



ECDC **CORPORATE**

Sintesi delle pubblicazioni principali 2008

ECDC CORPORATE

Sintesi delle pubblicazioni principali 2008



Stoccolma, giugno 2009

© Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, 2009

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Tradotto dall'originale "Summary of key publications 2008". Benché sia stato fatto il possibile per garantire la fedeltà della traduzione, in caso di eventuali discordanze, fa fede la versione in lingua inglese.

Sommario

Introduzione.....	1
Relazione tecnica.....	2
1. Esame delle attività di controllo della clamidia nei paesi dell'UE.....	2
Guida ECDC.....	4
2. Guida per l'introduzione dei vaccini anti-HPV nei paesi dell'UE.....	4
3. Gruppi a rischio prioritari per il vaccino antinfluenzale.....	6
Relazioni in materia di sorveglianza.....	8
4. Relazione epidemiologica annuale sulle malattie trasmissibili in Europa 2008 – Relazione sullo stato delle malattie trasmissibili nei paesi dell'UE e del SEE/EFTA.....	8
5. Sorveglianza dell'HIV/AIDS in Europa.....	11
Relazioni speciali.....	13
6. Piano d'azione quadro per la lotta contro la tubercolosi nell'Unione europea.....	13
7. Sorveglianza delle malattie trasmissibili nell'Unione europea, una strategia a lungo termine: 2008–2013.....	14
Relazioni delle riunioni.....	17
8. Malattie infettive e determinanti sociali.....	17
9. Workshop sui cambiamenti ambientali e le malattie infettive.....	18
Allegato: Pubblicazioni dell'ECDC nel 2008.....	20

Introduzione

Nel 2008, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha pubblicato in totale 21 documenti scientifici. I documenti più importanti sono il *Piano d'azione quadro per la lotta contro la tubercolosi nell'Unione europea*, la guida sulle opzioni politiche per l'introduzione della vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) e le due relazioni in materia di sorveglianza: *Relazione epidemiologica annuale sulle malattie trasmissibili in Europa 2008* e *Sorveglianza dell'HIV/AIDS in Europa – 2007*. La seconda relazione è stata prodotta per la prima volta in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS/EURO) e tratta della situazione nei paesi dell'UE e del SEE, oltre a quella degli altri 23 paesi della regione OMS/EURO.

Sintesi di documenti ECDC selezionati, come quelli summenzionati, sono state stilate per metterle a disposizione dei responsabili politici in tutte le lingue dell'UE. Riflettono lo spirito delle pubblicazioni originali, ma nel processo di sintesi potrebbero essere andate perse alcune importanti sfumature. Per ulteriori dettagli si rimanda ai documenti in versione integrale, disponibili online all'indirizzo: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>.

L'allegato contiene un elenco di tutte le pubblicazioni dell'ECDC del 2008. Tutte queste pubblicazioni sono disponibili in formato elettronico al link sopra citato, con una breve descrizione del contenuto di ciascuna. Alcune delle relazioni selezionate sono disponibili anche in forma cartacea. Per ricevere una copia cartacea, inviare un'e-mail all'indirizzo publications@ecdc.europa.eu.

Relazione tecnica

1. Esame delle attività di controllo della clamidia nei paesi dell'UE

(Pubblicato a maggio 2008)

Questa relazione illustra l'ambito e i risultati del progetto denominato *Screening for Chlamydia Review in Europe* (SCREEn), forse il più grande studio finora condotto sulle attività di controllo della clamidia nell'UE. Il progetto è stato condotto tra novembre 2006 e agosto 2007, e ha raccolto dati degli Stati membri dell'UE, dei paesi candidati dell'UE, degli Stati membri dell'EFTA e degli Stati Uniti.

Attraverso un sondaggio tramite questionario postale in tutti gli Stati membri dell'UE e nei paesi candidati e le visite nazionali approfondite ai funzionari della sanità pubblica e alle strutture sanitarie in Stati membri selezionati, lo studio SCREEn ha raccolto informazioni dettagliate sulla diagnosi della clamidia, lo screening della clamidia, la gestione dei casi, gli studi di prevalenza della clamidia e molti argomenti affini relativi alla salute pubblica. Il progetto offre degli approfondimenti sulle strategie adottate dai sistemi sanitari nazionali per contrastare le infezioni da clamidia.

L'obiettivo generale del progetto era quello di condurre un'analisi dei programmi e delle attività di controllo della clamidia negli Stati membri e formulare raccomandazioni per migliorare la prevenzione e il controllo della clamidia nella regione. Gli obiettivi specifici erano:

- raccogliere informazioni sistematiche sulle attività in materia di salute pubblica associate al controllo della *C. trachomatis* negli Stati membri dell'UE e nei paesi candidati, nei paesi europei confinanti, e negli Stati Uniti;
- raccogliere informazioni degli stessi paesi sugli indicatori demografici ed economici, i sistemi sanitari, la prevalenza della clamidia e i sondaggi sul comportamento sessuale;
- creare un database elettronico come registro contenente tali dati;
- raccogliere informazioni approfondite sulle attività di controllo della clamidia di determinati Stati membri europei; e
- formulare raccomandazioni all'ECDC per interventi di sanità pubblica e per l'ulteriore ricerca.

Su 34 paesi selezionati, ci sono state risposte da 29 paesi europei e dagli Stati Uniti (percentuale generale di risposta 88%). Non sono pervenuti dati da Cipro, Slovacchia, Polonia e Croazia. Alcuni dei risultati più importanti del sondaggio sono stati i seguenti:

- 17 dei 29 paesi europei partecipanti disponevano di almeno una linea guida per la pratica clinica pubblicata raccomandata da un organo nazionale che si occupava di alcuni aspetti relativi alla gestione dei casi di persone con infezione da clamidia. Tre Stati membri dell'UE (Bulgaria, Grecia e Finlandia) stavano pubblicando o elaborando linee guida.
- I test per la clamidia erano disponibili presso gli ambulatori specialistici o le cliniche ginecologiche di tutti i paesi partecipanti; in 23 paesi facevano parte dell'assistenza primaria. In cinque paesi, i test per la clamidia erano disponibili in farmacia o in altri punti vendita di farmaci da banco.
- Laddove era garantita la notifica dei partner, si segnalava che questa partiva nella maggior parte dei casi dai medici stessi oppure attraverso il rinvio del paziente ad una clinica specializzata.
- Prove di amplificazione dell'acido nucleico erano disponibili in qualche misura in tutti i paesi tranne uno. In nove paesi, meno del 50% dei campioni era analizzato usando le tecniche di amplificazione dell'acido nucleico.
- La maggior parte dei paesi era dotata di un sistema di segnalazione delle diagnosi di infezione da clamidia alle autorità della sanità pubblica, ma circa un terzo non pubblicava abitualmente questi dati.
- In 13 paesi, sono disponibili dati di routine relativi alle complicanze cliniche che possono essere causate dalla clamidia.
- Sondaggi sul comportamento sessuale e sulla prevalenza della clamidia sono stati condotti in otto paesi e sondaggi sulla prevalenza della clamidia nella popolazione sono stati condotti in sette paesi.

Per poter suddividere i paesi in categorie, il progetto SCREEn ha sviluppato anche una tipologia di attività di controllo della clamidia, sulla base dei principi del controllo delle infezioni a trasmissione sessuale. Le categorie dell'attività di controllo della clamidia erano: nessuna attività organizzata (13 paesi: Bulgaria, Finlandia, Grecia, Irlanda, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Portogallo, Romania, Slovenia, Spagna, Svizzera e Turchia); gestione dei casi (cinque paesi: Austria, Repubblica ceca, Germania, Italia e Lituania); accertamento dei casi (tre paesi:

Belgio, Francia e Ungheria); screening opportunistico (sei paesi: Danimarca, Estonia, Islanda, Lettonia, Norvegia e Svezia); screening organizzato (due paesi: Paesi Bassi e Regno Unito (solo Inghilterra)).

I risultati mostravano che c'erano due paesi europei con un programma di screening in corso (Inghilterra, Regno Unito, opportunistico) o pilota (Paesi Bassi, proattivo) per la clamidia. Altri nove paesi dichiaravano progetti per introdurre un programma di screening con un'organizzazione opportunistica, proattiva o non definita. Cinque di questi paesi sono tra quelli che attualmente non hanno nessuna linea guida per la gestione dei casi di clamidia. Inoltre, lo screening per la clamidia limitato alle donne in gravidanza viene praticato in Estonia e Lettonia, e in due regioni della Danimarca vengono inviati ogni anno per posta inviti per lo screening della clamidia alle persone tra 18-19 anni o 21-22 anni.

Questa tipologia sviluppata dal progetto SCREEn potrebbe essere usata in futuro per monitorare l'intensità delle attività di controllo della clamidia a livello nazionale e per contribuire al processo decisionale su quali attività è necessario rafforzare o introdurre.

Guida ECDC

2. Guida per l'introduzione dei vaccini anti-HPV nei paesi dell'UE

(Pubblicata a gennaio 2008)

Questo documento descrive il fondamento scientifico per l'introduzione di vaccini contro il papillomavirus umano (HPV) per aiutare gli Stati membri dell'Unione europea (UE) ad operare scelte politiche. Mette in evidenza le questioni da considerare e presenta un elenco di opzioni politiche per ciascuna di queste questioni.

Questa guida è stata elaborata da un gruppo di esperti scientifici, istituito e coordinato dall'ECDC, ed esaminata dal foro consultivo dell'ECDC.

Cancro della cervice e infezioni da papillomavirus umano nell'Unione europea

Il cancro della cervice è la seconda forma tumorale più diffusa dopo il cancro della mammella e colpisce donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni nell'Unione europea (UE). Ogni anno nell'UE si registrano circa 33 000 casi di cancro della cervice, e 15 000 decessi. La causa principale del cancro della cervice è un'infezione persistente del tratto genitale da parte di un tipo ad alto rischio di papillomavirus umano (HPV).

Le infezioni da HPV genitale sono molto comuni e si contraggono poco dopo l'inizio dell'attività sessuale. Queste infezioni sono per lo più eliminate spontaneamente. Tuttavia, infezioni persistenti da un tipo di HPV ad alto rischio possono provocare modificazioni cellulari nella cervice e quindi sfociare nel cancro cervicale. I tipi di HPV ad alto rischio sono associati anche ad altre forme cancerose anogenitali nonché al tumore testa-collo, sia negli uomini che nelle donne. Alcuni tipi di HPV a basso rischio sono responsabili delle verruche genitali sia negli uomini che nelle donne.

Il vaccino contro il papillomavirus umano

Due vaccini anti-HPV sono stati autorizzati a scopo profilattico in Europa: il vaccino quadrivalente, Gardasil[®] (Sanofi Pasteur MSD) e il vaccino bivalente, Cervarix[®] (GlaxoSmithKline Biologicals). Entrambi i vaccini sono prodotti da particelle simili al virus e non sono infettivi, hanno un buon profilo di sicurezza e proteggono dai tipi di HPV ad alto rischio 16 e 18, responsabili di circa il 73% dei casi di cancro della cervice in Europa. Gardasil protegge anche dall'HPV tipo 6 e 11, responsabile della maggior parte dei casi di verruche genitali. In grandi studi di fase III entrambi i vaccini hanno dimostrato di prevenire oltre il 90% delle lesioni precancerose associate ai tipi 16 o 18 in donne che non avevano mai contratto il virus. I vaccini sono somministrati in tre dosi nel corso di un periodo di sei mesi.

Vaccini anti-HPV e screening del cancro della cervice

Programmi ben organizzati di screening del cancro della cervice in grado di raggiungere un'alta copertura e che comprendono un follow-up e un trattamento efficace delle donne con anomalie citologiche hanno dimostrato di ridurre l'incidenza di cancro cervicale di oltre l'80%. Programmi di screening organizzati sono più efficaci dello screening opportunistico nel raggiungere le donne più a rischio, al fine di stabilire meccanismi di controllo di qualità e per monitorare misure standard di attività e impatto.

Il vaccino anti-HPV offre un nuovo strumento complementare per migliorare il controllo del cancro della cervice. Tuttavia, non elimina la necessità dello screening del cancro cervicale anche per le donne vaccinate contro l'HPV tipo 16 e 18 che possono comunque contrarre infezioni da altri tipi ad alto rischio. Le autorità nazionali devono proseguire con i loro sforzi per organizzare e migliorare la copertura e la qualità dei programmi di screening, indipendentemente dall'introduzione del vaccino. Organizzare programmi di screening lì dove non esistono sembra essere una priorità.

I vaccini anti-HPV avranno un impatto sull'efficacia dei programmi di screening esistenti che dovrà essere tenuta rigorosamente sotto controllo. La vaccinazione diffusa porterà una certa riduzione delle anomalie citologiche associate all'HPV. Per altro verso, le donne vaccinate potrebbero avvertire un falso senso di sicurezza con conseguente minore partecipazione ai programmi di screening. Le donne devono pertanto essere informate e motivate a sottoporsi allo screening, anche se vaccinate. Una delle sfide più importanti sarà creare una sinergia tra vaccinazione e screening ottimizzando i costi e garantendo il massimo beneficio per le donne.

Chi deve vaccinarsi? Come individuare i gruppi destinatari del vaccino anti-HPV

Per ottimizzare l'impatto dei nuovi vaccini sulla malattia associata all'HPV, il principale gruppo destinatario da considerare per la vaccinazione di routine è quello formato dalle ragazze di età appena precedente all'inizio dell'attività sessuale (e, quindi, alla possibilità di contrarre l'infezione da HPV). Fissare l'età della vaccinazione sotto questa età non garantirebbe la prevenzione di molte infezioni e bisogna evitarlo fino al momento in cui si potrà dimostrare che il vaccino offre una protezione di lunga durata (superiore 15-20 anni). Scegliere come gruppo destinatario le ragazze un po' più grandi e le donne giovani con una vaccinazione di recupero all'inizio di un programma vaccinale di routine probabilmente può accelerare l'effetto del programma vaccinale e aumentare i benefici della vaccinazione nel breve periodo.

Fattori nazionali specifici sono importanti per stabilire l'età esatta per la vaccinazione di routine e le età per eventuali vaccinazioni di recupero. Questi fattori comprendono: età media d'inizio dell'attività sessuale, prevalenza specifica per l'età delle infezioni da HPV (se disponibile), strategie di somministrazione del vaccino, e accettazione della vaccinazione da parte del gruppo destinatario (e dei relativi tutori).

Appare improbabile che la vaccinazione selettiva dei soli gruppi "ad alto rischio" possa essere pratica o più efficace della vaccinazione di tutte le ragazze. Tuttavia, il ruolo potenziale della vaccinazione selettiva/opportunistica di alcuni soggetti ad alto rischio oltre alla vaccinazione di routine può meritare ulteriore considerazione.

Opzioni strategiche per la somministrazione del vaccino anti-HPV nei paesi dell'UE

L'immunizzazione in ambito scolastico è probabilmente l'opzione più economica per la somministrazione dei vaccini anti-HPV alle ragazze preadolescenti. Tuttavia, problematiche locali, ad es. la disponibilità di servizi sanitari scolastici, accordi di finanziamento per l'acquisto e la somministrazione del vaccino e la richiesta del consenso dei genitori, possono influire sulla fattibilità del metodo.

L'immunizzazione in clinica o in ambulatorio rappresenta un'opzione aggiuntiva o alternativa universalmente disponibile per la somministrazione del vaccino anti-HPV. Per altro verso, questa soluzione potrebbe essere più costosa rispetto a quella in ambito scolastico e il controllo della diffusione del vaccino sarebbe più difficile in questo caso.

Le cliniche per la salute sessuale e riproduttiva e altre cliniche mediche specifiche per le donne possono essere importanti sedi di vaccinazione. Tuttavia, prima dell'inizio dell'attività sessuale, le ragazze tendono a non usufruire di queste strutture che, quindi, possono essere utili principalmente per programmi di recupero rivolti ad adolescenti più grandi e alle donne. Ulteriori contesti per la somministrazione del vaccino anti-HPV alle ragazze in comunità difficili da raggiungere e per l'immunizzazione opportunistica emergono quando i soggetti usufruiscono dell'assistenza sanitaria per altre ragioni. L'uso di questi contesti potrebbe contribuire a migliorare la diffusione generale.

È inoltre necessario prendere in considerazione i programmi esistenti d'immunizzazione per le adolescenti e altre attività di promozione della salute in corso, al momento di programmare protocolli di somministrazione per il vaccino anti-HPV. Ovunque avvenga la vaccinazione, è indispensabile accompagnarla con il messaggio che l'immunizzazione è una misura aggiuntiva, non sostitutiva dello screening della cervice.

Modellare i costi e gli esiti della vaccinazione anti-HPV

La vaccinazione anti-HPV deve essere valutata non solo in considerazione dell'efficacia, ma anche da un punto di vista economico. La valutazione economica mira a stabilire se il costo sostenuto dalla società per salvare un anno di vita ponderato per qualità (quality-adjusted life year - QALY) grazie alla vaccinazione anti-HPV è simile a quello di altri interventi comunemente accettati nel settore dell'assistenza sanitaria.

Le valutazioni economiche non sono del tutto trasponibili, a causa della variabilità dei costi e dei sistemi sanitari nei diversi paesi. Pertanto, ogni paese deve impegnarsi per condurre questo tipo di valutazione (tenendo conto anche del tipo di screening della cervice attuato) prima di prendere una decisione in merito alla migliore strategia di prevenzione del cancro della cervice.

Le valutazioni economiche condotte finora sembrano indicare che la vaccinazione anti-HPV delle ragazze preadolescenti (con o senza recupero dei gruppi in età più adulta) ha un profilo di convenienza accettabile. I risultati sono più favorevoli se si usano modelli di simulazione dinamica, che tengono conto anche dell'effetto della vaccinazione sulla percentuale di trasmissione.

Sorveglianza e valutazione dell'impatto della vaccinazione anti-HPV

La valutazione post-autorizzazione dei vaccini anti-HPV dovrà stabilire la diffusione e l'aderenza (compliance) del vaccino, la sua efficacia a lungo termine, l'integrazione della vaccinazione con altre strategie, ad es. lo screening organizzato del cancro della cervice, e la sicurezza del vaccino. Il coordinamento tra monitoraggio dei vaccini e

programmi per il controllo del cancro avrà un ruolo fondamentale al fine di valutare l'impatto del vaccino e i suoi vantaggi rispetto ad altri interventi di prevenzione esistenti, ad es. lo screening.

Metodi per valutare l'impatto dei vaccini sugli endpoint della malattia rilevanti dal punto di vista clinico possono comprendere la sorveglianza dell'infezione da HPV associata al vaccino, le lesioni precancerose o i tumori, da parte di laboratori consolidati o di istituzione recente oppure mediante registri citologici od oncologici.

Sono stati inoltre proposti studi di fase IV allo scopo di valutare l'impatto del vaccino anti-HPV sulla salute pubblica. Questi possono offrire ulteriori informazioni sull'incidenza di cellule anomale e precancerose e sull'incidenza di cancro e relativa mortalità. Potrebbero anche essere utili per valutare la potenziale integrazione dello screening della cervice e dei programmi vaccinali. Il monitoraggio basato sulla registrazione sistematica della vaccinazione anti-HPV e studi di associazione tramite appositi registri sanitari possono essere utilizzati per valutare l'efficacia del vaccino in condizioni sul campo.

Le informazioni minime per monitorare la vaccinazione anti-HPV devono comprendere dati sulla copertura del vaccino, il controllo degli eventi avversi in seguito all'immunizzazione e almeno una sorveglianza sentinella dell'impatto sulle lesioni precancerose.

3. Gruppi a rischio prioritari per il vaccino antinfluenzale

(Pubblicata ad agosto 2008)

Su richiesta della Commissione europea, l'ECDC ha condotto un'analisi scientifica sulla salute pubblica incentrata sui gruppi a rischio d'influenza¹ e altri gruppi cui viene offerta l'immunizzazione contro l'influenza stagionale in Europa. Lo studio si proponeva i seguenti obiettivi:

- descrivere i gruppi a rischio per cui è raccomandata l'immunizzazione nei paesi dell'UE/SEE, unitamente a informazioni dettagliate su altri gruppi cui è offerta l'immunizzazione;
- produrre una sintesi dei dati di sostegno per i gruppi a rischio in cui è raccomandata la vaccinazione;
- suggerire un ordine di priorità dei gruppi a rischio nell'UE, sulla base di criteri trasparenti;
- valutare in linea di massima il numero di persone nei paesi dell'UE rientranti nei gruppi a rischio prioritari;
- identificare aree di ulteriore intervento, tra cui la ricerca e lo sviluppo.

Il profilo dei gruppi a rischio d'influenza e degli altri gruppi cui attualmente è offerta l'immunizzazione è emerso da uno studio condotto nel 2008 nell'ambito del progetto VENICE, in collaborazione con l'ECDC. Secondo i criteri elaborati da ECDC/VENICE, devono considerarsi a rischio quei gruppi ben definiti, con più elevata propensione ad ammalarsi in forma grave rispetto agli altri gruppi della popolazione. Inoltre, sono necessarie prove pubblicate che indicano come il rischio di tali gruppi di contrarre l'infezione sia stato ridotto in seguito alla vaccinazione. In relazione al primo criterio, attualmente in Europa non sussiste una prassi di sorveglianza del livello di morbilità e mortalità associate alle forme gravi di influenza. I criteri basati sulla salute professionale (principalmente l'immunizzazione degli operatori sanitari) privi di beneficio dimostrato per i pazienti sono stati ugualmente presi in considerazione, sebbene in maniera meno preponderante — fatto salvo per il gruppo degli operatori nel campo dell'assistenza agli anziani in contesti residenziali, per cui sussistono prove concrete dell'effettiva protezione dei pazienti. Infine, si è tenuto conto del grado di accordo tra paesi dell'UE.

Dalla letteratura scientifica emergono due gruppi a rischio in Europa per i quali sussistono motivi scientifici e di salute pubblica idonei a giustificare un protocollo di routine annuale di vaccinazione contro l'influenza stagionale. Tali gruppi sono:

- gruppi in età più avanzata, in genere oltre 65 anni;
- soggetti affetti da patologie croniche rientranti in particolare nelle seguenti categorie:
 - malattie respiratorie croniche;
 - malattie cardiovascolari croniche;
 - disturbi metabolici cronici;
 - malattie renali ed epatiche croniche;
 - persone con deficienze immunitarie (congenite o acquisite);
 - persone giovani in terapia a lungo termine con salicilato;
 - persone con patologie che compromettono la funzione respiratoria.

¹ Ai fini di questa trattazione, "gruppi a rischio d'influenza" sono quei gruppi di persone caratterizzate da una più elevata propensione a sviluppare una malattia grave in caso d'infezione e che, al contempo, traggono un comprovato beneficio dalla vaccinazione riducendo il rischio d'infezione.

Si tratta inoltre dei soli gruppi a rischio su cui sussiste consenso tra i paesi dell'Unione europea. La definizione dell'età esatta nel gruppo di anziani è un po' arbitraria (sopra i 64 anni, sopra i 59 anni ecc.) e alcuni paesi si discostano già dal criterio "oltre 64 anni" secondo le circostanze e le analisi nazionali.

Sussistono validi argomenti per offrire la vaccinazione ad altri due gruppi a rischio: donne in gravidanza e bambini (definiti in vario modo come "sotto due anni di età" oppure "sotto cinque anni di età"). Peraltro, le informazioni disponibili riferite a entrambi i gruppi restano limitate in Europa, sia con riferimento al rischio che all'efficacia, e finora non è stato raggiunto un consenso a livello europeo. I dati restano insufficienti per poter identificare questi due gruppi fra quelli a rischio a livello dell'UE. Qualora si rendano disponibili maggiori informazioni e dati, questi gruppi dovranno essere ulteriormente valutati. È particolarmente importante raccogliere dati sull'impatto dell'immunizzazione in questi gruppi così da poter raggiungere un accordo dopo ulteriori valutazioni.

Ci sono inoltre gruppi cui spesso è offerto il vaccino, pur non rientrando fra quelli ritenuti a rischio e che non costituiscono un caso di salute pubblica. Per esempio, sussiste l'accordo diffuso all'interno dell'UE sul fatto che tutti gli operatori sanitari a contatto con i pazienti ricevano il vaccino per ragioni di salute professionale (a tutela dei lavoratori). Analogamente sussistono fondate prove controllate secondo cui l'immunizzazione delle persone che si occupano degli anziani in contesti residenziali favorisce indirettamente i pazienti, proteggendoli dalle ripercussioni di un'infezione influenzale. Peraltro occorre rilevare che la maggior parte degli operatori sanitari in Europa rifiuta di ricevere il vaccino. Non sussistono prove soddisfacenti circa i vantaggi derivanti dall'offerta d'immunizzazione a persone a contatto con soggetti appartenenti ai due principali gruppi a rischio.

Stime di massima descrivono i numeri e le percentuali concernenti i due principali gruppi a rischio nei paesi dell'UE. Questo studio si basa su un unico assunto, secondo cui i paesi dell'UE necessitano attualmente di vaccinare circa il 25% delle rispettive popolazioni ogni anno, essendo riuniti all'interno di questa percentuale i due principali gruppi a rischio. Altre stime nazionali si sono attestate su livelli analoghi. La percentuale nazionale è compresa tra il 19% e il 28%, in funzione della percentuale di anziani presenti nella popolazione di ciascun paese. Il totale dell'UE si stima intorno a 125 milioni di persone, di cui due terzi (circa 84 milioni di persone) con oltre 65 anni di età e un terzo (circa 41 milioni) di persone più giovani affette da malattie croniche. Queste cifre sono destinate ad aumentare con il tempo, a causa dell'invecchiamento delle popolazioni e degli attuali risultati in campo medico che consentono a persone con malattie croniche di condurre una vita produttiva più lunga.

Il presente studio raccomanda una serie di priorità per lo sviluppo e la ricerca in Europa:

- sviluppo della sorveglianza: una prassi di sorveglianza delle manifestazioni più gravi della malattia in Europa (ricoveri e decessi);
- prassi di monitoraggio dell'efficacia del vaccino antinfluenzale, specialmente nella riduzione del rischio di malattie gravi e di decesso dovuti all'influenza;
- valutazione delle ripercussioni dell'influenza nelle donne in gravidanza e nei bambini nonché valutazione dell'impatto dell'immunizzazione delle donne in gravidanza e dei bambini di tutte le età in Europa;
- ulteriori ricerche volte a stabilire se l'immunizzazione del personale sanitario e dei membri della famiglia riduca il rischio per le persone vulnerabili appartenenti ai due principali gruppi a rischio;
- sviluppo di progetti volti a promuovere il vaccino antinfluenzale tra gli operatori sanitari, a beneficio sia proprio che dei pazienti;
- ricerche miranti a stabilire l'eventualità di un rischio accresciuto di contrarre malattie gravi in seguito all'infezione influenzale per soggetti con infezione da HIV in Europa e studi analoghi per altre malattie più comuni, ad es. l'asma lieve;
- impatto sanitario e studi di economia sanitaria relativi al vaccino antinfluenzale, per es. su persone che hanno superato la soglia d'età per l'immunizzazione, pur riconoscendo che ciascun paese deve fissare la propria soglia d'età;
- ricerca sull'impatto di una campagna di vaccinazione generalizzata sugli eventuali benefici indiretti della riduzione dei livelli generali di trasmissione.

Relazioni in materia di sorveglianza

4. Relazione epidemiologica annuale sulle malattie trasmissibili in Europa 2008 – Relazione sullo stato delle malattie trasmissibili nei paesi dell'UE e del SEE/EFTA

(Pubblicata a dicembre 2008)

L'ECDC pubblica ogni anno la sua Relazione epidemiologica annuale (REA) per l'Europa. La seconda edizione, pubblicata nel 2008, contiene una descrizione generale della sorveglianza delle malattie trasmissibili dal 2006 sotto forma di tabelle con commenti limitati e fornisce una descrizione delle minacce acute alla salute umana poste dalle malattie trasmissibili nel 2007. Inoltre, la relazione si concentra anche su una descrizione completa delle infezioni nosocomiali (ICA), compresa la resistenza antimicrobica.

Le principali minacce associate alle malattie trasmissibili nell'UE non sono cambiate dall'edizione precedente di questa relazione e comprendono:

- Resistenza antimicrobica;
- Infezioni nosocomiali;
- Infezione da HIV;
- Infezioni pneumococciche;
- Influenza (potenziale pandemico ed epidemie stagionali annuali);
- Tubercolosi.

ARGOMENTO PRINCIPALE DI QUESTA EDIZIONE

Infezioni nosocomiali

La sorveglianza delle infezioni nosocomiali (ICA) in Europa viene condotta attraverso la rete IPSE (Improving Patient Safety in Europe) (2005–giugno 2008), che comprende la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS-SSI) e la sorveglianza dell'unità di terapia intensiva (HELICS-ICU).

L'incidenza delle infezioni del sito chirurgico nel 2006 è rimasta stabile rispetto al 2004–05 ad eccezione degli interventi di protesi dell'anca in cui è stata osservata una significativa tendenza in discesa; dal 2,2% nel 2004 all'1,6% nel 2005 e l'1,3% nel 2006 ($p = 0,039$).

Dei 51 621 pazienti ricoverati per più di due giorni in terapia intensiva, il 6,8% contraeva la polmonite. L'incidenza variava tra l'1,5% nei pazienti non sottoposti a ventilazione assistita e il 22,2% nei pazienti in ventilazione assistita per una settimana o oltre. Il microrganismo più frequente isolato nella polmonite acquisita in terapia intensiva era *Pseudomonas aeruginosa* e nelle infezioni del flusso sanguigno acquisite in terapia intensiva gli stafilococchi coagulasi negativi.

La sorveglianza delle infezioni nosocomiali è stata ampliata ulteriormente nel 2006, e il processo di estensione continuerà dopo il passaggio dei componenti della sorveglianza della rete IPSE all'ECDC nel 2008.

In termini generali, le percentuali di infezioni nosocomiali sono rimaste stabili in Europa nel 2006. Tuttavia, persistono sostanziali differenze tra i vari paesi nella sorveglianza ed è necessario enfatizzare maggiormente l'armonizzazione dei metodi.

Resistenza antimicrobica

I dati sulla resistenza antimicrobica arrivano dal sistema europeo di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARSS), una rete dedicata per la sorveglianza della resistenza antimicrobica in Europa.

Streptococcus pneumoniae

Nel 2006, la maggior parte dei paesi dell'Europa settentrionale aveva livelli di non sensibilità a *S. pneumoniae* inferiori al 5%, mentre nei paesi dell'Europa meridionale e mediterranei tale percentuale variava tra il 7% e > 25%.

Staphylococcus aureus

Lo *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (Mrsa) ha continuato a diffondersi nei paesi europei ad alta, media e bassa endemia nel 2006. Quindici su 31 paesi (principalmente paesi dell'Europa meridionale, il Regno Unito e l'Irlanda) hanno segnalato una percentuale di tutti gli isolati di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente del 25% o superiore con percentuali che si stabilizzavano in alcuni dei paesi altamente endemici. Nell'Europa settentrionale, la percentuale di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente restava inferiore al 4%.

Escherichia coli

Il livello crescente della resistenza ai fluorochinoloni in Europa era particolarmente allarmante.

Pseudomonas aeruginosa

Nel 2006, quasi un quinto degli isolati invasivi di *P. aeruginosa* era resistente a tre o più antibiotici, specialmente nei paesi dell'Europa meridionale.

SINTESI DELLA SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI 2006

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

Nel 2006, l'infezione da HIV rimaneva di fondamentale importanza per la salute pubblica in Europa, con oltre 25 000 neodiagnosi segnalate da 29 paesi (escluse Italia, Spagna e Liechtenstein), producendo un'incidenza complessiva di 6 su 100 000. Nei vari paesi esiste un'ampia diversità nell'epidemiologia dell'infezione da HIV. Numeri in aumento di casi di HIV venivano segnalati in alcuni paesi europei: principalmente Estonia, Lettonia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito. Al contrario, il numero di nuove segnalazioni di casi di AIDS nei paesi dell'UE e del SEE/EFTA era 7 035, che si traduce in una percentuale di 1,4 su 100 000, corrispondente ad un calo di oltre un terzo rispetto al 1999.

Il contatto eterosessuale (53%) era la modalità di trasmissione predominante dell'infezione da HIV, tuttavia circa il 40% di queste infezioni veniva diagnosticato in persone provenienti da paesi con un'epidemia generalizzata. Escludendo questi casi, la modalità di trasmissione predominante è il sesso tra uomini (37%).

Un elevato numero di persone HIV positive nell'UE continua ad essere inconsapevole dell'infezione. Questo sottolinea l'esigenza di attività volte ad incrementare l'adozione dei test dell'HIV.

Infezioni trasmissibili per via sessuale

Nel 2006, le infezioni da *Chlamydia trachomatis* restavano le infezioni a trasmissione sessuale più frequentemente segnalate (e la malattia segnalabile più comune in generale in Europa), e rappresentavano quasi un quarto su un milione di casi documentati dai 22 Stati membri dell'UE e del SEE/EFTA che conducono la sorveglianza su questa malattia. L'incidenza documentata era di 92 su 100 000.

Nel 2006, è stata segnalata una nuova variante della *Chlamydia trachomatis* in Svezia che era sfuggita all'accertamento mediante i comuni test disponibili in commercio. Questo ha sollecitato uno studio per cercare questa nuova variante in altri Stati membri che, però, sembra ancora per lo più limitata alla Svezia.

Nel 2006, è stato autorizzato il primo vaccino contro l'infezione da papillomavirus umano.

Influenza

Nel 2006 sono stati riportati i primi casi d'influenza aviaria ad alta patogenicità (A(H5N1)) tra uccelli selvatici e pollame nell'Unione europea. Tuttavia, non sono stati segnalati casi umani d'infezione da A(H5N1) nell'UE nel corso del 2006; è stato documentato solo un caso di infezione da ceppo aviario H7 a bassa patogenicità in un lavoratore addetto al pollame nel Regno Unito. Tuttavia, un migliore pacchetto legislativo sulla salute degli animali ha assicurato una risposta coerente alla minaccia in aumento posta dal virus A(H5N1) negli Stati membri dell'UE. Dal momento che è rimasto principalmente un virus degli uccelli, la rapida identificazione e l'eradicazione dell'infezione negli uccelli e specialmente negli allevamenti avicoli domestici restava la prima linea di difesa per l'uomo.

Tubercolosi

L'incidenza di tubercolosi (TBC) ha continuato a diminuire nelle popolazioni indigene di quasi tutti gli Stati membri, in cui è per lo più una malattia degli anziani, che viene riattivata adesso dopo un'infezione primaria di molti decenni fa. Tuttavia, i recenti cambiamenti demografici, politici e socioeconomici in Europa, ad es. l'aumento della migrazione, stanno influenzando questo stato di cose. Di conseguenza, la TBC sta diventando più comune nelle persone migranti, i senzatetto, i poveri nei centri urbani, i carcerati, le persone che convivono con l'HIV e i tossicodipendenti nell'UE.

Inoltre, ci sono aree con alti livelli di tubercolosi farmaco-resistente, principalmente a causa di regimi terapeutici incompleti o mal concepiti.

Malattie a prevenzione vaccinale

Dall'introduzione della vaccinazione infantile universale con il vaccino per l'*Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) nella maggior parte dei paesi dell'UE, l'incidenza di malattia da Hib invasiva è diminuita e resta bassa per l'intera popolazione dei paesi dell'UE (nel 2006 sotto 1 su 100 000).

Diversi paesi europei hanno aggiunto ai loro programmi vaccinali il vaccino pneumococcico coniugato 7 (PCV7), almeno per i gruppi ad alto rischio. Questo ha suscitato perplessità in merito alla possibilità che i comuni sierotipi potessero essere gradualmente sostituiti da sierotipi non coperti dal PCV7, come si è già riscontrato negli Stati Uniti. Questo rafforza l'importanza di sistemi di sorveglianza che non si limitano alla malattia ma che considerano anche la distribuzione dei sierotipi.

Nonostante la tendenza generale in calo nell'ultimo decennio, il morbillo restava una priorità per la salute pubblica nel 2006 con oltre 7 000 casi confermati e sei segnalazioni di decesso. Diversi eventi hanno anche dimostrato chiaramente l'alto potenziale epidemico del morbillo.

La maggior parte dei paesi dell'UE ha fatto uso del vaccino acellulare contro la pertosse nel 2006. Dopo un periodo di stabilità, la percentuale di notifica sembra essere in leggero aumento in alcuni paesi dell'UE rispetto al 2003.

Malattie di origine alimentare e idrica

Il *Campylobacter* continua ad essere l'agente patogeno gastroenterico più frequentemente segnalato nei paesi dell'UE e del SEE/EFTA con un'incidenza di quasi 40 casi su 100 000, anche se sembra esserci un leggero calo delle cifre dal 2005 al 2006.

Anche le infezioni da VTEC/STEC sembrano essere in calo, con una percentuale di segnalazione nel 2006 appena superiore ad 1 caso su 100 000, anche se alcuni paesi documentano numeri considerevolmente più alti, specialmente nei bambini piccoli.

SINTESI DELLE MINACCE DEL 2007

Nel 2007, l'ECDC ha monitorato 168 minacce di cui:

- 142 (85%) erano nuove;
- 21 si sono aperte nel 2006 e restavano attive nel 2007;
- cinque si sono aperte nel 2005 e restavano attive nel 2007;
- 66 minacce hanno richiesto un controllo attivo da parte dell'ECDC;
- 10 di queste hanno portato ad una valutazione dettagliata della minaccia resa disponibile per gli Stati membri dell'UE e la Commissione europea attraverso il Sistema di allarme rapido e di reazione (*Early Warning and Response System, EWRS*).

In generale, nel 2007, le minacce di interesse per l'UE restavano diffuse. Le malattie di origine alimentare e idrica sono rimaste la fonte di minacce più comune monitorata nell'UE. È importante sottolineare che c'è stato un aumento significativo delle minacce correlate alla tubercolosi nel 2007 e, in particolare, gli eventi si riferivano alla TBC multifarmaco-resistente ed estremamente resistente ai farmaci (XDR) oltre che all'esposizione di viaggiatori a pazienti tubercolotici nella fase infettiva.

La maggior parte delle minacce identificate come aventi un potenziale impatto sull'UE nel 2007 è stata segnalata attraverso l'EWRS oppure le reti europee ideate a questo scopo (EWGLI per il morbo del legionario ed ENTERNET per le malattie di origine alimentare e idrica). L'EWRS ha dimostrato continuamente di essere uno strumento efficace per il coordinamento della tempestiva attuazione di provvedimenti per la salute pubblica da parte degli Stati membri dell'UE per contenere le minacce confermate. Nel 2007, l'ECDC ha iniziato a sviluppare una piattaforma di comunicazione a livello dell'UE per le informazioni epidemiche.

CONCLUSIONI

Le priorità per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili nell'UE non sono cambiate sostanzialmente dall'edizione precedente della relazione epidemiologica annuale.

Da un lato, le aree di interesse, comprese le patologie dalla diffusione costantemente alta, continuano ad essere le stesse. Oltre alle sei minacce principali elencate all'inizio della sintesi, gli elevati numeri segnalati di infezione da clamidia e campylobacter meritano la nostra attenzione.

D'altro canto, in alcune aree di malattia, ad es. alcune delle malattie a prevenzione vaccinale (compreso l'Hib), c'è stata una riduzione dell'incidenza, e alcune altre malattie a prevenzione vaccinale (ad es. la difterite) sono a livelli

d'incidenza estremamente bassi – circa 0,1 casi su 100 000. Tuttavia, gli Stati membri dell'UE sono ancora lontani dal raggiungimento degli obiettivi stabiliti dai programmi di debellamento delle malattie, specialmente per quanto riguarda il morbillo.

La qualità dei dati sui quali si basano queste conclusioni resta tutt'altro che perfetta ed è necessario investire ancora energie considerevoli nel miglioramento della sorveglianza delle malattie trasmissibili nell'Unione europea. Soprattutto, persistono grandi problemi di comparabilità dei dati dei vari Stati membri, che, ovviamente, riducono l'utilità a livello europeo dei dati raccolti.

È necessario esplorare nuovi approcci per la produzione di dati ai fini della definizione delle priorità nel campo delle malattie trasmissibili, tra cui la valutazione della diffusione attuale e futura delle malattie trasmissibili.

Guardando al futuro, è ovvio che alcune tendenze a lungo termine avranno effetti sul panorama delle malattie trasmissibili nell'UE quali:

- l'invecchiamento della popolazione dell'UE;
- cambiamenti ambientali, compreso il cambiamento climatico;
- aumento dei viaggi e della migrazione; e
- cambiamenti sociali.

Bisognerà sostenere il continuo monitoraggio della diffusione e delle tendenze delle malattie trasmissibili nell'UE per fornire dati attendibili su cui costruire una politica sanitaria comune.

5. Sorveglianza dell'HIV/AIDS in Europa

(Pubblicata a dicembre 2008)

Punti chiave

L'infezione da HIV resta di fondamentale importanza per la salute pubblica in Europa, con evidenze di un aumento della trasmissione dell'infezione in diversi paesi europei.

- Nel 2007, 48 892 nuove diagnosi di casi di infezione da HIV sono state segnalate da 49 dei 53 paesi della regione europea dell'OMS (dati non disponibili per Austria, Italia, Principato di Monaco o Federazione russa). Le incidenze più alte sono state documentate da Estonia, Ucraina, Portogallo e Repubblica di Moldavia. 5 244 casi di AIDS sono stati segnalati da 48 paesi (dati non disponibili per Italia, Kazakistan, Principato di Monaco, Federazione russa o Ucraina).
- Nel 2007, 26 279 nuove diagnosi di casi di infezione da HIV sono state segnalate nei paesi dell'Unione Europea e dell'Associazione europea di libero scambio (in questa relazione relativa a UE/EFTA) (dati non disponibili per Austria o Italia). Nell'UE/EFTA, le incidenze più alte sono state documentate da Estonia, Portogallo e Lettonia; le incidenze più basse sono state documentate da Slovacchia, Repubblica ceca e Romania.
- Nell'UE/EFTA, le modalità di trasmissione predominanti dell'infezione da HIV sembrano essere il sesso tra uomini seguito dal contatto eterosessuale. Circa il 40% dei casi documentati come acquisiti per via eterosessuale è stato diagnosticato in soggetti provenienti da paesi con epidemia generalizzata di HIV/AIDS.
- Nelle tre aree geografiche della regione europea dell'OMS, l'uso di droghe per via iniettabile resta la modalità di trasmissione principale nell'Est, mentre nel Centro, la modalità predominante di trasmissione dell'HIV è il contatto eterosessuale, sebbene sia anche aumentato il numero di casi di HIV segnalati tra uomini omosessuali. Nell'occidente, la modalità predominante è il sesso tra uomini, seguito dal contatto eterosessuale, se si escludono i casi in persone che provengono da paesi con epidemia generalizzata.
- In linea generale, nonostante la segnalazione incompleta, il numero di neodiagnosi documentate di casi di infezione da HIV nel 2007 è aumentato, mentre il numero di casi di AIDS diagnosticati ha continuato a diminuire nella regione europea dell'OMS in generale, anche se nell'Est il numero di casi di AIDS è continuato ad aumentare. Dal 2000, la percentuale di casi di neodiagnosi segnalati per l'HIV per milione di abitanti è quasi raddoppiata da 39 per milione nel 2000 a 75 per milione nel 2007, sulla base dei 44 paesi che hanno documentato costantemente i dati di sorveglianza sull'HIV.
- Il numero totale di test dell'HIV effettuati ogni anno a fini diagnostici, test anonimi indipendenti e donazioni di sangue esclusi, è aumentato tra il 2003 e il 2007 nella maggior parte dei paesi.
- I dati presentati qui hanno alcuni limiti, dovuti in particolare alla mancanza dei dati di una serie di paesi. Questo limita le conclusioni che è possibile trarre relativamente alle dimensioni dell'epidemia di HIV e AIDS in Europa. Se fossero stati presi in considerazione questi dati, i numeri generali dei casi potrebbero essere approssimativamente raddoppiati per il 2007.

Raccomandazioni per la sorveglianza sull'HIV/AIDS

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

- attuare sistemi di segnalazione nazionali basati sui casi per i casi di HIV e AIDS e garantirne la completezza e tempestività;
- migliorare la qualità dei dati documentati, specialmente in merito alle probabili vie di trasmissione; e
- promuovere la sorveglianza completa sull'HIV, compresa la sorveglianza comportamentale di routine e gli studi di prevalenza dell'HIV.

Raccomandazioni per la salute pubblica

Gli interventi per il controllo dell'epidemia devono essere basati sulle evidenze e adattati al paese e all'area geografica. Sulla base dei dati di sorveglianza disponibili è ragionevole raccomandare quanto segue:

- Est: gli interventi per controllare l'HIV tra i soggetti che fanno uso di droghe iniettabili devono essere alla base delle strategie di prevenzione dell'HIV; si devono, inoltre, rafforzare le misure di prevenzione della trasmissione eterosessuale, mirate in particolar modo alle persone con partner ad alto rischio.
- Centro: la prevenzione deve essere adattata alle circostanze dei singoli paesi al fine di conservarne i vantaggi epidemiologici.
- Ovest: gli interventi per controllare l'HIV tra gli uomini omosessuali devono essere alla base delle strategie di prevenzione dell'HIV, ad es. nuove campagne sul sesso sicuro destinate agli uomini omosessuali; interventi per la prevenzione, il trattamento e la cura devono essere adattati in modo da raggiungere le popolazioni migranti.
- In tutte le sottoregioni, deve essere promosso il test dell'HIV per garantire l'accesso precoce al trattamento e all'assistenza per contribuire a prevenire o ridurre l'ulteriore trasmissione e migliorare gli esiti più a lungo termine della terapia per i soggetti interessati.

Relazioni speciali

6. Piano d'azione quadro per la lotta contro la tubercolosi nell'Unione europea

(Pubblicato a marzo 2008)

La TBC è una malattia infettiva grave negli esseri umani, che si contrae nella maggior parte dei casi per inalazione di batteri contenuti in goccioline prodotte da una persona affetta da una patologia polmonare. Anche se esiste una terapia efficace, trattamenti inadeguati o una compliance insufficiente possono compromettere il processo di guarigione e favorire recidive precoci o lo sviluppo di una forma di TBC farmacoresistente.

Nell'UE l'incidenza della TBC è andata riducendosi costantemente negli ultimi decenni. I dati relativi ai 27 dell'UE sono tra i più bassi del mondo, sebbene superiori a quelli di altri paesi industrializzati, come Stati Uniti e Australia. Non per questo si può tuttavia restare fermi. La situazione epidemiologica altrettanto favorevole riportata in diversi paesi decenni fa ha indotto ad abbassare la guardia e a ridurre le risorse e i servizi per la prevenzione e il controllo della TBC. Ciò ha determinato una ricomparsa della malattia alimentata dall'epidemia di HIV e dallo sviluppo della TBC MRD (multifarmaco-resistente). È stato, perciò, necessario rinnovare l'impegno nell'ambito dei programmi e delle attività di controllo per garantire diagnosi precoci, accesso a terapie efficaci e a trattamenti completi.

Di fronte a tale situazione, il commissario europeo responsabile per la salute, Markos Kyprianou, ha invitato il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), nel marzo del 2007, a sviluppare una proposta per un piano d'azione per la lotta contro la tubercolosi (TBC) nell'UE.

L'obiettivo a lungo termine del Piano d'azione quadro per la lotta contro la TBC si propone di tenere sotto controllo e, successivamente debellare, la TBC nell'UE. La maggior parte delle attività volte a ridurre la diffusione della tubercolosi si basa su iniziative a livello nazionale e sul sostegno offerto dalle istituzioni UE agli Stati membri. Il piano si pone i seguenti obiettivi:

- accrescere la sensibilizzazione politica e pubblica rispetto alla TBC quale problema di sanità pubblica nell'UE;
- sostenere e rafforzare l'impegno degli Stati membri dell'UE contro la TBC in funzione della situazione epidemiologica nazionale e delle relative problematiche;
- contribuire al controllo della TBC nell'UE, sostenendo i paesi dai quali provengono i casi importati.

La proposta si basa su quattro principi: garantire cure tempestive e ottimali per tutti; potenziare la capacità dei sistemi sanitari; sviluppare nuovi strumenti; costituire partenariati e rapporti di cooperazione con paesi e parti interessate. Otto aree di sviluppo strategico sono state organizzate attorno a questi principi. In sintesi, questi sono gli obiettivi/provvedimenti per ciascuna delle otto aree:

Area 1. Impegno per il controllo della TBC, campagne di sensibilizzazione e capacità dei sistemi sanitari

1. Accrescere l'impegno politico e in termini di risorse degli Stati membri per i piani di controllo della TBC, in un quadro di strategie globali concernente la sanità pubblica.
2. Potenziare i sistemi sanitari degli Stati membri affinché svolgano attività di controllo ed eliminazione della TBC.

Area 2. Sorveglianza

1. Valutare le caratteristiche epidemiologiche e la diffusione temporale e geografica della TBC nella popolazione, sia negli Stati membri sia in Europa nel suo insieme.
2. Monitorare l'efficacia delle attività di controllo della TBC e integrare queste informazioni nel ciclo decisionale per consentire interventi adeguati volti a migliorare e potenziare i piani nazionali ed europei di lotta alla TBC.
3. Individuare e descrivere le popolazioni vulnerabili ad alto rischio di TBC e a prognosi sfavorevole cui dovrebbero mirare le azioni specifiche della sanità pubblica.

Area 3. Servizi di laboratorio

1. Sviluppare e realizzare servizi di laboratorio moderni e di elevata qualità in grado di rispondere alle esigenze cliniche, di sanità pubblica e di ricerca sulla TBC.

2. Garantire servizi di laboratorio sicuri, precisi e di qualità e personale adeguatamente formato per lo svolgimento del lavoro.
3. Garantire gli investimenti necessari per il funzionamento a lungo termine dei servizi di laboratorio.

Area 4. Cure tempestive e di qualità per la TBC accessibili a tutti

1. Diagnosticare tempestivamente tutti i casi e assicurare trattamenti e cure adeguate contro la TBC.
2. Studiare in modo mirato gli interventi rispetto alle situazioni epidemiologiche specifiche e alle popolazioni vulnerabili per garantire la massima efficacia in termini di controllo della TBC a tutti i livelli.
3. Applicare in modo coerente le misure di gestione dei focolai epidemici.
4. Assicurare una risposta alle esigenze sanitarie individuali di tutti i pazienti affetti da TBC.

Area 5. TBC MDR e TBC XDR

Gli obiettivi seguenti riguardano tutti gli Stati membri, con particolare attenzione ai paesi in cui il problema della TBC MDR e della TBC XDR è più grave.

1. Ottimizzare e potenziare la sorveglianza e il monitoraggio della TBC MDR e della TBC XDR.
2. Migliorare specificamente i servizi nell'ambito dei test di farmacosenibilità della TBC all'interno dell'UE, nel contesto del potenziamento dei servizi di laboratorio specializzati in TBC.
3. Migliorare l'assistenza e la gestione dei pazienti affetti da TBC MDR o TBC XDR, ivi compresi controllo delle infezioni e ricerca dei contatti/pratiche profilattiche.
4. Migliorare l'accesso e la disponibilità di farmaci di prima e seconda linea, assicurando un uso razionale dei farmaci antitubercolari.

Area 6. Coinfezione TBC/HIV

1. Ridurre la diffusione di coinfezioni da TBC/HIV nell'UE rafforzando la cooperazione tra i piani per la TBC e l'HIV/AIDS o gli idonei servizi offerti dal sistema sanitario.
2. Promuovere attività di ricerca e studi clinici a livello dell'UE in materia di patologia concomitante TBC/HIV.

Area 7. Nuovi strumenti per il controllo della TBC

1. Definire priorità per la ricerca di base, applicata e operativa nell'UE.
2. Fornire finanziamenti e coordinamento.

Area 8. Costituire partenariati e rapporti di cooperazione con i paesi

1. Assicurare che la TBC rimanga tra le massime priorità dell'agenda politica, tecnica e di ricerca delle istituzioni pubbliche comunitarie e nazionali, ricordando che, in presenza di risorse limitate, le priorità sono molte e tra loro in concorrenza.
2. Favorire l'eliminazione delle stigmatizzazioni, garantire l'accertamento precoce e rapido di TBC, TBC MDR e TBC XDR e incoraggiare le persone a farsi curare secondo metodi in linea con la Carta dei pazienti per le cure della tubercolosi.
3. Assicurare che i trattamenti successivi siano disponibili, accessibili (anche dal punto di vista economico), adeguati e — soprattutto — efficaci.
4. Sviluppare ulteriormente la cooperazione e il coordinamento tra ECDC, Commissione europea, singoli paesi, OMS e altre parti interessate.

7. Sorveglianza delle malattie trasmissibili nell'Unione europea, una strategia a lungo termine: 2008–2013

(Pubblicata a maggio 2008)

Questa visione e strategia a lungo termine sulla futura sorveglianza delle malattie trasmissibili nell'UE è stata elaborata per contribuire ad orientare le decisioni per lo sviluppo a lungo termine del sistema europeo di sorveglianza. Questa strategia copre gli anni fino al 2013, in linea con il programma pluriennale strategico dell'ECDC (approvato dal consiglio di amministrazione dell'ECDC a giugno del 2007). Inoltre, sono previsti effetti sinergici con la strategia di laboratorio dell'ECDC.

La strategia tenta di stabilire i termini e l'ambito della sorveglianza, i suoi propositi ed obiettivi e le sue esigenze organizzative. Descrive, inoltre, le modalità di assistenza agli Stati membri e presenta un piano di attuazione.

L'obiettivo generale è quello di contribuire a ridurre l'incidenza e la prevalenza delle malattie trasmissibili in Europa fornendo dati pertinenti per la salute pubblica, informazioni e relazioni ai responsabili delle decisioni, ai medici e agli operatori sanitari nell'intento di promuovere attività che abbiano come risultato la prevenzione tempestiva e il

controllo delle malattie trasmissibili in Europa. L'elevata validità e la buona comparabilità dei dati sulle malattie trasmissibili ottenuti dagli Stati membri sono condizioni indispensabili per raggiungere questo obiettivo.

Un approccio più coordinato alla sorveglianza:

- migliora la comparabilità regionale dei dati;
- riduce la complessità della sorveglianza in Europa;
- consente di affrontare la sorveglianza in modo sinergico;
- evita la duplicazione del lavoro;
- offre evidenze per la salute pubblica di migliore qualità nel lungo periodo, grazie a dati più pertinenti ed attendibili;
- agevola il potenziamento dei sistemi di sorveglianza nazionali;
- molto probabilmente è più efficiente e sostenibile dal punto di vista economico;
- consente un accesso e un uso più agevole dei dati;
- migliora l'accertamento e il monitoraggio delle epidemie internazionali;
- contribuisce allo sviluppo di capacità; e
- assicura l'inclusione delle malattie tra le priorità di sorveglianza e di ricerca in Europa.

L'ECDC sta sviluppando un sistema per la sorveglianza basata sugli indicatori delle malattie infettive a livello europeo, chiamato "Sistema europeo di sorveglianza (TESSy)". Il sistema TESSy sarà un prezioso strumento per migliorare la raccolta, la convalida, la conservazione e la diffusione dei dati di sorveglianza dagli Stati membri dell'UE e dai paesi del SEE. Inizialmente, il sistema TESSy raccoglierà un insieme ridotto di variabili principali importanti per la sorveglianza di routine dei casi di malattie infettive. Una volta che il sistema TESSy sarà accettato a livello generale e utilizzato come database standard regionale, gli obiettivi a lungo termine dell'ECDC dell'ulteriore riduzione della complessità e del carico di lavoro per tutti i partecipanti saranno sostenuti:

- standardizzando la raccolta dati sulla sorveglianza delle malattie infettive;
- offrendo agli Stati membri uno "sportello unico" per la segnalazione e il recupero dei dati;
- standardizzando i rapporti basati sui dati di sorveglianza; e
- offrendo una descrizione coerente e facilmente disponibile dell'attuale situazione nell'UE.

Verrà anche affrontato l'attuale problema della doppia segnalazione di alcune malattie, con il coinvolgimento di varie organizzazioni regionali nella sorveglianza delle malattie — come OMS/Europa o OEDT— nell'intento di ridurre e, forse, eliminare la duplicazione degli sforzi.

Una procedura provvisoria sui principi della collaborazione sullo scambio di dati tra ECDC e Stati membri e tra ECDC e le reti di sorveglianza dedicate dovrà essere istituita per definire con chiarezza il ruolo dei fornitori dei dati e degli utenti dei dati, sia negli Stati membri che nell'ECDC (e altre parti interessate, ad es. l'OMS). Questa procedura provvisoria deve anche comprendere, tra gli altri dettagli, le procedure per la pubblicazione dei risultati dell'analisi dei dati. Sulla base dell'esperienza acquisita con questa procedura provvisoria, verrà istituita una procedura più dettagliata, definitiva e più a lungo termine con le parti interessate coinvolte.

L'ulteriore collaborazione con esperti specifici delle malattie (nominati dagli organismi competenti) sarà strutturata nel modo seguente: le malattie/i patogeni saranno suddivisi in sei gruppi principali. Laddove necessario, si istituiranno sottogruppi più specifici (specifici delle malattie) di questi sei gruppi o unità operative. Ci saranno riunioni annuali per ciascuno di questi sei gruppi principali in cui si discuterà delle questioni attinenti alla sorveglianza dell'intero gruppo di malattie. Se necessario, è possibile tenere contemporaneamente più simposi "a sessioni parallele" specifici per le malattie. Per ciascuno dei sei principali gruppi di malattie/unità operative, sarà istituito un gruppo di coordinamento, e questi gruppi assumeranno molte delle funzioni svolte dagli ex gruppi direttivi delle reti di sorveglianza dedicate.

Buoni servizi di laboratorio nei paesi sono essenziali per rafforzare la sorveglianza a livello dell'UE. L'ECDC farà affidamento sul lavoro già svolto e sosterrà il rafforzamento della capacità di laboratorio negli Stati membri, nei paesi del SEE/EFTA e nei paesi candidati in collaborazione con la Commissione, con gli organismi competenti dell'ECDC e i punti focali nazionali di microbiologia degli Stati membri.

L'ECDC lavorerà sodo per assicurare che ogni paese disponga di servizi di laboratorio nazionali di riferimento, direttamente o indirettamente, consentendo a tutti i paesi di confermare la diagnosi, l'isolamento e l'ulteriore caratterizzazione dei patogeni — quale base per segnalare casi confermati e probabili in tempi normali e nei casi di emergenza. L'ECDC si collegherà con questi laboratori nazionali di riferimento e li aiuterà ad integrare i loro dati con quelli epidemiologici (e clinici) a livello nazionale. L'assicurazione qualità dei metodi di laboratorio è essenziale per garantire la validità e la precisione dei dati, e in questo periodo si promuoveranno anche standard europei.

L'ECDC attuerà la sua strategia di sorveglianza in due fasi: la fase uno è un periodo di transizione che durerà fino al 2010, il cui interesse principale è sulla graduale integrazione delle attuali reti di sorveglianza dedicate Sorveglianza delle malattie trasmissibili nell'Unione europea con l'ECDC; durante la fase due (2010–2013), l'ECDC

si sarà assunto la piena responsabilità della sorveglianza e potrà, quindi, concentrarsi sullo sviluppo e il consolidamento di sistemi della massima qualità possibile per l'Europa.

Per mantenere aggiornati e pertinenti la strategia e i relativi obiettivi, saranno rivisitati dagli Stati membri e dalle principali parti interessate così da poter integrare strategie emergenti e nuove evidenze in base alla necessità.

Relazioni delle riunioni

8. Malattie infettive e determinanti sociali

(Riunione di aprile 2007, relazione pubblicata a febbraio 2008)

Questa relazione fa riferimento ad un workshop sui determinanti sociali delle malattie infettive convocato dall'ECDC e frequentato da ricercatori dei settori delle malattie infettive e dei determinanti sociali. I principali obiettivi del workshop erano:

- valutare l'importanza della disuguaglianza sociale nella diffusione delle malattie trasmissibili;
- identificare le pratiche migliori per gestire le disparità sanitarie, usate nel campo della prevenzione o del trattamento delle malattie infettive;
- sviluppare strategie e provvedimenti per gestire le disparità sulla salute derivanti dai determinanti sociali.

La relazione si concentra sui temi principali e sulle aree di discussione del workshop ed è organizzata in cinque sezioni principali:

- determinanti sociali delle malattie trasmissibili;
- questioni specifiche delle malattie;
- interventi specifici mirati al superamento delle disuguaglianze sociali;
- pratiche per superare la disparità sociale; e
- identificazione degli interventi prioritari.

Nel corso del workshop, si è osservata la presenza di un divario sociale nella diffusione delle malattie trasmissibili che è almeno equivalente a quello delle malattie non trasmissibili. Il divario potrebbe essere anche più consistente per gruppi specifici e infezioni specifiche. Anche se, in generale, i gruppi emarginati sono i più colpiti, il gradiente sociale non influisce su tutte le infezioni allo stesso modo: i gruppi socioeconomici più alti possono essere più a rischio di determinate infezioni a causa di certi comportamenti ad alto rischio.

Si avverte la netta esigenza di sapere di più della diffusione delle malattie trasmissibili in Europa in modo da determinare quali devono essere le priorità nella valutazione, la ricerca, gli interventi e il cambiamento politico. Questo esercizio di analisi per categoria è già iniziato, ad esempio per quanto riguarda la TBC.

Una raccomandazione emersa dal workshop era quella di integrare la sorveglianza delle malattie infettive con uno o due determinanti sociali. Questo può fornire conoscenze di base e si possono poi ottenere conoscenze più dettagliate con i sondaggi. I marker biologici delle malattie infettive possono essere inclusi nei sondaggi standard sulla salute, eventualmente nei sondaggi europei.

Un'altra conclusione del workshop era il fatto che i determinanti sociali non sono più contemplati dai programmi della ricerca. È necessario reintegrarli visto il divario di conoscenze in merito ai determinanti che favoriscono le infezioni in diverse regioni e popolazioni. Un parametro importante, ma spesso ignorato, è il contesto in cui vivono e lavorano le persone. I fattori di rischio delle malattie infettive non sono fattori di rischio individuali e gli agenti patogeni possono essere diversi nei vari gruppi socio-economici. I dati esistenti devono essere sfruttati al massimo per esplorare i determinanti sociali delle malattie infettive. Aree specifiche in cui è necessaria ulteriore ricerca sono le persone migranti, la mitigazione della stigmatizzazione e i processi sociali e politici che influenzano la disuguaglianza nella sanità.

Una richiesta specifica della riunione è stata quella di un database dei buoni interventi. L'obiettivo di tale database sarebbe quello di assicurare un buon flusso d'informazione, specialmente dalle zone che non pubblicano molto ma vantano molta esperienza specifica.

L'educazione sanitaria era considerata una priorità d'intervento politico in due modi. L'educazione sanitaria deve essere ai primi posti dei programmi dei responsabili politici dell'istruzione dalla giovane età in avanti. Tale educazione sanitaria deve comprendere una prospettiva dei determinanti sociali delle questioni sanitarie cosicché le generazioni a venire possano influenzare il processo politico. L'insegnamento deve comprendere gli effetti sulla salute dell'isolamento sociale, trasmettere competenze specifiche per proteggersi dai rischi per la salute e consentire alle persone di pensare in autonomia e d'influenzare la propria esposizione ai fattori di rischio. Secondo, la formazione sui determinanti sociali nelle università di medicina, scuole per infermieri, sociologia, ecc. deve essere rafforzata. I futuri operatori sanitari devono essere impegnati nel dibattito e sostenere il cambiamento dei determinanti a monte. Il campo della salute pubblica deve contribuire al dibattito sulle disparità sociali e sulla relativa influenza sulla salute.

Esiste un'evidente priorità di evidenziare determinanti macrosociali e di collaborare con settori esterni al campo della sanità pubblica (politico, sociale, ingegneristico ecc.). Per contribuire a questa iniziativa di sostegno, è necessario riflettere e discutere degli obiettivi. Si possono usare buoni esempi presi dalla storia di tutti i paesi europei. L'EDCC può svolgere un ruolo importante come agente di sostegno dell'importanza della disuguaglianza nel controllo delle malattie trasmissibili.

9. Workshop sui cambiamenti ambientali e le malattie infettive

(Riunione di marzo 2007, relazione pubblicata a maggio 2008)

Obiettivi della riunione

- Esaminare i dati relativi alle implicazioni del cambiamento climatico e dei cambiamenti ecologici globali sulla diffusione delle malattie trasmissibili in Europa;
- discutere delle competenze della sanità pubblica necessarie per affrontare il cambiamento climatico e le minacce delle malattie infettive; e
- identificare le esigenze della ricerca.

Cambiamento climatico

Il Gruppo intergovernativo di esperti sul cambiamento climatico (IPCC) dichiara che il clima sta cambiando; si prevedono temperature più alte, l'aumento del livello del mare ed eventi meteorologici più estremi. Questi cambiamenti hanno effetto sull'ecosistema, sull'acqua, l'agricoltura e lo sviluppo socio-economico e quindi — direttamente o indirettamente — sulla salute della popolazione. Il cambiamento climatico ed altri cambiamenti ecologici possono influire sulla distribuzione delle malattie infettive in vari modi. Tutti i partecipanti hanno convenuto sul fatto che l'impegno a favore di una composizione costante ("constant composition commitment") — il tipo di cambiamento climatico per il quale siamo già impegnati — richiede d'intervenire immediatamente.

Minacce di malattia

I partecipanti alla riunione hanno discusso delle implicazioni del cambiamento climatico e di altri cambiamenti ambientali per le malattie trasmesse da vettori, roditori, dall'acqua, dagli alimenti e dall'aria. Nonostante l'insufficienza di evidenze, sono state tratte le seguenti conclusioni.

- Diverse malattie trasmesse da vettori e roditori sono state identificate come potenzialmente in grado di modificare il proprio raggio di distribuzione in base al cambiamento climatico (temperatura, eventi meteorologici estremi, stagionalità) e a fattori ambientali (destinazione dei suoli, ecosistemi, deforestazione, idrologia, biodiversità). Tra queste anche le malattie arbovirali, ad es. dengue, Chikungunya, febbre del Nilo occidentale e, potenzialmente, la malaria. La densità e la distribuzione della popolazione di roditori è ugualmente influenzata dalle condizioni meteorologiche.
- L'Europa deve essere preparata a malattie di importazione legate all'acqua, ad es. il colera, epidemie localizzate dovute ad eventi di precipitazioni estreme e problemi di salute associati alla sovrabbondanza di rifiuti e di acque di scarico. Sono stati qualificati importanti anche i potenziali cambiamenti nella frequenza delle malattie diarroiche. I gruppi più a rischio comprendevano i poveri, gli anziani, le persone molto giovani, i gruppi ai margini della società, i viaggiatori esposti all'estero e le persone immunocompromesse o che soffrono di patologie preesistenti.
- Le malattie di origine alimentare sono state esaminate in relazione al cambiamento dei comportamenti umani e al cambiamento dei modelli di contatto tra animali selvatici e domestici, specialmente in condizioni di siccità.
- L'esacerbazione dell'asma e delle pneumopatie croniche ostruttive è stata identificata come l'effetto più significativo del cambiamento climatico sulla salute respiratoria. Si è ritenuto che l'alta prevalenza di queste patologie le rendono buoni marcatori sentinella per tenere traccia dell'impatto del cambiamento climatico.

Competenze di sanità pubblica

I partecipanti concordavano all'unanimità sul fatto che le competenze richieste sono competenze fondamentali di sanità pubblica e rappresentano valori che esistono — o dovrebbero esistere — in tutti i paesi. Altri punti concordavano su:

- Il rafforzamento delle capacità per gestire le nuove minacce di malattie infettive associate al cambiamento climatico può essere visto come uno strumento per rafforzare la sanità pubblica a livello più ampio. Di particolare importanza era la necessità di coordinare il lavoro tra i vari settori e le varie agenzie.

- Le quattro aree delle competenze di sanità pubblica affrontate erano sorveglianza, ricerca, controllo e politica. Esistono già strategie di sorveglianza per alcuni problemi posti dal cambiamento climatico, ma restano delle lacune nel settore delle malattie infettive.
- Un primo passo necessario sarebbe quello di condurre una valutazione dei rischi per identificare fattori di rischio e gruppi vulnerabili. Ciò definirebbe una piattaforma fattuale per linee guida per la sanità pubblica/cliniche e raccomandazioni politiche.
- Le lacune delle conoscenze entomologiche sono un ostacolo importante. Approfondendo la formazione entomologica si potrebbe correggere il problema.
- Manca un sistema di monitoraggio completo, ma il gruppo ha concordato sul fatto che non c'era necessità di istituire un sistema che coprisse tutta l'Europa perché molte delle malattie potenzialmente minacciose sono rare nella maggior parte delle zone.
- L'unanimità andava ad un approccio di "risposta in caso di necessità". Questo approccio si concentra sulla flessibilità e consente di rispondere rapidamente ai problemi quando si presentano. Si basa sull'ipotesi secondo cui finora solo pochissime di queste malattie infettive — se viste in relazione al cambiamento climatico o altri problemi ambientali — hanno posto problemi importanti.
- C'è l'esigenza di una sensibilizzazione pubblica (e forse anche professionale) relativamente ad alcuni dei problemi generali al fine di migliorare la comprensione di alcuni dei cambiamenti imminenti.
- Il nuovo Libro verde sui cambiamenti climatici offre una speciale opportunità per rafforzare la capacità della Commissione dell'UE nelle politiche della sanità.

Esigenze, sfide e ostacoli della ricerca

La riunione ha identificato una varietà di questioni legate alla ricerca, compresa la necessità di indicatori e dell'identificazione dei gruppi vulnerabili. I partecipanti hanno notato che ci sono capacità nettamente diverse nei diversi Stati membri relativamente alla conduzione del monitoraggio e della ricerca relativi al cambiamento climatico. Hanno suggerito che l'uso di sedi sentinella in tutti i paesi potrebbe essere una soluzione rapida per raccogliere dati a livello europeo finché non saranno completamente funzionali tutti i sistemi di sanità pubblica e di monitoraggio.

L'accesso a dati a lungo termine rappresenta un'altra esigenza. È difficile collegare questi dati a quelli raccolti dai satelliti ed arrivare a conclusioni utili per quanto riguarda la salute umana. L'attribuzione di processi a lungo termine al cambiamento climatico è un'altra sfida che deve affrontare la ricerca.

Raccomandazioni d'intervento

In fase di sviluppo di programmi di lavoro e successive politiche di sanità pubblica che si concentrino sul cambiamento climatico e le malattie infettive, vi è l'esigenza di:

- costruire sulle iniziative e le capacità esistenti;
- sviluppare una cultura improntata al "reciproco vantaggio" relativa al lavoro tra i vari settori e le varie agenzie;
- riconoscere il fatto che parti diverse della regione subiranno gli effetti del cambiamento climatico in modi diversi;
- riconoscere le diverse capacità di risposta dei diversi Stati membri;
- esplorare una varietà di possibili approcci alla sorveglianza;
- gestire gli ostacoli della sorveglianza;
- collaborare e sviluppare una strategia del rischio completa che miri all'orizzonte;
- agevolare lo sviluppo e l'attuazione di programmi di educazione professionale; e
- rafforzare le capacità di comunicazione.

Allegato: Pubblicazioni dell'ECDC nel 2008

Questo elenco comprende solo le pubblicazioni ufficiali dell'ECDC del 2008. Tuttavia, il personale dell'ECDC ha pubblicato o collaborato a molti articoli e pubblicazioni scientifiche non elencate, tra cui *Eurosurveillance*. Tutti i documenti di seguito sono disponibili sul sito web dell'ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

Relazione tecnica

Maggio

Review of Chlamydia control activities in EU countries

Guida ECDC

Gennaio

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Agosto

Priority risk groups for influenza vaccination

Relazioni in materia di sorveglianza

Dicembre

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Relazione sulle missioni

Agosto

Measles outbreak in Austria: risk assessment in advance of the EURO 2008 football championship

Relazioni speciali

Marzo

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Maggio

Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008–2013

Luglio

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Relazioni delle riunioni

Gennaio

Networking for public health (27–28 February 2007)

Febbraio

Consultation on vector-related risk for chikungunya virus transmission in Europe (22 October 2007)

Infectious diseases and social determinants (26–27 April 2007)

Marzo

Now-casting and short-term forecasting during influenza pandemics (29–30 November 2007)

Second consultation on outbreak investigation and response in the EU (15 November 2007)

Third meeting of the Chairs of Commission and Agency scientific committees/panels involved in risk assessment (6–7 November 2007)

Maggio

Environmental change and infectious disease (29–30 March 2007)

Giugno

Training strategy for intervention epidemiology in Europe (11–12 September 2007)

Ottobre

Annual meeting on TB surveillance in Europe (3–4 June 2008)

HIV testing in Europe: from policies to effectiveness (21–22 January 2008)

Dicembre

Workshop on linking environmental and infectious diseases data (28–29 May 2008)

Documenti tecnici

Gennaio

Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union

Pubblicazioni aziendali

Trimestrali (marzo, giugno, settembre, dicembre)

ECDC Insight

Executive science update

Giugno

Annual report of the Director 2007

Dicembre

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future