

ECDC SURVEILLANCE

Relazione epidemiologica annuale 2011 Sintesi

La presente relazione descrive l'analisi dei dati di sorveglianza riferiti al 2009 per i 27 Stati membri dell'UE e tre Paesi SEE/EFTA, oltre a un'analisi delle minacce rilevate nel 2010. È rivolta a decisori, epidemiologi e al pubblico in generale e ha lo scopo di fornire una panoramica degli aspetti chiave relativi alle malattie trasmissibili nell'Unione europea. La relazione descrive settori in cui è richiesta una risposta in termini di misure di salute pubblica più concertata al fine di ridurre l'onere attuale e futuro delle malattie trasmissibili per la società e i sistemi sanitari. I dati presentati in questa sede consentono all'ECDC di assolvere ulteriormente al proprio compito di fornire dati comprovati sui quali basare le misure di salute pubblica.

Nonostante il notevole miglioramento della qualità e confrontabilità dei dati dalla creazione dell'ECDC, occorre usare una certa cautela nell'effettuare confronti diretti tra i vari Paesi dei dati presentati. I sistemi di sorveglianza sono molto diversi e per numerose malattie il rapporto tra il tasso di casi confermati e l'incidenza effettiva varia da Paese a Paese.

Infezioni del tratto respiratorio

Il virus dell'influenza pandemica A(H1N1) è emerso in Nord America nell'aprile 2009 e ben presto ne sono stati individuati casi nel Regno Unito e in altri Stati membri. In seguito a un picco iniziale primaverile ed estivo, la maggior parte delle trasmissioni dei virus si è verificata in autunno e all'inizio dell'inverno, scendendo a livelli bassi entro l'inizio del 2010. L'ECDC ha monitorato la pandemia ampliando i normali sistemi di sorveglianza europei con l'adozione di misure di sorveglianza sentinella delle consultazioni in ambulatori di medicina generale, la raccolta di campioni positivi all'influenza provenienti da ambulatori sentinella e la sorveglianza dei casi gravi di infezioni respiratorie acute in ospedali sentinella.

Quasi tutti i casi di influenza erano causati dal nuovo virus A(H1N1)2009 e solo una percentuale molto limitata di casi era dovuta a un virus B (lineaggio Victoria). Il precedente virus stagionale A(H1N1) era sparito e con esso la resistenza associata a oseltamivir, ampiamente usato per la profilassi e il trattamento durante la pandemia. Il numero più elevato di consultazioni in ambulatori di medicina generale è stato osservato per la fascia di età 0-14 anni, ma la malattia in forma grave era predominante negli adulti di età inferiore a 65 anni.

Undici Stati membri hanno attuato, in varie forme, un monitoraggio dei casi gravi di affezione respiratoria acuta con ricovero ospedaliero. Dalla settimana 40/2009 sono stati segnalati 9 469 casi con 569 decessi correlati. Il numero di casi segnalati diminuiva con l'età e la gravità dell'esito è stata correlata all'età avanzata, al sesso maschile e alla presenza di almeno una condizione medica sottostante. Eccezionalmente, il 20 % dei decessi da influenza confermati si è verificato in adulti e bambini precedentemente sani, spesso in associazione a una sindrome da distress respiratorio acuto.

Nell'agosto 2010 è stata ufficialmente dichiarata la fase post-pandemica della malattia. Nell'inverno del 2010, un alto numero di pazienti infettati dal ceppo pandemico ha necessitato di terapia intensiva, mettendo sotto pressione i sistemi sanitari di diversi Paesi, malgrado una stagione influenzale generale relativamente blanda. Metà dei ceppi del virus influenzale esaminati durante la stagione di sorveglianza influenzale 2010/2011 era dovuta al ceppo pandemico.

Un vaccino monovalente raccomandato dall'OMS è stato utilizzato dagli Stati membri, con definizioni variabili dei gruppi target. I vaccini utilizzati presentavano una buona corrispondenza con il virus pandemico, con conseguente elevata efficacia; il loro effetto, tuttavia, è stato limitato dal fatto che siano stati utilizzati dopo che la maggior parte della trasmissione del virus si era già verificata. Nell'agosto 2010, la Finlandia, seguita dalla Svezia, ha riferito un aumento dei casi di narcolessia negli adolescenti vaccinati con un marchio specifico di vaccino per la pandemia. Sono stati avviati diversi studi per indagare se vi fosse una relazione causale tra il vaccino e la narcolessia.

Le lezioni, in termini di sorveglianza e risposta, tratte da questa esperienza di pandemia includono la necessità per i Paesi europei di intensificare la propria sorveglianza individuale e collettiva dell'influenza stagionale "normale", in quanto su di essa sono basati i sistemi utilizzati in situazioni pandemiche. La pandemia ha anche evidenziato la necessità per i Paesi europei di consolidare la propria capacità di effettuare le necessarie ricerche applicate sull'epidemiologia del ceppo pandemico in modo tempestivo, sia durante la pandemia sia nel periodo immediatamente successivo.

Diversi focolai di influenza aviaria sono stati individuati nei volatili durante il 2009, tra cui due dovuti a ceppi altamente patogeni: in Germania con l'A(H5N1) e in Spagna con l'A(H7N7). Non sono stati riferiti casi umani associati ai focolai di influenza aviaria.

La malattia del legionario (legionellosi) resta un'infezione non comune nei Paesi dell'UE e del SEE/EFTA. A partire dal 2007 vi è anche stata una riduzione significativa del numero di casi associati a viaggi: nel 2009 sono stati identificati 88 cluster di casi di infezioni associati a viaggi. Questa riduzione potrebbe essere correlata a una migliore attuazione delle linee guida per il controllo della *Legionella* e alla diminuzione dei viaggi internazionali durante la recessione economica globale. È necessario un esame ulteriore della situazione.

La tubercolosi (TBC) resta un'infezione comune e rappresenta un onere importante, con quasi 80 000 casi segnalati ancora ogni anno in tutta l'UE. Il numero di casi di TBC segnalati ha continuato a ridursi; dal 2005 vi è stata una ridotta ma prolungata diminuzione dei tassi di segnalazione nell'UE/SSE in generale di circa il 4 % l'anno. La maggior parte degli Stati membri ha riferito una riduzione dei tassi in questo periodo. Alcuni Paesi con tassi di infezione relativamente bassi (ad es. i Paesi nordici, Cipro, Malta, il Regno Unito) hanno riferito tassi in aumento, almeno parzialmente associati all'aumento del numero di casi originatisi al di fuori del Paese segnalante. La tubercolosi è maggiormente prevalente nei gruppi svantaggiati e marginalizzati, tra cui migranti, senz'altro, indigenti dei centri urbani, detenuti, persone infette da HIV e consumatori di droghe.

La percentuale di casi combinati di tubercolosi multifarmacoresistente (MDR TB) si è ridotta leggermente dal 2008 (5,3 %), ma la percentuale di questi casi - classificati come TBC fortemente farmacoresistente (7 %) - desta preoccupazione ed è correlata principalmente a regimi terapeutici incompleti o mal progettati. Il tasso di successo globale del trattamento per la coorte del 2008 è stato del 78 %; sei Paesi hanno riferito di aver ottenuto per la coorte 2007 l'obiettivo dell'85 % di successi previsto per il trattamento.

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

L'infezione da HIV resta uno dei maggiori problemi di salute pubblica in Europa. Il numero totale di casi confermati segnalati annualmente nei Paesi dell'UE e del SSE/EFTA si è stabilizzato intorno ai 28 000 all'anno. Gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini rappresentano il gruppo più ampio di casi (35 %), seguiti da coloro che hanno acquisito il virus attraverso contatto eterosessuale in Europa (24 %) e dai consumatori di droghe iniettabili (5 %). La trasmissione madre-figlio, le infezioni nosocomiali, le trasfusioni o l'utilizzo di altri prodotti ematici rappresentano solo l'1 % dei casi.

Continuano a essere osservate tendenze significative negli schemi di trasmissione della malattia. Tra il 2004 e il 2009, i casi in uomini che hanno avuto rapporti sessuali con uomini sono aumentati del 24 %, mentre i casi di infezione mediante trasmissione eterosessuale riferiti negli Stati membri dell'Unione europea sono rimasti relativamente stabili con alcuni segni di aumento nel 2009; infine, i casi di trasmissione eterosessuale originatisi in Paesi con un'epidemia di HIV generalizzata si sono ridotti di quasi il 50 %. Anche il numero di casi nei consumatori di droghe iniettabili si è ridotto sostanzialmente.

Il numero di diagnosi di AIDS nell'UE si è ridotto di oltre la metà tra il 2004 e il 2009, rispecchiando miglioramenti nell'accesso al trattamento e nella sua efficacia. Gli Stati baltici hanno rappresentato un'eccezione, con aumenti del numero di casi compresi tra l'8 % e il 76 %.

La clamidia è l'infezione trasmissibile per via sessuale più frequentemente segnalata nell'UE, con quasi 350 000 casi segnalati nel 2009. I tassi riferiti sono più che raddoppiati negli ultimi 10 anni. Questo aumento riflette in ampia misura le misure intraprese dagli Stati membri per migliorare la diagnosi e la segnalazione dell'infezione, incluso lo sviluppo di programmi di screening e di sorveglianza. Più di tre quarti dei casi sono diagnosticati in giovani adulti di

età inferiore a 25 anni. Tuttavia, è probabile che la segnalazione dei casi non sia completa a causa della natura asintomatica dell'infezione. La clamidia rappresenta un onere infettivo significativo e crescente sia per le persone (principalmente i giovani adulti) sia per i servizi sanitari, visto il numero di infezioni e la riduzione della fertilità che ne deriva in alcune donne.

I casi segnalati di gonorrea e sifilide sono molto inferiori e le tendenze sembrano relativamente stabili, con una leggera riduzione globale (9%) dei casi riferiti per entrambe le infezioni tra il 2006 e il 2009. I tassi riferiti, tuttavia, variano ampiamente da un Paese all'altro, e alcuni Paesi non segnalano tali infezioni. I tassi di infezione da gonorrea si sono ridotti significativamente in molti Stati membri tra il 2006 e il 2009; tassi più elevati e stabili sono stati riferiti da Regno Unito, Paesi Bassi e Stati baltici. L'aumento della resistenza ai principali antibiotici utilizzati per il trattamento della gonorrea nell'UE rappresenta un problema emergente di salute pubblica. Anche i tassi riferiti e le tendenze dei casi di sifilide hanno evidenziato significative variazioni tra gli Stati membri tra il 2006 e il 2009. Un notevole aumento dei casi è stato riferito da diversi Paesi, principalmente associato a aumenti delle segnalazioni di infezioni in uomini che hanno rapporti sessuali con uomini.

Il numero di casi riferiti di epatite B si è ridotto regolarmente nell'UE tra il 2006 e il 2009, con diminuzioni osservate nella maggior parte degli Stati membri. All'interno di tale diminuzione globale, l'epidemiologia rispecchia un insieme complesso di trasmissioni sessuali, trasmissioni per via ematica e perinatale, che varia nei diversi Stati membri. La tendenza globale dei casi riferiti di epatite C sembra in aumento nel tempo e si ritiene che l'epatite C sia la forma più comune di epatite virale nell'UE. Questa osservazione, tuttavia, resta incerta in quanto i sistemi di sorveglianza di molti Stati membri non distinguono tra infezione acuta e cronica. Inoltre, le differenze tra le pratiche diagnostiche e i sistemi di sorveglianza negli Stati membri, per entrambe le infezioni, causano una maggiore variazione dei tassi riferiti tra i diversi Paesi e rendono particolarmente difficile il confronto dei dati nazionali relativi a tali malattie.

Il coordinamento delle reti di sorveglianza dell'HIV/AIDS e delle infezioni trasmissibili per via sessuale è stato integrato tra i compiti dell'ECDC rispettivamente nel 2008 e nel 2009. Nel 2011 l'ECDC ha creato una nuova rete per la sorveglianza dell'epatite. L'ECDC sta lavorando con queste reti per standardizzare ulteriormente la sorveglianza di queste malattie e per puntare a una maggiore confrontabilità delle informazioni sulla loro epidemiologia.

Malattie di origine alimentare e idrica

Le infezioni da *Salmonella* e *Campylobacter* sono tuttora le malattie gastrointestinali più frequentemente segnalate nell'UE. L'incidenza delle infezioni da *Salmonella* segnalate si sta riducendo regolarmente dal 2004, grazie, almeno in parte, al successo dei programmi di controllo delle infezioni nel settore avicolo: i tassi di infezione da *S. enteritidis* si sono ridotti del 24% rispetto al 2008. Il numero di casi è superiore in Repubblica ceca, Slovacchia, Ungheria e Lituania, anche se in questi Paesi gli stessi si sono ridotti in modo sostanziale negli ultimi anni. Le infezioni da *Salmonella* sono tuttora segnalate più frequentemente nei bambini di età inferiore a 5 anni. La *Salmonella* rappresenta inoltre la fonte di molti focolai; nel 2009 gli Stati membri hanno accertato 324 focolai con 4 500 casi identificati. Alcuni focolai hanno avuto carattere internazionale, tra cui un focolaio di *S. Goldcoast* (sei Paesi UE) e di *S. typhimurium* di tipo (FDT) 191a (che ha colpito il Regno Unito e gli Stati Uniti).

Le infezioni da *Campylobacter* sono le infezioni gastrointestinali più frequentemente segnalate in Europa in quanto sono ubiquitarie in tutti gli Stati membri. I casi segnalati sono stabili, la maggior parte è sporadica e i focolai non sono frequenti. La frequenza di infezione, tuttavia, costituisce un onere gravoso per i servizi sanitari e una minoranza delle persone affette da tale infezione presenta disabilità significative, tra cui l'artrite. I tassi di infezione riferiti, anche in questo caso, sono massimi nei bambini molto piccoli. Sebbene la fonte di infezione sia in molti casi sconosciuta, la carne di pollame è considerata la fonte più importante di questa infezione di origine alimentare e su di essa si concentrano le misure di controllo attuali e di probabile adozione in futuro.

Le malattie parassitarie, in particolare la criptosporidiosi e la giardiasi, restano cause significative di infezione gastrointestinale in Europa e sono particolarmente soggette a sfuggire a diagnosi e segnalazione. L'onere di tali malattie resta poco definito, insieme a dati e informazioni atti alla definizione di interventi per ridurre la comparsa.

Molte malattie di questo gruppo sono ancora segnalate raramente o poco frequentemente. Alcune hanno esiti gravi per parte delle persone infettate (ad es. carbonchio, botulismo, listeriosi, toxoplasmosi). Generalmente, queste malattie sono segnalate in tutta l'UE e il numero di casi confermati appare relativamente stabile con una tendenza scarsa o non percepibile nel periodo 2006-2009.

Nel 2009 vi sono state alcune importanti eccezioni. I casi di carbonchio sono stati più frequenti, a causa principalmente di un focolaio tra i consumatori di droghe per via endovenosa nel Regno Unito; il carbonchio dovrebbe essere considerato una malattia emergente per quanto riguarda questa modalità di trasmissione. Casi di sindrome emolitico-uremica (HUS), una manifestazione clinica potenzialmente fatale dell'infezione STEC/VTEC, sono stati riferiti più frequentemente nel 2009 che in precedenza. Ciò potrebbe essere correlato alle caratteristiche dei tipi di *E. coli* responsabili di due ampi focolai nel Regno Unito e nei Paesi Bassi; la possibile tendenza verso infezioni più gravi deve però essere riesaminata. I decessi dovuti alla variante della CJD hanno continuato a diminuire.

Alcune infezioni gastrointestinali rare o non comuni sono più frequenti in sottoregioni e Paesi particolari. La brucellosi è segnalata principalmente da Portogallo, Spagna e Grecia, associata soprattutto agli allevamenti di caprini; la maggior parte dei casi di trichinellosi è stata segnalata da Bulgaria, Romania e Lituania, e potrebbe essere associata al consumo di maiale allevato a livello domestico e di cinghiale; la maggior parte dei casi confermati di echinococcosi è stata segnalata dalla Bulgaria. Le segnalazioni di casi di yersiniosi stanno diminuendo ma il numero di casi segnalati resta elevato negli Stati nordici, in Germania, Repubblica ceca e Slovacchia; l'infezione è spesso associata al consumo di carne di maiale. I casi confermati di listeriosi sono più numerosi in Danimarca e sono aumentati negli ultimi anni, per ragioni che restano incerte. Casi di epatite A sono stati segnalati in generale relativamente poco di frequente ma il numero di casi confermati resta relativamente alto in Lettonia, Repubblica ceca, Slovacchia, Romania e Bulgaria.

La febbre tifoidea/paratifoidea e il colera sono considerate malattie rare nei Paesi dell'UE e del SEE/EFTA, ma se ne registrano casi principalmente come importazioni sporadiche dall'esterno dell'Unione con una distribuzione che rispecchia gli schemi di viaggio dei cittadini UE verso Paesi in cui queste malattie sono endemiche.

Malattie emergenti e trasmesse da vettori

Il numero di casi di malaria segnalati resta stabile e quasi tutti sono stati importati da Paesi esterni all'Unione. La distribuzione dei casi negli Stati membri rispecchia principalmente gli schemi di viaggio dei cittadini verso i Paesi in cui la malaria è endemica. Un piccolo numero di casi indigeni di *Plasmodium vivax* è stato segnalato dalla Grecia nel 2009. Nel 2010 la Spagna ha segnalato il suo primo caso indigeno di *Plasmodium vivax* dal 1961.

Casi sporadici di febbre del Nilo occidentale (infezione da WNV) sono stati ancora segnalati nel 2009 da Italia, Ungheria e Romania. Le caratteristiche dei casi italiani suggeriscono la prosecuzione dell'epidemia del 2008 nell'Italia settentrionale. Nel 2010 è stato osservato un aumento improvviso delle malattie trasmesse da zanzare, inclusa l'infezione da WNV, in diversi Paesi UE. Il numero di casi umani di WNV nel 2010 è stato il più elevato riferito in Europa nell'ultimo decennio, ove la Grecia ha rappresentato la maggior parte dei 340 casi UE confermati. Al di fuori della Grecia, casi di WNV sono stati segnalati anche da Spagna, Ungheria, Romania e Italia oltre a un ampio focolaio nella Russia meridionale.

Due casi indigeni di dengue sono stati segnalati in Francia meridionale e 15 casi indigeni di dengue in Croazia; in entrambe le aree è noto che la zanzara vettore, *Aedes albopictus*, è presente in forma stabile. Il numero di casi di febbre chikungunya è aumentato significativamente nel 2009 in viaggiatori di ritorno da Paesi in cui ha luogo la trasmissione. Nel 2010, una trasmissione indigena è stata segnalata per la seconda volta in Europa (dopo il focolaio italiano del 2007), con due casi identificati nella Francia meridionale. È necessaria una sorveglianza stretta e continua (umana, veterinaria, entomologica) per mantenere la situazione sotto esame.

Continuano a essere segnalati numerosi casi di febbre Q, principalmente dovuti a un focolaio nei Paesi Bassi, della durata di diversi anni. Si tratta del più vasto focolaio comunitario di febbre Q mai segnalato. Alcuni casi e focolai di lieve entità sono stati segnalati anche da altri Paesi, tra cui Belgio, Germania, Irlanda e Bulgaria. La febbre Q è una malattia poco diagnosticata a causa delle sue caratteristiche cliniche aspecifiche. Inoltre, non è segnalata da alcuni Paesi.

Le infezioni da hantavirus sono ancora le febbri emorragiche virali più frequentemente segnalate, con la maggior parte dei casi riferita dalla Finlandia nel 2009. Numerosi casi di dengue sono stati segnalati anche da Stati membri; per quanto riguarda la malaria, l'epidemiologia rispecchia i viaggi dei cittadini verso Paesi in cui la febbre dengue è endemica. Altre forme di febbre emorragica virale sono state segnalate raramente (come casi sporadici importati), o per nulla, nel 2009.

Non sono stati segnalati casi di peste, vaiolo o SARS dagli Stati membri nel 2009 ma si è verificato un caso di febbre gialla (in una persona che si era recata in Ghana).

Le malattie trasmesse da vettori rappresentano ancora un onere rilevante per gli Stati membri, sia nella forma di viaggiatori infettati che rientrano da Paesi in cui queste malattie sono endemiche, sia in relazione al rischio che la trasmissione della malattia diventi stabile nei Paesi UE. La febbre del Nilo occidentale è ora endemica in Europa; grazie alla presenza di vettori adatti e con l'accendersi di focolai in altre regioni del mondo, vi è il rischio che la trasmissione indigena di altre malattie, come la dengue e la chikungunya, possa stabilirsi nei Paesi europei nei prossimi anni.

Malattie prevenibili da vaccino

La maggior parte delle malattie prevenibili da vaccino ha continuato a evidenziare una tendenza in diminuzione o stabile del numero di casi confermati nel 2009, anche se si è verificato un aumento sostanziale dell'attività del morbillo nel 2010. Tra le malattie per cui è prevista la vaccinazione a livello primario, i casi di difterite sono stati rari e in continuo declino, limitati a pochi casi in cinque Paesi. Casi isolati di tetano sono stati segnalati da alcuni Paesi; l'Italia ha rappresentato un'eccezione con 58 casi segnalati. Nel 2009 non sono stati segnalati casi di poliometite, ma un ampio focolaio nel 2010, che ha colpito principalmente il Tajikistan e i Paesi vicini con quasi 500

casi confermati dovuti al sierotipo 1 del poliovirus selvatico (WPV1), ha rappresentato una sfida significativa per la condizione certificata di "regione senza polio" dell'Europa.

La malattia invasiva da *Haemophilus influenzae* è rimasta poco comune con una tendenza stabile, rispecchiando i vantaggi della precedente introduzione del vaccino; i casi sono stati rappresentati principalmente da sierotipi non incapsulati e non-b. Anche la malattia invasiva da meningococco è rimasta relativamente non comune, in seguito all'introduzione del vaccino del gruppo C, anche se il numero di casi mortali e di disabilità è ancora importante. La malattia invasiva da pneumococco è segnalata più frequentemente ma i relativi sistemi di sorveglianza sono eterogenei e non universali in Europa. Inoltre, gli effetti dell'introduzione del vaccino pneumococcico sono difficili da valutare.

Per le altre malattie, il quadro epidemiologico è più vario e preoccupante. Pur esistendo una vaccinazione di livello primario in tutti i Paesi, la pertosse resta un'infezione relativamente comune e poco diagnosticata, con tassi di segnalazione stabili o crescenti. Un aumento del numero di casi è segnalato nei bambini più grandi e negli adolescenti, oltre che negli adulti. Ciò rappresenta un ampio serbatoio e una fonte importante di infezione per i bambini più piccoli e vulnerabili.

Migliaia di casi di morbillo, parotite epidemica e rosolia continuano a essere segnalati in Europa. L'impegno all'eliminazione del morbillo e della rosolia endemica è stato rinnovato nel 2010 ma l'eliminazione entro il 2015 non sarà raggiunta a meno che tutti gli Stati membri non effettuino interventi efficaci per aumentarne la copertura da vaccino. Le comunità con accesso limitato ai servizi sanitari standard rappresentano un problema particolare. Solo tre Paesi (Slovenia, Slovacchia e Islanda) non hanno segnalato alcun caso dal 2006.

Il numero di casi di morbillo in tutta l'UE si è ridotto nel 2009 rispetto ai precedenti anni di picco (2006, 2008) e focolai o aumenti del numero di casi sono stati segnalati nel 2009 da Francia, Germania, Italia, Austria, Bulgaria, Regno Unito e Irlanda. L'incidenza è però di nuovo aumentata notevolmente nel 2010, anno in cui la Bulgaria ha rappresentato la maggior parte degli oltre 30 000 casi segnalati in Europa, comprensivi di 21 decessi.

I casi di parotite epidemica sono aumentati significativamente nel 2009, principalmente a causa di un focolaio nazionale nel Regno Unito, correlato al raggiungimento dell'età universitaria da parte di coorti non vaccinate. I casi confermati di rosolia sono diminuiti nel 2009, parzialmente grazie alla risoluzione di un focolaio in Italia nel 2008, ma anche rispecchiando variazioni dei sistemi di sorveglianza e segnalazione, ivi compresi tassi molto bassi di conferma di laboratorio e variazioni nella definizione dei casi adottata per la segnalazione da parte di alcuni Paesi.

Resistenza antimicrobica e infezioni nosocomiali

In base ai dati di resistenza antimicrobica riferiti all'EARS-Net da 28 Paesi nel 2009 e ai risultati dell'analisi delle tendenze, inclusi i dati EARSS degli anni precedenti, la situazione in Europa mostra ampie variazioni a seconda del microorganismo, dell'antibiotico in questione e della regione geografica.

Nel 2009, le tendenze più preoccupanti sono state la sensibilità rapidamente decrescente di *Escherichia coli* isolato da infezioni invasive verso essenzialmente tutti gli agenti antimicrobici inclusi nella sorveglianza dell'EARS-Net, a eccezione dei carbapenemi, e le elevate percentuali di resistenza alle cefalosporine di terza generazione, ai fluorochinoloni e agli aminoglicosidi di *Klebsiella pneumoniae* provenienti da infezioni invasive. In metà dei Paesi segnalanti, la percentuale di isolati di *K. pneumoniae* rivelatisi multifarmacoresistenti (resistenza combinata a cefalosporine di terza generazione, fluorochinoloni e aminoglicosidi) è stata superiore al 10 % e alcuni Paesi hanno anche riferito percentuali elevate di resistenza ai carbapenemi.

Questi antibiotici sono stati ampiamente utilizzati in molti Paesi a causa dell'aumento della prevalenza di enterobatteri produttori di beta-lattamasi a spettro allargato (ESBL). Ciò ha determinato l'emergere della produzione di carbapenemasi (VIM, KPC e NDM-1), specialmente in *K. pneumoniae*. Anche la resistenza alle cefalosporine di terza generazione da parte di *E. coli* è aumentata in modo significativo negli ultimi quattro anni in più della metà dei Paesi segnalanti.

Anche se la percentuale di *Staphylococcus aureus* meticillina-resistenti (MRSA) negli isolati di *Staphylococcus aureus* sembra stabilizzarsi, o persino decrescere in alcuni Paesi europei, gli MRSA restano una priorità per la salute pubblica, in quanto la loro percentuale è ancora superiore al 25 % in oltre un terzo dei Paesi segnalanti.

I dati sul consumo di antimicrobici riferiti all'ESAC ha continuato a evidenziare una variazione tra i diversi Paesi pari a quasi quattro volte nell'uso ambulatoriale di antibiotici espresso in dosi giornaliere definite per popolazione. Vi sono anche ampie variazioni all'interno dei Paesi nel relativo uso di varie classi di antibiotici. Le penicilline sono rimaste il gruppo di antimicrobici somministrato più frequentemente, con un impiego compreso tra il 29 % e il 66 % di tutti gli antimicrobici usati nei pazienti ambulatoriali. Le altre classi di antimicrobici (ad es. cefalosporine, macrolidi, chinoloni) costituiscono proporzioni molto variabili dell'uso di antimicrobici ambulatoriali a seconda del Paese.

Per la prima volta dal passaggio all'ECDC del coordinamento della sorveglianza delle infezioni nosocomiali nel 2008, i dati sono stati raccolti attraverso il sistema TESSy adottato dall'ECDC. Diciassette Paesi hanno presentato i dati

per almeno una delle infezioni nosocomiali sottoposte a sorveglianza. Il numero di interventi chirurgici incluso nella sorveglianza per il 2009 è aumentato del 9,6 % e il numero di UTI partecipanti del 22,7 % rispetto al 2008.

La tendenza decrescente della prevalenza di infezioni in sede chirurgica in seguito a protesi dell'anca è proseguita nel 2009. La distribuzione di microrganismi associati a infezioni acquisite in unità di terapia intensiva ha mostrato una percentuale elevata di isolati di enterobatteri resistenti alle cefalosporine di terza generazione (in particolare, *Klebsiella* spp. e *Enterobacter* spp.). Nel 2009 è stata segnalata più frequentemente resistenza alla colistina in *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e *Stenotrophomonas maltophilia*.

Conclusioni

La pandemia del 2009 e 2010, le relative conseguenze e le valutazioni della risposta hanno sollevato svariati problemi di preparazione e di risposta ai nuovi ceppi di virus influenzali con caratteristiche essenzialmente sconosciute. Dal riesame dell'esperienza europea è emersa ripetutamente la necessità di intensificare la sorveglianza abituale dell'influenza stagionale negli ospedali e, specialmente, nelle unità di terapia intensiva in molti Stati membri e di consolidarne il coordinamento a livello europeo. I sistemi di sorveglianza che funzionano bene possono essere adattati alle situazioni pandemiche ma non possono essere sviluppati prontamente *de novo* durante un'emergenza di salute pubblica. Sebbene la natura della correlazione tra uno dei vaccini dell'influenza pandemica e la narcolessia in bambini e giovani adulti sia ancora da stabilire, il monitoraggio efficace della copertura e della sicurezza vaccino dei vaccini e l'indagine tempestiva dei segnali devono rappresentare una parte integrante della sorveglianza dell'influenza e della farmacovigilanza, così come l'altro lato della medaglia, cioè l'efficacia dei vaccini. Oggi è però prioritario determinare le caratteristiche della nuova influenza stagionale in Europa, includendo il monitoraggio dei livelli di trasmissione dei virus resistenti.

Un certo numero di obiettivi europei probabilmente non verrà raggiunto a meno che gli Stati membri non attuino interventi più efficaci. I focolai e le epidemie di morbillo sono più frequenti e diffusi che in precedenza: l'epidemia in Bulgaria nel 2009 ricorda quanto diffuse e intense possano essere tali epidemie, con molti casi evitabili d'infezione e decesso. L'epidemiologia del morbillo e della rosolia sta peggiorando invece di migliorare, evidenziando una situazione in cui molti Stati membri hanno difficoltà a raggiungere o mantenere livelli adeguati di immunizzazione. Anche se il tasso globale di segnalazione della tubercolosi continua a ridursi lentamente, i progressi verso il raggiungimento di obiettivi quali la conferma batteriologica e la riuscita del trattamento in tutti i casi di tubercolosi restano limitati. La ri-emergenza della polio sotto forma di focolaio in Tajikistan sottolinea che il mantenimento della condizione di "regione senza polio" per l'Europa resta condizionato all'esercizio di una continua vigilanza.

La capacità di riconoscere, investigare e identificare la probabile origine di un focolaio resta di importanza cruciale nel caso delle malattie di origine alimentare e idrica. Nella presente relazione sono evidenziati i focolai nazionali e internazionali di malattie dovute a cryptosporidium e norovirus, a listeriosi e VTEC, che hanno colpito Paesi di tutta l'Unione. I focolai multinazionali di *Salmonella* sottolineano la necessità di coordinare meglio le indagini e le misure di controllo tra gli Stati membri, a livello europeo, e tra le organizzazioni e le reti che si occupano di sicurezza umana, veterinaria e alimentare. Se ne è avuto un ulteriore esempio con l'epidemia del 2011 di *E.coli* enteroemorragico con epicentro in Sassonia (Germania).

Lo sviluppo di resistenza da parte dei microrganismi agli antibiotici continua a rappresentare un problema importante di salute pubblica, illustrato dai casi di enterobatteri produttori di carbapenemasi metallo-beta-lattamasi (NDM-1) verificatisi nell'UE e originari del subcontinente indiano. I Paesi devono intensificare i propri programmi di prescrizione basati su prove e altre misure per ridurre la pressione connessa all'emergere di ceppi batterici resistenti. I progressi compiuti nella riduzione della prevalenza delle infezioni da *Staphylococcus aureus* meticillina-resistenti (MRSA) in diversi Paesi sono incoraggianti per quanto riguarda ciò che si può ottenere con tali strategie coordinate.

Le malattie emergenti nel contesto europeo continuano a rappresentare rischi per la salute pubblica. Il virus del Nilo occidentale deve ora essere considerato endemico nei Paesi UE sudorientali e casi indigeni sono segnalati per malattie precedentemente (in tempi moderni) considerate solo importate (malaria, dengue, febbre chikungunya). È necessaria una sorveglianza umana, veterinaria e ambientale coordinata e incrementata in tutti gli Stati membri a rischio di tali malattie, oltre allo sviluppo di contromisure efficaci.

Altre malattie sono considerate "emergenti" a causa di cambiamenti dei gruppi colpiti e dei mezzi di trasmissione. Il carbonchio è emerso come potenziale malattia epidemica tra i consumatori di droghe per via endovenosa. L'epidemiologia dell'HIV in diversi gruppi continua a evolvere in modo diverso nei diversi Paesi.

Svariate malattie restano particolarmente soggette a essere insufficientemente diagnosticate e segnalate, cosa che rende più complicato capire l'onere che le stesse comportano e sviluppare interventi appropriati di salute pubblica. Tra queste vi sono le malattie parassitarie diarroiche, come la giardiasi e la criptosporidiosi, per le quali in diversi Stati membri non sono abitualmente disponibili servizi diagnostici di laboratorio. Altre malattie sono tuttora non sorvegliate, o non segnalate, in alcuni Stati membri. A questa tipologia appartengono diverse malattie responsabili di un considerevole onere infettivo, come la campilobatteriosi, la pertossi, la gonorrea e la malaria. Per altre malattie e in alcuni Stati membri, la segnalazione di casi in base alla definizione di caso adottata dall'UE resta un problema rilevante.

Tabella A. Panoramica della tendenza globale recente, del tasso di notifica UE e delle principali fasce di età colpite per le malattie trasmissibili segnalate all'ECDC (2009)

Malattia	Tendenza generale 2006-2009	Tasso UE di casi confermati per il 2009 (ogni 100 000 persone)	Principale fascia di età colpita (2009)
Infezioni del tratto respiratorio			
Influenza	↔	N/A	0-14
Influenza animale	dati insufficienti	0,0	dati insufficienti
Malattia del legionario (legionellosi)	< >	1,0	45+
Tubercolosi	↓	9,1	25+
HIV, infezioni trasmissibili per via sessuale e infezioni virali di origine ematica			
Infezione da clamidia	↑	185,1	15-24
Gonorrea	↔	9,7	15-34
Epatite B	↓	1,2	15-64
Epatite C	dati insufficienti	8,2	25-64
HIV	↔	5,7	25+
AIDS	↓	1,0	40-49
Sifilide	↔	4,5	20-44
Malattie di origine alimentare e idrica e zoonosi			
Carbonchio	N/A	<0,01	dati insufficienti
Botulismo	↔	0,03	0-4, 25-64
Brucellosi	↓	0,08	15+
Campilobatteriosi	↔	53,1	0-4
Colera	N/A	<0,01	dati insufficienti
Criptosporidiosi	< >	2,7	0-4
Echinococcosi	↓	0,2	25+
<i>Escherichia coli</i> produttore di verocitotossine o Shiga-tossine (VTEC/STEC)	< >	0,9	0-4
Giardiasi	↔	5,6	0-4
Epatite A	↔	3,4	0-24
Leptospirosi	↓	0,1	15+
Listeriosi	↔	0,35	65+
Salmonellosi	↓	23,6	0-4

Shigellosi	< >	1,6	0-44
Toxoplasmosi congenita	N/A	0,01	<1
Trichinellosi	←→	0,15	5-64
Tularemia	< >	0,18	45+
Febbre tifoidea/paratifoidea	←→	0,3	0-44
Variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob (vCJD)	N/A	<0,01	dati insufficienti
Yersiniosi	↓	2,0	0-14
Malattie emergenti e trasmesse da vettori			
Malaria	←→	0,9	25-44
Peste	N/A	0,0	N/A
Febbre Q	↑	0,6	45-64
Sindrome respiratoria acuta grave (SARS)	N/A	0,0	N/A
Vaiolo	N/A	0,0	N/A
Infezione da hantavirus	dati insufficienti	0,7	25+
Dengue	dati insufficienti	0,1	15-64
Febbre chikungunya	aumento	0,02	25-64
Infezione da virus del Nilo occidentale	aumento	<0,01	45+
Febbre gialla	N/A	<0,01	N/A
Malattie prevenibili da vaccino			
Difterite	diminuzione	<0,01	45+
Malattia invasiva da <i>Haemophilus influenzae</i>	←→	0,4	0-4, ≥65
Malattia invasiva da meningococco	←→	0,9	0-4, 15-24
Malattia invasiva da pneumococco	↓	4,4	0-4, ≥65
Morbillo	←→	0,8	0-24
Parotite epidemica	diminuzione	3,2	15-24
Pertosse	←→	4,9	0-24
Poliomielite	N/A	0,0	N/A
Rabbia	N/A	<0,01	Dati insufficienti
Rosolia	←→	0,1	0-4, 15-24
Tetano	↓	0,02	65+

Resistenza agli antimicrobici e infezioni nosocomiali			
Resistenza agli antimicrobici	↑	N/A	N/A
Infezioni nosocomiali	↔	N/A	N/A

N/A: non applicabile - riferito a malattie molto rare con pochi o nessun caso osservato.

Dati insufficienti - riferito a malattie non comuni la cui tendenza non è definibile con precisione.