

## RELAZIONE DI SORVEGLIANZA

### Relazione epidemiologica annuale 2012 Sintesi

La presente relazione descrive l'analisi dei dati di sorveglianza riferiti al 2010 per i 27 Stati membri dell'UE e tre paesi del SEE, oltre a un'analisi delle minacce in termini di malattie trasmissibili rilevate nel 2011. È rivolta prevalentemente a decisori, responsabili del servizio sanitario, epidemiologi e ricercatori, oltre che al pubblico in generale, e ha lo scopo di fornire una panoramica della situazione epidemiologica nell'Unione europea per quanto concerne le malattie trasmissibili rilevanti per la salute pubblica. La relazione descrive anche settori in cui può essere richiesta una risposta in termini di salute pubblica al fine di ridurre l'incidenza di tali malattie.

Nonostante il costante miglioramento della qualità e confrontabilità dei dati riferiti a livello europeo, occorre usare una certa cautela nell'effettuare confronti diretti tra paesi dei dati presentati. I sistemi di sorveglianza e i sistemi sanitari presentano enormi differenze e per molte malattie il rapporto tra la percentuale di casi segnalati e l'incidenza effettiva varia da paese a paese.

### Infezioni del tratto respiratorio

L'inverno del 2010–2011 è stata la prima stagione influenzale dopo la pandemia del 2009. Il virus dell'influenza pandemica (A(H1N1)pdm09) ha continuato a diffondersi ampiamente ed è stato il virus di tipo A prevalente in Europa, dove ha circolato assieme a una proporzione crescente di virus di tipo B alla fine della stagione. Come nell'ultimo intervallo interpandemico (dal 1970 al 2008), la stagione 2010–2011 ha mostrato un'evidente progressione dell'epidemia nazionale da ovest verso est, che ha facilitato l'elaborazione della valutazione annuale del rischio stagionale.

Novi paesi hanno riferito casi influenzali confermati in laboratorio tra i pazienti ricoverati: il 91,4% dei soggetti era stato colpito da virus di tipo A e l'8,6% da virus di tipo B. La stragrande maggioranza dei sottotipi di virus A dell'influenza (il 99,2%) era costituita da virus

A(H1)pdm09. Nei soggetti per i quali sono disponibili informazioni, il 27,5% dei pazienti ricoverati non presentava patologie preesistenti. Come nella stagione pandemica (2009–2010), i giovani e gli adulti di mezza età colpiti dal ceppo pandemico spesso hanno bisogno di cure intensive, ponendo i sistemi sanitari di alcuni paesi sotto pressione anche quando l'influenza generale in circolazione è di media intensità.

Nel 2010-2011 i virus in circolazione hanno mostrato una scarsissima deriva antigenica e sono stati sempre ben riconosciuti dagli anticorpi prodotti dal vaccino influenzale stagionale, garantendo al vaccino un'efficacia moderata. A differenza di quanto è accaduto prima della pandemia, nei virus A(H1N1) in circolazione si è osservata una debole resistenza a oseltamivir e nessuna resistenza a zanamivir.

Nel 2010 la situazione epidemiologica dell'influenza aviaria nei paesi dell'UE/SEE è stata poco rilevante: sono stati individuati tre focolai di influenza aviaria altamente patogena (HPAI) e 13 focolai di influenza aviaria a scarsa patogenicità (LPAI). In Europea non sono stati registrati casi di influenza aviaria nell'uomo.

Dal riesame dell'esperienza maturata in Europa in relazione all'influenza pandemica è emersa ripetutamente la necessità di intensificare la sorveglianza abituale dell'influenza stagionale negli ospedali e di consolidarne il coordinamento a livello europeo. I sistemi di sorveglianza che funzionano bene possono essere adattati alle situazioni pandemiche mentre non è possibile sviluppare prontamente sistemi *de novo* durante un'emergenza di salute pubblica. È ancora necessario incrementare l'uso del vaccino antinfluenzale e migliorare la sorveglianza per monitorare la comparsa di un'eventuale resistenza ai farmaci antivirali. Inoltre, occorre sviluppare ulteriormente i sistemi di sorveglianza dell'influenza negli animali, in particolare nel pollame e nei suini.

## Tubercolosi

La tubercolosi (TBC) resta un'infezione comune e rappresenta un onere importante, con oltre 70 000 casi segnalati ancora ogni anno in tutta l'UE e nei paesi del SEE. Il numero di casi di TBC segnalati continua a diminuire a un tasso del 4% circa all'anno. Il quadro epidemiologico continua a essere caratterizzato dalla presenza di paesi con tassi di incidenza elevati, che riferiscono un calo costante delle percentuali, e di paesi con tassi di infezione bassi, che registrano un aumento dei casi originatisi al di fuori dei confini nazionali. La percentuale di casi di TBC associati a un'infezione da HIV (6%) continua a diminuire. La percentuale dei casi batteriologicamente confermati (61%) e dei casi trattati con successo (79%) rimane al di sotto degli obiettivi europei. Nel 2010 la percentuale di casi combinati di tubercolosi multifarmacoresistente si è ridotta leggermente rispetto al 2009 (4,6%). Tuttavia, un crescente numero di casi è stato classificato come TBC fortemente farmacoresistente (13%).

La tempestività e la completezza della rilevazione dei casi rimane una priorità; in particolare, occorre ottimizzare l'individuazione e il trattamento precoci dei casi di TBC multifarmacoresistente. La sensibilità e la qualità dei sistemi di sorveglianza della TBC devono essere continuamente migliorate, tra l'altro sviluppando i collegamenti tra i laboratori e le segnalazioni mediche. La tubercolosi è maggiormente prevalente nei gruppi svantaggiati e marginalizzati, tra cui migranti, senzatesto, indigenti dei centri urbani, detenuti, persone infette da HIV e consumatori di droghe. È necessario prestare maggiore attenzione alla sorveglianza, all'individuazione precoce e a un trattamento efficace della TBC in questi gruppi della popolazione.

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

L'infezione da HIV resta uno dei maggiori problemi di salute pubblica nell'UE e nei paesi del SEE. Il numero totale di nuovi casi si è stabilizzato intorno al dato di 28 000 all'anno, pur con notevoli differenze da paese a paese a livello epidemiologico. Gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini rappresentano il gruppo più ampio di casi (38%), seguiti da coloro che hanno acquisito il virus attraverso contatto eterosessuale in Europa (24%) e dai consumatori di droghe iniettabili (4%). La trasmissione madre-figlio, le infezioni nosocomiali, le trasfusioni o l'utilizzo di altri prodotti ematici rappresentano l'1% dei casi.

I casi di uomini che hanno avuto rapporti sessuali con altri uomini sono aumentati del 39% tra il 2004 e il 2010, mentre i casi di infezione acquisita per trasmissione eterosessuale sono rimasti relativamente stabili; infine, i casi registrati negli altri gruppi a rischio hanno continuato a diminuire. Tuttavia, nel 2011 sia la Grecia che la Romania hanno riferito un netto aumento delle infezioni da HIV tra consumatori di droga per via parenterale. Il numero di diagnosi di AIDS segnalato annualmente si è dimezzato tra il 2004 e il 2010. Le persone che convivono con l'infezione da HIV sono invece in costante aumento, a dimostrazione dei miglioramenti compiuti nell'accesso alle cure e ai trattamenti.

La clamidia è l'infezione trasmissibile per via sessuale più frequentemente segnalata nei paesi dell'UE/SEE, con oltre 340 000 casi denunciati nel 2010. Negli ultimi 10 anni i casi riferiti sono più che raddoppiati. Questo aumento riflette in parte le misure intraprese dagli Stati membri per migliorare la diagnosi e la segnalazione dell'infezione, incluso lo screening dell'infezione attiva. Per ridurre la diffusione dell'infezione in Europa è indispensabile introdurre programmi di controllo completi, diretti soprattutto agli adolescenti e ai giovani adulti. I casi segnalati di gonorrea e sifilide sono relativamente stabili, sebbene le percentuali e le tendenze siano estremamente varie da paese a paese. L'aumento della resistenza agli antibiotici attualmente utilizzati per il trattamento della gonorrea rappresenta un problema emergente di salute pubblica. Alcuni paesi segnalano un marcato aumento dell'incidenza della sifilide associata alla trasmissione per via omosessuale tra uomini.

Il sistema di sorveglianza dell'epatite B e C nell'UE è in fase di riesame: nel 2010 è stato introdotto in Europa un sistema potenziato. Per questo motivo le tendenze a livello epidemiologico sono ancora indicative.

## Malattie di origine alimentare e idrica

Le infezioni da *Campylobacter* sono le malattie gastrointestinali più frequentemente segnalate nei paesi dell'UE/SEE. Le percentuali riferite sono in crescita: la maggior parte dei casi sono sporadici, con picchi stagionali elevati nei mesi estivi, ma non sono infrequenti epidemie a livello internazionale. La carne di pollo è considerata la fonte alimentare più importante, responsabile del 20-30% dei casi di infezione nell'uomo.

L'infezione da *Salmonella* è tuttora la malattia gastrointestinale più diffusa nell'UE dopo la campilobatteriosi. L'incidenza delle infezioni da *Salmonella* segnalate si sta riducendo regolarmente dal 2004, grazie in parte al successo di programmi di controllo dell'UE nel settore avicolo. Nonostante ciò, *Salmonella* continua a rappresentare la fonte di molti focolai, a livello sia nazionale che transnazionale: nel 2011 sono stati accertati quattro focolai internazionali.

Le malattie parassitarie come la criptosporidiosi e la giardiasi sono relativamente frequenti come cause di infezione gastrointestinale in Europa, ma spesso sfuggono a diagnosi e segnalazione. Sono sovente associate a guasti del sistema di trattamento delle acque, come

nel caso del grande focolaio di *Cryptosporidium* che ha colpito Östersund, in Svezia, nel 2010–2011.

I casi di legionellosi sono aumentati del 17% nel 2010. È anche probabile che l'infezione sia poco segnalata in svariati Stati membri dell'UE. Sono stati riferiti più di 800 casi di infezione acquisita durante un viaggio ed è stato rilevato un centinaio di focolai epidemici (*cluster*) correlati a viaggi. In tutta probabilità la metà dei casi non sarebbe stata individuata senza un sistema di sorveglianza in tempo reale a livello europeo.

Il focolaio infettivo più esteso di *Escherichia coli* produttore della tossina di Shiga (STEC) è stato segnalato in Germania nel 2011, in relazione a un nuovo tipo di STEC O104:H4, ed era correlato al consumo di germogli contaminati. La vicenda mette in luce la necessità di attivare misure di controllo per garantire la sicurezza microbica degli alimenti crudi e un'igiene attenta nella manipolazione degli alimenti pronti per l'uso. Evidenzia altresì il bisogno di assicurare una comunicazione rapida ed efficiente tra le autorità sanitarie e per la sicurezza alimentare, a livello sia nazionale che internazionale. I ceppi di STEC più frequenti hanno continuato a provocare numerosi episodi di infezione in Europa.

Alcune infezioni gastrointestinali sono diffuse soltanto in alcuni paesi e regioni dell'UE. La brucellosi, che è stata segnalata principalmente da Portogallo, Spagna e Grecia, è associata soprattutto agli allevamenti di capre; la maggior parte dei casi di trichinellosi è stata segnalata da Bulgaria, Romania e Lituania, e potrebbe essere associata al consumo di carne di maiale allevato a livello domestico o di cinghiale; la maggior parte dei casi di echinococcosi è stata riferita dalla Bulgaria. La yersiniosi sta diminuendo ma il numero di casi segnalati resta relativamente elevato negli Stati nordici, in Germania, Repubblica ceca e Slovacchia. L'infezione è spesso associata al consumo di carne di maiale. La percentuale di casi di epatite A resta relativamente elevata 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 e questa distribuzione rispecchia gli schemi di viaggio dei cittadini verso paesi in cui tali malattie sono invece endemiche.

## Malattie emergenti e trasmesse da vettori

Le malattie trasmesse da vettori continuano a essere un problema rilevante negli Stati membri, in parte dovuto alle persone che trasportano queste malattie da paesi in cui possono essere endemiche, soprattutto malaria, dengue e chikungunya. Il numero di casi di malaria resta stabile, mentre sono in aumento i casi di dengue e chikungunya. Sembra aggravarsi anche il rischio di contrarre in alcuni paesi dell'UE malattie che in passato erano considerate importate da paesi terzi.

Nel 2010 Spagna, Belgio e Grecia hanno denunciato casi indigeni di malaria, mentre nel 2011 si è registrato un focolaio di malaria in Grecia. Due casi indigeni di dengue e due di chikungunya sono stati riferiti in Francia nel 2010. La febbre del Nilo occidentale è ricomparsa in Grecia nel 2010 e si sta stabilizzando negli Stati membri dell'Europa sudorientale e nei paesi limitrofi, dove attualmente deve essere considerata endemica, con 200 casi confermati nell'UE nel 2010. Parte di questo aumento delle segnalazioni è dovuto al miglioramento della sorveglianza.

I casi di febbre Q continuano a diminuire, soprattutto grazie al risolversi (2011) del focolaio individuato nei Paesi Bassi. A causa delle sue caratteristiche cliniche aspecifiche, la febbre Q è una malattia poco diagnosticata; inoltre, non viene segnalata da alcuni paesi. Le infezioni da hantavirus sono ancora le febbre emorragiche virali denunciate più frequentemente, con la maggior parte dei casi riferita dalla Finlandia. Altre forme di febbre emorragica virale sono

state segnalate raramente (come casi sporadici importati) o per nulla. Nel 2010 e nel 2011 non sono stati registrati casi di peste, vaiolo, SARS o febbre gialla negli Stati membri.

È necessaria una sorveglianza umana, veterinaria, entomologica e ambientale coordinata e incrementata in tutti gli Stati membri a rischio di tali malattie, che deve essere affiancata dalla creazione di contromisure efficaci.

## Malattie prevenibili da vaccino

La situazione epidemiologica del morbillo nell'UE continua ad aggravarsi. Nel 2010 un focolaio nazionale in Bulgaria ha causato la maggior parte dei casi confermati; nel 2011 svariati paesi dell'UE hanno segnalato un forte incremento di casi e focolai. L'impegno all'eliminazione del morbillo e della rosolia endemica è stato rinnovato ma questo obiettivo non sarà raggiunto entro il 2015 a meno che alcuni Stati membri non effettuino interventi efficaci per aumentare la copertura da vaccino.

La maggior parte delle altre malattie prevenibili da vaccino ha continuato a evidenziare una tendenza in diminuzione o stabile del numero di casi confermati. Tra le malattie per cui è prevista la vaccinazione a livello primario, i casi di difterite sono stati rari e limitati a qualche caso individuato in quattro paesi. Casi isolati di tetano sono stati segnalati da alcuni paesi; l'Italia ha rappresentato un'eccezione con 57 casi segnalati. Nel 2010 non sono stati riferiti casi di poliomielite.

Le malattie batteriche invasive (*Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae*) sono rimaste poco comuni e hanno mostrato una tendenza stabile, che rispecchia i successi ottenuti dalla precedente introduzione del vaccino. Continua a essere elevato il tasso di mortalità e di disabilità dovuto alla malattia invasiva da meningococco. Non si rilevano variazioni significative dei sierotipi dovute all'introduzione del vaccino. La malattia invasiva da pneumococco è segnalata con maggiore frequenza, ma i relativi sistemi di sorveglianza sono eterogenei e non universali in Europa.

I casi di parotite sembrano essere in calo rispetto al picco registrato nel 2010. I casi confermati di rosolia sono diminuiti ulteriormente nel 2010, ma è difficile valutare l'incidenza reale della malattia a causa delle variazioni intervenute nei sistemi di sorveglianza e di segnalazione, oltre che ai tassi particolarmente bassi di conferme di laboratorio. La pertosse continua a essere un'infezione relativamente comune e poco diagnosticata. Un aumento del numero di casi è segnalato nei bambini più grandi, negli adolescenti e negli adulti, il che fa pensare a un rischio di infezione nei bambini più piccoli e vulnerabili.

## Resistenza antimicrobica e infezioni nosocomiali

La resistenza antimicrobica in Europa continua a crescere, soprattutto per quanto concerne i batteri Gram-negativi, mentre la situazione appare più stabile per i batteri Gram-positivi. Il recente aumento della resistenza antimicrobica osservato nelle infezioni da *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* si è ulteriormente aggravato nel 2010, in particolare in presenza di ceppi di enterobatteri produttori di beta-lattamasi a spettro allargato (ESBL), resistenti a più farmaci. La percentuale di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) sembra essersi stabilizzata e, in alcuni paesi, è diminuita. Tuttavia, l'MRSA continua a essere una priorità per la salute pubblica, dal momento che il tasso di infezione rimane alto in alcuni paesi, soprattutto dell'Europa meridionale.

Di recente si è registrato un aumento dell'incidenza e della diffusione in Europa di *Enterobacteriaceae* (compresi *E. coli* e *K. pneumoniae*) resistenti ai carbapenemi. Sono pochi gli antibiotici a disposizione per il trattamento delle infezioni causate da tali organismi. Inoltre,

sempre più spesso si osservano nuove varianti di tali enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), responsabili sia della comparsa di focolai locali sia della diffusione di epidemie nazionali nelle strutture sanitarie di svariati paesi europei, con esempi di diffusione per via transfrontaliera e di trasmissione secondaria nelle strutture sanitarie. Nel 2011 l'ECDC ha pubblicato alcune valutazioni del rischio di CPE.

Per valutare e monitorare l'incidenza dalle infezioni nosocomiali (HAI) in Europa, l'ECDC ha elaborato protocolli per indagini di prevalenza puntuale (PPS) ripetute delle HAI e per l'uso antimicrobico nelle unità di terapia intensiva e nelle strutture di lunga degenza. Il protocollo ospedaliero è stato lanciato come progetto pilota nel 2010 e ha permesso di registrare una prevalenza delle HAI del 7,1% in 66 ospedali di 23 paesi. Una prima indagine di prevalenza puntuale condotta a livello di UE nelle strutture di lunga degenza ha calcolato che in questo genere di strutture si registrano ogni anno almeno 2,6 milioni di casi di HAI, un dato che va ad aggiungersi alla precedente stima dell'ECDC di 4,1 milioni di pazienti che contrarrebbero una HAI nelle unità di terapia intensiva.

Il marcato calo dell'incidenza di infezioni in sede chirurgica successive a interventi di protesi dell'anca a partire dal 2004 ha confermato l'importanza della sorveglianza come strumento per la prevenzione delle HAI negli ospedali.

Il consumo medio di antibatterici ("antibiotici") per uso sistematico nella comunità (ossia al di fuori degli ospedali) è stato di 18,3 dosi definite giornaliere (DDD) ogni 1 000 abitanti al giorno, con un valore minimo registrato in Estonia (11,1) e uno massimo registrato in Grecia (39,4). Il consumo di antibatterici nel settore ospedaliero era compreso tra 1,1 (Paesi Bassi) e 3,0 (Lettonia) DDD ogni 1 000 abitanti al giorno.

Per la salute pubblica il problema della resistenza antimicrobica deve essere risolto mediante la cooperazione internazionale oltre che intensificando gli sforzi a livello nazionale. È necessario continuare a fare progressi nell'uso prudente degli antibiotici nella comunità e in ambiente ospedaliero e insistere nell'attuazione di programmi integrati migliorati per la prevenzione e il controllo di batteri antibioticoresistenti e HAI. La partecipazione degli ospedali alla rete di sorveglianza europea può aggiungere nuovo impeto ai programmi di sorveglianza ospedalieri.

## Sfide per la sorveglianza

Svariate malattie restano particolarmente soggette a essere insufficientemente diagnosticate e segnalate, il 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 alcuni Stati membri non sono abitualmente disponibili servizi diagnostici di laboratorio. Nel frattempo, alcune malattie sono tuttora non segnalate (o non sorvegliate) sistematicamente in alcuni Stati membri. Tra queste si annoverano svariate malattie responsabili di un considerevole onere infettivo, come la campilobatteriosi, la pertossi, la gonorrea e la malaria. Per altre malattie, la segnalazione di casi in base alla definizione di caso adottata dall'UE resta un problema rilevante per alcuni Stati membri.

La sorveglianza degli episodi a livello nazionale ed europeo è tuttora uno strumento importante per l'individuazione rapida e il controllo delle malattie trasmissibili nell'UE. L'ECDC continua a elaborare informazioni sulle epidemie e a sviluppare strumenti e procedure per la valutazione delle minacce. L'uso rapido e appropriato del sistema di allarme rapido e di reazione (EWRS) e le reti di informazione dedicate degli Stati membri continuano a rappresentare un pilastro di questa attività.