

Schema per la redazione dei Piani Pandemici Aziendali (PAP) della Regione Toscana

Con la DGR 1198 del 29 dicembre 2008 sono state approvate le “Linee di indirizzo per la gestione della emergenza pandemica influenzale” della Regione Toscana. Il presente documento, denominato “Schema per i Piani Pandemici Aziendali”, è stato elaborato per facilitare le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere regionali nel processo di stesura dei Piani Aziendali Pandemici e, al contempo, stabilire chiare indicazioni per facilitare la stesura di piani omogenei ed evitare che siano implementate scelte di pianificazione eterogenee su attività critiche, in modo da garantire la più appropriata risposta alla minaccia rappresentata da una pandemia influenzale.

In ogni sua parte lo “Schema per i Piani Pandemici Aziendali” presenta sezioni dedicate alle indicazioni per la compilazione [*in corsivo tra parentesi quadre*] e sezioni di testo elaborate per costituire lo scheletro comune dei piani locali; ulteriori note per la compilazione sono state inserite per facilitare la stesura dei Piani Pandemici delle Aziende Ospedaliere, per i quali alcuni capitoli risultano in eccesso rispetto alle esigenze aziendali di pianificazione e organizzazione assistenziale.

## **Introduzione**

La DGR n. 1198 del 29 dicembre 2008 “Linee di indirizzo per la gestione della emergenza pandemica influenzale” della Regione Toscana, che contiene il “Piano Pandemico Regionale” (PRP), recepisce le indicazioni del Piano Pandemico Nazionale (PPN), approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti fra Stato, Regioni e Province Autonome il 9 febbraio 2006.

Il PRP, elaborato con il contributo tecnico-scientifico della “ Commissione regionale per la lotta all’AIDS e le malattie infettive emergenti e riemergenti” stabilisce, fra l’altro, che all’interno di ciascuna Azienda Sanitaria venga predisposto un Piano Aziendale Pandemico (PAP) di risposta alla pandemia influenzale contenente le istruzioni operative per l’applicazione del piano regionale.

Le Aziende Ospedaliere dovranno a loro volta elaborare un piano aziendale che, mantenendo la stessa struttura dei piani pandemici aziendali, riguardi specificatamente le attività di diagnosi, trattamento e assistenza, e le attività di controllo dell’infezione in ambiente ospedaliero.

Il PRP riporta una serie di indicazioni sul contenuto dei PAP di cui si è tenuto conto nella stesura del presente documento.

***[Il PAP sarà sottoposto a revisione secondo tempi e modalità indicati da ciascuna azienda in base alle eventuali ondate pandemiche successive: Programmare tempi e modalità di revisione]***

## **Capitolo 1 – Unità di crisi aziendale per la pandemia**

Per assicurare il coordinamento delle attività a livello locale, ogni Azienda Sanitaria deve istituire, 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 indicato dal PRP (allegato A DGR 1198/2008).

***[Indicare la composizione dell'Unità di Crisi Aziendale/Ospedaliera per la pandemia]***

## Capitolo 2 - Aspetti organizzativi

*[Sarà cura del Direttore Generale dell'Azienda USL/Ospedaliera revisionare gli aspetti organizzativi]*

Questo capitolo definisce i compiti delle varie strutture *[specificare se aziendali/ospedaliere]* impegnate nelle attività di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. Le singole attività, quando queste richiedano uno specifico referente, vengono descritte nei capitoli successivi.

### 2.1 Compiti del Direttore Generale e del Direttore Sanitario dell'Azienda USL/Ospedaliera

La Direzione Sanitaria dell'Azienda AUSL è responsabile degli atti previsti dai PAP nelle fasi pre-pandemiche e pandemiche, segue le indicazioni e le direttive tecniche del Comitato Pandemico Regionale per l'attivazione di azioni di preparazione e risposta alla pandemia influenzale che richiedano l'impegno del sistema sanitario aziendale.

La Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera è responsabile degli atti previsti dai Piani Aziendali nelle fasi pre-pandemiche e pandemiche, segue le direttive tecniche del Comitato Pandemico Regionale per l'attivazione di azioni di assistenza sanitaria durante la pandemia influenzale. Il Piano Aziendale Pandemico è approvato dal Direttore Generale.

Inoltre la Direzione Sanitaria è responsabile delle seguenti azioni:

- garantisce il raccordo con il CPR.
- Convoca e coordina l'Unità di Crisi Aziendale per la pandemia
- Coordina le azioni di integrazione fra piano pandemico aziendale e piani pandemici ospedalieri
- aggiorna il piano aziendale ogni volta che le indicazioni regionali lo richiedano.
- predisporre e rende disponibili agli operatori sanitari documenti tecnici e linee guida che si rendano necessari dopo l'approvazione del presente piano.
- verifica periodicamente lo stato di avanzamento delle azioni previste dal presente piano.
- è responsabile dei rapporti con la Protezione Civile locale e concorda le modalità di coinvolgimento del volontariato di protezione civile.
- facilita l'attuazione della formazione degli operatori sanitari e del volontariato di protezione civile, adattando il materiale formativo acquisito nella fase formativa regionale alle esigenze dei gruppi target coinvolti.
- attua eventuali azioni non esplicitate dal presente piano che si rendano necessarie per rispondere alle esigenze poste da una pandemia influenzale.
- collabora con il livello regionale per l'effettuazione di eventuali esercitazioni.

### Compiti della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero/Direzione Medica di Presidio Aziendale

I compiti della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e della Direzione Medica Aziendale sono principalmente:

- garantire la sicurezza del personale attraverso la formazione, il corretto uso dei dispositivi di protezione e le attività di vaccinazione;
- attuare quanto previsto dal presente piano per garantire l'assistenza ospedaliera alla popolazione;
- predisporre il recepimento delle indicazioni regionali per riorganizzare il lavoro ospedaliero in funzione di: diversi livelli di impatto della pandemia, possibile alto tasso di assenteismo lavorativo, indicazioni diverse dettate da situazioni di emergenza;
- garantire, per quanto di competenza, l'attivazione dei protocolli operativi previsti dai livelli nazionale e regionale.

- diffondere le informazioni ricevute dalla regia centrale garantita dal Dipartimento di Prevenzione

## **2.2 Compiti del Dipartimento di Prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione, per le specifiche competenze operative e per la sua peculiare organizzazione, svolge le seguenti attività:

- pianificare ed attuare le azioni di sorveglianza epidemiologica, clinica e virologica sia in campo umano che veterinario;
- definire e concordare a livello locale l'attuazione degli interventi di sanità pubblica in accordo con le indicazioni regionali;
- coordinare ed effettuare, per quanto stabilito, le attività di vaccinazione;
- coordinare la gestione degli antivirali ad uso preventivo;
- partecipare, per quanto di competenza, alle azioni di valutazione di efficacia delle misure intraprese;
- contribuire a pianificare le azioni comunicative interne ed esterne in collaborazione con la direzione sanitaria;
- attuare, se necessario e per quanto di competenza, le azioni previste dal protocollo operativo OMS per il contenimento di una pandemia nelle sue fasi iniziali (WHO Interim Protocol: Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza).

## **2.3 Compiti del Distretto Sanitario**

I compiti del Distretto Sanitario sono principalmente:

- garantire la sicurezza del personale attraverso la formazione, il corretto uso dei dispositivi di protezione e le attività di vaccinazione;
- garantire, in accordo con il Dipartimento di Prevenzione, l'attivazione di protocolli operativi per le azioni di sorveglianza virologica, anche attraverso il miglioramento del sistema dei medici sentinella, secondo le indicazioni previste dal sistema nazionale di sorveglianza virologica sull'influenza (FLU-ISS);
- coordinare l'attività di assistenza dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (MCA), nell'ambito della gestione territoriale della pandemia influenzale;
- predisporre il recepimento delle indicazioni regionali per riorganizzare il lavoro territoriale in funzione di: diversi livelli di impatto della pandemia, possibile alto tasso di assenteismo lavorativo, indicazioni diverse dettate da situazioni di emergenza;
- garantire, per quanto di competenza, l'attivazione dei protocolli operativi previsti dai livelli nazionale e regionale.
- Diffondere le informazioni ricevute dalla regia centrale garantita dal Dipartimento di Prevenzione

In particolare i MMG e i PLS dovranno essere adeguatamente informati e devono essere coinvolti attivamente nelle azioni di sorveglianza. I MMG e i PLS devono essere considerati tra gli operatori da vaccinare prioritariamente in caso di pandemia influenzale.

## **2.4 Compiti dei MMG e dei PLS**

I compiti dei MMG e PLS sono principalmente:

- garantire il trattamento e l'assistenza dei casi domiciliari;
- attuare i protocolli operativi relativi alle azioni di trattamento, assistenza ed educazione alla popolazione per quanto di competenza;
- garantire le azioni di sorveglianza virologica nell'ambito della rete dei medici sentinella;
- proporre modalità organizzative straordinarie applicabili in gruppo o in associazione.

- Garantire verso la Direzione Aziendale un canale di comunicazione certo ed aperto in continuità per ogni singolo medico od Associazione (cellulare, indirizzo di posta elettronica) che consenta di avere le indicazioni operative in tempo reale. Analogo obbligo per la continuità Assistenziale.

Le differenti modalità organizzative dovranno essere coerenti con le modalità organizzative territoriali individuate, differenziate secondo i diversi livelli di impatto di una pandemia ipotizzabili.

## **2.5 Compiti del Servizio Farmaceutico**

I principali compiti del Servizio Farmaceutico sono:

- stoccare e distribuire i farmaci antivirali e i vaccini, secondo le indicazioni regionali;
- individuare un incaricato dello stoccaggio e della distribuzione
- garantire il collegamento con le farmacie territoriali/ospedaliere per le attività di comunicazione interna ed esterna.

## **2.6 Compiti del Servizio Prevenzione e Protezione e del medico competente**

I principali compiti del Servizio Sicurezza e Protezione sono di collaborare con il Dipartimento di Prevenzione, per l'ambito aziendale, e con la Direzione Medica Ospedaliera nel contesto nosocomiale, per garantire la sicurezza del personale (formazione, dotazione di DPI ecc.).

Compito del medico competente è promuovere ed attuare la campagna vaccinale sugli operatori addetti alla assistenza ospedaliera.

## **2.7 Coordinamento con il Sistema Regionale di Protezione Civile**

*[Di seguito è descritta l'organizzazione del Sistema di Protezione Civile che può essere ricompresa nella stesura dei PAP o eliminata; in questa bozza viene inserita allo scopo di fornire indicazioni generiche sul sistema di Protezione Civile]*

In Italia ad operare in prima linea per le emergenze di salute pubblica è la Protezione Civile, ovvero tutte le strutture e le attività messe in campo dallo Stato per tutelare l'integrità della vita, i beni, gli insediamenti e l'ambiente dai danni o dal pericolo di danni derivanti da calamità naturali, da catastrofi e da altri eventi calamitosi.

Con la legge del 24 febbraio 1992, n. 225 l'Italia ha organizzato la protezione civile come " Servizio nazionale", coordinato dal Presidente del Consiglio dei Ministri e composto dalle amministrazioni dello Stato, centrali e periferiche, dalle Regioni, dalle Province, dai Comuni, dagli enti pubblici nazionali e territoriali e da ogni altra istituzione ed organizzazione pubblica e privata presente sul territorio nazionale.

Al coordinamento del Servizio nazionale e alla promozione delle attività di Protezione Civile, provvede il Presidente del Consiglio dei Ministri attraverso il Dipartimento della Protezione Civile.

In Italia, nei compiti di Protezione Civile è coinvolta tutta l'organizzazione dello Stato, al centro e in periferia, dai Ministeri al più piccolo comune, ed anche la società civile partecipa a pieno titolo al Servizio Nazionale della Protezione Civile, soprattutto attraverso le organizzazioni di volontariato.

Il sistema che si è costruito è basato sul principio di sussidiarietà.

Il primo responsabile della protezione civile in ogni Comune è il Sindaco, che organizza le risorse comunali secondo piani prestabiliti per fronteggiare i rischi specifici del suo territorio. Quando occorre un evento calamitoso, il Servizio Nazionale della Protezione Civile è in grado, in tempi brevissimi, di definire la portata dell'evento e valutare se le risorse locali siano sufficienti a farvi fronte. In caso contrario si mobilitano immediatamente i livelli provinciali, regionali e, nelle situazioni più gravi, anche il livello nazionale, integrando le forze disponibili in loco con gli uomini e i mezzi necessari.

Ma soprattutto si identificano da subito le autorità che devono assumere la direzione delle operazioni: è infatti evidente che una situazione di emergenza richiede in primo luogo che sia chiaro chi decide, chi sceglie, chi si assume la responsabilità degli interventi da mettere in atto. Nei casi di

emergenza nazionale questo ruolo compete al Dipartimento della Protezione Civile, mentre la responsabilità politica è assunta direttamente dal Presidente del Consiglio dei Ministri.

Costituiscono strutture operative nazionali del Servizio nazionale della protezione civile: il Corpo nazionale dei vigili del fuoco quale componente fondamentale della protezione civile; le Forze armate; le Forze di polizia; il Corpo forestale dello Stato; i Servizi tecnici nazionali; i gruppi nazionali di ricerca scientifica, l'Istituto nazionale di geofisica ed altre istituzioni di ricerca; la Croce rossa italiana; le strutture del Servizio Sanitario Nazionale; le organizzazioni di volontariato; il Corpo nazionale soccorso alpino (CNSAS) (Legge 225/92).

**[La seguente sezione, da mantenere, stabilisce le attività locali di coordinamento con le strutture operative di Protezione Civile]**

La Azienda USL/Ospedaliera opera in raccordo con le strutture locali di Protezione Civile ed in particolare con il Comitato Provinciale di Protezione Civile e con i Comuni mediante F2 (Funzione Sanità nell'ambito della Protezione civile, individuata dalla Unità di Crisi Pandemica Aziendale). (Centri Operativi Intercomunali o Comunali).

## **Capitolo 3 - Azioni di sorveglianza**

### **3.1 - Introduzione**

Al fine di garantire un adeguato livello di sorveglianza epidemiologica e virologica sul territorio regionale si devono prevedere, in ambito aziendale, attività differenziate secondo le fasi e i livelli di rischio definiti dall'OMS.

In Toscana le attività di monitoraggio epidemiologico e virologico dell'influenza sono disciplinate con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1386 del 17/12/2001.

Il sistema prevede la segnalazione settimanale dei casi da parte di una rete di medici/pediatri sentinella coordinata dal Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza (CIRI) in base a modalità definite annualmente dal Protocollo Operativo "Influnet". La rete regionale dei medici sentinella in Toscana è costituita da 42 medici (36 MMG e 6 PLS) e permette di monitorare un campione di circa 54.000 soggetti rappresentativi di tutte le classi di età, pari all'1,5% della popolazione regionale totale. La rete garantisce la sorveglianza virologica mediante prelievo di campioni (tamponi faringei) in soggetti che presentano sindrome influenzale.

La rete dovrà essere potenziata sia attraverso l'ampliamento del periodo di osservazione anche ai mesi non epidemici, che solitamente vanno dalla 42° settimana dell'anno in corso alla 17° settimana dell'anno successivo, sia con l'aumento del numero dei medici sentinella coinvolti. La Regione Toscana si fa carico di individuare ulteriori medici sentinella attraverso il Comitato Regionale per la Medicina generale ex art.24 del CCN.

### **3.2 Sorveglianza epidemiologica e sorveglianza veterinaria**

L'attuazione del presente Piano Pandemico Aziendale prevede la messa a punto di un sistema di sorveglianza articolato per la tempestiva identificazione e conferma dei casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali.

Le attività di sorveglianza presuppongono la formulazione, l'aggiornamento periodico e la diffusione tra gli operatori sanitari di una **definizione di caso POSSIBILE, PROBABILE E CONFERMATO**, da stabilire a cura del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Le attività di sorveglianza, in relazione alle varie fasi del Piano pandemico, prevedono oltre al potenziamento della rete Influnet anche la rilevazione degli indici previsti al punto 7.1 del PPN:

- a. n. degli accessi al pronto soccorso con cadenza settimanale
- b. n. ricoveri in un campione di comuni

- c. mortalità totale in un campione di comuni
- d. tassi di assenteismo lavorativo e scolastico

Il CPR si avvale della consulenza statistico-epidemiologica dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana per la rilevazione di questi indici.

A livello aziendale vengono definiti i protocolli di sorveglianza epidemiologica relativa ad “eventi sentinella”:

1. Cluster di sindrome influenzale potenzialmente attribuibili a virus pandemico
2. Cluster di morti inattese per sindrome influenzale (ILI) e infezioni respiratorie acute (IRA) in strutture di ricovero e cura
3. Rilevazione dei tassi di assenteismo lavorativo e scolastico

Il Responsabile dell’U.O di Igiene Pubblica [*indicare nome e funzione*] ha il compito dell’attuazione delle attività di sorveglianza epidemiologica a seconda della fase dichiarata a livello mondiale/nazionale.

Le azioni di livello ASL e i documenti tecnici sono mostrate in dettaglio in Tabella 3.1.

### **PERIODO INTERPANDEMICO (FASI 1-2)**

Mantenere la sorveglianza epidemiologica e virologica della sindrome influenzale nonché la sorveglianza veterinaria della circolazione di virus influenzali negli animali secondo i protocolli aziendali (probabili serbatoi: aviario, suino).

### **FASE DI ALLERTA (FASI 3-5)**

Al fine di accelerare la tempestività di riconoscimento dei casi di influenza nell’uomo associati a nuovi virus influenzali si prevedono ulteriori azioni mirate al miglioramento della sorveglianza della sindrome influenzale.

1. Mantenere la **sorveglianza epidemiologica** con valutazione della percentuale di popolazione sorvegliata, della completezza e tempestività delle segnalazioni, della capacità del sistema di raccogliere nuovi dati. Mantenere la sorveglianza virologica e rinforzarla attraverso metodi di diagnosi rapida e differenziale nei laboratori di riferimento con eventuale estensione delle attività di sorveglianza anche ad ulteriori periodi dell’anno (non solo ai mesi di circolazione epidemica).
2. Mantenere e rafforzare la **sorveglianza veterinaria**. Visto che recentemente sono stati identificati ceppi di virus influenzale di origine non aviaria, ma da serbatoio suino, si rende necessario un protocollo di risposta rapida ad una eventuale emergenza pandemica con predisposizione di un censimento degli allevamenti industriali o rurali del serbatoio animale collegato al virus influenzale potenzialmente pandemico.

Il PAP prevede un flusso informativo con i laboratori regionali di riferimento che 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. **Integrare le informazioni epidemiologiche umane e veterinarie** mediante la definizione del flusso informativo tra la sorveglianza epidemiologica e virologica sull’uomo con quella in ambito veterinario. Il Dipartimento di Prevenzione coordina tali attività tramite le UO Sanità Pubblica e Sanità pubblica Veterinaria.

In base all’identificazione degli allevamenti animali (per specie):

- a. effettuare il censimento degli operatori da sottoporre ad una possibile sorveglianza speciale

- b. mettere in atto i protocolli di sorveglianza epidemiologica e virologica ad hoc tra gli esposti all'influenza animale già stabiliti per le fasi 1-2

### FASE PANDEMICA (FASE 6)

In questa fase deve essere fatta una valutazione dell'impatto pandemico e una descrizione delle caratteristiche della pandemia in modo da adottare le opportune misure di controllo e valutarne l'efficienza. L'attività di analisi viene garantita per un numero limitato di campioni, in quanto non è necessaria in questa fase la conferma del singolo caso, secondo indicazioni che saranno predisposte dal CPR.

Al laboratorio di riferimento regionale (in collaborazione con gli eventuali laboratori di supporto già identificati a livello regionale) arrivano i campioni prelevati dai soggetti con quadro clinico di influenza, da parte dei medici sentinella e dai medici ospedalieri.

Tabella 3.1 - Azioni di livello ASL e documenti tecnici suddivisi per fasi pandemiche.

<i>FASE PANDEMICHE</i>	<i>AZIONI di livello AUSSLL</i>	<i>DOCUMENTI TECNICI</i>
<i>Periodo interpandemico (fasi 1 e 2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuale censimento allevamenti avicoli/suini e mappatura del territorio</li> <li>• Definizione di una catena operativa e sviluppo di una rete di contatti tra differenti servizi di ciascuna AUSSLL (comunicazione interna) e tra i servizi e la Regione (comunicazione verticale)</li> <li>• Sorveglianza attiva degli allevamenti intensivi o rurali e delle specie selvatiche</li> <li>• Censimento degli operatori a rischio (lavoratori presso allevamenti e trasportatori avicoli/suini, veterinari)</li> <li>• Preparazione e distribuzione di un diario, fornito di numeri telefonici del personale referente e di norme igieniche specifiche, da consegnare a ciascun soggetto (operatore, lavoratore, veterinario...) potenzialmente a rischio di contagio, per la raccolta dei dati sulla sintomatologia insorgente nei 10 giorni seguenti l'ipotesi di caso d'influenza da serbatoio animale</li> <li>• Stesura e distribuzione di un protocollo di sorveglianza (attiva / passiva) da attuare negli esposti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scheda operativa per laboratoristi (prevenzione nella manipolazione di campioni di origine animale potenzialmente infetti da virus dell'influenza da serbatoio animale)</li> <li>• Registro quotidiano per annotare tecnici di laboratorio e medici esaminatori di campioni biologici animali potenzialmente infetti</li> <li>• Diario per la raccolta di segni e sintomi nei 10 giorni successivi all'ipotesi di "caso" da consegnare ad ogni laboratorista sotto sorveglianza</li> <li>• Sviluppare i protocolli di sorveglianza da consegnare alla popolazione a rischio (diario del personale esposto negli allevamenti a virus dell'influenza da serbatoio aviario/suino) in collaborazione con medici AUSS secondo le linee guida regionali e nazionali</li> </ul>
<i>Periodo di allerta Pandemico (fasi 3-5)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stesura di una lista di soggetti appartenenti alle categorie maggiormente a rischio o ai servizi essenziali</li> <li>• Sorveglianza attiva dei lavoratori (operai, veterinari, operatori, laboratoristi...) esposti a "caso sospetto d'influenza aviaria" o da altro serbatoio animale</li> <li>• Censimento dei laboratori locali</li> <li>• Assicurarsi che ciascun sindaco disponga della documentazione necessaria per emanare i decreti di sorveglianza e protezione del territorio</li> <li>• Valutazione dei mezzi e delle modalità per l'attuazione di un programma di monitoraggio locale degli accessi al PS, della morbosità, della mortalità, dei ricoveri e dei decessi ad eziologia influenzale; del monitoraggio dell'assenteismo lavorativo/scolastico</li> <li>• Implementazione del programma di raccolta dati per la stima dell'incidenza, della prevalenza e della mortalità nella popolazione dei casi di influenza da ceppo pandemico</li> <li>• Assicurazione di una costante segnalazione dei cluster dei casi di influenza e dei cluster di mortalità per ILI/IRA (registro) da parte dei medici sentinella e dei medici ospedalieri</li> <li>• Monitoraggio di: risorse umane, strutture, posti letto, farmaci e dispositivi meccanici, vaccini, antivirali</li> <li>• Preparazione della check list per valutare le azioni da intraprendere nelle fasi 4 – 5 (cluster)</li> <li>• Definire ed attuare protocolli di sorveglianza per:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Viaggiatori provenienti da aree affette Operatori sanitari che assistono pazienti con sospetta o confermata influenza da ceppo potenzialmente pandemico</li> <li>b. Laboratoristi che manipolano campioni clinici a rischio</li> <li>c. Contatti dei casi sospetti</li> </ol> </li> <li>• Definire un protocollo di attivazione dell'indagine epidemiologica ove ci siano casi sospetti come previsto dalle indicazioni nazionali.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparare una check list per la valutazione delle azioni da intraprendere nelle fasi 4 e 5</li> <li>• Protocollo che definisca il numero di campionamenti da fare in periodo pandemico per il monitoraggio delle caratteristiche virali</li> </ul>

<b>Periodo Pandemico (fase 6)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione delle unità di crisi pandemica delle AUSSLL, promozione di contatti periodici a livello regionale per l'aggiornamento</li> <li>• Implementazione della catena di comando coordinata dalla protezione civile</li> <li>• Prosecuzione del monitoraggio dei cluster influenzali (territoriali, ospedalieri e dei cluster di morti inattese per ILI e IRA)</li> <li>• Attuazione del monitoraggio dell'assenteismo, degli accessi al P.S. e dei ricoveri per influenza, dei decessi totali e per influenza</li> <li>• Attuazione della modifica del triage</li> <li>• Monitoraggio e reintegro delle risorse</li> <li>• Implementazione della registrazione dei ricoveri settimanali per influenza e dei ricoveri settimanali per influenza seguiti da decesso, dei decessi settimanali totali su un campione di Comuni [<i>definire quali sono i Comuni sui quali effettuare il campionamento</i>] e dell'assenteismo lavorativo e scolastico [<i>definire quali sono le aziende/scuole sulle quali effettuare il campionamento</i>]</li> </ul>	
-----------------------------------	---	--

### 3.3 Sorveglianza virologica

Gli obiettivi della sorveglianza virologica sono:

1. verificare la circolazione dei virus influenzali, mediante indagini di laboratorio sui campioni clinici prelevati da pazienti con sindrome influenzale da parte dei medici sentinella.
2. definire il periodo di inizio e di massima circolazione dei virus influenzali
3. definire il o i tipi e sottotipi di virus in circolazione
4. fornire i ceppi isolati agli organismi nazionali e internazionali (OMS) per la valutazione della omologia antigenica tra virus circolanti e ceppi vaccinali, ai fini anche dell'aggiornamento della composizione vaccinale.

Il laboratorio regionale di riferimento per la sorveglianza dei virus influenzali (isolamento e coltura dei virus influenzali) è stato identificato con DGR n. 1386 del 17/12/2001 nel Laboratorio di Virologia del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze che da anni è centro di riferimento anche per l'Istituto Superiore di Sanità. [Prof. Alberta Azzi tel. 055 4598557 fax. 055/4598924 E-mail. [alberta.azzi@unifi.it](mailto:alberta.azzi@unifi.it) ]

Per il potenziamento della rete di sorveglianza virologica, nel periodo di allerta pandemico (fasi 3-5) e/o pandemico (fase 6), sono state individuate le seguenti ulteriori strutture che possono affiancare, l'attuale laboratorio di riferimento regionale:

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

Indicazioni operative coerenti con le indicazioni nazionali e in relazione alla fase e alle caratteristiche dei virus circolanti saranno trasmesse dal CPR al laboratorio di riferimento.

Eventuali modalità organizzative e protocolli operativi per acquisizione e invio di campioni dal territorio saranno trasmessi dal CPR al laboratorio di riferimento.

**Tabella 3.2 – Rete regionale toscana dei laboratori per la sorveglianza dei virus influenzali**

<b>FASI PANDEMICHE</b>	<b>LIVELLO di sorveglianza</b>	<b>LABORATORI DELLA RETE DI SORVEGLIANZA</b>
<i>Periodo interpandemico (fasi 1 e 2)</i>	Viene effettuata la sorveglianza dell'influenza stagionale (rete medici sentinella)	Laboratorio di virologia Dipartimento di Sanità Pubblica (UNIFI)
<i>Periodo di allerta Pandemico (fasi 3-5)</i>	Viene effettuata la sorveglianza sui casi possibili come definiti e secondo i protocolli ISS-CCM	Laboratorio di virologia Dipartimento di Sanità Pubblica (UNIFI) +laboratori UNISI e UNIPI
<i>Periodo Pandemico (fase 6)</i>	Viene effettuata la sorveglianza come definita e secondo i protocolli ISS-CCM	Laboratorio di virologia Dipartimento di Sanità Pubblica (UNIFI) +laboratori UNISI e UNIPI

## **Capitolo 4 - Azioni per ridurre l'impatto della pandemia**

Il PRP indica alcune azioni per ridurre l'impatto della pandemia:

- notifica
- vaccinazione per categorie in ordine di priorità
- isolamento dei malati (ospedaliero o domiciliare)
- quarantena dei contatti
- utilizzo di farmaci antivirali
- adozione di precauzioni personali di sanità pubblica (non farmacologiche)
- aumento delle distanze sociali (chiusura scuole e/o sospensione manifestazioni)

### **4.1 Notifica immediata per avviare l'inchiesta epidemiologica**

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.

***[predisporre protocollo per incrementare linee telefoniche dedicate]***

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

### **4.2 Vaccinazione (per categorie in ordine di priorità)**

***[Di seguito è inserita una introduzione relativa alle vaccinazione, può essere copiata o utilizzata come traccia e adattata mantenendo la sezione relativa agli obiettivi della Sanità Pubblica della ASL]***

Nelle attività della ASL finalizzate al contenimento di una pandemia influenzale la vaccinazione deve essere considerata una delle azioni più importanti. Prima ancora che un vaccino protettivo nei confronti del virus pandemico circolante sia disponibile, potrebbe essere possibile utilizzare un vaccino pre-pandemico, qualora le strategie nazionali e regionali lo prevedessero. Non appena il vaccino pandemico sarà prodotto e disponibile all'uso, la sua distribuzione e il rapido utilizzo sarà uno degli obiettivi prioritari della risposta della Sanità Pubblica alla pandemia. Relativamente alla vaccinazione pandemica e pre-pandemica, gli obiettivi della Sanità Pubblica dell'ASL/A.O. sono quelli di garantire:

- lo stoccaggio di grandi quantità di vaccino (ove disponibili);
- un'efficace ed equa distribuzione di vaccino pandemico per le categorie prioritarie;
- la somministrazione del vaccino nel minor tempo possibile;
- il monitoraggio delle coperture vaccinali e delle eventuali reazioni avverse.

#### **4.2.1 Stima delle categorie a rischio (per il fabbisogno delle dosi) e identificazione del personale preposto alla somministrazione del vaccino**

***[In questa sezione devono essere presentate le stime relative alle categorie prioritarie per la vaccinazione. Ogni ASL dovrà stimare la numerosità di tutte le categorie prioritarie previste dalle indicazioni nazionali e regionali. Le Aziende Ospedaliere dovranno limitarsi alla segnalazione del numero di operatori sanitari, personale tecnico e amministrativo impiegato dall'AO.]***

***La stima della categoria 1 viene fatta basandosi su dati interni al sistema sanitario aziendale; la stima delle categorie 2 e 3 di cui alla Tabella 4.1 è effettuata con la collaborazione del Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la Protezione Civile.***

***Le Aziende Ospedaliere non devono riportare la tabella 4.1 che andrà compilata esclusivamente dalle ASL nei PAP]***

Il Piano Pandemico Nazionale suddivide la popolazione generale identificando 6 categorie. La vaccinazione sarà distribuita in modo tale da vaccinare progressivamente tutte le categorie elencate, secondo l'ordine di priorità stabilito al livello nazionale. Fondamentale è assicurare il rispetto di priorità ed equità. Una diversa distribuzione dei livelli di priorità fra le categorie o al loro interno potrà eventualmente essere stabilita dai livelli nazionale o regionale (vedi tabella 4.3)

Per le categorie di cui al punto 1 della tabella 4.1, saranno seguite le modalità organizzative interne ai presidi; è previsto un invito ad hoc per le categorie di cui ai punti 2 e 3 mentre per le categorie di cui al punto 4 viene seguita la procedura già ampiamente utilizzata nella Regione che prevede il coinvolgimento dei MMG , PLS o in taluni casi Unità Cure Primarie e Igiene e Sanità Pubblica.

Per le categorie di cui ai punti 5 e 6 viene proposto uno schema di reclutamento dei vaccinandì in ambito scolastico per le classi di età 2-18 (categoria 5) e sul luogo di lavoro dal Medico Competente (categoria 6).

Una volta disponibili le dosi di vaccino si provvederà alla vaccinazione delle categorie a rischio prioritario (CDP 1- 4), nello schema sono indicate possibili modalità di organizzazione delle vaccinazioni, per comunicare alla Regione il numero di soggetti da vaccinare è indispensabile compilare la tabella 4.1.

NB: Per facilitare la rapidità dell'offerta vaccinale ciascuna ASL dovrebbe preparare un **elenco nominativo** delle persone appartenenti alle categorie a rischio prioritario (Gruppi 1-4) identificate in tabella 4.2 e prevedere un periodico aggiornamento.

**Tabella 4.1– Categorie in ordine di priorità cui offrire la vaccinazione pandemica. Personale preposto alla somministrazione del vaccino, luogo della somministrazione del vaccino, modalità di reclutamento del vaccinando e stima della popolazione afferente per categoria [Indicare luogo vaccinazione, modalità di reclutamento e soggetto vaccinatore]**

Categorie a rischio prioritario (CRP)	Specifiche Tipologie	Soggetto Vaccinatore	Luogo per la Vaccinazione	Modalità	Stima della popolazione afferente
<b>1. Personale sanitario e di assistenza</b>	a. Ospedale				
	b. Ambulatori MMG e PLS				
	c. Strutture Sanitarie Lunga degenza				
	d. Distretti sanitari e Servizi di Sanità Pubblica a contatto con il pubblico				
	e. Case di Cura				
	f. continuità assistenziale				
	g. Servizi di ambulanze				
	h. Laboratori clinici				
	i. Farmacie territoriali				
	l. Farmacie territoriali				
					[inserire numero]
<b>2. Personale dei servizi essenziali di sicurezza ed emergenza</b>	Forze di Polizia (FP) a contatto con il pubblico				
	Vigili del Fuoco				
	Decisori chiave in caso di urgenza ed emergenza				
					[inserire numero]
<b>3. Personale dei servizi di pubblica utilità</b>	Forze armate; Polizia Municipale e altre FP non inserite nel GDP 2				
	Addetti ai trasporti pubblici essenziali e ai trasporti di prodotti di prima necessità				
	Lavoratori servizi di pubblica utilità (scuole, poste, ecc.)				
					[inserire numero]
<b>4. Persone ad alto rischio di complicanze severe/fatali</b>	Persone Over64				
	Categorie a rischio per patologia, già identificati nelle raccomandazioni per la vaccinazione annuale antinfluenzale				
					[inserire numero]
<b>5. Bambini o adolescenti sani di 2-18 anni</b>	Fasce 6-18 anni				
	Fasce 2-6				
					[inserire numero]
<b>6. Adulti sani: 19-64.</b>	Lavoratori				
	Sportivi				
	Tutti gli altri				

#### **4.2.2 Modalità di approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione del vaccino pre-pandemico o del vaccino pandemico.**

*[In questa sezione devono essere identificati i presumibili luoghi di stoccaggio aggiuntivi presso l'azienda ASL/Ospedaliera]*

Le procedure per l'acquisto del vaccino vengono gestite direttamente dal Ministero. Il sistema regionale toscano di stoccaggio di vaccino e farmaci antivirali utilizza il Deposito Unico Regionale individuato dalla D.G.R. n. 439/2008 e confermato dalla DGR 1198 del 29 dicembre 2008.

Una volta stimate le dosi necessarie si provvederà ad ordinare tramite la Farmacia competente dell'Azienda USL il quantitativo di vaccino pandemico necessario. 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 base alla stima delle dosi comunicata da ciascuna ASL.

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.

Le modalità di stoccaggio possono essere le stesse del vaccino antinfluenzale stagionale in quanto, in caso di pandemia, verosimilmente i quantitativi di vaccino in arrivo nello stesso momento difficilmente supereranno un fabbisogno di dosi pari ad un quarto della popolazione.

Con ogni probabilità le aziende farmaceutiche forniranno il vaccino con varie spedizioni/invii.

Nell'ipotesi di un'acquisizione di vaccino superiore si devono **identificare/censire anche luoghi alternativi di stoccaggio**.

Per garantire la catena del freddo è necessario il censimento dei frigoriferi, compresi quelli da trasporto.

L'attrezzatura attualmente a disposizione nell'azienda ASL/ospedaliera, per garantire la catena del freddo, è la seguente...*[Indicare il numero di frigoriferi in sede di ASL/presidio ospedaliero e la loro capacità; indicare il numero di mezzi refrigerati per il trasporto delle dosi di vaccino]*

In tutti i casi deve essere identificato un **responsabile unico dello stoccaggio** (anche se in più sedi) e un responsabile della distribuzione interna (possono essere anche la stessa persona, indicativamente il responsabile del Servizio Farmaceutico **della ASL/ Presidio Ospedaliero**).

I Responsabili dello stoccaggio e della distribuzione interna sono ... *[indicare la funzione e l'identificazione dell'attuale responsabile]*.

La distribuzione avverrà nelle seguenti modalità...*[indicare le modalità di distribuzione]*

#### **4.2.3 Processo decisionale per la distribuzione del vaccino**

I criteri per stabilire le priorità all'interno delle categorie a rischio, nel caso in cui il numero di dosi da distribuire fosse inferiore alla numerosità delle categorie, verrà stabilito ai livelli Nazionale e Regionale, in base alla dichiarazione di fase pandemica e in relazione all'evoluzione del fenomeno.

Responsabile dell'attuazione delle indicazioni regionali è il Direttore Sanitario che si avvale del Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica. *[indicare nome]*

*[Ciascuna ASL, nella redazione del proprio PAP dovrà prevedere tre livelli all'interno delle singole categorie di priorità già definite nella precedente tabella 4.1, eventuali modifiche possono essere previste in base alle indicazioni dei livelli nazionale e Regionale]*

**Tabella 4.2 – Identificazione dei livelli di priorità all'interno delle categorie di priorità**

	<b>Primo livello (da garantire immediatamente)</b>	<b>Secondo livello</b>	<b>Terzo livello</b>
<b>1. Personale sanitario e di assistenza</b>	Strutture di ricovero e cura comprese strutture di riabilitazione: personale addetto al contatto coi pazienti (anche in strutture ambulatoriali) o in servizi di laboratorio	Strutture di ricovero e cura comprese strutture di riabilitazione: personale operante all'interno della struttura per servizi di pulizia, ecc...	
	[inserire numero]	[inserire numero]	
	Operatori sanitari (medici, personale infermieristico) di assistenza sanitaria primaria – MMG/PLS//Continuità assistenziale/Medicina fiscale	Operatori di servizi di laboratorio esterni alle strutture di ricovero	
	[inserire numero]	[inserire numero]	
	Struttura socio-sanitarie di tipo residenziale: personale direttamente addetto al contatto coi pazienti		Strutture socio-sanitarie di tipo residenziale: personale non direttamente addetto al contatto coi pazienti
	[inserire numero]		[inserire numero]
	Personale ASL operante in servizi di tipo ambulatoriale/assistenziale (ADI, Servizi Vaccinali)	Personale ASL di tipo sanitario o adibito a rapporti col pubblico	
	[inserire numero]	[inserire numero]	
	Servizi sanitari di emergenza: personale del DEA		
	[inserire numero]		
Farmacie territoriali. Tutto il personale a contatto col pubblico	Altro personale delle farmacie a supporto		
[inserire numero]	[inserire numero]		
Operatori adibiti a servizi sanitari e sociali di tipo domiciliare (ADI, SAD, badanti...)		Familiari di soggetti in condizioni di fragilità che effettuano assistenza	
[inserire numero]		[inserire numero]	
<b>2. Personale addetto ai servizi essenziali alla sicurezza e alla emergenza</b>	Forze di Polizia (Carabinieri, Polizia di Stato) contingenti minimi addetti ad attività non rinviabili	Dirigenti ASL, A.O. con responsabilità di organizzazione e coordinamento delle attività di prevenzione e di cura Decisori chiave in caso di urgenza ed emergenza (dirigenti strutture regionali – sanità e protezione civile, prefetture, comuni, province)	
	[inserire numero]	[inserire numero]	
<b>3. Personale addetto ai servizi di pubblica utilità</b>	Vigili del fuoco	Addetti ai trasporti pubblici e di prodotti di prima necessità (farmaci, alimenti)	Polizia municipale e le altre forze di polizia non già inserite  Personale dei Servizi Sanitari, non precedentemente inseriti (ASL/A.O.U./IZS) Personale delle forze armate
	[inserire numero]	[inserire numero]	[inserire numero]
<b>4. Personale ad elevato rischio di complicanze severe o fatali alla causa dell'influenza</b>	Soggetti affetti da patologie che indicano la somministrazione di vaccino stagionale	Soggetti di età > 65 aa Bambini e adolescenti sani di età compresa tra 2 e 18 anni	
	[inserire numero]	[inserire numero]	
<b>5. Personale suscettibile di ammalare</b>			Personale di servizi scolastici, postali, ristorazione collettiva Adulti sani
			[inserire numero]

*[Deve essere indicata la previsione numerica dei soggetti da vaccinare nelle categorie e nei livelli identificati]*

Per la sede della vaccinazione e il personale responsabile della somministrazione vaccinale (di norma il datore di lavoro delle differenti strutture cui afferiscono i diversi addetti, la ASL per le altre categorie) si rimanda alla tabella 4.1.

Si deve predisporre pertanto anche un programma delle sedute vaccinali, in grado di soddisfare in breve tempo le somministrazioni del primo livello.

#### **4.2.4 Effettuazione delle vaccinazioni**

*[Nel presente capitolo deve essere prevista la costituzione di nuclei vaccinali aggiuntivi. I primi nuclei saranno quelli che vaccineranno il personale ospedaliero e il personale sanitario dei distretti (I categoria: operatori sanitari). Vanno inoltre identificati operatori sanitari ed amministrativi per l'espletamento delle attività di vaccinazione di massa qualora si renda necessaria. Il calcolo delle vaccinazioni giornaliere consente di stabilire quanti nuclei vaccinali debbano essere operativi per le specifiche esigenze. È opportuno prevedere una periodica formazione del personale aggiuntivo identificato]*

L'obiettivo è effettuare il maggior numero di vaccinazioni nel minor tempo possibile rispettando i criteri di sicurezza, eticità, corretta registrazione. Per la I categoria prioritaria (operatori sanitari) l'attività di vaccinazione deve essere completata nel minor tempo possibile in funzione della severità della pandemia e comunque recependo le eventuali indicazioni nazionali e regionali.

In ogni ASL il responsabile unico della attività di vaccinazione è il Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica. **[Indicare nome]**

Attualmente operano nell'ambito delle vaccinazioni n. \_\_\_\_ operatori. **[Indicare il numero]**

Tali operatori non saranno da subito coinvolti nelle attività di vaccinazione degli operatori sanitari dei presidi ospedalieri e dei distretti in quanto è necessario mantenere operativa l'attività vaccinale di base e altre attività collegate.

***Pertanto per la vaccinazione degli operatori sanitari (categoria I) vengono costituiti nuclei vaccinali aggiuntivi presso i presidi ospedalieri e presso la ASL..***

Gli operatori dei nuclei aggiuntivi identificati sono i seguenti:

Nuclei ospedalieri: ....

Nuclei distrettuali: ....

***[Indicare i soggetti e le qualifiche. I nuclei aggiuntivi sono costituiti preferibilmente da tre operatori, di cui due assistenti sanitari o infermieri professionali e un terzo operatore, che può essere anche amministrativo o altra qualifica non sanitaria]***

Per garantire il pronto intervento nelle situazioni di emergenza relative alla pratica vaccinale è necessario che un medico, non necessariamente impegnato nelle attività vaccinali, sia presente nella stessa struttura dove sono effettuate le vaccinazioni.

***[se ritenuto opportuno specificare le Unità Operative di appartenenza e la funzione dei medici che si prevede di incaricare per l'attività vaccinale]*** Vedi tabella

In Tabella 4.3 sono riportati **alcuni criteri guida per la sospensione dell'attività programmata**, così da potenziare le sedute vaccinali straordinarie, ricorrendo anche a personale abitualmente non addetto ad essa, sono i seguenti:

***[Identificare nelle varie ASL quali sono le attività da sospendere e quantificare il relativo personale da impiegare per effettuare le vaccinazioni]***

**Tabella 4.3 - Personale da impiegare per effettuare le vaccinazioni e tipo di attività svolta**

<b>Tipo di attività</b>	<b>Relativo personale da impiegare per effettuare le vaccinazioni</b>
Attività di programmazione generale, coordinamento, formazione eccetto quanto correlato alla pandemia	<i>[Indicare il personale da impiegare per le vaccinazioni]</i>
Attività di certificazione sanitaria e medico-legale	<i>[Indicare il personale da impiegare per le vaccinazioni]</i>
Attività di educazione sanitaria e iniziative di promozione della salute	<i>[Indicare il personale da impiegare per le vaccinazioni]</i>
Attività di vigilanza e controllo e rilascio autorizzazioni/pareri	<i>[Indicare il personale da impiegare per le vaccinazioni]</i>

**Tutto il personale da impiegare dovrà essere inserito nei piani di formazione**

Si stima che l'attività di vaccinazione svolta a tempo pieno da un singolo nucleo vaccinale consenta di raggiungere un massimo di (:::::) vaccinazioni ogni turno lavorativo. *[Indicare il numero massimo di vaccinazioni per ogni turno lavorativo del nucleo aggiuntivo]*

Tali nuclei rimarranno operativi per la vaccinazione delle altre categorie (vaccinazione di massa) e a questi nuclei si aggiungeranno ulteriori nuclei di vaccinazione sulla base della numerosità della popolazione da vaccinare e dei tempi da rispettare per le vaccinazioni.

Il seguente personale viene identificato per costituire i nuclei aggiuntivi che verranno utilizzati progressivamente sulla base della quantità di vaccinazioni da effettuare:

*[elenco personale: nominativo, UO appartenenza]*

Il CPR darà indicazioni per la predisposizione del materiale di supporto all'attività vaccinale (Materiale educativo, schede anamnestiche, ecc.)

**4.2.5 Sedi dell'attività vaccinale**

*[individuare sedi per la vaccinazione degli operatori sanitari negli ospedali e nei distretti; individuare sedi aggiuntive per la vaccinazione di massa stabilendo anche i requisiti necessari, ad esempio: frigoriferi, dispositivi di soccorso, accesso ad internet per le procedure di registrazione ecc...]*

Le sedi di vaccinazione aggiuntive identificate sono le seguenti:

---

---

---

**4.2.6 Registrazione delle vaccinazioni**

La registrazione delle vaccinazioni avverrà secondo quanto stabilito dal PRP. 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. Sarà necessaria l'utilizzo del sistema informatizzato per programmare e ricordare i tempi di esecuzione delle seconde dosi.

Responsabile del sistema di registrazione è il Responsabile del Servizio di Igiene e Sanità pubblica.  
[Indicare nome]

#### 4.2.7 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.

Per le specifiche esigenze di sorveglianza degli eventi avversi a vaccino è 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.

Il Responsabile della farmacovigilanza della Azienda USL/Ospedaliera per i vaccini è ...[*indicare funzione e attuale responsabile*]

#### 4.3 Isolamento dei malati e quarantena dei contatti (vedi allegato 1 “Valutazioni per l'isolamento domiciliare”)

Le due attività vengono prese in considerazione insieme in quanto fanno parte della stessa strategia di contenimento, sono strettamente collegate e vengono attuate su indicazione e sotto la responsabilità degli stessi operatori.

Considerato che per mettere in atto queste misure è necessario l'impegno di molti operatori e molto tempo, verosimilmente il personale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica sarà in grado di attuare correttamente questa attività solo nel periodo di allerta pandemico o nelle prime fasi della pandemia (fase 4) quando i casi sono pochi ed è concretamente possibile limitare la diffusione del virus. Successivamente (fasi 5 e 6) lo stesso personale sarà più opportunamente impegnato nel fornire messaggi educativi ed indicazioni collettive sulle modalità di ridurre il contagio e sulle misure per il contenimento dell'epidemia.

##### 4.3.1 Fase 4

Nella fase 4 (secondo la vigente definizione OMS delle fasi pandemiche), quando cioè saranno presenti cluster di casi di influenza con nuovo stirpe virale ma senza diffusione generalizzata, l'isolamento dei malati e la quarantena dei contatti saranno determinanti per confinare nel modo più efficace possibile il nuovo stirpe virale impedendone, o comunque rallentandone, la diffusione. Le modalità di attuazione di tutte le misure di contenimento nelle fasi iniziali di una pandemia influenzale sono state definite dall'OMS nel documento “WHO Interim Protocol: Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza”, 2007. (Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf) )

La presenza sul territorio regionale di piccoli cluster di influenza potenzialmente pandemica rappresenta uno stato d'emergenza che attiverà il sistema regionale della Protezione Civile con il coinvolgimento del Comitato Pandemico Regionale.

La strategia prevista dal suddetto documento dell'OMS è quella di identificare e delimitare una zona di contenimento (Figura 4.1) che circonda la località in cui si è manifestato il cluster di casi; in questa zona vengono applicate accuratamente le misure di contenimento non farmacologiche (isolamento dei casi, quarantena volontaria dei contatti e, compatibilmente con le normative, restrizione degli spostamenti) con, in aggiunta, **il trattamento antivirale preventivo**. Attorno alla zona di contenimento viene creata una zona tampone (Figura 4.2 “buffer zone”) in cui viene attuata una sorveglianza attiva particolarmente accurata per identificare eventuali fallimenti del contenimento del virus. L'identificazione delle zone di contenimento e di quelle tampone avviene ai livelli nazionale e regionale, tuttavia il livello locale è competente, da un lato, per la sorveglianza

che consente l'identificazione dei cluster e dall'altro per la collaborazione alla attuazione delle misure.

### Geographic Containment: Containment Zone

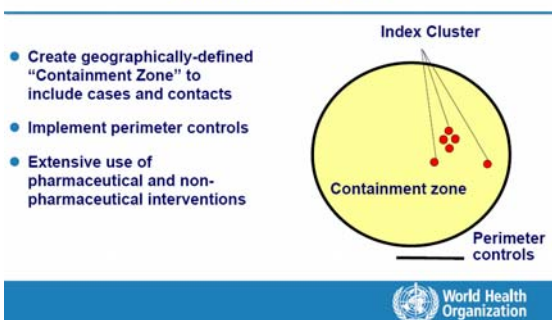


Figura 4.1

### Geographic Containment: Buffer Zone

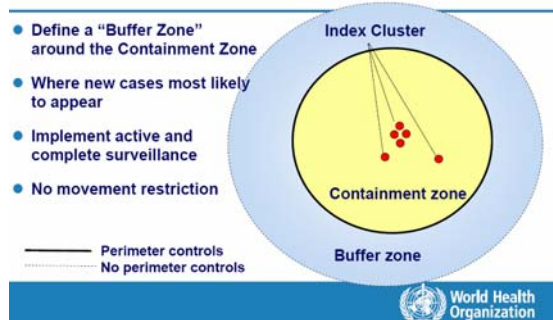


Figura 4.2

La durata del contenimento, come viene definita nel documento prevede l'utilizzo dei farmaci antivirali per periodi diversi a seconda della zona di contenimento considerata (Figura 4.3).

### Duration of Containment

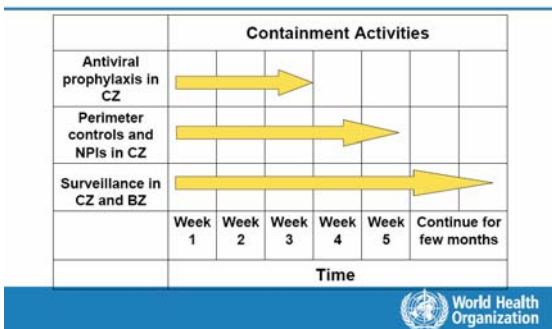


Figura 4.3

#### 4.3.2 Fasi 5 e 6

Durante la pandemia conclamata l'isolamento dei malati e la quarantena dei contatti rivestono una minore importanza, poiché si ritiene che la circolazione del virus pandemico sia talmente diffusa da non poter più essere rallentata. L'isolamento domiciliare dei malati (*vedi allegato 1*) ha tuttavia un notevole rilievo per ridurre la pressione sui servizi di ricovero in quanto, con l'aumento della richiesta, diventa fondamentale riservare l'assistenza a chi ne abbia veramente necessità senza sprecare risorse.

Questo comporta anche una serie di precauzioni per i familiari che dovranno farsi carico dell'assistenza ai malati (*vedi punto 4.4*). Istruzioni in questo senso verranno date di volta in volta dai livelli nazionale e regionale tenendo conto delle caratteristiche della pandemia.

### 4.4 Utilizzo di farmaci

#### 4.4.1 - Antivirali

La gestione a scopo profilattico dei farmaci antivirali sarà disposta e coordinata dai livelli nazionali e regionali. (*Vedi Protocollo di utilizzo degli antivirali – allegato 2*)

Il responsabile delle attività di farmacovigilanza relative agli antivirali è ... [*indicare funzione e attuale responsabile*]

#### **4.5 Adozione di precauzioni personali di sanità pubblica (non farmacologiche)**

Le precauzioni definite "non farmacologiche" consistono in una serie di atteggiamenti e di misure che hanno l'obiettivo di ridurre la trasmissione interumana del virus e che sono basate su studi che ne dimostrano l'efficacia. Le precauzioni individuate sono le seguenti:

- lavaggio frequente ed accurato delle mani
- corretta igiene respiratoria
- utilizzo di fazzoletti in cui tossire e starnutire e loro corretto smaltimento
- aerazione degli ambienti
- riduzione volontaria dei contatti dall'inizio dei sintomi

Le istruzioni tecniche per l'implementazione di queste misure verranno fornite dal CPR.

Il livello locale è coinvolto principalmente per quanto riguarda la comunicazione interna ed esterna (**vedi capitolo specifico**).

#### **4.6 Aumento delle distanze sociali**

In aggiunta all'isolamento dei casi e alla quarantena volontaria dei contatti, possono essere prese in considerazione anche misure di aumento delle distanze sociali quali: chiusura delle scuole, cancellazione di eventi pubblici di massa, chiusura di luoghi di lavoro non essenziali, limitazione di negozi e mercati, riduzione dei trasporti pubblici, ecc.

La decisione deve scaturire dal confronto all'interno del CPR in accordo con le Amministrazioni Comunali, Provinciali e Prefetture. Il livello locale è coinvolto principalmente per quanto riguarda la comunicazione interna ed esterna (**vedi capitolo specifico**).

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.

### **Capitolo 5 - Azioni per garantire il trattamento e l'assistenza**

All'apice di una pandemia influenzale i sistemi sanitari dovranno affrontare un aumento di richiesta assistenziale, proporzionale al grado di severità della pandemia.

Nello stesso periodo, gli operatori sanitari avranno il compito di assistere i soggetti colpiti dall'influenza senza interrompere l'assistenza agli altri pazienti bisognosi di cure. In aggiunta, se non adeguatamente protetti, potrebbero, essi stessi, essere colpiti dall'influenza, per cui si stima che, nel momento del picco epidemico gli operatori sanitari, in numero anche consistente, potrebbero essere assenti dal lavoro in quanto malati o per il bisogno di assistere un loro congiunto.

Risulta pertanto fondamentale fornire tutte le indicazioni tecniche e le procedure per garantire un razionale accesso alle cure, in modo da utilizzare in modo ottimale e in tempi rapidi tutte le risorse disponibili, in relazione all'evoluzione degli eventi.

#### **5.1 Preparazione della risposta assistenziale**

##### **5.1.1 Censimento della attuale capacità assistenziale**

Per la corretta risposta ad una pandemia influenzale è necessario censire le strutture assistenziali e valutare le attuali capacità di assistenza.

In particolare, è necessario censire la disponibilità ordinaria e straordinaria di strutture di ricovero e cura, strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, operatori di assistenza primaria, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale, con particolare attenzione a censire le strutture di ricovero e cura dotate di dispositivi per la respirazione assistita.

Nella seguente tabella si riportano i dati relativi alla disponibilità di posti letto ed apparecchi per la ventilazione assistita della Azienda Sanitaria Locale/Azienda Ospedaliera.

	ASL		AOU	
	Risorse strutturali	Tecnologiche	Risorse strutturali	Tecnologiche
Dedicate all'assistenza per l'emergenza – urgenza, comprese le strutture di area critica, ed al percorso nascita				
Dedicate all'assistenza programmabile indifferibile				
Dedicate all'assistenza in elezione (programmabile differibile senza aggravamento della prognosi)				
Dedicate all'assistenza in regime di ricovero diurno, convertibili all'assistenza a ciclo continuo di cure				
Presenti nelle strutture pubbliche, nelle strutture private accreditate e nelle strutture private non accreditate				
Posti letto attivabili nelle diverse strutture con le procedure per il massiccio afflusso				

Nella seguente tabella si riportano i dati relativi alla capacità assistenziale.

**[Predisporre una tabella per ogni nosocomio/presidio dove siano indicati nell'intestazione di colonna tutti i reparti di degenza compreso il Servizio di Anestesia e Rianimazione e il Blocco Operatorio e nelle intestazioni di riga i seguenti campi:**

	Rep. ---	Rep. ---		
N° stanze di degenza				
N° stanze a pressione negativa				
N° posti letto Ricovero Ordinario				
N° posti letto in Day Hospital (Day Surgery);				
N° posti letto in stanze a pressione negativa				
N° respiratori				
Apparecchi Anestesia (ANS)				
Ventilatori Polmonari per uso Ospedaliero (VPO)				
Apparecchio a Pressione Positiva Continua (PPC)				
Altri respiratori (specificare)				
N° personale medico (dipendente e a contratto)				
N° personale infermieristico				
N° OSS e Ausiliari				
N° personale comparto non comprese nelle due categorie sovra descritte				
Scorte di DPI				

Nella seguente tabella vengono riportati i dati relativi alla capacità assistenziale territoriale.

**[Predisporre una tabella per il distretto sanitario specificando:**

N° pazienti assistiti in ADI				
N° MMG				
N° personale di assistenza totale				
N° pazienti assistiti in RSA				
N° personale di assistenza in RSA				
Consumo medio giornaliero di DPI				
Scorte di DPI				

Sarà necessario prevedere un periodico aggiornamento (con cadenza almeno annuale) di tale censimento.

Inoltre, l'Azienda Sanitaria Locale/Ospedaliera deve valutare le possibilità di posti letto aggiuntivi nelle proprie strutture di ricovero, suddivise per tipologia.

Per le cure mediche dovranno essere censiti e verificati, tramite la Protezione Civile, tutti i potenziali luoghi alternativi ai presidi ospedalieri, quali strutture socio-sanitarie, RSA, scuole, ambulatori, ecc.

### **5.1.2 Stima fabbisogno di DPI per gli operatori sanitari**

*[In questo paragrafo ciascuna struttura (eventualmente suddivisa per reparto), attraverso il censimento degli operatori sanitari, deve stimare il proprio fabbisogno di DPI all'anno per coprire le esigenze del personale in servizio per 24 ore (infermieri, ausiliari socio-sanitari, medici e personale di supporto).]*

Sono da considerare fra le strutture da dotare di DPI, oltre a quelle di ricovero, ambulatori, distretti, servizi di sanità pubblica e veterinari, laboratori. Inoltre, dovrà inoltre essere prevista la fornitura di DPI ai servizi di guardia medica e 118, ai medici di medicina generale ed ai pediatri.

### **5.1.3 Gestione dei DPI** (mascherine monouso chirurgiche, mascherine FFP2 e FFP3, copricamici, guanti monouso, occhiali protettivi o schermo facciale, soprascarpe monouso)

Visto che i DPI costituiscono un ottimo strumento di prevenzione dell'infezione, deve essere sollecitato il corretto utilizzo di tali dispositivi da parte di tutto il personale sanitario, compresi i MMG e i PLS.

*[Predisporre dei protocolli di utilizzo dei DPI e corsi di formazione e aggiornamento per tutto il personale affinché i DPI siano utilizzati correttamente].*

*[Identificare un referente e la sede di stoccaggio dei DPI; predisporre piani di approvvigionamento e modalità di distribuzione interna dei DPI in base alle priorità].*

### **5.1.4 Prevenzione della trasmissione delle infezioni ospedaliere**

Vista l'estrema importanza di usare adeguate azioni per ridurre la trasmissione delle infezioni in ambiente ospedaliero, si raccomanda l'adozione del protocollo per i pazienti ospedalizzati (vedi allegato 3) da parte di tutti gli operatori coinvolti. Particolare attenzione dovrebbe essere posta sulla formazione continua degli operatori su questo aspetto.

*[Citare i protocolli aziendali se presenti]*

## **5.2 Fase iniziale della pandemia (fase 4)**

In questa fase, l'obiettivo principale è impedire nei limiti del possibile la propagazione del virus influenzale per ritardare, ed eventualmente ridurre, il picco epidemico. Questo si ottiene mediante una appropriata strategia nei confronti dei contatti e una adeguata gestione dei casi.

Nella fase pre-pandemica 4 ed eventualmente nella fase 5, i casi di influenza pandemica sospetta o accertata vengono ricoverati nelle Unità Operative di Malattie Infettive e di Malattie dell'Apparato Respiratorio in grado di applicare le precauzioni per trasmissione aerea, fino all'esaurimento dei posti letto. Se il numero di malati supera la capienza delle UO descritte, le Direzioni mediche di presidio individueranno reparti o zone in cui è possibile applicare le precauzioni per malattie a trasmissione respiratoria.

In questa fase, pertanto eventuali casi verranno ricoverati presso:

*[indicare dove verranno ricoverati i primi casi o la struttura di riferimento se non all'interno dell'ASL; indicare i reparti o zone in cui è possibile applicare le precauzioni per malattie a trasmissione respiratoria]*

### **5.3 Previsione di impatto e riorganizzazione dell'assistenza sanitaria**

Per stabilire l'organizzazione del sistema assistenziale ospedaliero e territoriale è necessario prevedere i possibili scenari di impatto conseguenti ad una pandemia influenzale. Questo paragrafo ha l'obiettivo di rimodulare le azioni di assistenza sulla base degli scenari di impatto teoricamente possibili.

#### **5.3.1 Organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale nella pandemia**

In questo paragrafo vengono descritti i presupposti per l'assistenza sanitaria in corso di pandemia e la conseguente riorganizzazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale.

*[L'obiettivo di questo paragrafo è quello di facilitare la pianificazione della riorganizzazione assistenziale e promuovere il successivo confronto, anche di modelli organizzativi differenti]*

##### **5.3.1.1 Presupposti per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria**

*[Qui sono riassunti per punti i principali presupposti per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria. Qualora si ritenga necessario l'elenco potrà essere integrato con altri punti]*

1. la domanda e quindi il grado di risposta varierà in base al livello della pandemia (definito centralmente sulla base delle caratteristiche epidemiologiche e virologiche della pandemia in atto);
2. il numero di posti letto è fortemente vincolato dalla disponibilità di personale, per cui anche nelle prime fasi in cui il personale è quasi al completo l'aumento della risposta dovrebbe avvenire soprattutto attraverso la riduzione di ricoveri in elezione e dei DH a favore degli accessi da pronto soccorso;
3. in caso di pandemia molto diffusa anche il personale inizierà, verosimilmente, a ridursi, pertanto potrebbe essere utile abbassare il livello assistenziale (minutaggio) mantenendo inizialmente lo stesso numero di posti letto e riducendolo progressivamente;
4. il sistema di triage varierà in base al livello per cui tutti i primissimi casi saranno ricoverati mantenendo l'isolamento, poi avranno la precedenza i più gravi ed infine quelli con maggiori possibilità di cura;
5. al variare del sistema di triage aumenteranno i casi destinati al trattamento domiciliare.

##### **5.3.1.2 Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria**

In base alla diversa previsione di impatto sul sistema assistenziale, deve essere predisposto un piano per garantire il massimo livello assistenziale in fase pandemica. Deve essere stabilita la sequenza e le modalità di coinvolgimento progressivo delle diverse tipologie di ricovero nell'assistenza ai pazienti affetti da influenza.

Inoltre, nella valutazione dell'impatto a livello locale occorre considerare la 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.

Nella riorganizzazione deve comunque rimanere 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.

All'interno di ciascun presidio dovranno essere previsti:

- 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. In questo ambito dovrebbe essere inoltre prevista una riduzione del personale sanitario che si assenta da lavoro perché malato o per assistere un congiunto malato.

Particolare attenzione dovrà essere posta per la riorganizzazione dei Pronto Soccorso nei quali è necessaria la predisposizione di un'area triage dedicata ai soli pazienti con sindrome influenzale, e di posti letto tecnici dedicati (per limitare quanto più possibile 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; infine ciascun presidio deve prevedere un percorso dedicato per i servizi diagnostici, durante la fase dell'osservazione clinica.

Deve essere predisposto un protocollo aziendale 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).

Inoltre, dovranno essere definite le modalità per garantire l'incremento dell'assistenza domiciliare medica ed infermieristica, comprese le RSA e le strutture di accoglienza.

In particolare, i MMG e i PLS, adeguatamente formati, dovranno saper gestire quanto più possibile i casi a domicilio, secondo le esigenze del livello pandemico, fornendo tutte le indicazioni per il malato e per i contatti stretti del caso (vedi allegato 1).

Infine, a livello aziendale è necessario predisporre un piano di approvvigionamento e rete di scambio di dispositivi, farmaci e gas medicali fra i diversi presidi.

### **5.3.1.2 Livelli organizzativi**

*[Sulla base dei presupposti suddetti, dovrà essere prevista la possibile organizzazione assistenziale in modo da poter rispondere a scenari pandemici di impatto progressivamente più severo e stabilire, per ciascun livello, i seguenti elementi (integrandone altri se necessario): modalità recepimento indicazioni per il triage (le modalità di triage saranno decise centralmente); modalità accorpamento dei reparti; fabbisogno dispositivi medici; gestione delle salme; necessità di luoghi alternativi per le cure; modalità organizzative cure primarie; ecc... Tutti questi elementi dovranno integrare le indicazioni di massima che sono di seguito riportate]*

#### **Impatto lieve**

**Triage:** tutti i casi sospetti vanno ricoverati in isolamento. Dopo il primo caso prevedere una riorganizzazione degli spazi e assicurare la capacità di recepire ed attivare i criteri stabiliti per il triage.

**Azione strategica:** iniziale riduzione dei ricoveri elettivi in malattie infettive, medicina semiintensiva e chirurgia (per ridurre il carico delle rianimazioni).

**Fabbisogno di dispositivi medici:** stima in base al personale di pronto soccorso, malattie infettive, medicina semintensiva, rianimazione.

**Gestione delle salme:** ordinaria.

*[per questo livello d'impatto il carico assistenziale dovrebbe essere assorbito dalle strutture ospedaliere e i distretti sanitari non dovrebbero essere coinvolti oltre le capacità di risposta ordinarie]*

### **Impatto moderato**

**Triage:** ricovero dei casi più gravi e trattamento domiciliare degli altri.

**Azione strategica:** cessazione di tutta l'attività in elezione e ambulatoriale.

**Fabbisogno di dispositivi medici:** tutto il personale x h turno lavorativo x durata teorica della pandemia.

**Gestione delle salme:** possibile ampliamento dei posti in camera mortuaria e personale aggiuntivo.

### **Impatto severo**

**Triage:** ricovero dei soli casi trattabili.

**Azione strategica:** cessazione di tutta l'attività in elezione e ambulatoriale e riduzione del livello assistenziale (minuti di assistenza).

**Fabbisogno di dispositivi medici:** tutto il personale x h turno lavorativo x durata teorica della pandemia.

## **Capitolo 6 - Piano di formazione aziendale**

Il PPN e il PRP individuano le linee guida per un piano di formazione pandemico. La fase nazionale di formazione è stata effettuata nel giugno 2007 ed è in fase di preparazione e organizzazione quella regionale, con aggiornamenti relativi alla attuale situazione epidemiologica.

Come previsto dal PRP, 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.

Infatti, come previsto dal PPN, la formazione è finalizzata non solo all'acquisizione di elementi cognitivi e di abilità pertinenti alle attività e ai compiti svolti, ma anche alla loro utilizzazione pratica, continua e verificata, soprattutto per consentire risposte pronte e corrette alle richieste semplici e abituali, ma anche interventi più elaborati in situazioni operative insolite o complesse poste dalla realtà professionale.

In particolare il piano di formazione pandemica ha lo scopo di fornire agli operatori coinvolti le conoscenze necessarie al fine di essere preparati, ciascuno nel proprio campo e per le proprie competenze, ad agire nel modo più appropriato in caso di pandemia.

A livello aziendale l'obiettivo della formazione alla pandemia è quello di diffondere le 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.

In particolare, la fase formativa aziendale condivide le finalità stabilite dallo stesso PPN:

- sviluppare la motivazione e il coinvolgimento degli operatori nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità;
- potenziare le competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali;
- favorire la condivisione del Piano e la sua applicazione operativa.

La predisposizione del piano di formazione aziendale per la pandemia seguono gli indirizzi forniti dalla DG Diritto alla Salute della Regione Toscana, tramite il CPR, e del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Secondo il PRP, gli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari da coinvolgere nel percorso formativo sono i seguenti:

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 e urgenza (comprese le associazioni di volontariato)

Inoltre, è previsto il coinvolgimento di personale selezionato dei servizi essenziali e afferente alle strutture operative del Sistema di Protezione Civile quali:

- Forze dell'Ordine
- Reti e Servizi di pubblica utilità (energia, trasporti, distribuzione farmaci e alimenti, sistemi informatici, telecomunicazioni)
- Vigili del fuoco, CNSAS e volontariato
- Altri: *[specificare altri servizi essenziali il cui coinvolgimento nella formazione è ritenuto utile]*

I corsi di formazione aziendale saranno organizzati con l'obiettivo di raggiungere il numero più elevato possibile di soggetti appartenenti alle categorie individuate precedentemente, in accordo con il PPN e PRP.

Come previsto dal PRP, i principali argomenti oggetto di formazione saranno: l'epidemiologia, la notifica dei casi, il flusso informativo, cenni clinici e diagnostici, le modalità di trasmissione, l'adozione delle più comuni norme igieniche, l'isolamento dei pazienti, l'individuazione e il follow-up dei contatti, i criteri e le modalità dell'isolamento domiciliare, il vaccino-chemioprophilassi post-espositiva. Determinante, inoltre, sarà anche la conoscenza del Piano Pandemico Regionale e di ogni sua applicazione locale. Altrettanto importanti sono le conoscenze rispetto allo specifico ruolo che ciascuno operatore, in relazione alla propria qualifica, sarà chiamato a svolgere.

Particolare attenzione dovrà essere data ai principi di protezione e ai dispositivi di protezione individuale anche attraverso momenti di addestramento individuale.

In tali occasioni di formazione dovrà essere prevista la diffusione di protocolli già predisposti, quali:

- il percorso diagnostico e le indicazioni alla ospedalizzazione (incluso nel presente PAP)
- l'impiego di antivirali a scopo terapeutico e preventivo (incluso nel presente PAP)
- indicazioni in merito ad eventuali limitazioni di viaggi verso aree infette e non (secondo le indicazioni del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e della Regione Toscana)
- definizione della rete fra i vari servizi e modalità di attivazione (incluse nel presente PAP).

Il CPR revisionerà e metterà a disposizione il materiale didattico fornito a livello nazionale per i corsi aziendali, compreso materiale specifico per operatori non appartenenti al settore sanitario.

Secondo il PPN, gli obiettivi specifici del piano di formazione devono essere definiti sulla base dei compiti e dei bisogni formativi di ogni specifico target per il quale verrà progettato un programma di formazione *ad hoc*, in base al profilo di rischio. Pertanto, non potrà essere previsto un piano formativo aziendale unico, ma sarà necessario disporre di piani differenziati in relazione agli ambiti di intervento delle differenti figure professionali coinvolte.

In particolare, è prevista una base formativa unica che comprenda le caratteristiche della malattia e del suo agente causale, le misure di sorveglianza e controllo dell'infezione, la gestione dell'assistenza, le strategie di comunicazione, gli aspetti chiave dell'organizzazione, l'elaborazione

e gestione di piani d'emergenza, le strategie di monitoraggio degli interventi. Questa piattaforma verrà di volta in volta adattata ed integrata in relazione al contesto territoriale ed alle categorie di soggetti da formare.

Visto il coinvolgimento di figure e profili professionali diversi, al fine di assicurare una adeguata e capillare formazione, è stato definito un percorso formativo con modalità di tipo "a cascata".

Pertanto si è reso necessario individuare un responsabile del progetto di formazione e 3-4 operatori dell'Azienda che, partecipando alla fase di formazione regionale, acquisiranno le competenze didattiche che possono garantire la realizzazione del globale percorso formativo a livello locale.

Tali figure sono individuate da un gruppo di lavoro composto da operatori della Direzione Sanitaria, U.F. I.S.P., U.O. Malattie Infettive, Servizio Protezione e Prevenzione, integrato da eventuali altre figure professionali.

Inoltre, tali operatori sono responsabili della stesura e dell'attivazione del piano di formazione aziendale o avranno il ruolo di formatori in base alla loro professionalità.

***[Indicare il responsabile del progetto formazione aziendale e gli operatori che parteciperanno alla formazione a livello regionale e che avranno il ruolo di formatori aziendali]***

Il responsabile del progetto di formazione aziendale utilizza come referenti delle varie categorie da formare i seguenti ....

***[indicare i referenti per ciascun gruppo di soggetti da formare (MMG, farmacisti, ...)]***

I suddetti referenti per ciascun gruppo di soggetti da formare hanno il compito di individuare tutto il personale da formare per la categoria di loro competenza.

Il responsabile del progetto di formazione deve stabilire un cronogramma della formazione aziendale.

Come previsto dal PPN, per garantire la continuità del processo di formazione, dopo il primo incontro formativo, è possibile ricorrere a mezzi specifici che facilitino gli scambi comunicativi tra i soggetti coinvolti come la posta elettronica, i siti internet dedicati, incontri in piccoli gruppi in sede locale o ancora prevedere esperienze formative periodiche di approfondimento e aggiornamento.

Infine, in base all'evoluzione epidemiologica dell'influenza pandemica, potrebbe essere previsto un piano di formazione a distanza che fornisca soprattutto informazioni pratiche, più che nozioni conoscitive, in modo da rendere più veloce e adeguato il processo di formazione degli operatori sanitari dell'Azienda. Particolare formazione specifica dovrà essere adottata per i nuclei aggiuntivi da utilizzare per l'implementazione delle vaccinazioni.

## **Capitolo 7 - Piano di comunicazione aziendale**

Una comunicazione efficace è fondamentale in ogni fase della preparazione e della risposta ad una pandemia influenzale diventando una componente essenziale della gestione del rischio. Il successo della maggioranza delle azioni indicate dai piani pandemici dipende dall'efficacia della comunicazione.

Come previsto dal PRP, in una 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.

Inoltre, una efficace comunicazione deve:

- facilitare la trasmissione di informazioni all'interno del sistema di protezione civile, compreso quello sanitario per consentire una più rapida risposta;
- mettere gli operatori coinvolti nelle condizioni di comprendere le motivazioni delle azioni da intraprendere;
- fornire ai decisori le informazioni necessarie per effettuare scelte basate su elementi reali e attuali;
- informare correttamente la popolazione per favorire la collaborazione, ridurre l'ansia e prevenire comportamenti irrazionali.

Sempre secondo il PRP, per raggiungere questi obiettivi, la strategia di comunicazione si articola in due diversi livelli:

1. comunicazione interna
2. comunicazione esterna

Sia per la comunicazione interna che esterna, risulta necessario individuare:

- gli strumenti da utilizzare per la comunicazione (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.

### **7.1 – Comunicazione interna**

La comunicazione interna è rivolta da un lato al livello decisionale e dall'altro al livello operativo.

Il livello decisionale è quello dove viene effettuata la pianificazione degli interventi sia per quanto riguarda la componente strategica (identificazione degli obiettivi da raggiungere e delle risorse da impiegare per il loro raggiungimento) che per quanto riguarda quella tattica (modalità di impiego delle risorse): in ambito aziendale, la comunicazione interna rivolta al livello decisionale riguarda i rapporti fra azienda e livelli superiori (ASUR, Regione, CPR). Inoltre il Direttore di Azienda ha il compito di mantenere anche i rapporti con le Istituzioni locali (Sindaci, Sistema locale di Protezione Civile, Forze dell'Ordine, ecc.).

La comunicazione interna rivolta al livello operativo è indirizzata a tutti i soggetti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie, incluse quelle al di fuori delle strutture del Servizio Sanitario Regionale. Gli obiettivi, in questo caso, sono:

- rendere gli operatori consapevoli dell'evoluzione della situazione;
- dare a tutti i soggetti coinvolti istruzioni operative coerenti;
- rendere le decisioni prese e le misure attivate accettabili anche dagli stessi operatori;
- metter in grado gli operatori di fornire informazioni corrette agli utenti;
- ricevere da tutti i settori operativi indicazioni sullo stato di attuazione delle varie misure e sugli eventuali problemi riscontrati.

Il supporto scientifico per la comunicazione a tutti i livelli è fornito dal CPR.

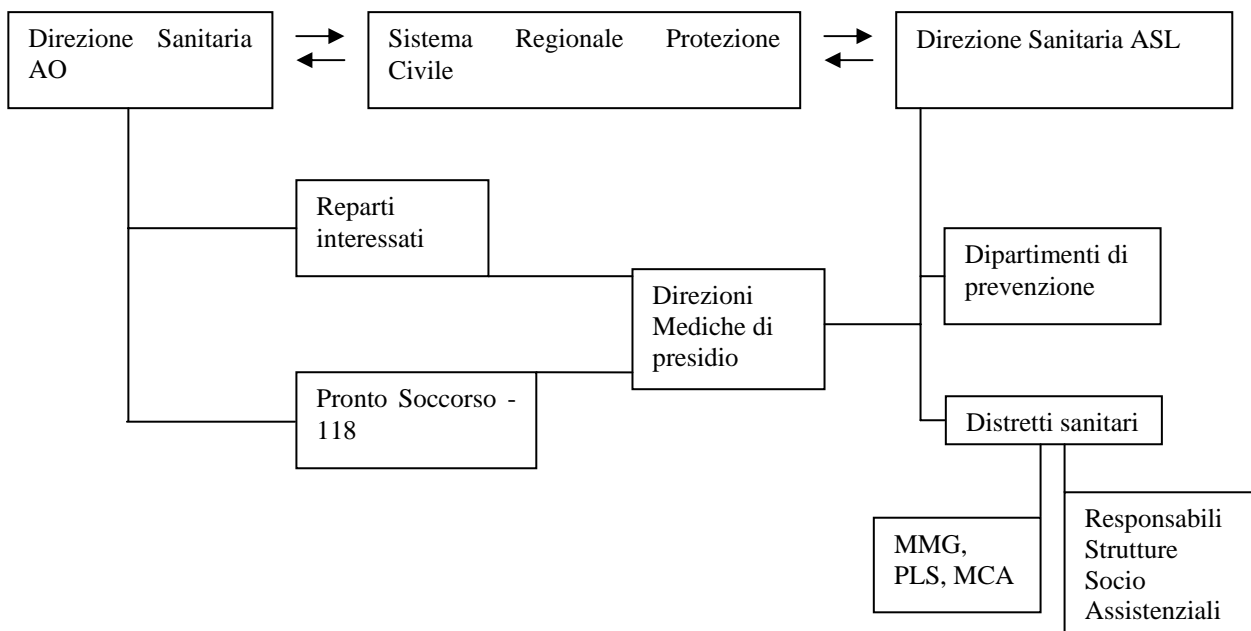
Per ottenere questo viene costituita una rete comunicativa per gli operatori della Azienda ed una per gli altri operatori:

#### **7.1.1 Rete comunicativa per gli operatori della Azienda**

Il centro comunicativo (da cui parte e a cui ritorna la comunicazione) è la Direzione Sanitaria. La Direzione Sanitaria ha a disposizione un elenco di referenti ciascuno con l'elenco delle strutture operative ad essi afferenti.

*[Indicare un elenco di referenti e le modalità con cui questi comunicano con le strutture afferenti. Ad es. l'ufficio o la struttura che mantiene i contatti con MMG o PLS e indicare le modalità: posta elettronica, avvisi telefonici, posta ordinaria, ecc. Nel caso specifico è opportuno che questo canale informativo venga già attivato ed utilizzato per ogni scopo quale avvisi su malattie infettive, indagini epidemiologiche o altre comunicazioni di servizio. Un sistema utilizzabile previo accordo con i gestori telefonici, è quello della messaggistica telefonica. In questo paragrafo vanno inoltre indicate le modalità di comunicazione con il personale dipendente: Dipartimenti, Servizi, altre strutture tecniche.*

*Il seguente schema può essere modificato e utilizzato per creare un allegato al PAP; allo schema possono essere aggiunte altre strutture, i referenti e i recapiti telefonici]*



*[Se diversificati, identificare il flusso di comunicazione ordinaria e in stato di emergenza fra le istituzioni coinvolte nella gestione della pandemia]*

Tutti i soggetti indicati nella filiera, qualora vengano a conoscenza di informazioni utili per la gestione dell'emergenza pandemica, devono darne notizia alla Direzione Sanitaria, ai fini di rigenerare il flusso informativo.

Sul sito web aziendale, nell'area riservata agli operatori, dovrebbero essere inclusi il materiale documentale, le direttive, i recapiti telefonici, gli aggiornamenti epidemiologici e i link con siti specifici quali Influnet, Epicentro, CCM, ecc, e tutto quanto necessario per favorire un corretto scambio di informazioni tra tutto il personale sanitario.

### **7.1.2 Rete comunicativa per gli operatori esterni alla Azienda**

Il centro comunicativo (da cui parte e a cui ritorna la comunicazione) è la Direzione Sanitaria. La Direzione Sanitaria ha a disposizione un elenco di referenti esterni, ciascuno con l'elenco delle strutture operative ad essi afferenti.

*[Identificare un elenco di soggetti (con recapiti completi) referenti di strutture esterne. A titolo esemplificativo: Enti Locali e/o Strutture Operative di Protezione Civile, Polizia di Stato, Carabinieri, Comuni. Per quanto riguarda i recapiti fare riferimento ai numeri classici – 112, 113, 115, includere le Sale Operative h24 e inserire eventuali strutture “virtuose”, con le quali siano intercorse precedenti esperienze di collaborazione. Non includere le associazioni di volontariato perché sono attivate a livello regionale].*

Infine, qualora l'andamento delle fasi pandemiche, dalla fase 3, assuma aspetto evolutivo si prevede l'organizzazione di incontri/assemblee allargate per operatori sanitari, per operatori dei servizi essenziali, per operatori del settore servizi dell'emergenza, considerando queste iniziative in aggiunta alle iniziative di formazione specifica previste dal PPN e PRP.

## 7.2 Comunicazione esterna

La comunicazione esterna ha l'obiettivo di informare correttamente la popolazione per favorire la collaborazione, ridurre l'ansia e prevenire comportamenti irrazionali. Questo può essere fatto direttamente o mediante altri attori quali i referenti dei mezzi di comunicazione di massa a livello locale, i mediatori politici, gli altri mediatori (culturali, religiosi o di altro tipo).

Una comunicazione trasparente, omogenea e affidabile, in grado di rispondere al bisogno informativo delle persone, di ascoltare e comprendere i loro dubbi e le loro preoccupazioni è la condizione necessaria per fondare un rapporto fiduciario e per accrescere la credibilità delle istituzioni.

Pertanto nel periodo interpandemico (Fase 1-2) devono essere intraprese le seguenti azioni:

- individuazione di un portavoce locale,
- sviluppo delle modalità per l'attuazione della comunicazione esterna,
- individuazione dei mezzi di comunicazione, definizione della modalità di utilizzo, contatto con il personale referente,
- promozione di una comunicazione corretta ed efficace indirizzata alla popolazione,
- programmazione di una campagna per la promozione della diagnosi precoce (autodiagnosi) d'influenza.

Come previsto dal PPN, la comunicazione con la popolazione deve contenere messaggi chiari e condivisi a livello nazionale e regionale, elaborati sulla base della percezione collettiva del rischio. Quindi, nell'elaborazione del protocollo di comunicazione si rende necessario esplicitare le modalità e i contenuti della comunicazione considerando che in base alle fasi pandemiche definite dall'OMS devono essere individuate fasi comunicative differenti con diversi obiettivi di comunicazione, canali comunicativi e attenzione da parte dei mezzi di comunicazione di massa e della popolazione.

Fasi OMS	Fasi comunicative	Descrizione	Obiettivo della comunicazione	Canali comunicativi
1-2	Pre-pandemica fredda	Periodo interpandemico, basso livello di attenzione della popolazione		
3	Pre-pandemica tiepida	Periodo di allerta pandemico con basso livello di attenzione della popolazione		
3-4	Pre-pandemica calda	Periodo di allerta pandemico con alto livello di attenzione della popolazione		
4-5	Pandemia imminente	Pandemia imminente con altissimo livello di attenzione della popolazione e crescente preoccupazione		
6 (livello 0)	Pandemia altrove	Pandemia iniziata con assenza di casi in Italia. La comunicazione dipenderà dalla severità della pandemia		
6 (livello 1-3)	Pandemia in Italia	La pandemia si diffonde anche in Italia.		
1-2	Post-pandemia	Periodo post-pandemico		

**[Inserire nella tabella gli obiettivi della comunicazione e i canali che si prevedono di utilizzare nelle diverse fasi pandemiche]**

In particolare, come previsto dal PRP, potrebbe essere elaborato 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.

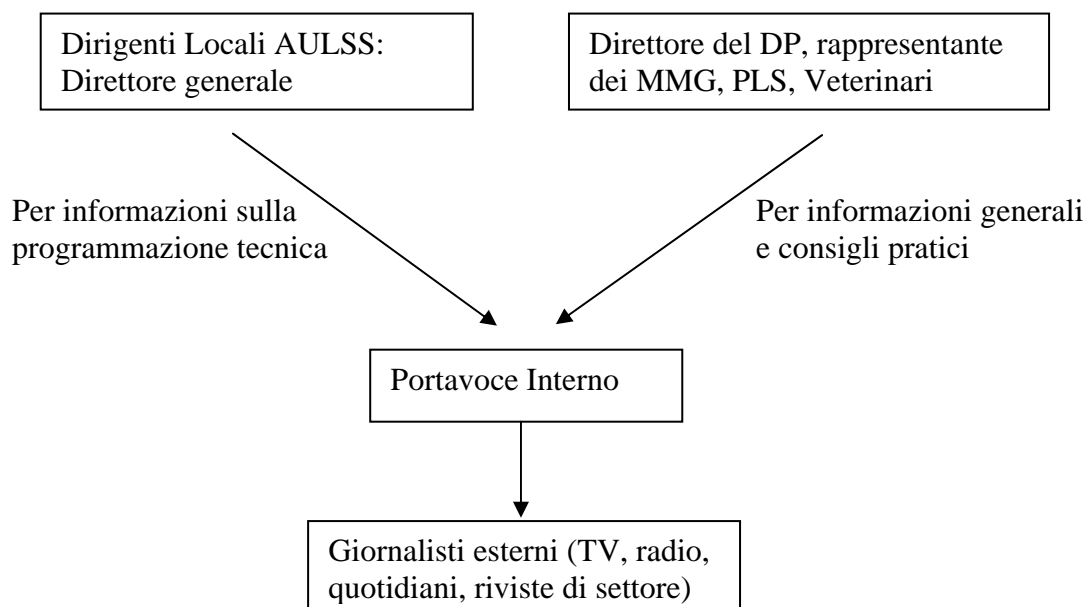
Inoltre, nel periodo interpandemico e nella fase 3 del periodo di allerta pandemico, va realizzata la campagna informativa rivolta alla popolazione generale per quanto riguarda l'intervento di prevenzione della influenza stagionale con predisposizione e distribuzione di opuscoli informativi, con aggiornamento dei siti web provinciale ed aziendale.

**[Inserire riferimento a campagne informative già effettuate]**

Qualora l'andamento delle fasi pandemiche, dalla fase 3, assuma aspetto evolutivo l'informazione va intensificata ed ulteriormente mirata con predisposizione di documenti ad hoc a cura della Direzione Igiene e Sanità Pubblica **[inserire altri eventuali referenti]**, con specificazione delle modalità di diffusione a livello distrettuale del materiale divulgativo predisposto, individuando i terminali (media locali, scuole, associazioni, siti web, mailing list, ecc.)

Oggetto dei piani di comunicazione sono ad esempio le campagne educative sulle modalità di controllo dell'infezione, sull'appropriato utilizzo dei dispositivi di protezione personale, sul lavaggio delle mani, sulle condizioni lavorative, sull'uso dei vaccini, ecc.

La comunicazione esterna seguirà il seguente flusso informativo:



Come previsto dal PPN, nella scelta della strategia di comunicazione più adeguata deve essere previsto un utilizzo integrato dei mezzi di comunicazione scelti di volta in volta in base al target, agli obiettivi, alle risorse, al tempo, con lo scopo di favorire non solo un passaggio unidirezionale di informazioni (media, siti web, opuscoli informativi, documentazione, articoli), ma anche uno scambio bidirezionale (colloquio faccia a faccia tra cittadino e operatori in spazi e tempi differenziati, colloquio telefonico, numero verde).

Pertanto, per la costruzione di un processo comunicativo continuo sul rischio, bidirezionale, interattivo, di scambio e condivisione di informazioni e opinioni, che garantisca la chiarezza, la trasparenza, la tempestività, l'omogeneità e l'affidabilità dell'informazione e rafforzi la credibilità delle istituzioni, deve essere previsto:

- l'utilizzo di staff che analizzi la percezione del rischio e riconosca l'ansia e il disagio provocato nel pubblico dalla pandemia e sia in grado di modulare le strategie e i contenuti della comunicazione e di fornire informazioni sui piani futuri,
- la valutazione della risposta alle varie metodiche comunicative adottate.

### **7.2.1 Referente per la comunicazione esterna**

Affinché la comunicazione esterna sia chiara e univoca anche a livello locale, si identifica la necessità di affidare la responsabilità del coordinamento delle azioni di comunicazione esterna ad un referente aziendale.

Il referente aziendale per la comunicazione esterna della azienda è:

*[indicare nominativo e ruolo. Preferibilmente si tratta del responsabile del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica/Direzione Medica di Presidio cui compete la gestione della maggior parte delle misure]*

Come previsto dal PRP, il referente dell'Azienda sanitaria locale, insieme ai referenti per la comunicazione della Regione Toscana (Settore Risorse umane, comunicazione e promozione della salute, Settore 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) farà parte di un gruppo di lavoro, istituito dal CPR, 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).

### **7.2.2 Portavoce unico**

In situazioni di emergenza una delle esigenze principali è impedire il sovrapporsi di messaggi ed informazioni distorte e, spesso, contrastanti. Per questo motivo è fondamentale che in momenti di emergenza le informazioni provengano da una unica fonte accreditata che garantisca la conformità alle posizioni strategiche del sistema, l'appropriatezza metodologica e il costante aggiornamento dei contenuti.

Per esigenze di omogeneità nessun soggetto istituzionale deve assumere in proprio iniziative di comunicazione.

Il portavoce locale per la comunicazione esterna è

*[indicare nominativo e ruolo. Preferibilmente si tratta di una figura sanitaria con competenza nel campo delle malattie trasmissibili ed esperienza comunicativa o pregressa formazione in materia anche se, come specificato di seguito, è previsto comunque un percorso formativo regionale. Può essere la stessa persona che svolge il ruolo di referente aziendale per la comunicazione].*

Si identifica inoltre un sostituto che, in caso di necessità possa coadiuvare o sostituire il comunicatore:

*[indicare nominativo e ruolo]*

Il portavoce ha la facoltà di avvalersi di altri operatori in tutti i casi in cui lo ritenga necessario.

Il portavoce, utilizzerà come struttura di supporto:

*[indicare l'ufficio stampa o, comunque, la struttura di supporto alla comunicazione esterna (ufficio relazioni col pubblico, segreteria della direzione o altro)].*

L'elenco provvisorio dei referenti per quanto riguarda i mezzi di comunicazione di massa e gli altri mediatori disponibili è in possesso del seguente Ufficio che ha anche il compito di tenerlo aggiornato:

*[indicare il servizio o l'ufficio]*

*[Se presenti....*

Nel periodo interpandemico e nel periodo di allerta pandemico passato (2006) a seguito del verificarsi di casi di influenza aviaria nei volati e in quello recentemente intercorso (aprile 2009) a seguito del verificarsi di casi di influenza A/H1N1 nell'uomo, sono state avviate efficaci attività di comunicazione, che è opportuno richiamare:

ad esempio attivazione numero verde, campagne informative, focus sul sito web....

Tali attività sono riproponibili in caso di rinnovata allerta pandemica.

## **Allegato 1**

### **Valutazioni per l'isolamento domiciliare**

La valutazione è affidata al Servizio di Igiene Pubblica **di concerto con il MMG, Pediatra di famiglia e/o presidio ospedaliero del reparto che assiste il soggetto.**

L'isolamento domiciliare è proponibile per i malati, sospetti o accertati, in buone condizioni cliniche o in via di guarigione.

La decisione è fondata su: **gravità dei sintomi - dettagli dell'esposizione - fattibilità isolamento domiciliare.**

#### **Criteri per la valutazione:**

- condizioni cliniche del paziente;
- situazione epidemiologica ;
- requisiti dell'abitazione tali da consentire un isolamento in condizioni di sicurezza per gli altri componenti del nucleo familiare;
- possibilità di assistenza (presenza di almeno una persona in grado di assicurare assistenza e seguire le indicazioni del servizio di Sanità Pubblica);
- (assenza situazione del nucleo familiare di familiari affetti da patologie gravi quali neoplasie, immunodeficienze, ecc).

#### **Requisiti abitazione:**

- camera da letto con finestra ad esclusivo utilizzo del caso ;
- disponibilità di un telefono;
- l'abitazione deve essere situata in una località da cui sia possibile raggiungere agevolmente le strutture di assistenza in caso di eventuali urgenze.

#### **Compiti del Servizio di Sanità Pubblica:**

- decide l'attuazione e l'interruzione dell'isolamento;
- dà le indicazioni per il corretto isolamento;
- verifica quotidianamente le condizioni del malato e/o dei contatti stretti (per telefono) in modo da essere informato rapidamente del manifestarsi o aggravarsi dei sintomi;
- fornisce le mascherine di tipo chirurgico e le istruzioni per il loro corretto utilizzo;
- fornisce informazioni per la persona che assicura assistenza a domicilio in merito a:
  1. modalità di gestione dell'isolamento,
  2. uso di presidi di protezione individuale,
  3. modalità di decontaminazione degli effetti letteracci, dei vestiti, delle stoviglie e di altri articoli utilizzati dal paziente,
  4. modalità di comunicazione alla Sanità Pubblica nel caso si aggravassero le condizioni del paziente o diventino sintomatici i contatti fornendo i recapiti telefonici di zona.

#### **Raccomandazioni**

##### **A) per la persona che assicura assistenza a domicilio**

- per quanto possibile solo lui deve avere accesso alla stanza di isolamento;
- deve portare una mascherina di tipo chirurgico;
- assicura la pulizia degli oggetti manipolati dal malato.

## **B ) per il malato**

- deve restare nella stanza, utilizzando salviette diverse dal resto della famiglia, meglio se a perdere; la porta della camera del paziente deve restare chiusa sia che il paziente sia nella stanza, sia che non vi sia; la camera deve essere aerata frequentemente, possibilmente più volte al giorno;
- deve portare sempre una maschera chirurgica se esce dalla camera o se un'altra persona è nella camera anche se questa ha indossato una maschera prima di entrare.

## **C) per gli altri componenti della famiglia**

- devono restare lontani dalla persona malata;
- non devono manipolare o condividere oggetti che la persona malata abbia utilizzato, a meno che l'oggetto non sia stato lavato accuratamente con acqua e sapone o un prodotto per la pulizia da parte della persona che assicura le cure,
- i genitori dovrebbero fare in modo che i bambini abitino presso parente o persona di fiducia;
- deve essere scoraggiata ogni visita di estranei. Se visitatori vengono a casa è opportuno incontrarli all'esterno e non lasciarli entrare.
- Indossare mascherina chirurgica se si ha necessità di entrare nella camera del malato.

## **MISURE DI CARATTERE GENERALE**

### **Lavaggio delle mani**

- Lavarsi le mani è importante: i malati, le persone che li assistono o che abitano nella stessa casa devono lavarsi spesso le mani con acqua calda e sapone.
- Le mani devono essere lavate immediatamente dopo aver assistito il malato.
- Si possono utilizzare soluzioni antisettiche a base di alcool per l'igiene delle mani senza acqua.

### **Igiene dell'ambiente domestico e trattamento dei materiali e delle superfici**

- lenzuola, asciugamani e vestiti del malato: possono essere lavati con gli abiti degli altri componenti della famiglia, anche in lavatrice con temperatura  $> 60^\circ$ . Non devono essere lasciati in attesa all'esterno della camera, per esempio nella lavanderia, dove gli altri componenti della famiglia potrebbero venirci in contatto;
- fazzoletti di carta, maschere e altri materiali fortemente contaminati: gettati possibilmente dallo stesso paziente in un sacco di plastica che sarà ben chiuso e eliminato con le altre immondizie domestiche;
- altri oggetti manipolati dalla persona malata (posate, stoviglie): pulite dalla persona che fornisce assistenza (o poste nella lavastoviglie) immediatamente dopo che sono uscite dalla camera del malato;
- per la pulizia dei sanitari e delle superfici del bagno indossare dei guanti domestici. Utilizzare della candeggina domestica diluita. Alla fine delle pulizie, dopo essersi tolti i guanti, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone;
- Superfici o oggetti contaminati direttamente da goccioline di saliva, da sangue e liquidi corporei devono essere puliti e disinfettati con un valido principio attivo: candeggina domestica diluita 1:50, sodio ipoclorito 1.000 ppm, o alcol 70% per le superfici metalliche ossidabili; occorre usare i guanti.

È indispensabile una adeguata aerazione dei locali e la pulizia di superfici e arredi con i comuni detergenti del commercio avendo cura di effettuare le pulizie ad umido in modo da impedire il sollevamento di particelle infettanti.

### **Conclusioni**

- Le persone sintomatiche devono essere immediatamente isolate.
- L'isolamento è la più importante misure di prevenzione.

- L'isolamento è di regola ospedaliero, ma le persone in buone condizioni cliniche possono essere isolate a domicilio a condizione che vengano verificate da operatori della UF di Sanità Pubblica le caratteristiche dell'abitazione (se necessario anche tramite sopralluogo).
- L'isolamento comprende un insieme di pratiche quali spostamento del paziente, lavaggio delle mani, uso corretto dei DPI, trattamento degli oggetti di uso comune, pulizia e disinfezione dei locali, ecc.

### **Monitoraggio dei contatti**

Tutti i contatti del caso indice, sospetto, probabile o accertato, sono individuati e registrati dalla U.F. di Sanità Pubblica al fine di monitorare il loro stato di salute.

Tutti i familiari e i contatti stretti devono mettere in atto misure di igiene generale:

- Lavarsi frequentemente le mani con acqua e sapone.
- Evitare di portare le mani alla bocca, occhi, naso.
- Non usare salviette e asciugamani di altre persone.
- Arieggiare bene e spesso i locali in cui si soggiorna.

Nel corso della prima fase di allerta gli operatori provvederanno a richiamare attivamente i contatti fino alla fine della sorveglianza. Se la persona non risulta reperibile sarà necessario valutare concordemente con il curante la necessità di una visita a domicilio con tutte le misure di protezione necessarie.

### **Dispositivi di protezione per il personale**

Tutto il personale addetto alla sorveglianza deve essere dotato di dispositivi di protezione individuale:

Camici monouso

Mascherine chirurgiche

Mascherine FFP2

Guanti non sterili

## Allegato 2

### Utilizzo dei farmaci antivirali

Per una gestione uniforme dei casi su tutto il territorio regionale si è reso necessario elaborare un protocollo sull'utilizzo dei farmaci antivirali da diffondere capillarmente dalle Aziende Sanitarie in tutte le strutture di competenza, comprese quelle accreditate.

#### **Introduzione**

La terapia e la profilassi con farmaci antivirali potrebbe contribuire a raggiungere l'obiettivo di diminuire la morbosità e la mortalità durante una pandemia nonché a ridurre le relative gravi conseguenze sociali ed economiche. I farmaci antivirali rappresentano, verosimilmente, l'unica possibilità di intervento specifico contro il virus pandemico nelle fasi iniziali della sua diffusione, dato che il vaccino non sarà ancora disponibile nei primi mesi della pandemia. In questa fase, i farmaci antivirali possono essere usati sia nella terapia che nella profilassi della influenza.

Le strategie per l'uso degli antivirali durante una pandemia influenzale sono provvisorie giacché non si può fare riferimento ad alcuna esperienza precedente.

Le infezioni da virus influenzali possono essere trattate da due tipi di farmaci: gli inibitori M2 (amantidina e rimantidina) e gli inibitori della neuraminidasi (oseltamivir e zanamivir).

**Amantidina e rimantidina**, sono farmaci noti da molti anni per il trattamento della sola influenza A. Somministrati entro le prime 48 ore dai sintomi riducono la durata della malattia di circa due giorni. Non ci sono dati circa la prevenzione delle complicanze dell'influenza. Tali farmaci hanno avuto un uso molto limitato nella pratica clinica per il rischio di effetti collaterali a carico del sistema nervoso centrale e apparato digerente soprattutto in soggetti sani. Sono stati segnalati stipiti virali che si sono dimostrati resistenti a questi farmaci, in particolare i ceppi H5N1 isolati nel Sud-Est asiatico sembrano essere tutti resistenti.

**Oseltamivir e zanamivir**, farmaci appartenenti alla classe degli inibitori della neuraminidasi, sono efficaci contro influenza A e B e sono caratterizzati da migliore tollerabilità. Possono ridurre la gravità della malattia e ridurre la durata di circa un giorno. Tuttavia, anche per questi farmaci, l'efficacia dipende in modo cruciale dal tempo di somministrazione, che non dovrebbe superare le 48 ore dall'esordio dei sintomi. Per i casi di infezione umana da virus aviario H5N1, questi farmaci possono aumentare le possibilità di sopravvivenza solo se somministrati molto presto.

Le indicazioni di uso tra i due principi attivi disponibili sono leggermente differenti: infatti l'oseltamivir a differenza dello zanamivir può essere utilizzato per il trattamento di pazienti e la profilassi post-esposizione di soggetti con almeno un anno di vita.

Inoltre l'oseltamivir può essere assunto oralmente in una soluzione acquosa, mentre lo zanamivir è disponibile in confezione inalatoria e quindi può essere difficilmente assumibile da alcuni soggetti.

Anche per oseltamivir sono stati descritti ceppi virali resistenti.

Nel momento in cui i farmaci dovranno essere utilizzati sarà essenziale monitorarne l'utilizzo e gli effetti collaterali mediante l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali e il sistema di Farmacovigilanza dell'AIFA. Infatti, l'uso massiccio di questi farmaci aumenta il rischio di insorgenza di ceppi resistenti, che si selezionano in misura proporzionale all'uso dei farmaci, ed il rischio di effetti collaterali.

Vengono di seguito riportate le indicazioni favorevoli e sfavorevoli all'uso della amantadina, oseltamivir e zanamivir.

	<b>Amantadina</b>	<b>Oseltamivir</b>	<b>Zanamivir</b>
<b>Indicazioni</b>	Impiegata da più di 30 anni	Spettro d'azione contro virus	Spettro d'azione contro virus

<b>favorevoli</b>	nella terapia e nella profilassi dell'influenza	influenza A B Possibilità di terapia e profilassi Somministrazione orale Terapia e profilassi nei bambini >1 anno	influenza A e B Possibilità di terapia Pochi effetti collaterali, impiego sicuro Terapia nei bambini > 12 anni
<b>Indicazioni sfavorevoli</b>	Efficace solo contro i virus dell'influenza A Alto rischio di sviluppo di virus resistenti già dopo un breve trattamento (2- 3gg.) Effetti collaterali e interazioni indesiderabili Amnesso per la terapia e la profilassi su bambini solo a partire da 5 anni		Somministrabile solo per inalazione Inadatto in caso di gravi forme di asma o malattie croniche delle vie respiratorie

Viene di seguito riportata la posologia dell'oseltamivir negli adulti.

Adulti	Farmaco	Posologia	Durata trattamento
<b>Trattamento caso sospetto</b>	Oseltamivir 75 mg	1 cps 2 volte/die	5 giorni
<b>Profilassi post-esposizione</b>		1 cps 1 volta/die	10 giorni

Viene di seguito riportata la posologia dell'oseltamivir nei bambini di 1-12 anni in base al peso.

Bambini ( 1-12 anni)	Farmaco	Peso corporeo	Posologia	Durata trattamento
<b>Trattamento caso sospetto</b>	Oseltamivir sosp. orale 12 mg (ml)	< 15 Kg	30 mg 2 volte/die	5 giorni
		15 - 23 Kg	45 mg 2 volte/die	5 giorni
		24 - 40 Kg	60 mg 2 volte/die	5 giorni
		> 40 Kg	75 mg 2 volte/die	5 giorni
<b>Profilassi post-esposizione</b>		Oseltamivir sosp. orale 12 mg (ml)	< 15 Kg	30 mg 1 volta/die
	15 - 23 Kg		45 mg 1 volta/die	10 giorni
	24 - 40 Kg		60 mg 1 volta/die	10 giorni
	> 40 Kg		75 mg 1 volta/die	10 giorni

Il trattamento va iniziato entro 48 ore dalla comparsa di sintomi.

### Utilizzo a scopo di profilassi pre- o post- esposizione

L'uso profilattico degli antivirali può rivelarsi particolarmente utile in presenza dei primi cluster di influenza causati da virus pandemico, quando non sia ancora disponibile il vaccino. Si tratta di una strategia di breve periodo, utile soprattutto in presenza di casi isolati o piccoli cluster in particolare se questi si verificano in comunità chiuse.

La strategia di utilizzo è rapportata alle differenti fasi come segue:

#### Fase 3

L'utilizzo è limitato a:

- Operatori addetti alla fase di abbattimento di animali infetti (laddove sia importante il contatto con un serbatoio animale), quale profilassi pre-esposizione;
- Soggetti esposti a cariche virali elevate in focolai accertati di influenza animale che hanno operato in assenza di DPI.

La profilassi pre-esposizione include, oltre alla dotazione di DPI ed alle istruzioni per il loro corretto uso, una copertura giornaliera di oseltamivir pari a 75 mg per tutto il periodo di contatto con animali infetti o con superfici contaminate; la profilassi va continuata per i 7 giorni successivi all'ultima esposizione.

Profilassi post-esposizione va iniziata entro le 48 ore successive all'ultima esposizione e va continuata per 10 giorni.

Nei contatti stretti di soggetto con diagnosi di influenza, la decisione circa l'opportunità di chemioprolassi è soggetta ad una valutazione congiunta dell'ASL e U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria.

#### *Fase 4 e 5*

Nelle fasi 4 e 5 il ricorso all'uso degli antivirali post esposizione per i contatti ha l'obiettivo di interrompere la catena di trasmissione ed eliminare il focolaio infettivo, per cui oltre alle indicazione della fase 3, l'utilizzo degli antivirali sono utili è esteso a:

- Contatti stretti di casi accertati di influenza, intesi come conviventi o soggetti che hanno avuto contatti prolungati (indicativamente superiori alle 8 ore/die) in ambienti chiusi;
- Operatori sanitari che abbiano assistito il caso, senza essere dotati di dispositivi di protezione individuale.

In caso di cluster di grandi dimensioni (Fase 5, livello 1), l'uso profilattico di antivirali va considerato per i contatti che appartengono alle categorie prioritarie, individuate per l'offerta del vaccino pandemico.

#### *Fase 6*

In fase di epidemia conclamata, la profilassi con antivirali è poco utile. Infatti, l'uso massiccio di questi farmaci aumenta il rischio di insorgenza di ceppi virali resistenti ed il rischio di effetti collaterali. Inoltre, le simulazioni sulla pandemia influenzale hanno evidenziato che l'uso di massa di questi farmaci non riduce in maniera importante il numero dei casi di influenza.

Pertanto, nella fase pandemia, dove oramai non è più possibile contenere la diffusione della epidemia agendo sui casi sospetti, l'uso degli antivirali è limitato ai malati ed al personale sanitario esposto.

#### **Utilizzo a scopo terapeutico**

L'utilizzo a scopo terapeutico degli antivirali segue il criterio della limitazione del danno; naturalmente le presenti indicazioni risentono della mancanza di informazioni certe sul virus pandemico e i correlati quadri clinici.

Con la disponibilità di indicazioni all'utilizzo degli antivirali a scopo terapeutico da parte degli organismi internazionali e nazionali competenti si provvederà a recepire e declinare i protocolli terapeutici ed eventuali indicazioni di priorità.

### **Allegato 3**

#### **Procedura per i pazienti ricoverati in ospedale**

Il paziente ricoverato con diagnosi sospetta o confermata di caso, dovrebbe essere collocato in una stanza singola la cui porta viene tenuta chiusa; ove possibile, e comunque sempre quando l'assistenza al paziente preveda procedure che generano aerosol, il paziente dovrebbe essere isolato in una stanza a pressione negativa in cui venga garantito un numero adeguato di ricambi d'aria.

Le camere devono essere conformi alla normativa vigente..

Cautelativamente, in deroga alle raccomandazioni usuali previste per la trasmissione da droplets, che prevede l'uso di una semplice mascherina chirurgica, finché non si acquisiscono conoscenze più approfondite sulle caratteristiche di trasmissione del nuovo virus si raccomanda che il personale che entra nella stanza del paziente indossi un dispositivo di protezione respiratoria di tipo FP2, una protezione oculare, guanti e camice non sterile.

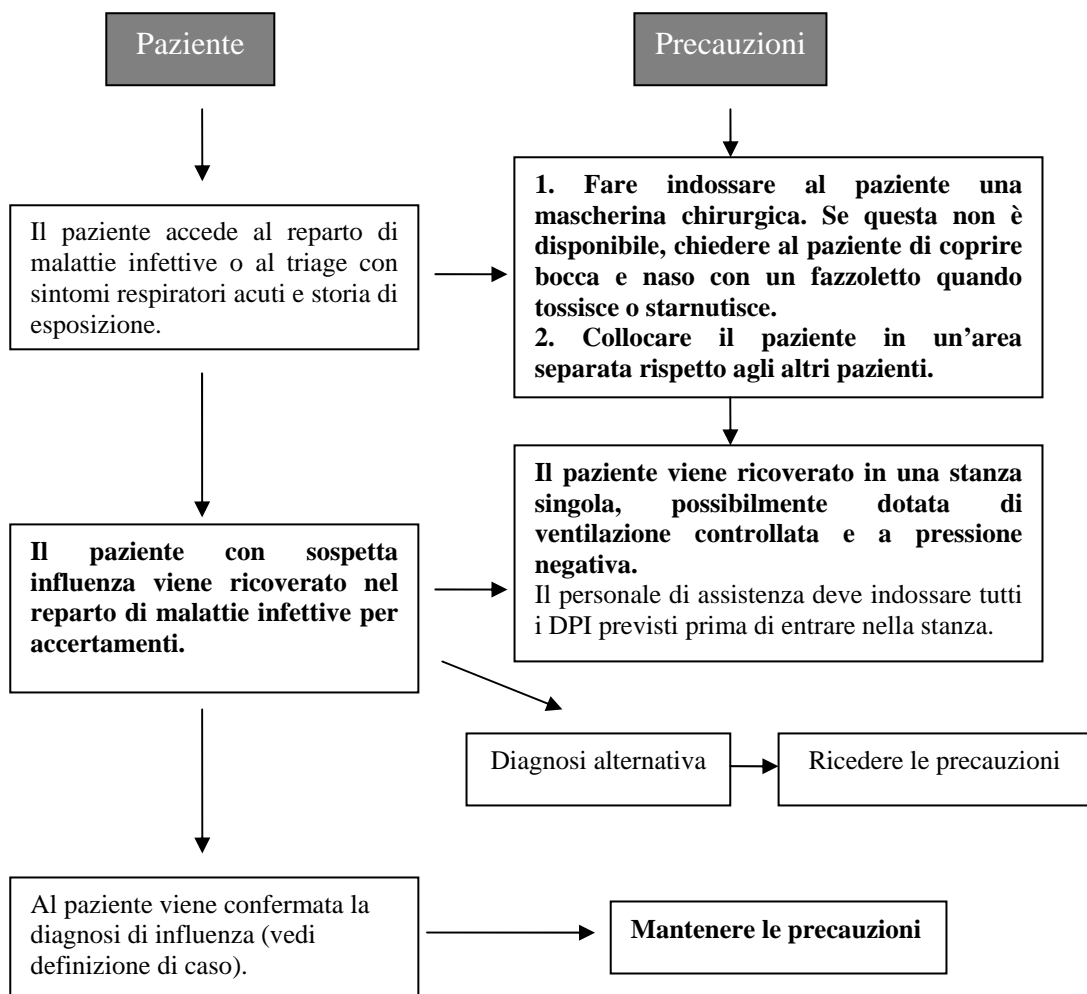
E' da raccomandare la stretta aderenza all'igiene delle mani sia con lavaggio con acqua e sapone o con l'uso delle soluzioni idroalcoliche.

Devono essere limitati al massimo i contatti del paziente con l'esterno:

- se il paziente deve essere trasportato fuori dalla stanza di isolamento, per procedure diagnostiche e/o terapeutiche il tempo di soggiorno fuori dalla stanza deve essere ridotto al minimo;
- quando il paziente si trova fuori dalla stanza per procedure diagnostiche-terapeutiche oppure quando gli operatori entrano nella camera, deve indossare una mascherina chirurgica che copra la bocca e il naso;
- il numero di persone che entrano nella stanza di isolamento deve essere limitato al minimo indispensabile.

Le precauzioni devono essere mantenute per almeno 7 giorni o comunque per almeno 24 ore dopo la fine della sintomatologia.

Figura 1. Gestione del caso di influenza: quando adottare le precauzioni per il controllo dell'infezione nelle strutture sanitarie.



NB: E' opportuno che il paziente, sia che venga indirizzato dal medico all'ospedale per una valutazione o che vi acceda autonomamente o tramite il 118, acceda direttamente al reparto di malattie infettive.