



## ECDC **CORPORATE**

# Sinteza principalelor publicații pentru anul 2009

ECDC **CORPORATE**

# Sinteza principalelor publicații pentru anul 2009



Stockholm, ianuarie 2010.

© Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, 2010.

Reproducerea este autorizată în cazul în care se menționează sursa.

# Cuprins

Introducere .....	1
Rapoarte tehnice .....	2
1. Ghid de evaluare a riscului de transmitere a bolilor infecțioase la bordul aeronavelor .....	2
2. Supravegherea și studierea unei pandemii în Europa .....	3
3. Ghid de măsuri de sănătate publică pentru reducerea impactului pandemiilor de gripă în Europa: „Lista ECDC” .....	4
4. Seria Sănătatea migrantilor: Accesul populațiilor migrante din țările UE/SEE la prevenirea, tratamentul și îngrijirea infecției HIV.....	11
5. Seria Sănătatea migrantilor: Epidemiologia HIV și SIDA în cadrul comunităților de migranți și în rândul minorităților etnice din țările UE/SEE .....	14
6. Reprezentarea geografică pentru supravegherea comportamentală a HIV/ITS în Europa .....	18
7. Provocarea bacteriologică: momentul să reacționăm (raportul tehnic comun al ECDC/EMEA) .....	20
8. Eficacitatea intervențiilor comportamentale și psihosociale de prevenire a HIV/ITS în cazul bărbaților care au relații sexuale cu bărbați, în Europa.....	24
Există un deficit general în ceea ce privește evaluarea rezultatelor în vederea reducerii comportamentului la risc de HIV/ITS în rândul BRSB din Europa. Elaborarea strategiilor comportamentale de prevenire a HIV/ITS pentru a evita apariția de noi infecții, precum și evaluarea unor astfel de programe de prevenire pentru BRSB, reprezintă o componentă importantă a unei strategii complexe de limitare a HIV/ITS alături de continuitatea prevenirii și îngrijirii.Rapoarte orientative.....	24
Rapoarte orientative .....	25
9. Controlul infecției cu Chlamydia în Europa .....	25
10. Utilizarea în domeniul sănătății publice a antiviralelor împotriva gripei pe parcursul pandemiilor de gripă ....	27
11. Utilizarea vaccinurilor pandemice specifice în timpul pandemiei H1N1 din 2009 .....	30
Rapoarte de supraveghere .....	32
12. Supravegherea tuberculozei în Europa 2007.....	32
13. Raportul epidemiologic anual privind bolile transmisibile din Europa 2009 .....	34
14. Supravegherea HIV/SIDA în Europa - 2008 .....	41
Anexă: publicații ECDC în 2009.....	43

## Introducere

În anul 2009, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) a publicat un număr total de 43 de documente științifice. Elementele cele mai importante includ:

- *Raportul epidemiologic anual privind bolile transmisibile în Europa anului 2009*, a treia ediție a publicației anuale a ECDC care conține o sinteză completă a datelor de supraveghere din 2007 și a amenințărilor monitorizate în anul 2008;
- *Supravegherea tuberculozei în Europa - 2007* și *Supravegherea HIV/SIDA în Europa - 2008*, ambele întocmite în colaborare cu Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (EURO-OMS), care acoperă situația înregistrată în țările din Uniunea Europeană (UE) și din Spațiul Economic European (SEE), precum și situația din alte 23 de țări din zona EURO-OMS;
- lansarea *seriei privind Sănătatea migrantilor*, o colecție de publicații axate pe boli specifice care prezintă o analiză a datelor, o sinteză a dovezilor științifice, interpretări și orientări privind intervențiile în domeniul migrației și bolilor infecțioase selectate. Primele două documente referitoare la boli specifice publicate în 2009 s-au axat pe HIV/SIDA;
- *Provocarea bacteriologică: momentul să reacționăm*, un raport tehnic privind discrepanța dintre povara pe care o reprezintă infecțiile cauzate de bacteriile rezistente la mai multe medicamente și dezvoltarea de noi antibiotice pentru a rezolva această problemă, produse în colaborare cu Agenția Europeană a Medicamentului; și
- *Inventarierea supravegherii comportamentale a HIV/ITS în Europa*, o analiză detaliată a situației actuale în ceea ce privește programele de supraveghere comportamentală a HIV și a infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) în statele membre ale UE și ale Asociației Europene a Liberului Schimb (AELS).

Sinteze ale documentelor ECDC selectate, precum cele de mai sus, au fost compilate pentru a le pune la dispoziția factorilor de decizie în toate limbile UE, precum și în limba islandeză și norvegiană. Acestea reflectă spiritul publicațiilor originale, însă este posibil ca unele nuanțe importante să se fi pierdut în procesul de sintetizare. Cititorilor care doresc să își formeze o imagine mai clară li se recomandă să consulte textul integral al documentelor, disponibile online la: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

În Anexă este inclusă lista tuturor publicațiilor ECDC din 2009. Toate acestea sunt disponibile în format electronic la linkul de mai sus, cu o descriere succintă a conținutului lor. Rapoartele selectate sunt disponibile și pe suport scris. Pentru a primi un exemplar tipărit al oricărei publicații, vă rugăm să trimiteți un email la: [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Rapoarte tehnice

## 1. Ghid de evaluare a riscului de transmitere a bolilor infecțioase la bordul aeronavelor

(Publicate în iunie 2009)

Transportul aerian comercial național și internațional a înregistrat în ultimii ani o creștere semnificativă a numărului de pasageri. De pe aeroporturile internaționale se îmbarcă zilnic milioane de pasageri, care pot călători în jurul globului în câteva ore. În același timp, schimbarea obiceiurilor de călătorie poate genera noi amenințări: în atmosfera închisă din interiorul habitaculului aeronavelor moderne, pasagerii pot fi expuși la diferite boli infecțioase de care suferă alți pasageri.

Apariția sindromului respirator acut (SRAS) în anul 2003 a demonstrat posibilitatea ca o boală nouă să izbucnească subit și să se răspândească la nivel global prin transportul aerian. Depistarea precoce a bolilor infecțioase la bordul aeronavelor, coroborată cu evaluarea din timp a riscurilor, este esențială în momentul inițierii unei intervenții în domeniul sănătății publice. Atunci când se depistează un risc pentru sănătatea publică, identificarea pasagerilor care au fost expuși în timpul unui zbor este un pas esențial pentru localizarea răspândirii acestuia – și o problemă majoră pentru experții în domeniul sănătății publice din întreaga lume.

Proiectul RAGIDA („ghid de evaluare a riscului de transmitere a bolilor infecțioase la bordul aeronavelor”) combină datele extrase din literatura științifică și cunoștințele experților pentru a furniza soluții viabile factorilor de decizie. RAGIDA poate constitui o contribuție valoroasă în ceea ce privește determinarea factorilor declanșatori sau în momentul în care trebuie să se adopte o decizie legată de identificarea contactilor, adică a călătorilor și ale membrilor echipajului care au fost expuși la boli infecțioase în cursul unui zbor.

În ceea ce privește proiectul RAGIDA, experții din cadrul Institutului Robert Koch și ECDC au convenit asupra a 12 boli: tuberculoza (TBC), gripa, SARS, boala meningococică, rujeola, rubeola, difteria, febra hemoragică Ebola, febra hemoragică Marburg, febra de Lassa, variola și antraxul. Peste 3 700 de articole evaluate *inter pares* și surse din literatura gri au fost revizuite în mod sistematic pentru stabilirea împrejurărilor exacte care au determinat transmiterea respectivelor boli infecțioase la bordul aeronavelor. Mai mult, s-a efectuat o cercetare sistematică în ceea ce privește ghidurile referitoare la evaluarea și gestionarea riscurilor pe care le prezintă aceste boli, furnizate de comitetele aviatice internaționale și agențiile de sănătate publică naționale sau internaționale. Pentru a aduce o contribuție suplimentară, au fost contactați și consultați 73 de experți din 38 de țări.

Rezultatele cercetării sistematice a literaturii de specialitate a sugerat faptul că TBC, gripa, SARS, boala meningococică și rujeola se transmit în mod relativ frecvent la bordul aeronavelor. Cu toate acestea, numărul articolelor care au confirmat transmiterea acestor boli la bordul aeronavelor a fost surprinzător de scăzut, în special dacă se ține seama de numărul mare de contacti potențiali. În lumina acestor rezultate, numărul total de incidente de transmitere a bolilor la bord este posibil să fie la fel de scăzut. Cu toate că este dificil să se formuleze o concluzie legată de numărul de infecții transmise la bordul aeronavelor, probabilitatea răspândirii unor boli infecțioase la bordul aeronavelor nu pare să fie mai mare decât la sol.

În general, rămânem la convingerea că evaluarea riscurilor și decizia de identificarea contactilor trebuie să fie specifice pentru fiecare eveniment și trebuie să țină seama de factori precum potențialul de răspândire epidemiologică, contagiozitatea și patogenitatea cazurilor inițiale, funcționalitatea sistemelor de ventilație de la bordul aeronavelor, intensitatea contactelor și detaliile privind locurile ocupate – astfel cum se sugerează în acest raport tehnic.

## 2. Supravegherea și studierea unei pandemii în Europa

(Publicat în iunie 2009)

Supravegherea și studierea unei pandemii (SSIP) reprezintă un subiect complex care include, conform definițiilor incluse în acest document, patru componente distincte:

- 1) depistarea și investigarea precoce;
- 2) evaluare timpurie completă;
- 3) monitorizare și
- 4) investigarea rapidă a eficacității și impactului contramăsurilor (inclusiv siguranța contramăsurilor farmaceutice) în vederea reducerii la minim a riscurilor.

Este puțin probabil ca în Europa să izbucnească o pandemie și, de aceea, depistarea și investigarea precoce vor fi probabil efectuate în alte locații, însă Europa va trebui să efectueze celelalte trei componente ale supravegherii. Supravegherea cu laboratorul (microbiologică) va fi esențială pentru toate componentele, dar, în general, acest tip de supraveghere este integrat în supravegherea epidemiologică și clinică. Evaluarea timpurie (componenta 2) este vitală datorită unui număr de parametri importanți ai următoarei pandemii care nu pot fi anticipați. Cu toate acestea, nu se impune efectuarea unei evaluări timpurii în fiecare țară. În mod optim, aceasta va fi efectuată de primele țări europene afectate cu sprijinul Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) și al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și se va limita la stabilirea „parametrilor strategici”. Valorile parametrilor respectivi vor stabili măsurile de sănătate publică și clinică cu șanse mai mari de reușită. Rezultatele înregistrate de un număr de țări vor fi comunicate de urgență tuturor celorlalte țări.

Estimarea gravității pandemiei va face parte din evaluarea timpurie. Este dificil să se efectueze o astfel de estimare însă acest lucru este esențial, întrucât anumite planuri naționale din țări europene prevăd întreprinderea unor intervenții mai disruptive în eventualitatea izbucnirii unei pandemii majore. Conducerea OMS se așteaptă la efectuarea unei astfel de evaluări. Cu toate acestea, în vederea efectuării unei evaluări detaliate se impune o perspectivă europeană asociată unei evaluări a riscurilor întrucât complexitatea conceptului de gravitate face dificilă aplicarea unei singure măsuri. Se va impune efectuarea monitorizării (componenta 3) în toate țările europene în vederea gestionării corespunzătoare a propriilor sisteme sanitare și a altor servicii. Autoritățile centrale ar dori să dispună de numeroase informații în vederea efectuării monitorizării, însă acestea trebuie să se limiteze la informațiile esențiale pentru luarea deciziilor și pentru comunicările cheie. Fezabilitatea monitorizării ar trebui verificată pe parcursul sezonelor de gripă, dar va trebui să se țină seama și de modul în care sistemele de supraveghere de rutină se pot modifica sau pot înceta să funcționeze în timpul unei pandemii. Monitorizarea internațională (raportarea ascendentă către OMS și autoritățile europene) trebuie menținută într-o formă simplificată întrucât multe țări vor considera dificilă furnizarea de informații de rutină către organismele internaționale, precum și desfășurarea de procese interne. De asemenea, nu toate țările vor avea posibilitatea de a furniza informații detaliate la nivelul dorit de autoritățile europene.

Investigațiile privind impactul măsurilor de sănătate publică (și siguranța contramăsurilor farmaceutice) (componenta 4) reprezintă un alt proces care trebuie întreprins numai în anumite țări. Este puțin probabil să se clarifice dacă măsurile de sănătate publică (și care anume) au fost eficiente pe parcursul pandemiei.

OMS și ECDC au colaborat cu statele membre ale Uniunii Europene pentru a elabora proceduri și „protocoale macheta” pentru componenta 2, procesul de evaluare timpurie, planificându-se testarea acestora în vederea acceptabilității prin intermediul exercițiilor și a testării pe teren în sezonul de gripă 2009-2010. Izbucnirea noului virus gripal A(H1N1) indică faptul că procedurile și protocoalele respective vor fi testate pe o tulpină pandemică reală. Metodele de estimare a eficacității vaccinului gripal (parte a componentei 4) în Europa sunt puse în aplicare. La nivel național, este important modul în care autoritățile intenționează să pună în aplicare componentele 2-4, inclusiv colaborarea cu organismele academice și personalul acestora, și modul corespunzător de finanțare a acestora în timpul pandemiei.

### 3. Ghid de măsuri de sănătate publică pentru reducerea impactului pandemiilor de gripă în Europa: „Lista ECDC”

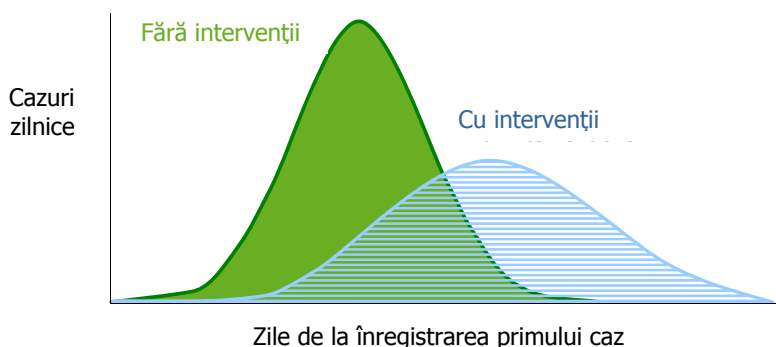
(Publicat în iunie 2009, actualizat în octombrie 2009)

Punerea în aplicare a măsurilor de sănătate publică (a se vedea tabelele recapitulative de la pagina 6) va reduce, într-o anumită măsură, numărul persoanelor infectate, care necesită îngrijiri medicale și care decedază în timpul unei pandemii de gripă. Este posibil ca aceste măsuri să reducă și numărul de persoane afectate în cadrul unor epidemii grave de gripă sezonieră. Prin reducerea și poate chiar întârzierea vârfului curbei pandemice (Figura 3.1), măsurile pot, de asemenea, atenua consecințele secundare ale pandemiilor care apar atunci când un număr mare de persoane se îmbolnăvesc în același timp, de exemplu: impactul absenteismului în masă al funcțiilor esențiale precum furnizarea de servicii medicale și a alimentelor, distribuirea combustibilului și asigurarea utilităților etc. Măsurile de sănătate publică pot chiar să întârzie vârful curbei epidemice al unei pandemii până aproape de momentul în care este disponibil un vaccin pandemic, fiind astfel posibilă reducerea numărului total de persoane afectate. Mai mult, aceste măsuri pot, teoretic, să reducă vârful curbei până la scăderea în mod natural a nivelului de transmitere a gripei pe perioada verii.

**Figura 3.1** Obiectivele aplicării măsurilor de sănătate publică în timpul unei pandemii

#### Obiectivele reducerii la nivel comunitar a transmiterii gripei

- ♦ Amânarea și aplatizarea vârfului epidemic
- ♦ Reducerea impactului vârfului asupra sistemului de asistență medicală și a amenințării
- ♦ Reducerea numărului de cazuri
- ♦ Câștigarea de timp



Au fost sugerate o serie de măsuri (a se vedea tabelele recapitulative) care includ inițiative personale precum spălarea mâinilor și purtarea măștilor, intervenții farmaceutice cum ar fi antivirale, vaccinuri umane împotriva gripei aviare (denumite și vaccinuri pre-pandemice) și, spre finalul perioadei pandemice, vaccinuri specifice, precum și măsuri de distanțare socială a comunităților. Majoritatea consideră că măsurile combinate vor fi și mai eficiente decât cele individuale, constituind astfel „protecția în profunzime” sau „intervențiile stratificate”. Atât modelele matematice cât și bunul simț sugerează faptul că intervențiile precoce vor fi mai eficiente decât așteptarea până când o pandemie ajunge într-un stadiu foarte avansat.

Este greu de imaginat că măsurile precum cele care intră în categoria distanțării sociale nu vor avea un impact pozitiv prin reducerea nivelului de transmitere a infecțiilor respiratorii umane care se răspândesc de la individ la individ prin intermediul picăturilor și prin contact indirect. Cu toate acestea, dovezile care stau la baza fiecărei măsuri individuale nu sunt, de regulă, solide. De asemenea, nu este clar modul în care vor interacționa unele dintre aceste măsuri. În mod special, efectul măsurilor de distanțare socială va fi cumulativ? În anumite cazuri, această lipsă a clarității este determinată de absența cercetării. Cel mai adesea, acest lucru se datorează dificultății de a evalua măsurile printr-o metodă experimentală, iar atunci când măsurile au fost aplicate în situații reale acestea au fost combinate. Astfel, efectul complet pozitiv și avantajele relative ale diferitelor măsuri sunt extrem de dificil de apreciat. De asemenea, intensitatea efectului poate varia în mod rezonabil în funcție de caracteristicile pandemiei. De exemplu, intervențiile care vizează copiii ar fi putut fi foarte eficiente în timpul pandemiei din 1957,



atunci când transmiterea bolii la grupe de vârste mai mici pare să fi fost deosebit de importantă, fiind însă mai puțin eficiente în timpul pandemiei din perioada 1918-1919 și din 1968. Prin urmare, nu se pot stabili planuri care să se potrivească fiecărei pandemii. Mai mult decât atât, eficiența, fezabilitatea și costurile măsurilor de distanțare socială este posibil să varieze la nivelul țărilor europene sau chiar în interiorul unei singure țări (de exemplu, zonele urbane dens populate comparativ cu zonele rurale).

Din experiența pandemiilor anterioare și a incidentelor asociate, precum SARS, rezultă că măsurile de sănătate publică sunt aplicate, într-o anumită măsură, în funcție de obiceiurile și practicile locale. În Statele Unite, în timpul pandemiei din 1918-1919, aceste măsuri au fost organizate și, de cele mai multe ori, proactive, în timp ce în Europa, în timpul pandemiilor și epidemiei de SARS, acestea au fost mai mult reactive.

Există, deci, argumente temeinice în ceea ce privește existența unor planuri prestabilite (planuri testate pe parcursul exercițiilor care urmează a fi puse în aplicare în absența altor informații). Într-adevăr, există ghiduri ale OMS în domeniu și multe țări europene au dezvoltat planuri în acest sens. Cu toate acestea, date fiind considerentele de mai sus, aceste planuri ar trebui să fie extrem de flexibile și ar trebui să dispună de structuri de comandă și control care să permită modificarea rapidă în lumina noilor informații și experiențe.

Toate măsurile de sănătate publică implică o serie de costuri și multe dintre acestea pot avea efecte secundare. La majoritatea măsurilor, efectele secundare pot fi semnificative, necesitând o atenție deosebită. Cele mai drastice măsuri societale sugerate până acum (de exemplu, măsuri proactive de închidere a școlilor și restricții de călătorie) presupun costuri și consecințe semnificative care variază la rândul lor în funcție de context. În plus, acestea sunt dificil de susținut. Astfel, în cazul unei gripe sezoniere obișnuite sau al unei pandemii ușoare, aplicarea măsurilor respective și, în special, aplicarea precoce a acestora, ar putea fi mai dăunătoare decât dacă s-ar permite infecției să își urmeze cursul și s-ar trata pacienții cu forme mai grave.

Aplicarea anumitor măsuri este relativ simplă, acestea fiind deja recomandate chiar și în cazul formelor ușoare de gripă sezonieră (de exemplu, spălarea regulată a mâinilor și izolarea preventivă atunci când se dezvoltă o afecțiune febrilă). Astfel de măsuri prezintă avantajul de a da încredere indivizilor și de a le oferi recomandări utile în momente dificile. Alte măsuri vor fi dificil de aplicat sau sunt prea costisitoare (de exemplu, utilizarea preventivă în masă a antiviralelor de către persoanele care prezintă simptomele bolii), în timp ce altele pot fi extrem de disruptive pentru funcțiile societale și dificil de susținut (de exemplu, închiderea frontierelor, restricții de transport intern). În consecință, toate măsurile necesită planificare, pregătire și practică.

Ideea măsurilor costisitoare și disruptive este crucială. În timpul unei pandemii mai puțin severe și care înregistrează un număr redus de îmbolnăviri, precum cea din anii 1957 și 1968, o serie de măsuri comunitare posibile (măsuri proactive de închidere a școlilor și munca de la domiciliu etc.), cu toate că pot reduce nivelul de transmitere, pot fi mai costisitoare și mai disruptive chiar decât efectele pandemiei. În consecință, astfel de măsuri pot aduce un beneficiu net numai atunci când sunt aplicate în timpul unei pandemii severe, de exemplu, o pandemie care are drept rezultat o rată ridicată de spitalizare sau o rată de deces comparabilă cu cea a „gripei spaniole” din perioada 1918-1919.

Din aceste motive, evaluarea timpurie a gravității clinice a unei pandemii la nivel global și european va fi crucială. Deși aplicarea precoce a măsurilor este logică, aplicarea prea devreme a intervențiilor mai disruptive se va dovedi costisitoare și vor fi greu de susținut.

În prezent, o serie de țări europene au în vedere opțiunile lor politice privind aceste măsuri. Diversitatea din Europa va împiedica aplicarea la nivel general a unei combinații unice în fiecare cadru european. Cu toate acestea, discuțiile comune pe marginea măsurilor vor fi benefice și vor asigura un proces decizional mai eficient. Mai mult, anumite țări au întreprins deja activități științifice de amploare, o parte dintre acestea stând la baza elaborării acestui document, de care ar putea beneficia însă toate țările europene, pe lângă opiniile venite din partea altor țări.

## Obiectiv

Având în vedere considerentele prezentate mai sus și ținând cont de faptul că mandatul ECDC implică mai mult oferirea unor recomandări științifice și mai puțin disponerea unor acțiuni, prin acest document se urmărește prezentarea unei liste de posibile măsuri, furnizând informații în domeniul sănătății publice și date științifice despre ceea ce se cunoaște sau se poate afirma despre posibila eficiență a măsurilor în cauză, costurile (directe sau indirecte), acceptabilitatea, așteptările publicului și alte considerente de ordin practic, cu scopul de a ajuta statele membre ale Uniunii Europene și instituțiile UE, în mod individual sau colectiv, să adopte o decizie cu privire la măsurile ce pot fi aplicate. Așadar, există o serie de măsuri care sunt fie foarte clare, fie ineficiente încât simpla prezentare a dovezilor științifice ar trebui să facă posibilă adoptarea unor decizii ușoare de politică.

## Public

Acest document se adresează în primul rând celor care elaborează politici și factorilor de decizie și în al doilea rând celor preocupați de gripă, public și media. Înțelegerea de către media a măsurilor și a limitărilor acestora va fi esențială pentru aplicarea cu succes a acestora în timpul unei pandemii.

## Domeniu de aplicare

Acest document se aplică atunci când o pandemie se răspândește în Europa, în fazele 5 sau 6 ale unei pandemii, conform OMS, precum și atunci când există epidemii de gripă sezonieră. Documentul nu tratează diferențele împrejurări ale fazei 4, necesitățile unice la prima apariție a unei posibile tulpini pandemice (Strategia de localizare rapidă emisă de OMS), nici planificarea complexă și problemele politice care apar în legătură cu modul de susținere a serviciilor esențiale în timpul unei pandemii (așa-numita planificare a continuității activității în cazul unei pandemii). Acest ultim aspect se situează, în orice caz, în afara atribuțiilor ECDC.

Acest document trebuie citit împreună cu ghidurile anterioare publicate de ECDC cu privire la măsurile de protecție personală. Acesta este rezumat în text și în tabele. Ghidurile științifice relevante privind vaccinurile umane (pre-pandemice) împotriva gripei aviare H5N1 au fost publicate și menționate în text. Acestea trebuie citite împreună cu ghidurile OMS din 2005 și cu noile ghiduri OMS privind contramăsurile (publicate în 2009).

Vă rugăm să țineți cont de faptul că acest document reprezintă un ghid provizoriu întrucât vor exista noi rezultate ale cercetărilor și este posibil să apară noi contramăsuri. Prin urmare, lista va fi actualizată periodic.

### Tabele recapitulative Caracteristici ale posibilelor intervenții de reducere a transmiterii infecției pe parcursul fazei 6 a unei pandemii/epidemii severe de gripă sezonieră

#### Călătoriile internaționale (închiderea frontierelor, restricții de intrare, recomandări de călătorie)

Intervenție	Calitatea dovezilor <sup>1</sup>	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri <sup>2</sup>	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea și alte aspecte
<b>1. Recomandări de călătorie</b>	B	Minimă	Reduse	Masive	Bună	Este posibil ca numărul călătoriilor internaționale să înregistreze oricum o scădere masivă
<b>2. Monitorizarea intrărilor</b>	B, Bm	Minimă	Ridicate	Ridicate	Poate fi anticipată de populația rezidentă	Este posibil ca numărul călătoriilor internaționale să scadă oricum
<b>3. Închiderea frontierelor sau restricții drastice de călătorie</b>	B, Bm	Minimă, cu excepția cazului în care este aproape completă	Masive	Masive	Variabilă, dar poate fi anticipată de anumiți membri ai populațiilor rezidente	Este posibil ca numărul călătoriilor internaționale să scadă oricum

<sup>1</sup> Dovada eficienței: A, B și C reprezintă recomandări bazate în mare măsură, în mod rezonabil și, respectiv, în mică măsură pe dovezi.

Gradul A: Analize sistematice atunci când există diverse studii primare (fara modelare primară) de la care se poate porni, studii epidemiologice bine concepute sau studii experimentale (teste randomizate controlate).

Gradul B: Reprezintă dovezi bazate pe studii epidemiologice bine concepute, studii observaționale ample sau studii experimentale implicând între 5 și 50 de subiecți sau studii experimentale implicând alte limitări (de exemplu, care să nu vizeze gripa). Codul Bm indică activitatea de modelare matematică „concentrată asupra studiilor care dispun de date primare de calitate. Astfel, calitatea poate fi atât Bm, cât și C.

Gradul C: Reprezintă dovezi bazate pe cazurile raportate, studii observaționale restrânse, insuficient controlate, studii mai ample insuficient fundamentate, aplicarea unor cunoștințe privind modul de transmitere, perioada de infecțiozitate etc. Cm se referă la modelare matematică în condițiile în care există date primare insuficiente sau de slabă calitate.

<sup>2</sup> Denumite uneori efecte de ordinul doi sau trei – de exemplu, închiderea frontierelor care determină întreruperea schimburilor comerciale și circulația produselor esențiale și a forței de muncă.

## Măsuri de protecție personală

Intervenție	Calitatea dovezilor	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea și alte aspecte
<b>4. Spălarea mâinilor în mod regulat</b>	B	Reduce probabil nivelul de transmitere	Reduse	Nu există	Bună, însă nu se cunoaște gradul de respectare a acestei reguli	Moderată <sup>3</sup>
<b>5. Igienă respiratorie corespunzătoare (utilizarea și aruncarea batistelor de hârtie)</b>	B	Necunoscută, dar presupusă	Reduse	Reduse	Bună, însă nu se cunoaște gradul de respectare a acestei reguli	Redusă
<b>6. Purtarea măștilor în afara casei</b>	C, Cm	Necunoscută	Masive	Reduse	Necunoscută, o cultură aproape inexistentă în majoritatea țărilor în ceea ce privește purtarea măștilor	Masivă – dificultăți în ceea ce privește instruirea, furnizarea și tipurile de măști, eliminarea deșeurilor. utilizarea necorespunzătoare și reutilizarea acestora poate avea efecte adverse
<b>7. Purtarea măștilor în domeniul asistenței medicale<sup>4</sup></b>	C	Necunoscută	Moderate	Reduse	Metodă practică deja la un nivel foarte extins	Moderată – dificultăți în ceea ce privește instruirea, definirea situațiilor cu grad ridicat de risc, furnizarea și tipurile de măști, în special respiratoarele
<b>8. Purtarea măștilor în alte situații cu grad ridicat de risc<sup>5</sup></b>	C	Necunoscută	Moderate	Reduse	Necunoscută, dar logică	Moderată – dificultăți în ceea ce privește instruirea, definirea situațiilor cu grad ridicat de risc, furnizarea și tipurile de măști
<b>9. Purtarea măștilor de către persoanele cu infecții respiratorii</b>	C	Necunoscută, dar presupusă	Moderate	Permite persoanelor bolnave și infectate să circule, infectând și alte persoane.	Necunoscută, dar logică. Recomandarea adresată spitalelor se extinde și la domiciliile personale și medii publice.	Dificultăți în stabilirea persoanelor care ar trebui să se conformeze regulii și a celor care ar trebui să furnizeze măștile. De asemenea, aceasta ar trebui respectată de către persoanele care prezintă dificultăți în respirație cauzate de infecții respiratorii.
<b>10. Auto-izolarea precoce a persoanelor bolnave<sup>6</sup></b>	C	Necunoscută, dar presupusă	Moderate	Moderate <sup>7</sup> . Risc ridicat pentru îngrijitori și de absența de la locul de muncă	Recomandare standard aplicată deja în multe țări	Necesitatea instruirii și dotării îngrijitorilor la domiciliu, care vor fi la risc. Emiterea de compensații pentru salariile pierdute și încheierea de acorduri cu angajatorii
<b>11. Carantină<sup>8</sup></b>	C	Necunoscută	Masive	Masive, din cauza pierderii productivității	Incertaină	Este foarte dificil să se mențină caracterul echitabil al muncii și să se emită compensații pentru salariile pierdute.

<sup>3</sup> Necesitatea spălării mâinilor în mod frecvent este mult mai accesibilă în contextele cotidiene, de exemplu, în locuri publice, unități fast-food etc.

<sup>4</sup> Persoanele care intră în contact direct cu numeroși membri ai publicului.

<sup>5</sup> Persoanele care intră în contact direct cu numeroși membri ai publicului, în medii de transport aglomerate.

<sup>6</sup> De obicei, la domiciliul unei persoane care nu se simte bine, inclusiv cu stare febrilă.

<sup>7</sup> Persoanele respective necesită îngrijire la domiciliu: acestea și îngrijitorii acestora absentează de la locul de muncă.

<sup>8</sup> Izolarea la domiciliu pentru câteva zile a persoanelor aparent sănătoase, dar care se consideră că au fost expuse unei infecții.

## Măsuri de distanțare socială

Intervenție	Calitatea dovezilor	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea
<b>12. Restricții de transport intern</b>	Cm, C	Sugerează efect minor de întârziere	Majore	Masive, inclusiv distanțare socială <sup>9</sup>	Necunoscută	Sunt amenințate funcțiile esențiale. Aspecte legate de răspundere și temeiul juridic <sup>10</sup>
<b>13. Măsura reactivă de închidere a școlilor</b>	Bm, C	Poate avea un impact mai mare decât alte măsuri de distanțare socială	Moderate	Masive, întrucât copiii necesită îngrijire la domiciliu <sup>11</sup>	Necunoscută, întrucât această intervenție nu se aplică în mod frecvent în Europa	Copiii care nu frecventează cursurile trebuie izolați de ceilalți copii. Aspecte legate de răspundere și temeiul juridic <sup>10, 12</sup> Dificultăți de sincronizare, durata și redeschidere a școlilor
<b>14. Măsura proactivă de închidere a școlilor</b>	Bm, C	Poate avea un impact mai mare decât alte măsuri de distanțare socială și poate fi mai potrivită decât măsura reactivă	Moderate	Similară cu cele de mai sus <sup>11</sup>	Similară cu cele de mai sus	Astfel cum se menționează mai sus, implicând și mai multe dificultăți de sincronizare (școlile pot fi închise prea devreme), durata și redeschidere a școlilor <sup>10,12</sup>
<b>15. Măsura reactivă de închidere a locurilor de muncă</b>	Cm	Necunoscută <sup>9</sup>	Majore	Majore	Aspectul legat de compensațiile din surse necunoscute este crucial <sup>10</sup>	Aspecte legate de răspundere, compensații, temeiul juridic, precum și de durata închiderii și redeschiderea. Măsură neaplicabilă funcțiilor cheie <sup>13</sup>
<b>16. Munca la domiciliu și reducerea numărului de reuniuni</b>	Cm,C	Necunoscută	Moderate	Moderate	Posibil să fie acceptată	Măsură mai puțin posibil de aplicat pentru funcțiile cheie <sup>13</sup>
<b>17. Anularea reuniunilor publice, a evenimentelor internaționale etc.</b>	C	Necunoscută	Masive <sup>10</sup>	Masive <sup>10</sup>	Depinde probabil de aspectul legat de compensații și de aplicarea asigurării <sup>9</sup> . Poate fi anticipată de public	Aspecte legate de răspundere și temeiul juridic. Dificultatea definirii unei reuniuni publice sau a unei întâlniri internaționale și a stabilirii momentului în care să se elimine interdicțiile.

## Utilizarea antiviralelor: tratament preventiv

Intervenție	Calitatea dovezilor	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea
<b>18. Toate persoanele care prezintă simptome</b>	A (numai nivelul de transmitere și durata bolii), Bm	Se preconizează a fi moderată, dar dovezile în acest sens sunt reduse <sup>14</sup>	Masive	Moderate	Anticipată de public în majoritatea țărilor	Costuri considerabile de logistică și dificultăți în a decide cine are gripă, în livrarea către toate persoanele care ar trebui să beneficieze de această intervenție în timp util (în mai puțin de 24 sau 48 de ore) și gestionarea echitabilă a stocurilor <sup>15</sup>

<sup>9</sup> Avantajul acestei intervenții și al altor câteva este că prezintă în mod planificat ceea ce probabil urmează oricum să se întâmple în timp.

<sup>10</sup> Problema este cine asigură compensațiile pentru pierderile economice cauzate de acțiunea publică (gubernamentală).

<sup>11</sup> Copiii necesită îngrijire la domiciliu, iar îngrijitorii acestora absentează de la locul de muncă.

<sup>12</sup> Intervențiile orientate asupra copiilor indică faptul că aceștia joacă un rol important în ceea ce privește transmiterea, ceea ce este posibil să nu fie cazul pentru fiecare pandemie.

<sup>13</sup> Procesul de determinare a *funcțiilor cheie* este unul foarte complex și important, dar nu intră în domeniul de aplicare a prezentului document.

<sup>14</sup> Studiile dovedesc faptul că, în cazul gripei sezoniere, tratamentul preventiv reduce durata bolii cu una sau două zile, precum și

<b>19. Lucrătorii din sistemul sanitar și social sau lucrători cheie expuși</b>	A	Redusă <sup>15</sup>	Majore	Reduse	Considerată a fi parte din protecția angajaților, fiind importantă pentru personalul care rămâne la locul de muncă	Dificultăți în definirea personalului sanitar sau lucrători cheie care sunt expuși <sup>15</sup>
---	---	----------------------	--------	--------	--	--

#### Utilizarea antiviralelor: profilaxia în urma depistării unui caz

Intervenție	Calitatea dovezilor	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea
<b>20. Familia</b>	B, Bm	Moderată	Masive	Moderate	Posibilă acceptare	Dificultăți legate de depistarea unui caz, definirea familiei, viteza de furnizare, siguranță și manipulare a stocurilor <sup>16</sup>
<b>21. Familia și contactele sociale</b>	B, Bm	Moderată	Masive+	Moderate	Necunoscută, dar există problema persoanelor care, aparent, refuză tratamentul	Similare cu cele de mai sus, incluzând probleme legate de definirea a grupului de contacti
<b>22. Familia și contactele geografice</b>	B, Bm	Moderată	Masive+	Moderate	Necunoscută, dar există problema persoanelor care, aparent, refuză tratamentul	Similare cu cele de mai sus, incluzând și mai multe probleme legate de definirea grupului de contacti

#### Utilizarea antiviralelor: profilaxia continuă

Intervenție	Calitatea dovezilor	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea
<b>23. Lucrătorii din sistemul sanitar sau social sau lucrătorii cheie</b>	C	Moderată	Masive	Moderate	Neclară – este posibil ca lucrătorii din sistemul sanitar să nu le utilizeze deloc sau să nu insiste asupra utilizării acestora	Dificultăți legate de definirea lucrătorilor din sistemul sanitar sau a lucrătorilor cheie expuși. Aspecte legate de perioada de administrare a antiviralelor

gradul de transmitere. Estimările privind efectul pozitiv asupra spitalizării și a ratei mortalității sunt observaționale, limitate și mult mai reduse.

<sup>15</sup> Există o serie de probleme practice majore legate de identificarea persoanelor care suferă de gripă, modul de livrare a antiviralelor etc.

<sup>16</sup> Este necesar să se analizeze cât de rapid și de eficient vor fi investigate primele rapoarte privind posibilele efecte secundare.

**Vaccinuri: vaccinul uman împotriva gripei aviare<sup>16</sup>**

Intervenție	Calitatea dovezilor	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea
<b>24. Întreaga populație</b>	B, Bm	Neclară, depinzând de tipul antigenic al virusului pandemic <sup>17</sup>	Masive	Majore <sup>16,18</sup>	Necunoscută <sup>19</sup>	Aspecte legate de grupurile care ar trebui să aibă prioritate
<b>25. Lucrătorii din sistemul sanitar sau social sau lucrătorii cheie</b>	B, Bm	Similară cu cea de mai sus	Masive	Similare cu cele de mai sus	Similară cu cea de mai sus și neclară în ceea ce privește acceptabilitatea din partea acestor grupuri	Dificultăți legate de definirea lucrătorilor din sistemul sanitar și a lucrătorilor cheie expuși
<b>26. Copiii vaccinați primii</b>	B, Bm	Similară cu cea de mai sus	Masive	Similare cu cele de mai sus	Neclară în ceea ce privește acceptabilitatea din partea părinților, în special dacă boala este mai ușoară în cazul copiilor, iar avantajele sunt în folosul altora. Profilul de siguranță nu este bine definit <sup>20</sup> .	Necesită pre-planificare

**Vaccinuri: vaccinuri pandemice specifice**

Intervenție	Calitatea dovezilor	Eficiență (beneficii)	Costuri directe	Costuri indirecte și riscuri	Acceptabilitatea în Europa	Funcționalitatea
<b>27. Vaccinul pandemic</b>	B, Bm	Minimă în primul val	Masive, necesitând investiții ulterioare	Reduse	Probabil un grad ridicat de acceptabilitate <sup>20</sup>	Dificultăți în a decide care sunt primele grupuri prioritare <sup>16</sup>

<sup>17</sup> Se presupune că următoarea pandemie va fi bazată pe antigenul H5. Beneficiile pot fi deduse din răspunsul serologic în studii experimentale. Cu toate acestea, nu se pot obține observații și nu se pot efectua studii asupra tulpinii pandemice înainte de începerea transmiterii și anterior fazei 3. Studiile experimentale pot fi considerate lipsite de etică.

<sup>18</sup> Riscul financiar ca următoarea pandemie să implice o altă tulpină antigenică și nu gripa aviară înalt patogenă actuală (A/H5).

<sup>19</sup> Nicio țară nu a încercat vreodată să administreze populației un vaccin cu o rată a eficacității atât de scăzută, de aici rezultând probleme majore de comunicare.

<sup>20</sup> Este necesar să se analizeze cât de rapid și de eficient vor fi investigate primele rapoarte privind posibilele efecte secundare.

## 4. Seria Sănătatea migranților: Accesul populațiilor migrante din țările UE/SEE la prevenirea, tratamentul și îngrijirea infecției HIV

(Publicată în iulie 2009)

Acest raport sintetizează rezultatele unui studiu privind accesul migranților din Uniunea Europeană (UE) la prevenirea, tratamentul și îngrijirea infecției cu virusul HIV, efectuat în perioada mai-septembrie 2008. Studiul a fost comandat de Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) pentru a face parte dintr-o serie mai amplă de rapoarte privind migrația și bolile infecțioase în UE.

Pe baza informațiilor colectate prin chestionarea unui număr de respondenți din cele 27 de state membre UE și trei țări din Spațiul Economic European (SEE) și printr-o analiză documentară, acest raport își propune să ofere o imagine de ansamblu asupra situației actuale, precum și o bază pentru viitoarele politici, cercetare și servicii menite să îmbunătățească accesul populațiilor migrante la serviciile în ceea ce privește virusul HIV. Aproximativ două treimi dintre participanții la studiu au reprezentat organizații neguvernamentale (ONG-uri), în timp ce o treime a fost alcătuită din reprezentanți ai organizațiilor guvernamentale. Cu toate acestea, concluziile și acțiunile propuse nu reprezintă neapărat opiniile guvernelor naționale din UE.

Secțiunea 1 descrie pe scurt contextul și metodologia studiului. Secțiunea 2 subliniază principalele concluzii privind migrații și infecția HIV, axându-se pe factorii care sporesc vulnerabilitatea acestora față de infecția cu virusul HIV și care le împiedică accesul la serviciile de prevenire, tratament și îngrijire, insistând, de asemenea, pe modul în care UE și statele membre răspund la necesitățile migranților legate de infecția HIV. Secțiunea 3 prezintă demersurile viitoare, rezumând provocările și acțiunile sugerate de respondenți pentru îmbunătățirea accesului migranților din UE la serviciile legate de HIV. Următoarea secțiune rezumă principalele concluzii, provocări și acțiuni sugerate.

### Principalele concluzii

- UE a făcut pași importanți în direcția soluționării problemei migrației și sănătății în general și a migrației și a infecției HIV în special. *Declarația de la Dublin privind parteneriatul pentru lupta împotriva HIV/SIDA în Europa și în Asia Centrală* din 2004 și declarațiile ulterioare au transformat infecția HIV într-o problemă prioritară a agendei europene. Conferința de la Lisabona, precum și reuniunile și rapoartele ulterioare din 2007, au atras atenția asupra legăturii dintre migrație, sănătate și infecția HIV. Toate acestea au influențat angajamentul politic al UE care se reflectă în politica și instrumentele juridice menite să asigure accesul migranților la asistență medicală, inclusiv la serviciile de prevenire, tratament și îngrijire a infecției HIV. Cu toate acestea, există o diversitate semnificativă în rândul statelor membre ale UE în ceea ce privește politica și cadrul legal, precum și serviciile de prevenire, tratament și îngrijire în ceea ce privește infecția HIV adresate migranților.
- Cele mai relevante populații migrante din perspectiva infecției HIV provin din Africa sub-sahariană, Europa de Est și Asia și din anumite țări din Europa, America Latină și Caraibe. Sub-populații importante sunt solicitanții de azil și refugiații, migranții fără forme legale, persoanele care lucrează în domeniul prostituției și bărbații homosexuali. Barierele lingvistice, marginalizarea și excluderea socială, precum și barierele juridice s-au numărat printre cel mai frecvent raportați factori care favorizează vulnerabilitatea migranților în ce privește infecția HIV. Atitudinea culturală, religia, teama de discriminare și informațiile insuficiente privind infecția HIV din cadrul comunităților migrante au fost, de asemenea, invocate.
- Factorii care împiedică accesul migranților la servicii se referă la politici și legi, la furnizarea serviciilor, chiar la comunitățile migrante și la societate în general. S-a raportat faptul că politicile de dispersare a migranților la nivel național limitează accesul la serviciile de prevenire și tratament. Statutul juridic – lipsa statutului de rezident și a asigurării de sănătate – a fost factorul cel mai des invocat ca reprezentând o barieră în calea tratamentului împotriva HIV, în special de respondenții din noile state membre UE. Lipsa informațiilor sensibile din punct de vedere cultural în limbile relevante, a profesioniștilor instruiți corespunzător și a serviciilor adaptate la necesitățile specifice ale migranților au reprezentat bariere în toate cele trei domenii de servicii. În interiorul comunităților de migranți, cultura, religia, teama de discriminare și informațiile limitate privind serviciile disponibile împiedică accesul la respectivele servicii. În societățile mai mari, stigmatizarea și discriminarea manifestate față de migranți împiedică accesul în special la serviciile de prevenire și îngrijire; circumstanțele sociale în care se află migranții au fost invocate ca barieră specifică în calea accesului la tratament.



- Aproape toate țările raportează intervenții legate de infecția HIV care vizează comunitățile și sub-populațiile de migranți. Anumite țări, în special cele cu o istorie mai lungă în ceea ce privește migrația, asigură o gamă largă de servicii prin intermediul agențiilor guvernamentale, ONG-urilor și organizațiilor comunitare. În alte țări, în schimb, abia dacă există câteva servicii. Comunitățile de migranți se implică în aplicarea intervențiilor în majoritatea țărilor, însă, în afară de câteva excepții notabile, gradul de implicare al acestora în politici este limitat. Cu toate acestea, problema migrației și a infecției HIV a fost raportată de respondenți ca fiind de prioritate redusă în majoritatea celor 30 de țări participante. O mai mare prioritate se acordă problemei în țările în care prevalența infecției HIV în rândul populațiilor de migranți este relativ ridicată.

## Probleme cheie

- Politica și cadrele juridice reprezintă o provocare pentru furnizarea de servicii către migranții în ceea ce privește infecția HIV. Incoerența politicilor privind sănătatea și imigrația poate fi contraproductivă pentru sănătatea publică. Accesul la tratamentul împotriva HIV pentru migranții fără forme legale sau fără asigurare reprezintă un punct esențial de îngrijorare. O problemă asociată este absența unui cadru juridic clar și consecvent pentru drepturile migranților în domeniul asistenței medicale.
- Lipsa informațiilor constituie, de asemenea, o problemă. Absența standardizării în colectarea de date efectuată în mai multe țări face dificilă compararea situației migranților din interiorul UE. În ciuda numărului considerabil de cercetări efectuate, există lipsuri, de exemplu, în ceea ce privește migrația și infecția HIV în noile state membre UE, comportamentele la risc de infecție, sănătatea și necesitățile migranților seropozitivi și impactul culturii și al religiei asupra conceptelor legate de sănătate, atitudini și comportamente care urmăresc o viață sănătoasă în cadrul comunităților migrante.
- La nivelul furnizării de servicii, în anumite țări, problema barierelor juridice, administrative și culturale în calea accesului așteaptă să fie soluționată. O altă provocare este aceea de a asigura faptul că intervențiile de prevenire și îngrijire la nivel de comunitate ale agențiilor guvernamentale și ONG-urilor beneficiază de finanțări corespunzătoare și durabile.
- Acțiunile complexe de combatere a atitudinilor sociale negative împotriva migranților, exacerbate de relatările media inutile, și inițiativele de a răspunde la o scară mai largă la necesitățile sociale, economice și juridice ale migranților reprezintă o provocare întrucât presupune eforturile comune ale responsabililor politici, ale profesioniștilor din domeniul sanitar și al asistenței sociale și ale societății civile.

## Acțiuni cheie sugerate

- Pentru a colecta date de supraveghere corecte și comparabile și pentru a elabora politici și intervenții consecvente și corespunzătoare, este necesară o definiție europeană a termenului de „migrant”. Participanții la studiu au sugerat, de asemenea, acțiuni specifice atât la nivel european, cât și național, în domeniul politicilor, al finanțării, al cercetării, al rețelelor de comunicare și al serviciilor.
- O politică –clară și asigurarea cadrului juridic pentru protejarea drepturilor migranților, în special ale migranților neasigurați și fără forme legale, în ceea ce privește infecția HIV, au fost sugerate ca fiind prioritare, atât la nivel european, cât și la nivel național. Alte acțiuni sugerate au inclus abordarea inconsecvențelor politice, sensibilizarea responsabililor politici în ceea ce privește infecția HIV și migrația, precum și creșterea gradului de implicare a comunităților migrante în procesele politice. A fost, de asemenea, subliniată, ca acțiune prioritară, finanțarea rețelelor de comunicare/schimb de informații și a proiectelor europene care se ocupă de aspecte legate de migrație și infecția HIV și a ONG-urilor care furnizează servicii către populațiile migrante.
- Au fost propuse o serie de domenii de cercetare. La nivel european, printre alte acțiuni, au fost sugerate studii pentru îmbunătățirea înțelegerii modelelor de migrație, a impactului legislației și politicilor europene asupra accesului la tratament și al evaluărilor costurilor și beneficiilor generate de accesul universal la tratament și al impactului intervențiilor. La nivel național, au fost sugerate obținerea de informații epidemiologice îmbunătățite, o mai bună înțelegere a comunităților migrante – inclusiv informații, atitudini și comportamente legate de infecția HIV, precum și rolul culturii și religiei – și analiza impactului reglementărilor legale și a eficacității intervențiilor pentru populațiile migrante.
- Acțiunile prioritare de relaționare propuse au inclus sprijinul UE pentru crearea unei rețele europene de organizații care să se ocupe de migrație și infecția HIV și de crearea altor mecanisme de partajare a resurselor, experiențelor și bunelor practici, precum și o mai strânsă legătură și colaborare la nivel european și național între asociațiile de profesioniști din sistemul sanitar și asigurări sociale și organizațiile de migranți și pentru drepturile omului.



- În ceea ce privește furnizarea de servicii, majoritatea respondenților au subliniat necesitatea unor materiale și intervenții corespunzătoare din punct de vedere cultural, a unei instruirii în domeniu a lucrătorilor din sistemul sanitar și comunitar, precum și a unei mai mari implicări a comunităților de migranți în furnizarea serviciilor. Abordările comunitare privind testarea HIV, precum organizarea de campanii, și metodele complexe de tratament și îngrijire, împreună cu eforturile susținute de informare a comunităților de migranți cu privire la serviciile disponibile, au fost sugerate pentru a îmbunătăți gradul de acoperire a populațiilor migrante și creșterea gradului de accesare a serviciilor.

## 5. Seria Sănătatea migranților: Epidemiologia HIV și SIDA în cadrul comunităților de migranți și în rândul minorităților etnice din țările UE/SEE

(Publicată în iulie 2009)

### Context, justificare și obiectiv

Pandemia globală de HIV/SIDA reflectă inegalități socio-economice și sanitare majore între țările industrializate și cele neindustrializate. ONUSIDA (Programul Comun al Națiunilor Unite pentru HIV/ SIDA) estimează că în 2007, 33 de milioane de persoane erau infectate cu virusul HIV/SIDA (PLWHA), în timp ce 96% din noile infecții cu HIV s-au înregistrat în țările cu venituri reduse și medii. Dintre toate PLWHA, 22,5 milioane trăiesc în Africa Sub-Sahariană (ASS), unde prevalența infecției HIV în rândul persoanelor adulte este de 5%, considerabil mai ridicată decât prevalența de 0,8% estimată la nivel mondial. Regiunea Caraibelor, cu o prevalență de 1%, ocupă locul doi în topul celor mai afectate zone, în timp ce Europa de Est ocupă locul al treilea cu o prevalență de 0,9%.

Conform Organizației Internaționale pentru Migrație (OIM), aproximativ 192 de milioane de persoane (3% din populația globală) au fost migranți internaționali în anul 2006, dintre care 95 de milioane erau femei. Organizația Națiunilor Unite numește migrant internațional orice persoană care părăsește țara de reședință. Cel mai frecvent motiv de a migra este dorința de îmbunătățire a statutului economic, astfel încât majoritatea migranților părăsesc țările în curs de dezvoltare, îndreptându-se spre țări dezvoltate. În anul 2006, țările din care proveneau cei mai mulți dintre migranții sunt China, India și Filipine, în timp ce SUA, Rusia, Germania, Ucraina și Franța au fost primele cinci țări care au primit migranți. UE, una dintre cele mai bogate regiuni de pe glob, a primit 64 de milioane (8,8%) de migranți, înregistrând diferențe semnificative la nivelul țărilor gazdă. UE se mândrește ca fiind una dintre regiunile lumii cu cea mai îndelungată tradiție în respectarea drepturilor omului. Cu toate acestea, la fel ca în multe regiuni ale lumii, migranții din UE se confruntă cu probleme grave de integrare. Migrația și excluderea socială fac migranții deosebit de vulnerabili la HIV/SIDA și complicațiile asociate.

Epidemia de HIV reprezintă o problemă majoră în domeniul sănătății publice în UE; numărul infecțiilor cu HIV nu a încetat să crească de la introducerea, în jurul anului 1999, a mecanismelor de raportare a infecțiilor cu HIV. Principala cale de transmitere este cea heterosexuale (53% din cazurile noi raportate în 2006), urmate de bărbații homosexuali (BRSB) (37%) și de consumatorii de droguri injectabile (CDI) (9%). De asemenea, trebuie menționate cele 204 de cazuri de infecții cu HIV prin transmiterea de la mamă la copil (TMC) raportate în 2006. Diferențele de tratament din sistemul sanitar, inclusiv cele generate de statutul de migrant, trebuie monitorizate pentru a elabora reacții corespunzătoare. Începând cu anul 2000, fostul centru EuroHIV colectează informații privind originea geografică a rapoartelor. Un procent semnificativ și tot mai mare al raportărilor de cazuri de SIDA și HIV cu transmitere prin contact heterosexuale este reprezentat de persoane cu origine geografică diferită de țara în care s-a efectuat raportarea, în general din Africa subsahariană. Cu toate acestea, și alte grupuri de migranți pot fi afectate în mod disproporțional de HIV/SIDA, deși datele referitoare la astfel de grupuri lipsesc. Contribuția absolută sau relativă a migranților la epidemiile naționale de HIV diferă în întreaga UE și depinde de tiparele de migrație, de istoria colonială, de situația epidemiilor HIV în țările de origine și de destinație și de reacțiile sistemului sanitar și social. Întrucât încă din prima perioadă de manifestare a epidemiei, a fost clar faptul că asigurarea drepturilor PLWHA reprezenta una dintre problemele majore, a devenit indiscutabil faptul că știința, drepturile omului și abordarea în domeniul sănătății publice reprezentau elementele cheie în acest sens.

În anul 2007, președinția portugheză a UE a ales ca temă principală problema migrației și a sănătății. În concluziile Consiliului adoptate în decembrie 2007, ECDC i s-a solicitat să furnizeze un raport privind migrația și bolile infecțioase. Drept răspuns la această solicitare, ECDC a inițiat o serie de rapoarte care vor alcătui Raportul ECDC privind migrația și bolile infecțioase în UE. Obiectivele acestui raport, Epidemiologia HIV și SIDA în cadrul comunităților de migranți și în rândul minorităților etnice, s-au axat pe stabilirea poverii infecțiilor cu HIV în rândul populațiilor migrante și contribuția acestora la epidemiologia HIV în perioada 1999-2006.

### Metodologie

Au fost utilizate date furnizate de ECDC/fostul centru EuroHIV, colectate la nivel global și pentru fiecare țară, în timp ce cifrele absolute și procentaje de cazuri de SIDA și HIV au fost examinate în funcție de originea geografică și an (1999-2006), fiind clasificate pe categorii de sex și cale de transmitere. Atunci când ECDC nu dispunea de informațiile necesare, sursele cheie de informații au fost contactate în mod direct. Numărul de migranți înregistrați în funcție de sex și an a fost obținut din bazele de date europene publice, Eurostat și Birourile Naționale de

Statistică din fiecare țară participantă, fie prin consultarea site-urilor internet ale acestora, fie prin contactarea lor în mod direct.

## Rezultate

În anul 2006, 6 746 de cazuri de SIDA au fost raportate în cele 27 de țări ale UE, precum și în Norvegia și Islanda. Cel mai mare număr de migranți a fost identificat în cazurile de transmitere prin contract heterosexual; dintre persoanele a căror origine geografică era cunoscută, 1 373 (50%) proveneau dintr-o țară diferită de cea de raportare a cazurilor, 77% din Africa Sub-Sahariană. Din 57 de cazuri de SIDA cauzate de TMC, cu origine geografică identificată, 23% erau din Africa Sub-Sahariană. De asemenea, aproape 20% dintre cazurile din rândul BRBS s-au înregistrat la migranți; originile cel mai frecvent întâlnite au fost America Latină (AL) (106) și țările vest europene (EV) (52). Dintre cele 1 545 de cazuri de CDI înregistrate, 7% erau migranți, provenind în mare parte din EV, Africa de Nord și Orientul Mijlociu. Numărul cazurilor de SIDA din regiunea în cauză a înregistrat o scădere de 42% în perioada 1999-2006 în rândul populației native și a migranților din EV. Se înregistrează o creștere a numărului de cazuri de SIDA în perioada 1999-2006 în rândul migranților provenind din Europa de Est (EE) (cu 200%), Africa Sub-Sahariană (ASS) (cu 89%) și America Latină (cu 50%). În UE, cazurile de SIDA sunt mult mai răspândite în rândul bărbaților decât în rândul femeilor, deși raportul bărbați/femei este în scădere. În consecință, deși cifrele absolute aferente bărbaților și femeilor din ASS în ceea ce privește cazurile de SIDA raportate în anul 2006 au fost de 602, respectiv de 623, proporția acestora din totalul cazurilor de SIDA la bărbați și femei a fost de 12%, respectiv 33%.

În anul 2006, 26 712 de infecții cu HIV au fost raportate în cele 27 de țări ale UE, precum și în Norvegia și Islanda, dintre care 29% au fost raportate fără origine geografică. Cel mai mare număr de migranți, atât în termeni absoluți cât și relativi, a fost identificat în cazurile de transmitere prin contact heterosexual. Pentru persoanele în cazul cărora se cunoștea originea geografică, 65% dintre cele 8 354 de infecții cu HIV proveneau dintr-o țară diferită față de cea de raportare a cazurilor, vasta majoritate a persoanelor (5 046) provenind din ASS. Din cele 169 de cazuri de infectare cu HIV cauzate de TMC, cu origine geografică identificată, 41% erau din ASS. De asemenea, 18% din cele 5 048 de cazuri de infecție cu HIV cu origine geografică în ceea ce privește BRBS s-au înregistrat la migranți, cele mai răspândite regiuni de origine fiind AL (215) și EV (247). Dintre 1 590 de infecții cu HIV înregistrate în rândul CDI, cu originea geografică identificată, 86% reprezentau populația localnică, iar 14% migranții, provenind în general din EV (63) și EE (64). Numărul infecțiilor cu HIV raportat în Europa a înregistrat o creștere accentuată în perioada 1999-2006, atât în rândul populației locale, cât și în rândul migranților. Această creștere trebuie interpretată în contextul punerii în aplicare a sistemului de raportare a infecțiilor cu HIV în UE care nu este încă finalizat.

Infecțiile cu HIV din UE sunt în general mult mai răspândite în rândul bărbaților decât în rândul femeilor, deși raportul bărbați/femei este în scădere. Cifrele absolute aferente bărbaților și femeilor din ASS în ceea ce privește infecțiile cu HIV raportate în anul 2006 au fost de 1 764, respectiv 2 989. Având în vedere faptul că numărul total de infectări cu HIV în cazul localnicilor era de 7 891, respectiv 2 028, raportul între bărbații din ASS și cei localnici era de 0,1 și între femeile din ASS și cele localnice era de 1,5. Numărul raportărilor de infectări cu HIV în cazul femeilor din ASS depășește cu mult cifra de 1 000 față de numărul de îmbolnăviri în cazul femeilor native, cu toate că 2 910 dintre infectările cu virusul HIV se înregistrează în rândul femeilor fără origine geografică identificată. Numărul femeilor din ASS depășește cu peste 1 000 numărul bărbaților din ASS. După ASS, bărbații din EV reprezintă cel mai mare grup (539), urmat de cel din AL (456). Cele mai răspândite țări din care provin femeile migrante infectate cu virusul HIV, exceptând ASS, diferă de țările de origine ale bărbaților infectați, întrucât numărul femeilor din Asia de Sud-Est și din zona Mării Caraibilor a fost de 179, respectiv 161, în timp ce numărul femeilor din EV și EE și AL a fost de 85, respectiv 111.

Există un nivel foarte ridicat de eterogenitate între țări în ceea ce privește proporția migranților din cazurile de infectare cu virusul HIV. În țările în care se înregistrează o incidență HIV sub 20 de cazuri la un milion, în general în Europa Centrală, contribuția migranților la epidemie este redusă. Pentru țările cu incidență HIV de 21-49 de cazuri la un milion, cu excepția Lituaniei, proporția migranților din totalul cazurilor raportate de infectare cu HIV este începând cu 2006 de peste 40%. Având în vedere dimensiunea diferită a populațiilor, cifrele variază de la 24 de cazuri de infectări cu virusul HIV în rândul migranților în Cipru la 258 de cazuri în Suedia. Cu excepția Greciei, în țările cu incidență HIV de 50-99 de cazuri la un milion, proporția migranților din cazurile raportate de infectare cu HIV este de 40% în Olanda și Germania, de aproape 60% în Norvegia, de aproximativ 65% în Irlanda și Franța și de 70% în Belgia. În țările cu incidență HIV de 100-199 de cazuri la un milion, proporția migranților din cazurile raportate de infectare cu HIV este de aproximativ 30% în Austria, 71% în Regatul Unit și de 80% în Luxemburg. În Portugalia, țara cu cea mai ridicată incidență din UE, proporția migranților din totalul cazurile raportate de infectare cu HIV este de aproximativ 20%.

În perioada 1999-2006, 16 222 de cazuri de tuberculoză (TBC) au fost raportate drept criteriu inițial de definire a SIDA (ADC), din care 8 028 au fost diagnosticate în rândul migranților, 3 883 din ASS și 2 684 de origine necunoscută. A existat o mare eterogenitate în procentajul de TBC și ADC în funcție de originea geografică. Cea

mai mică proporție a fost înregistrată în cazul nord americanilor (8%) și a populației native (16%) și cea mai ridicată în ASS (40%), EE (40%), Asia de Sud-Est (32%) și AL (30%).

Din cele aproximativ 495 de milioane de persoane înregistrate în cadrul Direcțiilor naționale de evidență a populației din cele 27 de state membre ale UE și Norvegia, Islanda și Liechtenstein, aproximativ 32,5 milioane (6,5%) de persoane sunt înregistrate ca non-resortisanți. Informațiile privind naționalitatea persoanelor respective sunt disponibile pentru cele 30 de țări incluse în acest studiu cu excepția Bulgariei, Estoniei, Franței și Luxemburgului. Din cele 32,5 de milioane de migranți înregistrați, jumătate dintre aceștia provin din Europa (6,5 milioane sunt din EV, 7,4 din Europa Centrală, 2,3 milioane din EE), după care urmează AL (2,31 milioane) și Carabe (261 000), Asia de Sud și de Sud-Est (2,25 milioane), Africa de Nord și Orientul Mijlociu (2,19 milioane) și ASS (1,32 milioane).

## Discuții și limitări

Populațiile de migranți, în mare parte persoane din ASS, reprezintă un procent considerabil tot mai ridicat în ceea ce privește cazurile de infecție cu SIDA și HIV raportate în cele 27 de țări membre ale UE, în Norvegia și Islanda în perioada 1999-2006. Cu toate că proporția migranților din ASS în cazurile de HIV-SIDA cu cale de transmitere prin contact heterosexual și TMC este foarte ridicată, un procentaj semnificativ al îmbolnăvirilor în rândul BRSB este, de asemenea, asociat migranților provenind în general din EV și AL și din Caraibe, subliniind necesitatea acceptării diversității sexuale a migranților care trăiesc cu HIV/SIDA. Contribuția populațiilor de migranți la răspândirea epidemiei de SIDA și HIV este considerabil mai mare în rândul populației feminine, evidențiind feminizarea epidemiei de HIV/SIDA în rândul migranților din UE. Vulnerabilitatea femeilor la infectarea cu HIV este justificată atât din punct de vedere social, cât și biologic. Aceste cifre implică luarea de măsuri, la nivel național, în ceea ce privește politicile de prevenire și tratament HIV în funcție de gen. Strâns legată de problema majoră a infecțiilor cu HIV în rândul femeilor provenind din ASS, este proporția foarte ridicată de migranți din ASS în rândul infecțiilor HIV cu TMC din cadrul UE. În timp ce scăderea numărului de infecții perinatale cu virusul HIV în UE reprezintă o realizare importantă în domeniul sănătății publice, rămân o serie de probleme majore în special în rândul mamelor migrante.

Există o diversitate uriașă în ceea ce privește proporția de migranți infectați HIV din diferite țări. În țările din EE și în anumite țări din Europa Centrală, proporția respectivă este sub 10%, în timp ce în majoritatea țărilor nordice aceasta depășește 40%. În majoritatea țărilor din Europa Occidentală, proporția migranților în rândul persoanelor infectate HIV este între 20% și 40%. Acest model este concordant cu tendința fenomenului de migrație întrucât țările în care proporția migranților infectați HIV este mai ridicată sunt țările în care proporția migranților în cadrul populației generale este, de asemenea, ridicată, fiind dată în mare măsură de istoria colonială și de recente dezechilibre socio-economice și demografice. Există o proporție considerabilă și îngrijorătoare de cazuri de îmbolnăviri în care originea geografică este necunoscută, în special în Regatul Unit, Franța, Belgia și Germania.

Datele disponibile la ora actuală nu permit să se determine dacă infecția HIV a fost contactată în interiorul sau în afara UE. Alte rapoarte sugerează faptul că majoritatea infectărilor cu HIV în rândul persoanelor provenind din ASS este posibil să fi fost contactate în țările de origine, comparând durata medie a șederii în Europa cu valoarea CD4 la momentul diagnosticului. Cu toate acestea, există, de asemenea, dovezi că persoanele care provin din ASS s-au infectat HIV în țările UE. În ceea ce privește alte origini geografice, există puține date privind locația contactării infecției cu toate că în cazul migranților care consumă droguri injectabile dovezile indică infectarea cu virusul HIV în Europa. În timp ce discuția privind țara în care este posibil să fi avut loc infectarea este extrem de controversată – întrucât a generat din păcate o serie de reacții rasiste publice – înțelegerea unde anume a avut loc infectarea cu virusul HIV și dezvoltarea SIDA are implicații importante în ceea ce privește sănătatea publică: poate rezulta într-un eșec în profilaxia primară sau secundară a infecției HIV sau în ambele.

Diagnosticarea tardivă a HIV reprezintă o problemă majoră în UE și SUA, iar datele sugerează faptul că această problemă este chiar mai gravă în cazul migranților infectați HIV de origine non-occidentală. Numărul cazurilor de SIDA raportat în majoritatea țărilor membre UE a înregistrat o scădere considerabilă de la mijlocul anilor 1990 până în prezent, această scădere fiind atribuită în mare măsură impactului asupra populației a accesului la tratamentul antiretroviral înalt activ (HAART). Cu toate acestea, în cazul majorității migranților această scădere nu este observabilă, indicând diagnosticarea tardivă a infecției cu HIV și accesul mai limitat și acceptarea HAART, și poate avea un impact negativ asupra mortalității migranților HIV pozitivi din UE. Mai mult, tratamentul corespunzător împotriva HIV reprezintă de asemenea o strategie de prevenire a transmiterii virusului HIV, având în vedere faptul că persoanele care urmează HAART sunt mai puțin contagioase. Tratamentul și prevenirea se aplică, de asemenea, pentru TBC întrucât testarea promptă pentru depistarea HIV va reduce în mod sigur numărul de îmbolnăviri de TBC asociate HIV. Astfel cum s-a stabilit în mod clar, tratarea TBC este echivalentă cu prevenirea transmiterii TBC și astfel a cazurilor secundare.

Interpretarea legată de contribuția migranților la epidemiologia HIV în regiune este limitată având în vedere caracterul eterogen al procesului de punere în aplicare a sistemelor de raportare a infectării cu virusul HIV și

completarea insuficientă a variabilei „originii geografice” în statele membre UE. De fapt, proporția foarte mare de date care lipsesc în această categorie reprezintă un avertisment în interpretarea cifrelor, necesitând o supraveghere HIV îmbunătățită în UE pentru a se asigura standardele de calitate solicitate.

Pentru a încheia, cifrele prezentate în acest raport nu reprezintă o noutate pentru cei care activează în acest domeniu, în special atunci când se analizează epidemiologia HIV și fenomenul migrării la nivel global, ambele fiind influențate în mare măsură de inegalități mondiale. Controlul asupra epidemiei HIV/SIDA ar trebui să elimine barierele din calea prevenirii și tratării virusului HIV în cazul migranților din UE. Datele furnizate și analizate în acest raport confirmă eșecul profilaxiei HIV primare și secundare și necesitatea aplicării unor măsuri.

## 6. Reprezentarea geografică pentru supravegherea comportamentală a HIV/ITS în Europa

(Publicată în septembrie 2009)

### Context

Epidemiile cauzate de virusul imunodeficienței umane (HIV) și de alte infecții cu transmitere sexuală (ITS) rămân o problemă majoră în domeniul sănătății publice în Europa. Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) a fost înființat în anul 2005 în scopul de a dezvolta capacitatea Uniunii Europene (UE) de a preveni și controla bolile infecțioase, HIV și ITS numărându-se printre bolile prioritare. Supravegherea reprezintă o sarcină importantă în acest sens, iar ECDC deține un mandat ferm de a menține și coordona bazele de date pentru supravegherea europeană a bolilor transmisibile. Supravegherea de a doua generație (SGS) se referă la supravegherea care combină monitorizarea atât a indicatorilor biologici (cazuri noi de HIV/SIDA și ITS), cât și a celor comportamentali (de exemplu, comportamentul sexual, utilizarea unor mijloace de protecție). Această abordare este importantă atât în ceea ce privește dezvoltarea politicii de informare, cât și în evaluarea rezultatului acesteia.

În anul 2008, ECDC a solicitat unei echipe internaționale de experți să efectueze o analiză detaliată a stării de dezvoltare a programelor de supraveghere comportamentală privind HIV și ITS în țările europene și să elaboreze o propunere de cadru pentru punerea în aplicare în UE a unui set fundamental de indicatori comportamentali în ceea ce privește HIV și ITS. Acest raport prezintă harta sistemelor de supraveghere comportamentală privind HIV și ITS în statele membre UE și țările din cadrul Asociației Europene a Liberului Schimb (AELS). Supravegherea este analizată în cazul următoarelor populații: populația generală, tinerii, consumatorii de droguri injectabile (CDI), bărbații care au relații sexuale cu bărbați (BRSB), persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA (PLWHA), persoanele care lucrează în domeniul prostituției, clienții clinicilor de tratare a ITS, migrantii și minoritățile etnice.

### Metode

Un set de chestionare a fost trimis tuturor țărilor din UE și țărilor AELS. Acesta a constat în nouă chestionare separate: unul referitor la sistemul național de supraveghere comportamentală și de a doua generație în ansamblu și un chestionar pentru fiecare populație specifică. În chestionarul privind sistemul de supraveghere în ansamblu, s-au solicitat informații privind existența și definiția:

- sistemului național sau regional de supraveghere comportamentală;
- funcționării sistemului de a doua generație la nivel național sau regional; și
- barierelor posibile sau experimentate deja în calea creării sistemelor de supraveghere de a doua generație.

În chestionarele privind populațiile specifice, prima întrebare adresată a vizat existența unui sistem de supraveghere pentru populația în cauză, fiind apoi solicitate informații privind existența studiilor comportamentale (sau alte tipuri de colectare de date) efectuate asupra diferitelor populații de interes începând cu 1985 în ceea ce privește:

- metodologia aplicată pentru fiecare studiu sau sistem de colectare de date;
- principalii indicatori urmăriți în prezent și
- publicațiile asociate.

Chestionarul a fost trimis prin email punctelor de contact pentru supravegherea HIV din fiecare țară; persoanele în cauză au avut posibilitatea de a organiza completarea chestionarelor referitoare la fiecare populație în parte de către experții în domeniu din țara respectivă. Un proiect de raport a fost discutat în cadrul Reuniunii Experților în Supraveghere Comportamentală din Montreux (Elveția) în februarie 2009, fiind, de asemenea, trimis pentru validare punctelor de contact din fiecare țară pentru supravegherea HIV care au colționat inițial chestionarele pentru țările în cauză.

### Rezultate

Douăzeci și opt din cele 31 de țări participante la studiu au completat și returnat setul de chestionare (țările care nu au răspuns: Bulgaria, România și Portugalia). Reprezentarea geografică a activităților de supraveghere comportamentală în țările UE/AELS demonstrează o diversitate semnificativă în rândul țărilor respective în ceea ce privește nivelul de dezvoltare a sistemului de supraveghere comportamentală: 15 țări au raportat existența unui sistem de supraveghere comportamentală HIV/ITS (Belgia, Cipru, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța,

Germania, Letonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Spania, Suedia, Elveția și Marea Britanie), în timp ce o țară (Olanda) a raportat existența unei supravegheri pentru mai multe populații specifice fără a dispune de un sistem general de supraveghere comportamentală.

Nivelul de formalizare a supravegherii comportamentale în cadrul unui „sistem” este foarte variat în rândul țărilor vizate. Din cele 16 țări care au raportat supravegherea comportamentală, numai opt dintre acestea au declarat existența unui document care să descrie acest sistem sau care să îi formalizeze existența. În multe țări care au raportat existența unui sistem de supraveghere comportamentală, sistemul în cauză a fost construit treptat, prin adăugarea în timp a unor noi populații supravegheate, uneori fără a exista un obiectiv clar al supravegherii. În plus, în multe țări, chiar și în cele cu supraveghere comportamentală formalizată, nu există de multe ori o regularitate sau o ordine stabilă pentru sincronizarea supravegherii comportamentale în cazul diferitelor populații. Organizarea supravegherii comportamentale denotă, de asemenea, diversitate: în țările cu supraveghere comportamentală formalizată, organizarea și coordonarea sunt efectuate de Ministerul Sănătății, de o agenție națională în domeniul sănătății sau de o universitate. În țările cu sisteme mai puțin formalizate, coordonarea informală este efectuată printr-o rețea de instituții: agenții guvernamentale, universități, organizații neguvernamentale (ONG-uri) etc. În ceea ce privește conformitatea sistemului (de exemplu, tipul de populație inclusă în studiu) identificarea și supravegherea populațiilor cu nivel de risc nu au fost efectuate sau sunt incomplete în multe cazuri. Categoriile de populație cele mai supravegheate sunt populația generală și tinerii, BRSB și CDI. Supravegherea comportamentală a persoanelor care lucrează în domeniul prostituției și a clienților acestora, a migranților și a minorităților etnice, a PLWHA și a clienților clinicilor de tratare a ITS este derulată doar într-un număr redus de țări.

În ceea ce privește sistemele de supraveghere de a doua generație, din cele 16 țări care au raportat supravegherea comportamentală, 13 au raportat și existența SGS, în timp ce alte două țări au raportat SGS în cazul unei singure populații. Organizarea formală a acestui sistem, implicând un organism de administrare sau de coordonare, este prezentă în șase țări.

Pentru fiecare populație analizată, țările care au furnizat informații privind indicatorii de prioritate ai acestora sunt mai puțin numeroase decât cele care au menționat colectarea de informații pe teme respective. Acest lucru se datorează, probabil, faptului că numai țările care operează urmând un model de supraveghere au făcut anumite alegeri privind indicatorii ce trebuie colectați în mod periodic și pot oferi o definiție clară a acestora. În ceea ce privește subiectele monitorizate în general, măsura în care se convine asupra subiectelor prioritare este destul de ridicată în rândul populațiilor; acest lucru poate facilita alegerea indicatorilor caracteristici țărilor și populațiilor supravegheate. Întrucât încă există o mare diversitate, un proces de armonizare a indicatorilor specifici fiecărei populații trebuie continuat la nivel european. În cazul populațiilor asupra cărora supravegherea comportamentală este sau poate fi efectuată utilizând eșantionarea având la bază servicii sau cohorte, trebuie purtate discuții preliminare cu părțile interesate în ceea ce privește stabilirea supravegherii comportamentale în astfel de condiții.

În cazurile în care există deja un consens european, trebuie propuși indicatorii conveniți deja, iar indicatorii selectați trebuie să fie „traductibili” în indicatorii conveniți la nivel internațional. În urma rezultatelor analizei generale, se propun indicatori centrali, caracteristici tuturor populațiilor. Aceștia se referă la numărul de parteneri sexuali, utilizarea prezervativului la ultimul contact sexual, efectuarea unui test HIV, plata pentru servicii sexuale și cunoștințe legate de HIV. Indicatorii centrali trebuie să abordeze în mod sistematic și problema nivelului educațional, a originii etnice/naționale și a orientării sexuale.



## 7. Provocarea bacteriologică: momentul să reacționăm (raportul tehnic comun al ECDC/EMEA)

(Publicat în septembrie 2009)

### Principalele concluzii

Există o discrepanță între povara infecțiilor cauzate de bacteriile multirezistente și crearea de noi antibiotice care să rezolve această problemă.

- Rezistența la antibiotice în rândul bacteriilor gram-pozitive și gram-negative care cauzează infecții grave la om, este foarte ridicată, atingând un procent de cel puțin 25% într-o serie de state membre ale UE.
- Rezistența anumitor bacterii gram-negative continuă să crească în UE, așa cum s-a observat recent în cazul *Escherichia coli*.
- În fiecare an, aproximativ 25 000 de pacienți mor în UE din cauza unei infecții cu bacterii selectate multirezistente.
- Infecțiile cauzate de aceste bacterii selectate multirezistente, au drept rezultat costuri suplimentare pentru asistența medicală și pierderi în productivitate de cel puțin 1,5 miliarde EUR pe an la nivelul UE.
- Cincisprezece agenți antibacterieni administrați în mod sistematic cu un mecanism nou de acțiune sau direcționați împotriva unei ținte noi bacteriologice au fost identificați ca fiind în curs de dezvoltare, cu posibilitatea de a reduce rezistența la mai multe medicamente. Majoritatea acestor agenți se aflau în etapele incipiente de dezvoltare, fiind creați în principal pentru a lupta împotriva bacteriilor pentru care există deja opțiuni de tratament.
- Se înregistrează o absență de agenți noi cu ținte sau mecanisme noi de acțiune împotriva bacteriilor gram-negative rezistente la mai multe medicamente. Au fost identificați doi astfel de agenți cu noi sau posibile obiective și activitate documentată, ambii aflându-se în etapele incipiente de dezvoltare.
- Se impune elaborarea urgentă a unei strategii europene și globale pentru soluționarea acestei discrepanțe.

În anul 2007, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC), Agenția Europeană a Medicamentului (EMA) și rețeaua internațională Acțiunea privind rezistența la antibiotice (ReAct) au demarat o discuție privind necesitatea de a documenta discrepanța dintre frecvența infecțiilor provocate de bacterii multirezistente în cadrul UE și dezvoltarea de noi antibiotice. Drept rezultat, în 2008 a fost înființat un Grup comun de lucru ECDC/EMA pentru a trece în revistă dovezile și statisticile care ar permite emiterea unor predicții privind amploarea discrepanței în următorii ani.

Următoarele bacterii rezistente la antibiotice au fost selectate deoarece sunt responsabile în mod frecvent de producerea infecțiilor fluxului sanguin și deoarece rezistența la antibiotice asociată este, în majoritatea cazurilor, un indicator al rezistenței multiple la antibiotice:

- *Staphylococcus aureus*, rezistență la metilicilină (MRSA);
- *S. aureus*, rezistență intermediară la vancomicină și rezistență la vancomicină (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. (de exemplu, *Enterococcus faecium*), rezistență la vancomicină (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, rezistență la penicilină (PRSP);
- Enterobacteriaceae (de exemplu, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), rezistență la cefalosporine de a treia generație;
- Enterobacteriaceae (de exemplu, *K. pneumoniae*), rezistență la carbapenem și
- Bacterii gram-negative nefermentative (de exemplu, *Pseudomonas aeruginosa*), rezistență la carbapenem.

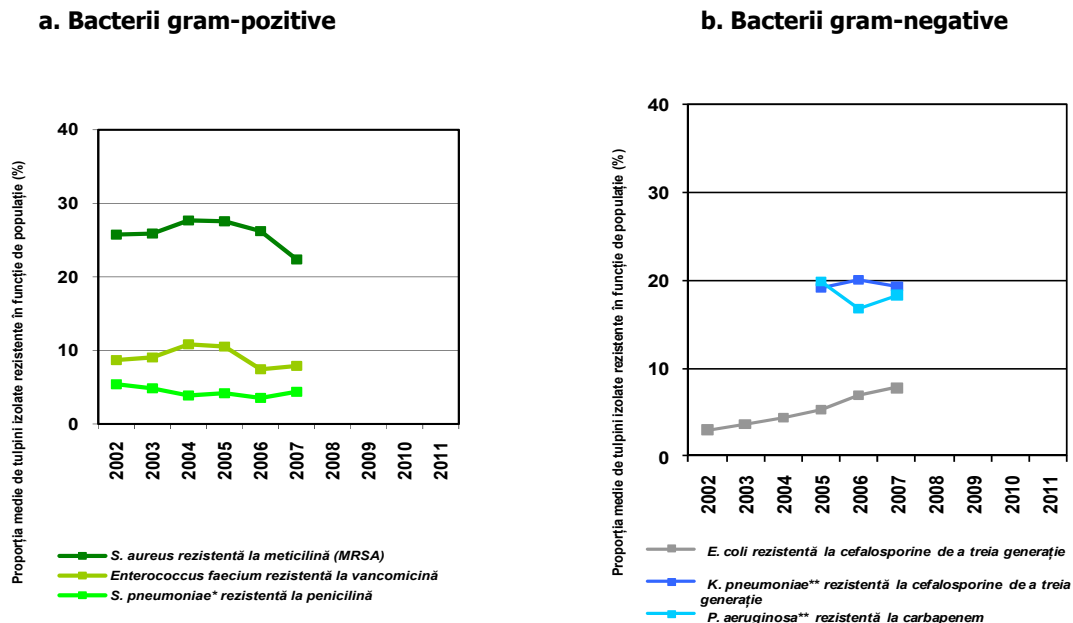
### Tendențele și povarainfecțiilor produse de bacteriile rezistente la mai multe medicamente în UE

Datele privind aceste bacterii selectate multirezistente la antibiotice în infecțiile invazive (în principal infecții ale fluxului sanguin) au fost furnizate prin Sistemul european de supraveghere a rezistenței la antibacteriene (EARSS) pentru statele membre UE, Islanda și Norvegia, pentru fiecare an în perioada 2002-2007.

Tendențele în ceea ce privește proporția de tulpini izolate multirezistente la antibiotice din tulpinile izolate ale bacteriilor sanguine selectate care cauzează în mod frecvent infecții ale fluxului sanguin în Europa, sunt ilustrate în Figura 7.1.



**Figura 7.1** Proporția medie, pondertă în funcție de populație, de tulpini rezistente din tulpinile izolate ale bacteriilor care cauzează în mod frecvent infecții ale fluxului sanguin, în statele membre ale UE, Islanda și Norvegia, în perioada 2002-2007.



\**S. pneumoniae*: cu excepția Greciei, care nu a raportat către EARSS date privind această bacterie.

\*\**K. pneumoniae* și *P. aeruginosa*: cu excepția Belgiei și a Slovaciei, care nu au raportat către EARSS date privind aceste bacterii.

În anul 2007, procentul mediu de tulpini *Staphylococcus aureus* izolate din sânge, care au demonstrat rezistență la meticilină (% MRSA), a constituit cel mai ridicat procent de tulpini multirezistente dintre bacteriile selectate ce cauzează în mod frecvent în Uniunea Europeană infecții ale fluxului sanguin. Cu toate acestea, acest procent a scăzut în ultimii ani (Figura 7.1). Acest lucru se datorează tendinței MRSA în scădere în mai multe state membre și, posibil, datorită planurilor de acțiune la nivel național, conform documentației aferente Franței, Sloveniei și Marii Britanii. Procentul mediu al MRSA a atins un nivel apropiat de cel al bacteriilor gram-negative selectate rezistente la antibiotice.

Procentul de tulpini *S. aureus* izolate din sânge care au dovedit rezistență intermediară la vancomicină (VISA) a fost foarte scăzut (sub 0,1%) în statele membre UE, Islanda și Norvegia. Tulpinile de *S. aureus* izolate și nerezistente la vancomicină au fost raportate către EARSS în 2007 (aceste date nu sunt prezentate în Figura 7.1).

În mod contrar, procentul mediu de *Escherichia coli* – cea mai răspândită bacterie gram-negativă care cauzează infecții la oameni – tulpini izolate din sânge care dovedesc rezistență la cefalosporine de generația a treia, a crescut în mod constant.

În același timp, nu există niciun indiciu de scădere la *Klebsiella pneumoniae* a rezistenței la cefalosporine de generația a treia sau la *Pseudomonas aeruginosa* la carbapenemi (Figura 7.1).

În anul 2007, procentul de tulpini de *K. pneumoniae* izolate din sânge, înregistrat în statele membre UE, Islanda și Norvegia, care a demonstrat rezistența la carbapenemi era, în general, foarte scăzut (mediana = 0%), cu excepția Greciei unde s-a înregistrat un procent de 42% (aceste date nu sunt prezentate în Figura 7.1).

Povara pentru populație și economie produsă de bacteriile rezistente la antibiotice a putut fi estimată numai în cazul următoarelor bacterii rezistente la antibiotice: MRSA, *Enterococcus faecium* rezistentă la vancomicină, *E. coli* rezistentă la cefalosporină de generația a treia și *K. pneumoniae* și *P. Aeruginosa* rezistente la carbapenem.

Studiul a confirmat faptul că MRSA a fost singura cea mai răspândită bacterie multirezistentă din Uniunea Europeană. Cu toate acestea, totalitatea cazurilor de bacterii gram-pozitive comune, rezistente la antibiotice (în

principal MRSA și *Enterococcus faecium* rezistentă la vancomicină) au fost comparabile cu cele cu bacterii gram-negative comune, rezistente la antibiotice (*E. coli* rezistentă la cefalosporină de generația a treia și *K. pneumoniae*, *P. Aeruginosa* rezistente la carbapenem).

În total, s-a estimat faptul că în 2007 aproximativ 25 000 de pacienți au decedat din cauza unei infecții produse de oricare dintre cele cinci bacterii selectate rezistente la antibiotice în Uniunea Europeană, Islanda și Norvegia. Mai mult, infecțiile produse de oricare dintre bacteriile selectate rezistente la antibiotice au determinat aproximativ 2,5 milioane de zile suplimentare de spitalizare și peste 900 de milioane EUR costuri suplimentare de spitalizare.

Ulterior, s-a efectuat o estimare a pierderilor de productivitate cauzate de aceste infecții. În baza datelor din 2007, costurile aferente îngrijirii pacienților tratați în ambulatoriu au fost estimate la aproximativ 10 milioane EUR, iar pierderile de productivitate, cauzate de absența de la locul de muncă a pacienților infectați, la peste 150 de milioane EUR anual. Pierderile de productivitate cauzate de decesul pacienților infectați au fost estimate la 450 de milioane EUR anual. Per total, costurile societale asociate infecțiilor cauzate de bacteriile selectate rezistente la antibiotice au fost estimate la aproximativ 1,5 miliarde EUR pe an.

Există o multitudine de motive (de exemplu, numărul limitat de bacterii incluse, infecțiile de care suferă pacienții din ambulatoriu și care nu sunt luate în considerare, costurile medii de spitalizare care nu includ îngrijirea pacienților cu necesități speciale, cum ar fi cele din secțiile de terapie intensivă) de a susține concluzia că aceste cifre corespund unei subestimări a poverii asupra populației și economiei produse de infecțiile cu bacterii rezistente la antibiotice.

## Sectorul de cercetare și dezvoltare a agenților antibacterieni

Pentru a evalua starea sectorului de dezvoltare a medicamentelor antibacteriene, s-au cercetat două baze de date comerciale (Adis Insight R&D și Pharmaprojects) pentru a se identifica agenții antibacterieni în cadrul dezvoltării clinice la nivel mondial. S-a decis să nu se efectueze cercetări amănunțite în cazul agenților care nu au fost încă supuși unor studii clinice din cauza scaderii masive a acestora pe parcursul fazelor preclinice și a datelor foarte puține disponibile pentru analiză.

Ori de câte ori a fost posibil, agenții identificați prin intermediul căutării au fost evaluați în ceea ce privește activitatea antibacteriană asupra bacteriilor selectate în baza datelor actuale, disponibile în bazele de date sau în literatura de specialitate. În absența datelor in vitro, cercetătorii au luat, de asemenea, în calcul ipotezele rezonabile privind activitatea anumitor agenți bazată pe proprietățile agenților similari (de exemplu, aparținând aceleiași clase sau cu un mecanism de acțiune comun) în vederea creării unui „scenariu optimist”.

În plus, în cazul fiecărui agent, cercetătorilor li s-a solicitat să indice dacă acesta aparține unei clase existente de antibiotice și să indice dacă:

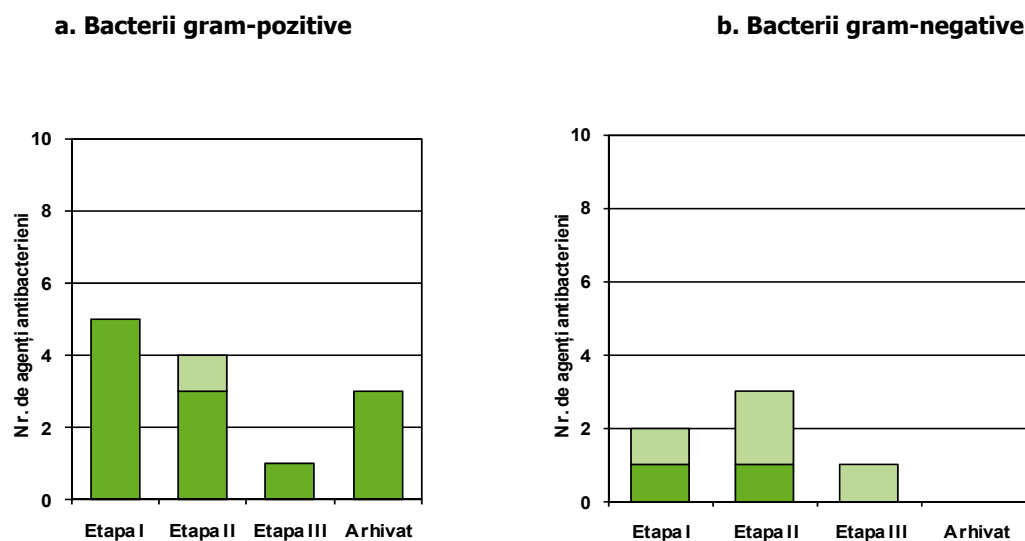
- a acționat asupra aceleiași ținte și în același mod în care a acționat cel puțin un agent antibacterian licențiat anterior;
- a acționat prin intermediul unui mecanism de acțiune cunoscut asupra unei ținte noi; sau
- a acționat prin intermediul unui mecanism nou de acțiune.

Principalele rezultate ale acestei analize au fost următoarele:

- Din 167 de agenți identificați prin intermediul căutărilor, au existat 90 de agenți antibacterieni cu activitate in vitro, într-un scenariu optimist (pe baza datelor reale sau ipotetic în funcție de proprietățile de clasă ale mecanismului de acțiune) cel puțin împotriva unui organism din grupul de bacterii selectate în funcție de importanța acestora în domeniul sănătății publice.
- Din cei 90 de agenți, 24 au constituit prezentări noi ale agenților antibacterieni licențiați, în timp ce 66 au constituit substanțe active noi.
- Din cei 66 de agenți activi noi, numai 27 au fost evaluați în ceea ce privește o țintă nouă sau un mecanism nou de acțiune, fiind astfel posibil să ofere un beneficiu în plus față de antibioticele existente.
- Din cei 27 de agenți, au existat 15 agenți care au putut fi administrați sistemic.
- Din cei 15 agenți administrați sistemic, 8 au fost considerați ca având activitate împotriva a cel puțin una dintre bacteriile gram-negative selectate.
- Din cei 8 agenți cu activitate împotriva bacteriilor gram-negative, 4 aveau activitate în baza datelor reale în timp ce 4 aveau o presupusă activitate conform proprietăților cunoscute ale clasei sau ale mecanismelor de acțiune.
- Din cei 4 agenți cu activitate împotriva bacteriilor gram-negative, în baza datelor reale, 2 au acționat asupra țintelor noi sau posibile și nici unul prin intermediul mecanismelor noi de acțiune.

Figura 7.2 ilustrează informațiile disponibile privind acești 15 agenți antibacterieni. Trebuie reținut faptul că numai cinci dintre aceștia au ajuns în faza de studiu clinic în vederea confirmării eficacității (Faza 3 sau ulterioară din evoluția clinică).

**Figura 7.2** Noii agenți antibacterieni sistemici cu țintă nouă sau un mecanism nou de acțiune și activitate in vitro conform datelor reale (coloanele de culoare închisă) sau activitatea in vitro presupusă, în baza proprietăților clasei sau mecanismelor de acțiune (coloanele de culoare deschisă) împotriva bacteriilor selectate (scenariu optimist), în funcție de faza de dezvoltare (n=15).



*Notă: Activitatea in vitro bazată pe date reale este ilustrată la baza fiecărei coloane în culoare mai închisă. Datele presupuse în ceea ce privește activitatea in vitro în baza proprietățile clasei sau a mecanismelor de acțiune (unde este cazul) sunt ilustrate cu culoare deschisă în partea superioară a fiecărei coloane.*

*\* Două tipuri de antibiotice carbapenem au fost omise din Figura 7.2b întrucât nu sunt mai active împotriva bacteriilor gram-negative decât antibioticele carbapenem anterioare. Noutatea relativă privind acești agenți s-a bazat pe un profil îmbunătățit al activității împotriva bacteriei gram-pozitive, motiv pentru care au fost incluși în Figura 7.2a.*

Povara rezistenței bacteriene în UE este deja semnificativă, fiind posibil ca să crească. Conform datelor disponibile la ora actuală, se preconizează apariția unor probleme specifice în perioada următoare din cauza rezistenței unor bacterii gram-negative.

În același timp, există un număr foarte redus de agenți antibacterieni cu mecanisme noi de acțiune în curs de dezvoltare, care să poată să lupte împotriva multirezistenței. Se înregistrează o absență de agenți noi pentru tratarea infecțiilor generate de bacteriile gram-negative multirezistente.

Acest raport a identificat o discrepanță între povara infecțiilor provocate de bacteriile multirezistente și dezvoltarea de agenți noi antibacterieni în vederea soluționării problemei. Se impune elaborarea de urgență a unei strategii europene și globale pentru soluționarea acestei discrepanțe. De asemenea, se impune aplicarea unor măsuri pentru accelerarea dezvoltării medicamentelor.

## 8. Eficacitatea intervențiilor comportamentale și psihosociale de prevenire a HIV/ITS în cazul bărbaților care au relații sexuale cu bărbați, în Europa

(Publicat în noiembrie 2009, modificat în decembrie 2009)

### Context

În absența unui vaccin eficient și accesibil și în contextul proprietăților non-curative ale terapiilor antiretrovirale actuale, prevenirea comportamentală și psihosocială în scopul limitării comportamentelor sexuale de risc rămâne principalul obiectiv al eforturilor depuse în vederea reducerii nivelului de transmitere a HIV/ITS pe cale sexuală, în rândul bărbaților care au relații sexuale cu bărbați (BRSB). Având în vedere necesitatea inițiatorilor de programe și a factorilor de decizie de a dispune de descrierile intervențiilor specifice și de estimări cantitative ale efectelor intervențiilor respective în vederea emiterii unor decizii privind finanțarea și cercetarea prevenirii, se impune efectuarea unei recenzii sistematice care să actualizeze baza existentă de cunoștințe referitoare la intervențiile de prevenire a cazurilor de HIV/ITS identificate în cazul BRSB din Europa.

### Obiective

Obiectivele constau în prezentarea și evaluarea eficacității intervențiilor de prevenire a HIV/ITS în cazul BRSB din Europa și în identificarea caracteristicilor intervenției, asociate eficacității, împreună cu posibilele discrepanțe prezente în baza de date.

### Metode

S-a efectuat o cercetare sistematică pentru literatura relevantă în opt baze de date internaționale și în listele de referință pentru recenzii cu studiile incluse. Studiile au fost selectate în funcție de criterii pre-specificate și au fost evaluate pentru riscul de eroare. Rezultatele au fost adunate în tabele și s-au calculat estimări ale efectelor rezultate din comportamentul sexual.

### Rezultate

Rezultatele au fost extrase din datele a șase studii cu control în care au fost implicați 4.111 participanți provenind din patru țări europene diferite. Rezultatele au indicat faptul că exista un risc de eroare „ridicat” sau „incert” într-unul sau mai multe dintre domeniile evaluate în toate studiile. Efectul comun estimat al celor patru intervenții pentru care au existat date disponibile a sugerat faptul că este posibil ca BRSB care participă la inițiativele de prevenire a HIV/ITS să nu raporteze contactul sexual anal neprotejat (CSAN). Baza de date a fost insuficientă pentru examinarea caracteristicilor intervențiilor cel mai strâns legate de amploarea efectului. Un număr foarte redus de participanți la studiu au fost de altă rasă decât rasa albă și un singur studiu a utilizat măsurători biologice ale ITS ca indicator de modificare.

### Discuții

În ciuda gradului avansat de dezvoltare a epidemiei HIV, evaluările temeinice ale rezultatelor oricărei forme de intervenție comportamentală legată de HIV/ITS în cazul BRSB din Europa se efectuează rar și la nivel redus. Rezultatele indică posibile efecte pe termen scurt în ceea ce privește reducerea proporției de BRSB care sunt implicați în CSAN, însă insuficiența studiilor controlate indică necesitatea efectuării de cercetări în acest domeniu. Comunitatea științifică trebuie să delibereze posibilitatea transferabilității intervențiilor și în mod ideal să efectueze cercetări informative vaste înainte de lansarea unui program nou.

### Concluzie

Există un deficit general în ceea ce privește evaluarea rezultatelor în vederea reducerii comportamentului la risc de HIV/ITS în rândul BRSB din Europa. Elaborarea strategiilor comportamentale de prevenire a HIV/ITS pentru a evita apariția de noi infecții, precum și evaluarea unor astfel de programe de prevenire pentru BRSB, reprezintă o componentă importantă a unei strategii complexe de limitare a HIV/ITS alături de continuitatea prevenirii și îngrijirii.

# Rapoarte orientative

## 9. Controlul infecției cu Chlamydia în Europa

(Publicat în iunie 2009)

### De ce infecția cu Chlamydia este o problemă de sănătate publică

*Chlamydia trachomatis* este agentul pentru una din cele mai frecvente infecții bacteriene cu transmitere sexuală din Europa. Ratele la tinerii activi sexual sunt în mod frecvent între 5% și 10%. Numărul cazurilor diagnosticate este în creștere în multe din țările Europene, în parte datorită numărului mare de testări și a folosirii unor teste mai sensibile. Persoanele care prezintă chlamydia genitală pot avea simptome de inflamare a tractului genital, inclusiv uretrită și cervicită, dar majoritatea persoanelor rămân asimptomatice. Chlamydia este o problemă importantă de sănătate publică deoarece chlamydia netratată poate duce la boala inflamatorie pelvină, subfertilitate și reducerea capacității reproductive la unele femei. De asemenea, chlamydia favorizează și transmiterea virusului HIV. Costul tratării subfertilității cauzat de chlamydia este ridicat deoarece aceasta implică intervenții chirurgicale la nivelul trompelor uterine și fertilizare in vitro. Chiar dacă este disponibil un tratament ieftin și eficient, depistarea chlamydia este problematică dat fiind că majoritatea persoanelor sunt asimptomatice.

### Activități de control al infecției cu Chlamydia în Europa

Un studiu sistematic privind activitățile de control al chlamydia din 29 de țări europene a relevat diferențe mari de organizare a activităților de control. Aproape jumătate din țări au raportat că nu există nicio activitate organizată, iar programe naționale de control au putut fi identificate numai în două țări.

### Punerea în aplicare a activităților de control al infecției cu Chlamydia

Primul pas către un program de control complet și eficient este adoptarea strategiei de control al chlamydia, pe baza unei consultări ample cu părțile interesate. Strategia trebuie să ia în considerare posibilitățile și limitările naționale specifice împreună cu o analiză a pentru intervenții și a măsurilor incluse. Strategia se poate baza pe abordarea pas cu pas prezentată în acest raport.

Abordarea pas cu pas este recomandată pentru a se asigura funcționarea activităților corecte de prevenție a infecțiilor cu transmitere sexuală și management al pacienților înainte de considerarea unor intervenții mult mai complexe precum depistarea sistematică.

Sunt evidențiate patru niveluri pentru programele de control al chlamydia:

- Nivelul A, prevenirea primară: acesta include promovarea și educația pentru sănătate, programe școlare și distribuirea de prezervative.
- Nivelul B, managementul cazurilor: acesta se bazează pe nivelul A, la care se adaugă supravegherea de rutină a cazurilor, servicii de diagnosticare acurată a chlamydia, servicii clinice și servicii de management a pacienților și a partenerilor. Fiecare dintre acestea necesită ghidarea pe bază de evidențe și audit periodic.
- Nivelul C, testarea infecțiilor oportuniste: acesta se bazează pe nivelul B, la care se adaugă analizele oferite în mod normal unuia sau mai multor grupuri de persoane specifice care beneficiază de alte servicii clinice în vederea depistării de cazuri, de exemplu, identificarea cazurilor asimptomatice.
- Nivelul D, programul de depistare sistematică pentru chlamydia: acesta se bazează pe nivelul C, la care se adaugă asigurarea în mod organizat de testări periodice pentru chlamydia pentru a cuprinde un procent semnificativ dintr-o populație definită cu scopul de a reduce prevalența chlamydia în rândul respectivei populații.

Dovezile pentru impactul programelor nivelurilor C și D sunt limitate și, în consecință, acolo unde sunt puse în aplicare, acestea trebuie să fie evaluate atent pentru a orienta viitoarele politici. În special, impactul acestor programe privind controlul chlamydia în rândul populației trebuie să fie monitorizat și evaluat. Introducerea unui program de depistare sistematică pentru chlamydia trebuie tratată cu aceeași atenție precum orice alt program de depistare, cu evaluarea tuturor potențialelor beneficii, daune și costuri.

Alocarea de resurse și punerea în aplicare în mod eficient a strategiilor naționale de control al chlamydia presupune spirit de conducere și devotament din partea responsabililor politici din domeniul sănătății. Este posibil ca cele mai adecvate strategii naționale să difere de la o țară la alta, iar acestea ar trebui elaborate prin consultarea organizațiilor medicale profesionale, a finanțatorilor și a furnizorilor de servicii de îngrijire medicală și diagnostic.

## Evaluarea programelor de control al infecției cu Chlamydia

Programele de control vizează reducerea prevalenței chlamydia, însă aceasta este dificil de monitorizat deoarece implică efectuarea de studii populaționale periodice. Cu toate acestea, există mulți alți indicatori privind eficiența care trebuie să fie incluși din start în orice program.

La nivel național, programele trebuie să monitorizeze indicatorii privind politicile și liniile directe ale programului, punerea în aplicare și procedurile, precum și rezultatele programului. Acestea trebuie să se bazeze pe obiective specifice adecvate nivelului de punere în aplicare.

Dacă țările avansează la un nivel de control superior, acestea vor trebui să ia decizii pe baza unei evaluări riguroase a probelor legate de eficacitate, cost-eficacitate și efecte negative. Acest lucru va fi sprijinit dacă țările asigură că toate activitățile sunt evaluate în totalitate și rezultatele sunt partajate cu alte state din Europa. În acest mod, investițiile în programe efectuate în acest moment vor consolida baza de dovezi pentru controlul chlamydia și vor facilita viitoarele procese de luare a deciziilor, îmbunătățind sănătatea populației.

La nivel european, obiectivul ar trebui să îl reprezinte reducerea procentului de țări care nu raportează o activitate organizată.

## Obiectivul documentului

Acest document pune la dispoziția responsabililor politici din domeniul sănătății din Uniunea Europeană orientări privind strategiile naționale pentru controlul chlamydia. Acesta nu oferă orientări clinice sau de diagnostic specifice, ci un cadru pentru elaborarea, punerea în aplicare sau îmbunătățirea strategiilor naționale de prevenire și control al chlamydia. Analizele sistematice recente trebuie să fie consultate ca bază pentru aceste linii directe detaliate.

Politicile de sănătate, la fel ca orientările clinice, ar trebui să se bazeze pe cele mai bune dovezi disponibile. Cu toate acestea, în general, există mai puține dovezi care să sprijine aceste decizii de politică. Prin acest document de orientare dorim să facilităm elaborarea unor orientări locale bazate pe dovezi în contextul unor strategii naționale sigure pentru chlamydia. Aceste strategii trebuie țină seama atât de factorii clinici și epidemiologici (ca de exemplu, prevalența chlamydia în rândul populației), cât și de sistemele locale de furnizare a serviciilor de îngrijire medicală, infrastructură și aprovizionare.

Orientările au fost elaborate de un grup de experți tehnici care au utilizat dovezile colectate în raportul ECDC intitulat „Analiza activităților de control al chlamydia în țările UE”, un studiu privind activitățile de control al chlamydia care a fost luat în considerare împreună cu alte analize sistematice recente privind depistarea și controlul chlamydia.

Acest raport se referă la forma frecventă cu transmitere sexuală a *Chlamydia trachomatis* (serotipurile D-K) și nu la *Lymphogranuloma venereum* sau trachoma.

## 10. Utilizarea în domeniul sănătății publice a antiviralelor împotriva gripei pe parcursul pandemiilor de gripă

(Publicat în iunie 2009, actualizat în august 2009)

Această lucrare-cadru intenționează să servească drept o resursă pentru cei din Uniunea Europeană și zona SEE/AELS care dezvoltă politici și practici privind folosirea antiviralelor împotriva gripei, mai ales în legătură cu pandemiile de gripă. Documentul se bazează pe dovezi științifice, orientări ale OMS, avize ale experților (inclusiv cei de la Forumul Consultativ al ECDC) și recomandările incluse în planurile de pregătire ale statelor europene în caz de pandemie. Acesta se concentrează pe opțiunile pentru folosirea medicamentelor antivirale în contextul unei pandemii de gripă.

Dovezile disponibile privind eficiența antiviralelor atât pentru tratament sau profilaxie, cât și pentru utilizarea de durată în domeniul sănătății publice în timpul unei pandemii decurg din studiile desfășurate în timpul sezonelor de gripă sezonieră în rândul adulților sănătoși și, într-o mai mică măsură, în cadrul unuia dintre grupurile cu risc ridicat (vârstnici) și la unii copii mai mari.

Aceste dovezi arată că anumite medicamente antivirale, mai ales inhibitorii de neuraminidază (oseltamivir și zanamivir), oferă unele beneficii terapeutice prin reducerea duratei gripei, de obicei cu 1-2 zile și, de asemenea, prin reducerea complicațiilor și a nevoii de antibiotice la indivizii infectați. Acest efect este limitat de necesitatea administrării din timp a medicamentelor (în decurs de 48 de ore de la manifestarea simptomelor). De asemenea, din studiile de observație reies dovezi discutabile conform cărora medicamentele ar putea reduce morbiditatea și chiar mortalitatea în cazul pacienților cu forme mai grave de boală chiar și atunci când sunt administrate după 48 de ore. Frecvent sunt raportate efecte secundare minore, în special greață și, uneori, vărsături, în cazul preparatului oral (oseltamivir), motiv pentru care producătorul recomandă administrarea medicamentului în timpul mesei.

Testele pe adulți sănătoși sugerează că infecția poate fi prevenită cu tratament profilactic care prezintă o rată a eficacității între 70% și 90% cu condiția ca medicamentul să fie luat conform prescripției. Dovezile privind beneficiile de sănătate publică pentru grupurile și comunitățile cu risc ridicat sunt mai puțin solide, însă se pare că există o oarecare reducere a infecției, de exemplu, în focarele de gripă sezonieră izbucnite în comunități închise precum azilurile. Acest lucru sugerează că aceste medicamente pot avea un impact asupra nivelului transmiterii virale și contribuie la prevenirea infecției.

Rareori, virusurile gripale care au o rezistență primară la unul sau mai multe medicamente antivirale pot apărea în mod natural ca urmare a mutațiilor genetice și a reasortării virale naturale. Acest lucru s-a întâmplat în Europa în sezonul 2007-2008 odată cu apariția unui virus gripal rezistent la oseltamivir. Acest lucru nu a avut legătură cu utilizarea antiviralelor, iar această posibilitate nu trebuie să influențeze politicile prestabilite privind utilizarea antiviralelor în timpul unei pandemii. Cu toate acestea, posibilitatea apariției unui virus nou, puternic, rezistent la tratament antiviral, reprezintă o reală îngrijorare și este posibil să implice modificarea rapidă a politicilor antivirale, mai ales pentru profilaxie, în cazul în care un astfel de virus ar apărea în timpul unei pandemii. Acest lucru nu trebuie să fie confundat cu rezistența antivirală secundară care apare mult mai frecvent atunci când se folosesc antivirale. De obicei, aceasta are drept rezultat un virus care nu se poate transmite de la o persoană la alta și, în consecință, nu este un motiv de îngrijorare pentru sănătatea publică.

Există o serie de strategii diferite pentru utilizarea antiviralelor, iar acestea depind de obiectivele generale de sănătate publică pe care autoritățile doresc să le atingă, de disponibilitatea antiviralelor și de alte considerente practice. Aceste obiective pot include tratarea persoanelor mai grav bolnave, tratarea sau protejarea persoanelor cu risc ridicat, tratarea tuturor cazurilor, reducerea nivelului transmiterii sau protejarea lucrătorilor din domeniul asistenței medicale și a altor lucrători cheie. ECDC a sugerat o ierarhie de priorități.

În timpul pandemiilor, din cauza numărului ridicat și a posibilei gravități a infecției, apar probleme practice semnificative în calea satisfacerii necesității potențiale de medicamente antivirale, atât pentru tratarea persoanelor infectate cât și pentru prevenirea infecției (profilaxie). Multe țări au acumulat stocuri de medicamente antivirale pentru a fi anume utilizate în timpul pandemiei. În prezent, stocurile de antivirale din țările europene par să varieze de la acoperirea câtorva procente din populație până la peste 50%. Cu toate acestea, chiar și cu stocurile acumulate, este aproape inevitabil ca cererea de medicamente antivirale să depășească oferta în timpul unei pandemii. Din acest motiv, este foarte important să se realizeze o planificare strategică și logistică avansată pentru a optimiza utilitatea stocurilor existente. Un principiu general important este acela că utilitatea stocurilor este limitată în lipsa unor obiective protocoale, sisteme de administrare și livrare recunoscute care să le însoțească.



Astfel, stabilirea de obiective clare ca parte a activităților de planificare a pandemiei va fi esențială pentru maximizarea beneficiilor stocurilor de antivirale. Această planificare trebuie să ia în considerare volumul și disponibilitatea totală a antiviralelor, epidemiologia fundamentală (ratele de atac preconizate etc.), amploarea și durata epidemiei și mărimea grupurilor de populație. Modelarea poate să ofere un instrument important pentru a extrapola efectele diferitor strategii antivirale pentru o pandemie, însă aceasta nu este precisă. Pe baza dovezilor disponibile, ECDC sugerează următoarea strategie de ordonare a priorităților pentru utilizarea antiviralelor:

1. **Persoanele cu boli mai grave.** Prima prioritate este tratarea persoanelor cu forme severe de gripă, chiar dacă aceștia au depășit intervalul de 48 de ore de la manifestarea simptomelor, atunci când se consideră că antiviralele sunt eficiente. Cu toate acestea, pentru acești pacienți este chiar mai important să existe rezerve adecvate de antibiotice corespunzătoare disponibile pentru tratarea infecțiilor secundare, și alte medicamente esențiale.
2. **Persoanele cele mai expuse la boli grave.** Între aceștia, prioritate ar putea avea persoanele cel mai expuse să dezvolte boli grave. Pentru gripa sezonieră, aceste persoane sunt cele pentru care se recomandă vaccinarea împotriva gripei sezoniere: vârstnicii, persoanele cu afecțiuni cronice preexistente și personalul din sistemul sanitar care intră în contact direct cu pacienții. Cu toate acestea, este posibil ca acest aspect să fie modificat pe parcursul unei pandemii pentru a reflecta persoanele cele mai expuse la tulpina pandemică. Atunci când circulă atât virusul pandemic cât și cel sezonier, grupurile expuse unui risc ridicat la gripa sezonieră și la pandemie vor trebui combinate. Este posibil ca unele țări să ia în calcul acordarea de tratament profilactic în gospodăriile în care se află persoane expuse la risc ridicat, deși această politică s-ar dovedi dificil de aplicat.
3. **Toate persoanele cu simptome inițiale de boală.** După cazurile mai severe, antiviralele ar putea fi acordate persoanelor care prezintă simptomele inițiale de boală (în decurs de 48 de ore de la primele simptome) deoarece aceasta este perioada în care aceste medicamente au cea mai ridicată eficiență.
4. **Folosirea tratamentului profilactic.** Țările cu stocuri mai mari de antivirale pot lua în considerare acordarea acestora și pentru tratamentul profilactic. Grupurile candidate sunt: persoanele care au intrat în contact cu cazurile, rudele persoanelor bolnave și lucrătorii cheie în scopul asigurării continuității activității. Stocurile la domiciliu nu sunt recomandate deoarece rezervele sunt limitate, deși în mod inevitabil se așteaptă ca unele persoane să le solicite de la medicii lor așa cum s-a întâmplat în cazul gripei aviare.
5. **Personalul din sistemul medico-sanitar** care intră în contact direct cu pacienții reprezintă un caz special. Aceștia trebuie să beneficieze de o protecție adecvată cu echipament individual de protecție. În cazul în care aceștia se îmbolnăvesc, trebuie să li se administreze antivirale imediat și să își ia concediu. Țările cu stocuri mai mari pot lua în considerare acordarea de tratament profilactic pentru anumite grupuri de personal.

Probleme și mai mari sunt ridicate de aspectele organizatorice privind livrarea antiviralelor. Mai exact, dovezile care arată că tratamentul antiviral poate oferi beneficiile sale limitate numai dacă acesta este administrat în decurs de 48 de ore de la apariția primelor simptome. Acest aspect va fi foarte critic în timpul unei pandemii. Prin urmare, pentru ca antiviralele să fie eficiente în tratarea infecției, trebuie să se aloce resurse pentru dezvoltarea de protocoale și sisteme în vederea asigurării livrării și administrării rapide a acestora.

Activitatea pe care ECDC și Biroul regional pentru Europa al OMS au desfășurat-o în statele membre arată că următoarele aspecte operaționale privind livrarea și gestionarea rezervelor naționale de antivirale și a altor rezerve strategice trebuie analizate cu atenție înainte de apariția unei pandemii:

1. În faza inițială a unei pandemii, trebuie adoptată o decizie cu privire la măsura în care gravitatea infecției la nivel de pacient este suficientă pentru a oferi antivirale tuturor celor care prezintă simptome sau chiar pentru a încerca întârzierea sau localizarea infecției.
2. Asigurarea faptului că întotdeauna sunt disponibile antivirale pentru medici pentru a-i trata pe bolnavii critici.
3. Capacitatea de a livra agenți antivirali persoanelor care au cea mai mare nevoie de aceștia într-un timp cât mai scurt, deoarece trebuie administrați în decurs de 48 de ore de la manifestarea simptomelor.
4. Identificarea grupurilor cheie care trebuie să aibă prioritate în primirea antiviralelor, pe baza criteriilor convenite în prealabil (poziție prestabilită).
5. Capacitatea de a modifica prioritățile în cazul în care persoanele cu risc ridicat nu sunt cei preconizați din experiența cu gripa sezonieră.
6. Asigurarea faptului că zonele afectate inițial nu epuizează rezervele naționale și capacitatea de a transfera resurse pe teritoriul țării.



7. Luarea unei poziții privind cetățenii care doresc să aibă rezerve individuale și companiile care doresc să își protejeze personalul.
8. Monitorizarea rezistenței la antivirale, mai ales a rezistenței primare și capacitatea de a modifica strategiile naționale de tratament în cazul în care este probabil ca rezervele să se epuizeze sau apare rezistența la antivirale (mai ales dacă medicamentele sunt folosite pentru tratamentul profilactic).
9. Evitarea aglomerării serviciilor de asistență primară prin obligarea acestora să distribuie antivirale persoanelor cu simptome ușoare sau moderate atunci când acestea sunt foarte ocupate cu tratarea persoanelor cu simptome grave. În acest mod, se evită ca persoanele deja infectate să se aglomereze pentru antivirale (de exemplu, la cozi sau în sălile de așteptare), răspândind, astfel, și mai mult infecția.
10. Asigurarea faptului că alte produse farmaceutice principale sunt disponibile, în special, dar nu numai, antibioticele adecvate.
11. Capacitatea de a monitoriza complianța, mai ales în rândul celor cu simptome ușoare și a celor care primesc tratament profilactic.
12. Anticiparea efectelor secundare moderate mai frecvente, și anume greață, și conștientizarea faptului că ar putea exista cazuri de efecte secundare mai puțin frecvente, însă mai severe.
13. Deținerea de materiale și metode de pregătire în scopul facilitării utilizării inhalatoarelor cu zanamivir, în special în rândul celor care le consideră dificil de utilizat.
14. Luarea în considerare a abordărilor pentru grupurile speciale precum femeile însărcinate și copiii.
15. Deținerea unor strategii de comunicare sigure, fiabile și testate pentru profesioniști și pentru public în ceea ce privește toate cele de mai sus ca parte a comunicărilor mai generale din timpul unei pandemii.

În plus, ECDC sugerează că trebuie să existe niște sisteme practice care să poată funcționa la nivelul UE:

16. Comunicările Statelor membre prin sistemul de alertă și de reacție rapidă (EWRS) cu privire la pozițiile lor legate de politicile prestabilite și apoi, la modificările semnificative.
17. Deținerea unor sisteme capabile să primească rapoarte și zvonuri privind reacțiile adverse și deținerea unui mecanism în colaborare cu EMEA și ECDC pentru a reacționa la acestea atunci când apar în mod inevitabil.
18. Monitorizarea dezvoltării rezistenței la antivirale împreună cu ECDC, rețeaua comunitară a Laboratoarelor de referință al și OMS a.
19. Anticiparea apariției inevitabile a vânzării directe pe internet de antivirale și a altor medicamente din surse nereglementate.

Raportul precizează o serie de priorități de cercetare și dezvoltare, inclusiv necesitatea stabilirii măsurii în care antiviralele sunt sau nu benefice atunci când sunt administrate după intervalul de 48 de ore, în special pentru tratarea celor mai grave cazuri. O prioritate suplimentară o reprezintă instituirea unor sisteme în statele membre care să poată stabili în timp real dacă antiviralele sunt sau nu eficiente împotriva virusului pandemic; și sisteme pentru detectarea din timp a tratamentului real și a eșecurilor tratamentului profilactic, care poate fi un indiciu al apariției rezistenței.

## 11. Utilizarea vaccinurilor pandemice specifice în timpul pandemiei H1N1 din 2009

(Publicat în august 2009)

În aprilie 2009, a fost identificată și caracterizată o nouă tulpină de gripă umană A(H1N1). Se așteaptă ca ratele de atac pentru această tulpină pandemică A(H1N1) să fie mult mai mari decât tulpinile gripei sezoniere din cauza nivelurilor scăzute ale imunității preexistente a populației (cu excepția vârstnicilor, mulți din aceștia par să aibă un anumit nivel de imunitate). Prin urmare, numărul real de cazuri de gripă care se prezintă la serviciile de sănătate într-o perioadă scurtă de timp pot fi mai mari decât cele aferente gripei sezoniere.

Vaccinarea cu un vaccin pandemic cu tulpină specifică este considerată una dintre cele mai eficiente măsuri pentru protejarea persoanelor în cazul unei pandemii. Cu toate acestea, vaccinurile pandemice specifice nu vor fi disponibile toate în același timp, livrarea de la producători va fi automat decalată și vor exista dificultăți în distribuirea acestora. Asigurarea unei rezerve de vaccin va fi foarte dificilă într-un anumit interval de timp. Utilizarea strategică a vaccinurilor, după stabilirea atentă a priorității diferitelor grupuri de populație, va fi importantă pentru a maximiza beneficiile dozelor disponibile.

Obiectivele globale ale vaccinării trebuie să fie specificate înainte de a decide căror persoane trebuie să li se ofere vaccinul și asupra modului de prioritizare a populațiilor țintă. Acestea pot varia, în mod legitim, de la o țară și/sau de la o regiune la alta. Acestea vor varia, mai ales în funcție de resurse, cantitățile de vaccin, numărul de seringi etc., care sunt disponibile și de aspectele practice legate de distribuție și livrare. Aceste diferențe între țări vor ridica probleme de comunicare atunci când acestea vor deveni vizibile, iar țările trebuie să fie pregătite în acest sens.

Obiectivele unei strategii de vaccinare pandemică pot fi încadrate în două mari categorii care în niciun caz nu se exclud reciproc: a) ameliorarea, pentru a proteja persoanele cu risc ridicat de îmbolnăvire gravă; și b) protejarea serviciilor esențiale.

Gripa A(H1N1) este un virus nou, iar pandemiile din epoca modernă au fost complet diferite una față de cealaltă și față de gripa sezonieră actuală. De aceea, grupurile de risc (cele cu risc ridicat de îmbolnăvire severă) pot fi diferite de cele corespunzătoare tulpinilor de gripă sezonieră. De asemenea, se impun strategii diferite cu un mai mare accent pe necesitatea menținerii serviciilor esențiale prin intermediul imunizării. De aceea, grupurile țintă (grupurile cărora li se oferă vaccinul, care pot fi sau nu în grupurile de risc) pot fi, la rândul lor, diferite.

Conform dovezilor existente privind pandemia A(H1N1) din 2009, următoarele grupuri de populație pot fi identificate ca grupuri de risc:

- persoane cu vârsta sub 65 de ani care au afecțiuni cronice de bază, și anume:
  - boli respiratorii cronice;
  - boli cardiovasculare cronice;
  - boli metabolice cronice (în special diabet);
  - boli renale și hepatice cronice;
  - persoane cu imunitate deficitară (congenitală sau dobândită);
  - afecțiuni neurologice sau neuromusculare cronice;
  - orice alte afecțiuni care diminuează imunitatea unei persoane sau care afectează funcția respiratorie a acestora;
- copii mici (în special copiii sub doi ani);
- femeile însărcinate.

Această listă diferă oarecum de grupurile pentru care multe țări recomandă imunizarea împotriva gripei sezoniere, mai ales cu privire la persoanele peste 65 de ani. În general, vârstnicii par să prezinte un risc mai redus de infecție – posibil datorită imunității existente – însă există indicii conform cărora în cazul în care sunt infectați, aceștia vor dezvolta o formă mai gravă a bolii decât adulții tineri.

În plus, există și alte grupuri care pot fi imunizate, chiar dacă nu prezintă risc ridicat de îmbolnăvire gravă (grupuri țintă). Există argumente pentru asigurarea vaccinării copiilor dat fiind că aceștia se confruntă cu rate ridicate de atac (chiar dacă sunt de formă ușoară a bolii) și pot avea o importanță deosebită în intensificarea epidemiilor locale. De asemenea, există argumente pentru asigurarea imunizării întregului personal din domeniul medico-sanitar. Acest lucru se întâmplă atât pentru a preveni infectarea persoanelor din grupurile de risc de la personalul din domeniul sanitar, cât și pentru a proteja personalul din domeniul medical de pacienții infectați, astfel sprijinindu-se serviciile medico-sanitare. Există avantaje în ceea ce privește asigurarea imunizării persoanelor care

oferă îngrijiri celor pentru care imunizarea este posibil să nu fie eficientă (de exemplu, persoanele sub tratament prin terapie cu imunosupresoare). Copiii cu vârsta sub șase luni nu pot fi imunizați din cauza datelor privind imunogenitatea și siguranța și, în consecință, sunt argumente în favoarea vaccinării celor care intră în contact cu aceștia. Alt posibil grup țintă este personalul esențial pentru reacția la pandemie.

Acest ghid se bazează pe contextul actual al pandemiei A(H1N1) din 2009. Se observă și se dezbate anumite incertitudini în mai multe domenii. Pe măsură ce sunt disponibile mai multe date, dovezi și opinii, acest document va fi actualizat împreună cu evaluarea ECDC a riscurilor de care este legat.

Pe baza experienței acumulate din pandemiile anterioare, pe parcursul cărora patogenitatea și transmisibilitatea virusului au crescut în timp, sunt prezentate alte trei situații. De asemenea, sunt prevăzute anexe care sintetizează dovezile pentru vaccinarea anumitor grupuri de risc împotriva gripei sezoniere și a gripei pandemice și oferă estimări detaliate privind amploarea riscului și dimensiunea grupurilor țintă. Baza de calcul este prezentată suficient de amănunțit astfel încât cetățenii statelor membre să poată aplica metodologia pe propriile populații sau să poată compara metodele deja utilizate.

# Rapoarte de supraveghere

## 12. Supravegherea tuberculozei în Europa 2007

(Publicat în martie 2009)

De la 1 ianuarie 2008, Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (ECDC) și Biroul regional pentru Europa al OMS au coordonat împreună supravegherea tuberculozei (TBC) în Europa. Obiectivul acestora a fost să asigure date standardizate de înaltă calitate privind TBC care să cuprindă toate cele 53 de țări din Regiunea europeană a OMS.

În 2007, 477 327 de cazuri de TBC au fost raportate de 51<sup>1</sup> de țări din Regiunea europeană a OMS plus Liechtenstein<sup>2</sup>. Rata globală de notificare a fost în medie de 54 de cazuri la 100 000, cu o mare variabilitate între țări și cu o creștere de la vest la est evidentă în ultimii ani. Aceasta reprezintă o creștere cu 54 497 de cazuri din 2006 și cu o creștere a ratei globale de notificare de 13% (de la 48/100 000 la 54/100 000), în principal datorită înregistrării de către Federația Rusă a cazurilor retratate care nu au fost inițial raportate, ca urmare a extinderii acoperirii sistemului său de notificare și a îmbunătățirii accesului pacienților la îngrijire. Rata de notificare a cazurilor netratate anterior din întreaga Regiune a scăzut cu 2,5% (de la 36,6 la 35,7 la 100 000). În general, ratele de mortalitate prin TB din ultimii ani au reflectat ratele de notificare globale în distribuția geografică a acestora în întreaga Regiune (media ratei globale: 0,6/100 000, intervalul per țară: 0,0–22,3). Nivelul mediu al tuberculozei primare rezistente la mai multe medicamente (MDR TB) a fost de 1,5% în 22 de țări care au raportat date privind MDR TB. Rata medie de reușită a tratamentului a fost de 73%, cu 11% dintre cazuri pierdute din urmărire, 8% decese și 7% eșecuri ale tratamentului.

### Țările Uniunii Europene (UE) și ale Spațiului economic european (SEE)/Asociației Europene a Liberului Schimb (AELS) (30 de țări)

Cele 27 de țări ale UE și cele trei țări ale SEE/AELS (Islanda, Norvegia și Liechtenstein), au raportat 84 917 cazuri de TBC în 2007. Ratele de notificare a TBC (17/100 000 total) au fost cele mai ridicate în România (118), Bulgaria (40) și în statele baltice (36–71). Între anii 2003 și 2007, ratele de notificare globale au scăzut cu 4% anual, reflectând o scădere a cazurilor de TBC netratate inițial. Cu toate acestea, au putut fi observate creșteri substanțiale în Malta (+61%) și Islanda (+37%), o oarecare creștere în Suedia (+5%), și în Regatul Unit și Cipru (ambele +3%), majoritatea în cazuri de origine străină. În 2007, 21% din cazuri (intervalul per țară: 0–78%) au fost înregistrate la persoane de origine străină, și aproape două treimi dintre acestea au fost din Asia sau Africa, iar 6% din țări nemembre UE din Europa de Est și Asia Centrală. Prevalența HIV în rândul cazurilor de TBC a crescut între anii 2001 și 2007 în Estonia și Letonia (de la < 1% la 11% și respectiv, 4%) și s-a dublat în Regatul Unit între anii 2000 și 2003 (de la 4% la 8%). În restul țărilor care au raportat date, prevalența HIV în cazurile de TBC a fost de 1% sau mai puțin în cinci țări, între 2 și 5% în alte șapte, și 14% în Portugalia. Rezistența la mai multe medicamente (MDR) a rămas cu o frecvență mai mare în țările baltice (MDR combinată: 10–21%) decât în alte țări (0–4%), în care, în general, era mai frecventă la cazurile de origine străină. Douăzeci și una de țări au raportat datele privind monitorizarea rezultatului tratamentului (MRT) pentru cazurile clare de TBC pulmonară în 2006. Pentru cazurile incluse în grupurile MRT, între cazurile netratate inițial, 80% au avut un rezultat reușit. Încetarea monitorizării ulterioare a fost mai frecventă în rândul cazurilor pulmonare la persoanele de origine străină decât la autohtoni (35% vs. 16%), în timp ce decesele au fost raportate cu o frecvență mai redusă (8% vs. 4%). Ratele de mortalitate ale TBC au variat între 0,0–10,9/100 000 (29 țări, datele cele mai recente disponibile 2001–2006).

### Vest (din afara UE) (5 țări)

În 2007, 881 de cazuri de TBC au fost raportate de trei țări - Andorra, Israel și Elveția – cu rate cuprinse între 5,6 și 7,3/100 000. În general, ratele au fost scăzute și majoritatea cazurilor de TBC notificate au fost de origine străină. Au fost raportate date privind monitorizarea rezistenței la medicamente de către Elveția și Israel, cu prevalența TB MDR pentru toate cazurile testate de 2,3% și respectiv 6,7%. Rezultatele tratamentului pentru cazurile înregistrate în 2006 au fost raportate de Israel, cu o rată de reușită de 74% pentru noile cazuri pulmonare clare.

<sup>1</sup> Nu există date din Monaco și San Marino.

<sup>2</sup> Liechtenstein este inclusă în raport, dar este prezentată numai în calitate de țară SSE/AELS – nu aparține Regiunii europene a OMS.

## Zona balcanică (7 țări)

Țările balcanice au notificat 26 296 de cazuri în 2007, din care 75% au fost raportate numai de Turcia (alte 930 de cazuri suplimentare au fost raportate de Provincia Kosovo administrată ONU). Rata totală de notificare a TBC în 2007 a fost de 29/100 000, și a fost mai mare în Bosnia și Herțegovina (62) decât în Albania, Croația, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Muntenegru, Serbia și Turcia (interval: 14–28). Prevalența HIV în rândul cazurilor de TBC a fost de 0,0–0,4% în țările cu date raportate (Albania, Bosnia și Herțegovina, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Muntenegru și Serbia). MDR primară și dobândită combinată s-a situat între 0–0,6% și respectiv 9,7–34,6% , în cele patru țări cu date MDR raportate (Albania, Muntenegru, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei și Serbia). Rata de reușită în rândul noilor cazuri pulmonare clare în 2006 a fost între 80–97% în cinci țări, și mai puțin în alte două care au furnizat date (35–70%). Ratele mortalității prin TBC au variat între 0,25 și 21/100 000 (cinci țări, datele complete disponibile cele mai recente 2001–2006).

## Est (12 țări nemembre UE din Europa de Est și din Asia Centrală)

În 2007, 365 233 de cazuri de TBC au fost raportate în est, 59% din acestea de către Federația Rusă. Ratele de notificare ale TBC în 2007 (131/100 000 global) au fost cele mai ridicate în Kazahstan (258), Republica Moldova (178), Federația Rusă (151), Georgia (135), și Kârgâzstan (125), urmate de Armenia, Azerbaidjan, Belarus, Tadjikistan, Turkmenistan, Ucraina și Uzbekistan (59–119). Creșterea anuală medie între anii 2002 și 2007 a fost similară celei observate între anii 1998–2002 (+6%). Numărul cazurilor noi a scăzut în șase țări între anii 2006 și 2007. Prevalența HIV în rândul cazurilor de TBC a fost de cel mult 1% în cinci țări în ultimii ani, dar a fost mai ridicată în Federația Rusă și Ucraina (7% și respectiv, 6% în cazurile noi din 2007). Datele naționale și regionale privind rezistența la medicamente multiple de la o serie de țări sugerează o prevalență ridicată și răspândită a MDR. Prevalența combinată a TB MDR a fost între 14% și 57%, deși caracterul reprezentativ al datelor a variat la nivelul țărilor. În țările care au raportat rezultatele noilor cazuri pozitive de TBC (2006), rata medie de reușită a fost de 64% (interval: 58–86%). Rata de reușită scăzută, asociată cu numărul mare de eșecuri (media: 12%, interval: 3–16%) s-a datorat în principal prevalenței MDR primar și a încetării monitorizării ulterioare (media: 13%, interval: 4–35%). Ratele mortalității prin TBC au variat între 3,0 și 22,3/100 000 (toate țările cu excepția Turkmenistanului, cu date complete, cele mai recente disponibile pentru orice an între 2003 și 2006).

## Concluzii

Țările nemembre UE din Europa de Est și țările din Asia Centrală rămân prioritatea regională pentru controlul TBC. În aceste țări, situația este deseori îngreunată de gradul redus de specificitate sau de calitatea precară a informațiilor și de lipsa continuă a resurselor necesare formulării celui mai potrivit răspuns și/sau folosirea inadecvată a celor existente. În vest, continuă să existe o diversitate a tiparelor TBC. Țările industrializate care vizează eliminarea TBC recunosc din ce în ce mai mult concentrarea cazurilor în rândul populațiilor vulnerabile specifice. La nivelul țărilor intermediar afectate, precum țările baltice, prevalența TB MRD se menține la cote ridicate. Din analiza datelor se pot formula o serie de recomandări de supraveghere în sprijinul consolidării controlului TBC care includ:

- standardizarea definiției de caz utilizată pe teritoriul regiunii și a instrumentelor pentru gestionarea datelor;
- integrarea TBC în supravegherea globală a bolilor transmisibile;
- accentuarea folosirii analizelor de cohortă pentru monitorizarea rezultatelor tratamentului;
- dezvoltarea unei perspective mai detaliate a co-epidemiei TBC/HIV; și
- realizarea de evaluări atente ale prevalenței și tendințelor TB MDR la nivel național și regional.

## 13. Raportul epidemiologic anual privind bolile transmisibile din Europa 2009

(Publicat în octombrie 2009)

### Context

În 2007, ECDC a propus ca la fiecare trei-cinci ani să se întocmească un Raport epidemiologic anual (REA) exhaustiv care să cuprindă, în detaliu, toate domeniile aflate sub supravegherea ECDC. Acest lucru a fost sprijinit de Forumul consultativ al ECDC. Versiunea actuală este astfel o compilație amplă a situației privind bolile transmisibile din Uniunea Europeană, însă oferă o analiză detaliată a unui singur domeniu: bolile care pot fi prevenite prin vaccinare. Acesta furnizează date privind incidența bolilor pentru 2007 în tabele și grafice standard cu comentarii limitate și evaluează amenințările la adresa sănătății din timpul anului 2008.

### Consecințele majore ale bolilor infecțioase asupra sănătății publice

Amenințările majore legate de bolile transmisibile din UE nu s-au schimbat în mod considerabil de la ultima ediție a acestui raport și includ următoarele:

- rezistență antimicrobiană;
- infecții asociate asistenței medicale;
- boli care pot fi prevenite prin vaccinare, punându-se accent pe infecțiile pneumococice;
- infecții ale tractului respirator, cu accent deosebit pe gripă (cu potențial pandemic, precum și pe epidemia anuală de gripă sezonieră) și tuberculoză;
- infecția cu virusul HIV.

### Rezumatul supravegherii bolilor transmisibile din 2007

Capitolul 3 reunește și prezintă toate cazurile raportate pentru anul 2007 de la 27 de state membre ale UE plus cele trei țări SEE/AELS, Islanda, Liechtenstein și Norvegia. După cum evidențiază multe dintre secțiunile pentru fiecare boală, incidențele între țări trebuie comparate cu prudență. Sistemele de supraveghere diferă, iar relația dintre incidența raportată și cea reală variază de la o țară la alta pentru multe boli. În majoritatea cazurilor, este mult mai relevantă vizarea comparațiilor privind tendințele în timp, dat fiind că aceasta este o caracteristică mult mai stabilă a unui sistem de supraveghere.

Având în vedere toate acestea, unele dintre constatările principale provenite de la supravegherea din întreaga UE a bolilor infecțioase sunt rezumate mai jos pentru principalele grupe de boli și/sau afecțiuni.

### Rezistență antimicrobiană și infecții asociate asistenței medicale (RAM/IAM)

În 2007, *Staphylococcus aureus* (MRSA) rezistent la meticilină rămâne o problemă semnificativă în întreaga Europă. Cu toate acestea, în anumite țări cu grad ridicat de endemie, proporțiile MRSA par să se stabilizeze și au putut fi observate chiar tendințe de scădere în câteva țări.

Rezistența la penicilină a *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) a arătat o imagine eterogenă în Europa, majoritatea țărilor nord-europene raportând niveluri scăzute comparativ cu nivelurile relativ ridicate raportate de țările din sudul Europei și țările mediteraneene. Cu toate acestea, per ansamblu, nivelurile de rezistență la penicilină și la eritromicină au rămas stabile în majoritatea cazurilor.

Odată cu răspândirea complexului clonal 17, epidemiile de *Enterococcus faecium* rezistent la vancomicină au continuat să afecteze din ce în ce mai multe spitale din diferite țări.

Rezistența *Escherichia coli* la fluorochinolone, aminopenicilină, aminoglicozide și cefalosporine de generația a treia s-a mărit în mod semnificativ în aproape toate țările care au efectuat raportări în ultimii ani. Aceasta este o observație importantă deoarece semnaleză o evoluție în direcția creșterii rezistenței bacteriilor gram-negative la mai multe medicamente, și chiar în direcția unor tulpini complet rezistente.

Tendința de scădere a infecțiilor după intervenții chirurgicale pentru protezarea de șold a fost confirmată în 2007, ilustrând rolul important al supravegherii, inclusiv comparațiile între spitale privind adaptarea riscurilor, în prevenirea și controlul IAM.

## Boli care pot fi prevenite prin vaccinare

În 2007, rata de notificare a bolii invazive *Haemophilus influenzae* a rămas stabilă în Europa, situându-se cu mult sub pragul de 1 la 100 000. Vaccinul Hib a continuat să aibă un efect semnificativ asupra incidenței acestei boli în toate țările în care a fost introdus.

Rata totală de notificare a bolii meningococice invazive în 2007 a fost de 1 la 100 000, la fel ca în 2006, și serogrupurile B (77%) și C (16%) au rămas cauza majoră a bolii meningococice invazive în Europa. Vaccinul utilizat în prezent vizează numai serogrupul C.

În comparație cu anul precedent, în 2007 s-au înregistrat creșteri semnificative ale numărului de cazuri confirmate de boli pneumococice invazive (IPD) raportate de Austria și Slovenia, cel mai probabil datorită îmbunătățirilor recente ale sistemelor de supraveghere ale acestora. Per ansamblu, s-a dovedit dificilă compararea ratelor de notificare între statele membre datorită eterogenității ample din cadrul sistemelor de supraveghere a IPD din UE. Vaccinul pneumococic conjugat heptavalent (PCV7) a fost brevetat în UE în 2001, însă utilizarea acestui vaccin variază de la o țară la alta.

În 2007, în țările UE și SEE/AELS a fost raportat un număr mai redus de cazuri de rujeolă decât în 2006, însă rujeola a rămas o prioritate pentru sănătatea publică cu 2 795 de cazuri confirmate, inclusiv un caz mortal și două cazuri de encefalită. În ultimii trei ani, numai patru țări nu au înregistrat niciun caz de rujeolă.

În 2007, oreionul a rămas o boală care poate fi prevenită prin vaccinare cu una dintre cele mai ridicate rate de notificare din Europa, însă tendința de scădere globală a continuat, și în realitate, rata de notificare a oreionului în 2007 a fost cea mai scăzută rată raportată din 1995.

La fel ca în 2006, ratele raportate de cazuri confirmate de rujeolă în 2007 au fost scăzute.

## Infecții ale tractului respirator

Sezonul de gripă 2007-2008 din Europa a fost caracterizat de o activitate clinică moderată cu vârful circulației gripei A(H1N1) urmat de vârful gripei B. Au fost numai câteva tulpini A(H3N2) izolate.

Un fenomen nou important a fost apariția primei tulpini de gripă sezonieră rezistentă la un antiviral oseltamivir: A(H1N1-H247Y). Această tulpină a putut să se transmită complet de la o persoană la alta, însă distribuția acesteia a variat în mare măsură la nivelul regiunii – de la peste jumătate din toate tulpinile izolate în unele țări până la numai câteva procente în altele. Apariția și răspândirea acestui virus rezistent nu a putut fi explicată prin folosirea anterioară de antivirale.

Începând din 2006, au existat o serie de epidemii de gripă aviară înalt patogenă raportată la păsări în Europa, predominant la păsările de curte, însă nu s-a raportat niciun caz uman asociat. Un focar de gripă aviară slab patogenă A(H7N2) a izbucnit în Regatul Unit în mai 2007 cu câteva cazuri asociate de sindrom pseudogripal și/sau conjunctivită la oameni.

Rata de notificare a legionelozii în țările UE și SEE/AELS în 2007 a rămas stabilă la 1,1 la o populație de 100 000. Numărul cazurilor raportate de legioneloză asociată călătoriilor a crescut în comparație cu 2006, probabil datorită unei mai bune supravegheri și raportări, în timp ce numărul de focare asociate călătoriilor au scăzut, ceea ce poate reflecta impactul ghidurilor privind controlul legionelozii ale Grupului de lucru european pentru infecțiile cu *Legionella* (EWGLINET)

Pentru tuberculoză (TBC), din 2003 au fost raportate tendințe de scădere ferme ale ratelor de notificare în 25 de țări. Douăzeci la sută din totalul cazurilor au fost persoane de origine străină, la fel ca în 2006, predominant din Asia sau Africa. Rezistența la mai multe medicamente (MDR) a rămas mai frecventă în țările baltice decât în alte țări și în general, mai mult în cazurile de origine străină. Datele continuă să reflecte eterogenitatea situației tuberculozei, cu țări cu incidență scăzută unde cazurile sunt diagnosticate din ce în ce mai mult la populații de origine străină, alte țări cu rate de notificare medii spre ridicate, dar în care frecvența TB MDR este încă scăzută, și țări care înregistrează rate de notificare relativ ridicate și un număr mare de cazuri de TB MDR. Per ansamblu, în 2007, țările EU și SEE/AELS au raportat 41 205 de cazuri confirmate de TBC (8,2 la 100 000).

## HIV, infecții cu transmitere sexuală, hepatita B și C, și HIV

În 2007, infecția cu virusul HIV continuă să aibă o importanță majoră pentru sănătatea publică în Europa fără vreun semn de scădere a numărului raportat de cazuri recent diagnosticate. Cu toate acestea, numărul de cazuri diagnosticate cu SIDA continuă să scadă, cu excepția anumitor țări din Europa de Est și Centrală. Modul



predominant de transmitere variază în funcție de țară și de regiunea geografică, ilustrând diversitatea bogată a epidemiologiei virusului HIV în Europa.

În 2007, infecția cu *Chlamydia trachomatis* a continuat să fie cea mai frecventă boală cu transmitere sexuală raportată (și boala cel mai frecvent raportată în Europa în general). Peste un sfert de milion de cazuri confirmate cu infecție *C. trachomatis* au fost raportate de 22 dintre țările UE și SEE/AELS, care le-au transpus într-o rată generală de 122,6 la o populație de 100 000. Chlamydia a continuat să afecteze în principal persoanele tinere între 15 și 24 de ani. Incidența reală a infecției cu *C. trachomatis* părea să fie mai ridicată, iar ratele de notificare păreau să reflecte mai mult practicile de depistare și volumul de testare decât incidența reală.

În mod remarcabil, Suedia a raportat o creștere de 45% a numărului de cazuri din 2006, probabil datorită metodelor inovatoare de depistare a noii forme de *C. trachomatis* care a fost raportată pentru prima dată în noiembrie 2006. Un sondaj la nivelul întregii UE a relevat că răspândirea acestei forme s-a limitat la Suedia și la partenerii sexuali ai suedezilor din alte țări.

Majoritatea țărilor europene dispun de sisteme de supraveghere pentru hepatita B și hepatita C, însă din cauza diferențelor dintre acestea, mai ales în structurile sistemului, practicile de raportare, metodele de colectare a datelor și definițiile de caz utilizate, este dificilă compararea datelor de supraveghere între diferite țări.

## Boli și zoonoze transmisibile prin alimente și apă

Campilobacterioza a rămas cauza cea mai frecvent raportată a bolilor gastrointestinale din țările UE și SEE/AELS, iar în 2007, rata de notificare a crescut cu peste 15% comparativ cu 2006. Variabilitatea amplă a sistemelor de raportare dintre țări combinată cu un grad ridicat de raportare insuficientă care se produce în anumite țări îngreunează foarte mult comparațiile directe între acestea.

În 2007, rata de notificare a salmonelozei a rămas ridicată în țările UE și SEE/AELS, însă se continuă tendința de scădere observată încă din 2004.

Un total de 13 952 de cazuri confirmate de hepatită A au fost raportat de 29 de țări UE și SEE/AELS, iar imaginea epidemiologică a hepatitei A variază foarte mult pe teritoriul regiunii. În Letonia, în noiembrie 2007 a izbucnit o epidemie de hepatită A.

## Boli emergente și transmise de vectori

În august 2007, a fost raportată o epidemie de febră chikungunya în Italia cu 217 cazuri confirmate de laborator. Transmiterea la nivel local a virusului chikungunya s-a produs în urma introducerii acestuia de către un singur vizitator întors în India și a arătat că țânțarul *Aedes albopictus* este într-adevăr un vector capabil să transmită virusul în mod eficient în UE.

În 2007, a fost raportat un număr total de 637 de infecții cu febra Q în 22 de țări UE și SEE/AELS, o cifră similară celei din 2006 (583). Epidemiile de febră Q au fost raportate și în Țările de Jos și Slovenia, implicând 168 și respectiv 86 de cazuri.

Un număr total de 40 de cazuri confirmate de febră hemoragică virală, în mare parte infecții cu Hantavirus, au fost raportate de către șapte state membre.

## Rezumatul amenințărilor din 2007

De la începutul activităților de informare privind epidemiile din iulie 2005, ECDC a monitorizat peste 696 de amenințări până în 2008. În anul 2008, ECDC a monitorizat 250 de amenințări, din care 227 (91%) au fost deschise în 2008, 14 (6%) au fost raportate din 2007, și nouă (4%) reprezintă amenințări recurente. Amenințările recurente au fost legate de gripa aviară din întreaga lume și din regiunea europeană, situația la nivel mondial a febrei chikungunya, a poliomielitei, febrei denga, holerei și rujeolei, precum și noua formă a bolii Creutzfeldt-Jakob și a tuberculozei cu rezistență extinsă la medicamente.

Mai exact, unele dintre amenințările monitorizate au inclus:

- virusurile gripale A(H1N1) rezistente la oseltamivir în 21 de state membre, cu procentaje cuprinse între sub 1% în Italia și 68% în Norvegia;
- izbucnirea a cinci epidemii de hepatită A de importanță internațională care au fost monitorizate în 2008, ceea ce a reprezentat o creștere semnificativă față de anii precedenți;
- izbucnirea unei epidemii de *Shigella sonnei* care a afectat mai mult de 140 de angajați din Suedia expuși în cantina de la locul de muncă;
- 85 de focare de *Legionella* înregistrate în 2008;



- 11 epidemii de rujeolă în 2008 în țările UE și SEE/AELS, având drept rezultat cazuri secundare în alte state membre în ciuda scăderii incidenței rujeolei în Europa din 2006. Aceasta a reprezentat o creștere a focarelor comparativ cu anii 2007 (7) și 2006 (2);
- 11 amenințări legate de tuberculoză evaluate în 2008. Evenimentele erau legate de circulația pacienților care sufereau de tuberculoză: șapte prin transport aerian și trei prin transport maritim;
- infectarea cu virusul letal Marburg a unui turist care se întorcea din Uganda în Țările de Jos în iulie 2008.
- primul caz de febră hemoragică Crimeea-Congo (CCHF) confirmat în nordul Greciei în iulie 2008.

## Concluzii

Pe baza rezumatului statisticilor și tendințelor cheie, putem să concluzionăm că prioritățile pentru prevenirea și controlul bolilor transmisibile din țările UE și SEE/AELS nu s-au modificat considerabil de la ultima ediție a REA, însă este necesară accentuarea câtorva aspecte.

Datele din 2007 arată că rezistența antimicrobiană constituie un pericol important, în creștere, pentru sănătatea publică în Europa. Călătoriile și comerțul internațional facilitează răspândirea rezistenței antimicrobiene. Problema face apel la cooperare internațională – precum și eforturi concertate la nivel național – pentru a izola și preveni apariția rezistenței antimicrobiene.

În domeniul infecțiilor asociate asistenței medicale, este necesar un sondaj de prevalență pentru întreaga UE pentru a evalua consecințele tuturor tipurilor de infecții din spațiile aferente asistenței medicale din Europa. Elaborarea unui protocol standardizat european pentru acest sondaj de prevalență face parte acum din programul de lucru al ECDC și va oferi posibilitatea pentru diferite protocoale de prevalență IAM la nivel național pentru a fi adoptate astfel încât să permită comparațiile internaționale.

În domeniul bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare, încă există îngrijorări cauzate de posibilitatea ca, după introducerea vaccinului, serotipurile vizate de vaccinul conjugat pneumococic să fie înlocuite de serotipuri care nu sunt vizate, după cum s-a observat deja în Statele Unite. Din acest motiv, în UE este posibil să fie necesar un sistem de supraveghere îmbunătățit care să implice și supravegherea de laborator.

După cum s-a preconizat, aproape 90% din cazurile de rujeolă raportate în țările UE și SEE/AELS au inclus persoane nevaccinate; semn că rujeola încă mai este o problemă pentru grupurile de populație cu acoperire vaccinală redusă. Mai mult, toate cazurile fatale sau complicate implică persoane nevaccinate. Prin urmare, mărirea nivelului de acoperire în Europa rămâne o prioritate de sănătate publică chiar dacă eliminarea nu se poate realiza în 2010.

Izbucnirea infecțiilor de rujeolă poate avea loc, uneori, la persoane care au primit două doze din vaccinul MMR, iar acest aspect trebuie să fie explorat suplimentar.

Statele membre au depus eforturi foarte mari pentru a confirma toate cazurile de rujeolă pe care le-au raportat, cu foarte puține excepții. Îmbunătățirea gradului de sensibilitate și specificitate a supravegherii rujeolei este deosebit de importantă având în vedere scopul OMS de eliminare a acesteia în 2010.

Caracteristica neobișnuită a sezonului de gripă 2007-2008 a fost emergența virusului gripal A(H1N1) rezistent la oseltamivir. A fost pentru prima dată când s-a observat că virusul gripei sezoniere umane rezistent la inhibitorii de neuraminidază se putea transmite complet de la o persoană la alta. Supravegherea rezistenței la antivirale a virusurilor gripei sezoniere trebuie să continue pentru a monitoriza posibilele reapariții ale tulpinilor rezistente.

În domeniul controlului TBC – în cadrul spațiului epidemiologic eterogen din țările UE și SEE/AELS – numărul țărilor cu incidență ridicată/medie de TBC rămâne același, și în ciuda progresului acestora în sensul reducerii epidemiei, este necesară acordarea unei atenții deosebite în ceea ce privește controlul, inclusiv optimizarea supravegherii. În anumite țări cu incidență redusă, datele au arătat o scădere continuă a cazurilor de îmbolnăvire a resortisanților și un transfer clar al epidemiei la populații mult mai vulnerabile precum migranții. Raportarea co-morbidității TBC/HIV a rămas incompletă, este necesară extinderea suplimentară a domeniului de testare a susceptibilității la medicamente, precum și o raportare și o analiză a rezistenței medicamentelor din linia a doua.

Elaborarea și punerea în aplicare a metodelor îmbunătățite de supraveghere a hepatitei B și C constituie priorități ale ECDC. Datele mai bune de supraveghere sunt esențiale în scopul furnizării informațiilor necesare pentru a monitoriza tendințele, pentru a înțelege diferențele de epidemiologie și pentru a evalua programele de prevenire din UE. Cu toate acestea, natura cronică a ambelor boli face dificilă separarea incidenței de prevalență – la fel ca pentru infecția HIV – și nu există o soluție ușoară la această problemă.

În final, în domeniul bolilor transmise prin alimente și apă, viitoarele rapoarte vor încerca să separe cât mai clar datele privind serogrupul O157 și non-O157 *Escherichia coli* cu producerea toxinei vero/shiga (VTEC), deoarece acestea au priorități foarte diferite în sistemele țărilor și, în consecință, au acoperire diferită – cu O157 sunt mult mai bine acoperite decât celelalte serogrupuri.

**Tabelul A. Imagine de ansamblu asupra tendinței generale, rata de notificare din UE și principalele grupe de vârstă afectate de bolile transmisibile raportate în țările UE și SEE/AELS În 2007. Numărul țărilor care au raportat (n=30)**

Boala	Tendința generală pe o perioadă de 10-ani	Rata de notificare din UE la 100 000 (2007)	Principalele categorii de vârstă afectate (2007)
<b>Infecții ale tractului respirator</b>			
Gripă	↔	Date inexistente	Date insuficiente
Gripă aviară	↑	0	Niciun caz
Legionella	↑	1,1	65+
Tuberculoză	↓	8,2	25–44
<b>HIV, infecții cu transmitere sexuală și infecții virale transmisibile prin sânge</b>			
Chlamydia	↑	122,6	15–24
Gonoreea	↔	9,5	15–24
Hepatita B	↓	1,5	25–44
Hepatita C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
SIDA	↓	1,2	25–44
Sifilis	↑	4,4	25–44
<b>Boli și zoonoze transmisibile prin alimente și apă</b>			
Antrax	↔	<0,01	Date insuficiente
Botulism	↔	<0,1	25–44
Bruceleză	↓	0,1	25–64
Campilobacterioză	↑	46,7	0–4
Holeră	↓	<0,01	25–44
Criptosporidioză	↓	2,4	0–4
Echinococoză	↓	0,2	45–64
<i>Escherichia coli</i> producătoare de verocitotoxină (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Giardiază	Date insuficiente	61,7	0–4
Hepatita A	↓	2,8	5–14
Leptospiroză	↔	0,2	45–64, 25–44
Listerioză	↑	0,4	65+
Salmoneloză	↓	34,3	0–4
Shigelloză	↓	2,1	0–4
Toxoplasmoză	↓	0,8	5–14
Trichineloză	↔	0,2	25–44
Tularemie	↔	0,3	45–64
Febră tifoidă/paratifoidă	↓	0,2	0–4
CJD variabilă	Date insuficiente	<0,01	15–24
Yersinioză	↑	2,9	0–14

Boala	Tendința generală pe o perioadă de 10-ani	Rata de notificare din UE la 100 000 (2007)	Principalele categorii de vârstă afectate (2007)
<b>Boli emergente și transmise de vectori</b>			
Malarie	↔	1	25–44
Ciumă	Date insuficiente	0	Niciun caz
Febră Q	↓	0,2	15–24, 45–64
Sindrom respirator acut sever (SRAS)	Date insuficiente	0	Niciun caz
Variolă	Date insuficiente	0	Niciun caz
Febre hemoragice virale (VHF)	Date insuficiente	Date insuficiente	Date insuficiente
Febră Chikungunya	Date insuficiente	<0,01	Date insuficiente
Febră West Nile	Date insuficiente	<0,01	> 15
Febră galbenă	Date insuficiente	0	Niciun caz
<b>Boli care pot fi prevenite prin vaccinare</b>			
Difterie	↓	<0,01	45–64, 5–14
Infecție invazivă <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Boală invazivă meningococică	↓	1,0	0–4
Infecție invazivă pneumococică	↔	6,3	65+, 0–4
Rujeolă	↓	0,6	0–4
Oreion	↓	4,3	5–14
Tuse convulsivă	↓	4,4	5–14
Poliomielită	Date insuficiente	0	Niciun caz
Rabie	Date insuficiente	<0,01	Date insuficiente
Rubeolă	↓	1,2	0–4
Tetanos	↓	<0,1	65+
<b>Rezistență antimicrobiană și infecții asociate asistenței medicale</b>			
RAM	↑	Nu se aplică	Date inexistente
Infecții nozocomiale	↑	Nu se aplică	Date inexistente

## 14. Supravegherea HIV/SIDA în Europa - 2008

(Publicat în decembrie 2009)

### Puncte esențiale

Infecția cu virusul HIV rămâne o problemă majoră în domeniul sănătății publice din Europa, demonstrându-se nivelul tot mai ridicat de transmitere a virusului HIV într-o serie de țări europene. În general, în ciuda rapoartelor incomplete, numărul noilor cazuri depistate de infecție cu virusul HIV raportate în 2008 a crescut, în timp ce numărul cazurilor diagnosticate cu SIDA a continuat să scadă în Regiunea europeană a OMS, cu excepția regiunii estice în care numărul de cazuri de SIDA a crescut.

- În 2008, au fost diagnosticate 51 600 de cazuri de infecție HIV, acestea fiind raportate de 48 dintre cele 53 de țări membre ale Regiunii europene a OMS și Liechtenstein (nu au fost furnizate date din Austria, Danemarca, Liechtenstein, Monaco, Rusia sau Turcia). Cele mai ridicate rate au fost raportate în Estonia, Letonia, Kazahstan, Moldova, Portugalia, Ucraina și Regatul Unit.
- 7 565 de cazuri de SIDA au fost raportate de 47 de țări (nu au fost furnizate date din Danemarca, Suedia, Kazahstan, Liechtenstein, Monaco, Rusia sau Turcia).
- În anul 2008, 25 656 de noi cazuri diagnosticate cu virusul HIV au fost raportate de țările Uniunii Europene și din Spațiul Economic European (UE/SEE) (nu au fost furnizate date din Austria, Danemarca sau Liechtenstein). În UE/SEE, cele mai ridicate rate au fost raportate de Estonia, Letonia, Portugalia și Regatul Unit.
- În UE/SEE, modul predominant de transmitere a infecției cu virusul HIV este prin contact homosexual urmat de contactul heterosexual. Aproximativ 40% dintre cazurile raportate a fi fost contactate pe cale heterosexuală au fost depistate la persoane provenind din țări cu epidemii de HIV/SIDA generalizate.
- În cele trei zone geografice/epidemiologice, modul predominant de transmitere variază în funcție de zonă, ilustrând diversitatea largă a epidemiologiei HIV în Europa. În zona de est, utilizarea drogurilor injectabile reprezintă principalul mod de transmitere, în timp ce în zona centrală modul predominant de transmitere a virusului HIV este prin contact homosexual urmat de contactul heterosexual. În zona vestică, modul predominant de transmitere este prin contact homosexual, fiind urmat de contactul heterosexual, atunci când sunt excluse cazurile care provin din țările în care se înregistrează epidemii generalizate.
- Începând cu anul 2000, rata noilor cazuri diagnosticate cu virusul HIV, raportate la un milion de locuitori s-a dublat, de la 44 la un milion în anul 2000 la 89 la un milion în 2008, conform celor 43 de țări care au raportat în mod consecvent supravegherea HIV.
- Din cele 46 de țări care au raportat în mod consecvent date legate de SIDA aferente perioadei 2000–08, numărul de cazuri de diagnosticare cu SIDA a scăzut de la 12 072 de cazuri (19/un milion) la 7 564 de cazuri (12/un milion).
- Datele prezentate în acest raport implică anumite limitări, datorită rapoartelor incomplete și a absenței datelor dintr-o serie de țări și deoarece datele sunt supuse unor întârzieri de raportare. Acest aspect limitează concluziile care pot fi emise în ceea ce privește amploarea și sfera de acțiune a epidemiilor de HIV și SIDA în Europa. Dacă datele ar fi corectate în funcție de aceste limitări, numărul total de infecții cu virusul HIV probabil că s-ar dubla pentru anul 2008. Mai mult, se așteaptă ca numărul raportat pentru 2008 să fie actualizat în perioada următoare, dat fiind întârzierile de raportare înregistrate în mai multe țări.

### Recomandări legate de supravegherea HIV/SIDA

Datele privind supravegherea HIV/SIDA sunt esențiale pentru monitorizarea fenomenelor asociate epidemiei de HIV și pentru evaluarea reacției în domeniul sănătății publice. Prin urmare, toate țările europene trebuie:

- să pună în aplicare sistemele naționale de raportare bazate pe cazurile de HIV și SIDA și să asigure completitudinea și furnizarea la timp a datelor și
- să îmbunătățească calitatea datelor raportate, în special în ceea ce privește posibilele căi de transmitere.

## Recomandări în domeniul sănătății publice

Intervențiile efectuate în vederea deținerii controlului asupra epidemiei trebuie să se bazeze pe dovezi și să fie adaptate în funcție de țară și zona geografică. Conform datelor de supraveghere disponibile, trebuie formulate următoarele recomandări:

- În țările din zona estică: intervențiile în vederea controlului infecției HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, inclusiv programele de schimb de seringi, trebuie să reprezinte baza strategiilor de prevenire a HIV. Trebuie, de asemenea, consolidate măsurile de prevenire a transmiterii pe cale heterosexuale la persoanele cu parteneri din grupele cu grad ridicat de risc.
- În țările din zona centrală: prevenirea trebuie adaptată la contextul fiecărei țări în vederea limitării gradului de răspândire a epidemiei la cel mai redus nivel înregistrat în prezent. Cu toate acestea, întrucât epidemia în rândul homosexualilor este în creștere, intervențiile efectuate în vederea controlului infecției HIV în cadrul acestui grup trebuie evidențiate ca fiind prioritare.
- În țările din zona vestică: intervențiile efectuate în vederea controlului infecției HIV în rândul homosexualilor trebuie să reprezinte baza strategiilor de prevenire a HIV, inclusiv programele inovatoare destinate acestui grup. Intervențiile efectuate în vederea prevenirii, tratamentului și îngrijirii trebuie adaptate pentru a fi accesibile migrantilor.
- În general, consilierea și testarea HIV trebuie promovată pentru a asigura diagnosticarea precoce și accesul la tratament și consiliere pentru a preveni sau reduce transmiterea ulterioară și îmbunătățirea rezultatelor tratamentului pe termen lung pentru persoanele vizate. Accesul egal la tratamentul HIV și la serviciile de îngrijire pentru toate grupurile de populație care au nevoie de acestea trebuie asigurat pentru ca țările să îndeplinească obiectivul global de Acces Universal la prevenire, tratament și servicii de îngrijire.

## Anexă: publicații ECDC în 2009

Această listă include numai publicațiile oficiale ECDC din 2009. Toate aceste publicații pot fi accesate pe portalul Centrului ([www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)), multe dintre acestea fiind, de asemenea, disponibile în format tipărit. Unele dintre acestea au fost actualizate în cursul anului sau au fost editate a doua oară – lunile enumerate mai jos se referă la ultima ediție.

În cursul anului, personalul ECDC a publicat numeroase articole științifice sau a colaborat la elaborarea altor publicații, inclusiv *Eurosurveillance*, care nu sunt menționate aici. De asemenea, Centrul a elaborat numeroase materiale succinte de comunicare legate de pandemia de gripă, precum evaluări de riscuri și ipoteze de planificare. Acestea sunt disponibile online, dar nu sunt menționate aici.

### Rapoarte tehnice

#### **Mai**

Development of *Aedes albopictus* risk maps

#### **Iunie**

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – ‘The ECDC Menu’

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

#### **Iulie**

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

#### **Septembrie**

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report)

#### **Noiembrie**

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

### Orientări ECDC

#### **Mai**

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

#### **Iunie**

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or ‘containment’) strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

#### **August**

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

#### **Noiembrie**

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

## Rapoarte de supraveghere

### *Martie*

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

### *Iunie*

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

### *Octombrie*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

### *Decembrie*

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

## Rapoarte ale reuniunilor

### *Martie*

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

### *Aprilie*

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

### *Mai*

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

### *Iunie*

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

### *August*

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

### *Octombrie*

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

### *Noiembrie*

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

### *Decembrie*

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

## Documente tehnice

### *Iulie*

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy



***Septembrie***

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

***Noiembrie***

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

***Decembrie***

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

**Publicații instituționale*****Trimestriale (martie, iunie, septembrie, decembrie)***

ECDC Insight

Executive Science Update

***Iunie***

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

***August***

Annual Report of the Director: Summary – 2008