

IT

IT

IT



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 15.5.2009
COM(2009) 228 definitivo

**RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL CONSIGLIO E AL PARLAMENTO
EUROPEO**

**Funzionamento del sistema di allarme rapido e di reazione (EWRS) della rete di
sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità
durante il 2006 e il 2007 (decisione 2000/57/CE)**

(Testo rilevante ai fini del SEE)

INDICE

1.	Introduzione	3
2.	Casi notificati nel 2006	3
3.	Reazione ai principali casi notificati nel 2006 e seguito da essi avuto	3
3.1.	Chikungunya nell'isola della Riunione	3
3.2.	Morbillo.....	4
3.3.	Febbre di Lassa	4
3.4.	<i>Clostridium difficile</i> 027	4
3.5.	Forma umana dell'influenza aviaria	4
4.	Casi notificati nel 2007	5
5.	Reazione ai principali casi notificati nel 2007 e seguito da essi avuto	5
5.1.	Tubercolosi.....	5
5.2.	Chikungunya in Italia.....	6
5.3.	Morbillo in Belgio.....	6
5.4.	Legionellosi.....	7
6.	Valutazione degli eventi segnalati in relazione ai criteri di notifica.....	7
7.	Il nuovo regolamento sanitario internazionale (RSI).....	8
8.	Trasferimento dell' EWRS al CEPCM.....	9
9.	Conclusioni	9

1. INTRODUZIONE

La presente relazione ha lo scopo di informare il Consiglio e il Parlamento dei casi di malattie trasmissibili di rilevanza comunitaria che sono stati notificati nel corso degli anni 2006 e 2007 tramite il sistema d'allarme rapido e di reazione (EWRS) previsto dalla decisione 2119/98/CE del Consiglio e del Parlamento¹ e dalla decisione 2000/57/CE della Commissione.

2. CASI NOTIFICATI NEL 2006

Nel 2006 sono stati inviati in totale 138 messaggi (2,6 messaggi alla settimana), con 223 commenti. Di questi 138 messaggi 37 erano messaggi d'informazione, 47 messaggi di livello di attivazione 1, 22 messaggi di livello di attivazione 2 e due messaggi di livello di attivazione 3. Dei 30 messaggi inviati in reazione a casi specifici, 16 riguardavano l'adozione di misure, 9 il coordinamento delle misure e 5 misure previste o progettate. La distribuzione dei messaggi per paese o zona di insorgenza è stata la seguente: 10 casi notificati in Germania, 8 in Francia, 7 in Italia, Spagna, Svezia e Danimarca, 6 nel Regno Unito e in Austria, 5 in Belgio e in Slovenia, 4 in Lettonia e in Israele, 3 in Polonia, Lituania e Turchia, 2 in Portogallo, Estonia, Grecia, Paesi Bassi, Norvegia e Sierra Leone, 1 in Ungheria, Repubblica ceca, Slovacchia, Romania, Isole Faeroer (Danimarca), Riunione (Francia, DOM), Sant'Elena (Regno Unito), Croazia, Federazione Russa, Mauritania, Egitto, Tunisia, Iraq, India e Thailandia. 7 casi hanno interessato più di un paese dell'Unione europea e 2 più di un paese terzo. Per 4 casi non è stata identificata l'origine geografica. 48 messaggi, relativi a 16 casi, sono stati inviati mediante il canale di scambio selettivo.

43 casi riguardavano l'influenza, 18 la diarrea acuta, 8 la diarrea e la salmonellosi, 7 il morbillo, 6 la legionellosi, 5 la tubercolosi, 2 il colera, decessi per causa sconosciuta, febbre, intossicazioni alimentari, la febbre emorragica, l'epatite, la sindrome emolitico-uremica, gli orecchioni e la variante della malattia di Creutzfeldt-Jacob, 1 la campilobatteriosi, la leptospirosi, la listeriosi, una setticemia, la shigellosi, un'infezione dei tessuti morbidi, un'infezione sessualmente trasmissibile e la febbre tifoide. 8 messaggi sono stati classificati "non pertinente" e 5 "non elencato".

3. REAZIONE AI PRINCIPALI CASI NOTIFICATI NEL 2006 E SEGUITO DA ESSI AVUTO

3.1. Chikungunya nell'isola della Riunione

Nel febbraio 2006 la Francia ha notificato un esteso focolaio del virus chikungunya nel dipartimento d'oltremare della Riunione, che si è rapidamente propagato ad altre isole dell'Oceano indiano e ha raggiunto l'India. Il rischio di una comparsa del chikungunya nell'Unione europea è stato valutato dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (CEPCM) affinché gli Stati membri avessero modo di prepararsi meglio a questa eventualità. Sono state comunicate agli Stati membri informazioni sulla valutazione dei rischi destinate ai viaggiatori diretti verso o provenienti dalle zone colpite. È stato preso in considerazione anche il rischio posto dai donatori di sangue provenienti da zone colpite e le autorità sanitarie

¹ GU L 268 del 3.10.1998, pag. 1.

responsabili della sicurezza trasfusionale sono state allertate per dar loro la possibilità di applicare misure di esclusione dei donatori di sangue.

3.2. Morbillo

Nel marzo 2006 la Germania ha notificato alcuni focolai regionali di morbillo nel sud e nell'ovest del paese. Sono stati segnalati focolai comportanti 58 casi nell'area metropolitana di Stoccarda e 149 casi nel Land Renania settentrionale-Vestfalia. Un'ulteriore indagine ha rivelato 1.018 casi, interessanti in prevalenza preadolescenti e adolescenti. Le autorità sanitarie hanno reagito con misure specifiche (informazione di tutti gli enti sanitari locali, estensione della vaccinazione a una popolazione più vasta, campagna d'informazione nelle scuole, negli asili, presso i genitori e i medici generici).

3.3. Febbre di Lassa

Il 21 luglio 2006 la Germania ha notificato un caso di febbre di Lassa in un paziente giunto a Francoforte da Freetown (Sierra Leone) via Abidjan (Costa d'Avorio) e Bruxelles. Il paziente era sofferente durante i voli e portava una sonda urinaria difettosa, che ha dato luogo a perdite sul sedile dell'aereo, sulle coperte e sugli abiti del paziente. Il CEPCM ha giudicato basso il rischio per gli altri passeggeri, ma sono state concordate procedure per rintracciare le persone considerate esposte a un rischio più elevato ed è stato messo in atto un meccanismo di coordinamento comprendente la Commissione europea, il CEPCM, l'Istituto Robert Koch, le autorità sanitarie belghe, la compagnia aerea Sabena e l'OMS. È stata rapidamente messa a disposizione una serie di strumenti e di documenti. 92 persone sono state ricercate, di cui 43 con cittadinanza di Stati membri dell'Unione europea (Belgio, Germania, Italia, Polonia, Regno Unito, Francia e Spagna). Ciascuno di questi paesi ha ricevuto un elenco di persone da rintracciare mediante lo strumento di scambio selettivo di informazioni disponibile nell'EWRS. È stato concordato un comunicato stampa per dare agli Stati membri un messaggio coerente qualora avessero ritenuto necessario informare il pubblico. Benché non sia stato individuato nessun caso secondario, questo evento ha dimostrato l'utilità del meccanismo di coordinamento e ha fornito indicazioni sulle necessità future per fare fronte a situazioni analoghe.

3.4. *Clostridium difficile* 027

Il 28 aprile 2006 la Francia ha notificato la prima aggregazione di casi di malattia associata a *Clostridium difficile*, ribotipo PCR 027, tossinotipo III, in un ospedale del nord del paese. I dati raccolti hanno indicato una similarità dell'aggregazione con i ceppi epidemici già isolati di focolai gravi di malattia associata a *Clostridium difficile* in altri paesi. Individuato in Canada e negli Stati Uniti dal 2003, *Clostridium difficile* ribotipo PCR 027 è comparso in focolai nosocomiali nel Regno Unito nel 2004 e in Belgio e nei Paesi Bassi nel 2005. Misure di profilassi sono state adottate in Francia il 21 marzo 2006 dall'unità di controllo delle infezioni e nessun nuovo caso è stato segnalato dall'11 aprile 2006. La Francia ha informato gli altri Stati membri della sua esperienza e degli insegnamenti tratti a livello nazionale, e sono stati discussi i modi di intervento appropriati. Dal 2006, *Clostridium difficile* 027 è stato isolato anche in Polonia, in Lussemburgo e in Danimarca.

3.5. Forma umana dell'influenza aviaria

In Turchia la trasmissione all'uomo del virus H5N1 dell'influenza ha dato luogo a un flusso consistente di messaggi. La situazione epidemiologica è stata regolarmente aggiornata per poter individuare un'eventuale propagazione ad altre zone

geografiche. I messaggi relativi all'influenza aviaria sono stati più numerosi che per qualsiasi altra malattia (43 messaggi, 31,1%), ma le informazioni hanno riguardato principalmente ritrovamenti di volatili contaminati nell'Unione europea e le misure adottate a livello nazionale per informare i viaggiatori sulle zone interessate.

4. CASI NOTIFICATI NEL 2007

Nel 2007 i messaggi inviati sono stati in totale 85 (1,6 a settimana) e i commenti 300. Di questi 85 messaggi, 26 sono stati messaggi d'informazione, 32 messaggi di livello d'attivazione 1, tre messaggi di livello d'attivazione 2 e uno un messaggio di livello d'attivazione 3. 23 messaggi hanno riguardato misure prese in reazione a situazioni specifiche (12 riguardavano misure adottate, 8 misure di coordinamento e 3 misure previste). La distribuzione dell'origine geografica è stata la seguente: 9 casi in Italia, 8 nel Regno Unito, 6 in India, 4 in Spagna, Germania, Irlanda e Ungheria, 2 in Francia, Svezia, Portogallo, Polonia, Estonia, Vietnam, Repubblica ceca, Canada, Malta e Bulgaria, uno in Danimarca, Belgio, Lituania, Turchia, Lettonia, Norvegia, Egitto, Finlandia, Tailandia, Romania, Repubblica dominicana, Nigeria, Lussemburgo, Cina e Uganda. Quattro casi implicavano più di un paese dell'Unione europea e uno più di un paese europeo non membro dell'UE. Di un caso non è stata identificata l'origine geografica. 159 messaggi relativi a 14 casi sono stati inviati mediante il canale di scambio selettivo.

Si sono avuti dieci casi relativi rispettivamente a tubercolosi e influenza, sette alla legionellosi, cinque alla diarrea e alla salmonellosi, quattro al colera e al morbillo, tre alla diarrea acuta, due alla febbre, a intossicazioni alimentari, alla febbre emorragica e alla tubercolosi multiresistente, e un caso ha riguardato la criptosporidiosi, la laringite, la melioidosi, la meningite, gli orecchioni, la polmonite, la rabbia, una setticemia, la shighellosi, la sifilide, la trichinosi e la variante della malattia di Creutzfeldt-Jacob. Sedici messaggi sono stati considerati "non pertinente" e uno "non elencato".

5. REAZIONE AI PRINCIPALI CASI NOTIFICATI NEL 2007 E SEGUITO DA ESSI AVUTO

5.1. Tubercolosi

Dieci casi associati alla tubercolosi sono stati notificati nel 2007. Quattro si riferivano a voli di oltre 8 ore (Francia, Italia (2) e Germania). Un caso ha riguardato una persona che lavorava in un asilo infantile frequentato da bambini di vari paesi europei (a Lussemburgo). Un caso ha riguardato un paziente che frequentava un corso estivo in un'università internazionale (in Italia). Si sono avuti due casi di persone affette da tubercolosi multiresistente (MDR-TB) che viaggiavano in autobus (Svezia e Francia). Due casi su voli aerei a breve distanza: uno di MDR-TB (Malta) e l'altro di tubercolosi ultrasensibile (XDR-TB) (Islanda).

Fra i casi segnalati, uno di XDR-TB in un cittadino americano in viaggio in Europa, notificato il 25 maggio dalle autorità sanitarie italiane. Il paziente era giunto con un volo a lunga percorrenza da Atlanta (Stati Uniti) a Parigi. Aveva lasciato l'Europa da Praga, con un volo della compagnia aerea ceca, ed era atterrato a Montreal (Canada), per poi raggiungere gli Stati Uniti in automobile. Al paziente la tubercolosi era stata diagnosticata in marzo ed egli era stato informato, quando era in Europa, che si trattava del tipo di tubercolosi ultrasensibile. Il CEPCM ha valutato il rischio e ha concluso che l'infettività del paziente era molto bassa e che nulla indicava che la

XDR-TB fosse più contagiosa della tubercolosi sensibile ai farmaci. Tuttavia, data la gravità della XDR-TB, il CEPCM ha raccomandato, a titolo precauzionale, di applicare le linee guida dell'OMS sulla tubercolosi e i viaggi aerei ("Tuberculosis and Air Travel") per i due voli transatlantici (oltre 8 ore ciascuno). La Commissione ha presieduto varie riunioni di coordinamento tra gli Stati membri interessati, il CEPCM, l'OMS, gli Stati Uniti, il Canada e le delegazioni della Commissione negli Stati Uniti e in Canada, e sono state attuate misure coordinate di ricerca dei contatti. In considerazione dell'attenzione molto viva dei mezzi d'informazione, è stato deciso di emettere un comunicato stampa. Questo episodio ha messo in luce la necessità di rafforzare il meccanismo esistente di ricerca dei contatti e di adottare una linea comune nei rapporti coi media in caso di necessità.

La valutazione degli altri casi ha portato all'attenzione questioni quali i) la protezione dei dati; ii) la possibilità di creare elenchi europei di divieto di volo; iii) la responsabilità che spetta alle compagnie aeree e alle agenzie di viaggio di raccogliere, fornire e conservare i dati personali dei viaggiatori in vista di misure di sanità pubblica come la ricerca dei contatti; iv) la trasmissione alle autorità sanitarie nazionali delle informazioni relative ai passeggeri secondo le linee guida dell'OMS; v) la ricerca dei contatti soltanto per i casi di tubercolosi multiresistente e ultrasensibile.

5.2. Chikungunya in Italia

Le autorità sanitarie italiane hanno individuato un focolaio del virus chikungunya nella zona di Ravenna e lo hanno notificato il 30 agosto 2007. Al momento della notifica, il numero dei casi era di 131 e l'andamento della curva epidemica era in declino. Si tratta del primo caso di trasmissione indigena del chikungunya segnalato in Italia e in Europa. A provocare il contagio è stata una persona tornata da un viaggio in India. La trasmissione locale è stata resa possibile dalla presenza della zanzara *Aedes albopictus* nella regione. La pronta reazione delle autorità sanitarie italiane ha permesso di fermare rapidamente la propagazione del virus. L'informazione è stata subito diffusa tramite l'EWRS e la Commissione, assistita dal CEPCM, ha aiutato gli Stati membri a prepararsi meglio, a migliorare il loro dispositivo di allarme rapido e di sorveglianza, ad accrescere la loro capacità di diagnosi del chikungunya, ad applicare misure mirate di sicurezza trasfusionale e ad intensificare i loro controlli su prodotti importati possibili veicoli di importazione di vettori, come i bambù portafortuna e gli pneumatici usati.

5.3. Morbillo in Belgio

Il 30 ottobre 2007 il Belgio ha notificato l'insorgenza di 22 casi di morbillo nella comunità ebraica ortodossa di Anversa. Il caso indice era un giovane americano di 17 anni, studente a Londra, recatosi ad Anversa in visita a parenti. In precedenza, focolai di morbillo in comunità ebraiche ultraortodosse erano state segnalati nel Regno Unito e in Israele (importati dal Regno Unito), spiegabili con il basso tasso di vaccinazione contro il morbillo in queste comunità. L'informazione è stata sollecitamente trasmessa dal Belgio e largamente diffusa. La stretta collaborazione con il Consiglio ebraico europeo si è rivelata estremamente utile per raggiungere i gruppi vulnerabili di queste comunità dell'Unione europea, generalmente poco informati del rischio che comporta la bassa copertura vaccinale.

5.4. Legionellosi

Nel mese di gennaio i punti di contatto EWRS in Svezia, in Finlandia e in Norvegia hanno notificato quattro casi di malattia del legionario tra i clienti di uno stesso albergo di Phuket (Tailandia). Tutti i casi sono stati segnalati al gruppo di lavoro europeo sulle infezioni da *Legionella* (EWGLI). È stato emesso un comunicato stampa sulle misure adottate dalla Finlandia. Gli istituti nordici hanno lavorato in stretta collaborazione con l'EWGLI e gli operatori turistici, che hanno informato le autorità responsabili a livello locale per individuare e trattare la fonte di infezione e prevenire così l'insorgere di altri casi. Una procedura di ricerca dei contatti è stata rapidamente messa in atto: 284 turisti europei provenienti da undici Stati membri dell'Unione europea sono stati identificati e quando possibile contattati. Le persone contattate sono state informate della possibilità di una loro esposizione e invitate a consultare un medico nel caso in cui presentassero sintomi tali da far sospettare una legionellosi. Misure simili sono state adottate dopo l'individuazione di un'aggregazione di casi di malattia del legionario in un hotel bulgaro nel luglio 2007.

6. VALUTAZIONE DEGLI EVENTI SEGNALATI IN RELAZIONE AI CRITERI DI NOTIFICA

La Commissione ha chiesto al CEPCM di valutare se gli eventi notificati a norma della decisione 2119/98/CE rispondessero ai criteri indicati nell'allegato I della decisione 2000/57/CE. Lo scopo era di fornire alla Commissione e agli Stati membri dati scientifici al fine di migliorare le modalità di notifica previste dall'attuale normativa comunitaria sulle malattie trasmissibili e fornire una base per un utilizzo più efficace degli strumenti informatici. La relazione di valutazione è stata presentata al CEPCM e discussa con gli Stati membri. È disponibile su richiesta. I principali dati sono riportati qui di seguito.

In totale, 195 eventi (livelli d'attivazione 1, 2 e 3) notificati tramite l'EWRS tra maggio 2004 e dicembre 2007 sono stati esaminati indipendentemente da tre esperti del CEPCM. Ogni caso è stato valutato per verificarne la conformità ai quattro criteri enunciati nell'allegato I² della decisione 2000/57/CE.

Dei 195 messaggi diffusi, 163 (83,6 %) rispondevano ad almeno uno dei quattro criteri dell'allegato I; 32 (16,4 %) non rispondevano a nessuno dei criteri enunciati; la maggior parte dei casi (104 su 195, 53,3 %) a uno soltanto dei criteri. La tabella seguente mostra la ripartizione dei messaggi inviati per numero di criteri rispettati.

Tipo di messaggio	Numero di messaggi rispondenti ai criteri dell'allegato I				Totale
	0	1	2	3	

²

Un evento deve essere segnalato all'EWRS se risponde a uno o più dei seguenti criteri:

1. Focolai di malattie trasmissibili che interessano più di uno Stato membro.
2. Aggregazioni spaziali o temporali di casi di malattie di tipo analogo, se agenti patogeni ne sono una possibile causa ed esiste un rischio di propagazione tra Stati membri della Comunità.
3. Aggregazioni spaziali o temporali di casi di malattie di tipo analogo fuori della Comunità, se agenti patogeni ne sono una possibile causa ed esiste un rischio di propagazione alla Comunità.
4. L'insorgere o il risorgere di una malattia trasmissibile o di un agente infettivo che potrebbe richiedere un'azione comunitaria coordinata e tempestiva per contenerlo.

EWRS Livello di attivazione 1	22	85	30	4	141
EWRS Livello di attivazione 2	10	17	21		48
EWRS Livello di attivazione 3		2	4		6
Totale	32	104	55	4	195

Dei 195 messaggi inviati, 11 (5,6 %) rispondevano al primo criterio, 87 (44,6 %) al secondo criterio, 36 (18,5 %) al terzo criterio e 92 (47,1 %) al quarto criterio.

Le quattro principali ragioni di notifica sono state le seguenti: 66 messaggi (33,8 %) sono stati inviati a causa di fattori indicanti un rischio di propagazione internazionale; 35 messaggi (17,9 %) per accertare se casi della stessa malattia con un legame epidemiologico fossero stati individuati o segnalati recentemente in altri paesi; 26 messaggi (13,3 %) per accertare se all'origine di un focolaio vi fossero prodotti alimentari o altri importati da o esportati verso altri paesi; 23 messaggi (11,8 %) perché l'evento attirava o avrebbe probabilmente attirato una forte attenzione mediatica o politica.

La conformità ai criteri di notifica definiti dalla decisione 2000/57/CE è risultata buona, ma può essere migliorata. La valutazione ha messo in luce certe difficoltà a stabilire, sulla sola base delle informazioni fornite nel messaggio principale, la rispondenza degli eventi notificati ai criteri dell'EWRS. I due criteri principali associati alla procedura di notifica sono l'aggregazione spaziale o temporale di casi di una malattia se esistono rischi di propagazione tra Stati membri della Comunità (criterio 2) e l'insorgenza di una malattia che potrebbe imporre un'azione coordinata e tempestiva della Comunità per contenerla (criterio 4). È interessante notare che una delle principali ragioni di notifica è l'attenzione politica o mediatica che l'evento può suscitare. Sarà necessario analizzare meglio l'evoluzione nel tempo degli eventi notificati (e non soltanto i messaggi), per ottenere informazioni più precise sui progressi realizzati nell'applicazione della procedura di notifica e proporre alla Commissione e agli Stati membri possibili miglioramenti. Un'ulteriore valutazione degli eventi non notificati tramite l'EWRS sarà essenziale per avere un quadro completo della situazione e valutare il rispetto della decisione 2119/98/CE del Parlamento e del Consiglio e della decisione 2000/57/CE della Commissione.

7. IL NUOVO REGOLAMENTO SANITARIO INTERNAZIONALE (RSI)

Il nuovo regolamento sanitario internazionale (RSI) adottato dall'Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2005 è entrato in vigore il 15 giugno 2007. Per adeguare al nuovo RSI la normativa comunitaria relativa alle malattie trasmissibili, gli allegati delle decisioni 2119/98/CE, 2000/96/CE e 2000/57/CE sono stati modificati. In particolare, è stato introdotto l'obbligo di segnalare tramite l'EWRS tutti gli eventi associati a malattie trasmissibili notificati all'OMS in applicazione del RSI (decisione del 28 aprile 2008 che modifica la decisione 2000/57/CE). Per assicurare la coerenza tra le notifiche inviate alla rete comunitaria e le notifiche

trasmesse dagli Stati membri all'OMS in applicazione del nuovo RSI, è stata sviluppata nell'EWRS una funzione informatica per informare l'OMS degli eventi notificati a norma della decisione 2119/98/CE.

Per rispondere all'esigenza espressa dagli Stati membri di creare un forum di discussione per coordinare gli aspetti pratici dell'applicazione del RSI, la Commissione ha creato, accanto ai punti di contatto EWRS, un gruppo di "punti focali nazionali RSI" nell'Unione europea, che si è riunito per la prima volta il 31 maggio 2007 a Stoccolma. La maggior parte degli Stati membri (23 su 27), la Norvegia e l'Islanda hanno designato come "punti focali nazionali RSI" le stesse istituzioni che fungono da punti di contatto EWRS. La Commissione presiede questo gruppo due volte all'anno; l'OMS partecipa alle riunioni, che sono anche l'occasione per esaminare gli eventi notificati tramite l'EWRS e discutere delle loro implicazioni per la notifica in applicazione del RSI. La Commissione intende proporre soluzioni aggiuntive per rafforzare le notifiche RSI, che saranno strettamente associate ai sistemi europei di notifica elettronica esistenti e pienamente riconosciute dall'OMS.

8. TRASFERIMENTO DELL' EWRS AL CEPCM

Come previsto dal regolamento istitutivo, il CEPCM gestisce dal 17 novembre 2007 l'applicazione informatica EWRS. La Commissione resta, come in passato, responsabile degli altri aspetti, compresa "l'autorizzazione di gestione dell'utente". I punti di contatto EWRS negli Stati membri sono sempre ufficialmente nominati sulla base delle designazioni e delle domande d'accesso trasmesse alla Commissione tramite le rappresentanze permanenti.

L'applicazione informatica attuale non differisce dalla precedente e il sistema è quindi utilizzato nello stesso modo, tranne per quel che riguarda le password e i login, in quanto sono state introdotte nuove modalità per le password al fine di rafforzare la sicurezza (la nuova applicazione è ora accessibile via Internet). Dal 17 novembre 2007 la nuova applicazione è accessibile al seguente indirizzo: <https://ewrs.ecdc.europa.eu>.

9. CONCLUSIONI

I dati relativi all'EWRS per il 2006 e il 2007 confermano le tendenze degli anni precedenti. Il numero e la tipologia dei messaggi inviati sono comparabili a quelli degli anni 2004 e 2005. In maggioranza, i messaggi inviati sono stati di tipo informativo. Il numero totale dei messaggi trasmessi nel 2007 è stato inferiore a quello del 2006, probabilmente a causa del numero maggiore di messaggi riguardanti eventi associati all'influenza aviaria notificati nel 2006, più che di un cambiamento nel processo di notifica. È in programma un'analisi supplementare dei messaggi inviati da quando esiste lo strumento informatico dell'EWRS (1999), che dovrebbe fornire indicazioni più precise sull'evoluzione dell'uso dell'EWRS e contribuire a rendere più efficace l'utilizzo di questo sistema, concentrandosi più sulle questioni di gestione che sulla valutazione.

Come negli anni precedenti, solo un numero limitato di eventi notificati nel 2006 e nel 2007 ha richiesto un coordinamento su scala comunitaria. La presente relazione si è concentrata sugli eventi che hanno suscitato tali reazioni a vari livelli e che hanno messo in rilievo alcuni punti specifici che richiedono maggiore attenzione.

La comparsa del chikungunya in Italia ha messo in luce il ruolo potenziale del cambiamento climatico nella modifica dell'epidemiologia delle malattie vettoriali nell'Unione europea e la necessità di un approccio regionale nel monitoraggio di queste malattie (come il virus del Nilo occidentale) e negli interventi di reazione. In particolare, essa ha dimostrato che una malattia che non è stata mai segnalata nell'Unione europea può sempre sfidare le capacità di reazione e di coordinamento della Comunità.

La recrudescenza dei casi di morbillo segnalati da diversi Stati membri mette in rilievo l'importanza di un approccio coordinato per raggiungere e mantenere un alto livello di copertura vaccinica in tutta Europa al fine di eliminare il morbillo, obiettivo fissato per il 2010.

Procedure di ricerca dei contatti sono state applicate in varie occasioni. Anche se sono state rapidamente messe in atto procedure di coordinamento, i meccanismi devono però essere rafforzati per permettere di rintracciare rapidamente le persone interessate, nel rispetto della legislazione in materia di protezione dei dati di carattere personale. Persistono le notevoli difficoltà per ottenere informazioni dalle compagnie aeree.

Per alcuni eventi è stato necessario ricorrere a messaggi al pubblico tramite i mezzi di informazione. Le riunioni di coordinamento delle autorità dell'EWRS negli Stati membri sono risultate particolarmente utili alla definizione di una linea comune nei rapporti con i media. È apparso chiaro, tuttavia, che ulteriori azioni sono necessarie per giungere a una forma più strutturata di reazione.

La Commissione e gli Stati membri, assistiti dal CEPCM, si sono rapidamente adattati al nuovo RSI. La legislazione in vigore sulle malattie trasmissibili è stata già adattata e nel 2010 sarà proposta una serie di strumenti giuridici riguardanti i rischi sanitari delle malattie non trasmissibili. A breve termine, saranno proposti strumenti specifici per rafforzare la ricerca dei contatti per motivi di sanità pubblica. Meccanismi per far fronte alla dimensione mondiale di alcuni eventi segnalati al di fuori dell'Unione europea, ma con possibili ripercussioni a livello comunitario, sono stati attivati, se necessario, per facilitare e migliorare la gestione di tali eventi sfruttando le risorse disponibili, come il programma europeo di formazione in epidemiologia d'intervento (EPIET), che è ora coordinato dal CEPCM in stretta collaborazione con l'OMS.

È in programma un aggiornamento sostanziale dell'applicazione informatica dell'EWRS per assicurarne la coerenza con le nuove piattaforme di comunicazione che la Commissione e il CEPCM stanno sviluppando. In particolare, il legame con la piattaforma EPIS³ del CEPCM fornirà una solida base per lo scambio di informazioni epidemiologiche su eventi specifici. Gli strumenti della Commissione che aiutano gli Stati membri a condividere i loro dati e le loro informazioni nelle situazioni di crisi faciliteranno il buon funzionamento dell'EWRS quando un gran numero di messaggi sarà inviato tramite il sistema.

Infine, sono necessarie e saranno presto introdotte alcune lievi modifiche dell'applicazione di "ricerca semplice" (chiusura degli eventi, contenuto del messaggio, sindrome/malattia, agente patogeno, ragione della notifica e paese di insorgenza). La necessità di queste modifiche era stata già indicata nella relazione

precedente, ma la fase di trasferimento dell'EWRS ha impedito questo tipo d'aggiornamento.