



ECDC **CORPORATE**

Sinteza principalelor
publicații pentru anul
2010

ECDC CORPORATE

Sinteza principalelor publicații pentru anul 2010



Citare recomandată: Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, Sinteza principalelor publicații pentru anul 2010, Stockholm: ECDC; 2011.

Stockholm, aprilie 2011

© Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, 2011.

Reproducerea este autorizată în cazul în care se menționează sursa.

Cuprins

Introducere	V
Rapoarte tehnice	1
1 Evaluarea riscurilor privind febra Q.....	1
2 Supravegherea și prevenirea hepatitei B și C în Europa	3
Ghiduri ECDC.....	5
3 Managementul cazurilor sporadice de boală meningococică invazivă și al contactilor acestora	5
4 Testarea HIV: creșterea numărului de testări și a eficienței acestora în Uniunea Europeană	7
Rapoarte de supraveghere	11
5 Supravegherea tuberculozei 2008	11
6 Supravegherea gripei în Europa 2008/2009 – săptămâna 40/2008 - săptămâna 39/2009	13
7 Supravegherea bolilor bacteriene invazive în Europa 2007	14
8 Raportul epidemiologic anual privind bolile transmisibile din Europa 2010	16
9 Supravegherea rezistenței la antibiotice în Europa, 2009	22
10 Supravegherea HIV/SIDA în Europa, 2009	24
Rapoarte speciale	26
11 Punerea în aplicare a Declarației de la Dublin privind parteneriatul pentru lupta împotriva HIV/SIDA în Europa și Asia Centrală: Raport de progres pentru 2010	26
12 Pandemia de A(H1N1) din 2009 din Europa – evaluarea experienței acumulate	29
13 Progresele în direcția eliminării TBC – Raport de monitorizare a Planului-cadru de acțiune pentru combaterea tuberculozei în Uniunea Europeană	31
Anexă: publicații ECDC în 2010	33
Rapoarte tehnice	33
Ghiduri ECDC	33
Rapoarte de supraveghere	33
Rapoarte speciale	34
Rapoarte ale reuniunilor	34
Rapoarte ale misiunilor	34
Documente tehnice	34
Publicații instituționale	35
Publicații periodice	35

Introducere

În anul 2010, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) a publicat un număr total de 35 de documente științifice. Elementele cele mai importante includ:

- *Raportul epidemiologic anual privind bolile transmisibile în Europa anului 2010*, a patra ediție a publicației anuale a ECDC care conține o sinteză completă a datelor de supraveghere din 2008;
- *Supravegherea tuberculozei în Europa – 2008* și *Supravegherea HIV/SIDA în Europa – 2009*, ambele întocmite în colaborare cu Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății, care acoperă date de supraveghere aferente atât situației înregistrate în țările din Uniunea Europeană (UE) și din Spațiul Economic European (SEE), cât și celei din alte 23 de țări din cadrul Biroului regional pentru Europa al OMS;
- *Punerea în aplicare a Declarației de la Dublin privind parteneriatul pentru lupta împotriva HIV/SIDA în Europa și Asia Centrală: Raport de progres pentru anul 2010*, o evaluare a progreselor înregistrate până în 2010 pe baza datelor provenite din 49 de țări.
- *Supravegherea rezistenței la antibiotice în Europa anului 2009*. Raportul anual al Rețelei europene de supraveghere a rezistenței la antibiotice (EARS-Net), primul raport anual al EARS-Net după tranziția Sistemului european de supraveghere a rezistenței la antibiotice (EARSS) la ECDC, în 1 ianuarie 2010, oferă date de referință europene privind rezistența antimicrobiană pentru scopuri de sănătate publică.
- *Pandemia de A(H1N1) din 2009 din Europa, evaluarea experienței acumulate*, o perspectivă de ansamblu asupra epidemiologiei și virusologiei pandemiei în țările membre UE și SEE în anul 2009.

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.

În Anexă este inclusă lista tuturor publicațiilor ECDC din 2010. 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.

Rapoarte tehnice

1 Evaluarea riscurilor privind febra Q

(Publicat în mai 2010)

La solicitarea Comisiei Europene, s-a realizat o **evaluare a riscului** pentru a răspunde unor întrebări legate de febra Q și de transmiterea acesteia prin sânge, de impactul febrei Q cronice asupra sănătății și de riscurile pe care aceasta le prezintă pentru femeile însărcinate. În contextul focarului existent în prezent în Olanda, ECDC a primit, de asemenea, solicitarea de a aborda problema transmiterii transfrontaliere a bolii și necesitatea unor sisteme de supraveghere mai eficiente. Evaluarea riscului a fost realizată în conformitate cu principiile metodologiilor bazate pe dovezi concrete, prin definirea unor termeni de căutare pentru fiecare aspect în parte, a unor criterii de includere și excludere pentru studiile identificate și prin evaluarea calității dovezilor. O evaluare a celor mai concludente dovezi disponibile a fost prezentată și discutată în cadrul unui grup de experți alcătuit din reprezentanți din Olanda, Franța, Germania, Marea Britanie și Statele Unite. Lucrările au fost demarate simultan și în coordonare cu o evaluare a riscului de febră Q a Autorității Europene pentru Siguranța Alimentară.

Febra Q acută este, de obicei, o afecțiune ușoară, spontan rezolutivă, asemănătoare gripei, care, însă, este uneori asociată cu pneumonie, hepatită și alte simptome. În cele mai multe cazuri, aceasta se poate trata cu succes prin administrarea unui tratament de două săptămâni cu doxiciclină.

Coxiella burnetii este o bacterie cu habitat obligatoriu intracelular, care poate fi transmisă prin **sânge și țesuturi**. Riscul transmiterii de acest tip este redus, existând un singur caz documentat în literatura de specialitate. În timpul unei epidemii, se impune delimitarea zonei endemice și adoptarea unor măsuri de siguranță, precum supravegherea activă a persoanelor care beneficiază de transfuzii de sânge și transplanturi de țesut și verificarea donatorilor și produselor din sânge și țesuturi. În cazul călătorilor care se întorc din zona afectată în perioada de incubație și care prezintă bacteriemie asimptomatică (între cinci și șapte săptămâni), se poate lua în considerare interzicerea donării de sânge până la finalul acestei perioade. Pentru pacienții care au beneficiat de transfuzii de sânge și care sunt supuși unui risc extrem de ridicat, precum cei cu insuficiență valvulară, se poate recomanda un tratament cu antibiotice. Donatorilor care au suferit o infecție cu febră Q acută trebuie să li se interzică donarea de sânge pe o perioadă de doi ani de la data confirmării vindecării de această infecție acută. Beneficiile punerii în aplicare a unor astfel de măsuri trebuie evaluate atent, luând în considerare impactul negativ pe care acestea l-ar putea avea asupra rezervei de sânge din zonă. Ar trebui pusă la punct o strategie pentru comunicarea riscurilor.

Febra Q cronică este o complicație gravă a unei infecții cu febră Q acută, care apare în aproximativ 2% dintre cazurile simptomatice acute, iar rata fatalității poate varia între 5% și 50%. Febra Q cronică duce la endocardită în cazul grupurilor de risc precum persoanele care suferă deja de valvulopatie, cele cu valvă prostetică sau cu greafă vasculară. Pacienții cu cancer sau imunosupresați sunt, de asemenea, expuși unui risc ridicat. Febra Q cronică trebuie tratată cu mai multe tipuri de antibiotice timp de cel puțin un an, în unele cazuri fiind necesară extinderea acestui tratament pe toată durata vieții. Înlocuirea chirurgicală a valvelor cardiace afectate s-ar putea dovedi necesară.

Cea mai bună strategie de evitare a unei forme cronice o reprezintă depistarea și tratarea eficientă a febrei Q acute. În acest sens, există trei strategii potențiale: (1) creșterea conștientizării personalului medical și a publicului larg pentru a răspunde nevoilor grupurilor de risc; (2) monitorizarea activă, prin metode serologice, a grupurilor de risc identificate în vederea depistării și tratării precoce a febrei Q acute; sau (3) recomandarea efectuării unei ecocardiografii tuturor pacienților care suferă de febră acută Q pentru diagnosticare și monitorizare activă.

Este necesar să se demareze studii de cohortă prospective și studii clinice controlate (atunci când acest lucru este posibil din punct de vedere etic) pentru a obține dovezi mai relevante cu privire la metodele de prevenire și stopare a focarelor de febră Q în sectorul sănătății publice și la cele de diagnosticare și tratare a formelor acute și cronice la nivel clinic.

Dovezile privind incidența **febrei Q în timpul sarcinii** sunt foarte limitate și au la bază, în principal, observații și activități de cercetare pe animale domestice și animalele utilizate în scopuri experimentale, studii de seroprevalență, rapoarte de caz și o serie clinică de 53 de femei însărcinate pe o perioadă de 15 ani. Riscul la care sunt expuse femeile însărcinate din cauza efectelor unor forme severe de febră Q, în comparație cu riscul la care este expusă populația generală (de sex feminin) nu poate fi evaluat pe baza dovezilor existente în prezent. Au fost raportate mai multe cazuri de infecție cu *Coxiella burnetii* în timpul sarcinii care au avut consecințe grave asupra evoluției acesteia. În unele cazuri, *Coxiella burnetii* a fost depistată în placentă și în țesutul fetal. *Coxiella* a fost identificată și în laptele matern uman, însă nu a fost validat niciun caz de transmitere a acesteia la copilul alăptat.

Există o serie de indicii potrivit cărora tratamentul antibiotic pe termen lung cu cotrimoxazol poate preveni consecințele severe asupra evoluției sarcinii, însă dovezile sunt bazate pe serii clinice fără randomizare și fără verificarea potențialelor erori. Atât timp cât nu sunt disponibile alte dovezi obținute în urma unor studii privind un tratament de înaltă calitate, femeile însărcinate diagnosticate cu infecție cu febră Q trebuie să urmeze un tratament cu antibiotice pe toată durata sarcinii. Cu toate acestea, baza științifică a acestei recomandări este fragilă, iar ECDC recomandă cu fermitate efectuarea unor studii clinice randomizate, controlate în vederea obținerii unor dovezi mai fiabile.

Femeile însărcinate trebuie sfătuite să evite fermele din zonele afectate. ECDC nu recomandă renunțarea la alăptat, cu excepția cazurilor în care este vorba despre o boală cronică a mamei care necesită un tratament pe termen lung.

În Austria, este produs și autorizat un vaccin din celule întregi, inactivate de formalină **împotriva febrei Q**. Vaccinul este eficient, însă este necesară o testare pre-vaccinare din cauza reactogenității ridicate la persoanele care au mai fost infectate cu *Coxiella burnetii*. Din acest motiv, vaccinul este mai indicat pentru grupuri de risc definite decât pentru vaccinarea întregii populații.

Dovezile disponibile indică existența unei arii efective de **răspândire pe cale aeriană** a *Coxiella burnetii* de mai puțin de 5 km. Prin urmare, riscul de răspândire pe cale aeriană este limitat la statele vecine Olandei (adică Germania și Belgia) și la zonele din apropierea focarelor. Supravegherea sau depistarea activă a febrei Q acute în cadrul grupurilor de risc posibile (adică femeile însărcinate, pacienții cu valvulopatie sau boli vasculare) la nivel local pe o perioadă definită reprezintă o metodă fezabilă și eficientă de depistare a infecțiilor. În zonele adiacente focarului epidemic (≤ 5 km de sursă), trebuie inițiate campanii de sensibilizare în rândul furnizorilor de asistență medicală. Dacă zona afectează, de asemenea, teritoriile altor state membre, autoritățile de sănătate publică responsabile trebuie să își informeze omologii din statele în cauză. Schimbul de informații dintre autoritățile de sănătate publică și cele veterinare va facilita depistarea precoce a unui focar. Mai mult, autoritățile de sănătate și cele veterinare de la nivel național și local trebuie să adopte măsurile necesare în vederea limitării focarului.

2 Supravegherea și prevenirea hepatitei B și C în Europa

(Publicat în octombrie 2010)

Domeniu de aplicare

Acest studiu a fost realizat pentru a cartografia sistemele de supraveghere și programele de prevenție naționale existente pentru hepatita B și C în UE/SEE.

Hepatita B

Supravegherea în Europa

Toate statele au declarat că dețin un sistem de raportare pasiv obligatoriu pentru hepatita B. În 15 țări exista doar un singur sistem de supraveghere specific, în timp ce patru țări dispuneau de multiple sisteme de supraveghere. Obiectivele naționale de supraveghere sunt foarte similare în diverse țări, însă definițiile de caz nu au fost întotdeauna în conformitate cu obiectivele. Opt state au afirmat că pun în aplicare definiția de caz UE-2008, iar alte trei utilizau definiția de caz UE-2002. În total, 21 de state utilizau o definiție de caz foarte asemănătoare cu definiția UE. Pe baza diferitelor definiții de caz, 28 de state raportează cazurile confirmate, iar 27 includ cazurile de hepatită B acută. Cazurile cronice sunt incluse în rapoartele a 17 țări; cazurile asimptomatice sunt frecvent omise. Douăzeci și șase de țări au raportat colectarea de date caz cu caz la nivel național, însă frecvența analizării variază de la un stat la altul. În 26 de state se colectează un set de date de bază (vârstă, sex, reședință, data debutului bolii, data raportării), însă lipsesc frecvent date detaliate privind riscul epidemiologic și impactul bolii.

Epidemiologia în Europa

În 2007, numărul cazurilor noi raportate la 100 000 de locuitori de 27 de state variază între 0 și 15,0 cu o medie de 1,5 (Raportul epidemiologic anual privind bolile transmisibile în Europa anului 2009. Stockholm: ECDC; 2009). Numărul cazurilor raportate de VHB la 100 000 de locuitori în statele UE/SEE a scăzut de la 6,7 la 1,5 din 1995 până în 2007. Monitorizarea tendințelor și realizarea unei comparații între state poate fi o sarcină dificilă deoarece sistemele de supraveghere diferă considerabil, iar modificările recente pot influența datele prezentate.

Prevalența VHB în rândul populației generale diferă în mod semnificativ de la stat la stat, cu un nivel redus spre mediul al purtătorilor de HBsAg în Slovacia (1,6%), Italia (1%), Belgia și Franța (aproximativ 0,6%), Finlanda, Ungaria, Marea Britanie (toate sub 0,5%) și Bulgaria (3,8%). În 24 de state se realizează testarea pentru VHB în rândul femeilor însărcinate, excepție făcând Belgia, Bulgaria, Lituania, Luxemburg și România. Răspândirea în rândul femeilor însărcinate variază între 1,15% în Grecia și 0,14% în Finlanda. De asemenea, există programe de testare (screening) a consumatorilor de droguri injectabile (în 15 din 29 de state), deținuți (11 state), cazurile cu infecții cu transmitere sexuală (9 țări) și persoane cu parteneri sexuali multipli (două țări). Prevalența VHB raportată de opt state în rândul consumatorilor de droguri injectabile a fost mai ridicată decât în cazul populației generale. Răspândirea în rândul consumatorilor de droguri injectabile variază semnificativ, situându-se între 0,5% în Norvegia și 50% în Danemarca. În rândul personalului medical din Danemarca și Germania, aceasta s-a dovedit a fi similară cu cea valabilă în cazul populației generale.

Testare și vaccinare

În 22 de state au fost implementate programe universale de vaccinare destinate sugarilor, copiilor sau adolescenților. Șapte state (Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia, Suedia, Olanda și Marea Britanie) au implementat programe selective de vaccinare vizând grupurile la risc. Programele de prevenție suplimentare pentru diferite grupuri la risc au vizat, de obicei, persoanele supuse unui risc crescut de VHB din cauza expunerii profesionale. În plus, există o gamă largă de programe de vaccinare a grupurilor de risc. Doar jumătate dintre țările care dețin un program de vaccinare de rutină au raportat existența unor rate eterogene de acoperire, însă rata de acoperire în rândul sugarilor (între un an și doi ani) pare a fi de peste 95% (excepție făcând Austria, Malta și Franța).

Hepatita C

Supravegherea în Europa

Toate statele UE/SEE au raportat instituirea unui sistem de raportare pentru hepatita C (fie național, fie destinat unei categorii specifice a populației). În 14 țări, exista un singur sistem de supraveghere specific, însă 15 țări au indicat că utilizează sisteme de supraveghere multiple pentru a monitoriza hepatita C. Obiectivele naționale de supraveghere sunt foarte similare în diferitele state, însă se pare că definițiile de caz nu au fost întotdeauna conforme cu obiectivele. Unsprezece state au precizat că pun în aplicare definiția de caz UE-2008, iar patru state aplică definiția de caz UE-2002. În ciuda acestui fapt, definițiile de caz sunt puse în aplicare în moduri foarte variate în statele membre, în special în ceea ce privește clasificarea cazurilor. Toate țările implicate au confirmat existența

unor cazuri acute în sistemele lor de supraveghere¹, iar 18 dintre acestea au menționat și includerea cazurilor cronice. Unele țări au raportat colectarea unui amestec de cazuri, nefiind disponibil niciun marker serologic pentru a diferenția formele de hepatită C acute de cele cronice. Acest lucru compromite interpretarea datelor disponibile între țări. Douăzeci și șase de țări au raportat colectarea de date caz cu caz la nivel național, însă frecvența analizării variază de la un stat la altul. În plus față de raportarea clinică, 19 țări colectează date de la laboratoare în cadrul sistemului propriu de supraveghere; 10 state nu iau în considerare datele raportate de laboratoare. În 26 de țări se colectează un set de date de bază (vârstă, sex, reședință, data declanșării bolii, data raportării), însă lipsesc frecvent informații detaliate privind riscul epidemiologic și impactul bolii. Raportarea insuficientă pare a fi o practică frecventă din cauza caracterului asimptomatic al bolii.

Epidemiologia în Europa

În 2007, numărul cazurilor noi raportate la 100 000 de locuitori de 27 de state membre variază între 0 și 36, cu o incidență medie de 6,9 cazuri la 100 000 de locuitori (AER, ECDC 2009). Numărul cazurilor raportate de VHC la 100 000 de locuitori în statele UE/SEE a crescut de la 4,5 la 6,9 din 1995 până în 2007. Stabilirea tendințelor și comparațiile dintre state sunt dificile și trebuie realizate cu prudență, deoarece sistemele de supraveghere diferă considerabil, iar modificările recente pot influența datele prezentate. În cazul VHC, interpretarea este compromisă și de natura asimptomatică a infecției, astfel că cifrele raportate reflectă mai curând practicile de testare decât incidența reală a bolii, și din cauza imposibilității stabilirii unei distincții între forma acută și cea cronică a bolii.

Datele privind prevalența VHC în rândul populației generale sunt destul de insuficiente; prevalența variază între 2,6% în Italia în 2007 și 0,12% în Belgia în 2003. O prevalență relativ ridicată a fost raportată de Bulgaria (1,2%) și Slovacia (1,56%). Unsprezece state membre au raportat date privind prevalența în rândul consumatorilor de droguri injectabile, aceasta variind între 25% și 75%. În 2006-2007, Italia a raportat cea mai redusă prevalență (10,8%–25,6%), iar Norvegia cea mai ridicată (70%). Datele privind prevalența VHC se bazează pe markeri serologici pentru hepatita C, fapt ce nu indică segmentul de populație din care fac parte purtătorii, fiind, prin urmare, ineficiente.

Prevenția în Europa

Jumătate dintre țări au indicat faptul că au pus în aplicare programe de testare (screening) în grupuri la risc. 16 state au instituite programe pentru consumatorii de droguri injectabile, iar 11 state pentru deținuți. Încă nu este clar dacă multe dintre țări au implementat programe de monitorizare a ratei de infectare în rândul personalului medical. Se pare că este nevoie de mai multe programe de testare pentru grupurile la risc, populațiile greu accesibile și populația generală, însă înainte de punerea în aplicare a oricărei măsuri trebuie realizată o investigație minuțioasă, bazată pe o analiză a eficienței costurilor și pe disponibilitatea unui tratament eficient.

Concluzie

Pentru prezentul raport s-au colectat și analizat date din 29 de țări UE/SEE referitoare la programele de supraveghere și prevenție a hepatitei B și a hepatitei C. Deși toate țările au implementate sisteme de colectare a datelor la nivel național, aceste sisteme diferă prin metoda de aplicare a definițiilor de caz și utilizarea datelor colectate.

Având în vedere că hepatita este o boală frecventă și, de multe ori, subraportată, prezentul raport încearcă să sintetizeze cele mai recente date disponibile privind prevalența la nivelul UE. Armonizarea datelor disponibile privind supravegherea în vederea îmbunătățirii comparabilității datelor între state va reprezenta o problemă majoră în anii următori.

¹ În Franța, cazurile confirmate de hepatită C acută au fost analizate doar în 2006 și 2007 și doar pentru o anumită categorie a populației, de exemplu, bărbații infectați cu HIV care au relații sexuale cu bărbați.

Ghiduri ECDC

3 Managementul cazurilor sporadice de boală meningococică invazivă și al contactilor acestora

(Publicat în octombrie 2010)

Neisseria meningitidis este o bacterie comensală comună a mucoasei faringiene a omului. Acest microorganism poate cauza o formă severă a bolii meningococice invazive (BMI), manifestându-se, de obicei, ca meningită, septicemie sau ambele. Din nefericire, gestionarea în domeniul sănătății publice a BMI sporadice variază în mod semnificativ în Europa, iar acest lucru poate fi pus, în parte, pe seama incertitudinii ce planează asupra eficienței măsurilor preventive.

Scopul prezentului document este acela de a oferi ghiduri bazate pe dovezi pentru bune practici în domeniul managementului cazurilor sporadice de boală meningococică invazivă și a persoanelor care au intrat în contact cu acestea. Un alt scop al acestuia îl reprezintă sprijinirea țărilor din întreaga Europă în procesul decizional privind măsurile adecvate de control și prevenție a bolii meningococice la nivel național și subnațional. Acest ghid este menit să acorde asistență țărilor europene în cadrul revizuirii politicilor proprii de management și de diagnosticare microbiologică a bolii meningococice. Deși concluziile prezentate aici nu includ ghiduri pentru managementul personalului sanitar expus sau a focarelor comunitare, acestea vor acoperi următoarele domenii relevante:

- Analize de laborator în vederea confirmării diagnosticului de BMI.
- Administrarea antibioticelor la externarea din spital.
- Chimioprofilaxia în cazul persoanelor care au avut contacte apropiate cu bolnavii în diferite medii.
- Alegerea antibioticului pentru chimioprofilaxie în cazul diferitelor grupuri (adultți, copii, femei însărcinate).
- Administrarea vaccinului meningococic în plus față de chimioprofilaxie.

Pe lângă calitatea dovezilor științifice, concluziile țin seama de potențialele avantaje și dezavantaje, valori, dificultăți și costuri.

Rezultate

Concluziile se bazează pe o revizuire sistematică și o analiză critică a celor mai concludente dovezi disponibile în prezent. Pentru a avea o perspectivă de ansamblu, vă rugăm să consultați componenta principală a documentului.

1. Ce analize de laborator se recomandă în vederea stabilirii unui diagnostic precis (specific, exact) și rapid de BMI?

Întrebare de cercetare: Care sunt cele mai exacte și specifice analize de laborator pentru confirmarea diagnosticului de BMI?

- Pe baza unor dovezi de calitate medie, reacția în lanț a polimerazei (PCR) și cultura trebuie să constituie testele de diagnosticare preferate. Dacă este posibil din punct de vedere logistic și economic, laboratoarele de microbiologie care efectuează diagnosticul bolii meningococice trebuie să aibă acces la testarea PCR. În cazurile în care tratamentul antimicrobian a fost deja demarat, testarea PCR a biopsiei/aspirației cutanate ca probă suplimentară pe lângă sânge/lichid cefalorahidian (LCR) ar putea spori – pe baza unor dovezi de calitate redusă – gradul de exactitate al diagnosticării pacienților cu leziuni cutanate.

2. La externarea din spital a unui caz de BMI trebuie administrate antibiotice, altele decât cele utilizate în tratamentul clinic?

Întrebare de cercetare: Administrarea antibioticelor este eficientă pentru eliminarea statutului de purtător la un caz de BMI în vederea prevenirii apariției unor cazuri secundare după externarea din spital, prin comparație cu neadministrarea de antibiotice la externare?

- Calitatea dovezilor în favoarea sau împotriva administrării de antibiotice la cazurile de BMI în momentul externării este foarte scăzută. Cu toate acestea, datorită calității medii a dovezilor privind eficacitatea chimioprofilaxiei atunci când este administrată persoanelor care au avut contacte apropiate cu bolnavii și având în vedere costul relativ redus al intervenției, antibioticele care elimină statutul de purtător ar trebui administrate dacă nu sunt deja utilizate în tratament.

3. Chimioprofilaxia se administrează persoanelor care au locuit împreună cu un caz de BMI sau care au avut un nivel echivalent de contact cu acesta?

Întrebare de cercetare: Care este eficacitatea chemoprolaxiei administrate persoanelor care au locuit împreună cu un caz de BMI pentru prevenirea viitoarelor cazuri în rândul acestora?

- Pe baza unor dovezi de calitate medie obținute în urma unor studii observaționale, persoanelor care au locuit împreună cu un caz de BMI trebuie să li se administreze chemoprolaxie, împreună cu un tratament cu antibiotic pentru eliminarea statutului de purtător.

4. Chimioprolaxia se administrează și copiilor sau elevilor înscriși la aceeași grădiniță, școală sau liceu cu un caz de BMI?

Întrebare de cercetare: Care este eficacitatea chimioprolaxiei administrate persoanelor care au intrat în contact cu un caz de BMI în familie, la grădiniță, la școală și la liceu pentru prevenirea unor cazuri ulterioare?

- Pe baza unor dovezi de calitate scăzută, copiilor care învață în aceeași grădiniță cu un caz de BMI trebuie să li se ofere chimioprolaxie, în funcție de evaluarea riscului. Frecventarea aceeași școli/aceleiași liceu cu un caz de BMI nu trebuie să reprezinte un motiv în sine pentru administrarea chimioprolaxiei.

5. Chimioprolaxia se administrează persoanelor care au băut din același pahar cu un caz de BMI?

Întrebare de cercetare: Care este eficacitatea chimioprolaxiei administrate persoanelor care au băut din același pahar (sau au avut un contact similar, de exemplu, au fumat aceeași țigară, au folosit același tacâmuri) cu un caz de BMI pentru prevenirea viitoarelor cazuri în rândul acestora?

- Pe baza unor probe de calitate scăzută, folosirea în comun a acelorași pahare și țigări sau orice contact similar cu un caz de BMI nu trebuie să reprezinte un motiv în sine pentru administrarea chimioprolaxiei.

6. Chimioprolaxia trebuie administrată persoanelor care au utilizat același mijloc de transport (de exemplu, avion, barcă, autobuz, mașină) cu un caz de BMI?

Întrebare de cercetare: Care este eficacitatea chimioprolaxiei administrate persoanelor care au utilizat același mijloc de transport cu un caz de BMI pentru prevenirea viitoarelor cazuri în rândul acestora?

- Calitatea probelor disponibile în prezent este foarte scăzută. Pe baza acestora, riscul transmiterii BMI în diferite mijloace de transport nu poate fi cuantificat. Nu au fost confirmate cazuri secundare în aceste medii. Prin urmare, deplasarea în același mijloc de transport cu un caz de BMI nu trebuie să reprezinte un motiv în sine pentru administrarea chimioprolaxiei.

7. Ce tip de antibiotice se recomandă pentru chimioprolaxia în rândul adulților, copiilor și femeilor însărcinate?

Întrebare de cercetare: Care sunt cele mai eficiente antibiotice pentru eliminarea statutului de purtător în rândul adulților, copiilor și femeilor însărcinate?

- Pe baza probelor de calitate medie până la ridicată, rifampicina, ciprofloxacina, ceftriaxona, azitromicina și cefixima se pot utiliza pentru profilaxie la adulți și copii. Niciun tratament nu pare a fi mai eficient decât celelalte, însă ciprofloxacina, azitromicina și ceftriaxona pot fi administrate în doză unică. Dezvoltarea rezistenței a fost constatată după administrarea rifampicinei.

8. Persoanelor care intră în contact cu un caz de BMI și primesc chimioprolaxie trebuie să li se facă și vaccin meningococic, dacă este cazul?

Întrebare de cercetare: Care este eficacitatea vaccinării, însoțită de chemoprolaxie, pentru contactii de familie ai un caz de BMI în prevenirea viitoarelor cazuri în rândul acestora?

- Calitatea probelor disponibile în prezent este foarte scăzută, iar următoarele concluzii sunt bazate pe dovezi indirecte. Dacă un caz de boală meningococică este cauzat de o tulpină care poate fi prevenită printr-un vaccin autorizat disponibil, vaccinarea poate fi oferită alături de chimioprolaxie în cazul celor care au locuit împreună cu persoana infectată, cu excepția cazurilor în care aceștia sunt deja considerați imuni.

4 Testarea HIV: creșterea numărului de testări și a eficienței acesteia în Uniunea Europeană

(Publicat în octombrie 2010)

Domeniul de aplicare și scopul acestor ghiduri

Aceste ghiduri bazate pe dovezi au ca scop informarea cu privire la dezvoltarea, monitorizarea și evaluarea strategiilor sau programelor de testare HIV în statele din Uniunea Europeană și Spațiul Economic European (SEE).

De ce este importantă testarea HIV?

La nivelul întregii Europe, numărul persoanelor infectate cu HIV continuă să crească, iar problema diagnosticării tardive este prezentă în multe țări. Există dovezi solide care confirmă că un tratament precoce reduce morbiditatea și mortalitatea, însă multe persoane cu HIV sunt diagnosticate abia într-un stadiu avansat al infecției. Deoarece este posibil ca infecția cu HIV să nu prezinte aproape deloc simptome timp de mai mulți ani, testarea este singura soluție pentru un diagnostic precoce care să permită trimiterea din timp pentru tratament și îngrijire. De asemenea, în cazul persoanelor diagnosticate în stadiu incipient, pericolul de transmitere a virusului este mai scăzut datorită infectivității mai reduse din timpul tratamentului cât și al modificării comportamentului sexual și al celui legat de consumul de droguri injectabile. Transmiterea de la mamă la copil poate fi eficient prevenită prin testarea HIV și prin tratarea femeilor însărcinate. Astfel, diagnosticarea precoce a HIV este extrem de benefică atât pentru individ, cât și pentru comunitate și reprezintă o prioritate majoră în domeniul sănătății publice.

Principiile de bază ale strategiilor naționale pentru testarea HIV

Testarea HIV trebuie să fie voluntară, confidențială și bazată pe consimțământul informat al persoanei

Orice persoană trebuie să aibă acces facil la testarea voluntară, fiind necesare eforturi deosebite în acest sens pentru grupurile cele mai expuse la riscuri și pentru cele vulnerabile la HIV. Acestea vor include persoanele retrase sau marginalizate din societate, al căror acces la testare trebuie încurajat fără a le obliga sau a le încălca dreptul la confidențialitate.

Asigurarea accesului la servicii de tratament, îngrijire și prevenție

Singurul și cel mai important avantaj al testării HIV este accesul la tratament. Asigurarea accesului universal la servicii de tratament și îngrijire și la servicii de prevenție și sprijin, cu stabilirea unui sistem clar de trimitere, trebuie să reprezinte piatra de temelie a strategiilor naționale pentru testarea HIV.

Asumarea unui angajament politic

Este necesar ca guvernele să acorde prioritate programului de testare HIV în scopul obținerii impactului dorit. Acesta va trebui sprijinit prin investiții financiare monitorizate pentru a asigura utilizarea fondurilor într-un mod profitabil.

Reducerea stigmatizării

Stigmatizarea care este în continuare asociată cu HIV reprezintă un obstacol în calea testării, în special în cadrul comunităților care sunt ele însele stigmatizate și în rândul personalului medical. „Normalizarea” testării, adică apropierea acestei proceduri de alte investigații și teste de diagnosticare pentru alte boli, poate contribui la combaterea acestei atitudini, deși testarea trebuie să rămână voluntară.

Înlăturarea obstacolelor juridice și financiare

Strategiile de testare ar trebui să găsească metode prin care să elimine constrângerile de ordin juridic și financiar în ceea ce privește testarea. Acest tip de obstacole pot include politici de urmărire penală pentru transmiterea HIV și cerința privind plata tratamentului atunci când pacientul nu dispune de mijloace financiare suficiente. Cu excepția testării obligatorii în cazul donării de sânge și țesuturi, ar trebui avută în vedere adoptarea unor politici și a unei legislații anti-discriminare pentru a interzice obligativitatea testării pentru orice grup, în orice tip de mediu.

Includerea accesului la testare HIV în strategiile naționale

Toate strategiile naționale de prevenție și tratare a HIV, a altor infecții cu transmitere sexuală (ITS), a hepatitei virale, a tuberculozei și a altor boli ce indică posibila prezență a infecției cu HIV trebuie să includă testarea HIV, elementul-cheie reprezentându-l orientarea ținută a acestora. De asemenea, se impune identificarea unor oportunități de îmbunătățire a accesului și a participării voluntare și confidențiale la testarea HIV, la aceasta adăugându-se alte strategii relevante la nivel național, precum cele care vizează femeile însărcinate, consumul de droguri, prostituția sau serviciile sanitare din penitenciare.

Dezvoltarea și implementarea unei strategii pentru testarea HIV cu participarea părților interesate

Trebuie utilizate informațiile disponibile privind HIV și aspectele asociate la nivel național și local pentru a clarifica obiectivele care trebuie atinse și ierarhizarea priorităților. Acestea trebuie încadrate într-un set de scopuri și obiective strategice, astfel încât toți cei implicați sau afectați să beneficieze de înțelegere comună. Dezvoltarea

strategiei presupune participarea tuturor părților interesate importante în vederea construirii unei coaliții în jurul obiectivelor comune, inclusiv persoanele care suferă de HIV, reprezentanții celor mai afectate comunități, ai societății civile și ai agențiilor de prevenție, profesioniștii specializați în testarea HIV și alte persoane cu rol în implementarea strategiei.

Dezvoltarea unei strategii naționale pentru testarea HIV

Cine trebuie supus testării?

Cunoașterea situației epidemiologice și stabilirea grupurilor celor mai expuse riscului. O abordare națională eficientă a testării HIV va duce la înțelegerea situației epidemiologice existente la nivel local sau național. Programele de testare trebuie să vizeze persoanele expuse riscului de infectare și să acorde prioritate persoanelor expuse celor mai mari riscuri.

Analizarea datelor privind supravegherea sau alte date relevante, inclusiv informațiile despre cazurile de HIV nediagnosticsate sau diagnosticsate tardiv, pentru a înțelege situația epidemiologică și evoluția acesteia în timp la nivel regional și național. Anumite grupuri sunt expuse în mod deosebit riscului de a contracta HIV, printre acestea numărându-se bărbații homosexuali; consumatorii de droguri injectabile; migrantii, în special cei din țările cu prevalență ridicată; partenerii sexuali ai indivizilor din toate aceste grupuri și copiii mamelor HIV- pozitive. Aceste grupuri de populație și/sau riscul pe care îl reprezintă sunt adesea marginalizate și stigmatizate. Vor trebui efectuate studii speciale pentru stabilirea nivelului prevalenței HIV în rândul acestor grupuri, a ratelor de testare HIV și a cunoștințelor, atitudinilor și comportamentului relevant pentru informarea intervențiilor privind creșterea nivelului de disponibilitate față de testarea HIV.

De asemenea, ar trebui evaluate date suplimentare privind alte ITS, comportamentul sexual și consumul de droguri injectabile în rândul populației generale, precum și în cazul grupurilor expuse riscului de a contracta HIV.

Unde are loc testarea?

Evaluarea mijloacelor logistice

Planificarea modalității de aplicare a programului de testare și soluționarea problemelor logistice. Aceasta poate include modul de funcționare a sistemului sanitar, existența accesului la servicii medicale gratuite, gradul de pregătire al serviciilor comunitare, consiliere și sprijin, modalitățile de asigurare a căilor de acces la tratamentul pentru HIV și modalitățile de asigurare a confidențialității.

Punerea la dispoziție a testării în diverse medii

Utilizarea informațiilor legate de situația epidemiologică și grupurile expuse riscului pentru a lua decizii informate în ceea ce privește locurile în care să asigurați posibilitatea testării HIV. De asemenea, analizați care sunt persoanele care au acces la testarea HIV și în ce medii. Din cauza nevoilor diferite și a barierelor în calea testării, trebuie oferite o serie de servicii în vederea maximizării accesului. Identificarea acțiunilor necesare în vederea stabilirii unor noi servicii sau modificarea practicilor în cadrul asistenței medicale sau serviciilor comunitare existente. Evaluarea posibilității de a relaxa regulamentele care pot constitui un obstacol pentru testarea în cadrul comunitar, inclusiv posibilitatea de a efectua testarea la cea mai apropiată unitate sanitară sau obligația ca testele să fie efectuate doar de anumiți specialiști, fără însă a compromite calitatea testării.

Punerea la dispoziție a testării HIV

- Servicii dedicate de testare HIV pentru a oferi un acces facil și sigur la testarea HIV, în mod separat sau în combinație cu alte teste.
- Locații în care testarea HIV trebuie să fie accesibilă întregii populații: servicii pentru persoane expuse riscului (servicii destinate ITS, servicii destinate consumatorilor de droguri injectabile); servicii prenatale; servicii de diagnostic clinic și gestionare a afecțiunilor indicatoare ale infecției cu HIV și alte medii în care prevalența cazurilor de HIV nediagnosticsate este cunoscută sau estimată ca fiind ridicată.
- Toate celelalte unități sanitare în care persoanele trebuie să aibă posibilitatea de a solicita testarea sau în care specialiștii să fie pregătiți să o efectueze și să sesizeze situațiile în care aceasta este necesară.
- Locații de testare în cadrul comunității, inclusiv servicii de proximitate, pentru a ajunge la persoanele expuse riscului de a contracta HIV care pot fi retrase sau marginalizate și nu cunosc serviciile sanitare obișnuite. Aceste servicii trebuie stabilite cu sprijinul populațiilor-țintă.

Când are loc testarea?

Punerea la dispoziție a unor ghiduri privind frecvența testării

În cazul persoanelor cu un comportament permanent cu grad de risc se recomandă o testare mai frecventă. De exemplu, anumite state recomandă ca bărbații homosexuali să se supună unei testări anuale sau mai dese în funcție de comportamentul lor sexual. Ghidurile actuale ale Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA) recomandă oferirea în mod periodic a unor teste consumatorilor de droguri injectabile cel puțin o dată într-o perioadă cuprinsă între 6 și 12 luni.

Cum se efectuează testarea?

Sensibilizarea opiniei publice

Pentru a solicita și accepta testarea HIV, publicul larg și, în special, grupurile expuse unui risc mai ridicat de a contracta HIV, trebuie să înțeleagă avantajele acesteia. Este nevoie de o abordare strategică a comunicării, prin utilizarea unei game variate de canale. Sprijinul vizibil și la nivel înalt al liderilor de opinie, inclusiv al politicienilor, al liderilor comunităților și al celebrităților și relațiile favorabile și exacte din mass-media pot contribui la sensibilizarea opiniei publice.

Asigurarea confidențialității

Confidențialitatea este un principiu fundamental al asistenței medicale, însă, din cauza stigmatizării asociate HIV și a comportamentelor prin care se poate transmite, este extrem de importantă în cazul testării HIV. Ghidurile profesionale relevante în domeniu și cerințele legale naționale trebuie respectate. Lipsa încrederii poate reprezenta un obstacol în calea accesării serviciilor de testare HIV. Politicile clare în domeniul confidențialității și promovarea acestora în mediile care oferă testare pot contribui la depășirea acestei bariere. Testarea HIV trebuie oferită și discutată în particular. Trebuie să existe opțiunea testării anonime.

Sensibilizarea specialiștilor în domeniu și formarea forței de muncă

Sensibilizarea, încrederea și competența specialiștilor care efectuează testări HIV pot fi sporite prin formare. Testarea HIV poate fi oferită de orice lucrător din domeniul asistenței medicale care posedă pregătirea și calificarea corespunzătoare, iar extinderea ariei de testare HIV va necesita o forță de muncă pregătită și competentă în acest domeniu. Prin formare corespunzătoare și asigurarea calității, testarea HIV poate fi efectuată și de lucrători din alte domenii decât cel al asistenței medicale. Membrii personalului trebuie să înțeleagă avantajele testării HIV și să depășească obstacolele care le limitează capacitatea și disponibilitatea de a oferi acest tip de servicii. Printre acestea se numără lipsa încrederii, dificultățile în a discuta despre sex sau comportamente stigmatizate, anxietatea în momentul comunicării unui rezultat pozitiv și atitudinile discriminatorii față de persoanele expuse riscului sau infectate cu virusul HIV.

Discuțiile anterioare testării

S-a dovedit că discuțiile scurte anterior testării, prin care se detaliază avantajele acesteia și modalitățile practice de efectuare a testului și de comunicare a rezultatelor, sunt acceptabile și eficiente pentru îmbunătățirea acceptării testării. Principalul scop este acela de a garanta existența unui consimțământ informat, care trebuie să fie documentat fără, însă, a presupune semnarea unui acord scris. Aceasta este în conformitate cu celelalte tipuri de investigații medicale și face parte din standardizarea testării HIV. Nu este necesară stabilirea unui istoric sexual sau de număr de injecții efectuate înainte de efectuarea unei testări HIV. Cu toate acestea, în cazul anumitor indivizi sau în locații în care sănătatea sexuală și/sau consumul de droguri intră sub incidența serviciilor, poate fi indicată o evaluare succintă a riscului sau o consiliere pre-testare mai amplă (de exemplu, în cazul expunerii continue la risc). Acestea trebuie să fie întotdeauna disponibile, iar personalul trebuie să cunoască metoda de trimitere la consilieri calificați.

Utilizarea tehnologiilor corespunzătoare de testare

Identificarea testelor HIV disponibile și evaluarea avantajelor acestora în diferite contexte, inclusiv în cazul testelor rapide (la cea mai apropiată unitate sanitară). Tehnologia de testare este într-o continuă evoluție, iar consultarea unor experți în domeniu este necesară pentru a verifica în mod regulat testele selectate. Toate testele reactive trebuie confirmate, iar ghidurile OMS în domeniu trebuie respectate. Ghidurile naționale privind aplicarea unui standard minim de asigurare a calității pentru testele de diagnosticare sunt esențiale pentru asigurarea unor practici de calitate superioară și pentru standardizare și fiabilitate metodologică.

Comunicarea rezultatelor fără excepție

Trebuie depuse toate eforturile pentru a garanta comunicarea rezultatului tuturor persoanelor care au efectuat un test HIV, indiferent dacă acesta este pozitiv sau negativ. În cazul comunicării unui rezultat pozitiv, asigurați-vă că există personal disponibil pentru a oferi consiliere post-testare și că, de asemenea, aveți legături stabilite cu servicii competente de asistență și tratare a HIV spre care să orientați persoanele infectate. Persoanele expuse riscului de a contracta HIV care primesc un rezultat negativ pot beneficia, de asemenea, de consiliere și trimitere la servicii de prevenție corespunzătoare.

Asigurarea accesului la tratament pentru HIV, îngrijire și prevenție

Accesul la terapie antiretrovirală

Este esențial ca toate programele de testare HIV să includă mecanisme clare pentru a asigura integrarea persoanelor seropozitive în sisteme de tratament și îngrijire pentru HIV. La nivelul întregii Europe, trebuie să existe un acces universal la terapia antiretrovirală. Imposibilitatea de a achita costurile aferente nu trebuie să împiedice accesul la tratament. Se impune găsirea unor soluții pentru a depăși acest obstacol în calea accesului universal. Toate unitățile de testare HIV trebuie să dispună de un sistem de trimitere pentru a se asigura că persoanele depistate pozitiv la un test HIV sunt consultate de un medic specialist imediat după comunicarea rezultatului. Acest consult trebuie să includă stabilirea datei de începere a terapiei antiretrovirale și necesitatea altor tipuri de asistență și îngrijire medicală și socială.

Accesul la sprijin psihosocial și servicii de prevenție

Suportul psihosocial trebuie să fie disponibil imediat după comunicarea unui rezultat pozitiv. În cazul persoanelor testate pozitiv, trimiterea la specialist trebuie să includă accesul la sprijin pentru prevenirea transmiterii ulterioare a virusului HIV. Pentru persoanele testate negativ, trimiterea la consiliere și sprijin pentru HIV trebuie să fie, de asemenea, disponibilă în cazul în care există un risc permanent de expunere la HIV sau la solicitarea acestora.

Urmărire: monitorizare și evaluare

Monitorizarea și evaluarea (M&E) reprezintă o etapă esențială a programului de testare HIV și garantează că programul este adaptat obiectivelor și că asigură o testare HIV de înaltă calitate. Un sistem M&E bine stabilit va fundamenta politicile, va îmbunătăți calitatea și eficacitatea intervențiilor și, în consecință, va orienta viitoarea alocare a resurselor programului. Datele din supravegherea la nivel național includ noile cazuri diagnosticate și procentul celor diagnosticate tardiv. Estimările privind cazurile nediate diagnosticate sunt importante pentru a monitoriza impactul unui program. Extinderea testării în noi locații va necesita o activitate susținută de monitorizare și evaluare pentru a garanta o testare HIV de înaltă calitate. Succesul intervențiilor pe plan local destinate promovării testării HIV poate fi evaluat pe baza a cinci criterii: Fezabilitate; Acceptabilitate; Eficacitate și Rentabilitate; Sensibilizarea populației-țintă și Sustenabilitate (FACTS). Indicatorii clari, bine definiți și măsurabili pot contribui la monitorizarea acestor criterii și pot oferi o metodă standard de raportare a constatărilor la nivel local și (inter)național.

Rapoarte de supraveghere

5 Supravegherea tuberculozei 2008

(Publicat în martie 2010)

De la 1 ianuarie 2008, Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (ECDC) și Biroul regional pentru Europa al OMS au coordonat în comun activitățile de supraveghere a 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 plus Liechtenstein.

Regiunea europeană a OMS

Pentru 2008, 50 dintre cele 54 de țări din Regiunea europeană² au raportat 461 645 de cazuri de TBC (52,2 la 100 000 de locuitori), ceea ce reprezintă aproximativ 6% din cazurile de TBC din întreaga lume raportate către OMS. Începând din 2004, tendința generală a ratelor de declarare a TBC în regiunea europeană este una de continuă creștere. Cu toate acestea, ratele globale de declarare a TBC în 18 țări cu prioritate ridicată (*high priority countries*, HPC)³ au scăzut față de anul anterior cu un procent de 3,9% până la 87,6% dintre toate cazurile de TBC, iar pe teritoriul Regiunii declararea globală a scăzut cu 2,6% între 2007 și 2008. O scădere cu 4% în 2007 a notificării noilor cazuri de TBC sugerează o răspândire redusă a TBC în Regiune. Procentajul cazurilor tratate anterior a scăzut, de asemenea, din 2007, de la 31,7% la 29,8%.

Categoria de vârstă cu cel mai ridicat număr (42,0%) de cazuri noi de TBC diagnosticate în Regiune este 25-44 ani.

Numărul cazurilor noi de TBC co-infectate cu HIV raportate aproape s-a dublat, de la 5 828 în 2006 la 11 395 în 2008, din cauza intensificării testării ca parte a extinderii serviciilor de îngrijire medicală pentru HIV la pacienții cu TBC din HPC. În această perioadă, nu s-a înregistrat o creștere semnificativă a numărului de co-infecții cu HIV în afara HPC.

Pe teritoriul Regiunii, numărul total de cazuri de TBC multirezistent la medicamente (TBC MDR) raportate pentru 2008 s-a dublat față de anul anterior datorită progreselor din domeniul testării susceptibilității la medicamente (DST), iar prevalența TBC MDR în rândul cazurilor noi diagnosticate cu TBC a fost de 11,1%. Cea mai ridicată incidență a cazurilor de TBC MDR din Regiune se înregistrează în HPC, cu o prevalență de 13,8% în rândul cazurilor nou diagnosticate, de cinci ori mai ridicată decât prevalența raportată în UE/SEE, și de peste 50% în rândul cazurilor tratate anterior, un procent de peste două ori mai ridicat decât cel din UE/SEE.

Rata de reușită a tratamentului în rândul cazurilor de TBC noi confirmate în laborator în 2007 a scăzut la un nivel de 70,7% (față de 73,1% pentru cazurile înregistrate în 2006); pentru 9,0% dintre aceste cazuri tratamentul nu a dat rezultate, 8,4% au decedat, iar 6,9% au stagnat. Rata de reușită a tratamentului în țările nemembre UE/SEE este mai redusă decât în UE/SEE:

67,5% față de 79,5%. În cele 18 HPC, tratamentul a reușit doar în 69,2% dintre cazurile noi depistate de TBC confirmate în laborator, rezultat departe de ținta de 85% a Strategiei privind stoparea TBC.

Rate mortalității prin TBC a scăzut cu 45%, de la 9,0 la 100 000 de locuitori în 2005 la 5,0 la 100 000 de locuitori în 2007. Scăderi în proporții similare s-au înregistrat atât în UE/SEE, cât și în HPC. Cu toate acestea, mortalitatea în HPC a rămas de aproape 15 ori mai ridicată decât în UE/SEE.

Țările Uniunii Europene și țările din Spațiul Economic European⁴

Pentru 2008, cele 26 de state din Uniunea Europeană (UE) (cu excepția Austriei) și alte două țări din Spațiul Economic European (SEE) (Islanda și Norvegia) au raportat 82 611 cazuri de TBC, cu 615 cazuri mai puțin decât în 2007. Peste 80% dintre cazuri s-au înregistrat în cele opt state care au raportat, fiecare, cel puțin 3 000 de cazuri (Bulgaria, Franța, Germania, Italia, Polonia, România, Spania și Marea Britanie).

Rata globală de declarare în 2008 a fost de 16,7 la 100 000, rate de sub 20 la 100 000 fiind raportate în 21 de țări și de peste 20 la 100 000 în România (115,1), statele baltice – Lituania (66,8), Letonia (47,1), Estonia (33,1) –

² Nu sunt disponibile date din Monaco, San Marino, Austria sau Liechtenstein. Liechtenstein apare în acest raport, însă este prezentat doar ca țară din SEE, nu ca stat membru al Regiunii europene a OMS.

³ Armenia, Azerbaidjan, Belarus, Bulgaria, Estonia, Georgia, Kazahstan, Kârgâzstan, Letonia, Lituania, Moldova, România, Rusia, Tadjikistan, Turcia, Turkmenistan, Ucraina, Uzbekistan.

⁴ Cele 27 de state membre ale UE, Islanda, Liechtenstein și Norvegia.

Bulgaria (41,2), Portugalia (28,2) și Polonia (21,2). Rata globală de declarare a fost cu 1,2% mai redusă decât în 2007 (pentru cele 28 de țări raportoare), reflectând o tendință descrescătoare netă în 17 țări.

Cu toate acestea, s-au constatat creșteri semnificative în Malta (28,8%), Islanda (19,8%) și Cipru (12,2%) și creșteri relative în Suedia (4,9%) și în Marea Britanie (2,8%), majoritatea fiind cazuri de origine străină. În 2008, 22,4% dintre cazuri (rată pe țară: 0-88%) s-au înregistrat în rândul persoanelor de origine străină, peste două treimi dintre acestea provenind din Asia sau Africa.

Prevalența HIV în rândul cazurilor de TBC a crescut între 2006 și 2008 în Estonia (de la 9,0% la 9,9%), Letonia (de la 3,4% la 6,7%) și Malta (de la 3,7% la 9,4%). În restul țărilor care au prezentat date, prevalența HIV în rândul cazurilor de TBC a fost de 1% sau mai puțin în șase țări, între 2 și 5% în alte trei, între 5 și 8% în două țări și de 14,6 într-o singură țară.

Rezistența la medicamente a rămas foarte frecventă în statele baltice (MDR combinată: 15,6%-21,3%), urmate de România, care a raportat rezultate pentru prima oară (14,7%). Alte țări au raportat niveluri mai scăzute ale MDR (0%-5%), unde acest fenomen a fost, de obicei, mai frecvent în cazurile de origine străină. Alte 14 țări au raportat cazuri cu rezistență extinsă la medicamente (XDR), România înregistrând cel mai ridicat număr (un total de 54 de cazuri), în timp ce Letonia și Estonia au avut cel mai ridicat procentaj de cazuri cu XDR în rândul cazurilor cu MDR (14,7 și, respectiv, 12,2%). În Letonia s-a manifestat o creștere semnificativă a cazurilor cu XDR față de anul 2007, de la 6 la 19 (de la 6,1% la 14,7%).

Douăzeci și două de țări au raportat date de monitorizare privind rezultatul tratamentului pentru cazurile de TBC pulmonar diagnosticate în 2007. Dintre cazurile de TBC pulmonar netratate anterior confirmate prin cultură, 79,5% au avut rezultate pozitive. Rezultatele pozitive au fost semnificativ mai scăzute la cazurile de TBC tratate anterior (51,8%) și la cele de TBC MDR pulmonar confirmate prin cultură la 24 de luni (30,9%).

6 Supravegherea gripei în Europa 2008/2009 – săptămâna 40/2008 - săptămâna 39/2009

(Publicat în mai 2010)

Sezonul de gripă 2008/2009 din Europa a început în săptămâna 48/2008, a durat aproximativ 10 săptămâni în fiecare țară afectată și s-a încheiat în săptămâna 16/2009, după ce activitatea de vârf a traversat continentul de la vest la est. Proporțiile specifice de probe santinelă pozitive pentru gripă, pentru fiecare sub-tip, prelevate săptămânal, au indicat prezența a două vârfuri de activitate concomitente, gripa A(H3N2) predominantă inițial fiind înlocuită de gripa de tip B care a avut cea mai ridicată prevalență după săptămâna 8/2009. Virusurile gripale A(H3N2) și A(H1N1) care au circulat s-au dovedit a fi strâns înrudite antigenic cu tulpinile corespunzătoare introduse în vaccinul gripal din emisfera nordică în 2008/09, în timp ce majoritatea virusurilor de tip B izolate erau înrudite cu virusuri descendente din linia Victoria și nu corespundeau componentelor vaccinului împotriva gripei de tip B, un virus cu descendență din linia Yamagata. Însă, având în vedere prevalența redusă a virusurilor B constatată în acest sezon, este puțin probabil ca această discrepanță să fi avut o semnificație deosebită din punctul de vedere al sănătății publice.

Cazurile din 2009 de gripă pandemică A(H1N1) au început să apară în Europa în săptămâna 16/2009. Până în săptămâna 39, numărul total raportat de cazuri confirmate s-a ridicat la 53 658 în toate statele membre UE, Islanda, Liechtenstein și Norvegia și includea 175 de decese în 14 țări. Datele au indicat că vârsta pacienților era cuprinsă între 0 și 90 de ani (cu o medie de 19 ani), 78% fiind sub 30 de ani. Copiii școlari cu vârsta cuprinsă între 5 și 19 ani au reprezentat 47% din cazuri. Majoritatea covârșitoare a acestor cazuri (96%) nu prezentau patologii subiacente. Dintre cazurile cu patologii subiacente, boala pulmonară cronică a fost afecțiunea cea mai frecvent raportată, fiind prezentă în 30% dintre cazuri. Pneumonia a fost menționată în 0,6% dintre cazuri ca o complicație în infecțiile gripale pandemice, rata globală de spitalizare a fost de 13%, iar 0,03% dintre cazurile raportate s-au soldat cu deces.

Rețeaua europeană integrată de supraveghere clinică și virusologică a gripei (EISN) s-a dovedit eficientă în depistarea la timp a debutului sezonului gripal 2008/2009, în monitorizarea evoluției acesteia și prezentarea principalelor caracteristici virusologice ale acesteia. Primele virusuri gripale pandemice din 2009, descoperite la pacienții santinelă sau la pacienți obișnuiți, au fost confirmate în decurs de una, respectiv trei săptămâni, după îmbolnăvirea primelor cazuri din Europa. Cu toate acestea, sistemul de supraveghere santinelă a sindroamelor pseudogripale (ILI) și a infecțiilor respiratorii (ARI) a depistat o creștere clară doar după zece săptămâni. Chiar și în săptămâna 39/2009, atunci când toate statele membre UE, Islanda, Liechtenstein și Norvegia au raportat cazuri de gripă pandemică, o activitate peste limita de bază a ILI/ARI s-a înregistrat doar în 9 dintre cele 29 de țări care au raportat către EISN.

Cu toate că pentru o mai mare precizie a acestor date este nevoie de participarea mai multor medici, trebuie abordate și alte deficiențe sistematice. Modificările sugerate în cazul sistemului de supraveghere a gripei în Europa sunt:

- continuarea promovării raportării standardizate a intensității, răspândirii geografice și tendințelor ILI și ARI;
- extinderea ariei de supraveghere a ILI și ARI prin adăugarea supravegherii infecțiilor respiratorii acute severe (SARI);
- introducerea unor praguri epidemice standard pentru supravegherea santinelă ILI/ARI;
- continuarea dezvoltării supravegherii mortalității, indiferent de cauză, la nivel european și publicarea în mod periodic a rezultatelor obținute.

7 Supravegherea bolilor bacteriene invazive în Europa 2007

(Publicat în octombrie 2010)

Acest raport descrie epidemiologia bolilor bacteriene invazive cauzate de *Haemophilus influenzae* și *Neisseria meningitidis* în statele membre (SM) ale Uniunii Europene (UE) în 2007. Punctele de contact desemnate la nivel național au fost rugate să furnizeze date folosind versiunea revizuită a setului de date pentru infecțiile bacteriene invazive (IBI), creat în 2008 pe baza fostei baze de date a UE-IBIS. Setul de date conține informații bazate pe cazuri privind variabile epidemiologice și de laborator și este împărțit într-un set principal de variabile aplicabile tuturor bolilor notificabile în UE și un set de date variabile îmbunătățite, specifice bolii *Haemophilus influenzae* și bolii meningococice invazive. Pentru a facilita furnizarea datelor, SM au beneficiat de formare on-line în iunie 2008, iar înainte de solicitarea datelor le-au fost puse la dispoziție înregistrări video și alte materiale de formare.

Dintre cele 30 de state membre UE/SEE, 27 au prezentat date privind boala *Haemophilus influenzae* invazivă și 29 au prezentat date privind boala meningococică invazivă.

Boala *Haemophilus influenzae* invazivă

- În 2007, au fost raportate în total 2 058 de cazuri de boală *Haemophilus influenzae* invazivă. Ratele de declarare au variat de la stat la stat, iar ratele din țările nordice au fost mai ridicate în comparație cu cele din restul Europei, manifestând o tendință de creștere continuă. Cu toate acestea, majoritatea țărilor s-au menținut sub rata de 1 caz la 100 000 de locuitori. Cele mai ridicate rate globale de declarare au fost raportate la sugarii sub un an (3 la 100 000, 118 cazuri). Deși tendințele înregistrate la sugarii au scăzut semnificativ pentru serotipul B între anii 1997 și 2007 (de la 3 la 100 000 la 1 la 100 000), acestea au crescut în cazul tulpinilor necapsulate, ajungând de la 1,5 la 100 000 până la 2,5 la 100 000 în aceeași perioadă.
- Șaizeci și șapte la sută dintre toate cazurile de *H. influenzae* invazivă raportate în 2007 au fost provocate de tulpini necapsulate. Creșterea numărului de tulpini necapsulate raportate de-a lungul anilor poate fi atribuită parțial îmbunătățirii constatării cazurilor și preciziei mai accentuate a sistemelor de supraveghere, care au fost, de asemenea, documentate în mai multe SM. În schimb, în ultimii ani, în UE, s-a observat o creștere reală a numărului de serotipuri pentru care nu există vaccin (tulpini altele decât cele de tip B sau necapsulate). Introducerea vaccinului conjugat pentru *H. influenzae* de tip B (Hib) a generat o incidență mai ridicată a infecției cu *H. influenzae* care poate fi atribuită unor tulpini altele decât cele de serotip B din cauza scăderii frecvenței bolii Hib. Totuși, spre deosebire de programul de administrare a vaccinului pneumococic conjugat, nu există probe solide și concludente care să sugereze că vaccinarea în masă pentru Hib a sugarii a dus la o înlocuire a serotipului, atât în cazul statutului de purtător, cât și în cazul bolii. Într-un document de poziție recent privind vaccinurile conjugate pentru Hib, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a constatat că „până în prezent, înlocuirea tulpinilor bacteriene nu a reprezentat o caracteristică dominantă a imunizării împotriva Hib la scară largă”.
- În ceea ce privește cifrele absolute raportate, acestea par să indice o trecere la grupe de vârstă mai înaintate. Patruzeci și șase la sută din totalul cazurilor raportate în 2007 s-au înregistrat la adulți de peste 65 de ani. Această constatare a fost semnalată și într-un studiu din SUA care a atras atenția asupra creșterii incidenței bolii *H. influenzae* invazive în perioada 1996-2004. De asemenea, caracteristicile epidemiologice ale *H. influenzae* s-au modificat, de la o boală prezentă cu precădere în rândul copiilor, predominând serotipul B, la o boală întâlnită cel mai frecvent în cazul adulților, predominând tulpinile netipabile.
- În 2007, până la 60% dintre cazuri s-au înregistrat în rândul indivizilor vaccinați, fapt observat, de obicei, la populația cu o rată ridicată de vaccinare. Dintre persoanele vaccinate la zi, majoritatea erau copii cu vârsta cuprinsă între unu și patru ani, în timp ce 27% dintre cazuri erau copii sub un an. Pe baza datelor disponibile, cazurile observate nu pot fi puse pe seama eșecului vaccinării, fiind necesare mai multe informații pentru a analiza în continuare această ipoteză. Anumite informații suplimentare cu privire la acest subiect au fost furnizate într-un studiu realizat de UE-IBIS care a analizat eșecul vaccinării împotriva Hib identificat în cadrul supravegherii naționale din perioada 1996-2001 în Europa, Israel și Austria și a descris caracteristicile clinice și de laborator pentru o populație numeroasă și diversă cu programe de imunizare diferite.

Reaparitia bolii provocate de Hib din cauza eșecului vaccinării a fost frecvent raportată de Marea Britanie.

Boala meningococică invazivă

- În 2007, în UE/SEE au fost raportate 5 583 de cazuri de infecție bacteriană invazivă cauzată de *N. meningitidis*, cu o rată globală de declarare de 1,12 cazuri la 100 000. Ratele de declarare au variat de la un SM la altul și au fost mai ridicate în Irlanda și Marea Britanie în comparație cu restul Europei, deși în ambele țări se înregistrează o tendință susținută de scădere. În afara acestor două țări, alte SM au rate de declarare de peste 1 la 100 000 (Belgia, Danemarca, Olanda, Spania, Lituania și Malta). Incidența cea mai ridicată a

bolii meningococice invazive se înregistrează în continuare la sugari și copii, 50% dintre cazurile raportate fiind la copii sub 10 ani. Cele mai ridicate rate constatate la copii sub un an au fost raportate de Irlanda și Anglia, cu rate de 74,5 la 100 000 și respectiv 46,6 la 100 000.

- La fel ca în cazul *H. influenzae*, eterogeneitatea raportării cazurilor poate fi atribuită mai multor cauze posibile precum: creșterea preciziei sistemelor de supraveghere; variația tablourilor clinice luate în considerare pentru supraveghere (adică septicemie sau meningită ori ambele) în fiecare SM; diferențe în definițiile de caz aplicate; diferențe la nivel de capacitate de laborator sau practici de asistență medicală pentru asigurarea prelevării timpurii a hemoculturilor. În prezent, Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (ECDC) nu are o imagine de ansamblu clară asupra principalelor motive care stau la baza acestor diferențe și, prin urmare, recomandă compararea atentă a ratelor de declarare între țări în funcție de serogrup și vârstă.
- Numărul cazurilor pentru care lipsesc informații privind serogrupul rămâne ridicat, în special în țările est-europene. Cu toate acestea, identificarea serogrupului s-a îmbunătățit în timp, numărul de cazuri fără serogrup scăzând substanțial în ultimii cinci ani de la 1 448 de cazuri în 2003 la 559 în 2007. În 2007, serogrupul B a provocat cel mai frecvent boala meningococică acută în Europa, reprezentând 90% din totalitatea serogrupurilor notificate pentru copii cu vârsta sub patru ani. În țările în care este disponibil vaccinul meningococic C (MCC), există o preponderență ridicată a cazurilor de tip B în rândul tuturor categoriilor de vârstă și, în special, al categoriilor de vârstă sub un an sau între unu și patru ani (73%, respectiv 81% din cazuri), acestea fiind, de regulă, grupurile țintă pentru vaccinarea împotriva serogrupului C.
- În țările cu vaccin MCC, incidența cazurilor provocate de serogrupul C a scăzut dramatic în cei câțiva ani după introducerea vaccinului în programul național, în special în rândul grupurilor țintă ale acestor programe de vaccinare. Proportia cazurilor determinate de serogrupul C pare să crească o dată cu vârsta, fapt ce poate fi cauzat atât de acoperirea vaccinală scăzută la categoriile de vârstă înaintată, cât și de scăderea eficacității vaccinului după un an de la primo-vaccinare.
- Cantitatea de informații privind serotiparea și subtiparea tulpinilor este în creștere datorită adoptării unor tehnologii moleculare în tot mai multe țări. Cu toate acestea, numărul probelor serotipate și serosubtipate rămâne redus, iar interpretarea acestor rezultate trebuie realizată cu atenție. Cel mai mare număr de probe serosubtipate a fost raportat de Franța, Marea Britanie și Belgia.

Concluzii principale

În general, incidența ambelor boli continuă să scadă, în special la copiii de vârstă mică vizați de campaniile de vaccinare. Cu toate acestea, la nivel european, numărul de cazuri provocate de serotipuri și serogrupuri pentru care nu există vaccinuri este în creștere, afectând și copiii. Această tendință trebuie monitorizată cu atenție.

Deși acoperirea vaccinală este ridicată pentru ambele vaccinuri, apar totuși cazuri și în rândul persoanelor vaccinate. Din păcate, nu s-au colectat date suficiente pentru a permite realizarea unei analize aprofundate a eșecului vaccinării sau pentru a stabili o legătură între numărul cazurilor apărute la persoanele vaccinate din țări cu sau fără program de vaccinare, deoarece proporția globală a valorilor lipsă pentru situația vaccinării a fost foarte ridicată, iar informațiile privind data nașterii, numărul de doze administrate și data ultimei doze nu au fost disponibile. În plus, în setul de variabile nu sunt incluse încă toate informațiile necesare pentru stabilirea eșecului vaccinării (precum data nașterii, numărul și datele administrării dozelor).

Pentru a îmbunătăți comparabilitatea datelor între țările participante, sunt necesare mai multe metode de laborator standardizate de identificare a unui caz și adoptarea pe plan local a unei definiții de caz comune în scopul supravegherii. Metodele de genotipare vor deveni din ce în ce mai accesibile în țările europene și acest lucru va îmbunătăți înțelegerea datelor obținute în urma supravegherii. Totuși, în acest scop este necesară o colaborare strânsă între laboratoarele și centrele epidemiologice de la nivel național, dar și european. În această privință, în 2008, o licitație numită „Supravegherea în laborator și asigurarea externă a calității (EQA) infecțiilor bacteriene invazive în UE” a fost câștigată de un consorțiu de instituții europene coordonat de Universitatea din Würzburg, Germania, proiectul fiind în prezent în cel de-al doilea an de activitate. Acesta se axează nu doar pe EQA și formare, dar și, în mod special, pe consolidarea și armonizarea capacității laboratoarelor din SM și pe aprofundarea colaborării între laboratoare și institutele de sănătate publică din UE. Una dintre activitățile-cheie ale grupului constă în promovarea utilizării metodelor de identificare moleculară în supravegherea de rutină.

8 Raportul epidemiologic anual privind bolile transmisibile din Europa 2010

(Publicat în noiembrie 2010)

Acest raport prezintă analiza datelor raportate pentru anul 2008 de cele 27 de state membre UE și de cele trei țări ale SEE/AELS: Islanda, Liechtenstein și Norvegia. Principalul scop al acestui raport este de a oferi o serie de informații, bazate pe datele disponibile, cu privire la zonele din Uniunea Europeană în care există, în prezent, cea mai ridicată incidență a bolilor transmisibile. În aceste zone, este nevoie de măsuri concertate pentru a ușura povara prezentă și posibil viitoare pe care aceste boli o pot reprezenta pentru societate, pentru sistemele de sănătate publică și de asistență medicală și pentru a reduce suferința oamenilor. Aceste date contribuie la scopul ECDC de a pune la dispoziție o bază de dovezi pentru luarea de măsuri, pentru identificarea practicilor și pentru partajarea acestora și propunerea unor metode de urmărire a intervențiilor.

Deși s-a înregistrat un progres semnificativ în ceea ce privește îmbunătățirea calității și comparabilității datelor, cititorul este atenționat să nu compare direct ratele de declarare ale diferitelor țări. Sistemele de supraveghere diferă în mare măsură, iar relația dintre incidența raportată sau notificată și incidența reală diferă de la o țară la alta în cazul multor boli.

Pentru prima dată, Analiza anuală a pericolelor monitorizate în UE este raportată separat⁵.

Rezistența antimicrobiană și infecțiile asociate asistenței medicale

Cele mai importante boli care constituie un pericol în Europa rămân cele provocate de microorganisme care au devenit rezistente la substanțe antimicrobiene. În 2008, 900 de laboratoare care deservește peste 1 500 de spitale și-au raportat propriile date privind rezistența antimicrobiană (AMR) pentru șapte microorganisme indicatoare importante. Acestea au ilustrat o creștere la nivelul întregii Europe a rezistenței la toate clasele de antibiotice care fac obiectul supravegherii pentru cele mai răspândite bacterii gram-negative, ce cauzează bacteriemie și infecții ale tractului urinar, *Escherichia coli*. Unele țări au raportat o scădere a incidenței *Staphylococcus aureus* rezistent la metilicilină (MRSA), deși incidența MRSA a rămas de peste 25% într-o treime dintre țări. Creșterea pericolului legat de rezistența la medicamente (rezistență la o varietate de antibiotice utilizate la scară largă), care a fost observată cel mai frecvent în cazul unor bacterii gram-negative precum *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* și *Pseudomonas aeruginosa*, continuă să reprezinte un motiv de îngrijorare.

În cursul aceluiași an, au fost raportate date de supraveghere privind 306 621 de intervenții chirurgicale din 1 422 de spitale și date provenite de la 654 de spitale privind 9 129 de cazuri de pneumonie contractată în Unitatea de terapie intensivă (UTI) și 4 077 de cazuri de infecții sanguine contractate în UTI. Tendințele de scădere observate anterior în cazul infecțiilor plagilor operatorii în urma intervențiilor de protezare de șold s-au confirmat în 2008. Răspândirea microorganismelor asociate cu infecții contractate în unitățile de terapie intensivă a arătat un nivel ridicat de Enterobacteriaceae rezistente la cefalosporine de a treia generație, în special în cazul *Klebsiella* spp. și *Enterobacter* spp.

Boli cauzate de factori de mediu și transmise prin vectori

Focarul de febră Q raportat în Olanda în perioada martie-decembrie 2007 a reizbucnit în 2008. Majoritatea cazurilor au apărut pe perioada verii, atingând pragul maxim în săptămânile 25-28 (jumătatea lunii iunie - jumătatea lunii iulie). Alte țări europene, precum Germania, au raportat, de asemenea, o modificare a tendințelor în ceea ce privește febra Q și o creștere a numărului de cazuri în 2008, deși într-o mai mică măsură.

Dintre bolile transmisibile din acest grup cu urmări mai grave, precum cele cu manifestări potențial hemoragice, febra hemoragică de Crimeea-Congo (CCHF) s-a extins dincolo de zonele endemice obișnuite, în regiunea balcanică. Grecia a raportat primul caz de CCHF la om în iunie 2008, în partea nordică a țării, în apropierea unei zone endemice cunoscute. Pe de altă parte, activitățile de supraveghere sporită introduse în Italia, după focarul de febră Chikungunya de 217 cazuri confirmate în laborator din anul anterior, au indicat că febra Chikungunya autohtonă nu a reapărut, puținele cazuri raportate în UE/SEE provenind din exterior.

Boli și zoonoze transmise prin alimente și apă

Multe dintre bolile transmisibile prin alimente rămân neraportate în proporție semnificativă din cauza gravității variabile a tablourilor clinice pe care le determină. Campilobacterioza a rămas cauza cea mai frecvent raportată a bolilor gastrointestinale din țările UE și SEE/AELS, cu o rată pentru 2008 (44,1 la 100 000 de locuitori) mai mult sau mai puțin similară cu cea din anii anteriori. Este un exemplu tipic de boală subestimată, deoarece această infecție

⁵ ECDC. Annual Threat Report 2009 (Raportul anual privind amenințările în 2009). Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, Stockholm; 2010. Disponibil la: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

este cunoscută în special ca fiind asimptomatică sau ca fiind însoțită de simptome moderate, fapt ce generează o lipsă semnificativă de notificări.

Rata globală de declarare a infecțiilor cu VTEC/STEC a rămas, de asemenea, relativ constantă în ultimii ani (0,66 la 100 000). Cu toate acestea, numărul cazurilor raportate care au dezvoltat sindromul hemolitic-uremic a crescut cu 42% în 2008 față de anul anterior. În ceea ce privește salmoneloza și shigelloza, cea mai ridicată rată de declarare a infecției cu VTEC/STEC s-a înregistrat la copiii sub 5 ani (4,72 de cazuri la 100 000 de locuitori), cel mai probabil din cauza tablourilor clinice mai grave la această grupă de vârstă și a probabilității mai ridicate de internare la fiecare infecție.

În ultimii trei ani s-a înregistrat o scădere constantă a incidenței salmonelozei, deși *Salmonella* a continuat să reprezinte cauza a numeroase focare de boli transmise prin alimente, la nivel internațional, național și local în 2008. Datorită unei modificări a metodelor de raportare a datelor, acest raport conține o rată mai ridicată pentru febra tifoidă decât cea din anii anteriori, însă acest fapt este mai degrabă o consecință a îmbunătățirii integralității raportării decât o creștere reală. Marea majoritate a cazurilor de febră tifoidă sunt de import, la călători întorși din zone endemice.

În 2008, rata globală de declarare a hepatitei A (3,34 la 100 000 de locuitori) a fost ușor mai ridicată decât în 2007 (2,75 la 100 000 de locuitori). Rata de declarare în Letonia a crescut de la 0,66 în 2007 la 123 la 100 000 de locuitori, în principal ca urmare a unei epidemii la nivel de comunitate care a izbucnit în rândul consumatorilor de droguri intravenoase și al persoanelor cu venituri mici care locuiau în condiții de igienă precară. Această epidemie s-a extins apoi la nivelul întregii comunități. În mod similar, o epidemie de hepatită A din Republica Cehă a afectat inițial doar consumatorii de droguri injectabile, iar mai apoi s-a extins la populația generală.

HIV, infecții cu transmitere sexuală, hepatita B și C

Infecția cu HIV rămâne unul dintre principalele pericole pentru sănătatea publică în ceea ce privește bolile transmisibile în Europa. Numărul cazurilor infectate cu HIV raportate a continuat să crească cu 33%, de la 4,2 la 100 000 de locuitori în 2000 (13 265 de cazuri) la 5,6 la 100 000 de locuitori (18 019 cazuri) în 2008. Această tendință este și mai îngrijorătoare având în vedere că pe teritoriul UE/SEE un număr semnificativ de persoane (estimat la 30%) nici nu știu că sunt infectate cu HIV. Conform datelor, cel mai mare număr de cazuri HIV a fost diagnosticat în rândul bărbaților homosexuali (40%), însă procentajul de transmitere a HIV în rândul persoanelor heterosexuale (29%) a crescut în mai multe țări din Europa. O proporție considerabilă a cazurilor nou diagnosticate cu infecții cu HIV s-a înregistrat în rândul imigranților din țări cu o epidemie de HIV generalizată (în principal din Africa Sub-sahariană). În schimb, în ciuda anumitor limitări legate de date, numărul cazurilor diagnosticate cu SIDA pare să fi scăzut, excepție făcând statele baltice.

Chlamydia rămâne cea mai frecventă infecție cu transmitere sexuală raportată în UE/SEE, cu 335 329 de cazuri confirmate raportate (150 la 100 000 de locuitori). Incidența reală a infecției cu chlamydia poate fi mai ridicată deoarece în cazul acesteia există posibilitatea unei raportări insuficiente. Aceasta a crescut continuu în ultimii 10 ani. Chlamydia a continuat să afecteze, în principal, adulții tineri, rata de declarare în rândul celor cu vârsta cuprinsă între 15 și 24 de ani fiind de 976 la 100 000 de locuitori. Femeile tinere sunt mai des afectate decât bărbații tineri.

Deși tendința în ceea ce privește declararea cazurilor de hepatită C este relativ stabilă, iar ratele aferente cazurilor de hepatită B par să fi scăzut în comparație cu cele din anii anteriori, există limitări constante legate de aceste date. Interpretarea acestor tendințe este compromisă de diferențele relativ semnificative dintre sistemele de supraveghere, de modificările recente aduse raportării, de numărul semnificativ de cazuri nediagnosticsate, de posibilele diferențe între definițiile de caz utilizate (cum ar fi utilizarea în mod diferit și/sau interpretarea markerilor pentru hepatita B) și de raportarea incompletă din unele țări. Mai mult decât atât, anumite țări nu fac distincție între raportarea formelor acute și cronice de hepatită B și C, iar acest lucru, împreună cu rata ridicată a cazurilor asimptomatice, conduce la date amestecate ce nu permit o comparație directă între țări. ECDC depune eforturi pentru a eficientiza și consolida sistemele de supraveghere a acestor infecții virale, inclusiv pentru a îmbunătăți armonizarea sistemelor de supraveghere a hepatitei B și C la nivel european.

Infecțiile tractului respirator

În fiecare iarnă, sute de mii de persoane din UE se îmbolnăvesc grav și mor din cauza gripei sezoniere. Sezonul de gripă 2008/2009 în Europa a început în săptămâna 48/2008, a durat aproximativ 10 săptămâni în fiecare țară afectată și s-a încheiat în săptămâna 16/2009, după ce activitatea de vârf a traversat continentul de la vest la est și apoi la sud-est. Sezonul 2008/2009 a fost inițial dominat de gripa A(H3N2), iar apoi, într-o mai mică măsură, de gripa de tip B, gripa A(H3N2) fiind cel mai frecvent depistată. Majoritatea virusurilor gripale de tip B circulante nu au corespuns cu tulpina de tip B introdusă în vaccinul gripal din emisfera nordică în perioada 2008/2009. Cu toate acestea, având în vedere prevalența relativ scăzută a virusului de tip B observată în acest sezon, este puțin probabil ca acest fapt să fi avut o importanță deosebită pentru sănătatea publică. În săptămâna 19/2009, la finalul „sezonului obișnuit” a fost depistat primul virus gripal pandemic A(H1N1) într-o probă recoltată de sistemul santinelă, fiind urmat de valul de primăvară/vară al pandemiei.

În 2008, în UE, au fost raportate din nou focare de gripă aviară înalt patogenă și de gripă aviară slab patogenă la păsări, dar mai puține decât în 2007. Nu au fost raportate cazuri umane asociate acestor focare.

Rata de declarare a bolii legionarilor (legioneloză) în țările UE și SEE/AELS a rămas stabilă la 1,2 la 100 000 de locuitori. Perioada de vârf a cazurilor raportate în iulie observată în anii anterior s-a prelungit în 2008 din luna iunie până în luna septembrie. Numărul cazurilor raportate de legioneloză asociată călătoriilor a scăzut în comparație cu 2007, la fel și numărul de focare asociate călătoriilor.

Pentru TBC, în ultimii cinci ani s-a înregistrat o tendință medie anuală susținută de scădere, deși 28 de țări din UE și SEE/AELS au raportat 82 611 cazuri de TBC (o rată de declarare de 16,7 la 100 000 de locuitori) în 2008. În UE, TBC este mai frecvent în rândul migranților, persoanelor fără adăpost, populației sărace din cartierele urbane, deținuților, persoanelor infectate cu HIV și consumatorilor de droguri, însă datele pentru 2008 prezintă un tablou eterogen ce include trei categorii epidemiologice extinse:

- țări cu incidență scăzută, cu cazuri din ce în ce mai frecvente în rândul populației de origine străină și în care se raportează ocazional notificări de creștere;
- țări cu rate de declarare medii spre ridicate aflate în scădere, cu niveluri scăzute ale TBC MDR și
- țări cu rate de declarare relativ ridicate și un număr mare de cazuri de TBC MDR, însă, de asemenea, cu rate generale în scădere pentru TBC.

Mai mult decât atât, proporția cazurilor combinate de tuberculoză rezistentă la medicamente (TBC MDR) a crescut de la 4% la 6% între 2007 și 2008, în principal din cauza regimurilor de tratament incomplete sau necorespunzătoare. Rata de reușită a rezultatelor tratamentelor pentru aceste cazuri de TBC MDR rămâne, de asemenea, extrem de redusă, la 30,9% pentru cohorta din 2006. Deși calitatea, reprezentativitatea și integralitatea datelor privind rezistența la medicamente de linia a doua pot fi încă îmbunătățite, cifrele confirmă că tuberculoza cu rezistență extinsă la medicamente (TBC XDR) este prezentă pe teritoriul UE.

Boli care pot fi prevenite prin vaccinare

O serie de boli cu efecte grave care pot fi prevenite prin vaccinare (poliomielita, difteria sau tetanosul) sunt, în prezent, aproape eradicate din UE/SEE. Un alt succes înregistrat în aproape toate țările din UE îl reprezintă impactul vaccinului împotriva Hib introdus în programele naționale de imunizare ale acestora. Pentru celelalte boli care pot fi prevenite prin vaccinare, există încă probleme în ceea ce privește atingerea unui nivel de acoperire mai ridicat în rândul categoriilor de populație greu accesibile. De asemenea, suspiciunile nefondate privind siguranța vaccinului au întârziat atingerea obiectivelor în cazul mai multor infecții, ducând la apariția unor focare localizate a căror prevenire ar fi fost perfect posibilă.

Una dintre aceste boli este rujeola. Numărul total de cazuri de rujeolă în țările UE și AELS a fost considerabil mai ridicat în 2008 decât în 2007. Acest lucru s-a datorat unor focare extinse în mai multe țări, cel mai mare număr de cazuri înregistrându-se în Elveția, Italia, Austria, Germania, Franța și Marea Britanie. Este nevoie de un angajament politic puternic pentru a combate această tendință îngrijorătoare.

În schimb, numărul de cazuri de rujeolă raportate și confirmate în laborator a scăzut în perioada 2007-2008. În ciuda unei scăderi generale semnificative a numărului de cazuri cu infecție rubeolică congenitală după introducerea vaccinării, în Europa încă apar cazuri sporadice. Nivelul suboptimal al acoperirii vaccinale pentru vaccinul împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei poate duce la apariția unor grupuri de indivizi susceptibili și apoi la creșterea numărului de cazuri de boala, inclusiv al infecției rubeolice congenitale.

Rata de declarare generală a bolii pneumococice invazive (IPD) a fost de 5,2 la 100 000 de locuitori în 2008, printre cele mai ridicate rate dintre cele înregistrate pentru toate bolile care pot fi prevenite prin vaccinare. În UE, sistemele de supraveghere a IPD sunt foarte eterogene, în special în ceea ce privește tipul de sistem utilizat, acoperirea acestora și definițiile de caz utilizate, în timp ce, în anumite țări, sistemele de supraveghere lipsesc. ECDC introduce în UE o supraveghere intensificată, care presupune și implicarea laboratorului în supraveghere, pentru a monitoriza mai eficient tendințele vizând serotipurile, în special cele pentru care nu există un vaccin.

Concluzii

Acest rezumat al datelor și tendințelor din 2008 sugerează că prioritățile legate de prevenirea și controlul bolilor transmisibile în UE nu s-au modificat considerabil în ultimii ani. În cazul anumitor boli, s-a înregistrat o scădere a incidenței și a numărului de cazuri datorată unor acțiuni concertate de prevenire și control întreprinse de statele membre (deși nivelurile pot fi încă ridicate pentru segmente specifice ale populației și grupuri de risc). Cu toate acestea, există încă o serie de probleme legate de bolile transmisibile, printre cele mai importante numărându-se:

- rezistența antimicrobiană;
- infecțiile asociate asistenței medicale;
- infecțiile cu transmitere sexuală, în special cele provocate de HIV și Chlamydia;
- infecțiile tractului respirator provocate de gripă (cu potențial pandemic, precum și epidemiile sezoniere anuale), tuberculoza și infecțiile pneumococice.

În cazul unora dintre aceste boli, acțiunile comune ulterioare (cum ar fi vaccinarea și măsuri de control similare) ar putea avea ca rezultat transformarea UE și, în final, a Europei, într-o zonă „fără boli”, așa cum este cazul mai multor boli ce pot fi prevenite prin vaccinare. Cu toate acestea, statele membre sunt încă departe de atingerea obiectivelor stabilite deja în programele de eliminare a bolilor, în special în privința rujelei, în cazul căreia tendința de scădere a fost infirmată. În mod similar, îmbunătățirea preciziei și specificității supravegherii rujelei este deosebit de importantă, având în vedere scopul OMS de eliminare a acesteia în 2010. În ceea ce privește infecțiile pneumococice, există încă temeri cu privire la posibilitatea ca, după introducerea vaccinului, serotipurile vizate de vaccinul pneumococic conjugat să fie înlocuite de serotipuri neacoperite, situație deja constatată în Statele Unite.

Datele din 2008 continuă să demonstreze că rezistența antimicrobiană reprezintă un risc important pentru sănătatea publică în Europa. Această problemă presupune cooperare internațională – precum și eforturi concertate la nivel național – pentru a stopa și preveni apariția rezistenței antimicrobiene. De asemenea, infecțiile asociate asistenței medicale reprezintă o problemă tot mai importantă, care impune adoptarea unor politici coerente de prevenire și control. Responsabilii politici vor beneficia de date mai fiabile ce urmează a fi obținute în urma eforturilor depuse pentru îmbunătățirea sistemelor de supraveghere amplasate, în principal, în spitale sau unități de îngrijire pe termen lung.

Deși tendința generală în cazul TBC este descrescătoare, tendințele pentru TBC MDR și pentru HIV însoțit de TBC continuă să crească. În mod similar, tendința generală pentru HIV este una crescătoare. În ambele cazuri, aceste două infecții necesită o atenție deosebită în vederea continuării activităților naționale și internaționale de prevenire și control strict, inclusiv investiții viitoare în sisteme de supraveghere. Raportarea co-morbidității TBC/HIV rămâne incompletă, deși există noi planuri de îmbunătățire a acestei situații.

Gripa a dovedit încă o dată cât de imprevizibile pot fi epidemiile sezoniere printr-un sezon relativ grav, dominat de virusul A(H3N2), care a dus la apariția unei pandemii de A(H1N1) provenite de pe continentul american.

Tablelul A: Prezentarea generală a tendinței globale recente, a ratei de declarare din UE și a principalelor categorii de vârstă afectate pentru bolile transmisibile raportate la nivelul UE în 2008

Boala	Tendința generală	Rata de declarare din UE - cazuri la 100 000 de locuitori (2008)	Principalele categorii de vârstă
Infecțiile tractului respirator			
Gripă	↔	Nu există date	0-14
Gripă aviară	Date insuficiente	0	Date insuficiente
Boala legionarilor (legioneloză)	↑	1,2	≥ 65
Tuberculoză	↓	16,7	25-44
HIV, infecții cu transmitere sexuală și infecții virale transmise prin sânge			
Infecție cu Chlamydia	↑	149,9	15-24
Gonoree	↓	8,6	15-24, 25-44
Hepatită B	↓	1,3	25-44
Hepatită C	↑	9,0	25-44
HIV	↑	5,7	25-44
SIDA	↓	1,1	40-49
Sifilis	↔	4,2	25-44
Boli transmise prin alimente și apă și zoonoze			
Antrax	↓	< 0,01	Date insuficiente
Botulism	↔	< 0,1	25-44

Boala	Tendința generală	Rata de declarare din UE - cazuri la 100 000 de locuitori (2008)	Principalele categorii de vârstă
Bruceleză	↓	0,2	45-64, 25-44
Campilobacterioză	↑	44,1	0-4
Holeră	↓	<0,01	Date insuficiente
Criptosporidioză	↔	2,4	0-4
Echinococoză	↔	0,2	45-44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> producătoare de toxină Vero/Shiga (VTEC/STEC)	↔	0,7	0-4
Giardiază	↓	59,6	0-4
Hepatită A	↓	3,3	5-14
Leptospiroză	↔	0,2	45-64
Listerioză	↔	0,3	≥ 65
Salmoneloză	↓	29,8	0-4
Shigelloză	↔	1,8	0-4
Toxoplasmoză	↓	0,8	15-24
Trichineloză	↔	0,1	25-44
Tularemie	↔	0,2	45-64
Febră tifoidă/paratifoidă	↔	0,3	0-4, 5-44
CJD variabilă	Date insuficiente	< 0,01	Date insuficiente
Yersinioză	↑	2,7	0-14
Boli emergente și transmise prin vectori			
Malarie	↔	1,2	25-44
Ciumă	Date insuficiente	0	Date insuficiente
Febră Q	↔	0,4	45-64
Sindrom respirator acut sever (SRAS)	Date insuficiente	0	Date insuficiente
Variolă	Nu se aplică	0	Date insuficiente
Febră Chikungunya	Date insuficiente	< 0,01	45-64
Febră Dengă	Date insuficiente	0,1	25-44
Infecție cu Hantavirus	Date insuficiente	1,4	25-44, 45-64
Febră West Nile	Date insuficiente	< 0,01	Date insuficiente
Febră galbenă	Date insuficiente	0	Niciun caz
Boli prevenibile prin vaccinare			
Difterie	↓	<0,01	5-14, 45-64
Infecție invazivă cauzată de <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0-4
Boală meningococică invazivă	↓	0,9	0-4

Boala	Tendința generală	Rata de declarare din UE - cazuri la 100 000 de locuitori (2008)	Principalele categorii de vârstă
Infecție pneumococică invazivă	↓	5,2	≥ 65, 0-4
Rujeolă	↔	0,9	0-4
Oreion	↓	2,8	5-14
Tuse convulsivă	↔	5,3	5-14
Poliomielită	Date insuficiente	0	Date insuficiente
Rabie	↓	< 0,01	Date insuficiente
Rubeolă	↓	0,6	0-4
Tetanos	↓	< 0,1	≥ 65
Rezistență antimicrobiană și infecții asociate asistenței medicale			
Rezistență antimicrobiană	↑	Nu se aplică	Date insuficiente
Infecții asociate asistenței medicale	↑	Nu se aplică	Date insuficiente

9 Supravegherea rezistenței la antibiotice în Europa, 2009

(Publicat în noiembrie 2010)

Acesta este primul Raport anual al Rețelei europene de supraveghere a rezistenței la antibiotice (EARS-Net) după trecerea Sistemului european de supraveghere a rezistenței la antibiotice (EARSS) la Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (ECDC) la data de 1 ianuarie 2010. Acest raport reprezintă o continuare a seriei foarte apreciate de Rapoarte anuale EARSS, publicate de rețea începând cu anul 2001.

În ultimul deceniu, rezistența antimicrobiană a devenit o problemă din ce în ce mai importantă pe agenda de sănătate publică în Europa. Supravegherea rezistenței la antibiotice, coordonată în trecut de EARSS și în prezent de EARS-Net, a jucat un rol important în asigurarea documentației privind apariția și răspândirea rezistenței la antibiotice și în creșterea gradului de conștientizare a problemei la nivel politic, în rândul decidenților din domeniul sănătății publice și în comunitatea științifică.

Pe baza datelor privind rezistența la antibiotice raportate în 2009 EARS-Net de 28 de țări și a rezultatelor analizei tendințelor, inclusiv a datelor EARSS aferente anilor anteriori, situația rezistenței în Europa prezintă variații semnificative în funcție de tipul de agent patogen, de substanța antimicrobiană și de regiunea geografică.

În 2009, cele mai îngrijorătoare rezultate în materie de rezistență au provenit din scăderea rapidă a susceptibilității *Escherichia coli* invazivă la practic toți agenții antimicrobieni incluși în sistemul de supraveghere EARS-Net, cu excepția carbapenemelor, și din prevalența ridicată a rezistenței *Klebsiella pneumoniae* la cefalosporine de generația a treia, fluorochinolone și aminoglicozide. Pentru jumătate dintre țările raportoare, procentul de izolate *K. pneumoniae* multirezistente (rezistență combinată la cefalosporine de generația a treia, fluorochinolone și aminoglicozide) este de peste 10% și doar un număr mic de țări raportează, de asemenea, un nivel ridicat de rezistență la carbapeneme. Aceste antibiotice au fost folosite la scară largă în multe țări din cauza ratei crescute de Enterobacteriaceae producătoare de beta lactamaze cu spectru extins (ESBL), fapt ce a determinat producerea de carbapenemază (VIM, KPC și NDM-1), în special *K. pneumoniae*.

Cel mai ridicat nivel de rezistență a *E. coli* a fost raportat la aminopenicilină, care ajunge până la 66%. Fără a ține cont de nivelul ridicat de rezistență, procentele continuă să crească și în țările în care există deja niveluri de rezistență care depășesc cu mult 50%. De asemenea, în ultimii patru ani, rezistența *E. coli* la cefalosporine de generația a treia a crescut semnificativ în cazul a peste jumătate dintre țările raportoare. Rezistența este direct legată de procente ridicate (85-100%) ale bacteriilor ESBL- pozitive din rândul izolatelor rezistente în țările care au raportat date privind ESBL în 2009.

Alte tendințe privind incidența rezistenței raportate la EARS-Net sunt încurajatoare în ceea ce privește posibilitatea ca, grație eforturilor naționale vizând controlul infecției și a celor orientate către izolarea rezistenței, să se pună capăt, în anumite cazuri, dezvoltării rezistenței sau chiar să se inverseze tendințele nedorite ale acesteia, un exemplu fiind *Staphylococcus aureus* rezistent la metilicilină (MRSA). Deși procentul de MRSA din totalul cazurilor de *Staphylococcus aureus* se situează la peste 25% în 10 dintre cele 28 de țări, incidența MRSA s-a stabilizat sau a scăzut în unele țări, observându-se o scădere susținută în Austria, Franța, Irlanda, Letonia și Marea Britanie.

Mai mult decât atât, în Marea Britanie s-a înregistrat o reducere semnificativă a procentului de rezistență *K. pneumoniae* la toate clasele de antibiotice supravegheate, iar în câteva țări (Grecia, Germania, Italia și Franța), eforturile de a controla rezistența *Enterococcus faecium* la glicopeptide par să fi dat rezultate, determinând o scădere continuă a proporției de izolate rezistente. Între timp, se pare că rezistența ridicată a *Enterococcus faecalis* la aminoglicozide s-a stabilizat la un nivel relativ ridicat. Majoritatea țărilor au raportat proporții de izolate rezistente cuprinse între 30% și 50%.

În cazul *Streptococcus pneumoniae*, non-susceptibilitatea la penicilină este, în general, stabilă în Europa, iar non-susceptibilitatea la macrolide s-a redus în șase țări, în timp ce nicio țară nu a raportat tendințe de creștere. În cazul *Pseudomonas aeruginosa*, mai multe țări, în special din sudul și estul Europei, au raportat proporții ridicate ale rezistenței la fluorochinolone, la carbapenemi și ale rezistenței combinate.

În cazul mai multor combinații de antimicrobiene și patogeni, de exemplu, rezistența *E. coli* *K. pneumoniae*, *P. Aeruginosa* la fluorochinolone și MRSA, în Europa se evidențiază o creștere treptată de la nord la sud. În general, procentele mai scăzute ale rezistenței sunt raportate în nord, iar cele mai ridicate în sud, situație care reflectă probabil diferențele existente în ceea ce privește practicile de control, prezența sau absența legislației privind prescrierea de antibiotice și alți factori cunoscuți ca influențând apariția rezistenței.

Cu toate acestea, în cazul *K. pneumoniae*, tendințe crescătoare ale rezistenței pentru clase specifice de antibiotice și ale multirezistenței s-au observat, de asemenea, în țările nord-europene, precum Danemarca și Norvegia, cunoscute pentru abordarea prudentă pe care o adoptă în domeniul utilizării antibioticelor.

Pe lângă analizele periodice ale tendințelor și situația generală, în raportul pe 2009 al EARS-Net apare un nou capitol special dedicat unei analize aprofundate a *E. coli* și MRSA. Aceste analize se bazează exclusiv pe date

furnizate de laboratoarele care au participat în mod sistematic la raportare în decursul mai multor ani. Analiza aprofundată confirmă creșterea semnificativă a rezistenței la mai multe medicamente și dezvăluie scăderea semnificativă susținută a susceptibilității antimicrobiene a *E. coli* de-a lungul mai multor ani. În cazul MRSA, este posibil ca scăderea constatată să reflecte eficacitatea măsurilor de control din spitale și chiar să ofere speranțe privind succesul strategiilor de izolare din alte zone.

În concluzie, datele raportate EARS-Net pentru anul 2009 de țările participante oferă informații de bază privind incidența rezistenței antimicrobiene în Europa și documentează o scădere nefericită și constantă a opțiunilor de tratament cu antibiotice pentru patogenii bacterieni importanți.

10 Supravegherea HIV/SIDA în Europa, 2009

(Publicat în noiembrie 2010)

Puncte esențiale

Infecția cu virusul HIV rămâne o problemă majoră în domeniul sănătății publice din Europa, continuitatea transmiterii virusului HIV în Europa fiind dovedită. În general, în ciuda raportării incomplete, nu există indicații clare privind scăderea numărului de cazuri diagnosticate anual. Începând din 2004, rata cazurilor noi de infecție cu HIV raportate la 100 000 de locuitori a crescut cu aproape 30%, de la 6,6 la 100 000 de locuitori în 2004 la 8,5 la 100 000 de locuitori în 2009. Numărul cazurilor diagnosticate cu SIDA a continuat să scadă în Regiunea europeană a OMS, cu excepția regiunii estice, unde numărul cazurilor de SIDA a crescut. Din cele 48 de țări care au raportat în mod sistematic date legate de SIDA pentru perioada 2004-2009, rata cazurilor diagnosticate cu SIDA raportate a scăzut de la 2,0 la 100 000 de locuitori la 1,0 la 100 000 de locuitori.

- În anul 2009, 49 dintre cele 53 de țări ale Regiunii europene a OMS au raportat 53 427 de cazuri diagnosticate cu virusul HIV (nu există date disponibile din Austria, Monaco, Rusia sau Turcia). Cele mai ridicate rate au fost raportate de Estonia, Moldova, Ucraina și Uzbekistan.
- 48 de țări au raportat 6 568 de cazuri de SIDA (nu există date disponibile din Austria, Suedia, Monaco, Rusia sau Turcia).
- În 2009, 25 917 de cazuri nou diagnosticate cu infecție cu HIV au fost raportate de țările din Uniunea Europeană și din Spațiul Economic European (UE/SEE) (nu există date disponibile din Austria). În UE/SEE, cele mai ridicate rate au fost raportate de Estonia, Letonia, Portugalia și Marea Britanie.
- În UE/SEE, mijlocul predominant de transmitere a infecției cu virusul HIV este contactul homosexual urmat de contactul heterosexul. Aproximativ 38% dintre cazurile raportate a fi fost contractate pe cale heterosexulă au fost depistate la persoane provenind din țări cu epidemii generalizate de HIV.
- În cele trei zone geografice/epidemiologice, mijlocul predominant de transmitere variază în funcție de zonă, ilustrând ampla diversitate a epidemiologiei HIV în Europa. Deși datele raportate sugerează că mijlocul predominant de transmitere a virusului HIV în est a devenit contactul heterosexul, includerea cazurilor din Rusia, nedisponibile pentru prezentul raport, ar crește semnificativ proporția reprezentată de consumul de droguri injectabile. Consumul de droguri injectabile ar reprezenta cauza mai multor cazuri de infecție cu HIV în Regiune în ansamblul său și în special în partea estică a acesteia. În partea centrală, mijlocul predominant de transmitere a infecției cu virusul HIV este contactul homosexual urmat de contactul heterosexul. În mod similar, în zona vestică, mijlocul predominant de transmitere este contactul homosexual, urmat de contactul heterosexul, atunci când cazurile care provin din țările în care se înregistrează epidemii generalizate sunt excluse.
- Datele prezentate în acest raport implică anumite limitări, din cauza rapoartelor incomplete și a datelor lipsă din mai multe țări, precum și din cauza întârzierilor în raportarea acestora. Acest aspect limitează concluziile care pot fi formulate 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 ar fi probabil cel puțin dublu în 2009.

Recomandări legate de supravegherea HIV/SIDA

Datele privind supravegherea HIV/SIDA sunt esențiale pentru monitorizarea situației actuale și a tendințelor epidemiei de HIV, precum și pentru orientarea reacției în domeniul sănătății publice. Prin urmare, toate țările din Europa trebuie :

- să instituie sisteme naționale de raportare bazate pe cazurile de HIV și SIDA și să asigure copletitudinea și raportarea la timp a datelor; și
- să adopte măsuri de îmbunătățire a calității datelor raportate, în special în ceea ce privește posibilele căi de transmitere și numărătoarea de celule CD4.

Recomandări în domeniul sănătății publice

Intervențiile în vederea controlării epidemiei trebuie să se bazeze pe dovezi și să fie adaptate la țară și la situația epidemiologică a acesteia. Conform datelor de supraveghere disponibile, trebuie formulate următoarele recomandări:

- Pentru țările din zona estică: intervențiile în vederea controlării infecției HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, inclusiv programele de schimb de seringi, trebuie să reprezinte baza strategiilor de prevenire a HIV. De asemenea, măsurile trebuie consolidate pentru a preveni transmiterea pe cale heterosexulă la persoanele cu parteneri din grupele cu grad ridicat de risc.
- Pentru țările din zona centrală: prevenția 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 bărbaților care au relații sexuale cu bărbați este în creștere, intervențiile în vederea controlării infecției HIV efectuate la nivelul acestui grup trebuie evidențiate ca fiind prioritare.

- Pentru țările din zona vestică: intervențiile în vederea controlării infecției cu HIV la bărbații care au relații sexuale cu bărbați trebuie să reprezinte baza strategiilor de prevenire a HIV, inclusiv programele inovatoare destinate acestui grup. Intervențiile în sensul prevenirii, tratării și îngrijirii trebuie adaptate pentru a fi accesibile migranților.
- În general, consilierea și testarea HIV trebuie promovate pentru a asigura diagnosticarea precoce și accesul la tratament și consiliere cu scopul de a preveni sau reduce transmiterea ulterioară, de a reduce numărul diagnosticărilor tardive și de a îmbunătăți rezultatele tratamentului pe termen lung pentru persoanele vizate. Accesul egal la tratamentul pentru HIV și la serviciile de îngrijire pentru toate grupurile de populație care au nevoie de acestea trebuie asigurat pentru ca țările să îndeplinească obiectivul general de acces universal la prevenție, tratament și servicii de îngrijire și să atingă țintele stabilite în Comunicarea Comisiei și în Planul de acțiune al UE „Combaterea HIV/SIDA în Uniunea Europeană și în țările vecine, 2009-2013”.

Rapoarte speciale

11 Punerea în aplicare a Declarației de la Dublin privind parteneriatul pentru lupta împotriva HIV/SIDA în Europa și Asia Centrală: Raport de progres pentru 2010

(Publicat în septembrie 2010)

În februarie 2004, reprezentanți ai țărilor europene și central-asiatice s-au reunit la Dublin și au emis o declarație axată pe accelerarea punerii în aplicare a declarației de angajament adoptată de aceste țări în cadrul sesiunii extraordinare a Adunării generale a ONU (UNGASS) privind HIV/SIDA din 2001.

Prin urmare, ce progrese s-au înregistrat? Acesta este subiectul prezentului raport, care vizează documentarea progreselor, pe baza rapoartelor de țară, urmărindu-se evoluția unui set de indicatori relevanți pentru țările din regiune. Raportul valorifică datele existente, dacă este posibil, și se bazează pe activitatea anterioară, în general, și pe raportul întocmit de Biroul regional pentru Europa al OMS și UNAIDS în 2008, în special. Au fost trimise chestionare adaptate în 55 de țări și s-au primit răspunsuri de la 49 dintre acestea.

Conducerea și parteneriatul la nivel politic

Aproape toate țările au raportat că dețin un cadru strategic propriu de răspuns la HIV (92%) și un organism de gestionare/coordonare (84%). Opt țări au raportat că și-au dezvoltat propriile cadre strategice în ultimii cinci ani, adică în perioada ulterioară Declarației de la Dublin. Cu toate acestea, nu este clar dacă aceste măsuri generale sunt indicatori adecvați pentru conducerea politică în domeniul HIV în regiune. Parametri mai adecvați ar putea fi:

- gradul în care resursele financiare pentru prevenirea HIV sunt alocate corespunzător populațiilor țintă, precum consumatorii de droguri injectabile (CDI), bărbații care au relații sexuale cu bărbați (MSM) și lucrătorii sexuali;
- măsura în care țările pun în aplicare intervenții-cheie, precum programele de schimb de seringi pentru CDI și programele de prevenire destinate MSM la un nivel suficient și
- măsura în care țările au tratat problemele dificile, dar esențiale în domeniul politicii, legate de populațiile marginalizate și de cele mai expuse la riscuri, precum programele de schimb de seringi pentru CDI în cadrul penitenciarelor și accesul la servicii pentru migrații provenind din țări cu epidemii generalizate de HIV.

În general, există dovezi solide că societatea civilă este recunoscută la scară largă drept un jucător-cheie în elaborarea unei reacții la problema HIV în regiune și că este implicată activ în concretizarea acestei reacții. De exemplu, aproape toate țările (98%) au raportat implicarea societății civile într-o anumită măsură în elaborarea cadrului strategic. Conform constatărilor primului raport de progres privind Declarația de la Dublin, atât guvernul, cât și societatea civilă, au raportat că includerea societății civile în răspunsurile la problema HIV prezintă avantaje clare, iar societatea civilă a declarat că, între 2005 și 2007, contextul implicării sale în acestea s-a îmbunătățit. Implicarea oficială a sectorului privat în reacția la problema HIV pare a fi mult mai limitată.

Epidemiile de HIV din Europa și Asia Centrală sunt concentrate, în general, asupra unor populații specifice. Există dovezi că anumite țări din regiune își concentrează în mod eficient fondurile asupra unor activități de prevenire în rândul populațiilor celor mai afectate. Acest lucru nu asigură doar o valorificare mai bună a resurselor economice, ci promite să genereze, per ansamblu, o reacție mai eficientă. Deși finanțarea răspunsurilor la problema HIV în regiune provine în mare măsură din surse interne, este extrem de necesar să existe un sprijin financiar continuu destinat răspunsului la problema HIV în țările cu venituri mici și medii din regiune. Instituirea unor mecanisme durabile pentru acordarea acestui sprijin financiar trebuie să reprezinte o prioritate pentru toate țările din regiune.

În urma Declarației de la Dublin, valoarea fondurilor disponibile pentru răspunsul global la problema HIV a crescut dramatic. Anterior declarației, în 2002, resursele disponibile pentru răspunsul global la problema HIV se ridicau la 1,2 miliarde USD. Această sumă a crescut în 2008 de peste șase ori, la 7,7 miliarde USD. Creșterea a fost susținută de Statele Unite și de o serie de țări europene prin inițiative bilaterale și multilaterale. În 2008, 40% din totalul plăților efectuate în cadrul asistenței internaționale pentru SIDA de către țările donatoare au provenit de la statele membre ale Uniunii Europene, de la țările membre ale Asociației Europene a Liberului Schimb (AELS) și de la Comisia Europeană. Având în vedere actuala criză financiară mondială și prioritățile de finanțare aflate în concurență, este important ca țările din regiune să răspundă provocării de a menține și de a crește în continuare nivelurile de finanțare și de a asigura cea mai eficientă utilizare a fondurilor.

Prevenția

Există dovezi solide că anumite populații-cheie din Europa și Asia Centrală sunt deosebit de afectate de HIV. Problema permanentă o reprezintă asigurarea accesului acestor populații la serviciile de prevenire a HIV la un nivel suficient. Primul raport de progres privind Declarația de la Dublin a evidențiat importanța intensificării și sporirii eforturilor specifice în direcția prevenirii HIV în vederea reducerii inegalităților, această problemă fiind în continuare de actualitate în regiune.

După cum este unanim recunoscut, consumatorii de droguri injectabile sunt deosebit de vulnerabili la infectarea cu HIV, acest lucru fiind cu siguranță valabil și în regiune. De asemenea, este evident că transmiterea HIV în rândul CDI poate fi controlată dacă se asigură servicii eficiente la un nivel suficient de ridicat pentru a avea un impact. În acest context, măsurile-cheie includ numărul de ace/seringi distribuite anual fiecărui CDI și procentul de CDI care beneficiază de terapie de substituție cu opioide. Este necesar ca toate țările să aspire la cea mai ridicată rată de acoperire a programului, care a fost deja atinsă de unele dintre acestea.

Este bine cunoscut faptul că MSM au fost deosebit de afectați de HIV în anumite țări și regiuni, inclusiv în unele zone ale Europei. MSM sunt deosebit de afectați de HIV nu doar în partea vestică a regiunii, ci există dovezi conform cărora, în alte zone ale regiunii, rata persoanelor afectate este mai ridicată decât cea constatată anterior. Aceste dovezi confirmă constatările primului raport de progres, care susțin că există o epidemie ascunsă de HIV în rândul MSM. În unele țări, ratele de infectare pentru acest grup continuă să crească, însă motivele acestui fenomen sunt neclare și pot varia de la țară la țară. Sunt necesare dovezi suplimentare cu privire la acest aspect, iar acestea vor trebui furnizate de Studiul european pe internet privind MSM (*European MSM Internet Study* – EMIS) aflat în desfășurare. Deși nu este evident modul în care poate fi cuantificată acoperirea programelor destinate MSM, se poate, totuși, observa că, în multe țări, acoperirea continuă să fie redusă, iar ratele privind contactul sexual anal neprotejat rămân inacceptabil de ridicate. De asemenea, există dovezi provenite din unele țări conform cărora anumite categorii de MSM – cei tineri, cei care locuiesc în provincie, cei cu nivel scăzut de educație și cei care se declară bisexuali – au mai puține șanse de a fi incluși în programe de prevenire a HIV.

Deși, la nivel global, lucrătorii sexuali sunt considerați ca fiind deosebit de expuși riscului de infecție cu HIV, există puține dovezi care să confirme prezența acestui fenomen în regiune. De exemplu, ratele prevalenței HIV în rândul lucrătorilor sexuali sunt relativ scăzute în multe țări din regiune, însă acest lucru nu este valabil în pentru toate persoanele cu această ocupație. Anumite categorii de lucrători sexuali înregistrează rate ridicate de infecție cu HIV, printre acestea numărându-se cei care consumă și droguri prin injectare, bărbații și transsexualii care lucrează în domeniu, cei din țările cu epidemii generalizate și cei care lucrează pe stradă. La nivelul întregii categorii a lucrătorilor sexuali, ratele raportate privind utilizarea prezervativului în timpul activității sexuale comerciale sunt relativ ridicate și probabil mai relevante decât măsurile generale care vizează gradul de informare al acestora.

Migranții proveniți din țări cu epidemii generalizate de HIV sunt deosebit de afectați de HIV. Deși unele țări sunt preocupate și de situația altor grupuri de migranți, există puține dovezi concludente că aceste grupuri sunt afectate în mod disproporționat de HIV, indiferent de alte comportamente riscante precum consumul de droguri injectabile. Problemele legate de migranți nu vizează doar prevenirea HIV, ci și furnizarea de tratament și asistență medicală. În multe țări, este vorba despre aspecte particulare, legate de accesul migranților fără forme legale la servicii de bază, precum terapia antiretrovirală (ART).

În regiune, deținuții, în special consumatorii de droguri injectabile, sunt, de asemenea, deosebit de vulnerabili la infecția cu HIV. Deși este recunoscută nevoia ca deținuții și membrii comunității să beneficieze de aceleași servicii în materie de HIV, aceasta nu este valabilă în multe țări din regiune. Țările din UE/AELS au luat inițiativa de a oferi terapie de substituție cu opioide în penitenciare, însă această abordare nu a fost preluată de multe alte țări din regiune. Acest rol de inițiator nu s-a dovedit la fel de puternic în cazul furnizării de echipamente sterile de injectare.

Stabilirea măsurii în care tinerii sunt expuși la infecția cu HIV în țările din regiune s-a dovedit a fi problematică pentru acest raport. În mod clar, tinerii nu pot fi considerați un grup omogen în ceea ce privește riscul de a contracta HIV. Cu toate acestea, unii dintre ei sunt expuși unui risc semnificativ, de exemplu, CDI tineri și MSM tineri, și există dovezi că reacțiile programatice vizează într-o mai mică măsură aceste grupuri decât grupurile de persoane mai vârstnice. Deși peste trei sferturi dintre țări au raportat că educația privind HIV este integrată în planul de învățământ gimnazial, este îngrijorător faptul că nu toți tinerii din regiune beneficiază de educație sexuală completă, în special cei mai tineri, precum elevii din ciclul primar.

Persoanele infectate cu HIV

Toate țările care dispun de date privind tendințele au raportat o creștere a numărului de persoane care beneficiază de ART de la adoptarea Declarației de la Dublin. Cu toate acestea, există o serie de preocupări legate de faptul că aceste țări au pornit de la un nivel foarte redus al furnizării de tratament și de promptitudinea cu care primesc tratamentul cei care au nevoie de acesta. Principala problemă privind asigurarea imediată a tratamentului pentru cei care au nevoie de el nu este legată de tratarea celor în cazul cărora s-a confirmat necesitatea acestuia, de exemplu, cei cu o valoare CD4 sub 350 celule/mm³. Problema o reprezintă, mai degrabă, măsura în care persoanele infectate cu HIV din regiune care au nevoie de tratament nu își cunosc situația, adică nu au fost încă

diagnosticate. Datele ECDC pentru 2008 demonstrează că în 21 de țări care au raportat date privind numărul de celule CD4 în momentul diagnosticării, peste jumătate dintre persoane au avut o valoare a CD4 mai mică de 350 celule/mm³ în momentul diagnosticării. Aceste cifre sunt extrem de îngrijorătoare, deoarece sugerează că un număr semnificativ de persoane din regiune încep ART mai târziu decât este recomandat.

Aproape toate țările (84%) au raportat că stigmatizarea și discriminarea sunt abordate în strategiile naționale sau în cadrele de acțiune vizând HIV și SIDA, însă acest lucru nu se reflectă în mod constant în politicile și programele existente. De asemenea, există dovezi solide ale unor urme de stigmatizare și atitudini discriminatorii în țările din regiune, iar măsura în care sunt utilizate mecanismele disponibile de combatere a stigmatizării și discriminării este incertă. Situația nu s-a îmbunătățit semnificativ de la primul raport de progres privind Declarația de la Dublin.

Monitorizarea Declarației de la Dublin

Unul dintre angajamentele asumate în cadrul Declarației de la Dublin a fost monitorizarea punerii în aplicare a acesteia. Comisia Europeană a plasat această responsabilitate în sarcina ECDC. Acest raport reprezintă rezultatul unui proces inițiat de ECDC pentru îndeplinirea acestei responsabilități și se bazează pe contribuțiile unui număr mare de persoane și organizații. În special, datele din raport au fost furnizate de 49 de țări participante la acest studiu.

Două dintre principiile respectate în cadrul acestui studiu constau în utilizarea datelor și indicatorilor existenți ori de câte ori este posibil și în asigurarea relevanței indicatorilor monitorizați pentru situația din țările europene și central-asiatice. Uneori, au existat tensiuni între aceste principii, în special în ceea ce privește măsura în care indicatorii și datele UNGASS pot fi utilizate în cadrul acestui proces. Indicatorii UNGASS au fost utilizați ori de câte ori a fost posibil. În cazul în care țările au furnizat anterior date către UNGASS, acestea au fost valorificate. S-au primit date din 12 țări care nu au furnizat UNGASS rapoarte în 2008. Studiul a permis țărilor să furnizeze datele de care dispun privind aspecte specifice, chiar dacă acestea nu corespund exact cu indicatorii UNGASS. În plus, au fost colectate informații aferente unor grupuri de populație pentru care nu existau indicatori UNGASS specifici, de exemplu, deținuți și migranți din țări cu epidemii generalizate. Conform concluziilor studiului, s-ar putea atinge rate mai ridicate de raportare pentru UNGASS în țările din regiune dacă:

- indicatorii ar fi mai relevanți pentru regiune;
- beneficiile raportării internaționale ar fi exprimate mai clar;
- povara raportării asupra țărilor s-ar reduce prin existența unui singur proces de raportare internațional coordonat.

Abordarea rapidă a acestor probleme constituie o preocupare presantă pentru țările din regiune care au participat la acest studiu. ECDC se angajează să joace un rol central în acest proces regional.

12 Pandemia de A(H1N1) din 2009 din Europa – evaluarea experienței acumulate

(Publicat în noiembrie 2010)

Acest raport extins are ca scop conturarea unei perspective de ansamblu asupra aspectelor epidemiologice și virusologice ale pandemiei din 2009 din statele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European (UE/SEE) [27 de state membre (SM) plus Norvegia și Islanda]. Raportul furnizează informații relevante privind contextul epidemiei și pandemiei de gripă, în special privind variabilitatea și imprevizibilitatea acestora. Principalele tendințe și informații decurg din analiza și interpretarea datelor epidemiologice și virusologice și alte analize furnizate de Sistemul european de supraveghere (TESSy) al Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) prin intermediul Rețelei europene de supraveghere a gripei (EISN).

Aceste date și analize arată că, după apariția sa în America de Nord, virusul pandemic a început să se transmită în Europa în jurul săptămânii 16/2009. Acest virus s-a încadrat în criteriile stabilite anterior pentru declararea pandemiei, atât în Europa, cât și în alte zone. ECDC și SM UE/SEE au dezvoltat rapid și au convenit asupra unui sistem de supraveghere corespunzător, cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și al țărilor afectate deja din afara Europei. Acesta s-a bazat pe sistemele deja existente, însă a inclus noi elemente destinate monitorizării situației în rândul persoanelor afectate grav de virusul pandemic. În plus, s-a apelat la informații legate de epidemii și metode de supraveghere științifice concepute special pentru a stabili, în cel mai scurt timp, parametrii importanți necesari realizării unei evaluări informate, ajustării proiecțiilor și comunicării contramăsurilor.

Rețeaua europeană de supraveghere a gripei a raportat în primăvară/vară un val inițial de transmitere apărut în majoritatea țărilor, care, însă, a avut urmări semnificative doar în câteva țări, în special în Marea Britanie. Rata de transmitere a scăzut pentru scurt timp, în cursul verii, pentru ca apoi să crească din nou la începutul toamnei, imediat după începerea anului școlar. De această dată, a afectat toate țările, în toamnă/iarnă apărând un val care s-a extins de la vest la est pe întreg continentul. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a declarat oficial sfârșitul pandemiei în săptămâna 32 a anului 2010.

În majoritatea țărilor, valul de infecție din toamnă/iarnă a fost acut, a durat aproximativ 14 săptămâni și a fost însoțit de un val similar de spitalizări și decese. Cu toate acestea, gravitatea bolii a avut caracter eterogen, variind de la zonă la zonă, chiar și în interiorul țărilor. Per total, țările UE/SEE au raportat oficial 2 900 de decese în primele 12 luni, pe parcursul cărora SM au depus eforturi suplimentare pentru colectarea acestor date. Cu toate acestea, este recunoscut faptul că acest număr reprezintă doar o parte din totalul real de decese cauzate de pandemie. S-a constatat o creștere a deceselor de orice cauză în rândul copiilor de vârstă școlară. Deși era vorba despre un virus gripal nemaiîntâlnit până în acel moment, expunerea anterioară la un virus gripal similar din punct de vedere antigenic, care se presupune că a circulat la mijlocul anilor 1950, a determinat existența unei imunități anterioare la multe persoane vârstnice din Europa. Această situație, nespecifică doar pandemiei din 2009, explică două dintre caracteristicile importante care o diferențiază pe aceasta de gripa inter-pandemică sau sezonieră: rata mortalității mai redusă la nivel global și ratele deceselor și îmbolnăvirilor mai ridicate în rândul tinerilor decât se preconizase. Deși multe persoane în vârstă păreau a fi protejate, cei care făceau excepție au cunoscut cele mai ridicate rate de deces, mai ridicate decât în cazul oricărei alte categorii de vârstă.

Virusul pandemic a înlocuit virusurile gripale de tip A intra-pandemice predominante anterior în Europa. Cu toate acestea, târziu, la sfârșitul sezonului, au apărut, într-o proporție redusă, virusuri gripale de tip B. S-a constatat că doar un număr redus de virusuri pandemice erau rezistente la oseltamivir, iar dintre acestea, foarte puține păreau a avea capacitatea de a se transmite de la o persoană la alta. Deși virusurile pandemice nu sunt identice, până în prezent au apărut puține dovezi privind existența unor modificări semnificative sau apariția unor noi forme dominante. S-a sugerat că una dintre forme – A(H1N1)-D222G – ar fi asociată unei boli mai grave, deși relația de cauzalitate nu a fost stabilită.

Deși anumite dovezi empirice sugerează existența unor cazuri mai puțin grave și asimptomatice în comparație cu cele ale gripei inter-pandemice, au existat suficiente cazuri de sindrom respirator acut (ARDS) – o afecțiune foarte rar asociată cu gripa inter-pandemică – care să aglomereze serviciile de terapie intensivă din multe zone. Cea mai ridicată incidență a bolii se înregistrează la copii mici, iar, conform rapoartelor din fiecare țară, cele mai ridicate rate de infecție au fost notificate în rândul copiilor de vârstă școlară. Aceste rate ridicate de îmbolnăvire au reprezentat o povară pentru serviciile primare, spitalele de pediatrie și, în special, unitățile de terapie intensivă din anumite localități.

În prezent, sunt disponibile o serie de date limitate provenite din studii serologice care confirmă datele de supraveghere ce indică o rată de transmitere mai ridicată decât cea suspectată pe baza semnelor clinice. Totuși, acestea nu sunt încă suficiente pentru a emite previziuni fiabile legate de situația din iarna următoare (2010/2011). În acest scop, experiența țărilor cu climat temperat din emisfera sudică în perioada de vară 2010 a fost cât se poate de relevantă.

Într-o etapă timpurie, pandemia a fost mult mai puțin gravă decât s-a estimat. Acest lucru a fost evidențiat în prima Evaluare a riscurilor realizată de ECDC⁶, în rapoartele și informările OMS puse la dispoziția autorităților naționale și europene de ECDC. Din cauza ratelor scăzute de absenteism, impactul asupra serviciilor din afara sectorului sanitar a fost, de asemenea, redus. Această și alte considerente au demonstrat că este vorba, probabil, de cea mai ușoară pandemie la care ar fi putut spera Europa.

Deoarece pandemia din 2009 a reprezentat o amenințare mult mai redusă decât cea pentru care s-au pregătit majoritatea țărilor, această situație a testat flexibilitatea planurilor. Ea a avut loc într-o perioadă în care testele de diagnosticare erau furnizate rapid, asemenea contramăsurilor farmaceutice preventive precum antiviralele – care au rezistență redusă la inhibitorii neuraminidazei, însă au o rezistență aproape completă la adamantine mai vechi – și vaccinurile corespunzătoare erau create mai rapid decât oricând. Totuși, fiecare dintre aceste progrese a fost însoțit de propriile probleme, apărând noi provocări și surprize. După cum s-a menționat anterior, rata ARDS a fost mai ridicată decât cea preconizată, într-o perioadă în care multe unități de terapie intensivă se aflau deja sub presiune, fără, însă, ca restul spitalelor să fie supraaglomerate. O surpriză mai plăcută a fost faptul că vaccinurile pandemice produse rapid au prezentat un răspuns imunologic atât de favorabil încât pentru multe dintre formulele existente a fost necesară administrarea unei singure doze la adulți. De asemenea, acestea s-au dovedit eficiente și acceptabil de sigure, deși încă este necesară continuarea supravegherii după introducerea pe piață pentru a se stabili exact gradul de siguranță. Atunci când vaccinurile au fost lansate, acestea au fost întâmpinate cu entuziasm variabil în sensul vaccinării de cadrele medicale. Nu sunt disponibile date fiabile privind acoperirea la nivelul UE, însă impresia care se degajă este că acoperirea va fi foarte variabilă pe teritoriul Europei și că doar câteva țări vor atinge o rată de acoperire ridicată în rândul întregii populații sau al grupurilor de risc vizate.

Lipsa unei acceptări la scară largă a vaccinului este cauzată parțial de dificultatea de a transmite un mesaj care să comunice complexitatea riscului existent, locuitorii înțelegând că, dacă nu fac parte dintr-un grup de risc (copii mici, persoane cu boli cronice și femei însărcinate) șansele de a dezvolta o boală gravă din cauza infecției sunt foarte reduse. Cu toate acestea, deoarece 25-30% dintre decesele oficiale s-au înregistrat în rândul unor persoane sănătoase anterior, cu vârsta sub 65 de ani, cel de-al doilea mesaj transmitea că există un risc redus, dar real de îmbolnăvire gravă și deces în cazul tuturor adulților și copiilor sănătoși. Prin urmare, provocările lansate de comunicarea riscurilor erau considerabile.

În schimb, se impune probabil precizarea că țările UE/SEE au gestionat reacția la pandemie relativ bine. Nicio țară nu a reacționat peste măsură, în timp ce sistemele dezvoltate de Comisie, OMS și ECDC destinate discutării și partajării informațiilor și analizelor s-au dovedit a fi stabile și utile. Sistemul EISN de supraveghere virusologică și bazată pe asistență medicală primară a funcționat corespunzător și a contribuit la sporirea numărului de date provenite din sursele ECDC de informații legate de epidemii și de metode de supraveghere științifice adaptate. Mai puțin succes a avut partajarea analizelor din primele țări afectate însă, din fericire, țările din America de Nord și din emisfera sudică au furnizat rapid date și analize. În ciuda numeroaselor studii și activități legate de experiența acumulată aflate în desfășurare, există anumite concluzii generale care au devenit imediat evidente:

- sunt necesare definiții comune pentru gravitatea unei pandemii în vederea sporirii flexibilității planurilor de pregătire;
- sistemele de supraveghere de rutină instituite înainte de izbucnirea pandemiei vor asigura mai puține modificări în situație de criză sau chiar în timpul pandemiei;
- trebuie să existe o supraveghere de rutină mai eficientă a „celor mai grave consecințe” pentru persoanele spitalizate sau decedate;
- în viitor, partajarea analizelor timpurii din primele țări afectate trebuie să funcționeze mai eficient.
- trebuie desfășurate mai multe activități, inclusiv de cercetare și dezvoltare, pentru a pune la dispoziție date seroepidemiologice în timp real, și
- adaptarea reacțiilor în timpul unei pandemii ar trebui să fie mai strâns legată de politica și operațiunile din întreaga Europă, nu doar din una sau două țări.

În acest moment, planificarea pentru pandemie va trebui revizuită deoarece apariția unei pandemii nu exclude posibilitatea apariției altora în viitor, de exemplu, o pandemie de H5 sau H7. Următoarea generație de planuri trebuie să includă o mai mare flexibilitate de reacție la diferite niveluri de gravitate și la diferite aspecte „cunoscute / necunoscute” legate de pandemii pe care ECDC. Acest lucru ar avea șanse mai mari de reușită dacă s-ar ajunge la un consens privind o abordare europeană comună de evaluare a nivelului de gravitate, care să adapteze nivelurile de reacție la diferitele scări și caracteristici. De asemenea, următoarele planuri trebuie să prevadă consolidarea și sustenabilitatea sistemelor de supraveghere a gripei introduse pentru a răspunde aspectelor asociate pandemiei, în special infecțiile respiratorii acute severe, mortalitatea și, în final, supravegherea seroepidemiologică. Sistemele de supraveghere trebuie să constituie o prioritate și să beneficieze de suficiente resurse. Ulterior, este necesar să se permită dezvoltarea și testarea acestora în timpul unei perioade inter-pandemice astfel încât să fie mai stabile și mai eficiente în momentul izbucnirii următoarei crize majore.

⁶ Disponibilă la: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

13 Progresele în direcția eliminării TBC – Raport de monitorizare a Planului-cadru de acțiune pentru combaterea tuberculozei în Uniunea Europeană

(Publicat în noiembrie 2010)

Introducere

Planul-cadru de acțiune pentru combaterea tuberculozei în Uniunea Europeană a fost lansat în 2008 de Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC). La solicitarea comisarului european pentru sănătate de a dezvolta un cadru de monitorizare care să vină în sprijinul acestui plan, ECDC a elaborat un raport de monitorizare a Planului-cadru de acțiune. Obiectivele acestuia sunt: oferirea unei perspective de ansamblu asupra contextului strategic actual pentru controlul TBC în UE și evidențierea legăturilor acestuia cu situația la nivel global și descrierea unui cadru de monitorizare epidemiologică și strategică care să permită evaluarea progreselor înregistrate în direcția eliminării TBC din UE.

Contextul strategic la nivel european și mondial

Nivelul actual al epidemiei de TBC în UE necesită un cadru de monitorizare specific cu relevanță directă pentru contextul epidemiologic european și ușor de aplicat de statele membre. Prin urmare, dezvoltarea unui cadru de monitorizare presupune o cunoaștere aprofundată a contextului epidemiologic și strategic care urmează a fi monitorizat. Astfel, acest raport de monitorizare oferă o perspectivă de ansamblu asupra contextului actual din UE și de la nivel global, recunoscând nevoia unei strategii complexe de control al TBC având în vedere contextul globalizat al epidemiei de TBC.

Monitorizarea Planului-cadru de acțiune

Acest raport propune o serie de indicatori și obiective epidemiologice și operaționale principale ca parte integrantă a cadrului de monitorizare. Acești indicatori și aceste obiective sunt compatibile cu cele deja monitorizate în cadrul colaborărilor existente la nivel global și regional și pot fi, în general, deduse din informațiile deja colectate și raportate de țări. Indicatorii principali ai raportului de urmărire sunt strâns legați de opt domenii strategice ale Planului-cadru de acțiune pentru a permite evaluarea progresului înregistrat în fiecare dintre aceste domenii.

Indicatori epidemiologici

- 1 Tendințe ale ratelor de declarare a cazurilor
- 2 Tendințe ale ratelor de declarare a cazurilor de MDR
- 3 Tendințe ale raportului ratelor de declarare la adulți și copii
- 4 Tendințe ale mediei de vârstă în rândul cazurilor de TBC

Indicatori operaționali

- 1 Existența unui plan național de control al TBC
- 2 Existența unor ghiduri privind punerea în aplicare a planului național de control al TBC
- 3 Procentul de laboratoare naționale de referință pentru TBC (membre ale ERLN-TB) care ating o performanță corespunzătoare conform schemei de asigurare a calității externe
- 4 Existența unei strategii pentru introducerea și punerea în aplicare a unor noi instrumente de control al TBC
- 5 Procentul de cazuri noi de TBC pulmonar confirmate prin cultură și procentul de cazuri testate prin DST pentru medicamente de linia întâi
- 6 Procentul statelor membre care raportează rata de succes a tratamentului
- 7 Rata de succes a tratamentului
- 8 Procentul pacienților cu TBC pentru care se cunoaște diagnosticul HIV

Anexă: publicații ECDC în 2010

Rapoarte tehnice

Mai

Risk assessment on Q fever

Iunie

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Septembrie

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

Octombrie

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Noiembrie

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Decembrie

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Ghiduri ECDC

Octombrie

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

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Disponibil și sun formă de rezumat]

Decembrie

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

Rapoarte de supraveghere

Martie

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Mai

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Octombrie

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Noiembrie

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

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

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Rapoarte speciale

Iulie

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

Septembrie

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

Noiembrie

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

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

Rapoarte ale reuniunilor

Ianuarie

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

Februarie

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Martie

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Aprilie

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

Mai

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Iunie

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Iulie

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Decembrie

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

Rapoarte ale misiunilor

Februarie

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

Octombrie

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

Documente tehnice

Martie

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

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

Septembrie

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Publicat de OMS.

Publicații instituționale

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Publicații periodice

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

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