezione da HIV nell'UE riguarda gli immigrati da paesi con un'epidemia generalizzata di HIV (soprattutto l'Africa subsahariana). Per contro, nonostante alcune limitazioni nei dati, il numero di diagnosi di AIDS sembra diminuito, tranne che nei paesi Baltici.

Le infezioni da clamidia sono rimaste le infezioni a trasmissione sessuale più frequentemente segnalate nell'UE/SEE, con 335 329 casi documentati (150 per 100 000). È probabile che l'effettiva incidenza della clamidia sia più elevata, poiché questa infezione tende particolarmente ad essere segnalata in misura insufficiente. Negli ultimi 10 anni ha continuato ad aumentare e resta diffusa tra i giovani con un tasso di notifiche, nella fascia di età tra 15 e 24 anni, di 976 per 100 000; le giovani donne sono più colpite degli uomini.

Benché la tendenza delle segnalazioni di epatite C si mantenga relativamente stabile e l'epatite B sembri in calo rispetto agli anni precedenti, persistono comunque delle limitazioni nei dati. L'interpretazione delle tendenze è ostacolata da differenze piuttosto evidenti nei sistemi di sorveglianza, recenti cambiamenti nei sistemi di segnalazione, un numero significativo di casi non diagnosticati, possibili differenze nelle definizioni dei casi (ossia utilizzo e/o interpretazione differenti di marcatori dell'epatite B) e segnalazioni incomplete in alcuni paesi. Inoltre, alcuni paesi non fanno distinzione tra le segnalazioni di casi acuti e cronici di epatite B e C e questo, unitamente alla percentuale elevata di casi asintomatici, determina un insieme di dati non immediatamente confrontabili tra i vari paesi. L'ECDC sta lavorando per migliorare la sorveglianza rafforzata di queste infezioni virali, anche con il miglioramento dell'armonizzazione della sorveglianza di epatite B e C a livello europeo.

Infezioni dell'apparato respiratorio

Ogni inverno, centinaia di migliaia di persone nell'UE si ammalano gravemente e muoiono a causa dell'influenza stagionale. La stagione influenzale 2008-2009 in Europa è cominciata nella settimana 48 del 2008, è durata circa 10 settimane in ciascun paese interessato e si è conclusa nella settimana 16 del 2009, dopo un picco di circolazione nel continente da ovest a est e poi a sud-est. La stagione 2008-2009 è stata dominata dapprima dall'influenza A(H3N2) e in seguito in misura minore dall'influenza B, con la maggior parte dei virus individuati appartenenti alla A(H3N2). La maggioranza dei virus dell'influenza B in circolazione non corrispondeva alla componente B inclusa nel vaccino antinfluenzale 2008-2009 per l'emisfero settentrionale, ma è improbabile che questo abbia avuto una particolare rilevanza in termini di salute pubblica, data la diffusione relativamente scarsa di virus B osservata nel corso della stagione. Nella settimana 19 del 2009, al termine della "stagione normale", è stato individuato il primo virus dell'influenza pandemica A(H1N1) in un campione sentinella, seguito dall'ondata di pandemia primaverile/estiva.

Nel 2008, sono stati segnalati ancora focolai di influenza aviaria ad alta patogenicità e bassa patogenicità tra gli uccelli nell'UE, ma in numero inferiore rispetto al 2007. Non sono stati segnalati casi umani d'infezione associati.

Il tasso di notifica del morbo del legionario (legionellosi) nell'UE e nei paesi del SEE/EFTA è rimasto stabile sull'1,2 per 100 000 abitanti. Il picco di casi segnalati in luglio osservato negli anni precedenti è stato più prolungato nel 2008, da giugno a settembre. Il numero di casi segnalati di morbo del legionario associato a viaggi ha registrato un calo rispetto al 2007, così come il numero di cluster (grappoli) associati ai viaggi.

Negli ultimi cinque anni si è registrato un calo annuo medio costante nel numero di casi di TBC, benché nel 2008 28 paesi dell'UE e SEE/EFTA abbiano comunque segnalato 82 611 casi di TBC (tasso di notifica pari a 16,7 per 100 000 abitanti). Nell'UE la tubercolosi è più comune tra i migranti, i senzatetto, gli indigenti nei centri urbani, i detenuti, le persone affette da HIV e i tossicodipendenti, ma i dati del 2008 confermano un quadro eterogeneo, con tre ampie categorie epidemiologiche:

- paesi a bassa incidenza, con casi crescenti tra la popolazione di origine straniera e occasionalmente un aumento delle segnalazioni;
- paesi con tassi di notifica da relativamente moderati a elevati che nel complesso sono in calo, con bassi livelli di tubercolosi a farmacoresistenza multipla;
- paesi con tassi di notifica relativamente alti e un'elevata percentuale di casi di tubercolosi a farmacoresistenza multipla, ma anche in questo caso complessivamente in calo.

Inoltre, la percentuale di casi di tubercolosi a farmacoresistenza multipla (MDR TB) è aumentata da 4 % a 6 % tra il 2007 e il 2008, per lo più a causa di regimi terapeutici incompleti o studiati in modo inadeguato. La percentuale di successo del trattamento per questi casi di tubercolosi a farmacoresistenza multipla resta estremamente bassa, al 30,9 % per la coorte 2006. Benché la qualità, la rappresentatività e la completezza dei dati sulla resistenza ai farmaci di seconda linea si possano ancora migliorare, i numeri confermano che la tubercolosi XDR si è stabilita all'interno dei confini dell'UE.

Malattie a prevenzione vaccinale

Numerose malattie a prevenzione vaccinale con conseguenze gravi (quali poliomelite, difterite o tetano) sono ormai quasi completamente debellate dall'UE/SEE. Un altro successo in quasi tutti i paesi dell'UE riguarda gli effetti del vaccino contro l'*Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) inserito nei rispettivi programmi nazionali di immunizzazione. Riguardo alle restanti malattie a prevenzione vaccinale, permane il problema di ottenere una copertura migliore presso i segmenti di popolazione difficilmente raggiungibili. Inoltre, dubbi ingiustificati in merito alla sicurezza dei vaccini hanno riportato indietro i traguardi raggiunti per molte di queste infezioni, con la conseguenza di focolai localizzati che avrebbero dovuto essere completamente prevenibili.

Una di queste malattie è il morbillo. Il numero totale di casi di morbillo nei paesi UE/EFTA è stato notevolmente più elevato nel 2008 rispetto al 2007, a causa di grandi focolai in diversi paesi, con il maggior numero di casi registrati in Svizzera, Italia, Austria, Germania, Francia e Regno Unito. Occorre un forte impegno politico per invertire questa tendenza preoccupante.

Per contro, il numero di casi di rosolia segnalati e confermati da analisi di laboratorio è diminuito tra il 2007 e il 2008. Malgrado il drastico calo complessivo del numero di casi d'infezione da rosolia congenita dopo l'introduzione della vaccinazione, si verificano ancora episodi sporadici in Europa. La copertura non ottimale del vaccino morbillo-parotite-rosolia può creare sacche di individui suscettibili, con il conseguente aumento dei casi di malattia, tra cui l'infezione da rosolia congenita.

Nel complesso, il tasso di notifica di malattie invasive da pneumococco (IPD) è stato di 5,2 per 100 000 abitanti nel 2008, tra i più elevati di tutte le malattie a prevenzione vaccinale. Nell'UE i sistemi di sorveglianza delle IPD sono molto eterogenei, in particolare per quanto concerne i tipi di sistemi, la loro copertura e il metodo di definizione dei casi, mentre alcuni paesi non li prevedono neppure. L'ECDC sta contribuendo al potenziamento della sorveglianza nell'UE, compresa la sorveglianza di laboratorio, nell'intento di migliorare il monitoraggio delle tendenze nei sierotipi, in particolare quelli non coperti dal vaccino.

Conclusioni

In base alla sintesi dei dati e delle tendenze del 2008 si può concludere che le priorità per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili nell'UE non sono cambiate sostanzialmente negli ultimi anni. Per alcune malattie si è evidenziato un certo calo dell'incidenza e del numero di casi grazie ad un'azione concertata di prevenzione e controllo da parte degli Stati membri (anche se i livelli restano elevati in segmenti specifici della popolazione e gruppi a rischio). Tuttavia, permangono numerosi problemi relativi alle malattie trasmissibili, in particolare i seguenti:

- resistenza antimicrobica;
- infezioni nosocomiali;
- infezioni a trasmissione sessuale, in particolare provocate da HIV e *Chlamydia*;

- infezioni dell'apparato respiratorio provocate da influenza (potenziale pandemico nonché epidemie stagionali annuali), tubercolosi e infezioni da pneumococco.

Per alcune di queste malattie, ulteriori azioni congiunte (ad esempio attraverso un programma di vaccinazioni e analoghe misure di controllo) potrebbero far sì che l'UE, e infine l'Europa, venga dichiarata "libera" dalla malattia, com'è il caso di numerose malattie a prevenzione vaccinale. Tuttavia, gli Stati membri dell'UE sono ancora lontani dal raggiungimento degli obiettivi già stabiliti dai programmi di eradicazione delle malattie, specialmente per quanto concerne il morbillo, dove la tendenza al calo si è invertita. Allo stesso modo, è indispensabile migliorare la sensibilità e specificità della sorveglianza della rosolia, in vista dell'obiettivo della sua eradicazione previsto dall'OMS per il 2010. Riguardo alle infezioni da pneumococco, si continuano a sollevare preoccupazioni in merito alla possibilità che dopo l'introduzione del vaccino i sierotipi coperti dal vaccino pneumococcico coniugato possano essere sostituiti da sierotipi non coperti, come è già stato osservato negli Stati Uniti.

I dati raccolti dal 2008 continuano a confermare che la resistenza antimicrobica costituisce un pericolo sempre maggiore per la salute pubblica in Europa. Il problema richiede una cooperazione internazionale, oltre a sforzi concertati a livello dei singoli paesi, al fine di contenere e prevenire l'insorgenza della resistenza antimicrobica. Allo stesso modo, le infezioni nosocomiali sono un problema crescente che necessita di misure di prevenzione coerenti e politiche di controllo. I responsabili delle politiche trarranno vantaggio dalla disponibilità di dati più affidabili che dovrebbe risultare dalle iniziative intese a migliorare i sistemi di sorveglianza presenti prevalentemente negli ospedali o in strutture per cure a lungo termine.

Benché la tendenza generale della tubercolosi evidenzia un calo, i casi di tubercolosi MDR e di co-infezione HIV/TBC continuano ad aumentare. Allo stesso modo, la tendenza generale dell'HIV è in aumento. In entrambi i casi, queste due infezioni richiedono una forte attenzione, affinché si mantengano rigorose attività di prevenzione e controllo a livello nazionale e internazionale, ivi compresi ulteriori investimenti nella sorveglianza. La segnalazione della patologia concomitante TBC/HIV è rimasta incompleta nonostante i nuovi piani per migliorare la situazione.

L'influenza ha continuato a evidenziare quanto possano essere imprevedibili le epidemie stagionali, con una stagione relativamente difficile dominata dal virus A(H3N2) che ha determinato una pandemia di A(H1N1) originata nelle Americhe.

Tabella A. Panoramica della tendenza generale, del tasso di notifica nell'UE e delle principali fasce d'età colpite da malattie trasmissibili segnalate nell'UE nel 2008

Malattia	Tendenza generale	Tasso di notifica di casi su 100 000 (2008)	Principali fasce d'età colpite (2008)
Infezioni dell'apparato respiratorio			
Influenza	↔	Nessun dato	0-14
Influenza aviaria	Dati insufficienti	0	Dati insufficienti
Morbo del legionario (legionellosi)	↑	1.2	≥ 65
Tubercolosi	↓	16.7	25-44
HIV, infezioni a trasmissione sessuale e infezioni virali a trasmissione ematica			
Infezione da clamidia	↑	149.9	15-24
Gonorrea	↓	8.6	15-24, 25-44
Epatite B	↓	1.3	25-44
Epatite C	↑	9.0	25-44
HIV	↑	5.7	25-44
AIDS	↓	1.1	40-49
Sifilide	↔	4.2	25-44
Malattie di origine alimentare e idrica e zoonosi			
Antrace	↓	< 0.01	Dati insufficienti
Botulino	↔	< 0.1	25-44
Brucellosi	↓	0.2	45-64, 25-44
Campilobatteriosi	↑	44.1	0-4
Colera	↓	<0.01	Dati insufficienti

Malattia	Tendenza generale	Tasso di notifica di casi su 100 000 (2008)	Principali fasce d'età colpite (2008)
Criptosporidiosi	↔	2.4	0-4
Echinococosi	↔	0.2	45-44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> produttori di verocitotossina (VTEC/STEC)	↔	0.7	0-4
Giardiasi	↓	59.6	0-4
Epatite A	↓	3.3	5-14
Leptosirosi	↔	0.2	45-64
Listeriosi	↔	0.3	≥ 65
Salmonellosi	↓	29.8	0-4
Shigellosi	↔	1.8	0-4
Toxoplasmosi	↓	0.8	15-24
Trichinellosi	↔	0.1	25-44
Tularemia	↔	0.2	45-64
Febbre tifoide e paratifoide	↔	0.3	0-4, 5-44
Variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob	Dati insufficienti	< 0.01	Dati insufficienti
Yersinosi	↑	2.7	0-14
Malattie emergenti e trasmesse da vettori			
Malaria	↔	1.2	25-44
Peste	Dati insufficienti	0	Dati insufficienti
Febbre Q	↔	0.4	45-64
Sindrome respiratoria acuta grave (SARS)	Dati insufficienti	0	Dati insufficienti
Vaiolo	Non applicabile	0	Dati insufficienti
Febbre Chikungunya	Dati insufficienti	< 0.01	45-64
Febbre dengue	Dati insufficienti	0.1	25-44
Infezioni da Hantavirus	Dati insufficienti	1.4	25-44, 45-64
Febbre del Nilo occidentale	Dati insufficienti	< 0.01	Dati insufficienti
Febbre gialla	Dati insufficienti	0	Nessun caso
Malattie a prevenzione vaccinale			
Difterite	↓	<0.01	5-14, 45-64
Infezione invasiva da <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0.5	≥ 65, 0-4
Malattia invasiva da meningococco	↓	0.9	0-4
Malattia invasiva da pneumococco	↓	5.2	≥ 65, 0-4
Morbillo	↔	0.9	0-4
Parotite	↓	2.8	5-14
Pertosse	↔	5.3	5-14
Poliomielite	Dati insufficienti	0	Dati insufficienti
Rabbia	↓	< 0.01	Dati insufficienti
Rosolia	↓	0.6	0-4

Malattia	Tendenza generale	Tasso di notifica di casi su 100 000 (2008)	Principali fasce d'età colpite (2008)
Tetano	↓	< 0.1	≥ 65
Resistenza antimicrobica e infezioni nosocomiali			
Resistenza antimicrobica	↑	Non applicabile	Dati insufficienti
Infezioni nosocomiali	↑	Non applicabile	Dati insufficienti

9 Sorveglianza della resistenza antimicrobica in Europa, 2009

(Pubblicata a novembre 2010)

Questa è la prima relazione annuale della rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARSNet) dopo la transizione del sistema europeo di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARSS) al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) il 1° gennaio 2010. La presente relazione è la prosecuzione della serie di relazioni annuali EARSS, molto apprezzate, pubblicate dalla rete dal 2001.

Nell'ultimo decennio, la resistenza antimicrobica ha assunto progressivamente una posizione sempre più rilevante nell'agenda della sanità pubblica in Europa. La sorveglianza della resistenza antimicrobica condotta precedentemente dal sistema EARSS, e attualmente da EARS-Net, ha svolto un ruolo importante per fornire la documentazione sull'insorgenza e la diffusione della resistenza antimicrobica e per accrescere la consapevolezza dal problema a livello politico, tra i funzionari della sanità pubblica e nella comunità scientifica.

Sulla base dei dati sulla resistenza antimicrobica comunicati a EARS-Net da 28 paesi nel 2009 e dei risultati di analisi di tendenza che comprendono i dati EARSS degli anni precedenti, la situazione della resistenza in Europa risulta molto variabile, a seconda del tipo di agente patogeno, della sostanza antimicrobica e della regione geografica.

Nel 2009, i risultanti maggiormente preoccupanti in merito alla resistenza riguardano il rapido calo della suscettibilità dell'*Escherichia coli* invasivo sostanzialmente a tutti gli agenti antimicrobici compresi nella sorveglianza EARS-Net tranne i carbapenemi e l'elevata prevalenza della resistenza di *Klebsiella pneumoniae* a cefalosporine di terza generazione, fluorochinoloni e amminoglicosidi. Nella metà dei paesi segnalanti, la percentuale di isolati di *K. pneumoniae* multiresistenti (resistenza combinata a cefalosporine di terza generazione, fluorochinoloni e amminoglicosidi) è superiore al 10%, e alcuni paesi ora segnalano anche elevate percentuali di resistenza ai carbapenemi. Questi antibiotici sono stati ampiamente utilizzati in molti paesi a causa del crescente tasso di beta-lattamasi a spettro allargato (ESBL) che producono entero-batteriacee con un conseguente impatto sulla produzione di carbapenemi (VIM, KPC e NDM-1), in particolare nel caso di *K. pneumoniae*.

Le percentuali di resistenza più alte in *E. coli* sono state segnalate per le amminopenicilline, fino al 66%. A prescindere dai livelli di resistenza, le percentuali continuano ad aumentare anche in paesi che presentano già resistenze elevate, ben sopra il 50%. Negli ultimi quattro anni è aumentata anche la resistenza alle cefalosporine di terza generazione in *E. coli* in più della metà dei paesi dichiaranti. Questa resistenza è direttamente collegata alle elevate percentuali (85–100%) di ESBL positivi tra gli isolati resistenti nei paesi che hanno riferito sull'ESBL nel 2009.

Altre tendenze nell'insorgenza della resistenza segnalate a EARS-Net fanno sperare che le misure nazionali per il controllo delle infezioni e gli sforzi mirati al contenimento della resistenza in alcuni casi possano fermare lo sviluppo di resistenze o addirittura invertire tendenze indesiderate alla resistenza, come esemplificato dagli sviluppi relativi al batterio *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA). Anche se la percentuale di MRSA è ancora superiore al 25% in 10 paesi su 28, la presenza di MRSA è in fase di stabilizzazione o diminuzione in alcuni paesi, mentre in Austria, Francia, Irlanda, Lettonia e Regno Unito si è osservato un calo sostenuto.

Inoltre, nel Regno Unito si è evidenziata una consistente riduzione delle percentuali di resistenza di *K. pneumoniae* per tutte le classi di antibiotici oggetto della sorveglianza e in alcuni paesi (Grecia, Germania, Italia e Francia) sembra che le misure per controllare la resistenza ai glicopeptidi di *Enterococcus faecium* siano efficaci, con il risultato di una costante diminuzione delle percentuali di isolati resistenti. Intanto, la resistenza agli amminoglicosidi di *Enterococcus faecalis* sembra stabilizzarsi ad un livello relativamente elevato. La maggioranza dei paesi ha segnalato percentuali di isolati resistenti tra 30% e 50%.

Per quanto riguarda *Streptococcus pneumoniae*, la non suscettibilità alla penicillina in generale è stabile in Europa e la non suscettibilità ai macrolidi è diminuita in sei paesi, mentre nessun paese ha segnalato tendenze di crescita. Riguardo a *Pseudomonas aeruginosa*, molti paesi, soprattutto nell'Europa meridionale e orientale, hanno riportato percentuali elevate di resistenza a fluorochinoloni, carbapenemi e resistenza combinata.

Per numerose combinazioni di agenti antimicrobici e patogeni, ad esempio la resistenza ai fluorochinoloni in *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* e per la presenza di MRSA, in Europa è evidente un gradiente incrementale da nord a sud. In generale, le percentuali più basse di resistenza sono segnalate nel nord e le percentuali più elevate nel sud dell'Europa, rispecchiando probabilmente le differenze nelle pratiche di controllo delle infezioni, la presenza o l'assenza di una legislazione concernente la prescrizione di antimicrobici e altri fattori che notoriamente influenzano l'insorgenza di resistenze.

Tuttavia, per *K. pneumoniae*, è stata osservata una crescente tendenza alla multiresistenza e alla resistenza a specifiche classi di antibiotici anche nei paesi dell'Europa settentrionale, come Danimarca e Norvegia, che hanno un approccio tradizionalmente prudente all'utilizzo di antibiotici.

Oltre alla normale analisi di tendenza e a una panoramica della situazione, questa relazione EARS-Net 2009 presenta un nuovo capitolo specifico contenente un'analisi approfondita relativa a *E. coli* e MRSA. Queste analisi si basano esclusivamente su dati forniti continuamente dai laboratori nell'arco di diversi anni. L'analisi conferma un aumento consistente della resistenza multifarmaco e rivela un calo costante e significativo della suscettibilità antimicrobica in *E. coli* nell'arco di vari anni. Per l'MRSA, il calo osservato probabilmente rispecchia l'efficacia delle misure di controllo dell'infezione a livello ospedaliero e può offrire anche qualche speranza per il successo delle strategie di contenimento in altre aree.

In conclusione, i dati riportati a EARS-Net per il 2009 dai paesi partecipanti forniscono una base di conoscenza sull'insorgenza della resistenza antimicrobica in Europa e documentano le opzioni di trattamento antimicrobico sfortunate e in costante declino per importanti patogeni batterici.

10 Sorveglianza dell'HIV/AIDS in Europa 2009

(Pubblicata a novembre 2010)

Punti salienti

L'infezione da HIV resta di fondamentale importanza per la salute pubblica in Europa, a fronte di evidenze attestanti la costante trasmissione dell'infezione in diversi paesi europei. Nel complesso, nonostante la segnalazione insufficiente, non esiste una chiara indicazione di un calo nel numero di casi diagnosticati ogni anno. Dal 2004, il tasso di nuovi casi diagnosticati di HIV segnalati su 100 000 abitanti è aumentato quasi del 30%, dal 6,6 su 100 000 nel 2004 a 8,5 su 100 000 nel 2009. Il numero di casi diagnosticati di AIDS ha continuato a calare nella regione europea dell'OMS, tranne che nell'Europa dell'est, dove è aumentato. Tra i 48 paesi che hanno segnalato costantemente i dati relativi all'AIDS nel periodo 2004–2009, il tasso di casi di AIDS diagnosticati è sceso da 2,0 su 100 000 a 1,0 su 100 000.

- Nel 2009, 53 427 nuove diagnosi di casi di infezione da HIV sono state segnalate da 49 dei 53 paesi nella regione europea dell'OMS (dati non disponibili per Austria, Principato di Monaco, Federazione russa e Turchia). Le incidenze più alte sono state documentate da Estonia, Repubblica di Moldavia, Ucraina e Uzbekistan.
- Nel 2009 sono stati segnalati 6 568 casi di AIDS da 48 paesi (dati non disponibili per Austria, Svezia, Principato di Monaco, Federazione russa e Turchia).
- Nel 2009, 25 917 nuove diagnosi di casi di infezione da HIV sono state segnalate nei paesi dell'Unione Europea e nello Spazio economico europeo (UE/SEE) (dati non disponibili per l'Austria). Nei paesi dell'UE e del SEE, le incidenze più alte sono state documentate da Estonia, Lettonia, Portogallo e Regno Unito.
- Nei paesi dell'UE e del SEE, la modalità di trasmissione predominante dell'infezione da HIV sembra essere il sesso tra uomini, seguito dal contatto eterosessuale. Circa il 38% dei casi documentati come acquisiti per via eterosessuale è stato diagnosticato in soggetti provenienti da paesi con epidemia generalizzata di HIV/AIDS.
- Nelle tre aree geografiche/epidemiologiche, la modalità predominante di trasmissione varia in base alla zona, illustrando l'ampia diversità nell'epidemiologia dell'infezione da HIV in Europa. Benché dai dati riportati emerga che la trasmissione eterosessuale è diventata la modalità predominante nell'Est, l'inclusione di casi dalla Russia, non disponibili per la presente relazione, aumenterebbe in misura significativa la percentuale relativa dell'uso di droghe per via iniettabile, che sarebbe quindi responsabile di un maggior numero di infezioni nella regione nel suo complesso e in particolare nell'Est. Nel Centro, la modalità predominante di trasmissione dell'HIV è il sesso tra uomini, seguito dal contatto eterosessuale. Analogamente nell'area occidentale, la modalità predominante è il sesso tra uomini, seguito dal contatto eterosessuale, se si escludono i casi di persone che provengono da paesi con epidemia generalizzata.
- I dati presentati in questa sede hanno alcune limitazioni, dovute alla mancanza e all'incompletezza dei dati relativi a una serie di paesi e al fatto che i dati sono soggetti a ritardi di segnalazione. Ciò limita le conclusioni che è possibile trarre rispetto all'entità e alla portata dell'epidemia di HIV e AIDS in Europa. Se i dati fossero corretti in considerazione di tali limitazioni, il numero complessivo dei casi per il 2009 sarebbe più che raddoppiato.

Raccomandazioni per la sorveglianza dell'HIV/AIDS

I dati della sorveglianza dell'HIV/AIDS sono di vitale importanza per monitorare la situazione corrente e le tendenze dell'epidemia di HIV e orientare la risposta della sanità pubblica. Pertanto, tutti i paesi in Europa devono:

- attuare sistemi di segnalazione nazionali basati sui casi per i casi di HIV e AIDS e garantirne la completezza e tempestività;
- migliorare la qualità dei dati segnalati, specialmente in merito alle probabili vie di trasmissione e alla conta delle cellule CD4.

Raccomandazioni per la salute pubblica

Gli interventi per il controllo dell'epidemia devono essere fondati sulle evidenze e adattati al paese e alla sua situazione epidemiologica. Sulla base dei dati di sorveglianza disponibili è ragionevole raccomandare quanto segue.

- Per i paesi dell'Est: gli interventi per controllare l'HIV tra i soggetti che fanno uso di droghe iniettabili, tra cui i programmi per la riduzione del danno, devono essere posti alla base delle strategie di prevenzione dell'HIV; occorre, inoltre, rafforzare le misure di prevenzione della trasmissione eterosessuale, mirate in particolar modo alle persone con partner ad alto rischio.
- Per i paesi del Centro: la prevenzione deve essere adattata alle circostanze dei singoli paesi al fine di limitare l'epidemia al suo basso livello corrente. Tuttavia, poiché l'epidemia è in aumento tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, gli interventi per controllare l'HIV in questo gruppo dovrebbero essere rafforzati e costituire una priorità.

- Per i paesi dell'Ovest: gli interventi per controllare l'HIV tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini devono essere alla base delle strategie di prevenzione dell'HIV, inclusi programmi innovativi per questo gruppo; gli interventi a livello di prevenzione, trattamento e cura vanno adattati in modo da raggiungere le popolazioni migranti.
- Nel complesso, devono essere promossi i servizi di consulenza e il test dell'HIV per garantire la diagnosi precoce e l'accesso al trattamento e all'assistenza in modo da contribuire alla prevenzione o alla riduzione dell'ulteriore trasmissione, ridurre il numero di diagnosi tardive e migliorare gli esiti più a lungo termine della terapia per i soggetti interessati. Va assicurata la parità di accesso al trattamento e alla cura dell'HIV per tutti i gruppi di popolazione in stato di necessità, affinché i paesi possano raggiungere l'obiettivo globale dell'accesso universale alla prevenzione, al trattamento e alle cure e conseguire gli obiettivi definiti nella Comunicazione e piano d'azione della Commissione UE "Combattere l'HIV/AIDS nell'Unione europea e nei paesi vicini, 2009-2013".

Relazioni speciali

11 Attuazione della dichiarazione di Dublino sul partenariato per la lotta all'HIV/AIDS in Europa e Asia centrale: relazione 2010

(Pubblicata a settembre 2010)

Nel febbraio 2004, i rappresentanti dei paesi europei e dell'Asia centrale si sono incontrati a Dublino e hanno formulato una dichiarazione sulla necessità di accelerare l'attuazione della dichiarazione di impegno dei paesi partecipanti alla sessione speciale dell'Assemblea generale dell'ONU (UNGASS) sull'HIV/AIDS nel 2001.

Quali progressi sono stati compiuti? È questo il tema centrale della presente relazione, che intende documentare i risultati ottenuti, sulla base di relazioni nazionali, a fronte di un numero selezionato di indicatori pertinenti per i paesi della regione. Si avvale di dati esistenti, dove possibile, in generale basandosi su attività precedenti e in particolare sulla relazione pubblicata da Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS e UNAIDS nel 2008. Questionari ad hoc sono stati inviati a 55 paesi e le risposte sono pervenute in 49 casi.

Leadership politica e partenariato

Quasi tutti i paesi dichiarano di disporre di un quadro strategico per la risposta all'HIV (92%) e di un organismo di gestione/coordinamento (84%). Otto paesi riferiscono di aver definito i rispettivi quadri strategici negli ultimi cinque anni, ossia dopo la dichiarazione di Dublino. Tuttavia, non è chiaro se questi dati generici rappresentino adeguatamente la leadership politica in materia di HIV nella regione. Misurazioni più appropriate potrebbero riguardare i seguenti aspetti:

- in che misura le risorse finanziarie per la prevenzione dell'HIV vengono adeguatamente indirizzate a segmenti chiave della popolazione, quali consumatori di droghe per via parenterale (IDU), uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini e operatori/operatrici del sesso;
- in che misura i paesi attuano interventi fondamentali, quali i programmi di riduzione del danno per gli IDU e i programmi di prevenzione per gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, su scala sufficientemente vasta;
- in che misura i paesi hanno affrontato questioni politiche difficili ma essenziali, relative alle popolazioni emarginate e maggiormente a rischio, quali l'offerta di programmi di riduzione del danno per IDU in ambienti carcerari e l'accesso ai servizi per i migranti provenienti da paesi con epidemie generalizzate di HIV.

In generale, emerge con notevole evidenza che la società civile è ampiamente riconosciuta come attore fondamentale nella risposta all'HIV in tutta la regione e che è fortemente coinvolta in tale risposta. Ad esempio, quasi tutti i paesi (98%) dichiarano di aver coinvolto in qualche misura la società civile nella definizione del quadro strategico. In linea con le conclusioni della prima relazione sulla dichiarazione di Dublino, autorità di governo e società civile segnalano i vantaggi specifici della partecipazione della società civile alle misure di risposta all'HIV, e la società civile commenta che il contesto del suo coinvolgimento è migliorato tra il 2005 e il 2007. Il coinvolgimento formale del settore privato in misure di risposta all'HIV sembra molto più limitato.

Le epidemie di HIV in Europa e Asia centrale si concentrano per lo più in popolazioni specifiche. È evidente che alcuni paesi della regione concentrano efficacemente sulle popolazioni più colpite i rispettivi finanziamenti per le misure di prevenzione. Questa scelta, oltre a garantire un utilizzo più efficiente del denaro, promette di generare una risposta complessiva più efficace. Benché il finanziamento di interventi nazionali contro l'HIV nella regione provenga in misura crescente da fonti nazionali, esiste un'urgente necessità di un sostegno finanziario costante per misure di questo tipo nei paesi a basso e medio reddito della regione. L'istituzione di meccanismi sostenibili per fornire questo sostegno finanziario dev'essere una priorità per tutti i paesi della regione.

Dalla dichiarazione di Dublino si è registrato un notevole incremento dei fondi disponibili per la lotta globale all'HIV. Prima della dichiarazione, nel 2002, le risorse disponibili per la risposta globale all'HIV ammontavano a 1,2 miliardi di USD. Questa cifra si è più che sestuplicata, fino a raggiungere 7,7 miliardi di USD nel 2008. L'incremento è stato guidato dagli Stati Uniti e da alcuni paesi europei, attraverso iniziative bilaterali e multilaterali. Nel 2008, il 40% delle erogazioni per l'assistenza internazionale contro l'AIDS da paesi donatori proveniva da Stati membri dell'Unione europea, dai paesi dell'Associazione europea di libero scambio (EFTA) e dalla Commissione europea. Alla luce dell'attuale crisi finanziaria globale e della concorrenza tra le priorità per il finanziamento, è importante che i paesi della regione rispondano alla sfida di mantenere e aumentare ulteriormente questi livelli di finanziamento e di garantire che i fondi vengano utilizzati con la massima efficacia.

Prevenzione

È ampiamente dimostrato che determinati segmenti della popolazione sono particolarmente colpiti da HIV in Europa e Asia centrale. La sfida attuale è garantire che queste persone abbiano accesso ai necessari servizi di prevenzione nei confronti dell'HIV su scala sufficiente. Nella prima relazione sulla dichiarazione di Dublino si affermava l'importanza di misure per intensificare e aumentare progressivamente gli interventi mirati contro l'HIV, al fine di ridurre le disuguaglianze, un tema che continua ad essere pertinente nella regione.

Com'è noto, i soggetti che fanno uso di droghe per via parenterale (IDU) sono particolarmente esposti all'infezione da HIV ed è certamente così in tutta la regione. Inoltre, è evidente che la trasmissione dell'HIV tra IDU si può controllare in presenza di servizi efficaci su scala sufficientemente ampia per ottenere dei risultati. I criteri fondamentali per misurare la portata dei servizi comprendono il numero di aghi/siringhe distribuiti ogni anno a ogni soggetto e la percentuale di soggetti sottoposti a una terapia sostitutiva degli oppiacei. Occorre che tutti i paesi aspirino ai livelli elevati di copertura del programma già raggiunti da alcuni di essi.

Inoltre, è noto che gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini sono particolarmente colpiti dall'HIV in determinati paesi e regioni, comprese alcune zone dell'Europa. Questi soggetti sono particolarmente esposti all'HIV nella parte occidentale della regione, ma si è riscontrato che sono più colpiti di quanto riconosciuto in precedenza anche in altre parti della regione. Questa constatazione sostiene le conclusioni della prima relazione sull'esistenza di un'epidemia nascosta di HIV tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini. In alcuni paesi, i tassi di infezione in questo gruppo di popolazione continuano a salire. Tuttavia, i motivi di questa tendenza sono poco chiari e possono variare da paese a paese. Occorrono ulteriori indicazioni sui motivi, che dovrebbero essere fornite dallo European MSM Internet Study (EMIS) in corso. Benché non sia chiaro come si possa misurare con precisione la copertura dei programmi a favore di questi soggetti, risulta comunque evidente che rimane bassa in molti paesi e che le percentuali di sesso anale non protetto restano alte in misura inaccettabile. Inoltre, in alcuni paesi si rileva che particolari gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini — i giovani, chi vive fuori dalle grandi capitali, chi è meno istruito e chi si identifica come bisessuale — hanno meno probabilità di essere raggiunti da programmi contro l'HIV.

Benché a livello globale gli operatori del sesso siano considerati particolarmente a rischio di contrarre l'infezione da HIV, esistono meno prove del fatto che sia effettivamente così nella regione. Ad esempio, le percentuali di prevalenza dell'HIV tra questi soggetti sono relativamente basse in molti paesi della regione. Tuttavia, questo non vale per tutti gli operatori/le operatrici del sesso. Alcune categorie presentano percentuali più elevate di infezione da HIV e comprendono i soggetti che fanno anche uso di droghe per via parenterale, i soggetti maschi e transessuali, chi proviene da paesi con epidemia generalizzata e chi lavora sulla strada. Tra gli operatori del sesso in generale, le percentuali dichiarate riguardo all'uso del preservativo durante il sesso a pagamento sono relativamente elevate e probabilmente più rilevanti delle misurazioni generiche della consapevolezza di questi soggetti.

Particolarmente colpiti dall'HIV sono i migranti provenienti da paesi con epidemie generalizzate. Benché le preoccupazioni di alcuni paesi riguardino altri gruppi di migranti, esistono poche prove convincenti del fatto che questi gruppi siano eccessivamente colpiti dall'HIV, a prescindere da altri comportamenti a rischio come l'uso di droghe per via parenterale. Le questioni relative ai migranti non si riferiscono soltanto alla prevenzione dell'HIV, ma anche alla disponibilità di terapie e cure. In molti paesi esistono problemi particolari in merito all'accesso di migranti privi di documenti a servizi essenziali quali la terapia antiretrovirale (ART).

Anche i detenuti, soprattutto gli utilizzatori di droghe iniettabili, sono fortemente soggetti al rischio di infezione da HIV nella regione. Benché si riconosca la necessità che le prigioni e la comunità dispongano degli stessi servizi per l'HIV, in molti paesi della regione non è così. I paesi dell'UE/EFTA hanno dimostrato di essere all'avanguardia nella somministrazione della terapia sostitutiva degli oppiacei nelle carceri, ma questo approccio non è stato ripreso in molti altri paesi della regione. Non c'è stata una guida altrettanto coerente in merito alla fornitura di attrezzature sterili per le iniezioni nelle carceri.

La valutazione di quanto i giovani siano esposti all'infezione da HIV nei paesi della regione si è dimostrata un argomento controverso per questa analisi. Ovviamente i giovani non si possono considerare un gruppo omogeneo in termini di rischio HIV. In ogni caso, alcuni sono notevolmente a rischio, come i giovani che fanno uso di droghe per via parenterale e giovani uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, ed è dimostrato che le misure programmatiche di risposta riescono meno facilmente a raggiungere questi gruppi rispetto ai soggetti di fasce di età superiori. Anche se più di tre quarti dei paesi dichiara che l'educazione sull'HIV fa parte del programma di studi delle scuole secondarie, è preoccupante il fatto che un corso generale di educazione alla salute sessuale non sia disponibile per tutti i giovani nella regione, in particolare i più giovani, ad esempio nelle scuole primarie.

Vivere con l'HIV

Tutti i paesi con disponibilità di dati sulle tendenze segnalano un aumento del numero di persone soggette a terapia antiretrovirale dall'adozione della dichiarazione di Dublino. Tuttavia, preoccupa il fatto che molti di questi paesi abbiano cominciato da un livello molto basso di offerta del trattamento e non si sa se tutti coloro che ne hanno bisogno lo ricevano prontamente. Il problema principale concernente la pronta somministrazione del trattamento a

coloro che ne hanno bisogno non si riferisce al trattamento dei soggetti noti, ad esempio con un valore della conta delle cellule CD4 di < 350 cellule/mm³. Piuttosto, la questione è in che misura le persone con HIV (PLHIV) presenti nella regione che necessitano di cure non siano consapevoli della loro situazione, ossia non siano mai stati oggetto di una diagnosi. Dai dati dell'ECDC per il 2008 emerge che in 21 paesi che hanno dichiarato i dati relativi alla conta CD4 al momento della diagnosi, in oltre la metà dei casi diagnosticati la conta CD4 era inferiore a 350 cellule/mm³. Queste cifre sono molto preoccupanti perché indicano che un numero significativo di persone nella regione comincia la terapia antiretrovirale in ritardo rispetto a quanto raccomandato.

Quasi tutti i paesi (84%) riportano che il problema del pregiudizio e della discriminazione viene affrontato in strategie nazionali o quadri d'intervento per l'HIV e l'AIDS, che tuttavia non vengono rispecchiati con coerenza in politiche e programmi. Sono ampiamente dimostrati anche residui atteggiamenti discriminatori e di stigmatizzazione in alcuni paesi della regione e non è chiaro in che misura si ricorra ai meccanismi disponibili per combattere il pregiudizio e la discriminazione. Questa situazione non è migliorata in misura significativa dalla prima relazione sulla dichiarazione di Dublino.

Monitoraggio della dichiarazione di Dublino

Uno degli impegni della dichiarazione di Dublino è il monitoraggio della sua attuazione. La Commissione europea ha affidato questo compito all'ECDC. La presente relazione è il prodotto di un processo avviato dall'ECDC per adempiere a questa responsabilità. Si basa sui contributi di un'ampia gamma di individui e organizzazioni. In particolare, i dati della relazione sono stati forniti dai 49 paesi che hanno partecipato a questa analisi.

Due dei principi seguiti nel corso dell'analisi erano di utilizzare, dove possibile, i dati e gli indicatori esistenti e di garantire che gli indicatori fossero pertinenti per il contesto dei paesi europei e dell'Asia centrale. Talvolta si sono evidenziate tensioni tra i due principi, in particolare per quanto concerne il livello di utilizzo possibile di indicatori e dati della sessione speciale dell'Assemblea generale dell'ONU (UNGASS) nel processo. Si è sempre fatto riferimento, laddove possibile, agli indicatori UNGASS. Sono stati utilizzati i dati presentati in precedenza dai paesi in vista dell'UNGASS e sono pervenuti dati da 12 paesi che non avevano presentato relazioni in occasione dell'UNGASS nel 2008. L'analisi consentiva espressamente ai paesi di presentare i dati disponibili relativi a temi particolari, anche se non corrispondevano esattamente agli indicatori UNGASS. Inoltre, sono state raccolte informazioni per alcuni segmenti della popolazione per i quali non esistono specifici indicatori UNGASS, quali detenuti e migranti da paesi con epidemie generalizzate. In base alle conclusioni dell'analisi, dai paesi della regione si otterrebbero tassi di risposta superiori ai fini delle relazioni UNGASS se:

- gli indicatori fossero più pertinenti per la regione;
- i vantaggi dell'invio di relazioni a livello internazionale fossero articolati più chiaramente;
- si riducesse l'onere dell'invio di relazioni per i paesi con l'istituzione di una procedura coordinata di informazione internazionale

La soluzione rapida di questi problemi è emersa come una preoccupazione urgente dei paesi della regione che hanno partecipato all'analisi. L'ECDC è impegnato a svolgere un ruolo di primo piano in tale processo regionale.

12 La pandemia di influenza A(H1N1) nel 2009 in Europa – Analisi dell'esperienza

(Pubblicata a novembre 2010)

Questa estesa relazione è intesa a fornire un'ampia panoramica dell'epidemiologia e virologia della pandemia del 2009 nei paesi dell'Unione europea e dello Spazio economico europeo (UE/SEE) (27 Stati membri dell'UE, Norvegia e Islanda), fornendo informazioni di base pertinenti in materia di epidemie e pandemie influenzali, in particolare con riferimento alla loro variabilità e imprevedibilità. Le principali tendenze e informazioni derivano dall'esame e dall'interpretazione dei dati epidemiologici e virologici e di altre analisi pervenuti al sistema di sorveglianza europeo (TESSy) del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) attraverso la European Influenza Surveillance Network (EISN).

Dai dati e dalle analisi emerge che, dopo la sua comparsa in Nord America, il virus pandemico ha cominciato a trasmettersi in Europa attorno alla settimana 16/2009. Il virus soddisfaceva i criteri determinati in precedenza per una pandemia in Europa, così come altrove. ECDC e Stati membri UE/SEE hanno rapidamente messo a punto e concordato un sistema di sorveglianza adeguato per la pandemia, con il contributo dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e dei paesi extraeuropei già colpiti dal virus. Si è fatto riferimento a sistemi già esistenti, prevedendo però l'inclusione di nuovi elementi per monitorare la situazione dove il virus pandemico colpiva con particolare gravità. Inoltre, si è fatto ricorso a metodi di intelligence epidemica e osservazione scientifica mirata, al fine di determinare al più presto importanti parametri necessari per valutazioni del rischio informate, adattando le proiezioni e definendo contromisure.

La European Influenza Surveillance Network ha segnalato un'ondata iniziale di trasmissione del virus in primavera/estate nella maggior parte dei paesi, che tuttavia ha colpito solo in alcuni paesi, soprattutto nel Regno Unito. Il tasso di trasmissione è calato per un breve periodo durante l'estate, per poi accelerare nuovamente all'inizio dell'autunno, appena dopo la riapertura delle scuole. Questa volta l'infezione ha interessato tutti i paesi, con un'ondata che in autunno/inverno è avanzata in tutto il continente, da est a ovest. L'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato ufficialmente conclusa la pandemia nella settimana 32 del 2010.

Nella maggior parte dei paesi, l'ondata di infezione dell'autunno/inverno è stata di forma acuta, della durata di 14 settimane circa e accompagnata da una corrispondente ondata di ricoveri e decessi. Tuttavia, si è osservata una certa eterogeneità nella gravità della malattia, che variava a seconda del luogo, persino all'interno di uno stesso paese. Nel complesso, i paesi dell'UE/SEE hanno dichiarato 2 900 decessi ufficiali nei primi 12 mesi, durante i quali gli Stati membri hanno fatto degli sforzi aggiuntivi per raccogliere i dati. Tuttavia, è riconosciuto che si tratta solo di una parte dell'effettivo numero di decessi dovuti alla pandemia. È stato individuato un eccesso di mortalità per tutte le cause nei bambini in età scolare. Benché si trattasse di un virus influenzale mai visto in precedenza, la precedente esposizione a un virus presumibilmente simile dal punto di vista antigenico, circolato prima della metà degli anni Cinquanta ha fatto sì che molti soggetti di età più avanzata in Europa godessero di una specie di immunità. Questo fatto, che non è tipico soltanto della pandemia del 2009, spiega due delle sue evidenti differenze rispetto all'influenza interpandemica, o stagionale: la mortalità complessiva inferiore e il peso relativo più alto del previsto delle percentuali di malattia e decessi tra i giovani. Benché molte persone più anziane apparissero protette, quelle che non lo erano hanno evidenziato i tassi di mortalità più elevati rispetto a qualsiasi altro gruppo di età.

Il virus pandemico ha sostituito i virus dell'influenza A, precedentemente dominanti nei periodi interpandemici in Europa, benché i virus dell'influenza B fossero ancora presenti ad un livello basso alla fine della stagione. Si è riscontrato uno scarso numero di virus pandemici resistenti all'oseltamivir e di questi molto pochi sembravano in grado di essere trasmessi da un essere umano a un altro. Benché i virus pandemici non siano identici, finora ci sono poche prove di uno spostamento significativo o della comparsa di nuove varianti dominanti. È stato suggerito che una variante — A(H1N1)-D222G — sarebbe associata a una forma più severa della malattia, sebbene non sia ancora stata stabilita una causalità.

Benché prove aneddotiche indichino l'esistenza di un maggior numero di casi lievi e asintomatici rispetto all'influenza interpandemica, si sono verificati diversi casi di sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), una condizione che si manifesta raramente con l'influenza interpandemica, che hanno richiesto servizi di terapia intensiva in molti luoghi. I tassi più elevati di malattia si sono riscontrati tra i bambini, e dalle relazioni nazionali emerge che le percentuali più elevate di infezione si sono rilevate tra i bambini in età scolare. Questi alti tassi di malattia hanno pesato in particolare sui servizi primari, sui servizi pediatrici ospedalieri e in particolare, in alcune località, sulle unità di terapia intensiva.

Si stanno rendendo disponibili dati limitati di indagini sierologiche a sostegno dei dati della sorveglianza che indicano tassi di trasmissione più elevati di quanto sospettato in base ai segnali clinici. Tuttavia, non sono ancora sufficienti per effettuare previsioni affidabili in merito a quanto accadrà il prossimo inverno (2010-2011), e a questo proposito si è rivelata più significativa l'esperienza dei paesi temperati dell'emisfero meridionale nel periodo dell'estate europea del 2010.

All'inizio la pandemia è stata molto meno grave di quanto si era temuto. Questo dato è stato evidenziato nelle prime valutazioni del rischio dell'ECDC⁶, nelle relazioni dell'OMS e nelle comunicazioni trasmesse dall'ECDC alle autorità nazionali ed europee. In virtù dei bassi livelli di assenteismo, anche l'impatto sui servizi al di fuori del settore sanitario è stato limitato. Per questo e altri aspetti si è trattato probabilmente della pandemia più benigna che l'Europa avrebbe potuto sperare.

Poiché la pandemia del 2009 si è rivelata una minaccia inferiore a quella per cui molti paesi si erano preparati, questa situazione ha consentito di sperimentare la flessibilità dei piani esistenti. Si è verificata in un momento in cui sono stati resi prontamente disponibili i test diagnostici, così come contromisure farmaceutiche preventive come gli antivirali – che hanno scarsa resistenza agli inibitori della neuraminidasi, ma una resistenza quasi totale ai più vecchi adamantini – e vaccini adeguati, sviluppati con una rapidità mai vista prima. Comunque, ciascuno di questi sviluppi ha presentato dei problemi, con nuove sfide e sorprese. Come accennato in precedenza, il tasso di ARDS è stato più elevato del previsto in un momento in cui molte unità di terapia intensiva erano già sotto pressione, senza che si dovesse necessariamente sovraccaricare il resto degli ospedali. Una sorpresa più positiva è stata il fatto che i vaccini contro la pandemia preparati rapidamente hanno mostrato una risposta immunologica talmente buona che per molte delle formulazioni si è resa necessaria una sola dose negli adulti. Si sono anche dimostrati efficaci e sicuri in misura accettabile, anche se dev'essere ancora effettuata la sorveglianza successiva all'immissione in commercio per determinare esattamente il grado di sicurezza. Quando sono stati resi disponibili, i vaccini sono stati accolti con un entusiasmo alterno tra gli operatori sanitari. Non sono ancora disponibili dati affidabili sulla copertura a livello UE, ma l'impressione è che sia fortemente variabile in tutta Europa, dove solo alcuni paesi hanno raggiunto un elevato livello di copertura nella popolazione in generale o nei gruppi a rischio.

L'assenza di una diffusa accettazione del vaccino in parte è dovuta alla difficoltà di trasmettere il complesso messaggio di comunicazione del rischio, dove essenzialmente si affermava che per chi non apparteneva ad un gruppo a rischio (bambini, persone affette da malattie croniche e donne incinte) le probabilità di ammalarsi gravemente a seguito dell'infezione erano molto basse. Tuttavia, poiché il 25–30% dei decessi ufficiali ha riguardato persone sane sotto i 65 anni di età, il secondo messaggio è stato che la pandemia presentava un rischio limitato, ma reale, di grave malattia e morte per tutti gli adulti e i bambini sani. Le sfide della comunicazione del rischio quindi sono state considerevoli.

A conti fatti, probabilmente è corretto affermare che l'UE/SEE ha gestito in maniera ragionevolmente adeguata la risposta alla pandemia. Nessun paese ha avuto reazioni eccessive, mentre i sistemi messi a punto da Commissione, OMS e ECDC per discutere e condividere informazioni e analisi si sono dimostrati flessibili e utili. La sorveglianza virologica e basata sull'assistenza primaria dell'EISN ha funzionato bene ed è servita ad integrare i dati forniti dall'attività di intelligence epidemica dell'ECDC e da fonti di osservazione scientifica mirata. Ha avuto meno successo la condivisione di analisi con i primi paesi colpiti ed è stata una fortuna disporre prontamente di dati e analisi dal Nord America e dall'emisfero meridionale. Nonostante siano in corso molte attività di verifica e analisi delle lezioni apprese, sono risultate immediatamente evidenti alcune indicazioni generali:

- occorrono definizioni concordate della gravità di una pandemia per migliorare la flessibilità dei piani di preparazione;
- sistemi di sorveglianza di routine istituiti prima della pandemia garantiscono che ci sarà molto meno da modificare nell'eventualità di una crisi o anche di una pandemia;
- occorre migliorare la sorveglianza di routine delle forme gravi di pazienti ospedalieri e dei decessi;
- in futuro, la condivisione delle analisi dei primi paesi colpiti deve funzionare meglio;
- occorre fare molto lavoro, anche di ricerca e sviluppo, per rendere disponibile la sieroepidemiologia in tempo reale;
- l'attività di modellazione durante una pandemia dovrebbe essere più strettamente correlata a politiche e interventi in tutta Europa e non solo in uno o due paesi.

La pianificazione della pandemia ora dovrà essere rivisitata poiché il fatto che si sia verificata questa pandemia non esclude la possibilità che se ne presenti un'altra nel prossimo futuro; ad esempio una pandemia H5 o H7. La prossima generazione di piani deve prevedere una maggiore flessibilità per reagire a diversi gradi di gravità e a diverse combinazioni di "note incognite" pandemiche. Questo obiettivo sarebbe maggiormente realizzabile se si raggiungesse un minimo di consenso su una visione europea di valutazione della gravità, corrispondente ai livelli di risposta a diverse proporzioni e caratteristiche. I prossimi piani devono prevedere anche il consolidamento e la sostenibilità dei sistemi di sorveglianza dell'influenza introdotti per rispondere alle esigenze della pandemia; in particolare, le infezioni respiratorie acute gravi, la mortalità attribuibile e la sorveglianza sieroepidemiologica. Occorre dare la priorità a questa attività di sorveglianza, alla quale dev'essere assegnato un giusto livello di risorse e successivamente devono essere consentiti lo sviluppo e la verifica nel periodo interpandemico, ai fini di una maggiore flessibilità ed efficacia nel momento in cui insorge la successiva crisi importante.

⁶ Disponibili qui: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

13 Verso l'eliminazione della tubercolosi – Follow-up del piano d'azione quadro per la lotta alla tubercolosi nell'Unione europea

(Pubblicata a novembre 2010)

Introduzione

Il piano d'azione quadro per la lotta alla tubercolosi nell'Unione europea è stato varato dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) nel 2008. Sulla base della richiesta del commissario per la Salute dell'UE di mettere a punto un quadro di riferimento per il monitoraggio a sostegno del piano, l'ECDC ha formulato un follow-up del piano d'azione quadro, i cui obiettivi sono i seguenti: fornire una panoramica dell'attuale ambiente strategico per il controllo della tubercolosi nell'UE e rapportarlo alla situazione mondiale; descrivere un quadro di monitoraggio epidemiologico e strategico che consentirebbe di valutare i progressi verso l'eliminazione della tubercolosi nell'UE.

Ambiente strategico a livello europeo e mondiale

Il livello attuale dell'epidemia di tubercolosi nell'UE richiede un quadro di monitoraggio specifico, riferito direttamente al contesto epidemiologico europeo e facilmente applicabile dagli Stati membri. Per la definizione di un quadro di monitoraggio occorre una profonda comprensione dell'ambiente epidemiologico e strategico da monitorare. La presente relazione di follow-up offre pertanto una panoramica dell'ambiente attuale nell'UE e a livello mondiale, riconoscendo la necessità di una strategia generale di controllo della tubercolosi in considerazione della portata globale dell'epidemia di tubercolosi.

Monitoraggio del piano d'azione quadro

La presente relazione propone una serie di indicatori e obiettivi principali di tipo epidemiologico e operativo come parte integrante del quadro di monitoraggio. Questi indicatori e obiettivi sono compatibili con quelli già monitorati nell'ambito di collaborazioni globali e regionali già in essere e in generale si possono ricavare da informazioni già raccolte e riferite dai paesi. Gli indicatori principali del follow-up sono tutti specificamente correlati alle otto aree strategiche del piano d'azione quadro per consentire la valutazione dei progressi in ciascuna di esse.

Indicatori epidemiologici

- 1 Tendenze nel tasso di notifica dei casi
- 2 Tendenze nel tasso di notifica di casi a farmacoresistenza multipla (MDR)
- 3 Tendenze nel rapporto bambini/adulti nei tassi di notifica
- 4 Tendenze nell'età media dei casi di tubercolosi

Indicatori operativi

- 1 Disponibilità di un piano di controllo nazionale della TBC
- 2 Disponibilità di linee guida per l'attuazione del piano di controllo nazionale della TBC
- 3 Percentuale di laboratori di riferimento nazionali per la tubercolosi (aderenti alla rete ERLN-TB) che forniscono prestazioni adeguate nel programma di assicurazione di qualità esterna
- 4 Disponibilità di una strategia per l'introduzione e l'applicazione di nuovi strumenti per il controllo della TBC
- 5 Percentuale di nuovi casi di TBC polmonare confermati da coltura e percentuale di casi sottoposti a test di suscettibilità farmacologica (DST) per i farmaci di prima linea
- 6 Percentuale di Stati membri che segnalano il tasso di successo del trattamento
- 7 Tasso di successo del trattamento
- 8 Percentuale di pazienti affetti da TBC di cui è noto lo stato di infezione da HIV.

Allegato: pubblicazioni dell'ECDC nel 2010

Relazioni tecniche

Maggio

Risk assessment on Q fever

Giugno

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Settembre

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

Ottobre

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Novembre

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Dicembre

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Guida ECDC

Ottobre

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

Dicembre

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

Relazioni in materia di sorveglianza

Marzo

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Maggio

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Ottobre

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Novembre

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Relazioni speciali

Luglio

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

Settembre

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

Novembre

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

Relazioni sulle riunioni

Gennaio

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

Febbraio

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Marzo

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Aprile

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

Maggio

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Giugno

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Luglio

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Dicembre

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

Relazioni su missioni

Febbraio

Public consultation and the advancement of the health system in the Former Yugoslav Republic of Macedonia

Ottobre

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

Documenti tecnici

Marzo

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

Settembre

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Pubblicazione dell'OMS.

Pubblicazioni istituzionali

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Pubblicazioni regolari

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)