

**LINEE DI INDIRIZZO DELLA REGIONE TOSCANA PER LA GESTIONE DELLA
EMERGENZA PANDEMICA INFLUENZALE**

INTRODUZIONE

1) ASSETTI ORGANIZZATIVI

- 1.1 Struttura operativa regionale e territoriale
- 1.2 Comitato Pandemico Regionale
- 1.3 Unità di Crisi Aziendale per la pandemia

2) PIANO AZIENDALE DI RISPOSTA ALLA PANDEMIA INFLUENZALE

- 2.1 Predisposizione Piano Aziendale Pandemico

3) ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA

- 3.1 Introduzione
- 3.2 Sorveglianza e controllo dell'influenza aviaria
 - 3.2.1 Le anagrafi delle aziende avicole
 - 3.2.2 La sorveglianza sul territorio regionale
- 3.3 Indicazioni per la tutela sanitaria nell'uomo
 - 3.3.1 Sorveglianza epidemiologica
 - 3.3.2 Sorveglianza virologica e potenziamento rete laboratori

4) GARANTIRE IL TRATTAMENTO E L'ASSISTENZA DEI CASI

- 4.1 Censimento regionale e aziendale della rete di diagnosi e cura
- 4.2 Protocolli diagnostico terapeutici

5) ORGANIZZAZIONE MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO

- 5.1 Definizione del fabbisogno aziendale di dispositivi di protezione individuale (DPI)
- 5.2 Misure di Sanità Pubblica
 - 5.2.1 Isolamento domiciliare dei casi
 - 5.2.2 Notifica
 - 5.2.3 Chiusura scuole e/o sospensione manifestazioni
- 5.3 Vaccinazione pandemica
 - 5.3.1 Stimare il numero di dosi di vaccino
 - 5.3.2. Modalità di registrazione delle vaccinazioni eseguite e messa a punto del sistemi informatizzato per programmare e ricordare i tempi di esecuzione delle seconde dosi.
 - 5.3.3. Stoccaggio e distribuzione di vaccino e farmaci antivirali
 - 5.3.4 Farmacovigilanza
 - 5.3.5. Raccordare referenti della farmacovigilanza con quelli della prevenzione.

6) FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

- 6.1 Il percorso formativo

7) LE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE

- 7.1 Premessa
 - 7.1.2 Obiettivi
- 7.2 Piani di comunicazione interna ed esterna alla Regione
 - 7.2.1 Comunicazione interna
 - 7.2.2 Comunicazione esterna

Elenco delle abbreviazioni

AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ARS	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CCM	Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie
CPR	Comitato Pandemico Regionale
DD	Decreto Dirigenziale
DEU	Dipartimento Emergenza Urgenza
DG	Direzione Generale
DGR	Delibera della Giunta Regionale Toscana
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
ISP	Igiene e Sanità Pubblica
ISS	Istituto Superiore di Sanità
IZS	Istituto Zooprofilattico Sperimentale
L.R.	Legge Regionale
MdS	Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
MI	Malattie infettive
MMG	Medici di medicina generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAP	Piano Aziendale Pandemico
PdF	Pediatri di famiglia
PNP	Piano Nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale
PRP	Linee di indirizzo della Regione Toscana per la gestione della pandemia influenzale
PS	Pronto Soccorso
RSA	Residenza sanitaria assistita
RSP	Residenza sanitaria protetta
SDS	Società della Salute
UCAP	Unità di Crisi Aziendale per la Pandemia
UF	Unità funzionale
UO	Unità Operativa
USC	Unità Sanitaria di Crisi

INTRODUZIONE

Le presenti linee di indirizzo regionali di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale sono predisposte sulla base degli indirizzi generali dell'analogo Piano nazionale approvato con Accordo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 9 febbraio 2006. Tali indirizzi risultano coerenti ed allineati, al fine di dare continuità alle disposizioni nazionali ed internazionali.

Gli indirizzi regionali hanno un carattere operativo e traducono quindi i principi contenuti nel Piano Nazionale in una pianificazione territoriale finalizzata a definire soluzioni organizzative che rispondano ai seguenti obiettivi:

1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia
2. mettere in atto strategie atte a limitare il più possibile il rischio di trasmissione, la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia
3. ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali
4. assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia
5. garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico
6. monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica
2. attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione)
3. garantire il trattamento e l'assistenza dei casi
4. mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari ed altri servizi essenziali
5. mettere a punto un piano di formazione regionale
6. mettere a punto adeguate strategie di comunicazione
7. monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando ed analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.

Gli indirizzi regionali delineano il quadro generale, individuando i soggetti istituzionalmente incaricati di assumere le decisioni ed i provvedimenti da adottare in relazione alle fasi definite dall'OMS. Le azioni previste sono quelle relative alle fasi 1, 2 e 3 mentre per le fasi successive vengono individuate solo le modalità di livello generale attraverso cui procedere.

Fasi e livelli di rischio definiti dall'OMS nell'aprile 2005

PERIODO	FASI PANDEMICHE	LIVELLI	OBIETTIVI DI SANITA' PUBBLICA
Periodo interpandemico	Fase 1 Nessun nuovo sottotipo di virus influenzale isolato nell'uomo. Un sottotipo di virus influenzale che ha causato infezioni nell'uomo può essere presente negli animali. Se presente negli animali, il rischio di infezione o malattia nell'uomo è considerato basso.		Rafforzare la preparazione alla pandemia a livello globale, nazionale e locale.
	Fase 2 Nessun nuovo sottotipo virale isolato nell'uomo. Comunque, la circolazione negli animali di sottotipi virali influenzali pone un rischio sostanziale di malattia per l'uomo	Livello 0 assenza di rischio nel Paese Livello 1 presenza di rischio nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi a rischio	Minimizzare il rischio di trasmissione all'uomo; individuare e segnalare rapidamente tale trasmissione se si manifesta
Periodo di allerta pandemico	Fase 3. Infezione nell'uomo con un nuovo sottotipo, ma assenza di trasmissione da uomo a uomo, o solo rare prove di trasmissione in contatti stretti	Livello 0 assenza di infezioni nella Nazione Livello 1 presenza di infezioni nella Nazione, o presenza di intensi collegamenti o scambi Commerciali con Paese affetti	Assicurare la rapida caratterizzazione e la rapida individuazione del nuovo sottotipo virale, la segnalazione e la risposta a casi aggiuntivi
	Fase 4 Piccoli cluster con limitata trasmissione interumana e con diffusione altamente localizzata, che indicano che il virus non è ben adattato all'uomo	Livello 0 assenza di piccoli cluster nel Paese Livello 1 presenza di piccoli cluster nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati cluster di malattia	Contenere la diffusione del nuovo virus all'interno di focolai circoscritti o ritardare la diffusione per guadagnare tempo al fine di mettere in atto le misure di preparazione, incluso lo sviluppo del vaccino
	Fase 5 Grandi cluster, ma con limitata diffusione interumana, che indicano che il virus migliora il suo adattamento all'uomo, ma non è ancora pienamente trasmissibile (concreto rischio pandemico).	Livello 0 assenza di grandi cluster nel Paese Livello 1 presenza di grandi cluster nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati grandi cluster di malattia	Massimizzare gli sforzi per contenere o ritardare la diffusione del virus, per evitare, per quanto possibile, la pandemia e per guadagnare tempo al fine di mettere in atto le misure di risposta
Periodo pandemico	Fase 6 Aumentata e prolungata trasmissione nella popolazione generale	Livello 0: assenza di casi nella popolazione del Paese Livello 1: presenza di casi nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove la pandemia è in atto Livello 2: fase di decremento Livello 3: nuova ondata	Minimizzare l'impatto della pandemia
Periodo post-pandemico	Ritorno al periodo interpandemico	Ritorno al periodo interpandemico	Favorire la ripresa del Paese

Note: La distinzione tra fase1 e fase2 è basata sul rischio di infezione nell'uomo o malattia da ceppi circolanti in animali. La distinzione deve essere basata su vari fattori e sulla loro importanza relativa in accordo con le conoscenze scientifiche correnti. I fattori possono includere: patogenicità negli animali e negli uomini; presenza in animali domestici e allevamenti o solamente nei selvatici; se il virus è enzootico o epizootico, geograficamente limitato o diffuso; altre informazioni del menoma virale; altre conoscenze scientifiche. La distinzione tra fase 3,4 e 5 è basata sulla valutazione del rischio di pandemia. Possono essere considerati vari fattori e la loro relativa importanza, in accordo con le conoscenze scientifiche correnti. I fattori possono includere: tasso di trasmissione, localizzazione geografica e diffusione; severità della malattia; presenza di geni provenienti da ceppi umani (se derivato da un ceppo animale); altre informazioni dal menoma virale; altre informazioni scientifiche.

1) ASSETTI ORGANIZZATIVI

1.1 Struttura operativa regionale e territoriale

Il Piano Nazionale Pandemico prevede che ogni Regione definisca con un apposito documento di implementazione, una propria organizzazione operativa coerente con le funzioni richiamate nel Piano Nazionale Pandemico stesso.

Poiché i provvedimenti da adottarsi nel periodo interpandemico e di allerta pandemico (fasi 1-2-3-4-5 della classificazione OMS riportata nel precedente schema), atterranno specificamente all'ambito sanitario, le disposizioni ed il coordinamento degli interventi sarà di competenza della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana che si avvarrà, a livello locale, delle Aziende Sanitarie Locali. Nel periodo pandemico (fase 6 della classificazione OMS su richiamata) in cui si configura il carattere della emergenza, interviene l'assetto previsto dalla normativa vigente. Pertanto, in seguito alla deliberazione dello stato di emergenza ai sensi dell'art.5 comma 1 della L.225/92 da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri, le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza, sono svolte dai Comitati operativi della Protezione Civile che, sia a livello regionale che provinciale, saranno integrati rispettivamente dalla D.G. del Diritto alla Salute e dalle Aziende USL per quanto riguarda le competenze specialistiche di prevenzione sanitaria e veterinaria.

Le fasi ed i livelli di rischio sono dichiarati dall'OMS. A livello nazionale, l'informazione sulla dichiarazione di fase dell'OMS verrà data dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali. La comunicazione alla Nazione della dichiarazione di pandemia da parte dell'OMS sarà fatta dal Presidente del Consiglio su indicazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

1.2 Comitato Pandemico Regionale

Al fine di fronteggiare i rischi derivanti da situazioni di emergenza ed assicurare il coordinamento degli interventi sanitari e di protezione civile, con Decreto del Direttore della D.G. Diritto alla Salute 1939 dell'8/4/2005 è stato costituito presso la D.G. Diritto alla salute e politiche di solidarietà, il "Coordinamento Sanitario Regionale per l'intervento nelle emergenze" previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 1390 del 27/12/2004. Quest'ultimo provvedimento ha inoltre previsto l'istituzione della Unità Sanitaria di Crisi (U.S.C.) in ogni Azienda sanitaria.

Per assicurare il coordinamento delle attività previste dal Piano Nazionale Pandemico, la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà della Regione Toscana si avvarrà del Comitato Pandemico Regionale (CPR) istituito con il provvedimento di approvazione del presente documento, nell'ambito del "Coordinamento Sanitario Regionale per l'intervento nelle emergenze" sopra richiamato ed integrato con le necessarie ulteriori figure professionali ed i referenti dei Settori regionali coinvolti come riportato nella tabella A. L'attivazione e la conduzione del CPR è affidata al Dirigente del Settore Igiene Pubblica della Direzione Generale del Diritto alla Salute e politiche di Solidarietà; il raccordo tra il CPR e il Coordinamento Sanitario Regionale per le emergenze è garantito dal Presidente del Coordinamento Sanitario Regionale medesimo.

Il supporto tecnico-scientifico al Comitato Pandemico Regionale sarà garantito dal team di esperti individuati nella "Commissione regionale per le strategie vaccinali e la prevenzione delle patologie infettive", di cui alla DGR n.1020 del 27/12/2007, a cui spetta il compito di elaborare indirizzi operativi e linee guida specifiche nell'ambito della profilassi e sorveglianza delle patologie infettive e delle vaccinazioni.

Il CPR garantisce il coordinamento a livello locale attraverso il costante raccordo con i Direttori Sanitari e Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Tabella A – Composizione Comitato Pandemico Regionale

ENTE	COMPONENTI
<p>Regione Toscana - Direzione Generale Diritto alla Salute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area di coordinamento Sanità - Settore Farmaceutica - Settore Risorse umane, comunicazione e promozione della salute - Settore Igiene Pubblica - Settore Sicurezza e salute sui luoghi di lavoro - Settore Medicina Predittiva – Preventiva - Settore Operazioni - Settore Assistenza sanitaria <p>Regione Toscana - Direzione Generale della Presidenza :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Settore Sistema Regionale di Protezione Civile <p>Agenzia per le attività di informazione degli organi di governo della Regione</p>	<p>Dirigente di Settore o suo delegato</p>
<p>Agenzia Regionale di Sanità</p>	<p>Responsabile Osservatorio Epidemiologico o suo delegato</p>
<p>Ufficio Sanità Marittima Aerea e di Frontiera ufficio di Livorno</p>	<p>Dirigente o suo delegato</p>

1.3 Unità di crisi aziendale per la pandemia

Per assicurare il coordinamento delle attività a livello locale, ogni Azienda Sanitaria istituisce, nell'ambito della Unità Sanitaria di Crisi prevista dalla D.G.R. n. 1390/2004, l'Unità di Crisi Aziendale per la Pandemia (UCAP) integrata come riportato in tabella B.

L'UCAP sarà resa operativa in fase pandemica.

Tabella B – Composizione Unità di Crisi Aziendale per la pandemia

Direttore Sanitario o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile Dipartimento emergenza urgenza (DEU) o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile Dipartimento di Prevenzione o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile 118 o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile UO Servizio di Protezione e Prevenzione o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Un rappresentante dei responsabili di presidio ospedaliero	
Responsabile UO manutenzione o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile Tecnologie informatiche o suo delegato	
Responsabile U.O. Farmacia o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile dei distretti o suo delegato	
Responsabile Attività infermieristiche o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile UO Malattie infettive o suo delegato	
Responsabile terapie intensive o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile pronto soccorso o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Responsabile UO acquisti o suo delegato	già componente dell'Unità Sanitaria di Crisi di cui alla DGR 1390/2004
Rappresentante medici di medicina generale	
Rappresentante pediatri di famiglia	

L'Unità di Crisi della Azienda Ospedaliera comprenderà le seguenti figure:

➤ Direttore Sanitario o suo delegato
➤ Un rappresentante dei responsabili di presidio ospedaliero
➤ Responsabile U.O. Farmacia
➤ Responsabile Attività infermieristiche

Il responsabile della Unità di Crisi della Azienda Ospedaliera assicura la propria presenza all'interno della Unità di Crisi della Azienda USL. Il responsabile della Unità di Crisi della Azienda USL garantisce il raccordo con il responsabile della Unità di Crisi della Azienda Ospedaliera.

La conduzione della Unità di Crisi Aziendale per la pandemia è affidato al Direttore Sanitario (o suo delegato) che può altresì disporre l' integrazione inserendo eventuali altre figure professionali in rapporto alle specifiche problematiche da affrontare. Il Direttore Sanitario convoca e coordina l'Unità di Crisi Aziendale per la Pandemia, garantisce il raccordo con il Comitato pandemico regionale, trasmette al Dirigente del Settore Igiene Pubblica della Direzione Generale del Diritto alla Salute al quale è affidata la conduzione del CPR, il calendario delle proprie reperibilità, con cadenza mensile.

Per assicurare la presenza continuativa di tutte le Unità Operative interessate, ogni componente della UCAP può designare uno o più sostituti.

Nella fase di emergenza, il Direttore Sanitario potrà avvalersi di un nucleo ristretto di componenti della UCAP.

Tabella C - Strutture di coordinamento delle attività

Responsabile	Compiti
Direzione Generale Diritto alla salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana	<ul style="list-style-type: none"> - Predisporre i provvedimenti necessari per l'attuazione del PRP - garantisce i rapporti con il livello centrale (MdS, CCM, ISS) e le altre Regioni - adotta, tramite i Settori competenti per materia, le linee guida dei piani di formazione e comunicazione ed i protocolli proposti dal CPR - Coadiuvare la protezione civile in riferimento alle specifiche competenze di prevenzione sanitaria e veterinaria
Comitato Pandemico Regionale	<p>Garantisce la progettazione ed il coordinamento delle attività previste dal PRP nel territorio regionale attraverso il costante raccordo con i Direttori sanitari e generali delle aziende sanitarie</p> <p>Predisporre i documenti tecnici e le linee guida previste dal presente PRP</p> <p>Predisporre lo schema per la redazione del piano aziendale per la pandemia delle Aziende Sanitarie</p> <p>verifica l'adozione e la completezza del PAP. Verifica l'attuazione da parte delle Aziende Sanitarie delle disposizioni impartite con il presente PRP.</p>
Commissione Regionale per le strategie vaccinali e la prevenzione delle patologie infettive	Garantisce la consulenza tecnico-scientifica a supporto delle attività richieste
Aziende sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - Sono titolari di tutte le attività di prevenzione, diagnosi e cura dell'influenza pandemica - Istituiscono le Unità di Crisi per la pandemia - Adottano i piani pandemici locali - Adottano i piani aziendali per la formazione e la comunicazione in conformità agli indirizzi forniti a livello regionale. <p>Assicurano la realizzazione delle attività richieste dal presente PRP in collaborazione con la DG Diritto alla Salute</p>
Unità di Crisi Aziendale per la pandemia	<ul style="list-style-type: none"> - Coordina gli interventi sul territorio di competenza in fase pandemica - assicura il collegamento con il comitato pandemico regionale in fase pandemica
Agenzia regionale di Sanità della Toscana	Supporta la DG Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà per la realizzazione delle attività di carattere statistico epidemiologico richieste per la realizzazione del presente PRP.
Protezione civile	Coordina e gestisce le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza

2) PIANO AZIENDALE DI RISPOSTA ALLA PANDEMIA INFLUENZALE

2.1 Predisposizione Piano Aziendale Pandemico

Entro 120 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento, con decreto dirigenziale del competente settore della D.G. del Diritto alla Salute, saranno approvate le linee guida su proposta del CPR per la predisposizione dei Piani Aziendali di risposta alla pandemia influenzale (PAP). Le Aziende Sanitarie elaboreranno un proprio Piano Aziendale di risposta alla pandemia influenzale sulla base delle linee guida sopra richiamate ed in conformità agli indirizzi forniti con il presente PRP.

I PAP approvati dal Direttore Generale saranno trasmessi entro 120 giorni dalla data di adozione del provvedimento di approvazione delle guida sopra richiamate, al Dirigente responsabile del Settore Igiene Pubblica della D.G. Diritto alla salute e politiche di solidarietà.

La DG Diritto alla Salute, tramite il CPR, verifica l'adozione del PAP da parte di ciascuna Azienda Sanitaria, ne valuta la completezza e, se necessario, richiede le opportune integrazioni. Le Aziende Sanitarie garantiscono la trasmissione dei PAP alla Protezione Civile.

3) ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA

3.1 Introduzione

L'Accordo di Conferenza Stato Regioni prevede che tutte le Regioni garantiscano, con proprie strutture, un adeguato livello di sorveglianza virologica ed epidemiologica. Le attività da garantire, definite dal PNP, sono diversificate secondo le fasi e i livelli di rischio definiti dall'OMS.

3.2 Sorveglianza e controllo dell' influenza aviaria

3.2.1. Le anagrafi delle aziende avicole

Gli allevamenti di volatili definiti come "industriali" sono quelli con almeno 250 capi. Tali strutture sono inserite nel sistema nazionale della Banca Nazionale delle Specie Avicole gestita per conto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dal Centro Servizi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle regioni Abruzzo e Molise di Teramo.

Tale censimento è completato ed aggiornato a cura dei Servizi Veterinari delle Aziende UU.SS.LL. della Toscana. Vengono inseriti i dati anagrafici e civili del proprietario/detentore degli animali l'ubicazione dell'allevamento comprese le coordinate geografiche nonché le specie avicole allevate.

L'accesso alla banca dati nazionale è possibile per le aziende sanitarie con i propri operatori abilitati e dotati di smart card. Un gruppo regionale definito "area di lavoro anagrafi" al quale partecipano tutte le aziende sanitarie presiede alla gestione complessiva delle anagrafi.

Il servizio veterinario regionale è abilitato alla consultazione/interrogazione dei dati ma non alla loro modifica.

Il censimento delle aziende avicole con meno di 250 capi definite come "rurali" viene effettuato dai servizi veterinari delle Aziende USL ai sensi del Decreto Legislativo 158/2006. Ogni azienda sanitaria dispone dei relativi elenchi di tali strutture.

Sul sito della regione Toscana nella sezione della prevenzione dedicato alla sanità pubblica veterinaria, oltre ai dati di attività viene riportato e aggiornato il numero complessivo e il numero per azienda sanitaria degli allevamenti rurali.

3.2.2 La sorveglianza sul territorio regionale

Il Decreto Dirigenziale n. 6612 del 29 novembre 2005 e successive modifiche definisce come richiesto dalla normativa nazionale le aree regionali a maggior rischio per l'influenza aviaria. Tali aree sono: Lago di Massaciuccoli LU0600, S.Rossore Migliarino PI 0100, Fucecchio PT 0200,

Bolgheri LI 0400, Scarlino GR0100, Maremma Grossetana GR 0200, Orbetello e Burano GR 0400, Bassa Val di Chiana SI 1400.

In particolare in tali aree ma anche nei restanti allevamenti sono applicate ove possibile le norme di biosicurezza (reti antipassero, protezione degli alimenti, riparo notturno degli animali, stoccaggio dei soggetti morti, platea di carico/scarico ecc.).

Al fine di individuare precocemente la circolazione virale, oltre alle norme di biosicurezza la regione Toscana gestisce ed adatta al proprio territorio il piano nazionale di sorveglianza per influenza aviaria operativamente demandato ai servizi veterinari territoriali.

Specifica sorveglianza viene effettuata nell'area umida della Laguna di Orbetello, definita "ad alto rischio" sui selvatici migratori secondo cadenza e numerosità definita dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in collaborazione con la sezione di Grosseto dell'IZS e l'Università di Bologna.

Ulteriori controlli vengono effettuati con cadenze periodiche negli allevamenti industriali e rurali secondo una valutazione dei rischi correlati al territorio definendo una rete regionale di sorveglianza.

Con Delibera della Giunta Regionale n. 96 del 13 febbraio 2006 è stata definita la composizione, ed i livelli operativi delle Unità di Crisi Regionale e delle Aziende UU.SS.LL.. I Responsabili delle Unità di Crisi Regionale e delle Aziende Sanitarie sono in grado di gestire il sistema di relazione tra i vari soggetti del sistema sia regionale che sopra regionale.

I laboratori di riferimento sono costituiti dalle sezioni toscane dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle regioni Lazio e Toscana (Pisa, Firenze, Arezzo, Grosseto, Siena) e dal laboratorio di virologia di Roma dello stesso Istituto. Per le conferme diagnostiche ci si avvale del Centro Nazionale di riferimento situato presso l'IZS di Padova.

3.3 Indicazioni per la tutela sanitaria nell'uomo

Con nota prot. AOO-GRT 125/262339/5.1.1 del 27/9/2006 sono state trasmesse alle Aziende USL toscane le linee di indirizzo per la gestione di un focolaio sospetto o accertato di influenza aviaria tra gli animali o dei casi sospetti o accertati di influenza aviaria umana. Tali procedure, aggiornate ad agosto 2006, saranno soggette a verifica periodica; il dirigente del Settore Igiene Pubblica della DG Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà è incaricato della revisione e dell'approvazione del protocollo con proprio decreto entro 90 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento.

3.3.1 Sorveglianza epidemiologica

Le attività di monitoraggio epidemiologico e virologico dell'influenza sono disciplinate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1386 del 17/12/2001. Il sistema di sorveglianza si realizza attraverso la segnalazione settimanale dei casi da parte di una rete di medici e pediatri sentinella coordinata dal Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza (CIRI) in base a modalità definite annualmente dal Protocollo Operativo "Influnet".

La rete, costituita da 42 medici sentinella, uniformemente distribuiti sul territorio regionale, permette di monitorare un campione di circa n.54.000 soggetti rappresentativi di tutte le classi di età che corrisponde all'1,5% della popolazione regionale totale. Il periodo di osservazione inizia alla metà di ottobre e termina alla fine di aprile dell'anno successivo.

La rete, al momento sufficiente a garantire un adeguato livello di sorveglianza virologica ed epidemiologica, dovrà essere potenziata con l'ampliamento del periodo di osservazione e l'aumento del numero dei medici sentinella coinvolti sulla base delle indicazioni nazionali.

Al fine di identificare e confermare rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, una volta definiti a livello nazionale i protocolli di sorveglianza epidemiologica, sarà compito del CPR stabilire le modalità di attuazione per la sorveglianza dei cluster di sindrome influenzale potenzialmente attribuibili a virus pandemico, cluster di morti inattese per sindrome influenzale (ILI) e infezioni respiratorie acute (IRA) in strutture di ricovero e cura.

Per il rilevamento degli indici previsti al punto 7.1 del PPN (n. degli accessi al pronto soccorso e n. ricoveri in un campione di comuni, mortalità totale in un campione di comuni, tassi di assenteismo lavorativo e scolastico), il CPR si avvale della consulenza statistico-epidemiologica dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

3.3.2 Sorveglianza virologica e potenziamento rete laboratori

Il Laboratorio di Virologia del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Firenze è il laboratorio di riferimento della Regione Toscana per la sorveglianza virologica dell’influenza. Tale struttura identifica e tipizza i virus dei campioni respiratori (tamponi nasali o faringei) trasmessi prontamente al laboratorio dai medici sentinella. Le metodiche utilizzate sono l’isolamento virale in colture cellulari e/o la ricerca del genoma virale tramite RT-PCR. I risultati ottenuti e i virus isolati vengono inviati all’Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale per l’Influenza) da cui poi vengono spediti al Centro Mondiale dell’Influenza di Londra, per il confronto con i virus isolati in tutta l’Europa e nel resto del mondo.

Per il potenziamento della rete di sorveglianza virologica nel periodo di allerta pandemico e/o pandemico, questa Direzione Generale ha individuato le seguenti ulteriori strutture che potranno affiancare, previa conferma del possesso dei requisiti, l’attuale laboratorio di riferimento regionale:

- Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - Laboratorio di Epidemiologia molecolare, Dipartimento di Fisiopatologia Medicina sperimentale e Sanità Pubblica
- Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana UO Virologia Univ c/o Dipartimento di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche.

4) GARANTIRE IL TRATTAMENTO E L’ASSISTENZA DEI CASI

4.1 Censimento regionale e aziendale della rete di diagnosi e cura

La D.G. Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà, al fine di poter utilizzare al meglio ed in tempi rapidi la rete di assistenza territoriale provvede ad aggiornare periodicamente, con cadenza almeno annuale, tramite le Aziende Sanitarie, il censimento delle strutture disponibili ed in particolare il numero dei posti letto nei reparti di malattie infettive. Entro 90 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento il competente Settore della D.G. del Diritto alla Salute provvederà ad aggiornare il censimento esistente.

Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere provvedono inoltre a:

- Valutare le possibilità di posti letto aggiuntivi nelle proprie strutture di ricovero, suddivise per tipologia
- Per le cure mediche potenziali luoghi alternativi ai presidi ospedalieri dovranno essere censiti e verificati tramite la Protezione Civile.
- Predisporre un piano per garantire il massimo livello assistenziale in fase pandemica
- Definire le modalità per garantire l’incremento dell’assistenza domiciliare medica ed infermieristica comprese le RSA e le strutture di accoglienza.

Ogni Azienda Sanitaria deve operare e mantenere aggiornato un censimento della disponibilità di posti letto ed apparecchi per la ventilazione assistita in strutture ospedaliere, distinguendo fra:

	ASL	AOU
risorse strutturali e tecnologiche dedicate all’assistenza per l’emergenza – urgenza, comprese le strutture di area critica, ed al percorso nascita	X	X
risorse strutturali e tecnologiche dedicate all’assistenza programmabile indifferibile	X	X
risorse strutturali e tecnologiche dedicate all’assistenza in elezione	X	X

(programmabile differibile senza aggravamento della prognosi)		
risorse strutturali e tecnologiche dedicate all'assistenza in regime di ricovero diurno, convertibili all'assistenza a ciclo continuo di cure	X	X
risorse strutturali e tecnologiche presenti nelle strutture pubbliche, nelle strutture private accreditate e nelle strutture private non accreditate	X	
posti letto attivabili nelle diverse strutture con le procedure per il massiccio afflusso	X	X

Occorre stabilire la sequenza e le modalità di coinvolgimento progressivo delle diverse tipologie di ricovero nell'assistenza ai pazienti affetti da influenza.

Nella valutazione dell'impatto a livello locale occorre tenere presente della quota di popolazione che fruisce di forme assistenziali domiciliari (es. Assistenza Domiciliare Integrata, persone con familiari che fruiscono dei permessi ex Legge 104/92, Servizio Assistenza Domiciliare, indennità di accompagnamento).

In fase pandemica la pianificazione della disponibilità di posti letto ospedalieri per pazienti con influenza complicata deve essere ispirata a criteri di priorità e a flessibilità sia organizzativa che strutturale.

Risulta prioritario il mantenimento dell'operatività e della recettività del sistema dell'emergenza, sia a livello pre-ospedaliero che a livello ospedaliero: in particolare devono essere pienamente garantiti i ricoveri urgenti (sia medici che chirurgici) ed il percorso nascita.

La pianificazione dell'assistenza per interventi programmati ma indifferibili deve tener conto di criteri organizzativi che garantiscano fluidità e facilitazione degli interventi in emergenza ed urgenza (distinzione dei percorsi senza interferenza, valutazione dell'impatto della scelta delle tecniche chirurgiche sui tempi di impegno del blocco operatorio, sui tempi di degenza preoperatoria e postoperatoria, necessità di assistenza intensiva, ecc.)

Le attività di ricovero in regime di elezione dovranno essere sospese, a partire dagli interventi associati a maggiore durata della degenza, maggior durata del periodo di inabilità successiva al ricovero, maggior necessità di spostamento dal domicilio alla sede di ricovero.

Il numero dei casi di influenza, delle presentazioni ai servizi di Pronto Soccorso e dei ricoveri è correlato a:

1. incidenza dell'infezione
2. numerosità della popolazione del bacino di utenza
3. struttura demografica per classi di età
4. virulenza della malattia
5. efficacia delle misure profilattiche pre-esposizione
6. avanzamento temporale della fase pandemica
7. efficienza dell'organizzazione sanitaria extraospedaliera
8. tenuta della rete socio sanitaria informale a sostegno delle categorie svantaggiate.

Nei Pronto Soccorso è necessaria la predisposizione di un'area triage dedicata ai pazienti con sindrome influenzale, e di posti letto tecnici dedicati (per limitare l'esposizione dei soggetti che accedono per altre necessità di intervento) in numero sufficiente per l'osservazione in attesa di decidere se ospedalizzare il paziente; ciascun presidio deve prevedere un percorso dedicato per i servizi diagnostici, durante la fase dell'osservazione clinica.

A livello aziendale occorre predisporre un protocollo che definisca, in base a criteri condivisi specifici per la patologia:

1. criteri oggettivi per la ospedalizzazione;
2. criteri oggettivi per l'assegnazione a reparti di area critica;
3. criteri oggettivi per il ricovero in reparto malattie infettive (se presente).

Prevedere, all'interno di ciascun presidio

- settori di degenza per accogliere i pazienti con influenza

- un flusso di lavoro (aree di degenza, servizi diagnostici, ecc.) che tenga conto della necessità di minimizzare l'esposizione dei soggetti suscettibili (personale, ricoverati, visitatori)
- un sistema per la modulazione della turnazione del personale con lo scopo di suddividere il personale suscettibile dal personale immunizzato.

L'occupazione di posti letto per patologia influenzale è determinata, in ciascun ospedale, da:

1. tasso di ricovero dal Pronto Soccorso
2. efficienza dei servizi diagnostici
3. disponibilità del personale di assistenza
4. durata della degenza
5. disponibilità dei posti letto attivabili
6. tasso di occupazione dei posti letto

Ogni Azienda Sanitaria deve elaborare una clinical path per l'influenza in fase pandemica, stabilendo criteri oggettivi per la dimissione in presenza di defaillance della rete di supporto strutturata ed informale.

Inoltre, a livello aziendale è necessario

- predisporre un piano di approvvigionamento e rete di scambio dispositivi, farmaci e gas medicali fra presidi
- programmare tempi e modalità di revisione del piano per le eventuali ondate pandemiche successive.

4.2 Protocolli diagnostico terapeutici

La D.G. Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà, sulla base delle indicazioni nazionali, provvede alla messa a punto di protocolli diagnostico terapeutici, per una gestione uniforme dei casi che si presentano. Una volta approvati a livello regionale, tali protocolli dovranno essere diffusi capillarmente dalle Aziende Sanitarie in tutte le strutture di competenza, comprese quelle accreditate. Le linee di indirizzo attualmente valide sono quelle richiamate al punto 3.3. del presente documento "Indicazioni per la tutela sanitaria nell'uomo" di cui alla nota prot. AOO-GRT 125/262339/5.1.1 del 27/9/2006.

5) ORGANIZZAZIONE MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE

Entro sei mesi dalla data di adozione delle presenti disposizioni, ogni Azienda sanitaria dovrà pianificare le misure di prevenzione da attuare in caso di pandemia. In particolare dovranno essere attuate le misure di seguito indicate.

5.1 Definizione del fabbisogno aziendale di dispositivi di protezione individuale (DPI)

Ogni Azienda Sanitaria deve stimare il fabbisogno di DPI attraverso il censimento degli operatori sanitari, per singolo presidio e mettere a punto dei piani di approvvigionamento e distribuzione.

Sono da considerare fra le strutture da dotare di DPI, oltre a quelle di ricovero, ambulatori, distretti, servizi di sanità pubblica e veterinari, laboratori. Dovrà inoltre essere prevista la fornitura di DPI ai servizi di guardia medica e 118, ai medici di medicina generale ed ai pediatri. L'approvvigionamento dei DPI avviene tramite Area Vasta, le scorte sono poi distribuite a tutte le strutture sanitarie.

La direzione sanitaria deve disporre dei protocolli di utilizzo dei DPI; tutto il personale deve partecipare ai corsi di aggiornamento e addestramento affinché i DPI siano utilizzati correttamente.

5.2 Misure di Sanità Pubblica

5.2.1 Isolamento domiciliare dei casi

Entro 180 giorni dalla adozione delle presenti disposizioni, il CPR provvederà alla definizione delle modalità per l'isolamento domiciliare dei casi.

5.2.2. Notifica

Al fine di rendere veloce e snella la procedura sarà necessario facilitare il percorso della notifica che dovrà pervenire in tempo reale alla U.F. di Igiene e Sanità Pubblica in modo che possa essere attivata immediatamente l'inchiesta sul malato, la sorveglianza dei contatti e definita la popolazione esposta. Il medico invia la segnalazione alla U.F. di ISP territorialmente competente perché proceda ad avviare l'inchiesta epidemiologica; nel caso di visita ambulatoriale saranno raccolti anche i nomi dei presenti in sala d'attesa.

Per facilitare la segnalazione dei casi al competente settore di Igiene Pubblica delle Aziende USL da parte dei medici, potranno essere attivate una o più linee telefoniche dedicate con possibilità di registrazione dei messaggi e/o fax e/o casella di posta elettronica dedicati.

Per la segnalazione dei casi da parte dei Settori di Igiene Pubblica ai livelli superiori (Regione – MdS) potrà essere utilizzata l'applicazione PREMAL sulla piattaforma web del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) attualmente in fase di sperimentazione nella Regione Toscana che garantisce la trasmissione delle segnalazioni in tempo reale e la consultazione a tutti i livelli di utenza (aziendale, regionale, ministeriale).

5.2.3 Chiusura scuole e/o sospensione manifestazioni

Si tratta di misure estreme da concordare per limitare il diffondersi dell'epidemia. La decisione deve scaturire dal confronto all'interno del comitato pandemico regionale in accordo con le Amministrazioni Comunali, Provinciali e Prefetture.

Da caso a caso potrà essere considerata la chiusura per interrompere la catena del contagio sia per le scuole che per le manifestazioni, con l'obbligo di monitorare l'andamento epidemiologico per la verifica delle conseguenze del provvedimento.

Altre misure, come ad esempio la limitazione degli spostamenti, la valutazione dell'opportunità e delle modalità di rientro dei cittadini italiani residenti in aree affette ed i controlli sanitari alle frontiere potranno essere disposti dal competente ufficio del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

5.3 Vaccinazione pandemica

5.3.1. Stimare il numero di dosi di vaccino

La stima del fabbisogno delle dosi necessarie per vaccinare le categorie a rischio prioritario può essere realizzata sulla base delle informazioni riportate nella tabella C che indica in dettaglio le categorie a rischio prioritario e le fonti per acquisire i dati necessari a stilare un elenco esaustivo delle persone appartenenti a ciascuna di esse.

Tab. C. Categorie in ordine di priorità cui offrire la vaccinazione pandemica. Fonti per elenchi nominativi vaccinand

Categorie a rischio prioritario	Specifiche Tipologie	Fonte dei dati	N° dosi
1. Personale sanitario e di assistenza	a. Ospedale	UO SI	n1
	b. Ambulatori MMG e PdF	UO SI	
	c. Strutture Sanitarie Lunga degenza	UO SI	
	d. Distretti sanitari e Servizi di Sanità Pubblica a contatto con il pubblico	UO SI	
	e. Servizi di ambulanze	UO SI	
	f. Laboratori clinici	UO SI	
	g. Farmacie	UO ISP	
2. Personale dei servizi essenziali di sicurezza ed emergenza	Forze di Polizia a contatto con il pubblico	Comando provinciale Polizia di Stato	n2
	Vigili del Fuoco	Comando provinciale vigili del fuoco	
	Decisori chiave in caso di urgenza ed emergenza	Rispettivi enti di appartenenza	
3. Personale dei servizi di pubblica utilità	Polizia municipale e altre forze di polizia non inserite nel gruppo 2 di priorità	Rispettivi enti di appartenenza	n3
	Addetti ai trasporti pubblici essenziali e ai trasporti di prodotti di prima necessità	Ferrovie dello Stato, direzioni linee di trasporto pubblico urbano ed extraurbano	
	Lavoratori servizi di pubblica utilità (scuole, poste, ecc.) secondo le indicazioni nazionali	Centro Servizi Amministrativi Ufficio scolastico regionale - Direzione regionale Poste Italiane	
4. Persone ad alto rischio di complicanze severe o fatali	Persone Over64, categorie a rischio per patologia.	UO SI	n4
Totale			n1-4

Legenda

MMG Medico Medicina Generale.

PdF Pediatra di famiglia

UO SI: Unità Operativa Sistema Informativo.

UO ISP : UO Igiene e Sanità Pubblica .

Il livello di priorità all'interno delle categorie a rischio verrà stabilito alla dichiarazione di fase pandemica, in relazione all'evoluzione del fenomeno.

5.3.2. Modalità di registrazione delle vaccinazioni eseguite e messa a punto del sistema informatizzato per programmare e ricordare i tempi di esecuzione delle seconde dosi.

Dovranno essere garantite le registrazioni delle vaccinazioni eseguite secondo le modalità già in uso nei settori competenti e, se del caso, assicurare il richiamo delle seconde dosi.

5.3.3. Stoccaggio e distribuzione di vaccino e farmaci antivirali

Il sistema regionale toscano di stoccaggio di vaccino e farmaci antivirali utilizza il Deposito Unico Regionale individuato dalla D.G.R. n. 439/2008.

Il responsabile regionale del sistema regionale toscano di stoccaggio di vaccino e farmaci antivirali è il responsabile del Deposito Unico Regionale che diventa referente e responsabile unico della disponibilità, conservazione e movimentazione.

Il responsabile regionale si raccorda con i responsabili individuati dalle Aziende USL e, di concerto con i Settori Farmaceutica e Igiene Pubblica della Direzione Generale del Diritto alla Salute, si attiva per far affluire al sito regionale di stoccaggio i farmaci.

In caso di emergenza il responsabile del sito regionale di stoccaggio allerta i responsabili individuati dalle Aziende USL e pianifica con loro la consegna dei vaccini e dei farmaci.

Il trasporto, organizzato di concerto dai Settori Farmaceutica e Igiene Pubblica della Direzione Generale del Diritto alla Salute, si avvale di mezzi stradali e/o aerei (se necessario refrigerati) in base ad un piano di distribuzione predisposto dal competente Settore della DG Diritto alla Salute secondo i criteri di priorità definiti dal Piano Pandemico Nazionale.

Per il trasporto del vaccino e dei farmaci antivirali dovranno essere garantite condizioni di sicurezza adeguate, di concerto con i responsabili della Pubblica Sicurezza a ciò eventualmente delegati.

Il sito regionale di stoccaggio garantisce la reperibilità h24.

5.3.4 – Farmacovigilanza

La rete di farmacovigilanza di cui alla D.G.R. n. 968/2006, strutturata su tre livelli (Aziende Usl, centri di Area Vasta ed Ufficio Regionale di Farmaco Vigilanza) potrà monitorare in tempo reale eventuali segnalazioni di reazioni avverse che saranno inserite in rete e condivise con i referenti del Settore Igiene Pubblica della DG Diritto alla Salute.

5.3.5. Raccordare referenti della farmacovigilanza con quelli della prevenzione.

Al fine di implementare il sistema di monitoraggio degli eventi avversi a vaccino, con deliberazione 1020/2007 è stata costituito, all'interno della Commissione terapeutica regionale istituita ai sensi dell'art.81 della L.R. 40/2005, un apposito gruppo di lavoro che opera in stretto raccordo con la Commissione regionale per le strategie vaccinali e la prevenzione delle patologie infettive. Per le specifiche esigenze di sorveglianza degli eventi avversi a vaccino il provvedimento ha inoltre previsto il raccordo tra il responsabile del servizio di Igiene e Sanità pubblica ed il responsabile della farmacovigilanza della Azienda USL affinché ogni nuovo evento avverso venga segnalato, al servizio di Igiene e Sanità pubblica competente, contestualmente all'inserimento in

rete. Il servizio di Igiene e Sanità Pubblica ,che si farà carico del monitoraggio dell’evento, fornirà le informazioni sul caso alla Commissione terapeutica regionale.

6) FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

6.1 Il percorso formativo

La formazione di tutti gli operatori sanitari è l’elemento cardine per conseguire prestazioni di qualità ed assicurare: omogeneità di conoscenze e di informazione alla popolazione, uniformità e condivisione dei protocolli e dei flussi informativi.

Visto il coinvolgimento di figure e profili professionali diversi, al fine di assicurare una adeguata e capillare formazione, dovrà essere definito un percorso formativo con modalità di tipo “a cascata”.

Entro 180 giorni dalla adozione del presente provvedimento, la DG Diritto alla Salute, provvede, tramite il CPR a fornire alle Aziende Sanitarie, gli indirizzi per la predisposizione del piano di formazione aziendale per la pandemia secondo le indicazioni riportate nelle tabelle seguenti.

Tab. D – Percorso formativo

Obiettivi:	diffusione delle linee di indirizzo del piano pandemico nazionale e regionale e delle procedure necessarie alla loro applicazione a livello di tutti i presidi ospedalieri e territoriali.
Soggetti coinvolti:	<ol style="list-style-type: none"> 1. medici e pediatri di famiglia 2. operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali secondo priorità definite 3. operatori case di cura private , RSA o altre strutture collettive in collaborazione con i medici competenti 4. servizi sanitari di emergenza 5. farmacie a seconda della organizzazione delle singole Aziende USL e in base ai profili di rischio attraverso la metodica della formazione a cascata.
Argomenti :	epidemiologia notifica dei casi, flusso informativo cenni clinici e diagnostici, modalità di trasmissione, adozione delle più comuni norme igieniche, isolamento dei pazienti, individuazione e follow up dei contatti, criteri e modalità isolamento domiciliare, vaccino-chemioprolifassi post-espositiva Particolare attenzione dovrà essere data a i principi di protezione, dispositivi di protezione individuale anche attraverso momenti di addestramento individuale. Diffondere protocolli già predisposti: <ul style="list-style-type: none"> • percorso diagnostico e indicazioni alla ospedalizzazione • impiego di antivirali a scopo preventivo • indicazioni in merito ad eventuali limitazioni di viaggi verso aree non infette • definizione della rete fra i vari servizi e modalità di attivazione.
Formatori	Da definire presso ogni singola Azienda con gruppo di lavoro composto da operatori della Direzione Sanitaria, U.F. I.S.P., U.O. Malattie Infettive, Medicina Preventiva dei Lavoratori integrato da eventuali altre figure professionali a seconda delle realtà territoriali.

Tabella E - Target dei corsi e strutture di appartenenza

Categorie da formare	Strutture Organizzative di provenienza	Priorità	Obiettivo Contenuti formativi
1. Personale Sanitario Ospedaliero e di assistenza	Presidi Ospedalieri	DEU	Procedure
		118	
		PS	
		UO MI	
		Altri	
	Laboratori clinici		Procedure
	Servizi di ambulanze		Procedure
	Farmacie Ospedaliere		Procedure
2. Personale Sanitario di Istituzioni Sanitarie o simili	Strutture sanitarie lunga degenza		Procedure
	Ospedale di Comunità		Procedure
	RSA, RSP		Procedure
3. Personale sanitario del Territorio medici e pediatri di famiglia	Zona – Distretto, Società della salute, ISP		Procedure
	Strutture Sanitarie Private ambulatoriali		Procedure
	Studi professionali privati		Procedure
	Laboratori privati		
	Farmacie del Territorio		

7) LE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE

7.1 Premessa

La comunicazione in una situazione di crisi e di emergenza sanitaria si configura qualitativamente diversa rispetto a quella che viene pianificata in base all'analisi di un contesto reale e all'individuazione di bisogni effettivi, in quando si rende necessaria per fronteggiare eventi sanitarie che si producono in maniera imprevedibile.

Questo stato di incertezza esige un approccio preventivo e quindi strategico rispetto alla sua imprevedibilità. Si tratta di elaborare una strategia di comunicazione in base ad uno scenario ipotetico e di prevedere un modello per implementarla in risposta a bisogni presunti, non realmente presenti, e suscettibili di continuo cambiamento (fasi OMS).

In questo caso quindi l'ente preposto allo svolgimento della funzione della comunicazione interna ed esterna deve adottare una strategia al fine di raggiungere gli obiettivi individuati.

7.1.2 Obiettivi

In situazione di emergenza sanitaria è importante:

- evitare il vuoto dell'informazione interna ed esterna
- garantire una presenza forte delle istituzioni regionali e locali
- garantire chiarezza, omogeneità, condivisione di messaggi scientificamente esatti in ogni fase di gestione dell'evento sanitario a livello nazionale, regionale e locale
- garantire la trasparenza nell'informazione ai cittadini.

Tali obiettivi sono raggiunti attraverso l'elaborazione di piani di comunicazione interna ed esterna all'ente coinvolto nello svolgimento di questa funzione.

7.2 Piani di comunicazione interna ed esterna alla Regione

L'elaborazione di un piano di comunicazione interna ed esterna è affidata al Comitato Pandemico Regionale entro 180 giorni dalla adozione delle presenti disposizioni. A tal fine il CPR ha il compito di costituire un gruppo di lavoro formato dai referenti per la comunicazione della Regione Toscana (settore formazione, promozione della salute comunicazione e governo clinico, settore di igiene pubblica, settore operazioni della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e agenzia per le attività di informazione degli organi di governo della Presidenza della Regione) e da quelli delle Aziende sanitarie locali al fine di coordinare e condividere obiettivi, strumenti e prodotti informativi idonei per ogni fase dell'evento sanitario in corso (allerta pandemico, pandemia, post pandemia).

Il piano deve individuare:

- la partnership con le altre autorità Istituzionali presenti sul territorio regionale per un accordo sull'unicità del colui che comunica
- gli organi di informazione con cui concordare un protocollo di intesa che garantisca un aggiornamento ordinario e straordinario sulla situazione;
- i gestori delle reti telefoniche con cui stipulare accordi per l'inoltro di messaggi (sms) contenenti informazioni urgenti ed essenziali;
- i responsabili della comunicazione interna e il portavoce a livello regionale per la comunicazione esterna
- i destinatari interni ed esterni alla Regione
- gli strumenti da utilizzare per la comunicazione interna ed esterna (verbali delle riunioni, documenti operativi, video conferenze, sito web, il numero verde, casella di posta elettronica, le testate giornalistiche e mass media)
- le risorse umane da impiegare a livello operativo per la gestione dei flussi informativi interni ed esterni;
- i tempi previsti per l'attuazione delle azioni contenute nel piano di comunicazione interna ed esterna;
- il contenuto delle comunicazioni esterne attraverso la predisposizione di un modello di comunicato stampa, o griglia di argomenti, da utilizzare a seconda delle fasi pandemiche in atto che:
 1. fornisca dati e informazioni chiare ed esatte sull'evento sanitario (identificazione, stima, valutazione e gestione)
 2. rassicuri rispetto ai provvedimenti sanitari intrapresi e da intraprendere,
 3. eviti false aspettative, anticipazioni di notizie, individualismi,
 4. valorizzi il carattere integrato e coordinato degli interventi da parte delle istituzioni

7.2.1 Comunicazione interna

Responsabile della comunicazione interna

Il responsabile del flusso comunicativo interno è individuato nella persona del Direttore della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà o suo delegato.

Destinatari della comunicazione interna

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
Assessorato alla Sanità
Presidenza della Regione
Direttori Sanitari delle Aziende Ospedaliere

Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali
Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
Responsabili delle Unità di Crisi
Amministrazioni provinciali
Prefetti
Sindaci e comuni
Responsabili delle forze dell'ordine
Responsabili delle strutture operative della Protezione Civile

7.2.2 Comunicazione esterna

Responsabili della comunicazione esterna e strumenti

Il flusso comunicativo esterno è governato attraverso l'individuazione di diverse responsabilità:

- il Comitato Pandemico Regionale fornisce il supporto tecnico scientifico alla comunicazione esterna alla regione per tutte le fasi dell'evento sanitario (3-6): esso fornisce in modo costante ed aggiornato dati e informazioni su tutte le caratteristiche dell'evento sanitario, e predispone i modelli di comunicato stampa da adottare dai responsabili della comunicazione esterna sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione;
- la comunicazione esterna regionale durante le fasi dell'evento sanitario (3-6) attraverso il costante aggiornamento del sito web regionale sulla pandemia, l'attivazione e la gestione di un numero verde e di una casella di posta elettronica è svolta dal Comitato Pandemico Regionale sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione;
- la comunicazione esterna regionale nella fase 3 dell'evento sanitario è svolta dal portavoce individuato nell'ambito dell'Assessorato alla Sanità della Regione Toscana attraverso comunicati stampa pubblicati su radio, televisione, giornali, sito web regionale, sito regionale sulla pandemia,
- la comunicazione esterna regionale nelle fasi 4-6 dell'evento sanitario è svolta dal portavoce individuato nell'ambito della Presidenza della Regione Toscana attraverso comunicati stampa pubblicati su radio, televisione, giornali, sito web ufficiale della regione, sito web regionale sulla pandemia.

Destinatario della comunicazione esterna:

il cittadino