



ECDC **CORPORATE**

Περίληψη κυριότερων
δημοσιεύσεων
2009

ECDC **CORPORATE**

Περίληψη κυριότερων δημοσιεύσεων 2009



Στοκχόλμη, Ιανουάριος 2010.

© European Centre for Disease Prevention and Control, 2010

Επιτρέπεται η αναπαραγωγή εφόσον αναφέρεται η πηγή.

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	1
Τεχνικές εκθέσεις.....	2
1. Κατευθυντήριες οδηγίες εκτίμησης κινδύνων για τις μολυσματικές νόσους που μεταδίδονται μέσω των αεροπορικών ταξιδιών	2
2. Επιτήρηση και εκπόνηση μελετών σε περίπτωση πανδημίας στην Ευρώπη	3
3. Οδηγός δημοσιοϋγειονομικών μέτρων για τον περιορισμό των επιπτώσεων των πανδημιών γρίπης στην Ευρώπη: «Ο Κατάλογος του ECDC»	4
4. Σειρά εγγράφων για την υγεία των μεταναστών: Πρόσβαση των πληθυσμών μεταναστών στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην περίθαλψη για τον ιό HIV στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ.....	14
5. Σειρά εγγράφων για την υγεία των μεταναστών: Επιδημιολογία του ιού HIV και του AIDS στις κοινότητες μεταναστών και στις εθνοτικές μειονότητες στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ	18
6. Χαρτογράφηση της επιτήρησης των συμπεριφορών σε σχέση με τον ιό HIV και τις ΣΜΛ στην Ευρώπη	22
7. Βακτηριακή πρόκληση: ώρα για δράση (κοινή τεχνική έκθεση ECDC/EMEA)	24
8. Αποτελεσματικότητα των συμπεριφορικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων πρόληψης του HIV και των ΣΜΛ για τους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές στην Ευρώπη	30
Εκθέσεις καθοδήγησης	32
9. Έλεγχος των χλαμυδίων στην Ευρώπη.....	32
10. Χορήγηση στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας αντιιικών φαρμάκων κατά της γρίπης σε περιόδους πανδημίας .	34
11. Χορήγηση ειδικών πανδημικών εμβολίων γρίπης κατά την πανδημία του ιού H1N1 το 2009.....	38
Εκθέσεις επιτήρησης	40
12. Επιτήρηση της φυματίωσης στην Ευρώπη - 2007	40
13. Ετήσια επιδημιολογική έκθεση για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρώπη - 2009	43
14. Επιτήρηση του ιού HIV/AIDS στην Ευρώπη - 2008	51
Παράρτημα: Δημοσιεύσεις του ECDC το 2009.....	53

Εισαγωγή

Το 2009, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) δημοσίευσε συνολικά 43 επιστημονικά έγγραφα. Ανάμεσα στα σημαντικότερα συγκαταλέγονται:

- Η *Ετήσια επιδημιολογική έκθεση για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρώπη-2009*, μια ετήσια δημοσίευση του ECDC που εκδίδεται για τρίτη φορά και περιλαμβάνει μια περιεκτική σύνοψη των δεδομένων επιτήρησης του 2007 και των απειλών που αποτέλεσαν αντικείμενο παρακολούθησης το 2008.
- Η *Επιτήρηση της φυματίωσης στην Ευρώπη 2007* και η *Επιτήρηση του ιού HIV/AIDS στην Ευρώπη 2008*, που εκπονήθηκαν από κοινού με το Περιφερειακό Γραφείο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την Ευρώπη (WHO EURO) και καλύπτουν την κατάσταση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ), καθώς και σε 23 ακόμη χώρες υπαγόμενες στην αρμοδιότητα του WHO EURO.
- Η Σειρά εγγράφων για την υγεία των μεταναστών, μια συλλογή δημοσιεύσεων σχετικά με συγκεκριμένες ασθένειες η οποία περιλαμβάνει αναλύσεις δεδομένων, συνοπτικές παρουσιάσεις στοιχείων, ερμηνεία και καθοδήγηση σχετικά με παρεμβάσεις στον τομέα της μετανάστευσης και επιλεγμένων μολυσματικών νόσων. Τα δύο πρώτα έγγραφα σχετικά με συγκεκριμένες ασθένειες δημοσιεύθηκαν το 2009 και επικεντρώνονταν στον ιό του HIV/AIDS.
- Η *βακτηριακή πρόκληση: ώρα για δράση (The bacterial challenge: time to react)*, μια τεχνική έκθεση για το κενό ανάμεσα στο φορτίο των λοιμώξεων που οφείλονται σε πολυανθεκτικά βακτήρια και στην ανάπτυξη νέων αντιβιοτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος, που εκπονήθηκε από κοινού με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων.
- *Χαρτογράφηση της επιτήρησης των συμπεριφορών σε σχέση με τον ιό HIV και τις ΣΜΛ στην Ευρώπη*, μια διεξοδική ανάλυση της τρέχουσας κατάστασης όσον αφορά τα προγράμματα επιτήρησης των συμπεριφορών για τον ιό HIV και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (ΣΜΛ) στις χώρες της ΕΕ και της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (ΕΖΕΣ).

Για κάποια επιλεγμένα έγγραφα του ECDC, όπως τα προαναφερόμενα, έχουν συνταχθεί περιλήψεις προκειμένου να καταστεί το περιεχόμενό τους διαθέσιμο στους φορείς χάραξης πολιτικής σε όλες τις γλώσσες της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της ισλανδικής και της νορβηγικής. Οι περιλήψεις αντανakλούν το πνεύμα των πρωτότυπων δημοσιεύσεων, ωστόσο ορισμένες σημαντικές αποχρώσεις ενδέχεται να χάθηκαν κατά τη διαδικασία της σύνοψης. Οι αναγνώστες που επιθυμούν να έχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα μπορούν να ανατρέξουν στο πλήρες κείμενο των εγγράφων, τα οποία διατίθενται ηλεκτρονικά στον δικτυακό τόπο: www.ECDC.europa.eu.

Στο παράρτημα παρατίθεται κατάλογος με όλες τις δημοσιεύσεις του ECDC το 2009. Όλες τους διατίθενται ηλεκτρονικά μέσω του παραπάνω συνδέσμου, συνοδευόμενες από σύντομη περιγραφή του αντίστοιχου περιεχομένου. Επιλεγμένες εκθέσεις διατίθενται επίσης και εντύπως. Για να λάβετε το τυπωμένο αντίτυπο κάποιας από αυτές, μπορείτε να στείλετε μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση publications@ECDC.europa.eu.

Τεχνικές εκθέσεις

1. Κατευθυντήριες οδηγίες εκτίμησης κινδύνων για τις μολυσματικές νόσους που μεταδίδονται μέσω των αεροπορικών ταξιδιών

(Δημοσίευση: Ιούνιος 2009)

Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των επιβατών στις εθνικές και διεθνείς εμπορικές αερομεταφορές παρουσιάζει σταθερή αύξηση. Οι διεθνείς αερολιμένες καθημερινά υποδέχονται εκατομμύρια επιβάτες, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να μετακινούνται ανά τον κόσμο σε μερικές μόνο ώρες. Ταυτόχρονα, η αλλαγή των ταξιδιωτικών συνθηκών μπορεί να δημιουργήσει νέες απειλές, καθώς στο κλειστό περιβάλλον του θαλάμου επιβατών των σύγχρονων αεροπλάνων, οι επιβάτες μπορούν να εκτεθούν σε διάφορες μολυσματικές νόσους από τις οποίες πάσχουν ενδεχομένως οι συνεπιβάτες τους.

Η εμφάνιση του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου (SARS) το 2003 κατέδειξε πώς μια νέα νόσος μπορεί να εμφανιστεί και να εξαπλωθεί ξαφνικά σε ολόκληρο τον κόσμο μέσω των αεροπορικών ταξιδιών. Η έγκαιρη ανίχνευση των μολυσματικών νόσων εντός του αεροσκάφους, σε συνδυασμό με την έγκαιρη εκτίμηση κινδύνων, διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο κατά την εφαρμογή μέτρων αντίδρασης στον τομέα της δημόσιας υγείας. Όταν ανιχνεύεται ένας κίνδυνος για τη δημόσια υγεία, ουσιώδες βήμα για τον περιορισμό του κινδύνου – και μεγάλη πρόκληση για τους εμπειρογνώμονες στον τομέα της δημόσιας υγείας παγκοσμίως – αποτελεί η ιχνηλάτηση των επαφών των επιβατών που εκτέθηκαν κατά τη διάρκεια μιας πτήσης.

Στις κατευθυντήριες οδηγίες εκτίμησης κινδύνων για τις μολυσματικές νόσους που μεταδίδονται μέσω των αεροπορικών ταξιδιών (RAGIDA) παρατίθενται στοιχεία της επιστημονικής βιβλιογραφίας σε συνδυασμό με εξειδικευμένες γνώσεις, προκειμένου να παρέχονται βιώσιμες επιλογές στους φορείς λήψης αποφάσεων. Οι εν λόγω κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στον προσδιορισμό των ενεργοποιητών καθώς και στις περιπτώσεις που πρέπει να αποφασιστεί η ιχνηλάτηση των επαφών των επιβατών και των μελών του πληρώματος που εκτέθηκαν σε μολυσματικές νόσους κατά τη διάρκεια μιας πτήσης.

Στις δώδεκα νόσους στις οποίες κατέληξαν εμπειρογνώμονες από το Ινστιτούτο Robert Koch και το ECDC περιλαμβάνονται η φυματίωση (TB), η γρίπη, το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (ΣΟΑΣ), η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος, η ιλαρά, η ερυθρά, η διφθερίτιδα, ο αιμορραγικός πυρετός Έμπολα, ο αιμορραγικός πυρετός Μάρμπουργκ, ο πυρετός Λάσσα, η ευλογιά και ο άνθρακας. Περισσότερα από 3 700 άρθρα που έχουν υποβληθεί σε επιστημονική κρίση και πηγές της γκριζας βιβλιογραφίας εξετάστηκαν συστηματικά προκειμένου να αξιολογηθούν οι ακριβείς συνθήκες που οδήγησαν στη μετάδοση των εν λόγω μολυσματικών νόσων μέσω των αεροπορικών ταξιδιών. Επιπλέον, διεξήχθη συστηματική έρευνα για τις κατευθυντήριες οδηγίες αξιολόγησης και διαχείρισης κινδύνων για τις ανωτέρω μολυσματικές νόσους από διεθνείς επιτροπές αεροπορίας και εθνικούς ή διεθνείς φορείς δημόσιας υγείας. Τέλος, ζητήθηκε η συμβουλή 73 εμπειρογνομόνων από 38 χώρες.

Από τη συστηματική βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιήθηκε προκύπτει ότι η μετάδοση της φυματίωσης, της γρίπης, του SARS, της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου και της ιλαράς μέσω των αεροπορικών ταξιδιών αποτελεί σχετικά συχνό φαινόμενο. Εντούτοις, ο αριθμός των άρθρων που αναφέρουν επιβεβαιωμένη μετάδοση μέσω αεροπορικών ταξιδιών για κάποια από αυτές τις νόσους ήταν εξαιρετικά μικρός, ιδίως εάν ληφθεί υπόψη ο μεγάλος αριθμός των πιθανών επαφών. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό ότι ο συνολικός αριθμός των συμβάντων μετάδοσης μέσω των αεροπορικών ταξιδιών κυμαίνεται σε εξίσου χαμηλά επίπεδα. Παρότι είναι δύσκολο να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τον αριθμό των λοιμώξεων που οφείλονται σε μετάδοση μέσω των αεροπορικών ταξιδιών, η πιθανότητα εξάπλωσης των μολυσματικών νόσων μέσω των αεροπορικών ταξιδιών δεν είναι ενδεχομένως μεγαλύτερη από την αντίστοιχη πιθανότητα μετάδοσης στο έδαφος.

Εντέλει, παραμένουμε πεπεισμένοι ότι η αξιολόγηση κινδύνων και η απόφαση για ιχνηλάτηση των επαφών θα πρέπει, όπως προτείνεται στη συγκεκριμένη τεχνική έκθεση, να αφορούν συγκεκριμένα κάθε συμβάν και να λαμβάνουν υπόψη παράγοντες όπως η πιθανότητα επιδημιολογικής εξάπλωσης, η μολυσματικότητα και η παθογονικότητα των ασθενών-δεικτών, η λειτουργικότητα των συστημάτων εξαερισμού επί του αεροσκάφους, η συχνότητα των επαφών και η διαρρύθμιση των θέσεων.

2. Επιτήρηση και εκπόνηση μελετών σε περίπτωση πανδημίας στην Ευρώπη

(Δημοσίευση: Ιούνιος 2009)

Η επιτήρηση και η εκπόνηση μελετών σε περίπτωση πανδημίας (SSiaP) είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα το οποίο περιλαμβάνει, όπως ορίζεται στο παρόν έγγραφο, τέσσερις διακριτές συνιστώσες:

- 1) έγκαιρη ανίχνευση και διερεύνηση
- 2) έγκαιρη διεξοδική αξιολόγηση
- 3) παρακολούθηση, και
- 4) ταχεία διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και του αντικτύπου των αντιμέτρων (περιλαμβανομένης της ασφάλειας των φαρμακευτικών αντιμέτρων) στον μετριασμό.

Αν και το ενδεχόμενο να εμφανιστεί πανδημία στην Ευρώπη είναι μικρό, και συνεπώς η έγκαιρη ανίχνευση και διερεύνηση θα λάβουν πιθανότατα χώρα αλλού, η Ευρώπη θα χρειαστεί να εφαρμόσει τις άλλες τρεις διαδικασίες. Η εργαστηριακή (микροβιολογική) επιτήρηση είναι ουσιώδης για όλες τις συνιστώσες αλλά συνήθως εντάσσεται στην επιδημιολογική και κλινική επιτήρηση. Η έγκαιρη αξιολόγηση (δεύτερη συνιστώσα) είναι ζωτικής σημασίας λόγω του αριθμού των σημαντικών παραμέτρων της επόμενης πανδημίας που δεν μπορεί να προβλεφθεί. Ωστόσο, δεν κρίνεται απαραίτητη η εκπόνηση έγκαιρης αξιολόγησης για κάθε χώρα. Ίδανικά, αυτή θα εκπονείται από τις ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες παρουσιάστηκαν τα πρώτα κρούσματα, με την υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), και θα περιορίζεται στον προσδιορισμό των «στρατηγικών παραμέτρων». Οι τιμές για αυτές τις παραμέτρους θα καθορίζουν ποια δημοσιoυγειονομικά και κλινικά μέτρα ενδέχεται να αποδειχθούν πιο αποτελεσματικά. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα που θα προκύπτουν από συγκεκριμένο αριθμό χωρών θα μεταφέρονται αμέσως σε όλες τις άλλες χώρες.

Στο πλαίσιο της έγκαιρης αξιολόγησης θα διενεργείται αξιολόγηση της σοβαρότητας της πανδημίας. Αν και δύσκολη, η εκτίμηση αυτή είναι απαραίτητη, καθώς ορισμένα εθνικά ευρωπαϊκά σχέδια προβλέπουν ριζικότερες παρεμβάσεις σε περίπτωση σοβαρής πανδημίας. Για την αξιολόγηση προβλέπεται καθοδήγηση από την ΠΟΥ. Εντούτοις, κάτι τέτοιο απαιτεί τη διαμόρφωση μιας ευρωπαϊκής εικόνας βάσει αξιολόγησης κινδύνου, καθώς η σοβαρότητα μιας πανδημίας αποτελεί πολύπλοκη έννοια η οποία δεν μπορεί να οριστεί με ένα μόνο κριτήριο. Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες θα πρέπει να εφαρμόσουν διαδικασίες παρακολούθησης (τρίτη συνιστώσα) για την κατάλληλη διαχείριση των οικείων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και άλλων υπηρεσιών. Οι κεντρικές αρχές των χωρών θα ήθελαν να έχουν στη διάθεσή τους απεριόριστο όγκο πληροφοριών για σκοπούς παρακολούθησης, ωστόσο θα πρέπει να περιορίζονται στις πληροφορίες που είναι απολύτως απαραίτητες για τη λήψη αποφάσεων και για την κατάρτιση των κυριότερων ανακοινώσεων. Η παρακολούθηση θα πρέπει να ελέγχεται ως προς τη σκοπιμότητά της σε περιόδους γρίπης, ενώ θα πρέπει επίσης να εξετάζεται η μεταβολή ή η διακοπή της λειτουργίας των συστημάτων επιτήρησης ρουτίνας κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας. Η διεθνής παρακολούθηση (η αναφορά στην ΠΟΥ και στις ευρωπαϊκές αρχές) θα πρέπει να παραμένει απλή, καθώς πολλές χώρες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην παροχή πληροφοριών ρουτίνας σε διεθνείς οργανισμούς, όπως και στην εφαρμογή εσωτερικών διαδικασιών. Επίσης, δεν θα είναι όλες οι χώρες σε θέση να παράσχουν λεπτομερείς πληροφορίες στον βαθμό που το επιθυμούν οι ευρωπαϊκές αρχές.

Οι έρευνες σχετικά με τον αντίκτυπο των δημοσιoυγειονομικών μέτρων (και την ασφάλεια των φαρμακευτικών αντιμέτρων) (τέταρτη συνιστώσα) αποτελούν μία ακόμη διαδικασία που δεν θα είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί από όλες τις χώρες. Δεν αναμένεται να καταστεί σαφές το εάν και κατά πόσο τα δημοσιoυγειονομικά μέτρα (καθώς και ποια από αυτά) αποδείχτηκαν αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Η ΠΟΥ και το ECDC εργάζονται με τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για να αναπτύξουν διαδικασίες και «πρότυπα πρωτόκολλα» για την έγκαιρη διεξοδική αξιολόγηση, ο βαθμός αποδοχής των οποίων θα ελεγχθεί στο πλαίσιο ασκήσεων και επιτόπιων δοκιμών κατά την περίοδο γρίπης 2009-2010. Η εμφάνιση της νέας γρίπης Α(H1N1) συνεπάγεται ότι οι εν λόγω διαδικασίες και τα πρωτόκολλα θα ελεγχθούν σε συνθήκες πραγματικής πανδημίας. Μέθοδοι εκτίμησης της αποτελεσματικότητας του εμβολίου της γρίπης στην Ευρώπη εφαρμόζονται δοκιμαστικά (στο πλαίσιο της τέταρτης συνιστώσας). Σε εθνικό επίπεδο, είναι σημαντικό να σχεδιαστεί ο τρόπος με τον οποίο οι αρχές θα υλοποιήσουν τη δεύτερη και την τέταρτη συνιστώσα, περιλαμβανομένης της συνεργασίας με φορείς και εργαζομένους στον ακαδημαϊκό τομέα, και θα εξασφαλίσουν ρεαλιστικούς πόρους για τη στήριξη των συνιστωσών κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

3. Οδηγός δημοσιoυγειονομικών μέτρων για τον περιορισμό των επιπτώσεων των πανδημιών γρίπης στην Ευρώπη: «Ο Κατάλογος του ECDC»

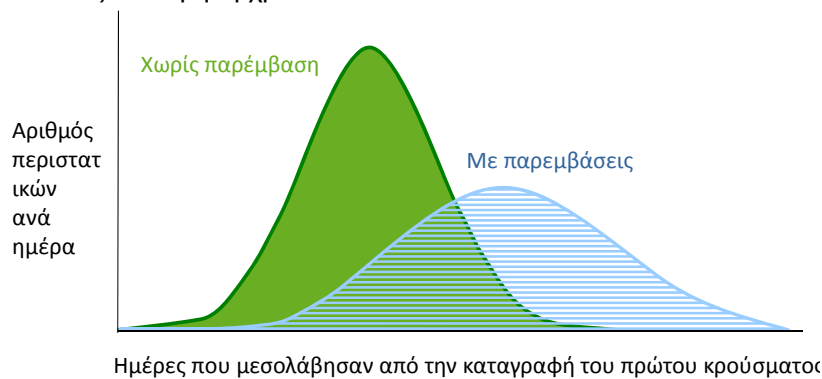
(Δημοσίευση: Ιούνιος 2009, επικαιροποίηση: Οκτώβριος 2009)

Η εφαρμογή δημοσιoυγειονομικών μέτρων (βλέπε Συνοπτικούς πίνακες στη σελίδα 6) θα μειώσει, ως έναν βαθμό, τον αριθμό των ανθρώπων που μολύνονται, χρήζουν ιατρικής περίθαλψης και πεθαίνουν κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας γρίπης. Επίσης, ενδέχεται να μειώσει τον αριθμό των ανθρώπων που επηρεάζονται από σοβαρές επιδημίες της εποχικής γρίπης. Μειώνοντας, και ενδεχομένως επιβραδύνοντας, την κορύφωση μιας πανδημικής καμπύλης (Εικόνα 3.1.), τα μέτρα θα μπορούσαν επίσης να μετριάσουν τις δευτερογενείς επιπτώσεις των πανδημιών που επέρχονται όταν πολλοί άνθρωποι ασθενούν ταυτόχρονα, δηλαδή τις επιπτώσεις των μαζικών απουσιών εργαζομένων λόγω ασθένειας σε βασικούς τομείς δραστηριότητας, όπως είναι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης και η διατήρηση των προμηθειών τροφίμων, η διανομή καυσίμων και οι υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, κ.ο.κ.. Τα δημοσιoυγειονομικά μέτρα μπορούν να επιβραδύνουν την κορύφωση της επιδημικής καμπύλης μιας πανδημίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προτού καταστεί διαθέσιμο ένα εμβόλιο κατά της πανδημίας, μειώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τον συνολικό αριθμό των ανθρώπων που θα νοσήσουν. Επιπροσθέτως, μπορούν, θεωρητικά, να επιβραδύνουν την κορύφωση της πανδημικής καμπύλης έως ότου η μετάδοση της γρίπης μειωθεί φυσιολογικά κατά τους θερινούς μήνες.

Εικόνα 3.1 Στόχοι της εφαρμογής δημοσιoυγειονομικών μέτρων κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας

Στόχοι της μείωσης της μετάδοσης του ιού της γρίπης στην κοινότητα

- Επιβράδυνση και εξομάλυνση της επιδημικής κορύφωσης
- Μείωση της απειλής και του φορτίου αιχμής για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης
- Ελαφρά μείωση του συνολικού αριθμού κρουσμάτων
- Εξοικονόμηση χρόνου



Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα προτεινόμενων μέτρων (βλέπε Συνοπτικούς πίνακες), το οποίο περιλαμβάνει προσωπικές προφυλάξεις, όπως το πλύσιμο των χεριών και η χρήση μάσκας, και φαρμακευτικές παρεμβάσεις, όπως η χορήγηση αντιϊκών, τα εμβόλια κατά της γρίπης των πτηνών σε ανθρώπους (γνωστά και ως προπανδημικά εμβόλια) και, σε μεταγενέστερο στάδιο της πανδημίας, τα ειδικά εμβόλια, καθώς επίσης και μέτρα αποφυγής του έντονου κοινωνικού συγχρωτισμού. Πολλοί θεωρούν ότι η εφαρμογή συνδυαστικών μέτρων –στратηγική γνωστή και ως «άμυνα σε βάθος» ή προσέγγιση των «πολυεπίπεδων παρεμβάσεων»– θα ακόμη πιο αποτελεσματική από την εφαρμογή μεμονωμένων μέτρων. Τόσο το έργο στον τομέα της κατάρτισης μοντέλων όσο και η κοινή λογική υποδεικνύουν ότι οι έγκαιρες παρεμβάσεις θα είναι πιο αποτελεσματικές από την τήρηση στάσης αναμονής μέχρι την πλήρη εξέλιξη μιας πανδημίας.

Μέτρα όπως αυτά που εμπίπτουν στην κατηγορία της αποφυγής του έντονου κοινωνικού συγχρωτισμού αναμένεται να συμβάλουν στον περιορισμό της μετάδοσης μιας λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω σταγονιδίων και έμμεσης επαφής. Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις η βάση τεκμηρίωσης για κάθε μεμονωμένο μέτρο είναι ελλιπής. Επίσης, δεν υπάρχει σαφής εικόνα για τον τρόπο αλληλεπίδρασης ορισμένων μέτρων. Συγκεκριμένα, τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι επιπτώσεις των μέτρων αποφυγής κοινωνικού συγχρωτισμού θα έχουν σωρευτικό χαρακτήρα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτή η έλλειψη σαφήνειας οφείλεται σε ένα κενό έρευνας. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό συμβαίνει είτε διότι τα μέτρα είναι δύσκολο να αξιολογηθούν μέσω πειραματικής προσέγγισης είτε διότι η εφαρμογή τους σε πραγματικές καταστάσεις στο παρελθόν είχε πάντα συνδυαστικό χαρακτήρα. Ως εκ τούτου, είναι εξαιρετικά δύσκολο να εκτιμηθούν τόσο οι απόλυτες θετικές επιπτώσεις όσο και τα σχετικά πλεονεκτήματα των διαφόρων μέτρων. Επίσης, η αποτελεσματικότητα των μέτρων μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της πανδημίας. Παραδείγματος χάρη, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε παιδιά θα μπορούσαν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές κατά τη διάρκεια της πανδημίας του 1957, όπου τα επίεδα μετάδοσης σε νεότερες ηλικιακές ομάδες φαίνεται πως ήταν αυξημένα, αλλά θα αποδεικνύονταν λιγότερο αποτελεσματικές κατά τη διάρκεια των πανδημιών του 1918-19 και του 1968. Ως εκ τούτου, δεν είναι εφικτή η κατάρτιση καθορισμένων σχεδίων κατάλληλων για κάθε πανδημία. Επιπροσθέτως, η αποτελεσματικότητα, η σκοπιμότητα και το κόστος των μέτρων αποφυγής του έντονου κοινωνικού συγχρωτισμού ενδέχεται να διαφοροποιείται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών ή ακόμη και στο εσωτερικό των χωρών (παραδείγματος χάρη, μεταξύ των πυκνοκατοικημένων αστικών περιοχών και των αγροτικών περιοχών).

Η εμπειρία από προηγούμενες πανδημίες και άλλα συνδεόμενα συμβάντα, όπως το ΣΟΑΣ, καταδεικνύει ότι ως έναν βαθμό τα δημοσιονομικά μέτρα εφαρμόζονται σύμφωνα με τα τοπικά ήθη. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, κατά την πανδημία του 1918-19, τα εν λόγω μέτρα ήταν οργανωμένα και σε πολλές περιπτώσεις είχαν προληπτικό χαρακτήρα, ενώ τόσο κατά τη διάρκεια πανδημιών όσο και κατά την περίοδο έξαρσης του ΣΟΑΣ στην Ευρώπη τα περισσότερα μέτρα είχαν χαρακτήρα αντίδρασης.

Ως εκ τούτου, δικαίως υποστηρίζεται η κατάρτιση πρότυπων σχεδίων (σχεδίων που έχουν δοκιμαστεί κατά τη διάρκεια ασκήσεων που εφαρμόζονται ελλείψει άλλων πληροφοριών). Πράγματι, η ΠΟΥ παρέχει σχετική καθοδήγηση ενώ πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτύξει ανάλογα σχέδια. Ωστόσο, δεδομένων των ανωτέρω, τα σχέδια αυτά θα πρέπει να διαθέτουν ευελιξία και δομές που θα επιτρέπουν την ταχύτατη προσαρμογή στα νέα δεδομένα και στις εμπειρίες.

Όλα τα δημοσιονομικά μέτρα έχουν κόστος και πολλά μπορούν να έχουν και δευτερογενείς επιπτώσεις. Οι δευτερογενείς επιπτώσεις των περισσότερων μέτρων μπορούν να είναι σημαντικές και πολλές από αυτές χρήζουν προσεκτικής εξέτασης. Τα δραστικότερα κοινωνικά μέτρα που προτείνονται (π.χ. προληπτικό κλείσιμο σχολείων και ταξιδιωτικοί περιορισμοί) έχουν σημαντικό κόστος και συνέπειες που διαφοροποιούνται ανάλογα με το εκάστοτε πλαίσιο εφαρμογής, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διατήρησή τους. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή των συγκεκριμένων μέτρων στην περίπτωση της εποχικής γρίπης ή μιας ήπιας πανδημίας, και δη η πρόωρη εφαρμογή τους, ενδεχομένως να επέφερε δυσμενέστερες επιπτώσεις από ό,τι η ίδια η λοίμωξη εάν ολοκληρώνει τον κύκλο της χωρίς την εφαρμογή μέτρων αλλά με θεραπεία των σοβαρότερων περιστατικών.

Ορισμένα από τα μέτρα είναι σχετικά απλά στην εφαρμογή τους και έχουν ήδη προταθεί ακόμη και για την ήπια εποχική γρίπη (π.χ. τακτικό πλύσιμο των χεριών και έγκαιρη εκούσια απομόνωση κατά την εκδήλωση μιας πυρετώδους ασθένειας). Άλλο ένα πλεονέκτημα των μέτρων είναι ότι ενδυναμώνουν τους πολίτες παρέχοντάς τους χρήσιμες συμβουλές σε μια δύσκολη και ανησυχητική περίοδο. Κάποια μέτρα θα είναι δύσκολο να εφαρμοστούν ή θα έχουν υπερβολικά μεγάλο κόστος (π.χ. έγκαιρη μαζική χορήγηση αντιικών σε όσους ασθενούν), ενώ άλλα ενδέχεται να διαταράσσουν τις κοινωνικές λειτουργίες καθιστώντας δύσκολη τη διατήρησή τους (π.χ. κλείσιμο των συνόρων, περιορισμοί στις εσωτερικές μετακινήσεις). Ως εκ τούτου, όλα τα μέτρα απαιτούν σχεδιασμό, προετοιμασία και εφαρμογή στην πράξη.

Οι παράμετροι του κόστους και της παρεμβατικότητας των μέτρων είναι κρίσιμες. Κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας με λιγότερα σοβαρά κρούσματα και λιγότερους ασθενείς, όπως η πανδημία του 1957 και η πανδημία του 1968, ορισμένα από τα μέτρα που μπορεί να ληφθούν για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (όπως το προληπτικό κλείσιμο των σχολείων, η εργασία από το σπίτι, κ.λπ.), ενδέχεται να περιορίζουν τη μετάδοση, ωστόσο ενδέχεται να έχουν μεγαλύτερο κόστος και να δημιουργούν περισσότερα προβλήματα από ό,τι οι επιπτώσεις αυτής της καθυστέρησης της πανδημίας. Ως εκ τούτου, τέτοια μέτρα μπορούν να είναι επωφελή μόνο εφόσον εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια μιας σοβαρής πανδημίας, παραδείγματος χάρη μιας πανδημίας που έχει ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά νοσηλείας ή που παρουσιάζει θνησιμότητα συγκρίσιμη με εκείνη της «ισπανικής γρίπης» του 1918-19.

Για αυτούς τους λόγους, είναι κρίσιμης σημασίας η έγκαιρη αξιολόγηση της κλινικής σοβαρότητας μιας πανδημίας τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε ευρωπαϊκό πλαίσιο. Παρότι η έγκαιρη εφαρμογή μέτρων είναι εύλογη, η πρόωρη εφαρμογή πιο ριζικών παρεμβάσεων αναμένεται να είναι δαπανηρή και δύσκολα βιώσιμη.

Σήμερα, πολλές ευρωπαϊκές χώρες εξετάζουν τις διαθέσιμες επιλογές πολιτικής σχετικά με τα εν λόγω μέτρα. Λόγω της πολυμορφίας που χαρακτηρίζει την Ευρώπη, δεν υπάρχει ένας ενιαίος συνδυασμός μέτρων κατάλληλος για κάθε ευρωπαϊκό πλαίσιο, δεν υπάρχει πανάκεια. Ωστόσο, οι κοινές συζητήσεις σχετικά με τα μέτρα θα είναι χρήσιμες και θα ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, ορισμένες χώρες επιτελούν ήδη σημαντικό επιστημονικό έργο σε αυτόν τον τομέα, μέρος του οποίου αποτελεί τη βάση του παρόντος εγγράφου. Από το έργο αυτό θα μπορούσαν να επωφεληθούν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες, σε συνδυασμό με τη συνεισφορά ιδεών και από άλλες χώρες.

Σκοπός

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω, και δεδομένου ότι το ECDC έχει εντολή να παρέχει επιστημονικές συμβουλές και όχι να καθορίζει δράσεις, ο σκοπός του παρόντος εγγράφου είναι να παρουσιάσει έναν κατάλογο πιθανών μέτρων, παρέχοντας δημοσιονομικές και επιστημονικές πληροφορίες σχετικά με ό,τι είναι γνωστό ή ό,τι μπορεί να αναφερθεί για την ενδεχόμενη αποτελεσματικότητά τους, το κόστος (άμεσο και έμμεσο), τον βαθμό αποδοχής, τις προσδοκίες των πολιτών και άλλα θέματα πρακτικού χαρακτήρα. Στόχος του είναι βοηθήσει τα κράτη μέλη και τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είτε μεμονωμένα είτε συλλογικά, να αποφασίσουν ποια μέτρα θα εφαρμόσουν. Δεδομένων των ανωτέρω, τόσο ο αυταπόδεικτος χαρακτήρας όσο και η αναποτελεσματικότητα ορισμένων μέτρων καθιστά την παράθεση και μόνο των σχετικών στοιχείων αρκετή για την άμεση λήψη αποφάσεων πολιτικής.

Κοινό

Το παρόν έγγραφο απευθύνεται πρωτίστως στους φορείς χάραξης πολιτικής και λήψης αποφάσεων, ενώ δευτερευόντως απευθύνεται σε όλους όσους αφορά η γρίπη, στο κοινό και στα μέσα ενημέρωσης. Η κατανόηση των μέτρων και των περιορισμών τους από τα μέσα ενημέρωσης θα είναι κρίσιμης σημασίας για την επιτυχή εφαρμογή των μέτρων σε περίπτωση πανδημίας.

Πεδίο εφαρμογής

Το παρόν καλύπτει την περίπτωση εξάπλωσης της πανδημίας στην Ευρώπη κατά τις φάσεις 5 ή 6 μιας πανδημίας όπως ορίζονται από την ΠΟΥ, καθώς και την περίπτωση επιδημίας εποχικής γρίπης. Δεν καλύπτει τις διαφορετικές συνθήκες της φάσης 4, τις ιδιόζουσες ανάγκες που προκύπτουν από την εμφάνιση του πρώτου κρούσματος ενός πιθανού πανδημικού στελέχους (στρατηγική άμεσου περιορισμού της ΠΟΥ), ούτε τα πολύπλοκα θέματα σχεδιασμού και πολιτικής που ανακύπτουν σχετικά με τους τρόπους διατήρησης των βασικών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας (ο αποκαλούμενος «σχεδιασμός επιχειρησιακής συνέχειας σε περίπτωση πανδημίας»). Σε κάθε περίπτωση, ο σχεδιασμός αυτός δεν εμπίπτει στην εντολή του ECDC.

Το παρόν έγγραφο θα πρέπει να εξετάζεται μαζί με το σύνολο της καθοδήγησης που έχει δημοσιεύσει το ECDC σχετικά με τα ατομικά μέτρα προστασίας. Οι οδηγίες αυτές παρουσιάζονται συνοπτικά στο κείμενο και στους πίνακες που ακολουθούν. Η σχετική επιστημονική καθοδήγηση για τα εμβόλια της γρίπης των πτηνών H5N1 σε ανθρώπους (προπανδημικά εμβόλια) έχει δημοσιευθεί και αναφέρεται μέσα στο κείμενο. Η καθοδήγηση θα πρέπει να εξετάζεται μαζί με την καθοδήγηση της ΠΟΥ για το 2005 και τη νέα καθοδήγηση της ΠΟΥ για τα αντιμέτρα (η οποία δημοσιεύθηκε το 2009).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το παρόν έγγραφο αποτελεί ενδιάμεση καθοδήγηση καθώς αναμένονται περαιτέρω ερευνητικά πορίσματα που ενδεχομένως θα οδηγήσουν στην κατάρτιση νέων αντιμέτρων. Ως εκ τούτου, ο κατάλογος θα συνεχίσει να επικαιροποιείται ανά τακτά διαστήματα.

Συνοπτικοί πίνακες Χαρακτηριστικά των πιθανών παρεμβάσεων περιορισμού της μετάδοσης μιας πανδημίας/σοβαρής επιδημίας εποχικής γρίπης κατά τη φάση 6

Διεθνή ταξίδια (κλείσιμο συνόρων, περιορισμοί εισόδου, ταξιδιωτικές οδηγίες)

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων ¹	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι ²	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά και άλλα θέματα
1. Ταξιδιωτικές οδηγίες	B	Ελάχιστη	Μικρό	Πολύ μεγάλο/μεγάλοι	Καλή	Σε κάθε περίπτωση, αναμένεται σημαντική μείωση των διεθνών ταξιδιών
2. Ελεγχόμενη είσοδος	B, Bm	Ελάχιστη	Μεγάλο	Μεγάλο	Το μέτρο μπορεί να αναμένεται από τον διαμένοντα πληθυσμό	Σε κάθε περίπτωση, αναμένεται σημαντική μείωση των διεθνών ταξιδιών
3. Κλείσιμο συνόρων ή αυστηροί ταξιδιωτικοί περιορισμοί	B, Bm	Ελάχιστη, εκτός εάν η παρέμβαση εφαρμοστεί εξολοκλήρου	Πολύ μεγάλο	Πολύ μεγάλο	Μεταβλητή. Το μέτρο μπορεί να αναμένεται από μέρος του διαμένοντος πληθυσμού	Σε κάθε περίπτωση, αναμένεται σημαντική μείωση των διεθνών ταξιδιών

Ατομικά μέτρα προστασίας

Παρέμβαση	Ποιότητα στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά και άλλα θέματα
4. Τακτικό πλύσιμο χεριών	B	Μειώνει πιθανώς τη μετάδοση	Μικρό	Μηδενικό	Καλή, ωστόσο δεν προσδιορίζεται ο βαθμός συμμόρφωσης	Μέτρια ³
5. Καλή αναπνευστική υγιεινή (απόρριψη χαρτομάντιλων μετά τη χρήση)	B	Άγνωστη, πλην όμως εικαζόμενη	Μικρό	Μικρό	Καλή, ωστόσο δεν προσδιορίζεται ο βαθμός συμμόρφωσης	Περιορισμένα

¹ Στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα: Το A, το B και το C αντιπροσωπεύουν συστάσεις βασισμένες σε ισχυρά, λογικά και ανεπαρκή στοιχεία τεκμηρίωσης αντίστοιχα.

Βαθμός A: Συστηματικές επισκοπήσεις όταν υπάρχουν διάφορες πρωτογενείς μελέτες από τις οποίες αντλούνται στοιχεία (κατά κύριο λόγο δεν αφορούν τη δημιουργία μοντέλων), καθώς σχεδιασμένες επιδημιολογικές μελέτες ή ιδιαίτερες πειραματικές μελέτες (τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες)

Βαθμός B: Αντιπροσωπεύει στοιχεία που βασίζονται σε καλώς σχεδιασμένες επιδημιολογικές μελέτες, σημαντικές μελέτες παρατήρησης ή πειραματικές μελέτες με 5 έως 50 πειραματικά υποκείμενα, ή πειραματικές μελέτες υποκείμενες σε άλλους περιορισμούς (να μην έχουν ως τελικό σημείο τη γρίπη, παραδείγματος χάρι). Ο κωδικός Bm αναφέρεται σε εργασίες κατάρτισης μοντέλων, με έμφαση στις μελέτες που παρέχουν πρωτογενή δεδομένα καλής ποιότητας. Συνεπώς, η ποιότητα μπορεί να χαρακτηρίζεται τόσο ως Bm όσο και ως C.

Βαθμός C: Αντιπροσωπεύει στοιχεία που βασίζονται σε αναφορές κρουσμάτων, σε μικρές ανεπαρκώς ελεγχόμενες μελέτες παρατήρησης, σε μεγαλύτερες μελέτες που δεν τεκμηριώνονται επαρκώς, στην εφαρμογή γνώσης που αφορά τον τρόπο μετάδοσης, στην περίοδο μολυσματικότητας κ.λπ. Ο κωδικός Cm αναφέρεται στην κατάρτιση μοντέλων με πρωτογενή δεδομένα περιορισμένου αριθμού ή κακής ποιότητας.

² Ενίοτε αποκαλούνται αποτελέσματα δεύτερης τάξης και τρίτης τάξης – π.χ. το κλείσιμο των συνόρων έχει ως αποτέλεσμα διακοπή του εμπορίου και της κυκλοφορίας βασικών αγαθών και εργαζομένων.

³ Το συχνό πλύσιμο των χεριών πρέπει να καταστεί περισσότερο εφικτό στους χώρους καθημερινής χρήσης, π.χ. σε δημόσιους χώρους, εστιατόρια γρήγορης εστίασης, κ.λπ.

Παρέμβαση	Ποιότητα στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά και άλλα θέματα
6. Γενικευμένη χρήση μάσκας εκτός σπιτιού	C, Cm	Άγνωστη	Πολύ μεγάλο	Μικρό	Άγνωστη. Στις περισσότερες χώρες η χρήση μάσκας δεν αποτελεί διαδεδομένη πρακτική	Πάρα πολλά – δυσκολίες σε επίπεδο κατάρτισης, προμήθεια και είδη μασκών, διάθεση και απόβλητα. Κίνδυνος να προκληθούν τα αντίθετα αποτελέσματα λόγω κακής χρήσης ή επαναχρησιμοποίησης
7. Χρήση μάσκας σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης⁴	C	Άγνωστη	Μέτριο	Μικρό	Γενικά εφαρμόζεται ήδη σε μεγάλο βαθμό	Μέτρια – δυσκολίες σε επίπεδο κατάρτισης, προσδιορισμός των καταστάσεων υψηλού κινδύνου, χορήγηση μασκών, ιδίως αναπνευστήρων
8. Χρήση μάσκας σε άλλες καταστάσεις υψηλού κινδύνου⁵	C	Άγνωστη	Μέτριο	Μικρό	Άγνωστη, αλλά αναμενόμενη	Μέτρια – δυσκολίες σε επίπεδο κατάρτισης, προσδιορισμός των καταστάσεων υψηλού κινδύνου, προμήθεια και είδη μασκών
9. Χρήση μάσκας από όσους πάσχουν από λοιμώξεις του αναπνευστικού	C	Άγνωστη, πλην όμως εικαζόμενη	Μέτριο	Μπορεί να επιτρέψει σε ασθενείς που μπορούν να μεταδώσουν την ασθένειά τους να κυκλοφορούν μολύνοντας άλλους	Άγνωστη, αλλά αναμενόμενη. Επεκτείνει τις συστάσεις για τα νοσοκομεία στο σπίτι και στους δημόσιους χώρους.	Δυσκολίες στον καθορισμό αυτών που πρέπει να συμμορφωθούν και στην προμήθεια μασκών. Απαιτείται συμμόρφωση και για όσους αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα λόγω λοίμωξης του αναπνευστικού.
10. Έγκαιρη εκούσια απομόνωση των ασθενών⁶	C	Άγνωστη, πλην όμως εικαζόμενη	Μέτριο	Μέτριο 7. Αυξημένος κίνδυνος για όσους παρέχουν περίθαλψη, παραμονή εκτός εργασίας	Αποτελεί ήδη πάγια σύσταση σε πολλές χώρες	Απαιτείται κατάρτιση και εξοπλισμός όσων παρέχουν κατ' οίκον περίθαλψη και διατρέχουν κίνδυνο. Θέμα αποζημίωσης για την απώλεια ημερομισθίων και θέμα συγκατάθεσης των εργοδοτών
11. Θέση σε απομόνωση⁸	C	Άγνωστη	Πολύ μεγάλο	Πολύ μεγάλο, λόγω μείωσης παραγωγικού τητας	Αδιευκρίνιστη	Ιδιαίτερα δύσκολη η ορθή εφαρμογή του μέτρου. Θέμα αποζημίωσης για την απώλεια ημερομισθίων

Μέτρα αποφυγής κοινωνικού συγχρωτισμού

⁴ Κατά την άμεση επαφή με πολλούς ανθρώπους.

⁵ Κατά την άμεση επαφή με πολλούς ανθρώπους, σε πολυσύχναστους ταξιδιωτικούς προορισμούς.

⁶ Συνήθως στην οικία του προσώπου που αισθάνεται αδιαθεσία ή πυρετό.

⁷ Ο ασθενής χρειάζεται κατ' οίκον περίθαλψη. Τόσο εκείνος όσο και τα πρόσωπα που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του παραμένουν εκτός εργασίας.

⁸ Ολιγοήμερη κατ' οίκον απομόνωση των ανθρώπων που φαινομενικά είναι υγιείς αλλά πιστεύεται ότι έχουν εκτεθεί σε λοίμωξη.

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά θέματα
12. Εσωτερικοί ταξιδιωτικοί περιορισμοί	Cm, C	Υποδηλώνεται μικρή επιβράδυνση	Σημαντικό	Πολύ μεγάλο, περιλαμβάνοντας ομμένης της κοινωνικής αναταραχής ⁹	Άγνωστη	Απειλούνται βασικές λειτουργίες. Θέμα ευθύνης και νομικής βάσης ¹⁰
13. Κλείσιμο σχολείων εκ των υστέρων	Bm, C	Ενδέχεται να είναι πιο αποτελεσματικό από άλλα μέτρα αποφυγής κοινωνικού συγχρωτισμού	Μέτριο	Πολύ μεγάλο, λόγω των παιδιών που θα χρειαστούν κατ' οίκον περίθαλψη ¹¹	Άγνωστη, δεν εφαρμόζεται συχνά στην Ευρώπη	Τα παιδιά που παραμένουν εκτός σχολείου δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με άλλα παιδιά. Θέμα ευθύνης και νομικής βάσης ^{10, 12} . Δυσκολίες όσον αφορά την επιλογή του χρόνου, τη βιωσιμότητα του μέτρου και την επανέναρξη της λειτουργίας των σχολείων
14. Προληπτικό κλείσιμο σχολείων	Bm, C	Μπορεί να έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο σε σύγκριση με άλλα μέτρα αποφυγής κοινωνικού συγχρωτισμού και είναι καλύτερο από τα μέτρα αντίδρασης	Μέτριο	Όπως παραπάνω ¹	Όπως παραπάνω	Όπως παραπάνω, αλλά με αυξημένες δυσκολίες όσον αφορά την επιλογή του χρόνου (ενδεχόμενο πρόωρου κλεισίματος), τη βιωσιμότητα του μέτρου και την επανέναρξη της λειτουργίας των σχολείων ^{10,12}
15. Κλείσιμο εργασιακών χώρων ως μέτρο αντίδρασης	Cm	Άγνωστη	Σημαντικό	Σημαντικό	Άγνωστη, δεδομένου ότι το θέμα της αποζημίωσης είναι καθοριστικής σημασίας ¹⁰	Θέμα ευθύνης, αποζημίωσης και νομικής βάσης, καθώς και βιωσιμότητας του μέτρου και επανέναρξης της λειτουργίας. Δεν είναι εφικτό για βασικές λειτουργίες ¹³
16. Εργασία από το σπίτι και περιορισμός των συναντήσεων	Cm,C	Άγνωστη	Μέτριο	Μέτριο	Το μέτρο ενδέχεται να γίνει αποδεκτό	Μειωμένη δυνατότητα εφαρμογής για βασικές λειτουργίες ¹³

⁹ Ένα πλεονέκτημα τόσο αυτής όσο και άλλων παρεμβάσεων είναι ότι επισπεύδει βάσει σχεδίου τις αναπόφευκτες εξελίξεις που πρόκειται να παρουσιαστούν.

¹⁰ Θέμα προσδιορισμού του υπόχρεου για την καταβολή αποζημίωσης σε περίπτωση οικονομικής ζημίας λόγω δημόσιας (κυβερνητικής) δράσης.

¹¹ Το παιδί χρειάζεται κατ' οίκον περίθαλψη και αυτοί που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του παραμένουν εκτός εργασίας.

¹² Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στα παιδιά συχνά λαμβάνουν ως δεδομένο τον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο τους στη μετάδοση, γεγονός που μπορεί να μην ισχύει σε όλες τις πανδημίες.

¹³ Υπάρχει μια πολύπλοκη διαδικασία διάκρισης των βασικών και των μη *βασικών λειτουργιών*, η οποία, αν και σημαντική, βρίσκεται εκτός του πεδίου εφαρμογής του παρόντος εγγράφου.

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά θέματα
17. Ακύρωση δημόσιων συναθροίσεων, διεθνών εκδηλώσεων, κ.λπ.	C	Άγνωστη	Πολύ μεγάλο ¹⁰	Πολύ μεγάλο ¹⁰	Πιθανότατα εξαρτάται από την καταβολή αποζημίωσης εφόσον υπάρχει ασφάλιση ⁹ . Το μέτρο μπορεί να αναμένεται από το κοινό	Θέμα ευθύνης και νομικού ερείσματος. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί τι ορίζεται ως δημόσια συνάθροιση ή διεθνής συνάντηση, και τότε πρέπει να αρθούν οι απαγορεύσεις

Χορήγηση αντιικών: έγκαιρη θεραπεία

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά θέματα
18. Όσοι εμφανίζουν συμπτώματα	A (μόνο όσον αφορά τη μετάδοση και τη χρονική διάρκεια της ασθένειας), Bm	Αναμένεται να είναι μέτρια, χωρίς όμως ισχυρές ενδείξεις ¹⁴	Πολύ μεγάλο	Μέτριο	Αναμένεται από το κοινό στην πλειονότητα των χωρών	Σημαντικό κόστος εφοδιαστικής και δυσκολίες στον προσδιορισμό των κρουσμάτων γρίπης, της χορήγησης των εμβολίων σε όλους όσοι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από αυτό έγκαιρα (εντός 24 ή 48 ωρών) και ορθή διαχείριση των αποθεμάτων
19. Εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ή της κοινωνικής περίθαλψης ή εκτιθέμενοι εργαζόμενοι σε βασικές θέσεις	A	Μικρή ¹⁵	Μεγάλο	Μικρό	Θεωρείται μέρος της προστασίας του προσωπικού και είναι σημαντική για τους υπαλλήλους που παραμένουν στην εργασία τους	Είναι δύσκολο να προσδιοριστούν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και οι εκτιθέμενοι στον κίνδυνο εργαζόμενοι ¹⁵

Χορήγηση αντιικών: προφύλαξη μετά την εμφάνιση κρούσματος

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά θέματα
20. Οικογένεια	B, Bm	Μέτρια	Πολύ μεγάλο	Μέτριο	Ενδεχομένως να καταστεί αποδεκτή	Δυσκολίες όσον αφορά την ανίχνευση κρουσμάτων, τον προσδιορισμό των οικογενειών, την ταχύτητα χορήγησης, την ασφάλεια και τη διαχείριση των αποθεμάτων ¹⁶
21. Οικογενειακές και κοινωνικές επαφές	B, Bm	Μέτρια	Πολύ μεγάλο+	Μέτριο	Άγνωστη, αλλά φαίνεται πως ορισμένοι αρνούνται τη χορήγηση αγωγής	Όπως παραπάνω, με το επιπρόσθετο πρόβλημα του προσδιορισμού των ορίων μιας ομάδας
22. Οικογενειακές και γεωγραφικές επαφές	B, Bm	Μέτρια	Πολύ μεγάλο+	Μέτριο	Άγνωστη, αλλά φαίνεται πως ορισμένοι αρνούνται την αγωγή	Όπως παραπάνω, με εντονότερο το πρόβλημα του προσδιορισμού των ορίων μιας ομάδας

Χορήγηση αντιικών: διαρκής προφύλαξη

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά θέματα
-----------	------------------------	----------------------------	--------------	----------------------------	---------------------	-----------------

¹⁴ Τα στοιχεία που προκύπτουν από τις δοκιμές καταδεικνύουν ότι, σε ό,τι αφορά την εποχική γρίπη, η έγκαιρη θεραπεία μειώνει τη διάρκεια της ασθένειας κατά μία ή δύο ημέρες και περιορίζει τη μετάδοση. Οι εκτιμήσεις σχετικά με τον θετικό αντίκτυπο στα επίπεδα νοσηλείας και θνησιμότητας βασίζονται σε παρατηρήσεις, είναι περιορισμένης έκτασης και πολύ πιο ελλιπείς.

¹⁵ Υπάρχουν διάφορα σημαντικά προβλήματα πρακτικής φύσης, όπως ο προσδιορισμός των ασθενών που πάσχουν από γρίπη, ο τρόπος διανομής των αντιικών κ.ο.κ.

¹⁶ Πρέπει να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο θα διερευνηθούν με ταχύτητα και αποτελεσματικότητα οι αρχικές αναφορές ήπιων ανεπιθύμητων ενεργειών.

23. Εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ή της κοινωνικής περιθαλψής ή εργαζόμενοι σε βασικές θέσεις	C	Μέτρια	Πολύ μεγάλο	Μέτριο	Αδιευκρίνιστη – πιθανότητα πλήρους άρνησης των εργαζομένων στον τομέ της υγείας να λάβουν τα αντιϊικά, ή διακοπής της αγωγής	Δυσκολίες στον προσδιορισμό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ή εργαζομένων σε βασικές θέσεις. Ζήτημα χρονικής διάρκειας χορήγησης των αντιϊικών
--	---	--------	-------------	--------	--	--

Εμβόλια: εμβόλιο της γρίπης των πτηνών στον άνθρωπο¹⁶

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά θέματα
24. Σύνολο του πληθυσμού	B, Bm	Αδιευκρίνιστη, εξαρτάται από τον αντιγονικό τύπο του πανδημικού ιού ¹⁷	Πολύ μεγάλο	Μεγάλο ^{16,18}	Άγνωστη ¹⁹	Ζητήματα που αφορούν την ιεράρχηση των ομάδων βάσει προτεραιότητας
25. Εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ή της κοινωνικής περιθαλψής ή εργαζόμενοι σε βασικές θέσεις	B, Bm	Ως ανωτέρω	Πολύ μεγάλο	Ως ανωτέρω	Όπως παραπάνω, δεν είναι σαφές εάν το μέτρο θα γίνει αποδεκτό από τις ομάδες	Δύσκολο να καθοριστεί ποιοι είναι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και οι εργαζόμενοι σε βασικές θέσεις
26. Κατά προτεραιότητα εμβολιασμός των παιδιών	B, Bm	Ως ανωτέρω	Πολύ μεγάλο	Ως ανωτέρω	Δεν είναι σαφές το κατά πόσο το μέτρο θα γίνει δεκτό από τους γονείς, ειδικά σε περιπτώσεις ήπιων κρουσμάτων σε παιδιά και όταν το όφελος αφορά την προστασία άλλων ατόμων. Δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς το προφίλ ασφάλειας του μέτρου ²⁰ .	Απαιτείται σχεδιασμός εκ των προτέρων

Εμβόλια: ειδικό πανδημικό εμβόλιο

Παρέμβαση	Ποιότητα των στοιχείων	Αποτελεσματικότητα (οφέλη)	Άμεσο κόστος	Έμμεσο κόστος και κίνδυνοι	Αποδοχή στην Ευρώπη	Πρακτικά θέματα
-----------	------------------------	----------------------------	--------------	----------------------------	---------------------	-----------------

¹⁷ Με την παραδοχή ότι η επόμενη πανδημία θα οφείλεται στο αντιγόνο H5. Βάσει πειραματικών ορολογικών αντιδράσεων μπορούν να γίνουν υποθέσεις περί οφελών, ωστόσο παρατηρήσεις και δοκιμές σχετικά με το πανδημικό στέλεχος δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν πριν από την έναρξη της μετάδοσης και το στάδιο 3, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος να θεωρηθούν αντιδεοντολογικές.

¹⁸ Οικονομικός κίνδυνος εξαιτίας της πιθανότητας η επόμενη πανδημία να αφορά αντιγονικό στέλεχος διαφορετικό από το υψηλής παθογονικότητας στέλεχος της γρίπης των πτηνών (A/H5).

¹⁹ Καμιά χώρα δεν επεχείρησε στο παρελθόν να παράσχει εμβολιασμό με τόσο χαμηλά επίπεδα προσδοκώμενης αποτελεσματικότητας του εμβολίου στον πληθυσμό, γεγονός που αποτελεί μεγάλη επικοινωνιακή πρόκληση.

²⁰ Πρέπει να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο θα διερευνώνται με ταχύτητα και αποτελεσματικότητα οι αρχικές αναφορές ήπιων ανεπιθύμητων ενεργειών.

27. Πανδημικό εμβόλιο	B, Bm	Ελάχιστη κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας	Πολύ μεγάλο, απαιτούντ αι εκ των προτέρων επενδύσεις	Μικρό	Πιθανότατα να γίνει σε μεγάλο βαθμό αποδεκτό ²⁰	Δύσκολο να προσδιοριστούν οι αρχικές ομάδες προτεραιότητας ¹⁶
----------------------------------	-------	---	---	-------	--	---

4. Σειρά εγγράφων για την υγεία των μεταναστών: Πρόσβαση των πληθυσμών μεταναστών στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην περίθαλψη για τον ιό HIV στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ

(Δημοσίευση: Ιούλιος 2009)

Η παρούσα έκθεση συνοψίζει τα πορίσματα μιας επισκόπησης της πρόσβασης των μεταναστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην περίθαλψη για τον ιό HIV. Η επισκόπηση εκπονήθηκε από τον Μάιο έως τον Σεπτέμβριο του 2008 κατ' εντολή του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) στο πλαίσιο μιας ευρύτερης σειράς εκθέσεων για τη μετανάστευση και τις μολυσματικές νόσους στην ΕΕ.

Βάσει των πληροφοριών που συλλέχθηκαν μέσω μιας μελέτης στην οποία έλαβαν μέρος ερωτηθέντες από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ και τρεις χώρες του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ) και μέσω μιας βιβλιογραφικής επισκόπησης, η έκθεση επιχειρεί να παρουσιάσει μια συνοπτική εικόνα της τρέχουσας κατάστασης και να παράσχει υλικό για τη μελλοντική πολιτική, την έρευνα και τις υπηρεσίες που στοχεύουν στη βελτίωση της πρόσβασης των πληθυσμών μεταναστών στις υπηρεσίες για τον ιό HIV. Περίπου τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων ήταν εκπρόσωποι μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ), ενώ το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ήταν εκπρόσωποι κυβερνητικών οργανώσεων. Συνεπώς, τα πορίσματα και οι προτεινόμενες δράσεις δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα τις απόψεις των εθνικών κυβερνήσεων της ΕΕ.

Το Τμήμα 1 περιγράφει συνοπτικά το γενικό πλαίσιο και τη μεθοδολογία της επισκόπησης. Το Τμήμα 2 παρουσιάζει τα κυριότερα πορίσματα για τους μετανάστες και τον ιό HIV, εστιάζοντας σε παράγοντες που τους καθιστούν περισσότερο ευάλωτους στον ιό HIV και που εμποδίζουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο η ΕΕ και τα κράτη μέλη ανταποκρίνονται στις ανάγκες των μεταναστών όσον αφορά τον ιό HIV. Το Τμήμα 3 εξετάζει την περαιτέρω πορεία και συνοψίζει τις προκλήσεις και τις δράσεις που πρότειναν οι ερωτηθέντες για τη βελτίωση της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες για τον ιό HIV στην ΕΕ. Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά τα κυριότερα πορίσματα, οι προκλήσεις και οι προτεινόμενες δράσεις.

Βασικά πορίσματα

- Η ΕΕ έχει πραγματοποιήσει σημαντικά βήματα τόσο στον τομέα της μετανάστευσης και της υγείας γενικότερα, όσο και στον τομέα της μετανάστευσης και του ιού HIV ειδικότερα. Η «Δήλωση του Δουβλίνου σχετικά με την εταιρική σχέση για την καταπολέμηση του HIV/AIDS στην Ευρώπη και την Κεντρική Ασία» το 2004 και οι μετέπειτα δηλώσεις δίνουν στον ιό HIV μεγαλύτερη προτεραιότητα στην ευρωπαϊκή ατζέντα. Τόσο η διάσκεψη της Λισαβόνας όσο και οι μετέπειτα συνεδριάσεις ελέγχου των πεπραγμένων και οι εκθέσεις του 2007 εφιστούν την προσοχή στο θέμα της μετανάστευσης, της υγείας και του HIV. Τόσο η Δήλωση όσο και η διάσκεψη έχουν επηρεάσει την πολιτική δέσμευση της ΕΕ, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στα μέσα πολιτικής και στα νομικά μέσα που αποσκοπούν στην εξασφάλιση πρόσβασης των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς και στις υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης σε σχέση με τον ιό HIV. Εντούτοις, το πολιτικό και νομικό πλαίσιο και οι υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης των μεταναστών σε σχέση με τον HIV παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα κράτη μέλη της ΕΕ.
- Οι πληθυσμοί μεταναστών τους οποίους αφορά κατά κύριο λόγο ο ιός HIV προέρχονται από την Υποσαχάρια Αφρική, την Ανατολική Ευρώπη και την Ασία και, σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες, από την Αμερική και την Καραϊβική. Στις σημαντικότερες επιμέρους κατηγορίες των εν λόγω πληθυσμών περιλαμβάνονται οι αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες, οι παράνομοι μετανάστες, οι εργαζόμενοι του σεξ και οι άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές. Τα γλωσσικά εμπόδια, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός, καθώς και τα νομικά εμπόδια, καταγράφηκαν ως οι συνηθέστεροι παράγοντες που καθιστούν τους μετανάστες ιδιαίτερα ευάλωτους στον ιό HIV. Εκτός αυτών, αναφέρθηκαν επίσης οι πολιτισμικές συμπεριφορές, η θρησκεία, ο φόβος των διακρίσεων και οι περιορισμένες γνώσεις όσον αφορά τον ιό HIV στις κοινότητες μεταναστών.
- Οι παράγοντες που αποκλείουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες σχετίζονται με πολιτικές και νόμους, την παροχή υπηρεσιών, τις κοινότητες των μεταναστών και την ευρύτερη κοινωνία. Αναφέρεται ότι οι πολιτικές διασποράς των μεταναστών στις διάφορες χώρες περιορίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες

πρόληψης και θεραπείας. Το νομικό καθεστώς –στην περίπτωση που δεν έχει χορηγηθεί καθεστώς διαμονής και δεν υπάρχει ασφάλιση υγείας– αναφέρθηκε ως ο συνηθέστερος παράγοντας που εμποδίζει την πρόσβαση στη θεραπεία για τον HIV, ιδιαίτερα από ερωτηθέντες στα νέα κράτη μέλη της ΕΕ. Η έλλειψη πληροφοριών που λαμβάνουν υπόψη την πολιτισμική διάσταση στις αντίστοιχες γλώσσες, κατάλληλα καταρτισμένων επαγγελματιών και υπηρεσιών προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες ανάγκες των μεταναστών αναφέρθηκαν ως εμπόδια και στους τρεις τομείς υπηρεσιών. Στο εσωτερικό των κοινοτήτων μεταναστών, ο πολιτισμός, η θρησκεία, ο φόβος των διακρίσεων και η περιορισμένη γνώση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες εμποδίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες. Στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, ο στιγματισμός και οι διακρίσεις σε βάρος μεταναστών παρεμποδίζουν ειδικότερα την πρόσβαση στις υπηρεσίες πρόληψης και περίθαλψης. Οι κοινωνικές συνθήκες των μεταναστών αναφέρθηκαν ως εμπόδιο που αφορά ιδιαίτερα την πρόσβαση στη θεραπεία.

- Σχεδόν όλες οι χώρες αναφέρουν ότι εφαρμόζουν παρεμβάσεις για τον ιό HIV που επικεντρώνονται στις κοινότητες μεταναστών και στις επιμέρους κατηγορίες των εν λόγω πληθυσμών. Ορισμένες χώρες, και συγκεκριμένα οι χώρες με μεγαλύτερο ιστορικό μετανάστευσης, παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών μέσω κυβερνητικών φορέων, ΜΚΟ και άλλων οργανώσεων. Σε άλλες χώρες, οι υπηρεσίες που ενδεχομένως υπάρχουν είναι ελάχιστες. Στις περισσότερες χώρες, οι κοινότητες μεταναστών συμμετέχουν στην εφαρμογή των παρεμβάσεων, ωστόσο η συμμετοχή τους στην κατάρτιση πολιτικής είναι περιορισμένη, πλην ελάχιστων εξαιρέσεων. Εντούτοις, σε πολλές από τις 30 χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη το θέμα της μετανάστευσης και του HIV χαρακτηρίζεται από τους ερωτηθέντες ως χαμηλής προτεραιότητας. Αντίθετα, σε χώρες όπου ο επιπολασμός του ιού HIV στους πληθυσμούς μεταναστών είναι σχετικά υψηλός το εν λόγω θέμα αναφέρεται ως υψηλής προτεραιότητας.

Βασικές προκλήσεις

- Το πλαίσιο πολιτικής και το νομικό πλαίσιο αποτελούν πρόκληση για την παροχή υπηρεσιών στους μετανάστες σε σχέση με τον ιό HIV. Οι ανακολουθίες μεταξύ των πολιτικών υγείας και μετανάστευσης μπορεί να είναι αντιπαραγωγικές για τον τομέα της δημόσιας υγείας. Η πρόσβαση στη θεραπεία του HIV για τους παράνομους και ανασφάλιστους μετανάστες αποτελεί τομέα βασικού ενδιαφέροντος. Πρόκληση σε αυτόν τον τομέα αποτελεί η απουσία σαφούς και συνεκτικού νομικού πλαισίου για τα δικαιώματα των μεταναστών σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη.
- Πρόκληση αποτελούν επίσης τα κενά στην πληροφόρηση. Η έλλειψη τυποποίησης στη συλλογή δεδομένων μεταξύ των χωρών καθιστά δύσκολη τη σύγκριση της κατάστασης των μεταναστών στην ΕΕ. Παρά την εκτεταμένη έρευνα που έχει διεξαχθεί, εξακολουθούν να υπάρχουν κενά στην πληροφόρηση, όπως αυτά που αφορούν τη μετανάστευση και τον ιό HIV στα νέα κράτη μέλη της ΕΕ, τις επικίνδυνες συμπεριφορές όσον αφορά τον ιό HIV, την υγεία και τις ανάγκες των μεταναστών σε σχέση με τον HIV και τον αντίκτυπο του πολιτισμού και της θρησκείας στις πεποιθήσεις για την υγεία, στις στάσεις και στη συμπεριφορά σε θέματα υγείας στις κοινότητες των μεταναστών.
- Σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών, σε ορισμένες χώρες εξακολουθούν να υπάρχουν εμπόδια νομικής, διοικητικής και πολιτισμικής φύσης που δυσχεραίνουν την πρόσβαση και τα οποία πρέπει να αρθούν. Η εξασφάλιση επαρκούς και μακροπρόθεσμης χρηματοδότησης τόσο για την πρόληψη σε επίπεδο κοινότητας όσο και για τις παρεμβάσεις των κυβερνητικών και μη οργανώσεων για την περίθαλψη συνιστά μία ακόμη πρόκληση.
- Η ανάληψη ολοκληρωμένης δράσης για την αντιμετώπιση των αρνητικών κοινωνικών συμπεριφορών απέναντι στους μετανάστες, οι οποίες ενισχύονται από τη δυσμενή ειδησεογραφία, καθώς και η ανάληψη πρωτοβουλιών για την κάλυψη των ευρύτερων κοινωνικών, οικονομικών και νομικών αναγκών των μεταναστών, αποτελεί πρόκληση, καθώς απαιτεί κοινές προσπάθειες των φορέων χάραξης πολιτικής, των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης και της κοινωνίας των πολιτών.

Βασικές προτεινόμενες δράσεις

- Για τη συλλογή ορθών και συγκρίσιμων στοιχείων επιτήρησης και για την ανάπτυξη συνεκτικών και κατάλληλων πολιτικών και παρεμβάσεων, απαιτείται ένας κοινός ορισμός του «μετανάστη» για το σύνολο της ΕΕ. Οι ερωτηθέντες πρότειναν επίσης συγκεκριμένες δράσεις τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο στους τομείς της πολιτικής, της χρηματοδότησης, της έρευνας, της δικτύωσης και των υπηρεσιών.
- Η κατάρτιση σαφών πολιτικών και νομικών πλαισίων για την προστασία των δικαιωμάτων των μεταναστών, και δη των παράνομων και των ανασφάλιστων μεταναστών, στην περίθαλψη για τον ιό HIV προτάθηκε ως δράση προτεραιότητας τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Άλλες προτεινόμενες δράσεις περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των ανακόλουθων πολιτικών, την ευαισθητοποίηση των φορέων χάραξης πολιτικής σε θέματα που συνδέονται με τον ιό HIV και τη μετανάστευση και την αύξηση της συμμετοχής της κοινότητας μεταναστών στις διαδικασίες χάραξης πολιτικής. Ως δράση υψηλής προτεραιότητας επισημάνθηκε επίσης η χρηματοδότηση ευρωπαϊκών δικτύων και προγραμμάτων που εστιάζουν σε θέματα μετανάστευσης και HIV καθώς και η χρηματοδότηση ΜΚΟ που παρέχουν υπηρεσίες σε πληθυσμούς μεταναστών σε σχέση με τον HIV.
- Προτάθηκε επίσης μια σειρά τομέων έρευνας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μεταξύ των προτεινόμενων δράσεων περιλαμβάνεται η εκπόνηση μελετών για τη βελτίωση της κατανόησης των μεταναστευτικών προτύπων, των επιπτώσεων των ευρωπαϊκών νόμων και πολιτικών στην πρόσβαση σε θεραπεία, και η διενέργεια εκτιμήσεων του κόστους και των οφελών της καθολικής πρόσβασης στη θεραπεία, καθώς και η κατανόηση των επιπτώσεων των παρεμβάσεων. Σε εθνικό επίπεδο, οι προτεινόμενες δράσεις περιλαμβάνουν βελτίωση των επιδημιολογικών πληροφοριών, καλύτερη κατανόηση των κοινοτήτων μεταναστών –περιλαμβανομένων των γνώσεων, των στάσεων και των συμπεριφορών που αφορούν τον HIV και του ρόλου του πολιτισμού και της θρησκείας– και ανάλυση των επιπτώσεων των νομοθετικών κανονισμών και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων για τους πληθυσμούς μεταναστών.
- Μεταξύ των δράσεων δικτύωσης υψηλής προτεραιότητας που προτάθηκαν περιλαμβάνονται αφενός η παροχή στήριξης από την ΕΕ σε ένα πανευρωπαϊκό δίκτυο οργανώσεων για τη μετανάστευση και τον ιό HIV και η κατάρτιση μηχανισμών για την ανταλλαγή πόρων, εμπειριών και καλής πρακτικής και, αφετέρου, η ενίσχυση των δεσμών και της συνεργασίας μεταξύ των ενώσεων υγειονομικής περίθαλψης, των

επαγγελματιών κοινωνικής περίθαλψης και των οργανισμών για τους μετανάστες και τα ανθρώπινα δικαιώματα, τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και σε εθνικό επίπεδο.

- Όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών, οι περισσότεροι ερωτηθέντες επεσήμαναν την ανάγκη για υλικό και παρεμβάσεις που θα προσαρμόζονται στα εκάστοτε πολιτισμικά δεδομένα, ανάλογη κατάρτιση για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας και στις κοινότητες, και μεγαλύτερη συμμετοχή των κοινοτήτων μεταναστών στην παροχή υπηρεσιών. Τέλος, προτάθηκαν προσεγγίσεις για τις εξετάσεις ανίχνευσης του ιού HIV σε επίπεδο κοινότητας, όπως είναι η μεγαλύτερη προβολή τους, καθώς και ολοκληρωμένες προσεγγίσεις θεραπείας και περίθαλψης, σε συνδυασμό με ενίσχυση των προσπάθειών πληροφόρησης των κοινοτήτων μεταναστών σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες, προκειμένου να βελτιωθεί τόσο η κάλυψη όσο και η αξιοποίηση των υπηρεσιών.

5. Σειρά εγγράφων για την υγεία των μεταναστών: Επιδημιολογία του ιού HIV και του AIDS στις κοινότητες μεταναστών και στις εθνοτικές μειονότητες στις χώρες της ΕΕ και του ΕΟΧ

(Δημοσίευση: Ιούλιος 2009)

Γενικό πλαίσιο, τεκμηρίωση και στόχος

Η παγκόσμια πανδημία του ιού HIV/AIDS αντικατοπτρίζει τις τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και τις ανισότητες στον τομέα της υγείας μεταξύ των βιομηχανικών και των μη βιομηχανικών χωρών. Το Κοινό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για το HIV/AIDS (UNAIDS) εκτιμά ότι το 2007 ο αριθμός των ανθρώπων που ζούσαν με HIV/AIDS (PLWHA) ανερχόταν σε 33 εκατομμύρια. Άνω του 96 % των νέων κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό HIV παρουσιάστηκαν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Από το σύνολο των ανθρώπων που ζουν με τον ιό HIV/AIDS, 22,5 εκατομμύρια ζουν στην Υποσαχάρια Αφρική, όπου ο επιπολασμός του ιού HIV στους ενήλικες ανέρχεται σε 5 %, ποσοστό που υπερβαίνει κατά πολύ το αντίστοιχο παγκόσμιο ποσοστό επιπολασμού που εκτιμάται σε 0,8 %. Η Καραϊβική, όπου ο επιπολασμός ανέρχεται στο 1 %, είναι η δεύτερη περιοχή με το μεγαλύτερο ποσοστό λοιμώξεων και τρίτη ακολουθεί η Ανατολική Ευρώπη με επιπολασμό της τάξης του 0,9 %.

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (IOM), ο αριθμός των διεθνών μεταναστών το 2006 ανερχόταν σε περίπου 192 εκατομμύρια (δηλαδή στο 3 % του παγκόσμιου πληθυσμού), εκ των οποίων 95 εκατομμύρια ήταν γυναίκες. Ως διεθνή μετανάστη τα Ηνωμένα Έθνη ορίζουν κάθε άνθρωπο που αλλάζει χώρα συνήθους διαμονής. Η συνηθέστερη αιτία μετανάστευσης είναι η αναζήτηση καλύτερων οικονομικών συνθηκών, επομένως η πλειονότητα των μεταναστών μετακινείται από τις αναπτυσσόμενες προς τις ανεπτυγμένες χώρες. Οι χώρες από τις οποίες προέρχονταν οι περισσότεροι μετανάστες το 2006 ήταν η Κίνα, η Ινδία και οι Φιλιππίνες, ενώ οι πέντε χώρες που υποδέχθηκαν τους περισσότερους μετανάστες ήταν οι ΗΠΑ, η Ρωσία, η Γερμανία, η Ουκρανία και η Γαλλία. Η ΕΕ, που αποτελεί μία από πιο πλουσιότερες περιοχές παγκοσμίως, υποδέχθηκε 64 εκατομμύρια μετανάστες (8,8 %), ποσοστό που παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών. Επιπλέον, η ΕΕ αποτελεί μία από τις περιφέρειες με τη μακρότερη παράδοση στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων παγκοσμίως. Εντούτοις, όπως συμβαίνει σε πολλές περιφέρειες ανά τον κόσμο, οι μετανάστες που ζουν στην ΕΕ αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ένταξης. Η μετανάστευση και ο κοινωνικός αποκλεισμός καθιστούν τους μετανάστες εξαιρετικά ευάλωτους στον ιό HIV/AIDS και στις σχετικές επιπλοκές.

Η επιδημία του ιού HIV αποτελεί ένα σημαντικό δημοσιονομικό πρόβλημα στην ΕΕ, ενώ από το 1999, οπότε τέθηκαν σε εφαρμογή οι μηχανισμοί αναφοράς για τον ιό HIV, ο αριθμός των λοιμώξεων από τον HIV αυξάνεται συνεχώς. Ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού φαίνεται πως είναι η ετεροφυλοφιλική επαφή (53 % των νέων κρουσμάτων λοίμωξης από τον HIV που καταγράφηκαν το 2006), ακολουθούμενη από τη σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (37 %) και τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών (9 %). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2006 αναφέρθηκαν 204 κρούσματα λοίμωξης από τον HIV μέσω της μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο παιδί. Οι ανισότητες στην υγεία, περιλαμβανομένων όσων συνδέονται με το καθεστώς του μετανάστη, πρέπει να παρακολουθούνται προκειμένου να αναπτυχθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπισή τους. Από το 2000 και μετά, το πρώην EuroHIV (Ευρωπαϊκό Κέντρο Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS) συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τη γεωγραφική προέλευση των αναφερόμενων κρουσμάτων. Ένα σημαντικό και αυξανόμενο ποσοστό των καταγεγραμμένων κρουσμάτων AIDS και HIV που οφείλονται σε ετεροφυλική επαφή αφορούν ανθρώπους διαφορετικής γεωγραφικής προέλευσης από τη χώρα στην οποία καταγράφεται το κρούσμα, οι οποίοι κατά κύριο λόγο προέρχονται από την Υποσαχάρια Αφρική. Εντούτοις, ενδέχεται να υπάρχουν και άλλες ομάδες μεταναστών που εμφανίζουν δυσανάλογα επίπεδα μόλυνσης από τον ιό HIV/AIDS, ωστόσο για τις ομάδες αυτές τα στοιχεία είναι ελλιπή. Τόσο η απόλυτη όσο και η σχετική συμβολή των μεταναστών στις εθνικές επιδημίες του ιού HIV παρουσιάζει διακυμάνσεις ανά την ΕΕ και εξαρτάται από τα μεταναστευτικά πρότυπα, το αποικιακό ιστορικό, την κατάσταση των επιδημιών του ιού HIV στις χώρες προέλευσης και προορισμού, και από τα κοινωνικά και υγειονομικά μέτρα. Από τα πρώτα κιόλας στάδια της επιδημίας κατέστη σαφές ότι ένα από τα κύρια ζητήματα ήταν η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ανθρώπων που ζουν με HIV/AIDS, η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με βασικές παραμέτρους όπως η επιστήμη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και η ανάπτυξη μιας προσέγγισης για τη δημόσια υγεία.

Το 2007, η πορτογαλική προεδρία της ΕΕ επέλεξε ως κύριο θέμα το ζήτημα της μετανάστευσης και της υγείας. Στα συμπεράσματα του Συμβουλίου που εγκρίθηκαν τον Δεκέμβριο του 2007, το ECDC κλήθηκε να παρουσιάσει μια

έκθεση για τη μετανάστευση και τις μολυσματικές νόσους. Ανταποκρινόμενο σε αυτό το αίτημα, το ECDC ξεκίνησε την έκδοση μιας σειράς εκθέσεων στο πλαίσιο της Έκθεσης του ECDC για τη Μετανάστευση και τις Μολυσματικές Νόσους στην ΕΕ. Στόχος της έκθεσης με τίτλο «Επιδημιολογία του ιού HIV και του AIDS στις κοινότητες μεταναστών και στις εθνοτικές μειονότητες» ήταν να προσδιορίσει το φορτίο των λοιμώξεων από τον ιό HIV στους πληθυσμούς μεταναστών και τη συμβολή του στην επιδημιολογία του ιού HIV κατά την περίοδο 1999-2006.

Μεθοδολογία

Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από το ECDC και το πρώην EuroHIV, τόσο συνολικά όσο και για κάθε χώρα ξεχωριστά, και εξετάστηκαν οι απόλυτοι αριθμοί και τα ποσοστά κρουσμάτων AIDS και HIV ανά γεωγραφική προέλευση (1999-2006), κατηγοριοποιημένα ανά φύλο και τρόπο μετάδοσης. Στις περιπτώσεις που δεν υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες στο ECDC, πραγματοποιήθηκε άμεση επαφή με τους κυριότερους φορείς παροχής πληροφοριών. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων μεταναστών ανά φύλο και έτος ελήφθη από δημόσιες ευρωπαϊκές βάσεις δεδομένων, τη Eurostat και τις εθνικές στατιστικές υπηρεσίες σε κάθε μια από τις συμμετέχουσες χώρες, είτε μέσω των δικτυακών τόπων τους είτε μέσω άμεσης γραπτής επικοινωνίας.

Αποτελέσματα

Το 2006 αναφέρθηκαν 6.746 κρούσματα AIDS στις 27 χώρες της ΕΕ, στη Νορβηγία και στην Ισλανδία. Ο μεγαλύτερος αριθμός μεταναστών παρουσίασε κρούσματα μετάδοσης του ιού με ετεροφυλική επαφή. Μεταξύ των κρουσμάτων γνωστής γεωγραφικής προέλευσης, 1.373 (50 %) προέρχονταν από χώρα διαφορετική από τη χώρα που ανέφερε το κρούσμα, με το 77 % από αυτά να προέρχεται από χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Από τα 57 κρούσματα AIDS γνωστής γεωγραφικής προέλευσης που οφείλονται σε μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο παιδί, το 23 % προερχόταν από χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Επίσης, σχεδόν το 20 % των κρουσμάτων AIDS στους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές αφορούσε μετανάστες, που στην πλειονότητά τους προέρχονταν από τη Λατινική Αμερική (106) ή άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης (52). Μεταξύ των 1.545 κρουσμάτων που αφορούσαν χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών, το 7 % αφορούσε μετανάστες που κατά κύριο λόγο προέρχονταν από τη Δυτική Ευρώπη, τη Βόρεια Αφρική και τη Μέση Ανατολή. Ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS στη συγκεκριμένη περιφέρεια κατά την περίοδο 1999-2006 σημείωσε πτώση της τάξης του 42 % στους αυτόχθονες και στους μετανάστες από τη Δυτική Ευρώπη. Αύξηση των κρουσμάτων AIDS την περίοδο 1999-2006 παρατηρείται στους μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη (κατά 200 %), την Υποσαχάρια Αφρική (κατά 89 %) και τη Λατινική Αμερική (κατά 50 %). Ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS είναι πολύ μεγαλύτερος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες στην ΕΕ, παρά τη μείωση της αναλογίας ανδρών/γυναικών. Ως εκ τούτου, αν και οι απόλυτοι αριθμοί κρουσμάτων AIDS που αναφέρθηκαν το 2006 και αφορούσαν άνδρες και γυναίκες από την Υποσαχάρια Αφρική ήταν 602 και 623 αντίστοιχα, τα ποσοστά κρουσμάτων AIDS σε άνδρες και γυναίκες ήταν 12 % και 33 % αντίστοιχα.

Το 2006 αναφέρθηκαν 26.712 λοιμώξεις από τον ιό HIV στα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, στη Νορβηγία και στην Ισλανδία, για το 29 % των οποίων δεν έχει καταγραφεί η γεωγραφική προέλευση. Ο μεγαλύτερος αριθμός μεταναστών, τόσο σε απόλυτους όσο και σε σχετικούς όρους, παρατηρήθηκε σε κρούσματα μετάδοσης του ιού με ετεροφυλική επαφή. Όσον αφορά τα κρούσματα γνωστής γεωγραφικής προέλευσης, το 65 % των 8.354 λοιμώξεων από τον ιό HIV προερχόταν από χώρα διαφορετική από τη χώρα που ανέφερε το κρούσμα, η συντριπτική πλειονότητα των οποίων (5 046) προερχόταν από την Υποσαχάρια Αφρική. Από τα 169 κρούσματα HIV γνωστής γεωγραφικής προέλευσης που οφείλονται σε μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο παιδί, το 41 % προερχόταν από χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Επίσης, το 18 % των 5.048 κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό HIV γνωστής γεωγραφικής προέλευσης σε άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές αφορούσε μετανάστες που κατά κύριο λόγο προέρχονταν από τη Λατινική Αμερική (215) και τη Δυτική Ευρώπη (247). Από τα 1.590 κρούσματα λοίμωξης γνωστής γεωγραφικής προέλευσης από τον ιό HIV που αφορούσαν χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών, το 86 % αφορούσε αυτόχθονες και το 14 % μετανάστες που κατά κύριο λόγο προέρχονταν από τη Δυτική και την Ανατολική Ευρώπη (63 και 64 αντίστοιχα). Ο αριθμός των λοιμώξεων από τον ιό HIV που αναφέρθηκε στην Ευρώπη αυξήθηκε σημαντικά την περίοδο 1999-2006, τόσο στους αυτόχθονες όσο και στους μετανάστες. Η εν λόγω αύξηση θα πρέπει να ερμηνευθεί λαμβάνοντας υπόψη την εφαρμογή του συστήματος αναφοράς για τον HIV στην ΕΕ, η οποία δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμη.

Οι λοιμώξεις από τον ιό HIV στην ΕΕ είναι γενικά πολύ πιο διαδομένες στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, παρότι η αναλογία ανδρών/γυναικών μειώνεται. Σε απόλυτους αριθμούς, οι λοιμώξεις από τον ιό του HIV που αναφέρθηκαν το 2006 και αφορούν άνδρες και γυναίκες από την Υποσαχάρια Αφρική ανέρχονται σε 1.764 και 2.989 αντίστοιχα. Δεδομένου ότι ο συνολικός αριθμός των λοιμώξεων από τον ιό HIV στους αυτόχθονες άνδρες και γυναίκες ήταν 7.891 και 2.028 αντίστοιχα, η αναλογία μεταξύ ανδρών από την Υποσαχάρια Αφρική και αυτόχθονων ανδρών ήταν 0,1, ενώ μεταξύ γυναικών από την Υποσαχάρια Αφρική και αυτόχθονων γυναικών ήταν 1,5. Ο αριθμός των κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό HIV που αναφέρθηκαν σε γυναίκες από την Υποσαχάρια Αφρική υπερβαίνει σχεδόν κατά 1.000 κρούσματα τον αντίστοιχο αριθμό για τις αυτόχθονες γυναίκες, παρότι 2.910

κρούσματα HIV που αφορούσαν γυναίκες ήταν άγνωστης γεωγραφικής προέλευσης. Ο αριθμός των γυναικών από την Υποσαχάρια Αφρική υπερβαίνει κατά περισσότερο από 1 000 κρούσματα τον αντίστοιχο αριθμό των ανδρών από την Υποσαχάρια Αφρική. Μετά την Υποσαχάρια Αφρική, τα περισσότερα κρούσματα αφορούν άνδρες από τη Δυτική Ευρώπη (539), και τελευταία ακολουθεί η Λατινική Αμερική (456). Οι συνηθέστερες χώρες προέλευσης των κρουσμάτων λοίμωξης μεταναστών από τον ιό HIV, εξαιρουμένης της Υποσαχάριας Αφρικής, διαφέρουν από αυτές των ανδρών, καθώς ο αριθμός των κρουσμάτων σε γυναίκες από την Νοτιοανατολική Ασία και την Καραϊβική ανερχόταν σε 170 και 169 αντίστοιχα, ενώ τα κρούσματα σε γυναίκες από τη Δυτική και την Ανατολική Ευρώπη και από τη Λατινική Αμερική ήταν 85 και 111 αντίστοιχα.

Τα επίπεδα των κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό HIV που αφορούν μετανάστες παρουσιάζουν τεράστια ανομοιογένεια μεταξύ των χωρών. Στις χώρες με επίπτωση του ιού HIV που δεν υπερβαίνει τα 20 κρούσματα ανά εκατομμύριο, κυρίως στην Κεντρική Ευρώπη, η συμβολή των μεταναστών στην επιδημία κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Για τις χώρες όπου η επίπτωση του HIV κυμαίνεται μεταξύ 21–49 κρουσμάτων ανά εκατομμύριο, με εξαίρεση τη Λιθουανία, το ποσοστό των κρουσμάτων HIV που καταγράφηκαν το 2006 σε μετανάστες υπερβαίνει το 40 %. Δεδομένων των διαφορετικών μεγεθών των πληθυσμών, ο αριθμός των κρουσμάτων HIV στους μετανάστες κυμαίνεται από 24 κρούσματα που διαγνώστηκαν σε μετανάστες στην Κύπρο σε έως και 258 κρούσματα που διαγνώστηκαν στη Σουηδία. Για τις χώρες με επίπτωση HIV που κυμαίνεται μεταξύ 50–99 κρουσμάτων ανά εκατομμύριο, με εξαίρεση την Ελλάδα, το ποσοστό των καταγεγραμμένων κρουσμάτων HIV που αφορούν μετανάστες είναι 40 % στις Κάτω Χώρες και στη Γερμανία, περίπου 60 % στη Νορβηγία, σχεδόν 65 % στην Ιρλανδία και στη Γαλλία και 70 % στο Βέλγιο. Στις χώρες όπου η επίπτωση του HIV ανέρχεται σε 100–199 κρούσματα ανά εκατομμύριο, το ποσοστό των λοιμώξεων από τον ιό HIV που αφορούν μετανάστες ανέρχεται σε 30 % στην Αυστρία, σε 71 % στο Ηνωμένο Βασίλειο και έως και 80 % στο Λουξεμβούργο. Στην Πορτογαλία, η οποία εμφανίζει τα υψηλότερα επίπεδα επίπτωσης του HIV στην ΕΕ, το ποσοστό των καταγεγραμμένων κρουσμάτων HIV που αφορά μετανάστες ανέρχεται σε σχεδόν 20 %.

Κατά την περίοδο 1999–2006, από τα 16.222 κρούσματα φυματίωσης που καταγράφηκαν ως αρχικές προσδιοριστικές του AIDS νόσοι, 8.028 διαγνώστηκαν σε μετανάστες, 3.883 από τους οποίους προέρχονταν από την Υποσαχάρια Αφρική ενώ 2.684 ήταν άγνωστης προέλευσης. Τα επίπεδα φυματίωσης ως προσδιοριστικής του AIDS νόσου παρουσιάζουν εκτεταμένη ανομοιομορφία ανάλογα με τη γεωγραφική προέλευση. Τα χαμηλότερα επίπεδα παρατηρήθηκαν στους Βορειοαμερικανούς (8 %) και στους αυτόχθονες (16 %), ενώ τα υψηλότερα επίπεδα παρατηρήθηκαν στην Υποσαχάρια Αφρική (40 %), στην Ανατολική Ευρώπη (40 %), στη Νοτιοανατολική Ασία (32 %) και στη Λατινική Αμερική (30 %).

Από τους 495 εκατομμύρια εγγεγραμμένους στις εθνικές δημογραφικές υπηρεσίες των 27 χωρών της ΕΕ, της Νορβηγίας, της Ισλανδίας και του Λιχτενστάιν, 32,5 εκατομμύρια περίπου (6,5 %) είναι αλλοδαποί. Πληροφορίες σχετικά με την εθνικότητα των εν λόγω ατόμων είναι διαθέσιμες για τις 30 χώρες της παρούσας μελέτης, με εξαίρεση τη Βουλγαρία, την Εσθονία, τη Γαλλία και το Λουξεμβούργο. Από τα 32,5 εκατομμύρια των εγγεγραμμένων μεταναστών, οι μισοί προέρχονται από την Ευρώπη (6,5 εκατομμύρια από τη Δυτική Ευρώπη, 7,4 εκατομμύρια από την Κεντρική Ευρώπη και 2,3 εκατομμύρια από την Ανατολική Ευρώπη), και ακολουθούν η Λατινική Αμερική (2,31 εκατομμύρια) και η Καραϊβική (261.000), η Νότια και η Νοτιοανατολική Ασία (2,25 εκατομμύρια), η Βόρεια Αφρική και η Μέση Ανατολή (2,19 εκατομμύρια), και η Υποσαχάρια Αφρική (1,32 εκατομμύρια).

Ανάλυση και περιορισμοί

Οι πληθυσμοί μεταναστών, που κατά κύριο λόγο προέρχονται από την Υποσαχάρια Αφρική, αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό και αυξανόμενο ποσοστό των καταγεγραμμένων κρουσμάτων AIDS και HIV στις 27 χώρες της ΕΕ, στη Νορβηγία και στην Ισλανδία την περίοδο 1999–2006. Παρότι το ποσοστό των κρουσμάτων που οφείλονται σε ετεροφυλικές επαφές και σε μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο παιδί στους μετανάστες από την Υποσαχάρια Αφρική είναι ιδιαίτερα υψηλό, ένα σημαντικό ποσοστό των διαγνωσμένων κρουσμάτων σε άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές αφορά επίσης μετανάστες, που κατά κύριο λόγο προέρχονται από τη Δυτική Ευρώπη, τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, γεγονός που καθιστά πρόδηλη την ανάγκη να αναγνωριστεί η σεξουαλική πολυμορφία των μεταναστών που ζουν με HIV/AIDS. Η συμβολή των πληθυσμών μεταναστών στην επιδημία του AIDS και του HIV είναι σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των αναφερόμενων κρουσμάτων σε γυναίκες, γεγονός που υποδεικνύει την αυξανόμενη «θηλωκοποίηση» της επιδημίας του HIV/AIDS στην ΕΕ. Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες στη λοίμωξη από τον ιό HIV είναι τόσο κοινωνικοί όσο και βιολογικοί. Τα παραπάνω αριθμητικά στοιχεία τονίζουν την ανάγκη για ανάληψη δράσης στον τομέα των πολιτικών πρόληψης και θεραπείας του HIV που συνδέονται με το φύλο σε εθνικό επίπεδο. Τα ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα κρουσμάτων HIV που οφείλονται σε μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο παιδί σε μετανάστες από την Υποσαχάρια Αφρική στην ΕΕ συνδέονται άμεσα με το υψηλό φορτίο λοίμωξης από τον ιό HIV σε γυναίκες από την Υποσαχάρια Αφρική. Παρότι η μείωση των περιγεννητικών λοιμώξεων από τον ιό HIV στην ΕΕ αποτελεί σημαντικό επίτευγμα στον τομέα της

δημόσιας υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν ουσιαστικές προκλήσεις, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τις μετανάστριες μητέρες.

Τα ποσοστά των μεταναστών που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV παρουσιάζουν τεράστιες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών. Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και σε ορισμένες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, το εν λόγω ποσοστό δεν υπερβαίνει το 10 %, ενώ στις περισσότερες βόρειες χώρες είναι άνω του 40 %. Στο μεγαλύτερο μέρος των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, το ποσοστό των μεταναστών που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV κυμαίνεται μεταξύ 20 % και 40 %. Αυτό το φαινόμενο συνάδει με τις μεταναστευτικές τάσεις, αφού οι χώρες που εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό κρουσμάτων HIV σε μετανάστες είναι οι χώρες με το υψηλότερο ποσοστό μεταναστών στον γενικό πληθυσμό, κάτι που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στην αποικιακή παράδοση και στις κοινωνικές, οικονομικές και δημογραφικές ανισορροπίες των τελευταίων ετών. Τέλος, σημαντικά αυξημένο εμφανίζεται το ποσοστό των κρουσμάτων άγνωστης γεωγραφικής προέλευσης σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία, το Βέλγιο και η Γερμανία, γεγονός που προκαλεί ανησυχία.

Τα υφιστάμενα δεδομένα δεν καθιστούν εφικτή τη διάκριση μεταξύ των λοιμώξεων που οφείλονται σε μετάδοση του ιού HIV στην ΕΕ και μεταξύ αυτών που μεταδόθηκαν στο εξωτερικό. Άλλες αναφορές υποδηλώνουν ότι οι περισσότερες λοιμώξεις από τον ιό HIV στα άτομα από την Υποσαχάρια Αφρική ενδέχεται να έχουν εμφανιστεί στις χώρες προέλευσης, εάν συγκριθεί η μέση διάρκεια παραμονής στην Ευρώπη με τα επίπεδα των κυττάρων CD4 κατά τη διάγνωση του HIV. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι άτομα που προέρχονται από την Υποσαχάρια Αφρική μολύνονται από τον ιό HIV σε χώρες της ΕΕ. Τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα σχετικά με άλλες γεωγραφικές προελεύσεις δεν επαρκούν ώστε να προσδιοριστεί η χώρα στην οποία μεταδόθηκε η λοίμωξη, παρότι από τα στοιχεία προκύπτει ότι οι μετανάστες που είναι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών μολύνονται στην Ευρώπη. Αν και οι συζητήσεις σχετικά με τη χώρα όπου πιθανολογείται ότι σημειώθηκε η λοίμωξη αποτελούν ένα εξαιρετικά αμφιλεγόμενο θέμα – καθώς, δυστυχώς, έχουν προκαλέσει απροκάλυπτες ρατσιστικές αντιδράσεις – ο προσδιορισμός της χώρας όπου σημειώθηκε η λοίμωξη από τον ιό HIV και όπου εκδηλώθηκε το AIDS έχει σημαντικές προεκτάσεις για τη δημόσια υγεία, καθώς μπορεί να αντικατοπτρίζει κενά τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη του HIV, ή και στις δύο βαθμίδες πρόληψης.

Η καθυστερημένη διάγνωση του HIV αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην ΕΕ και στις ΗΠΑ και τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι το πρόβλημα αυτό είναι ακόμη μεγαλύτερο για τον πληθυσμό των οροθετικών μεταναστών που δεν προέρχονται από χώρες της Δύσης. Ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS που αναφέρονται στις περισσότερες χώρες της ΕΕ έχει μειωθεί σημαντικά από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και μετά, γεγονός που σε μεγάλο βαθμό αποδίδεται στον αντίκτυπο που είχε στον πληθυσμό η εξασφάλιση πρόσβασης σε ισχυρή αντιρετροϊκή αγωγή (HAART). Ωστόσο, για την πλειονότητα των μεταναστών η εν λόγω μείωση δεν είναι ορατή, γεγονός που οφείλεται στην καθυστερημένη διάγνωση της λοίμωξης από τον HIV και στην περιορισμένη πρόσβαση και λήψη ισχυρής αντιρετροϊκής αγωγής, και το οποίο μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη θνησιμότητα των οροθετικών μεταναστών στην ΕΕ. Παράλληλα, η χορήγηση αγωγής για τον HIV αποτελεί μια ακόμη στρατηγική πρόληψης της μετάδοσης του ιού, δεδομένου ότι τα άτομα που λαμβάνουν ισχυρή αντιρετροϊκή αγωγή παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα μολυσματικότητας. Η προσέγγιση που συνδυάζει θεραπεία και πρόληψη ενδείκνυται και για τη φυματίωση, καθώς η έγκαιρη ανίχνευση του ιού HIV με εξετάσεις αναμφισβήτητα θα περιορίζει τα κρούσματα φυματίωσης που συνδέονται με τον HIV. Όπως έχει αποδειχθεί, η θεραπεία της φυματίωσης ισοδυναμεί με πρόληψη της μετάδοσης της φυματίωσης και, συνεπώς, των δευτερογενών κρουσμάτων.

Η ερμηνεία της συμβολής των μεταναστών στην επιδημιολογία του ιού HIV στη συγκεκριμένη περιφέρεια υπόκειται σε περιορισμούς, δεδομένης της ανομοιομορφίας που χαρακτηρίζει την εφαρμογή των συστημάτων αναφοράς για τον HIV και της ελλιπούς κάλυψης της μεταβλητής της «γεωγραφικής προέλευσης» στα κράτη μέλη της ΕΕ. Συγκεκριμένα, τα ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα ελλιπούς υποβολής στοιχείων σε αυτήν την κατηγορία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αριθμητικών στοιχείων που υποδεικνύουν την ανάγκη για ενισχυμένη επιτήρηση του ιού HIV στην ΕΕ προκειμένου να διασφαλιστούν τα απαιτούμενα πρότυπα ποιότητας.

Συμπερασματικά, τα αριθμητικά στοιχεία που παρουσιάζονται στην παρούσα έκθεση είναι πλήρως αναμενόμενα για όσους δραστηριοποιούνται στον τομέα, ειδικά εάν ληφθεί υπόψη η παγκόσμια επιδημιολογία του HIV και οι παγκόσμιες μεταναστευτικές τάσεις, φαινόμενα που σε μεγάλο βαθμό οφείλονται στις παγκόσμιες ανισότητες. Ο έλεγχος της επιδημίας του HIV/AIDS θα έπρεπε να αίρει τα εμπόδια στην πρόληψη και στη θεραπεία του ιού HIV για τους μετανάστες στην ΕΕ. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται και αναλύονται στην παρούσα έκθεση επιβεβαιώνουν πράγματι ότι υπάρχουν κενά τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη του HIV, και τονίζουν την ανάγκη να ληφθούν αποφασιστικά μέτρα.

6. Χαρτογράφηση της επιτήρησης των συμπεριφορών σε σχέση με τον ιό HIV και τις ΣΜΛ στην Ευρώπη

(Δημοσίευση: Σεπτέμβριος του 2009)

Γενικό πλαίσιο

Οι επιδημίες που οφείλονται στον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας στον άνθρωπο (HIV) και σε άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (ΣΜΛ) παραμένουν ένα σημαντικό δημοσιονομικό πρόβλημα στην Ευρώπη. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) ιδρύθηκε το 2005 με στόχο να ενισχύσει την ικανότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για την πρόληψη και τον έλεγχο των μολυσματικών νόσων, δίνοντας προτεραιότητα, μεταξύ άλλων, στον ιό HIV και σε άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Από αυτήν την άποψη, η επιτήρηση αποτελεί ένα σημαντικό έργο, και το ECDC έχει ισχυρή εντολή να διατηρεί και να συντονίζει τις βάσεις δεδομένων για την επιτήρηση των μεταδοτικών ασθενειών σε ολόκληρη την ΕΕ. Η επιτήρηση δεύτερης γενιάς (SGS) συνδυάζει την παρακολούθηση των βιολογικών δεικτών (νέα κρούσματα HIV/AIDS και ΣΜΛ) και των δεικτών συμπεριφοράς (π.χ. σεξουαλική συμπεριφορά, χρήση προστασίας). Αυτή η προσέγγιση είναι σημαντική τόσο για την τεκμηριωμένη ανάπτυξη πολιτικής όσο και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της.

Το 2008, το ECDC ανέθεσε σε μια διεθνή ομάδα εμπειρογνομόνων την εκπόνηση μιας διεξοδικής ανάλυσης της κατάστασης των προγραμμάτων επιτήρησης των συμπεριφορών που συνδέονται με τον ιό HIV και τις ΣΜΛ στις ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και την κατάρτιση πρότασης για ένα πλαίσιο εφαρμογής μιας βασικής σειράς δεικτών συμπεριφοράς σχετικά με τον HIV και τις ΣΜΛ στην Ευρώπη. Η παρούσα έκθεση περιλαμβάνει τη χαρτογράφηση των συστημάτων επιτήρησης των συμπεριφορών σε σχέση με τον ιό HIV και τις ΣΜΛ στα κράτη μέλη της ΕΕ και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (ΕΖΕΣ). Η επιτήρηση εξετάζεται στις εξής ομάδες πληθυσμού: γενικός πληθυσμός, νέοι, χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών, άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές, άνθρωποι που ζουν με HIV/AIDS, εργαζόμενοι του σεξ, ασθενείς κλινικών ΣΜΛ, μετανάστες και εθνικές μειονότητες.

Μέθοδοι

Απεστάλη σειρά ερωτηματολογίων σε όλες τις χώρες της ΕΕ και της ΕΖΕΣ. Η σειρά περιελάμβανε εννέα ξεχωριστά ερωτηματολόγια, μεταξύ των οποίων ένα ερωτηματολόγιο για το σύνολο του εθνικού συστήματος επιτήρησης των συμπεριφορών και του συστήματος επιτήρησης δεύτερης γενιάς, και ένα ερωτηματολόγιο για κάθε πληθυσμό ξεχωριστά. Στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε το σύνολο του συστήματος επιτήρησης, ζητήθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη και τον ορισμό:

- ενός εθνικού ή περιφερειακού συστήματος επιτήρησης των συμπεριφορών
- της λειτουργίας ενός συστήματος επιτήρησης δεύτερης γενιάς σε εθνικό ή σε περιφερειακό επίπεδο
- των εμποδίων που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή που έχουν παρουσιαστεί στην εφαρμογή των βιώσιμων συστημάτων επιτήρησης δεύτερης γενιάς.

Στα ερωτηματολόγια που αφορούσαν συγκεκριμένους πληθυσμούς, αρχικά ζητήθηκε να διευκρινιστεί το κατά πόσο έχει τεθεί σε εφαρμογή ένα σύστημα επιτήρησης για τον κάθε πληθυσμό και κατόπιν ζητήθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη μελετών των συμπεριφορών (ή άλλων τύπων συλλογής δεδομένων) οι οποίες διενεργήθηκαν στους διάφορους πληθυσμούς που συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον από το 1985 και μετά, σχετικά με:

- τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε μελέτη ή σε κάθε σύστημα συλλογής δεδομένων
- τους βασικούς δείκτες υπό παρακολούθηση
- τις σχετικές δημοσιεύσεις.

Το ερωτηματολόγιο απεστάλη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στα σημεία επαφής που είναι υπεύθυνα για την επιτήρηση του ιού HIV σε κάθε χώρα. Τα σημεία επαφής είχαν τη δυνατότητα να αναθέσουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για τον κάθε πληθυσμό στους αρμόδιους ειδικούς της εκάστοτε χώρας. Στη συνέχεια, τα αρμόδια πρόσωπα συνέλεξαν τα ερωτηματολόγια τα οποία και επέστρεψαν προκειμένου να εξεταστούν από την ομάδα εμπειρογνομόνων. Στη συνεδρίαση της ομάδας εμπειρογνομόνων επιτήρησης των συμπεριφορών που έλαβε χώρα στο Montreux (Ελβετία) τον Φεβρουάριο του 2009 εξετάστηκε ένα σχέδιο έκθεσης που απεστάλη προς επικύρωση στα αρμόδια σημεία επαφής για την επιτήρηση του HIV σε κάθε χώρα, τα οποία είχαν συλλέξει σε πρώτη φάση τα ερωτηματολόγια για τη χώρα τους.

Αποτελέσματα

Είκοσι οκτώ από τις 31 χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια συμπληρωμένα (στις χώρες που δεν ανταποκρίθηκαν περιλαμβάνονται η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Πορτογαλία). Η χαρτογράφηση των δραστηριοτήτων επιτήρησης των συμπεριφορών στις χώρες της ΕΕ και της ΕΖΕΣ καταδεικνύει τη σημαντική ανομοιομορφία που χαρακτηρίζει τις χώρες όσον αφορά την ανάπτυξη της επιτήρησης των συμπεριφορών: 15 χώρες ανέφεραν ότι είχαν αναπτύξει ένα σύστημα επιτήρησης των συμπεριφορών σε σχέση με τον ιό HIV και τις ΣΜΛ (Βέλγιο, Κύπρος, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Λεττονία, Λιθουανία, Πολωνία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο), ενώ οι Κάτω Χώρες ανέφεραν ότι εφαρμόζουν επιτήρηση σε μια σειρά συγκεκριμένων πληθυσμών αλλά ότι δεν διαθέτουν ένα επίσημο εθνικό σύστημα συνολικής επιτήρησης των συμπεριφορών.

Ο βαθμός τυποποίησης της επιτήρησης των συμπεριφορών στο πλαίσιο ενός «συστήματος» ποικίλλει μεταξύ των χωρών. Από τις 16 χώρες που αναφέρουν ότι εφαρμόζουν επιτήρηση των συμπεριφορών, μόνο οκτώ δήλωσαν ότι διαθέτουν κάποιο έγγραφο που να περιγράφει ή να τυποποιεί την ύπαρξη ενός τέτοιου συστήματος. Σε πολλές από τις χώρες που αναφέρουν ότι διαθέτουν σύστημα επιτήρησης των συμπεριφορών, το εν λόγω σύστημα έχει αναπτυχθεί σταδιακά, με την προοδευτική προσθήκη νέων πληθυσμών υπό επιτήρηση, ενώ ορισμένες φορές η επιτήρηση δεν φαίνεται να έχει σαφή στόχο. Επιπλέον, σε πολλές χώρες, ακόμη και σε αυτές που διαθέτουν τυποποιημένο σύστημα επιτήρησης των συμπεριφορών, συχνά απουσιάζει μια καθιερωμένη τακτική βάση ή διαδικασία ρουτίνας όσον αφορά τον χρονικό προγραμματισμό της επιτήρησης των συμπεριφορών στους διάφορους πληθυσμούς. Ανομοιομορφία παρατηρείται όμως και στην οργάνωση της επιτήρησης των συμπεριφορών: σε χώρες που έχουν τυποποιήσει την επιτήρηση των συμπεριφορών, η οργάνωση και ο συντονισμός εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του υπουργείου Υγείας, ενός εθνικού οργανισμού υγείας ή ενός πανεπιστημιακού ιδρύματος. Σε χώρες με συστήματα λιγότερα τυποποιημένα, ο άτυπος συντονισμός οργανώνεται μέσω ενός δικτύου φορέων, όπως κυβερνητικοί οργανισμοί, πανεπιστήμια, μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), κ.λπ. Όσον αφορά την επάρκεια του συστήματος (δηλαδή τις επιτηρούμενες κατηγορίες του πληθυσμού), σε πολλές περιπτώσεις ο προσδιορισμός και η επιτήρηση των πληθυσμών υψηλού κινδύνου δεν πραγματοποιούνται ή είναι ελλιπείς. Στους πληθυσμούς που τίθενται συχνότερα υπό επιτήρηση περιλαμβάνονται ο γενικός πληθυσμός και οι νέοι, οι άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές και οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών. Σε μικρό αριθμό χωρών η επιτήρηση συμπεριφορών περιλαμβάνει εργαζόμενους του σεξ και τους πελάτες τους, μετανάστες και εθνικές μειονότητες, ανθρώπους που ζουν με AIDS/HIV και ασθενείς κλινικών ΣΜΛ.

Όσον αφορά τα συστήματα επιτήρησης δεύτερης γενιάς, μεταξύ των 16 χωρών που ανέφεραν ότι εφαρμόζουν επιτήρηση των συμπεριφορών, 13 δήλωσαν ότι διαθέτουν και σύστημα επιτήρησης δεύτερης γενιάς, ενώ άλλες δύο ανέφεραν ότι εφαρμόζουν σύστημα δεύτερης γενιάς σε έναν μόνο πληθυσμό. Σε έξι από τις χώρες αυτές φαίνεται ότι το εν λόγω σύστημα διαθέτει τυποποιημένη οργάνωση, στο πλαίσιο ενός φορέα διαχείρισης ή συντονισμού.

Όσον αφορά τον εκάστοτε υπό επιτήρηση πληθυσμό, οι χώρες που παρείχαν πληροφορίες σχετικά με τους δείκτες προτεραιότητας είναι λιγότερες από αυτές που είχαν αναφέρει ότι συνέλεξαν πληροφορίες για τα αντίστοιχα θέματα. Πιθανότατα αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μόνο οι χώρες που εφαρμόζουν πρότυπο σύστημα επιτήρησης έχουν προβεί σε συγκεκριμένες επιλογές όσον αφορά την τακτική συλλογή δεικτών και είναι σε θέση να τους προσδιορίσουν με σαφήνεια. Όσον αφορά γενικά τα θέματα υπό παρακολούθηση, παρατηρείται υψηλός βαθμός σύγκλισης σχετικά με τα θέματα προτεραιότητας μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών, γεγονός που μπορεί να καθορίσει τον προσδιορισμό κοινών δεικτών για τις επιτηρούμενες χώρες και τους επιτηρούμενους πληθυσμούς. Δεδομένης της μεγάλης ανομοιομορφίας που εξακολουθεί να υπάρχει, θα πρέπει να συνεχιστεί η εναρμόνιση των δεικτών, βάσει του εκάστοτε πληθυσμού, σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Σε πληθυσμούς όπου η επιτήρηση των συμπεριφορών πραγματοποιείται, ή θα μπορούσε να πραγματοποιείται, μέσω δειγματοληψίας βάσει υπηρεσιών ή κοόρτης, θα πρέπει να διεξαχθούν προκαταρκτικές συζητήσεις με τα ενδιαφερόμενα μέρη σχετικά με την καθιέρωση της επιτήρησης των συμπεριφορών σε αυτούς τους τομείς.

Σε περίπτωση που υπάρχει ήδη ευρωπαϊκή συναίνεση, θα πρέπει να προτείνονται ήδη εγκεκριμένοι δείκτες, ενώ οι δείκτες που επιλέγονται θα πρέπει να μπορούν να «μετατραπούν» σε διεθνώς αποδεκτούς δείκτες. Βάσει της συνολικής ανάλυσης, προτείνεται ένα σύνολο βασικών δεικτών, κοινών για όλους τους πληθυσμούς. Οι εν λόγω δείκτες αφορούν τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων, τη χρήση προφυλακτικού κατά την τελευταία επαφή, το κατά πόσο έχουν πραγματοποιηθεί εξετάσεις HIV, την χρήση υπηρεσιών σεξ επί πληρωμή, και την ενημέρωση σχετικά με τον HIV. Οι βασικοί δείκτες θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν συστηματικά υπόψη το επίπεδο εκπαίδευσης, την υπηκοότητα/εθνοτική καταγωγή και τον γενετήσιο προσανατολισμό.

7. Βακτηριακή πρόκληση: ώρα για δράση (κοινή τεχνική έκθεση ECDC/ΕΜΕΑ)

(Δημοσίευση: Σεπτέμβριος 2009)

Βασικά πορίσματα

Υπάρχει ένα κενό μεταξύ του φορτίου των λοιμώξεων που οφείλονται σε πολυανθεκτικά βακτήρια και της ανάπτυξης νέων αντιβιοτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

- Η αντοχή στα αντιβιοτικά είναι υψηλή στα θετικά κατά Gram βακτήρια και στα αρνητικά κατά Gram βακτήρια που προκαλούν σοβαρές λοιμώξεις στον άνθρωπο, και σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ ανέρχεται σε 25 % ή και περισσότερο.
- Στην ΕΕ καταγράφεται αύξηση της αντοχής των θετικών κατά Gram βακτηρίων, όπως παρατηρήθηκε πρόσφατα για το *Escherichia coli*.
- Κάθε χρόνο, 25 000 ασθενείς περίπου πεθαίνουν στην ΕΕ από λοιμώξεις που συνδέονται με τα επιλεγμένα βακτήρια που είναι πολυανθεκτικά.
- Οι λοιμώξεις που οφείλονται στα εν λόγω πολυανθεκτικά βακτήρια στην ΕΕ συνεπάγονται επιπρόσθετες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και απώλειες παραγωγικότητας που ανέρχονται σε τουλάχιστον 1,5 δισεκατομμύριο ευρώ ετησίως.
- Εντοπίστηκαν δεκαπέντε υπό ανάπτυξη συστηματικά χορηγούμενοι αντιβακτηριακοί παράγοντες που διαθέτουν έναν νέο μηχανισμό δράσης ή που κατευθύνονται κατά ενός νέου βακτηριακού στόχου, οι οποίοι ενδεχομένως μπορούν να ανταποκριθούν στην πρόκληση της πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα. Οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες βρίσκονταν σε αρχικά στάδια ανάπτυξης και αναπτύχθηκαν κυρίως για να καταπολεμήσουν βακτήρια για τα οποία υπάρχουν ήδη διαθέσιμες επιλογές θεραπείας.
- Παρατηρείται μια ιδιαίτερα μεγάλη έλλειψη νέων παραγόντων που κατευθύνονται κατά νέων στόχων ή μηχανισμών δράσης κατά πολυανθεκτικών αρνητικών κατά Gram βακτηρίων. Εντοπίστηκαν δύο παράγοντες αυτού του είδους που στρέφονται κατά νέων ή πιθανά νέων στόχων με καταγεγραμμένη δράση, οι οποίοι βρίσκονται σε αρχικό στάδιο ανάπτυξης.
- Για την αντιμετώπιση αυτού του κενού απαιτείται η εφαρμογή στρατηγικής τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Το 2007, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΜΕΑ) και το διεθνές δίκτυο δράσης για την αντοχή στους αντιβιοτικούς παράγοντες («ReAct») άρχισαν να εξετάζουν την ανάγκη καταγραφής του κενού που υπάρχει μεταξύ της συχνότητας των λοιμώξεων που οφείλονται σε πολυανθεκτικά βακτήρια στην ΕΕ και της ανάπτυξης νέων αντιβιοτικών. Αποτέλεσμα ήταν να συσταθεί το 2008 μια κοινή ομάδα εργασίας του ECDC και του ΕΜΕΑ με στόχο να παρουσιάσει τα γεγονότα και τα αριθμητικά στοιχεία βάσει των οποίων θα μπορούσαν να γίνουν προβλέψεις στο μέτρο του εφικτού σχετικά με την έκταση του κενού τα επόμενα έτη.

Μεταξύ των ανθεκτικών σε αντιβιοτικούς παράγοντες βακτηρίων που επιλέχθηκαν τόσο λόγω του μεγάλου αριθμού βακτηριακίων για τις οποίες ευθύνονται όσο και λόγω του ότι ο χαρακτήρας της σχετικής αντοχής στους αντιβιοτικούς παράγοντες αποτελεί, στις περισσότερες περιπτώσεις, δείκτη αντοχής σε πολλαπλούς αντιβιοτικούς παράγοντες, συγκαταλέγονται τα εξής:

- *Staphylococcus aureus*, ανθεκτικό στη μεθικιλίνη (MRSA)
- *S. aureus*, με ενδιάμεση αντοχή ή με αντοχή στη βανκομυκίνη (VISA/VRSA)
- *Enterococcus spp.*, ανθεκτικό στη βανκομυκίνη (VRE), π.χ. *Enterococcus faecium*
- *Streptococcus pneumoniae*, ανθεκτικό στην πενικιλίνη (PRSP)
- *Εντεροβακτήρια* ανθεκτικά σε κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς (π.χ. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*)
- *Εντεροβακτήρια* ανθεκτικά σε καρβαπενέμες (π.χ. *K. pneumoniae*)
- Αζιμωτικά αρνητικά κατά Gram βακτήρια ανθεκτικά σε καρβαπενέμες (π.χ. *Pseudomonas aeruginosa*).

Τάσεις και φορτίο των λοιμώξεων που οφείλονται σε πολυανθεκτικά βακτήρια στην ΕΕ

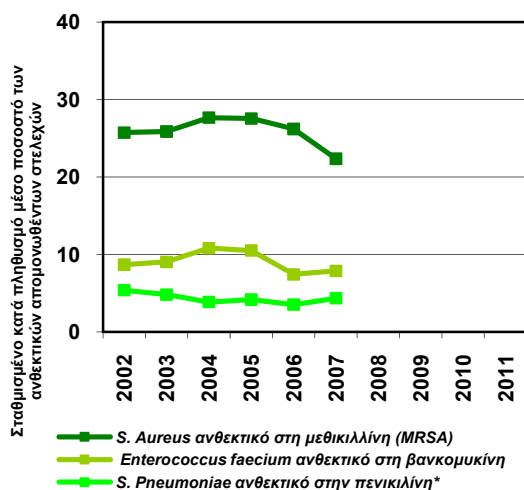
Τα δεδομένα για τα επιλεγμένα ανθεκτικά στους αντιβιοτικούς παράγοντες βακτήρια σε επιθετικές λοιμώξεις (κυρίως βακτηριακές) κατέστησαν διαθέσιμα από το ευρωπαϊκό σύστημα επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής

στα αντιβιοτικά (EARSS) για τα κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία και τη Νορβηγία για κάθε χρονιά της περιόδου 2002-2007.

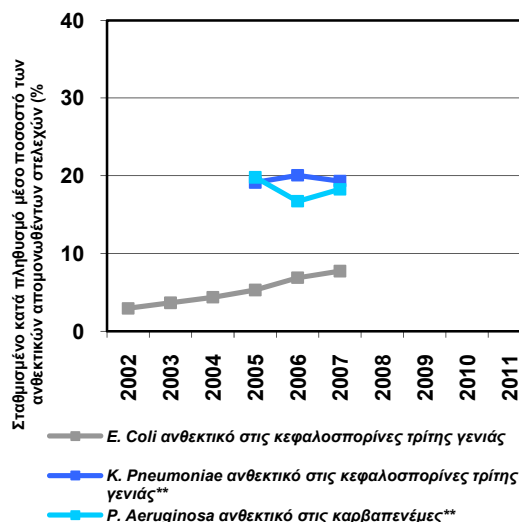
Οι τάσεις στο ποσοστό των ανθεκτικών σε αντιβιοτικά απομονωθέντων στελεχών μεταξύ των απομονωθέντων στελεχών των επιλεγμένων βακτηρίων στο αίμα που συχνά ευθύνονται για μεγάλο ποσοστό βακτηριαιμιών στην Ευρώπη παρουσιάζονται στην Εικόνα 7.1.

Εικόνα 7.1 Σταθμισμένο κατά πληθυσμό μέσο ποσοστό των ανθεκτικών απομονωθέντων στελεχών μεταξύ απομονωθέντων στο αίμα στελεχών βακτηρίων που προκαλούν συχνά βακτηριαιμίες στα κράτη μέλη της ΕΕ, στην Ισλανδία και στη Νορβηγία, 2002–2007.

α. Θετικά κατά Gram βακτήρια



β. Αρνητικά κατά Gram βακτήρια



* *S. pneumoniae*: Εξαιρείται η Ελλάδα, καθώς δεν παρουσίασε στοιχεία για το εν λόγω βακτήριο στο EARSS.

** *K. pneumoniae* και *P. aeruginosa*: Εξαιρούνται το Βέλγιο και η Σλοβακία, καθώς δεν παρουσίασαν δεδομένα για τα εν λόγω βακτήρια στο EARSS.

Το 2007, το μέσο ποσοστό των απομονωθέντων στο αίμα στελεχών *Staphylococcus aureus* με αντοχή στη μεθικιλίνη (% MRSA) ήταν το υψηλότερο ποσοστό στελεχών ανθεκτικών στα αντιβιοτικά μεταξύ των επιλεγμένων βακτηρίων που ευθύνονται συχνά για βακτηριαιμίες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εντούτοις, το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια (Εικόνα 7.1). Η μείωση αυτή οφείλεται στις πτωτικές τάσεις του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* σε πολλά κράτη μέλη, πιθανότατα λόγω των σχεδίων δράσης που εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο, όπως αποδεικνύεται για τη Γαλλία, τη Σλοβενία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Το μέσο ποσοστό ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* πλησιάζει το αντίστοιχο επίπεδο των επιλεγμένων αρνητικών κατά Gram βακτηρίων που εμφανίζουν αντοχή στα αντιβιοτικά.

Τα επίπεδα απομονωθέντων στελεχών *S. aureus* στο αίμα με ενδιάμεση αντοχή στη βανκομυκίνη (VISA) ήταν ιδιαίτερα χαμηλά (κάτω του 0,1 %) στα κράτη μέλη της ΕΕ, στην Ισλανδία και στη Νορβηγία. Το 2007 δεν αναφέρθηκαν στο EARSS απομονωθέντα στελέχη *S. aureus* ανθεκτικά στη βανκομυκίνη (τα στοιχεία δεν παρουσιάζονται στην Εικόνα 7.1).

Αντιθέτως, το μέσο ποσοστό απομονωθέντων στελεχών του ανθεκτικού στις κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς *Escherichia coli* στο αίμα –του συνηθέστερου αρνητικού κατά Gram βακτηρίου που ευθύνεται για λοιμώξεις στους ανθρώπους– παρουσιάζει σταθερή αύξηση.

Ταυτόχρονα, δεν υπάρχουν ενδείξεις μείωσης της αντοχής στις κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς για το *Klebsiella pneumoniae* ή στις καρβαπενέμες για το *Pseudomonas aeruginosa* (Εικόνα 7.1).

Το 2007, τα επίπεδα των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες απομονωθέντων στελεχών *K. pneumoniae* στο αίμα που αναφέρθηκαν από τα κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία και τη Νορβηγία γενικά ήταν ιδιαίτερα χαμηλά (διάμεση τιμή=0 %) με εξαίρεση τη Ελλάδα, όπου το σχετικό ποσοστό ανερχόταν σε 42 % (τα στοιχεία δεν παρουσιάζονται στην Εικόνα 7.1.).

Το ανθρώπινο και οικονομικό κόστος των ανθεκτικών στα αντιβιοτικά βακτηρίων θα μπορούσε να εκτιμηθεί μόνο για τα εξής πέντε ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια: ανθεκτικό στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus*, ανθεκτικό στη βανκομυκίνη *Enterococcus faecium*, ανθεκτικό στις κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς *E. coli* και *K. pneumoniae* και ανθεκτικό στις καρβαπενέμες *P. aeruginosa*.

Η μελέτη επιβεβαιώνει ότι το ανθεκτικό στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* αποτελεί το πιο διαδεδομένο μεμονωμένο πολυανθεκτικό βακτήριο στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εντούτοις, το άθροισμα των κρουσμάτων κοινών, ανθεκτικών στα αντιβιοτικά θετικών κατά Gram βακτηρίων (κυρίως το ανθεκτικό στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* και το ανθεκτικό στη βανκομυκίνη *Enterococcus faecium*) ήταν συγκρίσιμο με αυτό των κοινών, ανθεκτικών στα αντιβιοτικά αρνητικών κατά Gram βακτηρίων (ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς *E. coli* και *K. pneumoniae* και ανθεκτικό στις καρβαπενέμες *P. Aeruginosa*).

Συνολικά εκτιμάται ότι το 2007 περίπου 25.000 ασθενείς πέθαναν από λοιμώξεις οφειλόμενες σε κάποιο από τα πέντε επιλεγμένα ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στην Ισλανδία και στη Νορβηγία. Επιπροσθέτως, οι λοιμώξεις που οφείλονται σε κάποιο από τα επιλεγμένα ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια είχαν ως αποτέλεσμα 2,5 εκατομμύρια επιπρόσθετες ημέρες νοσηλείας και νοσήλια που υπερβαίνουν τα 900 εκατομμύρια ευρώ.

Ακολούθησε μια εκτίμηση των απωλειών παραγωγικότητας που οφείλονται στις συγκεκριμένες λοιμώξεις. Βάσει των δεδομένων που συλλέχθηκαν το 2007, εκτιμάται ότι το κόστος για την περίθαλψη εξωτερικών ασθενών ανήλθε σε 10 εκατομμύρια ευρώ περίπου, ενώ οι απώλειες παραγωγικότητας λόγω απουσίας των προσβληθέντων εργαζομένων εκτιμάται ότι ξεπέρασαν τα 150 εκατομμύρια ευρώ ετησίως. Οι απώλειες παραγωγικότητας λόγω ασθενών που πέθαναν εξαιτίας της λοίμωξης από την οποία έπασχαν εκτιμάται ότι ανέρχονται σε περίπου σε 450 εκατομμύρια ευρώ ετησίως. Συνολικά, το κοινωνικό κόστος των λοιμώξεων που οφείλονται στα επιλεγμένα ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 1,5 περίπου εκατομμύρια ευρώ ετησίως.

Το περιορισμένο φάσμα των συμπεριλαμβανόμενων βακτηρίων, η μη συμπερίληψη των λοιμώξεων εξωτερικών ασθενών, το μέσο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης που δεν λαμβάνει υπόψη την ειδική περίθαλψη ασθενών όπως είναι η εντατική θεραπεία ενισχύουν, μεταξύ άλλων, το συμπέρασμα ότι τα εν λόγω αριθμητικά στοιχεία δεν απεικονίζουν πλήρως το ανθρώπινο και οικονομικό κόστος των λοιμώξεων που οφείλονται σε ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια.

Στάδιο έρευνας και ανάπτυξης αντιβακτηριακών παραγόντων

Προκειμένου να προσδιοριστεί το στάδιο ανάπτυξης των αντιβακτηριακών φαρμάκων, εξετάστηκαν δύο εμπορικές βάσεις δεδομένων (Adis Insight R&D και PharmaProjects) αντιβακτηριακών παραγόντων σε κλινική ανάπτυξη παγκοσμίως. Αποφασίστηκε να μην διεξαχθεί διεξοδική διερεύνηση των παραγόντων που δεν βρίσκονταν ακόμη στο στάδιο κλινικών δοκιμών, λόγω του υψηλού ποσοστού απωλειών στο στάδιο του προκλινικού ελέγχου και λόγω της έλλειψης διαθέσιμων στοιχείων για αξιολόγηση.

Όπου ήταν εφικτό, οι παράγοντες που προσδιορίστηκαν από την έρευνα αξιολογήθηκαν ως προς την αντιβακτηριακή τους δράση κατά των επιλεγμένων βακτηρίων βάσει πραγματικών στοιχείων στις βάσεις δεδομένων ή στη βιβλιογραφία. Ελλείψει πραγματικών στοιχείων *in vitro*, οι ειδικοί πρόέβησαν σε λογικές υποθέσεις σχετικά με τη δράση ορισμένων παραγόντων, στηριζόμενοι στις ιδιότητες παρόμοιων παραγόντων (παραγόντων που ανήκουν στην ίδια κατηγορία ή οι οποίοι διαθέτουν κοινό μηχανισμό δράσης) προκειμένου να καταρτίσουν το «ευνοϊκότερο σενάριο».

Επιπροσθέτως, για κάθε παράγοντα ζητήθηκε από τους αξιολογητές να αναφέρουν εάν ανήκε σε νέα ή σε υφιστάμενη κατηγορία αντιβιοτικών, καθώς και εάν:

- δρα κατά του ίδιου βακτηριακού στόχου και κατά τον ίδιο τρόπο με τουλάχιστον έναν από τους ήδη εγκεκριμένους αντιβακτηριακούς παράγοντες
- δρα μέσω ενός γνωστού μηχανισμού δράσης ενάντια σε ένα νέο βακτηριακό στόχο,
- ή εάν διαθέτει έναν νέο μηχανισμό δράσης.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα βασικά αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση:

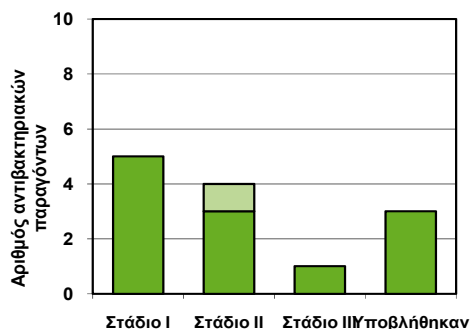
- Από τους 167 παράγοντες που εντοπίστηκαν από τις έρευνες, 90 αντιβακτηριακοί παράγοντες παρουσίασαν δράση *in vitro* στο πλαίσιο του ευνοϊκότερου σεναρίου (βάσει πραγματικών ή υποθετικών στοιχείων και σύμφωνα με τις ιδιότητες της κατηγορίας του μηχανισμού δράσης) κατά ενός τουλάχιστον βακτηρίου από αυτά που επιλέχθηκαν λόγω της σημασίας τους για τη δημόσια υγεία.
- Από τους 90 αυτούς παράγοντες, 24 αφορούσαν εκ νέου εμφάνιση εγκεκριμένων αντιβακτηριακών παραγόντων και 66 αφορούσαν νέες δραστικές ουσίες.
- Από τους 66 νέους δραστικούς παράγοντες, μόνο 27 εμφάνισαν δράση κατά ενός νέου βακτηριακού στόχου ή μέσω ενός νέου μηχανισμού, προσφέροντας έτσι ένα δυνητικό πλεονέκτημα έναντι των υφιστάμενων αντιβιοτικών.

- 15 από τους 27 αυτούς παράγοντες ενδείκνυνται για συστηματική χορήγηση.
- Για οκτώ από τους 15 συστηματικά χορηγούμενους παράγοντες διαπιστώθηκε δραστικότητα εναντίον ενός τουλάχιστον επιλεγμένου αρνητικού κατά Gram βακτηρίου.
- Για τους τέσσερις από τους οκτώ παράγοντες με δράση κατά των αρνητικών κατά Gram βακτηρίων, η δραστικότητά τους βασίστηκε σε πραγματικά στοιχεία, ενώ για τους άλλους τέσσερις βασίστηκε στις γνωστές ιδιότητες της κατηγορίας ή τους μηχανισμούς δράσης.
- Δύο από τους τέσσερις παράγοντες με δράση κατά αρνητικών κατά Gram βακτηρίων με βάση τα πραγματικά στοιχεία παρουσιάζουν δράση εναντίον νέων ή πιθανά νέων βακτηριακών στόχων, ενώ σε καμία περίπτωση δεν παρουσιάστηκε νέος μηχανισμός δράσης.

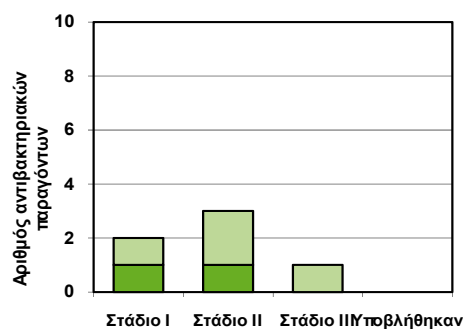
Η Εικόνα 7.2 παρουσιάζει τις πληροφορίες για τους παραπάνω 15 αντιβακτηριακούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, μόνο πέντε από αυτούς τους παράγοντες έφτασαν στο στάδιο των κλινικών δοκιμών για να επιβεβαιωθεί η κλινική αποτελεσματικότητά τους (Στάδιο 3 ή μεταγενέστερο της κλινικής ανάπτυξης).

Εικόνα 7.2 Νέοι συστηματικοί αντιβακτηριακοί παράγοντες κατά νέων βακτηριακών στόχων ή οι οποίοι διαθέτουν νέο μηχανισμό δράσης και δράση *in vitro* με βάση πραγματικά δεδομένα (σκοιρόχρωμες στήλες) ή εικαζόμενη δράση *in vitro* βάσει των ιδιοτήτων κατηγορίας ή των μηχανισμών δράσης (ανοιχτόχρωμες στήλες) κατά των επιλεγμένων βακτηρίων (ευνοϊκότερο δυνατό σενάριο), ανά στάδιο ανάπτυξης (πλήθος στοιχείων n=15).

α. Θετικά κατά Gram βακτήρια



β. Αρνητικά κατά Gram βακτήρια*



Σημείωση: Η βασιζόμενη σε πραγματικά στοιχεία *in vitro* δράση απεικονίζεται στο κάτω μέρος κάθε στήλης με σκούρο χρώμα. Η βασιζόμενη στις ιδιότητες κατηγορίας ή στους μηχανισμούς δράσης εικαζόμενη *in vitro* δράση (όπου υπάρχει) απεικονίζεται στο επάνω μέρος κάθε στήλης με ανοιχτό χρώμα.

* Στην Εικόνα 7.2β δεν περιλαμβάνονται δύο καρβαπενέμες, καθώς δεν εμφανίζουν αυξημένη δράση σε σύγκριση με προηγούμενες καρβαπενέμες που χρησιμοποιούνταν κατά των αρνητικών κατά Gram βακτηρίων. Η σχετική καινοτομία αυτών των παραγόντων βασίζεται σε ένα καλύτερο προφίλ δράσης κατά των ανθεκτικών στα αντιβιοτικά θετικών κατά Gram βακτηρίων και, ως εκ τούτου, συμπεριλαμβάνονται στην Εικόνα 7.2α.

Οι επιβαρυντικές επιπτώσεις της βακτηριακής αντοχής στην ΕΕ είναι ήδη σημαντικές και ενδέχεται να αυξηθούν. Με βάση τα υφιστάμενα δεδομένα, κατά τα επόμενα έτη αναμένεται να προκύψουν ιδιαίτερα προβλήματα λόγω της αντοχής ορισμένων αρνητικών κατά Gram βακτηρίων.

Ταυτόχρονα, υπάρχει ένας πολύ μικρός αριθμός αντιβακτηριακών παραγόντων που διαθέτουν νέους μηχανισμούς δράσης και οι οποίοι βρίσκονται στο στάδιο της ανάπτυξης ως απάντηση στην πρόκληση των πολυανθεκτικών βακτηρίων. Παρατηρείται μια ιδιαίτερα μεγάλη έλλειψη νέων παραγόντων για τη θεραπεία λοιμώξεων που οφείλονται σε πολυανθεκτικά αρνητικά κατά Gram βακτήρια.

Η παρούσα έκθεση έχει εντοπίσει ένα κενό μεταξύ του φορτίου των λοιμώξεων που οφείλονται σε πολυανθεκτικά βακτήρια και της ανάπτυξης νέων αντιβακτηριακών παραγόντων για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Για την κάλυψη αυτού του κενού απαιτείται επείγοντως η εφαρμογή τόσο μιας ευρωπαϊκής όσο και μιας παγκόσμιας στρατηγικής. Πρέπει να εφαρμοστούν μέτρα για την ενθάρρυνση της ανάπτυξης φαρμάκων.

8. Αποτελεσματικότητα των συμπεριφορικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων πρόληψης του HIV και των ΣΜΛ για τους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές στην Ευρώπη

(Δημοσίευση: Νοέμβριος 2009, τροποποίηση: Δεκέμβριος 2009)

Γενικό πλαίσιο

Απουσία ενός αποτελεσματικού και οικονομικά προσιτού εμβολίου και, δεδομένων των μη θεραπευτικών δυνατοτήτων των υφιστάμενων αντιρετροϊκών θεραπειών, η συμπεριφορική και ψυχοκοινωνική πρόληψη με στόχο τον περιορισμό των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών παραμένει κεντρικής σημασίας για τις προσπάθειες περιορισμού σεξουαλικής μετάδοσης του HIV και των ΣΜΛ στους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές. Δεδομένης της ανάγκης των διαχειριστών προγραμμάτων και των αρμοδίων χάραξης πολιτικής για περιγραφή συγκεκριμένων παρεμβάσεων και ποσοτικών εκτιμήσεων των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων, ούτως ώστε να ληφθούν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη χρηματοδότηση και την έρευνα για την πρόληψη, προκύπτει η ανάγκη για μια συστηματική επισκόπηση που θα επικαιροποιεί την υφιστάμενη βάση γνώσεων σχετικά με τις παρεμβάσεις πρόληψης του HIV και των ΣΜΛ για τους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές στην Ευρώπη.

Στόχοι

Στόχος ήταν να συνοψιστεί και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πρόληψης του HIV και των ΣΜΛ για τους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές που ζουν στην Ευρώπη και να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά της πρόληψης που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα, καθώς και τα κενά που ενδεχομένως υπάρχουν, στη βάση των στοιχείων τεκμηρίωσης.

Μέθοδοι

Διεξήχθη συστηματική έρευνα για τον εντοπισμό της σχετικής βιβλιογραφίας σε οκτώ διεθνείς βάσεις δεδομένων και σε καταλόγους αναφοράς συναφών επισκοπήσεων και συμπεριληφθεισών μελετών. Η επιλογή των μελετών έγινε βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων και λαμβανομένου υπόψη του συστηματικού σφάλματος. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν συνοπτικά σε πίνακες, ενώ πραγματοποιήθηκαν και εκτιμήσεις των επιπτώσεων της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα που εξάχθηκαν βασίζονται στη συλλογή δεδομένων από έξι ελεγχόμενες μελέτες στις οποίες έλαβαν συνολικά μέρος 4.111 μετέχοντες από τέσσερις διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι υπάρχει «υψηλός» ή «απροσδιόριστος» κίνδυνος συστηματικού σφάλματος σε έναν ή περισσότερους τομείς που αξιολογήθηκαν σε όλες τις μελέτες. Από την εκτίμηση του συνολικού αποτελέσματος των τεσσάρων παρεμβάσεων για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα προκύπτει ότι οι άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές που συμμετέχουν σε πρωτοβουλίες πρόληψης του HIV και των ΣΜΛ έχουν μειωμένες πιθανότητες να αναφέρουν πρωκτική επαφή χωρίς προστασία. Λόγω έλλειψης στοιχείων τεκμηρίωσης δεν ήταν δυνατόν να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων που συνδέονται άμεσα με την έκταση των επιπτώσεων. Ελάχιστοι ήταν οι μετέχοντες σε μελέτες που δεν ανήκαν στην καυκάσια φυλή, ενώ σε μία μόνο μελέτη εφαρμόστηκε η βιολογική μέτρηση των ΣΜΛ ως δείκτης αλλαγής.

Ανάλυση

Παρά τη μακρόχρονη παρουσία της επιδημίας του ιού HIV, υπάρχουν ελάχιστες επακριβείς αξιολογήσεις των αποτελεσμάτων των διαφόρων συμπεριφορικών παρεμβάσεων για τον ιό HIV και τις ΣΜΛ στους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές στην Ευρώπη. Τα αποτελέσματα παραπέμπουν σε πιθανά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα των παρεμβάσεων όσον αφορά μειώσεις του ποσοστού των ανδρών με ομοφυλοφιλικές επαφές που επιδιίδονται σε πρωκτική επαφή χωρίς προστασία, αν και ο περιορισμένος αριθμός των ελεγχόμενων μελετών καταδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σε αυτόν τον τομέα. Η επιστημονική κοινότητα θα πρέπει να εξετάσει τη δυνατότητα μεταφοράς των παρεμβάσεων και, ιδανικά, να διεξαγάγει διεξοδική έρευνα πριν από την έναρξη νέου προγράμματος.

Συμπέρασμα

Υπάρχει ένα ευρύτερο έλλειμμα αξιολογήσεων των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση των επικίνδυνων για HIV και ΣΜΛ συμπεριφορών στους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές στην Ευρώπη. Ο σχεδιασμός στρατηγικών πρόληψης των συμπεριφορών σε σχέση με τον HIV και τις ΣΜΛ με σκοπό τον περιορισμό των νέων λοιμώξεων, και η αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων πρόληψης για τους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές, αποτελεί σημαντική πτυχή μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής περιορισμού του HIV και των ΣΜΛ στο συνολικό φάσμα της πρόληψης και της περίθαλψης.

Εκθέσεις καθοδήγησης

9. Έλεγχος των χλαμυδίων στην Ευρώπη

(Δημοσίευση: Ιούνιος 2009)

Γιατί τα χλαμύδια αποτελούν πρόβλημα δημόσιας υγείας

Οι λοιμώξεις από το *Chlamydia trachomatis* συγκαταλέγονται μεταξύ των συχνότερων σεξουαλικά μεταδιδόμενων βακτηριακών λοιμώξεων στην Ευρώπη. Τα επίπεδα της εν λόγω λοίμωξης στους σεξουαλικά δραστήριους νέους κυμαίνονται γενικά μεταξύ 5 % και 10 %. Ο αριθμός των διαγνωσμένων κρουσμάτων σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζει αύξηση, η οποία εν μέρει οφείλεται στην αύξηση των διενεργούμενων εξετάσεων ανίχνευσης και στη χρήση τεστ μεγαλύτερης ευαισθησίας. Όσοι πάσχουν από χλαμύδια των γεννητικών οργάνων μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα όπως φλεγμονές της ουρογεννητικής οδού, ουρηθρίτιδα και τραχηλίτιδα, παρότι στην πλειονότητά τους τα κρούσματα παραμένουν ασυμπτωματικά. Τα χλαμύδια αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας διότι εάν δεν θεραπευτούν μπορούν να οδηγήσουν σε πυελικές φλεγμονώδεις νόσους, υπογονιμότητα και να επηρεάσουν δυσμενώς την αναπαραγωγική ικανότητα ορισμένων γυναικών. Τα χλαμύδια διευκολύνουν επίσης τη μετάδοση του ιού HIV. Το κόστος της θεραπείας της υπογονιμότητας που οφείλεται σε χλαμύδια είναι υψηλό, καθώς απαιτεί χειρουργική αποκατάσταση των ωαγωγών και γονιμοποίηση in vitro. Παρότι υπάρχει αποτελεσματική και οικονομικά προσιτή θεραπεία, ο έλεγχος των χλαμυδίων αποτελεί πρόκληση καθώς η πλειονότητα των πασχόντων είναι ασυμπτωματικοί.

Δραστηριότητες ελέγχου των χλαμυδίων στην Ευρώπη

Από μια συστηματική μελέτη των δραστηριοτήτων ελέγχου των χλαμυδίων που διεξήχθη σε 29 ευρωπαϊκές χώρες, διαπιστώθηκε ότι η οργάνωση του ελέγχου των χλαμυδίων ποικίλλει σημαντικά. Σχεδόν οι μισές χώρες ανέφεραν ότι δεν διαθέτουν κανένα είδος οργανωμένης δραστηριότητας, ενώ εθνικά προγράμματα ελέγχου εντοπίστηκαν σε δύο μόνο χώρες.

Εφαρμογή του ελέγχου των χλαμυδίων

Το πρώτο βήμα για ένα ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό πρόγραμμα ελέγχου είναι η έγκριση μιας στρατηγικής ελέγχου των χλαμυδίων που θα βασίζεται στην ευρεία διαβούλευση με τους κύριους ενδιαφερόμενους παράγοντες. Η στρατηγική θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις συγκεκριμένες εθνικές δυνατότητες και τους περιορισμούς, καθώς και μια επισκόπηση των στοιχείων για τις παρεμβάσεις και τα μέτρα που θα περιλαμβάνει. Η εν λόγω στρατηγική μπορεί να βασίζεται στη σταδιακή προσέγγιση που περιγράφεται στην παρούσα καθοδήγηση.

Στόχος της προτεινόμενης σταδιακής προσέγγισης είναι να διασφαλιστεί ότι πριν από την εφαρμογή πολύπλοκων παρεμβάσεων, όπως ο έλεγχος, έχουν τεθεί σε εφαρμογή κατάλληλα μέτρα πρόληψης και διαχείρισης των ασθενών σε σχέση με τις ΣΜΛ.

Ακολουθεί η συνοπτική περιγραφή των τεσσάρων επιπέδων για τα προγράμματα ελέγχου των χλαμυδίων:

- Επίπεδο Α, πρωτογενής πρόληψη: περιλαμβάνει την προβολή και εκπαίδευση σε θέματα υγείας, σχολικά προγράμματα και διανομή προφυλακτικών.
- Επίπεδο Β, διαχείριση κρουσμάτων: αξιοποιεί τις δράσεις του επιπέδου Α, στις οποίες προστίθενται η επιτήρηση ρουτίνας των κρουσμάτων, οι κατάλληλες υπηρεσίες διάγνωσης των χλαμυδίων, οι κλινικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες διαχείρισης ασθενών και των συντρόφων τους. Για κάθε ένα από αυτά τα στοιχεία απαιτείται τεκμηριωμένη καθοδήγηση και τακτικός έλεγχος.
- Επίπεδο Γ, ευκαιριακός έλεγχος: αξιοποιεί τα στοιχεία του επιπέδου Β, στα οποία προστίθεται η παροχή ελέγχων ρουτίνας σε μία ή περισσότερες καθορισμένες ομάδες ανθρώπων στους οποίους παρέχονται και άλλες κλινικές υπηρεσίες, με στόχο την ανίχνευση κρουσμάτων, π.χ. ανίχνευση ασυμπτωματικών κρουσμάτων.
- Επίπεδο Δ, πρόγραμμα ελέγχου: αξιοποιεί τα στοιχεία του επιπέδου Γ, στα οποία προστίθεται η οργάνωση διενέργειας εξετάσεων για την ανίχνευση κρουσμάτων χλαμυδίων σε τακτική βάση, ώστε να καλύπτεται σημαντικό ποσοστό ενός καθορισμένου πληθυσμού, με στόχο να μειωθεί ο επιπολασμός των χλαμυδίων στον πληθυσμό.

Τα στοιχεία για τον αντίκτυπο των προγραμμάτων επιπέδου Γ και Δ είναι περιορισμένα και, ως εκ τούτου, σε περίπτωση εφαρμογής τους, τα προγράμματα αυτά πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά ώστε να αποτελέσουν τη

βάση μελλοντικών πολιτικών. Συγκεκριμένα, ο αντίκτυπος αυτών των προγραμμάτων στον έλεγχο των χλαμυδίων στον πληθυσμό χρήζει παρακολούθησης και αξιολόγησης. Η θέσπιση ενός προγράμματος ελέγχου για τα χλαμύδια χρήζει προσεκτικής εξέτασης όπως και κάθε άλλο πρόγραμμα ελέγχου, και πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση όλων των δυνητικών οφελών, των επιπτώσεων και του κόστους.

Η αποτελεσματική παροχή των απαραίτητων πόρων και η εφαρμογή εθνικών στρατηγικών ελέγχου των χλαμυδίων απαιτεί καθοδήγηση και δέσμευση από τους φορείς χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Δεδομένου ότι η κατάλληλη εθνική στρατηγική μπορεί να είναι διαφορετική για κάθε χώρα, οι εν λόγω στρατηγικές θα πρέπει να αναπτύσσονται στο πλαίσιο διαβούλευσης με ιατρικές επαγγελματικές οργανώσεις, χρηματοδότες και φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών διάγνωσης.

Αξιολόγηση των προγραμμάτων ελέγχου των χλαμυδίων

Στόχος των προγραμμάτων ελέγχου είναι η μείωση του επιπολασμού των χλαμυδίων, η παρακολούθηση της οποίας είναι δύσκολη καθώς απαιτεί την εφαρμογή περιοδικών επιτηρήσεων πληθυσμού. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί άλλοι δείκτες αποτελεσματικότητας που θα πρέπει να ενσωματώνονται εξαρχής σε κάθε πρόγραμμα.

Σε εθνικό επίπεδο, το εκάστοτε πρόγραμμα θα πρέπει να παρακολουθεί τους δείκτες που συνδέονται με τις πολιτικές και τις κατευθυντήριες οδηγίες, την εφαρμογή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα του προγράμματος. Τα παραπάνω πρέπει να βασίζονται σε συγκεκριμένους στόχους ανάλογα με το πλαίσιο εφαρμογής.

Κατά τη μετάβασή τους στο επόμενο επίπεδο ελέγχου, οι χώρες θα πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις βασισμένες σε αυστηρές αξιολογήσεις των στοιχείων που αφορούν την αποτελεσματικότητα, τη σχέση κόστους-οφέλους και τις επιζήμιες επιπτώσεις. Για τον σκοπό αυτό είναι σκόπιμο να διασφαλίζεται η πλήρης αξιολόγηση του συνόλου των δραστηριοτήτων και η ανταλλαγή των αποτελεσμάτων μεταξύ των χωρών στην Ευρώπη. Με αυτόν τον τρόπο, οι επενδύσεις που πραγματοποιούνται σήμερα σε προγράμματα θα ενισχύσουν τη βάση τεκμηρίωσης για τον έλεγχο των χλαμυδίων, θα διευκολύνουν τη λήψη αποφάσεων στο μέλλον και θα βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο στόχος θα πρέπει να είναι η μείωση του ποσοστού των χωρών που αναφέρουν ότι δεν διαθέτουν καμιά οργανωμένη δραστηριότητα.

Σκοπός του εγγράφου

Σκοπός του παρόντος εγγράφου είναι να παράσχει καθοδήγηση στους φορείς χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με την κατάρτιση εθνικών στρατηγικών για τον έλεγχο των χλαμυδίων. Το έγγραφο δεν παρέχει συγκεκριμένες κλινικές ή διαγνωστικές κατευθυντήριες οδηγίες, αλλά ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη, την εφαρμογή και τη βελτίωση των εθνικών στρατηγικών για την πρόληψη και τον έλεγχο των χλαμυδίων. Ως βάση για την κατάρτιση των αναλυτικών οδηγιών θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν πρόσφατες συστηματικές επισκοπήσεις.

Οι πολιτικές υγείας, όπως είναι οι κλινικές οδηγίες, θα πρέπει να βασίζονται στα βέλτιστα διαθέσιμα στοιχεία. Εντούτοις, τα στοιχεία που μπορούν να χρησιμεύσουν ως βάση για αυτές τις αποφάσεις πολιτικής είναι περιορισμένα. Στόχος του παρόντος εγγράφου καθοδήγησης είναι να διευκολύνει την ανάπτυξη τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών σε τοπικό επίπεδο, στο πλαίσιο ισχυρών εθνικών στρατηγικών για τα χλαμύδια. Αυτές οι στρατηγικές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο κλινικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες (όπως ο επιπολασμός των χλαμυδίων στον πληθυσμό), αλλά και τα κατά τόπους συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, τις υποδομές και τη χορήγηση των απαραίτητων πόρων.

Η καθοδήγηση αναπτύχθηκε από μια ομάδα εμπειρογνομόνων με βάση στοιχεία που συλλέχθηκαν στην έκθεση του ECDC με τίτλο «Επισκόπηση των δραστηριοτήτων ελέγχου των χλαμυδίων στις χώρες της ΕΕ», μια έρευνα για τις δραστηριότητες ελέγχου των χλαμυδίων η οποία συνεξετάστηκε μαζί με πρόσφατες συστηματικές επισκοπήσεις της διάγνωσης και του ελέγχου των χλαμυδίων.

Η παρούσα καθοδήγηση καλύπτει την κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη μορφή του *Chlamydia trachomatis* (ορότυποι D έως K), αλλά δεν καλύπτει το *Lymphogranuloma venereum* και το τράχωμα.

10. Χορήγηση στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας αντιιικών φαρμάκων κατά της γρίπης σε περιόδους πανδημίας

(Δημοσίευση: Ιούνιος 2009, επικαιροποίηση: Αύγουστος 2009)

Στόχος της γενικής αυτής δημοσίευσης είναι να χρησιμεύσει ως μέσο για τους φορείς ανάπτυξης πολιτικών και πρακτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στον ΕΟΧ και στην ΕΖΕΣ, σε σχέση με τη χορήγηση αντιιικών κατά της γρίπης, και ειδικά σε σχέση με τις πανδημίες γρίπης. Το έγγραφο βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία, οδηγίες της ΠΟΥ, γνωμοδοτήσεις εμπειρογνομώνων (περιλαμβανομένων και των γνωμοδοτήσεων του Συμβουλευτικού Σώματος του ECDC) και συστάσεις οι οποίες περιλαμβάνονται σε εθνικά σχέδια ετοιμότητας των χωρών της Ευρώπης για την αντιμετώπιση μιας πανδημίας γρίπης. Επικεντρώνεται στις επιλογές που αφορούν τη χορήγηση αντιιικών φαρμάκων στο πλαίσιο μιας πανδημίας γρίπης.

Τα διαθέσιμα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των αντιιικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται είτε για θεραπευτικούς λόγους είτε για λόγους προφύλαξης και η συνεπακόλουθη δημοσιούγειονομική χρήση τους κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας προκύπτουν από μελέτες που διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια περιόδων έξαρσης της εποχικής γρίπης σε υγιείς ενήλικες και, σε μικρότερο βαθμό, σε μία ομάδα υψηλού κινδύνου (ηλικιωμένοι) και σε συγκεκριμένο αριθμό παιδιών μεγαλύτερης ηλικίας.

Τα στοιχεία καταδεικνύουν ότι ορισμένα αντιιικά φάρμακα, ιδίως οι αναστολείς νευραμινιδάσης (η οσελταμιβίρη και η ζαναμιβίρη), παρέχουν κάποια θεραπευτικά οφέλη καθώς μειώνουν τη διάρκεια της ασθένειας κατά 1-2 ημέρες, ενώ περιορίζουν τις επιπλοκές καθώς και την ανάγκη χορήγησης αντιβιοτικών στους πάσχοντες. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη αυτών των οφελών είναι η έγκαιρη χορήγηση των φαρμάκων (εντός 48 ωρών από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων). Περιορισμένα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες παρατήρησης καταδεικνύουν ότι τα φάρμακα ενδέχεται να μειώνουν τη νοσηρότητα ή ακόμη και τη θνησιμότητα σε ασθενείς που βρίσκονται σε σοβαρότερη κατάσταση, ακόμη και εάν χορηγηθούν μετά από 48 ώρες. Συχνά αναφέρονται ελαφρές παρενέργειες, κυρίως ναυτία και κάποιες φορές έμετος, από τη χορήγηση του σκευάσματος που λαμβάνεται από το στόμα (οσελταμιβίρη), και για τον λόγο αυτό η παρασκευάστρια εταιρεία συστήνει λήψη του φαρμάκου μαζί με το γεύμα.

Δοκιμές σε υγιείς ενήλικες καταδεικνύουν ότι η λοίμωξη μπορεί να προληφθεί εάν χορηγηθεί προφυλακτική αγωγή με ποσοστό αποτελεσματικότητας που κυμαίνεται από 70 % έως 90 %, υπό την προϋπόθεση ότι το φάρμακο λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες. Παρότι δεν υπάρχουν εξίσου ισχυρές ενδείξεις για τα δημοσιούγειονομικά οφέλη όσον αφορά τις ομάδες και τους χώρους υψηλού κινδύνου, φαίνεται να υπάρχει κάποια μείωση των λοιμώξεων, παραδείγματος χάρι, σε εξάρσεις της εποχικής γρίπης σε κλειστούς χώρους, όπως είναι οι οικoi ευγηρίας. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι τα εν λόγω φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν τα επίπεδα μετάδοσης του ιού και να βοηθήσουν στην πρόληψη της λοίμωξης.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι ιοί της γρίπης που παρουσιάζουν πρωτογενή αντοχή σε ένα ή περισσότερα αντιιικά φάρμακα μπορούν να εμφανίζονται με φυσικό τρόπο ως αποτέλεσμα γενετικής μετάλλαξης ή του φυσικού ανασυνδυασμού του ιού. Το φαινόμενο αυτό παρουσιάστηκε την περίοδο 2007-08 στην Ευρώπη, όταν εμφανίστηκε ένας ιός της γρίπης ανθεκτικός στην οσελταμιβίρη. Το φαινόμενο αυτό δεν συνδεόταν με τη χρήση αντιιικών και αυτό το ενδεχόμενο δεν θα πρέπει να επηρεάζει τις υφιστάμενες πολιτικές για τη χορήγηση αντιιικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια πανδημίας. Εντούτοις, το ενδεχόμενο εμφάνισης ενός νέου ιού ανθεκτικού στην αντιιική θεραπεία δημιουργεί πραγματική ανησυχία και μπορεί να απαιτεί την άμεση τροποποίηση των πολιτικών για τη χορήγηση αντιιικών φαρμάκων, ιδίως ως μέτρου προφύλαξης, σε περίπτωση εμφάνισης ενός ιού αυτού του είδους κατά τη διάρκεια πανδημίας. Αυτό δεν θα πρέπει να συγχέεται με τη δευτερογενή αντοχή στα αντιιικά, η οποία εμφανίζεται πολύ πιο συχνά κατά τη χορήγηση αντιιικών φαρμάκων. Συνήθως δε έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ενός ιού που δεν μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο και για τον λόγο αυτό δεν αποτελεί θέμα δημοσιούγειονομικού ενδιαφέροντος.

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών στρατηγικών όσον αφορά τη χορήγηση αντιιικών ανάλογα με τους συνολικούς δημοσιούγειονομικούς στόχους που θέλουν να επιτύχουν οι αρχές, τη διαθεσιμότητα των αντιιικών φαρμάκων και άλλα θέματα πρακτικού χαρακτήρα. Οι στόχοι αυτοί μπορεί να αφορούν τη θεραπεία των ασθενών που βρίσκονται σε σοβαρότερη κατάσταση, τη θεραπεία ή την προστασία ανθρώπων που διατρέχουν σοβαρότερο κίνδυνο να νοσήσουν, τη θεραπεία του συνόλου των κρουσμάτων, τη μείωση των επιπέδων μετάδοσης ή την προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και σε άλλους καίριους τομείς. Το ECDC έχει εισηγηθεί μια σειρά προτεραιοτήτων.

Κατά τη διάρκεια πανδημιών, δεδομένου του αυξημένου αριθμού και της πιθανής σοβαρότητας των λοιμώξεων, υπάρχουν ουσιαστικές πρακτικές δυσκολίες όσον αφορά την κάλυψη της ενδεχόμενης ανάγκης για αντιβιοτικά φάρμακα, τόσο για τη θεραπεία των πασχόντων όσο και για την πρόληψη των λοιμώξεων (προφύλαξη). Πολλές χώρες έχουν δημιουργήσει αποθέματα αντιβιοτικών φαρμάκων με σκοπό να χρησιμοποιηθούν ειδικά κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας. Επί του παρόντος, τα αποθέματα αντιβιοτικών φαρμάκων στις ευρωπαϊκές χώρες φαίνεται ότι μπορούν να καλύψουν από ένα μικρό ποσοστό έως και πάνω από το 50 % του πληθυσμού. Εντούτοις, ακόμη και με τα υφιστάμενα αποθέματα, είναι αναπόφευκτο ότι σε περίπτωση πανδημίας η ζήτηση για αντιβιοτικά φάρμακα θα ξεπεράσει την προσφορά. Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό να καταρτιστεί μια εξελιγμένη στρατηγική και να υπάρξει σχεδιασμός της εφοδιαστικής, ώστε να αξιοποιηθούν στο έπακρο τα υφιστάμενα αποθέματα. Μια σημαντική γενική αρχή είναι ότι η συγκέντρωση αποθεμάτων δεν κρίνεται σκόπιμη εάν δεν συνοδεύεται από προκαθορισμένους στόχους, πρωτόκολλα και συστήματα διαχείρισης και διανομής.

Συνεπώς, η κατάρτιση ενός σαφούς πλαισίου που θα αποτελεί μέρος των δραστηριοτήτων πανδημικού σχεδιασμού θα είναι κρίσιμης σημασίας για τη μεγιστοποίηση του οφέλους των αποθεμάτων αντιβιοτικών. Αυτός ο σχεδιασμός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη συνολική ποσότητα και τη διαθεσιμότητα των αντιβιοτικών, την προϋπάρχουσα επιδημιολογία (προβλεπόμενα ποσοστά προσβολής, κ.λπ.), το μέγεθος και τη διάρκεια της έξαρσης και το μέγεθος των ομάδων πληθυσμού. Η κατάρτιση μοντέλων μπορεί επίσης να παράσχει ένα σημαντικό εργαλείο παρεκβολής των αποτελεσμάτων διαφόρων αντιβιοτικών στρατηγικών σε μια πανδημία, αν και αυτό δεν αποτελεί απλή διαδικασία. Βάσει των διαθέσιμων στοιχείων, το ECDC προτείνει την ακόλουθη στρατηγική κατάρτισης προτεραιοτήτων για τη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων:

1. **Σοβαρά κρούσματα.** Πρωταρχική προτεραιότητα αποτελεί η θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από μια σοβαρότερη μορφή της γρίπης, ακόμη και μετά την παρέλευση του 48ώρου από την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων, διάστημα στο οποίο θεωρείται αποτελεσματική η χορήγηση των αντιβιοτικών. Ωστόσο, για τους συγκεκριμένους ασθενείς ακόμη σημαντικότερη είναι η εξασφάλιση επαρκών ποσοτήτων κατάλληλων αντιβιοτικών για τη θεραπεία δευτερογενών λοιμώξεων, καθώς και άλλων φαρμάκων πρώτης ανάγκης.
2. **Άνθρωποι που κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν σοβαρά.** Προτεραιότητα πρέπει να δοθεί σε όσους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν σοβαρά. Όσον αφορά την εποχική γρίπη, ο αντιγριπικός εμβολιασμός συνιστάται για τις εξής κατηγορίες: ηλικιωμένοι, πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις και εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που έρχονται σε άμεση επαφή με ασθενείς. Εντούτοις, κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας οι κατηγορίες αυτές ενδέχεται να πρέπει να τροποποιηθούν ώστε να περιλαμβάνουν τους ανθρώπους που κινδυνεύουν περισσότερο από το στέλεχος της πανδημίας. Σε περιόδους ταυτόχρονης έξαρσης τόσο του ιού της πανδημικής όσο και της εποχικής γρίπης, απαιτείται συνδυασμός των δύο ομάδων υψηλού κινδύνου που αφορούν τα δύο αυτά είδη γρίπης. Ορισμένες χώρες ίσως αναγκαστούν να εξετάσουν το ενδεχόμενο εφαρμογής μέτρων προφύλαξης όπως ο κατ' οίκον περιορισμός ανθρώπων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, αν και η συγκεκριμένη πολιτική θα είναι δύσκολο να εφαρμοστεί.
3. **Όσοι βρίσκονται στο αρχικό στάδιο μιας ασθένειας.** Μετά τα σοβαρότερα κρούσματα, τα αντιβιοτικά θα πρέπει να χορηγούνται κατά προτεραιότητα στους ανθρώπους που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο της ασθένειας (εντός 48 ωρών από την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων), διάστημα κατά το οποίο τα εν λόγω φάρμακα είναι πιο αποτελεσματικά.
4. **Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων για λόγους προφύλαξης.** Οι χώρες που διαθέτουν μεγαλύτερα αποθέματα αντιβιοτικών θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο χορήγησής τους και για λόγους προφύλαξης. Στις υποψήφιες ομάδες συγκαταλέγονται οι άμεσες επαφές των ασθενών, τα μέλη της οικογένειας και οι εργαζόμενοι σε βασικές θέσεις για λόγους επιχειρησιακής συνέχειας. Η συγκέντρωση αποθεμάτων αντιβιοτικών στο σπίτι δεν συνιστάται, δεδομένων των περιορισμένων ποσοτήτων τους, αν και αναπόφευκτα κάποιοι ενδέχεται να ζητήσουν κάτι τέτοιο από τους γιατρούς τους, όπως συνέβη στην περίπτωση της γρίπης των πτηνών.
5. **Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που έρχονται σε άμεση επαφή με ασθενείς αποτελούν ειδική περίπτωση.** Χρειάζεται να τους παρασχεθεί επαρκής προστασία μέσω ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού. Εάν ασθενήσουν, πρέπει να τους χορηγηθούν εγκαίρως αντιβιοτικά φάρμακα και να παραμείνουν στο σπίτι. Οι χώρες που διαθέτουν μεγαλύτερα αποθέματα θα πρέπει ενδεχομένως να εξετάσουν το ενδεχόμενο χορήγησης αντιβιοτικών για λόγους προφύλαξης συγκεκριμένων ομάδων των εν λόγω εργαζομένων.

Ακόμη μεγαλύτερες είναι οι προκλήσεις σε σχέση με τις οργανωτικές πτυχές της χορήγησης των αντιβιοτικών φαρμάκων. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία καταδεικνύουν ότι η αντιβιοτική θεραπεία μπορεί να αποδώσει τα περιορισμένα οφέλη της μόνο εάν χορηγηθεί αμέσως μετά την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων εντός διαστήματος 48

ωρών. Το γεγονός αυτό θα είναι κρίσιμης σημασίας κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας. Ως εκ τούτου, η αποτελεσματικότητα των αντιικών φαρμάκων για τη θεραπεία μιας λοίμωξης εξαρτάται, μεταξύ άλλων, και από τη δημιουργία των κατάλληλων πόρων ώστε να αναπτυχθούν πρωτόκολλα και συστήματα που θα εξασφαλίζουν την άμεση διανομή και χορήγησή τους.

Από το έργο που έχουν εκπονήσει το ECDC και το Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ για την Ευρώπη μαζί με τα κράτη μέλη προκύπτει ότι πριν από την εκδήλωση μιας πανδημίας χρήζουν προσεκτικής εξέτασης τα ακόλουθα επιχειρησιακά ζητήματα που αφορούν τη διανομή και τη διαχείριση των εθνικών αντιικών και άλλων στρατηγικών αποθεμάτων:

1. Κατά το αρχικό στάδιο μιας πανδημίας πρέπει να αποφασίζεται εάν η σοβαρότητα της λοίμωξης σε επίπεδο ασθενούς είναι τέτοια ώστε να απαιτείται η χορήγηση αντιικών σε όλους όσοι εμφανίζουν συμπτώματα ή έστω να επιχειρηθεί η επιβράδυνση ή ο περιορισμός της λοίμωξης.
2. Να διασφαλίζεται η διαθεσιμότητα επαρκών ποσοτήτων αντιικών για τους κλινικούς γιατρούς για τη θεραπεία των σοβαρότερων κρουσμάτων.
3. Να εξασφαλίζεται η δυνατότητα έγκαιρης χορήγησης των αντιικών παραγόντων σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, δεδομένου ότι για να είναι αποτελεσματικοί πρέπει να χορηγούνται εντός 48 ωρών από την εκδήλωση των συμπτωμάτων.
4. Να προσδιορίζονται οι κύριες ομάδες προτεραιότητας όσον αφορά τη χορήγηση αντιικών φαρμάκων, βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων (προκαθορισμένη θέση).
5. Να υπάρχει η δυνατότητα τροποποίησης των προτεραιοτήτων εάν διαφανεί ότι οι ομάδες υψηλού κινδύνου δεν συμπίπτουν με τις ομάδες κινδύνου που προβλέφθηκαν βάσει της εμπειρίας από την εποχική γρίπη.
6. Να διασφαλίζεται ότι οι περιοχές που παρουσιάζουν τα πρώτα κρούσματα δεν θα εξαντλούν τις εθνικές προμήθειες και να υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς των πόρων στις διάφορες περιοχές της χώρας.
7. Να υπάρχει συγκεκριμένη θέση σχετικά με τους πολίτες που επιθυμούν να συγκεντρώσουν οι ίδιοι αποθέματα και με τις επιχειρήσεις που επιθυμούν να προστατεύσουν το προσωπικό τους.
8. Να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση αντοχής στα αντιικά, ειδικά η εμφάνιση πρωτογενούς αντοχής, και να διασφαλίζεται η δυνατότητα τροποποίησης των εθνικών στρατηγικών θεραπείας εφόσον διαφανεί εξάντληση των προμηθειών ή εάν παρουσιαστεί αντοχή στα αντιικά (ειδικά στην περίπτωση που τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για λόγους προφύλαξης).
9. Να αποφεύγεται η περαιτέρω επιβάρυνση των ήδη βεβαρυμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη διανομή αντιικών σε ήπια κρούσματα και κρούσματα μέτριας σοβαρότητας, όταν υπάρχει επιτακτική ανάγκη αντιμετώπισης σοβαρότερων κρουσμάτων. Εκτός των άλλων, αυτό θα αποτρέψει ενδεχομένως μολυσμένα άτομα να συνωστίζονται για τη λήψη αντιικών (π.χ. σε ουρές ή σε αίθουσες αναμονής) και κατ'επέκταση λειτουργεί ανασχετικά για την περαιτέρω εξάπλωση της λοίμωξης.
10. Να διασφαλίζεται η επάρκεια και άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων πρώτης ανάγκης και ειδικά των κατάλληλων αντιβιοτικών, μεταξύ άλλων.
11. Να υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης της συμμόρφωσης, ιδίως των ήπιων κρουσμάτων και όσων λαμβάνουν αγωγή για λόγους προφύλαξης.
12. Να αναμένονται αναφορές για ήπιες, κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες της οσελταμιβίρης, κυρίως ναυτία, και να λαμβάνεται υπόψη το ενδεχόμενο αναφορών λιγότερο συχνών αλλά σοβαρότερων ανεπιθύμητων ενεργειών της εν λόγω ουσίας.
13. Να υπάρχει διαθέσιμο υλικό κατάρτισης και προσεγγίσεις που να διευκολύνουν τη χρήση της εισπνεόμενης ζαναμιβίρης, ιδίως για όσους ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη χρήση της.
14. Να προβλέπονται προσεγγίσεις για ειδικές ομάδες, όπως οι έγκυες γυναίκες και τα παιδιά μικρής ηλικίας.
15. Να προβλέπονται ισχυρές, αξιόπιστες και ελεγμένες στρατηγικές επικοινωνίας για τους επαγγελματίες και το κοινό σχετικά με όλα τα παραπάνω στοιχεία στο πλαίσιο μιας ευρύτερης στρατηγικής επικοινωνίας κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας.

Επιπροσθέτως, το ECDC προτείνει την εφαρμογή πρακτικών συστημάτων κατάλληλων να λειτουργήσουν σε επίπεδο ΕΕ:

16. Τα κράτη μέλη να υποβάλλουν εκθέσεις μέσω του συστήματος έγκαιρου συναγερμού και αντίδρασης (EWRS) σχετικά με τις οικείες προκαθορισμένες θέσεις πολιτικής και τις μετέπειτα τροποποιήσεις τους.

17. Να εφαρμόζονται συστήματα εντοπισμού αναφορών και φημολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών καθώς και ένας μηχανισμός αντίδρασης σε συνεργασία με τον EMEA και το ECDC σε περίπτωση που τελικά εκδηλωθούν ανεπιθύμητες ενέργειες.
18. Παρακολούθηση για ενδεχόμενη εμφάνιση αντοχής στα αντιβιοτικά, σε συνεργασία με το ECDC, το κοινοτικό δίκτυο εργαστηρίων αναφοράς και την ΠΟΥ.
19. Να αναμένεται το αναπόφευκτο φαινόμενο της πώλησης αντιβιοτικών και άλλων φαρμάκων απευθείας από το διαδίκτυο από μη ελεγχόμενες πηγές.

Το έργο παρουσιάζει μια σειρά προτεραιοτήτων έρευνας και ανάπτυξης, μεταξύ των οποίων και την ανάγκη να προσδιοριστεί η ωφέλεια των αντιβιοτικών όταν αυτά χορηγούνται μετά την παρέλευση του 48ώρου, ειδικά στην περίπτωση σοβαρότερων κρουσμάτων. Μια επιπρόσθετη προτεραιότητα είναι η εφαρμογή στα κράτη μέλη συστημάτων τα οποία να προσδιορίζουν σε πραγματικό χρόνο τον βαθμό αποτελεσματικότητας των αντιβιοτικών για την καταπολέμηση ενός πανδημικού ιού, καθώς και η εφαρμογή συστημάτων για τον έγκαιρο εντοπισμό πραγματικών κενών στους τομείς της θεραπείας και της προφύλαξης, τα οποία μπορούν να είναι ενδεικτικά της εμφάνισης αντοχής στα αντιβιοτικά φάρμακα.

11. Χορήγηση ειδικών πανδημικών εμβολίων γρίπης κατά την πανδημία του ιού H1N1 το 2009

(Δημοσίευση: Αύγουστος 2009)

Τον Απρίλιο του 2009, ταυτοποιήθηκε και χαρακτηρίστηκε ένα νέο στέλεχος του ιού της ανθρώπινης γρίπης Α (H1N1). Οι δείκτες προσβολής για το εν λόγω πανδημικό στέλεχος του ιού Α(H1N1) αναμένεται να είναι υψηλότεροι σε σύγκριση με τα στελέχη του ιού της εποχικής γρίπης λόγω των χαμηλότερων επιπέδων της προϋπάρχουσας ανοσίας στον πληθυσμό (με εξαίρεση τους ηλικιωμένους, πολλοί από τους οποίους φαίνεται να παρουσιάζουν πράγματι κάποια ανοσία). Ως εκ τούτου, ο πραγματικός αριθμός των κρουσμάτων γρίπης που θα εμφανιστούν στις υπηρεσίες υγείας σε μικρό χρονικό διάστημα ενδέχεται να υπερβαίνει τον αριθμό των κρουσμάτων εποχικής γρίπης.

Ο εμβολιασμός με ειδικά πανδημικά εμβόλια κατά συγκεκριμένου στελέχους του ιού τη γρίπης θεωρείται ένα από τα πιο αποτελεσματικά αντίμετρα προστασίας σε περίπτωση πανδημίας. Εντούτοις, τα ειδικά πανδημικά εμβόλια δεν θα καθίστανται άμεσα διαθέσιμα στο σύνολό τους καθώς η παράδοσή τους από τις παρασκευαστρίες εταιρείες θα γίνεται σταδιακά, ενώ δυσκολίες αναμένεται να παρουσιαστούν και στη διανομή τους. Δυσκολίες θα παρουσιαστούν και στην εξασφάλιση επαρκών ποσοτήτων εμβολίων εντός εύλογου χρονικού πλαισίου. Η χορήγηση των εμβολίων βάσει στρατηγικής, κατόπιν προσεκτικού προσδιορισμού των ομάδων προτεραιότητας του πληθυσμού, θα είναι σημαντική για τη μεγιστοποίηση του οφέλους των διαθέσιμων δόσεων του εμβολίου.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να καθοριστούν συνολικοί στόχοι του εμβολιασμού πριν αποφασιστεί σε ποιες ομάδες του πληθυσμού θα χορηγείται το εμβόλιο και με ποια προτεραιότητα. Οι προτεραιότητες αυτές ενδέχεται να διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα ή την περιφέρεια. Οι εν λόγω διαφοροποιήσεις θα αφορούν κυρίως τους πόρους, τις ποσότητες των εμβολίων, τον αριθμό των συρίγγων, κ.λπ. που διατίθενται και άλλα πρακτικά θέματα που άπτονται της διανομής και της χορήγησης των εμβολίων. Ενδέχεται δε να δημιουργήσουν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των χωρών, οι οποίες θα πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένες για την αντιμετώπισή τους.

Οι στόχοι μιας στρατηγικής πανδημικού εμβολιασμού μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο ευρείες κατηγορίες, οι οποίες σε καμιά περίπτωση δεν αποκλείουν η μία την άλλη: α) μετριάσμος, για την προστασία των ατόμων που κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν σοβαρά, και β) προστασία των βασικών υπηρεσιών.

Ο ιός της γρίπης Α(H1N1)ν είναι ένας νέος ιός σε μια εποχή που οι πανδημίες διαφέρουν τόσο μεταξύ τους όσο και σε σχέση με τη σύγχρονη εποχική γρίπη. Ως εκ τούτου, οι ομάδες υψηλού κινδύνου (όσοι κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν σοβαρά) μπορούν να διαφέρουν από τις αντίστοιχες ομάδες που αντιστοιχούν στα στελέχη του ιού της εποχικής γρίπης. Επιπλέον, εφαρμόζονται διάφορες στρατηγικές που επικεντρώνονται στην ανάγκη να διατηρηθεί η λειτουργία των βασικών υπηρεσιών μέσω της ανοσοποίησης. Ως εκ τούτου, οι ομάδες-στόχοι (ομάδες στις οποίες χορηγούνται εμβόλια ανεξαρτήτως από το εάν είναι ομάδες υψηλού κινδύνου) ενδέχεται να διαφέρουν.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία για την πανδημία της γρίπης Α(H1N1) το 2009, στις ομάδες υψηλού κινδύνου συγκαταλέγονται οι εξής πληθυσμιακές ομάδες:

- άνθρωποι κάτω των 65 ετών που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, όπως:
 - χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού
 - χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις
 - χρόνιες μεταβολικές διαταραχές (κυρίως διαβήτη)
 - χρόνιες νεφρικές και ηπατικές παθήσεις
 - άτομα με ανοσολογική ανεπάρκεια (εκ γενετής ή επίκτητη)
 - χρόνιες νευρολογικές ή νευρομυικές παθήσεις
 - οποιαδήποτε άλλη πάθηση η οποία προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα ή την αναπνευστική λειτουργία
- μικρά παιδιά (ιδίως κάτω των δύο ετών)
- έγκυες γυναίκες.

Οι ομάδες που περιλαμβάνονται στον παραπάνω κατάλογο διαφέρουν σε κάποιο βαθμό από τις ομάδες για τις οποίες πολλές χώρες συνιστούν ανοσοποίηση κατά της εποχικής γρίπης, ειδικά όσον αφορά τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Γενικά οι ηλικιωμένοι φαίνεται ότι διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο λοίμωξης –γεγονός που πιθανώς οφείλεται σε προϋπάρχουσα ανοσία– ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι εάν μολυνθούν, νοσούν πιο σοβαρά από τους νεότερους ενήλικες.

Επιπροσθέτως, σε άλλες ομάδες μπορεί να παρέχεται ανοσοποίηση ακόμη και εάν δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (ομάδες-στόχοι). Υπάρχουν επιχειρήματα που τάσσονται υπέρ του εμβολιασμού των παιδιών δεδομένου ότι παρουσιάζουν υψηλούς δείκτες προσβολής (αν και τα κρούσματα είναι ήπιας μορφής) και ενδέχεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση των τοπικών εξάρσεων. Επίσης, υπάρχουν επιχειρήματα που τάσσονται υπέρ της ανοσοποίησης όλων των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να συμβάλει τόσο στην πρόληψη της μετάδοσης του ιού από τους εργαζομένους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε ανθρώπους που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όσο και στην προστασία των εν λόγω εργαζομένων από τους ασθενείς που έχουν μολυνθεί, γεγονός που διασφαλίζει τη συνέχιση της παροχής των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η ανοσοποίηση όσων παρέχουν περίθαλψη σε ανθρώπους που μπορεί να μην καλύπτονται από την αποτελεσματικότητα της ανοσοποίησης (π.χ. ανθρώπους που υποβάλλονται σε ανοσοκατασταλτική θεραπεία) παρουσιάζει πλεονεκτήματα. Σε αυτό το στάδιο, τα βρέφη κάτω των έξι μηνών δεν μπορούν να ανοσοποιηθούν λόγω ανεπαρκών στοιχείων ανοσογονικότητας και ασφάλειας και, κατά συνέπεια, τα επιχειρήματα τάσσονται υπέρ του εμβολιασμού όσων έρχονται σε άμεση επαφή μαζί τους. Άλλες πιθανές ομάδες-στόχοι περιλαμβάνουν τους εργαζομένους σε τομείς νευραλγικούς για την αντιμετώπιση της επιδημίας.

Η παρούσα καθοδήγηση βασίζεται στο τρέχον σενάριο της πανδημίας του ιού της γρίπης Α(H1N1) το 2009. Σε αυτήν καταγράφονται και εξετάζονται συγκεκριμένοι τομείς αβεβαιότητας. Καθώς καθίστανται διαθέσιμα περισσότερα δεδομένα, στοιχεία και γνώμες, θα ακολουθήσει επικαιροποίηση τόσο του παρόντος εγγράφου, όσο και της αξιολόγησης κινδύνου του ECDC με την οποία αυτό συνδέεται.

Με βάση την εμπειρία προηγούμενων πανδημιών, κατά τη διάρκεια των οποίων η παθογονικότητα και η μεταδοτικότητα του ιού αυξανόταν με την πάροδο του χρόνου, παρουσιάζονται τρεις πιθανές εκδοχές. Περιλαμβάνονται επίσης παραρτήματα που παρουσιάζουν συνοπτικά τα στοιχεία για τον εμβολιασμό συγκεκριμένων ομάδων υψηλού κινδύνου κατά της εποχικής γρίπης και της τρέχουσας πανδημίας γρίπης, παρέχοντας εκτεταμένες εκτιμήσεις σχετικά με το μέγεθος του κινδύνου και των ομάδων-στόχων. Τέλος, το έγγραφο περιλαμβάνει λεπτομερή περιγραφή της χρησιμοποιούμενης μεθοδολογίας, προκειμένου τα κράτη μέλη να εφαρμόσουν τη μέθοδο στους πληθυσμούς τους ή να την αντιπαραβάλλουν με τις μεθόδους που εφαρμόζουν ήδη.

Εκθέσεις επιτήρησης

12. Επιτήρηση της φυματίωσης στην Ευρώπη - 2007

(Δημοσίευση: Μάρτιος 2009)

Από την 1η Ιανουαρίου 2008, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) και το Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ για την Ευρώπη συντονίζουν από κοινού την επιτήρηση της φυματίωσης στην Ευρώπη. Στόχος τους είναι να διασφαλίσουν την υψηλή ποιότητα των τυποποιημένων δεδομένων για τη φυματίωση που καλύπτουν το σύνολο των 53 χωρών στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ.

Το 2007, αναφέρθηκαν 477.327 κρούσματα φυματίωσης από τις 51¹ χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας που υπάγεται στην αρμοδιότητα της ΠΟΥ και από το Λιχτενστάιν². Τα συνολικά ποσοστά κοινοποίησης ανέρχονται σε 54 ανά 100 000 κρούσματα κατά μέσο όρο, παρουσιάζουν διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών και τα τελευταία χρόνια εμφανίζουν μια κλιμακούμενη απόκλιση μεταξύ των χωρών της δύσης και της ανατολής. Αυτό συνεπάγεται μια αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων της τάξης των 54.497 κρουσμάτων από το 2006 και μια συνολική αύξηση των ποσοστών κοινοποίησης της τάξης του 13 % (από 48/100 000 σε 54/100 000), η οποία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην καταγραφή από τη Ρωσική Ομοσπονδία κρουσμάτων τα οποία είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν αλλά δεν είχαν καταγραφεί, κατόπιν της επέκτασης της κάλυψης του οικείου συστήματος κοινοποίησης και της βελτίωσης της πρόσβασης των ασθενών στην περίθαλψη. Το ποσοστό κοινοποίησης κρουσμάτων που δεν είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία στο σύνολο της περιφέρειας μειώθηκε κατά 2,5 % (από 36,6 σε 35,7 ανά 100 000). Γενικά, τα επίπεδα θνησιμότητας της φυματίωσης τα τελευταία χρόνια αντικατοπτρίζουν τα συνολικά επίπεδα κοινοποίησης στη γεωγραφική κατανομή τους σε όλη την Περιφέρεια (διάμεση συνολική αναλογία: 0,6/100.000, εύρος κατανομής της χώρας: 0,0-22,3). Ο μέσος όρος της πρωτογενούς πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης (MDR TB) ήταν 1,5 % στις 22 χώρες που υπέβαλαν δεδομένα για την πολυανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση. Το μέσο ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας ήταν 73 %, με απώλεια του 11 % των κρουσμάτων κατά την παρακολούθηση, 8 % λόγω θανάτου και 7 % λόγω αποτυχίας της θεραπείας.

Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ) και της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (ΕΖΕΣ) (30 χώρες)

Οι 27 χώρες της ΕΕ και οι τρεις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ (Ισλανδία, Νορβηγία και Λιχτενστάιν), ανέφεραν 84.917 κρούσματα φυματίωσης το 2007. Τα ποσοστά κοινοποίησης των κρουσμάτων φυματίωσης (17/100.000 συνολικά) ήταν υψηλότερα στη Ρουμανία (118), στη Βουλγαρία (40) και στα κράτη της Βαλτικής (36-71). Από το 2003 έως το 2007, τα συνολικά ποσοστά κοινοποίησης μειώθηκαν κατά 4 % ετησίως, γεγονός που οφείλεται στη μείωση των κρουσμάτων φυματίωσης που δεν είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία. Ωστόσο, σημαντικές αυξήσεις παρατηρήθηκαν στη Μάλτα (+61 %) και στην Ισλανδία (+37 %), ενώ μικρή αύξηση παρατηρήθηκε στη Σουηδία (+5 %), στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Κύπρο (3 % και στις δύο περιπτώσεις), κυρίως σε αλλοδαπούς. Το 2007, το 21 % των κρουσμάτων (εύρος κατανομής χώρας: 0-78 %) αφορούσαν αλλοδαπούς, σχεδόν τα δύο τρίτα από τους οποίους προέρχονταν από την Ασία ή την Αφρική και το 6 % από χώρες της ανατολικής Ευρώπης που δεν είναι μέλη της ΕΕ και από χώρες της κεντρικής Ασίας. Ο επιπολασμός του ιού HIV μεταξύ των κρουσμάτων φυματίωσης σημείωσε αύξηση την περίοδο μεταξύ 2001 και 2007 στην Εσθονία και στη Λεττονία (από < 1 % σε 11 % και 4 %, αντίστοιχα), ενώ διπλασιάστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο την περίοδο 2000-2003 (από 4 % σε 8 %). Στις υπόλοιπες χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, ο επιπολασμός του ιού HIV μεταξύ των κρουσμάτων φυματίωσης ανερχόταν σε 1 % ή λιγότερο σε πέντε χώρες, 2-5 % σε επτά χώρες και 14 % στην Πορτογαλία. Η πολυανθεκτικότητα στα φάρμακα παραμένει συχνότερη στα κράτη της Βαλτικής (συνδυασμένη πολυανθεκτικότητα στα φάρμακα: 10-21 %) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες (0-4 %), όπου η συχνότητα ήταν μεγαλύτερη στα κρούσματα ξένης προέλευσης. Είκοσι μία χώρες υπέβαλαν στοιχεία για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας για επιβεβαιωμένα κρούσματα πνευμονικής φυματίωσης το 2006. Για το 80 % των κρουσμάτων που

¹ Δεν υπάρχουν στοιχεία για το Μονακό και τον Άγιο Μαρίνο.

² Το Λιχτενστάιν συμπεριλαμβάνεται στην έκθεση, αλλά παρουσιάζεται μόνο ως χώρα ΕΟΧ/ΕΖΕΣ – δεν ανήκει στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ.

συμπεριλαμβάνονται σε κοόρτες παρακολούθησης των αποτελεσμάτων θεραπείας και δεν είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία, η έκβαση ήταν επιτυχής. Οι απώλειες κατά την παρακολούθηση ήταν συχνότερες σε κρούσματα που αφορούσαν αλλοδαπούς σε σύγκριση με τους αυτόχθονες (35 % έναντι 16 %, αντίστοιχα), ενώ μικρότερο ήταν και το αντίστοιχο ποσοστό των καταγεγραμμένων θανάτων (8 % έναντι 4 %). Τα επίπεδα θνησιμότητας της φυματίωσης κυμάνθηκαν από 0,0–10,9/100.000 (29 χώρες, τελευταία διαθέσιμα δεδομένα 2001–2006).

Δύση (εκτός ΕΕ) (πέντε χώρες)

Το 2007 αναφέρθηκαν 881 κρούσματα φυματίωσης από τρεις χώρες –την Ανδόρα, το Ισραήλ και την Ελβετία– οι δείκτες των οποίων κυμαίνονταν από 5,6 έως 7,3/100.000. Οι δείκτες ήταν γενικά χαμηλοί και το μεγαλύτερο μέρος των κρουσμάτων φυματίωσης που κοινοποιήθηκαν ήταν ξένης προέλευσης. Τα στοιχεία για την επιτήρηση της αντοχής στα φάρμακα υποβλήθηκαν από την Ελβετία και το Ισραήλ, ενώ ο επιπολασμός της πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης για το σύνολο των κρουσμάτων που εξετάστηκαν ήταν 2,3 % και 6,7 % αντίστοιχα. Στοιχεία για τα αποτελέσματα της θεραπείας των κρουσμάτων που καταγράφηκαν το 2006 υποβλήθηκαν από το Ισραήλ, με το αντίστοιχο ποσοστό επιτυχίας να ανέρχεται σε 74 % για τα νέα εξακριβωμένα κρούσματα πνευμονικής φυματίωσης.

Βαλκάνια (7 χώρες)

Οι χώρες των Βαλκανίων κοινοποίησαν 26.296 κρούσματα το 2007, το 75 % των οποίων αναφέρθηκαν μόνο από την Τουρκία (930 επιπλέον κρούσματα αναφέρθηκαν από τη διοικούμενη από τα Ηνωμένα Έθνη επαρχία του Κοσσυφοπεδίου). Ο συνολικός δείκτης κοινοποίησης της φυματίωσης το 2007 ήταν 29/100 000 και εμφανίζεται υψηλότερος στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη (62) από ό,τι στην Αλβανία, στην Κροατία, στην πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, στο Μαυροβούνιο, στη Σερβία και στην Τουρκία (εύρος κατανομής: 14–28). Ο επιπολασμός του ιού HIV μεταξύ των κρουσμάτων φυματίωσης ήταν 0,00–0,4 % στις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία (Αλβανία, Βοσνία και Ερζεγοβίνη, πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, Μαυροβούνιο και Σερβία). Ο κοινός δείκτης για την πρωτοπαθή και την επίκτητη πολυανθεκτικότητα στα φάρμακα ανήλθε σε 0–0,6 % και 9,7–34,6 % αντίστοιχα στις τέσσερις χώρες οι οποίες υπέβαλαν στοιχεία (Αλβανία, Μαυροβούνιο, πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και Σερβία). Τα ποσοστά επιτυχίας μεταξύ των εξακριβωμένων κρουσμάτων πνευμονικής φυματίωσης το 2006 ήταν 80–97 % σε πέντε χώρες και χαμηλότερα σε δύο άλλες χώρες που παρέσχαν στοιχεία (35–70 %). Ο δείκτης θνησιμότητας της φυματίωσης κυμάνθηκε μεταξύ 0,25 και 21/100 000 (σε πέντε χώρες, τελευταία πλήρη δεδομένα περιόδου 2001–2006).

Ανατολή (12 χώρες της ανατολικής Ευρώπης μη κράτη μέλη της ΕΕ και χώρες της κεντρικής Ασίας)

Το 2007, αναφέρθηκαν 365.233 κρούσματα φυματίωσης στα ανατολικά, 59 % εκ των οποίων προέρχονταν από τη Ρωσική Ομοσπονδία. Τα ποσοστά κοινοποίησης της φυματίωσης το 2007 (συνολικά 131/100 .000) ήταν υψηλότερα στο Καζαχστάν (258), στη Δημοκρατία της Μολδαβίας (178), στη Ρωσική Ομοσπονδία (151), στη Γεωργία (135) και στο Κιργιστάν (125), και ακολουθούν η Αρμενία, το Αζερμπαϊτζάν, η Λευκορωσία, το Τατζικιστάν, το Τουρκμενιστάν, η Ουκρανία και το Ουζμπεκιστάν (59–119). Η μέση ετήσια αύξηση μεταξύ 2002 και 2007 ήταν ίδια με αυτήν που παρατηρήθηκε και κατά την περίοδο 1998–2002 (+6 %). Ο αριθμός νέων κρουσμάτων παρουσίασε μείωση μεταξύ 2006 και 2007 σε έξι χώρες. Τα επίπεδα επιπολασμού του ιού HIV στα κρούσματα φυματίωσης κυμάνθηκαν στο 1 % ή και χαμηλότερα σε πέντε χώρες τα τελευταία χρόνια, αλλά εμφανίζονται αυξημένα στη Ρωσική Ομοσπονδία και στην Ουκρανία (7 % και 6 %, αντίστοιχα, μεταξύ των νέων κρουσμάτων το 2007). Σε πολλές χώρες, τα εθνικά και περιφερειακά στοιχεία για την αντοχή στα φάρμακα υποδεικνύουν υψηλά επίπεδα επιπολασμού της πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα. Ο συνολικός επιπολασμός της πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης κυμάνθηκε μεταξύ 14 % και 57 %, παρότι τα στοιχεία δεν είναι εξίσου αντιπροσωπευτικά για όλες τις χώρες. Σε χώρες που έχουν παρουσιάσει αποτελέσματα για τα νέα κρούσματα πνευμονικής φυματίωσης με θετικές εξετάσεις επιχρίσματος (2006), το μέσο ποσοστό επιτυχίας ήταν 64 % (εύρος κατανομής: 58–86 %). Τα χαμηλά ποσοστά επιτυχίας, σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας (μέσος όρος: 12 %, εύρος κατανομής: 3–16 %) οφείλονται κατά κύριο λόγο στον επιπολασμό της πρωτοπαθούς πολυανθεκτικότητας στα φάρμακα και σε απώλειες κατά την παρακολούθηση (μέσος όρος: 13 %, εύρος κατανομής: 4–35 %). Τα ποσοστά θνησιμότητας της φυματίωσης κυμαίνονται από 3,0 έως 22,3/100.000 (για το σύνολο των χωρών, πλην του Τουρκμενιστάν, σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα πλήρη δεδομένα για όλα τα έτη από το 2003 έως το 2006).

Συμπεράσματα

Οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης μη κράτη μέλη της ΕΕ και οι χώρες της κεντρικής Ασίας παραμένουν βασική περιφερειακή προτεραιότητα όσον αφορά τον έλεγχο της φυματίωσης. Σε αυτές τις χώρες η κατάσταση συχνά περιπλέκεται λόγω της περιορισμένης εξειδίκευσης ή της κακής ποιότητας των πληροφοριών και της συνεχιζόμενης έλλειψης των απαραίτητων πόρων για τη λήψη των ενδεικνυόμενων μέτρων, ή λόγω της ανεπαρκούς αξιοποίησης των υφιστάμενων πόρων. Προχωρώντας προς τις χώρες της Δύσης, η εικόνα της φυματίωσης εξακολουθεί να παρουσιάζει ανομοιομορφία. Οι βιομηχανικές χώρες που στοχεύουν στην εκρίζωση της φυματίωσης αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο την αυξανόμενη συχνότητα κρουσμάτων σε συγκεκριμένους ευάλωτους πληθυσμούς. Μεταξύ των χωρών με μέτριο φορτίο της νόσου, όπως είναι τα κράτη της Βαλτικής, ο επιπολασμός της πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης παραμένει υψηλός. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει μια σειρά συστάσεων επιτήρησης για την ενίσχυση του ελέγχου της φυματίωσης, όπως:

- τυποποίηση του ορισμού του κρούσματος σε όλη την περιφέρεια καθώς και των εργαλείων διαχείρισης δεδομένων
- ένταξη της φυματίωσης σε μια ευρύτερη επιτήρηση των μεταδοτικών νόσων
- έμφαση στη χρήση ανάλυσης κοόρτης για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας
- ανάπτυξη μιας καλύτερης εικόνας της συνεπιδημίας φυματίωσης και HIV
- εκπόνηση επισταμένων εκτιμήσεων του επιπολασμού και των τάσεων που αφορούν την πολυανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση τόσο σε επίπεδο χωρών όσο και σε περιφερειακό επίπεδο.

13. Ετήσια επιδημιολογική έκθεση για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρώπη-2009

(Δημοσίευση: Οκτώβριος 2009)

Γενικό πλαίσιο

Το 2007, το ECDC πρότεινε η συχνότητα εκπόνησης της πλήρους ετήσιας επιδημιολογικής έκθεσης που καλύπτει όλους τους τομείς υπό την επιτήρηση του Κέντρου να είναι κάθε τρία έως πέντε χρόνια. Η εν λόγω θέση υποστηρίχθηκε και από το συμβουλευτικό σώμα του ECDC. Η παρούσα έκδοση αποτελεί μια εκτεταμένη σύνοψη της κατάστασης για τις μεταδοτικές ασθένειες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, παρότι περιλαμβάνει διεξοδική ανάλυση ενός μόνο τομέα, και συγκεκριμένα των ασθενειών που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό. Επιπλέον, παρέχει στοιχεία σχετικά με την επίπτωση των νόσων για το 2007 σε πίνακες και γραφήματα που συνοδεύονται από σύντομο σχολιασμό, και αξιολογεί τις απειλές για την υγεία που εμφανίστηκαν το 2008.

Μεγάλο φορτίο των μολυσματικών νόσων για τη δημόσια υγεία

Οι κύριες απειλές που συνδέονται με τις μεταδοτικές ασθένειες στην ΕΕ δεν έχουν μεταβληθεί σημαντικά σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση της παρούσας έκθεσης. Συγκεκριμένα περιλαμβάνουν:

- μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά
- τις λοιμώξεις που σχετίζονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης
- τις ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό, κυρίως τις πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις
- τις λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού, κυρίως τη γρίπη (δυναμικό πανδημίας καθώς και ετήσιες εποχικές επιδημίες) και τη φυματίωση
- τις λοιμώξεις από τον ιό HIV.

Περίληψη της επιτήρησης για τις μεταδοτικές ασθένειες-2007

Το Κεφάλαιο 3 περιλαμβάνει μια συνοπτική παρουσίαση των κρουσμάτων που αναφέρθηκαν το 2007 από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ και τις τρεις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ, και συγκεκριμένα την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία. Όπως τονίζεται σε πολλά από τα τμήματα του κεφαλαίου που επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες ασθένειες, οι συγκρίσεις που αφορούν την επίπτωση στις χώρες πρέπει να γίνονται με προσοχή. Τα συστήματα επιτήρησης διαφέρουν μεταξύ τους, ενώ το ίδιο ισχύει και για τη σχέση μεταξύ της αναφερόμενης και της πραγματικής επίπτωσης από χώρα σε χώρα για πολλές νόσους. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι προτιμότερο να δίνεται έμφαση στις συγκρίσεις που αφορούν την εξέλιξη των τάσεων σε βάθος χρόνου, καθώς αυτό αποτελεί ένα πιο σταθερό χαρακτηριστικό του συστήματος επιτήρησης.

Υπό τη σκοπιά αυτή, ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση ορισμένων βασικών πορισμάτων της επιτήρησης των μολυσματικών νόσων σε πανευρωπαϊκό επίπεδο για τις κυριότερες ομάδες νόσων ή/και παθήσεων.

Μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά και λοιμώξεις που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης

Το 2007, ο ανθεκτικός στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* συνέχισε να αποτελεί σοβαρό πρόβλημα σε όλη την Ευρώπη. Εντούτοις, σε κάποιες από τις χώρες που εμφανίζουν υψηλή ενδημικότητα, τα επίπεδα του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* φάνηκαν να σταθεροποιούνται, ενώ σε μικρό αριθμό χωρών παρατηρήθηκαν ακόμη και πτωτικές τάσεις.

Τα επίπεδα του μη ευαίσθητου στην πενικιλίνη *Streptococcus pneumoniae* εμφανίζονται ανομοιογενή στην Ευρώπη, καθώς η πλειονότητα των βόρειων ευρωπαϊκών χωρών αναφέρει χαμηλά επίπεδα, ενώ οι χώρες της νότιας Ευρώπης και της Μεσογείου αναφέρουν σχετικά υψηλά επίπεδα. Ωστόσο, οι περισσότερες χώρες εμφανίζουν σταθερή έλλειψη ευαισθησίας στην πενικιλίνη και αντοχή στην ερυθρομυκίνη.

Με την εξάπλωση του κλωνικού συμπλέγματος 17, συνέχισε να αυξάνεται ο αριθμός των νοσοκομείων στα οποία σημειώνονταν κρούσματα ανθεκτικού στη βανκομυκίνη *Enterococcus faecium*.

Η αντοχή του *Escherichia coli* στις φθοριοκινολόνες, στην αμινοπενικιλίνη, στα αμινογλυκοσιδικά και στις κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια σε όλες σχεδόν τις χώρες που υποβάλλουν στοιχεία. Πρόκειται για μια σημαντική διαπίστωση καθώς σηματοδοτεί μια αυξανόμενη τάση τόσο όσον αφορά τα πολυανθεκτικά στα φάρμακα αρνητικά κατά Gram βακτήρια, όσο και τα στελέχη που παρουσιάζουν πλήρη αντοχή.

Η πτωτική τάση που παρουσίασαν οι λοιμώξεις χειρουργικού πεδίου μετά από προσθετικές επεμβάσεις στο ισχίο επιβεβαιώθηκε το 2007, καταδεικνύοντας τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η επιτήρηση –περιλαμβανομένων των σταθμισμένων κατά τον κίνδυνο διανοσοκομειακών συγκρίσεων– στην πρόληψη και στον έλεγχο των λοιμώξεων που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό

Το 2007, τα επίπεδα κοινοποίησης της επιθετικής νόσου *Haemophilus influenzae* παρέμειναν σταθερά στην Ευρώπη, και συγκεκριμένα δεν ξεπέρασαν το ένα κρούσμα ανά 100.000. Το εμβόλιο για τη νόσο *Haemophilus influenzae* τύπου B (Hib) συνέχισε να έχει σημαντική επίδραση στην επίπτωσή της σε όλες τις χώρες στις οποίες χορηγήθηκε.

Τα συνολικά επίπεδα κοινοποίησης της επιθετικής μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου το 2007 ανέρχονταν σε ένα κρούσμα ανά 100.000, παρόμοιο με αυτό του 2006, ενώ οι οροομάδες B και C (77 % και 16 % αντίστοιχα) συνέχισαν να αποτελούν την κυριότερη αιτία της επιθετικής μορφής της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου στην Ευρώπη. Το ευρέως χρησιμοποιούμενο εμβόλιο καλύπτει μόνο την οροομάδα C.

Συγκριτικά με το προηγούμενο έτος, το 2007 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων επιθετικών πνευμονιοκοκκικών νόσων που αναφέρθηκαν στην Αυστρία και στη Σλοβενία, πιθανότατα λόγω των πρόσφατων βελτιώσεων στα οικεία συστήματα επιτήρησης. Γενικά, η σύγκριση των επιπέδων κοινοποίησης στα κράτη μέλη ήταν δύσκολη λόγω της εκτεταμένης ανομοιογένειας που χαρακτηρίζει τα συστήματα επιτήρησης των επιθετικών πνευμονιοκοκκικών νόσων στην ΕΕ. Το επταδύναμο συζευγμένο εμβόλιο πνευμονιοκόκκου από σύζευξη (PCV7) εγκρίθηκε στην ΕΕ το 2001, ωστόσο η χορήγησή του διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Το 2007, αναφέρθηκε μικρότερος αριθμός κρουσμάτων ιλαράς στην ΕΕ και στις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ σε σύγκριση με το 2006, παρότι η ιλαρά συνέχισε να αποτελεί δημοσιούγειονομική προτεραιότητα με 2.795 επιβεβαιωμένα κρούσματα, περιλαμβανομένου ενός θανατηφόρου κρούσματος και δύο κρουσμάτων εγκεφαλίτιδας. Μόνο τέσσερις χώρες κατέγραψαν μηδενικό αριθμό κρουσμάτων ιλαράς την τελευταία τριετία.

Το 2007, η παρωτίτιδα συνέχισε να συγκαταλέγεται στις ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό καταγράφοντας ένα από τα υψηλότερα επίπεδα κοινοποίησης στην Ευρώπη, εντούτοις η γενικότερη πτωτική τάση συνεχίστηκε και μάλιστα τα επίπεδα κοινοποίησης της παρωτίτιδας το 2007 ήταν τα χαμηλότερα που έχουν αναφερθεί από το 1995.

Όπως και το 2006, τα ποσοστά κοινοποίησης των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων ερυθράς που καταγράφηκαν το 2007 παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα.

Λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού

Η περίοδος γρίπης 2007–8 στην Ευρώπη χαρακτηρίστηκε από μέτρια κλινική δραστηριότητα, με την αιχμή της κυκλοφορίας του ιού της γρίπης A(H1N1) να ακολουθείται από μια κορύφωση του ιού της γρίπης B. Ελάχιστα μόνο στελέχη του ιού της γρίπης A(H3N2) απομονώθηκαν.

Αξιοσημείωτο καινούργιο φαινόμενο αποτέλεσε η εμφάνιση του πρώτου στελέχους του ιού της εποχικής γρίπης με αντοχή στο αντιικό φάρμακο οσελταμιβίρη, και συγκεκριμένα του A(H1N1-H247Y). Το εν λόγω στέλεχος ήταν πλήρως μεταδοτικό από άνθρωπο σε άνθρωπο, ωστόσο η κατανομή του παρουσίασε μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών σε ολόκληρη την περιφέρεια, καθώς σε ορισμένες χώρες υπερέβη το ήμισυ του συνόλου των απομονωθέντων στελεχών, ενώ σε άλλες το ποσοστό κατανομής ήταν ιδιαίτερα χαμηλό. Η εμφάνιση και η εξάπλωση του συγκεκριμένου ανθεκτικού ιού δεν ήταν δυνατόν να αποδοθεί στην προηγούμενη χρήση αντιικών.

Όπως και το 2006, αναφέρθηκε μια σειρά κρουσμάτων της υψηλής παθογονικότητας γρίπης των πτηνών σε πτηνά στην Ευρώπη, κυρίως σε οικόσιτα πουλερικά, ενώ δεν αναφέρθηκαν συνδεδεμένα κρούσματα λοίμωξης σε ανθρώπους. Μία περίπτωση έξαρσης της γρίπης των πτηνών A(H7N2) χαμηλής παθογονικότητας σε ζώα

παρουσιάστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο τον Μάιο του 2007, στο πλαίσιο της οποίας αναφέρθηκαν αρκετά συνδεδεμένα κρούσματα ασθενειών με συμπτώματα γρίπης ή και επιπεφυκίτιδας σε ανθρώπους.

Τα επίπεδα κοινοποίησης της νόσου των Λεγεωνάριων στην ΕΕ και στις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ το 2007 παρέμειναν σταθερά στο 1,1 ανά 100.000. Ο αριθμός των καταγεγραμμένων κρουσμάτων της νόσου των Λεγεωνάριων που συνδέονται με ταξίδια παρουσίασε αύξηση σε σύγκριση με το 2006, η οποία πιθανόν να οφείλεται στη βελτίωση των συστημάτων επιτήρησης και αναφοράς. Αντίθετα, ο αριθμός των κατά συρροή κρουσμάτων εμφάνισε μείωση, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στον αντίκτυπο των κατευθυντήριων οδηγιών της ευρωπαϊκής ομάδας εργασίας για τις λοιμώξεις της νόσου των Λεγεωνάριων (EWGLINET) σχετικά με τον έλεγχο της νόσου.

Όσον αφορά τη φυματίωση, τα επίπεδα κοινοποίησης παρουσιάζουν σταθερή μείωση σε 25 χώρες από το 2003. Το 20 % του συνόλου των κρουσμάτων αφορούσε αλλοδαπούς, οι οποίοι, όπως και το 2006, ήταν κυρίως ασιατικής ή αφρικανικής προέλευσης. Η πολυανθεκτικότητα στα φάρμακα συνέχισε να κυμαίνεται σε υψηλότερα επίπεδα στα κράτη της Βαλτικής σε σύγκριση με τις άλλες χώρες, ενώ γενικά τείνει να εμφανίζεται συχνότερα σε αλλοδαπούς. Τα στοιχεία συνεχίζουν να ανακλούν την ανομοιογένεια που χαρακτηρίζει την κατάσταση της φυματίωσης, καθώς υπάρχουν χώρες με χαμηλή επίπτωση της ασθένειας στις οποίες αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των διαγνωσμένων κρουσμάτων σε αλλοδαπούς, χώρες με μέτρια έως υψηλά ποσοστά κοινοποίησης όπου η πολυανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση εξακολουθεί να μην είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, και χώρες με σχετικά υψηλά επίπεδα κοινοποίησης και εξίσου υψηλό ποσοστό κρουσμάτων πολυανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης. Συνολικά, το 2007, οι χώρες της ΕΕ, του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ ανέφεραν 41.205 επιβεβαιωμένα κρούσματα φυματίωσης (8,2 κρούσματα ανά 100.000).

HIV, σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, ηπατίτιδα Β και C και HIV

Το 2007, οι λοιμώξεις από τον ιό HIV συνέχισαν να αποτελούν θέμα μεγάλης δημοσιοϋγειονομικής σημασίας στην Ευρώπη, χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις μείωσης του αριθμού των νέων διαγνωσμένων κρουσμάτων. Εντούτοις, ο αριθμός των διαγνωσμένων κρουσμάτων AIDS συνέχισε να μειώνεται, με εξαίρεση κάποιες χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης. Ο κυρίαρχος τρόπος μετάδοσης διαφέρει ανά χώρα και γεωγραφική περιφέρεια, γεγονός που είναι ενδεικτικό της μεγάλης ετερογένειας της επιδημιολογίας του ιού HIV στην Ευρώπη.

Το 2007, οι λοιμώξεις από Chlamydia trachomatis συνέχισαν να αποτελούν την πιο συχνά καταγεγραμμένη ΣΜΛ (και τη συνηθέστερα αναφερόμενη ασθένεια συνολικά στην Ευρώπη). Πάνω από 250.000 επιβεβαιωμένα κρούσματα της ασθένειας καταγράφηκαν στις 22 χώρες της ΕΕ, του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ, αριθμός που αντιστοιχεί συνολικά σε αναλογία 122,6 ανά πληθυσμό 100.000. Η πλειονότητα των κρουσμάτων αφορά κυρίως νέους ηλικίας από 15 έως 24 ετών. Η πραγματική επίπτωση των λοιμώξεων του Chlamydia trachomatis ενδέχεται να είναι υψηλότερη και τα επίπεδα κοινοποίησης είναι πιθανό ότι αντανακλούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις πρακτικές προληπτικού ελέγχου και τον όγκο των εξετάσεων και σε μικρότερο βαθμό την πραγματική επίπτωση.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η Σουηδία ανέφερε αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων της τάξης του 45 % από το 2006, πιθανότατα λόγω των νέων μεθόδων εξέτασης για την ανίχνευση της νέας παραλλαγής του Chlamydia trachomatis, η οποία αναφέρθηκε για πρώτη φορά στη Σουηδία τον Νοέμβριο του 2006. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε επίπεδο ΕΕ αποκάλυψε ότι η εξάπλωση αυτής της παραλλαγής περιοριζόταν στη Σουηδία ή στους σεξουαλικούς συντρόφους Σουηδών σε άλλες χώρες.

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν συστήματα επιτήρησης για την ηπατίτιδα Β και C, αλλά οι διαφορές που παρουσιάζουν, ειδικά όσον αφορά τη διάρθρωση των συστημάτων, τις πρακτικές αναφοράς, τις μεθόδους συλλογής δεδομένων και τους ορισμούς των κρουσμάτων που χρησιμοποιούν, καθιστούν δύσκολη τη σύγκριση των δεδομένων επιτήρησης μεταξύ των διαφόρων χωρών.

Τροφιμογενείς και υδατογενείς νόσοι και ζωνόσοι

Η καμπυλοβακτηρίωση εξακολουθεί να αποτελεί την πιο συχνά αναφερόμενη γαστρεντερική ασθένεια στην ΕΕ και στις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ, ενώ το 2007 τα επίπεδα κοινοποίησης αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 15 % σε σύγκριση με το 2006. Η εκτεταμένη μεταβλητότητα, σε συνδυασμό με τις σημαντικές ελλείψεις που παρουσιάζουν κάποιες χώρες στον τομέα της αναφοράς, καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη τη σύγκριση των συστημάτων αναφοράς των διαφόρων χωρών.

Το 2007, τα επίπεδα κοινοποίησης της σαλμονέλλωσης παρέμειναν υψηλά στην ΕΕ και στις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ, παρότι συνεχίστηκε η πτωτική τάση που παρατηρείται από το 2004 και μετά.

Από τις 29 χώρες της ΕΕ, του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ αναφέρθηκαν συνολικά το 2007 13.952 επιβεβαιωμένα κρούσματα ηπατίτιδας Α, ενώ η επιδημιολογική εικόνα της ηπατίτιδας Α παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις στο σύνολο της περιφέρειας. Τον Νοέμβριο του 2007 σημειώθηκε έξαρση της ηπατίτιδας Α στη Λεττονία.

Ασθένειες που οφείλονται στις περιβαλλοντικές συνθήκες και ασθένειες που μεταδίδονται μέσω φορέων

Τον Αύγουστο του 2007 αναφέρθηκε από την Ιταλία έξαρση του πυρετού Chikungunya με 217 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα. Η μετάδοση του ιού Chikungunya σε τοπικό επίπεδο οφείλεται στην εισαγωγή του ιού από μεμονωμένο ταξιδιώτη που επέστρεψε από την Ινδία και καταδεικνύει ότι το κουνούπι *Aedes albopictus* αποτελεί πράγματι ξενιστή ικανό να μεταδώσει τον ιό στην ΕΕ.

Το 2007, 22 χώρες της ΕΕ, του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ ανέφεραν συνολικά 637 επιβεβαιωμένα κρούσματα λοίμωξης από τον πυρετό Q, αριθμός που δεν διαφέρει πολύ από τον αντίστοιχο αριθμό κρουσμάτων του 2006 (583). Εξάρσεις του πυρετού Q αναφέρθηκαν στις Κάτω Χώρες και στη Σλοβενία, όπου παρουσιάστηκαν 168 και 86 κρούσματα αντίστοιχα.

Επτά κράτη μέλη ανέφεραν συνολικά 40 επιβεβαιωμένα κρούσματα ιογενούς αιμορραγικού πυρετού, κυρίως λοιμώξεις από τον ιό Hanta.

Περίληψη των απειλών – 2007

Από την έναρξη των δραστηριοτήτων συγκέντρωσης πληροφοριών επιδημιολογικού χαρακτήρα τον Ιούλιο του 2005, το ECDC παρακολούθησε 696 απειλές έως τα τέλη του 2008. Το 2008, το ECDC παρακολούθησε 250 απειλές, οι 227 (91 %) από τις οποίες παρουσιάστηκαν το 2008, 14 (6 %) μεταφέρθηκαν από το 2007 και εννέα (4 %) αφορούν επανεμφανιζόμενες απειλές. Οι επανεμφανιζόμενες απειλές αφορούσαν τη γρίπη των πτηνών τόσο παγκοσμίως όσο και στην ευρωπαϊκή περιφέρεια, την παγκόσμια κατάσταση του πυρετού Chikungunya, της πολιομυελίτιδας, του δάγκειου πυρετού, της χολέρας και της ιλαράς, καθώς και μιας νέας παραλλαγής της νόσου Creutzfeldt-Jakob και της υπερανθεκτικής φυματίωσης.

Αναλυτικότερα, μεταξύ των παρακολουθούμενων απειλών περιλαμβάνονταν:

- ανθεκτικοί στην οσελταμιβίρη ιοί της γρίπης Α(H1N1) σε 21 κράτη μέλη, τα επίπεδα των οποίων κυμαίνονται από λιγότερο του 1 % στην Ιταλία έως και 68 % στη Νορβηγία
- πέντε εξάρσεις ηπατίτιδας Α διεθνούς ενδιαφέροντος που αποτέλεσαν αντικείμενο παρακολούθησης το 2008, αριθμός αισθητά αυξημένος σε σύγκριση με προηγούμενα έτη
- μια έξαρση του *Shigella sonnei* σε περισσότερους από 140 υπαλλήλους που εκτέθηκαν στον ιό στο κυλικείο του γραφείου τους στη Σουηδία
- το 2008 καταγράφηκαν επίσης 85 περιπτώσεις συρροής κρουσμάτων της νόσου των Λεγεωνάριων
- το 2008 καταγράφηκαν στην ΕΕ, στον ΕΟΧ και στην ΕΖΕΣ έντεκα εξάρσεις ιλαράς, που οδήγησαν σε δευτερογενή κρούσματα σε άλλα κράτη μέλη παρά τη μείωση της επίπτωσης της ιλαράς στην Ευρώπη από το 2006 και μετά. Αυτό υποδεικνύει αύξηση των καταγεγραμμένων εξάρσεων σε σύγκριση με το 2007 (επτά) και το 2006 (δύο)
- το 2008 αξιολογήθηκαν έντεκα απειλές που συνδέονται με τη φυματίωση. Τα συμβάντα συνδέονταν στο σύνολό τους με την κυκλοφορία ασθενών που έπασχαν από φυματίωση: επτά αφορούσαν ταξίδια με αεροπλάνο και τρία συνδέονταν με ακτοπλοϊκά ταξίδια
- ένα θανατηφόρο κρούσμα λοίμωξης από τον ιό Μάρμπουργκ σε τουρίστα που επέστρεψε από την Ουγκάντα στις Κάτω Χώρες τον Ιούλιο του 2008
- τον Ιούλιο του 2008 επιβεβαιώθηκε το πρώτο κρούσμα αιμορραγικού πυρετού Κριμαίας-Κονγκό στη βόρεια Ελλάδα.

Συμπεράσματα

Από τη σύνοψη των κυριότερων αριθμητικών στοιχείων και των τάσεων προκύπτει ότι οι προτεραιότητες για την πρόληψη και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών στην ΕΕ, στον ΕΟΧ και στην ΕΖΕΣ δεν έχουν αλλάξει σημαντικά από την προηγούμενη έκδοση της ετήσιας επιδημιολογικής έκθεσης, ωστόσο κάποια σημεία απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή.

Τα δεδομένα του 2007 καταδεικνύουν ότι η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά συνιστά όλο και πιο σημαντικό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη. Τα διεθνή ταξίδια και το εμπόριο διευκολύνουν την εξάπλωση της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά. Ως εκ τούτου απαιτείται διεθνής συνεργασία –καθώς και συντονισμένες προσπάθειες σε εθνικό επίπεδο– προκειμένου να περιοριστεί και να προληφθεί η εμφάνισή της.

Στον τομέα των λοιμώξεων που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης χρειάζεται να μελετηθεί ο επιπολασμός μια δεδομένη χρονική στιγμή στο σύνολο της ΕΕ ούτως ώστε να αξιολογηθεί το φορτίο για όλους τους τύπους λοιμώξεων στους χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη. Η επεξεργασία ενός ευρωπαϊκού τυποποιημένου πρωτοκόλλου για τη συγκεκριμένη μελέτη του επιπολασμού έχει ενταχθεί πλέον στο πρόγραμμα εργασίας του ECDC, καθιστώντας εφικτή την προσαρμογή των διαφόρων εθνικών πρωτοκόλλων επιπολασμού των λοιμώξεων που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να καταστούν εφικτές οι συγκρίσεις σε διεθνές επίπεδο.

Στον τομέα των ασθενειών που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό, ανησυχία συνεχίζει να προκαλεί το ενδεχόμενο οι ορότυποι που καλύπτονται από το συζευγμένο εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου να αντικατασταθούν, μετά την εισαγωγή του εμβολίου, από ορότυπους οι οποίοι δεν καλύπτονται από το εμβόλιο, όπως έχει παρατηρηθεί ήδη στις Ηνωμένες Πολιτείες. Για αυτόν τον σκοπό, ενδεχομένως απαιτείται περαιτέρω ενίσχυση τόσο της επιτήρησης στην ΕΕ γενικότερα, όσο και της εργαστηριακής επιτήρησης ειδικότερα.

Όπως αναμενόταν, στο 90 % σχεδόν των κρουσμάτων ιλαράς που αναφέρθηκαν στην ΕΕ, στον ΕΟΧ και στην ΕΖΕΣ δεν είχε προηγηθεί εμβολιασμός, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ιλαρά συνεχίζει να αποτελεί πρόβλημα για τις ομάδες του πληθυσμού με χαμηλή κάλυψη εμβολιασμού. Επιπλέον, όλα τα θανατηφόρα κρούσματα ή τα κρούσματα που παρουσίασαν επιπλοκές αφορούσαν μη εμβολιασμένους ασθενείς. Ως εκ τούτου, η αύξηση των επιπέδων κάλυψης στην Ευρώπη συνεχίζει να αποτελεί προτεραιότητα για τον τομέα της δημόσιας υγείας, μολονότι η εξάλειψη της ασθένειας μπορεί να μην επιτευχθεί το 2010.

Σε κάποιες περιπτώσεις κρούσματα λοίμωξης από τον ιό της παρωτίτιδας παρουσιάζονται σε άτομα που έχουν λάβει δύο δόσεις του εμβολίου MMR, γεγονός που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Τα κράτη μέλη έχουν εντείνει τις προσπάθειές τους όσον αφορά την επιβεβαίωση όλων των κοινοποιηθέντων κρουσμάτων ερυθράς, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Η βελτίωση της ευαισθησίας και του εξειδικευμένου χαρακτήρα της επιτήρησης της ερυθράς είναι ζωτικής σημασίας δεδομένου του στόχου της ΠΟΥ για την εκρίζωση της ασθένειας μέχρι το 2010.

Το ασυνήθες χαρακτηριστικό της περιόδου γρίπης 2007–08 ήταν η εμφάνιση του ανθεκτικού στην οσελταμιβίρη ιού της γρίπης Α(H1N1). Αυτή ήταν η πρώτη φορά που ένας ιός της εποχικής γρίπης του ανθρώπου παρουσίασε αντοχή σε έναν αναστολέα νευραμινιδάσης και ο οποίος ήταν πλήρως μεταδοτικός από άνθρωπο σε άνθρωπο. Στο πλαίσιο της επιτήρησης της αντοχής των ιών της εποχικής γρίπης στα αντιικά θα πρέπει να συνεχίσει να παρακολουθείται το ενδεχόμενο επανεμφάνισης ανθεκτικών στελεχών.

Στον τομέα του ελέγχου της φυματίωσης –εντός των ανομοιογενών επιδημιολογικών πλαισίων στην ΕΕ και στις χώρες του ΕΟΧ και της ΕΖΕΣ– ο αριθμός των χωρών με υψηλή ή μέση επίπτωση φυματίωσης παρέμεινε ίδιος και, παρά την πρόοδο που σημειώθηκε όσον αφορά τον περιορισμό της επιδημίας, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί τόσο στο θέμα του ελέγχου, όσο και της βελτιστοποίησης της επιτήρησης. Σε ορισμένες χώρες με χαμηλή επίπτωση, τα στοιχεία κατέδειξαν τη συνεχιζόμενη μείωση των εγχώριων κρουσμάτων και μια σαφή μετατόπιση της επιδημίας προς περισσότερο ευάλωτους πληθυσμούς, όπως οι πληθυσμοί μεταναστών. Η αναφορά της συννοσηρότητας φυματίωσης και HIV παρέμεινε ελλιπής, ενώ τόσο η κάλυψη της δοκιμής ευαισθησίας σε φάρμακα όσο και η αναφορά και η ανάλυση της αντοχής στα φάρμακα δεύτερης γενιάς πρέπει να επεκταθούν περαιτέρω.

Η ανάπτυξη και η εφαρμογή της ενισχυμένης επιτήρησης της ηπατίτιδας Β και C συγκαταλέγονται στις προτεραιότητες του ECDC. Η βελτίωση των στοιχείων επιτήρησης είναι ουσιώδης για την εξασφάλιση των απαραίτητων πληροφοριών για την παρακολούθηση των τάσεων, την κατανόηση των διαφορών στην επιδημιολογία και την αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης στην ΕΕ. Εντούτοις, ο χρόνιος χαρακτήρας και

των δύο αυτών ασθενειών καθιστά δύσκολη τη διάκριση μεταξύ επίπτωσης και επιπολασμού– όπως ακριβώς συμβαίνει και για τις λοιμώξεις από τον ιό HIV– γεγονός που αποτελεί δυσεπίλυτο πρόβλημα.

Τέλος, στον τομέα των τροφιμογενών και υδατογενών νόσων, στο μέλλον οι αναφορές θα επιχειρούν να καθιστούν ευδιάκριτο τον διαχωρισμό των στοιχείων που αφορούν τις οροομάδες O157 και μη O157 του *Escherichia coli* που παράγει βεροτοξίνη/τοξίνη shiga, καθώς αποτελούν διαφορετικής σημασίας προτεραιότητες στα συστήματα των διαφόρων χωρών και, ως εκ τούτου, εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα κάλυψης –με σαφώς καλύτερη κάλυψη να παρέχεται για την οροομάδα O157 σε σύγκριση με τις άλλες οροομάδες.

Πίνακας Α. Επισκόπηση της γενικής τάσης, των επιπέδων κοινοποίησης στην ΕΕ και των κυριότερων ηλικιακών ομάδων που προσβλήθηκαν από τις μεταδοτικές ασθένειες που αναφέρθηκαν στην ΕΕ, στον ΕΟΧ και στην ΕΖΕΣ το 2007. Αριθμός χωρών που ανέφεραν κρούσματα (n=30)

Ασθένεια	Γενική 10ετής τάση	Επίπεδο κοινοποίησης στην ΕΕ ανά 100 000 (2007)	Βασικές ηλικιακές ομάδες που προσβλήθηκαν (2007)
Λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού			
Γρίπη	↔	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Ελλιπή δεδομένα
Γρίπη των πτηνών	↑	0	Δεν αναφέρθηκαν κρούσματα
Νόσος των Λεγεωνάριων (λεγιονέλλωση)	↑	1,1	65+
Φυματίωση	↓	8,2	25–44
HIV, σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και ιογενείς λοιμώξεις που μεταδίδονται με το αίμα			
Χλαμύδια	↑	122,6	15–24
Γονόρροια	↔	9,5	15–24
Ηπατίτιδα Β	↓	1,5	25–44
Ηπατίτιδα C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Σύφιλη	↑	4,4	25–44
Τροφιμογενείς και υδατογενείς νόσοι και ζωνόσοι			
Άνθρακας	↔	<0,01	Ελλιπή δεδομένα
Αλλαντίαση	↔	<0,1	25–44
Βρουκέλλωση	↓	0,1	25–64
Καμπυλοβακτηρίωση	↑	46,7	0–4
Χολέρα	↓	<0,01	25–44
Κρυπτοσποριδίαση	↓	2,4	0–4
Εχινοκοκκίαση	↓	0,2	45–64
<i>Escherichia coli</i> που παράγει βεροτοξίνη (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Γιαρδίαση	Ελλιπή δεδομένα	61,7	0–4
Ηπατίτιδα Α	↓	2,8	5–14
Λεπτοσπείρωση	↔	0,2	45–64, 25–44
Λιστερίωση	↑	0,4	65+
Σαλμονέλλωση	↓	34,3	0–4
Σιγκέλλωση	↓	2,1	0–4
Τοξοπλάσμωση	↓	0,8	5–14
Τριχινίαση	↔	0,2	25–44
Τουλαραιμία	↔	0,3	45–64
Τυφοειδής/παρτυφοειδής πυρετός	↓	0,2	0–4

Ασθένεια	Γενική 10ετής τάση	Επίπεδο κοινοποίησης στην ΕΕ ανά 100 000 (2007)	Βασικές ηλικιακές ομάδες που προσβλήθηκαν (2007)
Παραλλαγή της νόσου Creutzfeldt-Jakob	Ελλιπή δεδομένα	<0,01	15–24
Γερσινίωση	↑	2,9	0–14
Αναδυόμενες ασθένειες και ασθένειες που μεταδίδονται μέσω φορέων			
Ελονοσία	↔	1	25–44
Πανώλη	Ελλιπή δεδομένα	0	Δεν αναφέρθηκαν κρούσματα
Πυρετός Q	↓	0,2	15–24, 45–64
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	Ελλιπή δεδομένα	0	Δεν αναφέρθηκαν κρούσματα
Ευλογιά	Ελλιπή δεδομένα	0	Δεν αναφέρθηκαν κρούσματα
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	Ελλιπή δεδομένα	Ελλιπή δεδομένα	Ελλιπή δεδομένα
Πυρετός Chikungunya	Ελλιπή δεδομένα	<0,01	Ελλιπή δεδομένα
Πυρετός του Δυτικού Νείλου	Ελλιπή δεδομένα	<0,01	> 15
Κίτρινος πυρετός	Ελλιπή δεδομένα	0	Δεν αναφέρθηκαν κρούσματα
Ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό			
Διφθερίτιδα	↓	<0,01	45–64, 5–14
Επιθετική λοίμωξη από το <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Επιθετική μηνιγγιτιδοκοκκική ασθένεια	↓	1,0	0–4
Επιθετική πνευμονοκοκκική λοίμωξη	↔	6,3	65+, 0–4
Ιλαρά	↓	0,6	0–4
Παρωτίτιδα	↓	4,3	5–14
Κοκκύτης	↓	4,4	5–14
Πολυομυελίτιδα	Ελλιπή δεδομένα	0	Δεν αναφέρθηκαν κρούσματα
Λύσσα	Ελλιπή δεδομένα	<0,01	Ελλιπή δεδομένα
Ερυθρά	↓	1,2	0–4
Τέτανος	↓	<0,1	65+
Μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά και λοιμώξεις που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης			
Μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά	↑	Άνευ αντικειμένου	Δεν υπάρχουν δεδομένα
Νοσοκομειακές λοιμώξεις	↑	Άνευ αντικειμένου	Δεν υπάρχουν δεδομένα

14. Επιτήρηση του ιού HIV/AIDS στην Ευρώπη -2008

(Δημοσίευση: Δεκέμβριος 2009)

Βασικά σημεία

Η λοίμωξη από τον ιό HIV παραμένει μείζον δημοσιούγειονομικό ζήτημα στην Ευρώπη καθώς, σύμφωνα με τις ενδείξεις, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων. Γενικά, παρά την ελλιπή αναφορά κρουσμάτων, ο αριθμός των νέων διαγνωσμένων κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό HIV που αναφέρθηκαν το 2008 έχει αυξηθεί, ενώ ο αριθμός των διαγνωσμένων κρουσμάτων AIDS συνέχισε να μειώνεται στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ, με εξαίρεση τις χώρες της ανατολικής Ευρώπης, όπου ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS σημείωσε αύξηση.

- Το 2008, 51.600 κρούσματα HIV διαγνώστηκαν και αναφέρθηκαν σε 48 από τις 53 χώρες στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ και στο Λιχτενστάιν (δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για την Αυστρία, τη Δανία, το Λιχτενστάιν, το Μονακό, τη Ρωσία και την Τουρκία). Τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από την Εσθονία, τη Λεττονία, το Καζαχστάν, τη Μολδαβία, την Πορτογαλία, την Ουκρανία και το Ηνωμένο Βασίλειο.
- 7.565 κρούσματα AIDS αναφέρθηκαν από 47 χώρες (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τη Δανία, τη Σουηδία, το Καζαχστάν, το Λιχτενστάιν, το Μονακό, τη Ρωσία και την Τουρκία).
- Το 2008, 25.656 νέα διαγνωσμένα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό HIV αναφέρθηκαν από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΕ/ΕΖΕΣ) (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Αυστρία, τη Δανία και το Λιχτενστάιν). Στην ΕΕ και στον ΕΟΧ, τα περισσότερα κρούσματα αναφέρθηκαν από την Εσθονία, τη Λεττονία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.
- Στην ΕΕ και στον ΕΟΧ, ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης από τον ιό HIV είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, ακολουθούμενη από την ετεροφυλική επαφή. Περίπου το 40 % των κρουσμάτων που αναφέρθηκε ότι προέκυψαν μέσω ετεροφυλικής επαφής διαγνώστηκε σε άτομα από χώρες με γενικευμένη επιδημία του ιού HIV/AIDS.
- Στις τρεις γεωγραφικές/επιδημιολογικές περιοχές, ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης διαφέρει ανάλογα με την περιοχή, καταδεικνύοντας την εκτεταμένη ποικιλομορφία της επιδημιολογίας του ιού HIV στην Ευρώπη. Στα ανατολικά, η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών παραμένει ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού, ενώ στα κεντρικά ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης από τον ιό HIV φαίνεται να είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, ακολουθούμενη από την ετεροφυλική επαφή. Στα δυτικά, ο βασικός τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, ακολουθούμενη από την ετεροφυλική επαφή, εξαιρουμένων των κρουσμάτων σε άτομα από χώρες με γενικευμένη επιδημία.
- Από το 2000, η αναλογία των νέων διαγνωσμένων κρουσμάτων του ιού HIV που αναφέρθηκαν ανά εκατομμύριο πληθυσμού υπερδιπλασιάστηκε από τα 44 ανά εκατομμύριο, το 2000, στα 89 ανά εκατομμύριο το 2008, με βάση τα στοιχεία από τις 43 χώρες που αναφέρουν με συνέπεια δεδομένα επιτήρησης για τον ιό HIV.
- Από τις 46 χώρες που αναφέρουν με συνέπεια δεδομένα για το AIDS για την περίοδο 2000-08, ο αριθμός των διαγνωσμένων κρουσμάτων AIDS που αναφέρθηκαν μειώθηκε από τα 12.072 κρούσματα (19/εκατομμύριο) σε 7.564 κρούσματα (12/εκατομμύριο).
- Τα δεδομένα που παρουσιάζονται εν προκειμένω υπόκεινται σε περιορισμούς, λόγω της πλημμελούς αναφοράς και των ελλείπων στοιχείων από κάποιες χώρες, καθώς και λόγω των καθυστερήσεων στην αναφορά των δεδομένων. Το γεγονός αυτό περιορίζει τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν αναφορικά με τις διαστάσεις και το εύρος της επιδημίας του ιού HIV και του AIDS στην Ευρώπη. Σε περίπτωση που τα δεδομένα τροποποιούνταν ώστε να λαμβάνουν υπόψη τους εν λόγω περιορισμούς, ο συνολικός αριθμός των λοιμώξεων από τον ιό HIV για το 2008 πιθανότατα θα διπλασιαζόταν. Επιπροσθέτως, ο αριθμός των κρουσμάτων που αναφέρθηκαν για το 2008 αναμένεται να επικαιροποιηθεί κατά τα προσεχή έτη, καθώς πολλές χώρες έχουν καθυστερήσει να υποβάλουν δεδομένα αναφοράς.

Συστάσεις σχετικά με την επιτήρηση του ιού HIV/AIDS

Τα στοιχεία που προκύπτουν από την επιτήρηση του ιού HIV/AIDS είναι ζωτικής σημασίας για την παρακολούθηση των τάσεων της επιδημίας του HIV και για την αξιολόγηση της αντίδρασης του τομέα της δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου, όλες οι χώρες της Ευρώπης πρέπει:

- να εφαρμόσουν για τα κρούσματα του ιού HIV και του AIDS εθνικά συστήματα αναφοράς βάσει των περιστατικών και να διασφαλίσουν την πληρότητα και το έγκαιρο του χαρακτήρα τους, και
- να βελτιώσουν την ποιότητα των δεδομένων που αναφέρουν, ειδικά όσον αφορά τις πιθανές οδούς μετάδοσης.

Συστάσεις σχετικά με τη δημόσια υγεία

Οι παρεμβάσεις με σκοπό τον έλεγχο της επιδημίας πρέπει να βασίζονται σε ενδείξεις και να προσαρμόζονται στα δεδομένα της εκάστοτε χώρας και γεωγραφικής περιοχής. Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα επιτήρησης, κρίνεται σκόπιμη η εισήγηση των εξής:

- Για τις χώρες στα ανατολικά: ακρογωνιαίο λίθο των στρατηγικών πρόληψης του ιού HIV πρέπει να αποτελέσουν οι παρεμβάσεις για τον έλεγχο του HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών, περιλαμβανομένων προγραμμάτων περιορισμού της βλάβης. Πρέπει επίσης να ενισχυθούν τα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης μέσω ετεροφυλικής επαφής, τα οποία πρέπει να στοχεύουν κυρίως στα άτομα με συντρόφους υψηλού κινδύνου.
- Για τις χώρες στα κεντρικά: η πρόληψη πρέπει να προσαρμοστεί στις συνθήκες που επικρατούν στην εκάστοτε χώρα προκειμένου να περιοριστεί η επιδημία στα τρέχοντα χαμηλά επίπεδα. Εντούτοις, δεδομένου ότι τα ποσοστά της επιδημίας αυξάνονται μεταξύ ανδρών με ομοφυλοφιλικές επαφές, πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προτεραιότητα στις παρεμβάσεις ελέγχου του ιού HIV στην εν λόγω ομάδα.
- Για τις χώρες στα δυτικά: ακρογωνιαίο λίθο των στρατηγικών πρόληψης του ιού HIV πρέπει να αποτελέσουν οι παρεμβάσεις για τον έλεγχο του HIV μεταξύ ανδρών με ομοφυλοφιλικές επαφές, περιλαμβανομένων καινοτόμων προγραμμάτων για τη συγκεκριμένη ομάδα. Οι παρεμβάσεις για πρόληψη, θεραπεία και περίθαλψη πρέπει να προσαρμοστούν ώστε να απευθύνονται και στους πληθυσμούς μεταναστών.
- Συνολικά, πρέπει να προωθηθούν οι εξετάσεις για διάγνωση του ιού HIV προκειμένου να διασφαλιστεί η έγκαιρη πρόσβαση σε θεραπεία και να δοθούν συμβουλές με σκοπό να αποτραπεί ή να περιοριστεί η περαιτέρω μετάδοση, καθώς και προκειμένου να βελτιωθούν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των θεραπειών για τα άτομα που έχουν προσβληθεί. Επίσης, πρέπει να διασφαλιστεί η ίση πρόσβαση στη θεραπεία και στην περίθαλψη για τον HIV για όλες τις ομάδες του πληθυσμού που τη χρειάζονται προκειμένου οι χώρες να επιτύχουν τον γενικότερο στόχο της καθολικής πρόσβασης στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην περίθαλψη.

Παράρτημα: Δημοσιεύσεις του ECDC το 2009

Ο παρών κατάλογος περιλαμβάνει τις επίσημες δημοσιεύσεις του ECDC το 2009. Όλες οι δημοσιεύσεις διατίθενται στον δικτυακό τόπο του ECDC (<http://ECDC.europa.eu>) και πολλές διατίθενται επίσης σε έντυπη μορφή. Μέρους των δημοσιεύσεων αυτών επικαιροποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του έτους ή επανεκδόθηκαν –οι μήνες που αναφέρονται κατωτέρω αφορούν την τελευταία έκδοση.

Κατά τη διάρκεια του έτους, το προσωπικό του ECDC δημοσίευσε ή συνεργάστηκε για τη συγγραφή πολλών επιστημονικών άρθρων και άλλων δημοσιεύσεων, συμπεριλαμβανομένου του *Eurosurveillance*, που δεν αναφέρονται εδώ. Το ECDC εξέδωσε επίσης μεγάλο αριθμό συνοπτικών υλικών επικοινωνίας σχετικά με την πανδημία της γρίπης, όπως αξιολογήσεις κινδύνου και παραδοχές σχεδιασμού. Το υλικό αυτό είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο, ωστόσο δεν αναφέρεται εδώ.

Τεχνικές εκθέσεις

Μάιος

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Ιούνιος

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

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

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Ιούλιος

Migrant health series: Background note

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

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

Σεπτέμβριος

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

Νοέμβριος

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

Καθοδήγηση ECDC

Μάιος

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

Ιούνιος

Chlamydia control in Europe

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

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

Αύγουστος

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Νοέμβριος

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

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

Εκθέσεις επιτήρησης

Μάρτιος

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Ιούνιος

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

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

Οκτώβριος

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Δεκέμβριος

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Εκθέσεις συνεδριάσεων

Μάρτιος

Expert meeting on chikungunya modelling (Απρίλιος 2008)

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

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

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

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

Απρίλιος

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (Νοέμβριος 2008)

Μάιος

European pandemic influenza planning assumptions (Ιανουάριος 2009)

Ιούνιος

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

Scientific Consultation Group – second meeting (Δεκέμβριος 2008)

Αύγουστος

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

Expert consultation on West Nile virus infection (Απρίλιος 2009)

Οκτώβριος

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

Νοέμβριος

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

Δεκέμβριος

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

Τεχνικά έγγραφα

Ιούλιος

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

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

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

Σεπτέμβριος

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

Νοέμβριος

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

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

Δεκέμβριος

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

Δημοσιεύσεις του Κέντρου

Τριμηνιαίες (Μάρτιος, Ιούνιος, Σεπτέμβριος, Δεκέμβριος)

ECDC Insight

Executive Science Update

Ιούνιος

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Αύγουστος

Annual Report of the Director: Summary – 2008