

Allegato A

Piano operativo regionale di preparazione e risposta al rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v.

1. Premessa

Il presente documento ha lo scopo di integrare le Linee di indirizzo della Regione Toscana per la gestione della emergenza pandemica influenzale approvate con DGR 1198/2008 mediante il quale la Regione Toscana intende, nel quadro dell'Accordo di Conferenza Stato Regioni del 9/2/2006 (rep.2479) con cui è stato approvato il Piano Nazionale Pandemico, affrontare il rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v .

I dati di partenza ed i criteri di valutazione sono desunti dalla letteratura scientifica internazionale, dalle indicazioni operative del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (di seguito chiamato solo Ministero), dagli studi predisposti e dal monitoraggio attuato dalle strutture tecniche della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

Il Piano operativo regionale si sviluppa in coerenza con gli scenari evolutivi possibili della pandemia influenzale; ciascun scenario contiene specifiche fasi operative; ogni fase operativa si caratterizza per specifici obiettivi e azioni conseguenti.

Il previsto *outbreak* del nuovo virus influenzale A/H1N1v in Italia è ancora agli stadi iniziali; i casi registrati nell'emisfero meridionale (in particolare Argentina ed Australia) permettono, ad oggi, di affermare che l'impatto e la severità dell'influenza umana da virus A/H1N1v sembrano sovrapponibili ad una normale influenza stagionale, per quanto con alcune peculiarità epidemiologiche quali la rapida diffusione nelle popolazioni non immunizzate e la particolare incidenza nelle coorti di soggetti più giovani.

L'esperienza dei Paesi temperati dell'emisfero meridionale, utile anche per l'Europa, indica che, se anche l'impatto sui servizi essenziali nei Paesi efficacemente preparati è stata contenuta, la pressione su alcuni servizi sanitari, soprattutto ospedalieri è stata notevole.

Il principio ispiratore del Piano operativo regionale è l'assunto che emergenze globali quali la pandemia influenzale richiedono risposte coordinate e omnicomprensive, dove il momento di pianificazione deve essere condiviso dai responsabili delle decisioni ed il momento dell'azione deve essere conosciuto prima del verificarsi dell'evento in modo che ognuno sia in grado di "giocare" il suo ruolo e le sue responsabilità.

2. Obiettivi ed azioni chiave

L'obiettivo del presente aggiornamento delle Linee di indirizzo della Regione Toscana per la gestione della emergenza pandemica influenzale attraverso il Piano operativo regionale è, quindi, rafforzare la

preparazione alla pandemia a livello di ogni realtà locale sulla base delle conoscenze e delle esperienze che sono attualmente disponibili e secondo le disposizioni emanate dal Ministero , in modo da:

1. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia.
2. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
3. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.
4. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.
6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

1. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, vaccinazione).
3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi.
4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali.
5. Attuare il piano di formazione.
6. Attuare una azione informativa capillare.
7. Monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.

3. Misure di profilassi

Gli interventi di sanità pubblica che possono risultare efficaci per limitare e/o ritardare la diffusione dell'infezione sono basati sulla riduzione dei contatti tra persone infette e persone non infette, e/o sulla minimizzazione della probabilità di trasmissione dell'infezione in caso di contatto attraverso comuni norme igieniche e misure di barriera.

E' quindi indispensabile agire in primo luogo informando la popolazione generale sulle semplici misure igienico sanitarie che permettono di limitare il contagio attraverso una azione informativa capillare che verrà attuata con le caratteristiche di cui al successivo punto 7.

Fondamentale risulta inoltre la prevenzione del contagio all'interno delle strutture del Sistema Sanitario Regionale, in ospedale e negli ambulatori, e anche nell'assistenza domiciliare.

Quindi ogni Piano Aziendale deve precisare:

- a) quali misure devono essere attuate al fine di differenziare i percorsi del triage per quei pazienti che si presentano in Pronto Soccorso con sintomi influenzali
- b) le misure di barriera (DPI) che devono essere adottate dagli operatori addetti all'assistenza
- c) la disponibilità di mezzi di protezione per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Si sottolinea che sono già state fornite indicazioni sui DPI da utilizzare e, in particolare, sull'igiene delle mani, raccomandando la diffusione dei flaconi gel alcolico e dei poster esplicativi sul loro uso (campagna regionale e buona pratica "Le mani pulite").

- Le direzioni sanitarie di presidio ospedaliero in collaborazione con i referenti del rischio clinico dovranno controllare periodicamente la corretta adozione delle misure di profilassi dell'influenza A

H1N1v, indicate nell'apposita *checklist*, sub-allegato 1, per l'assistenza al paziente del O.M.S. (versione italiana a cura del Centro GRC e settore Igiene Pubblica della Direzione Generale Diritto alla Salute). Sia i mezzi di protezione individuale sia i prodotti di pulizia e disinfezione debbono essere acquistati dalle singole Aziende Sanitarie attraverso gli ESTAV. Le aziende sanitarie, anche avvalendosi delle scorte regionali disponibili, garantiscono, sulla base dei bisogni rilevati, la messa a disposizione dei cittadini dei mezzi di protezione individuale.

4. La vaccinazione

La prevenzione primaria della influenza umana dispone di un unico strumento di provata efficacia: il vaccino specifico.

In questa situazione eccezionale dovrà essere condotta una doppia campagna di vaccinazione, la prima con il solito vaccino a tre componenti per la cosiddetta influenza stagionale, per la quale il Ministero ha già dato indicazioni con la circolare n. 33541-P del 23/7/2009

La seconda campagna verrà condotta con il vaccino pandemico.

E' presumibile che le prime dosi del vaccino pandemico siano disponibili a decorrere dal 15 di ottobre, nelle quantità e per le categorie definite dal livello nazionale.

4.1 Il vaccino stagionale

La Circolare Ministeriale con la quale vengono identificate le caratteristiche e le modalità di utilizzo del vaccino stagionale è già stata inviata alle Aziende Sanitarie in data 24 luglio 2009, l'Ordinanza del 11 settembre 2009 precisa che tale vaccinazione inizia il 1 ottobre.

Le modalità di distribuzione e di esecuzione della vaccinazione sono quelle ormai consolidate nel corso degli anni precedenti.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di famiglia scelta somministreranno il vaccino ai propri assistiti appartenenti alle categorie individuate dalla circolare ministeriale, secondo le modalità, di cui al sub-allegato 2a, modalità appositamente concordate nell'ambito dei rispettivi Comitati regionali della Medicina Generale e della Pediatria di famiglia.

4.2 Il vaccino pandemico

Tale vaccino viene messo gratuitamente a disposizione delle Regioni dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali; l'identificazione delle categorie prioritarie a cui offrire la vaccinazione, la distribuzione dei vaccini alle Regioni, la determinazione dei volumi per ciascuna Regione, i tempi di distribuzione sono competenza dello stesso Ministero; le prime indicazioni in merito sono state fornite con l'Ordinanza del 11 settembre 2009 a firma del Vice Ministro prof. Ferruccio Fazio.

La Toscana ha già predisposto il piano di stoccaggio e distribuzione del vaccino pandemico. Appena pervenuta l'autorizzazione le ASL riceveranno il vaccino e dovranno distribuirlo secondo modalità preventivamente definite ai singoli medici ed ai centri di vaccinazione.

Il vaccino è fornito in confezione multidose, dovranno quindi essere anche fornite ai vaccinatori precise istruzioni sulle modalità di frazionamento e conservazione delle fiale.

Ogni Azienda Sanitaria dovrà comunicare alla Regione il responsabile a cui far riferimento per l'esecuzione di questa vaccinazione.

I medici che effettuano la vaccinazione dovranno attenersi strettamente al protocollo di sorveglianza degli eventi avversi in fase di predisposizione dall'AIFA che sarà coordinato dal Sistema di Farmacovigilanza della Regione Toscana. Le Aziende Sanitarie sono tenute a dare tutto il supporto

logistico necessario ai medici e ad ottemperare a quanto loro affidato circa la Farmacovigilanza ed il monitoraggio.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di famiglia somministreranno il vaccino ai propri assistiti appartenenti alle categorie individuate dall'ordinanza, secondo le modalità, di cui al sub-allegato 2b, modalità appositamente concordate nell'ambito dei rispettivi Comitati regionali della Medicina Generale e della Pediatria di famiglia.

Per il calcolo delle dosi da assegnare a ciascun medico le Aziende Sanitarie si baseranno sulle liste di esenzione ticket e sulla valutazione clinica del Medico di Medicina generale o Specialista pubblico della branca specialistica interessata.

I Distretti ed i Servizi di Igiene Pubblica dovranno somministrare il vaccino ai soggetti appartenenti ai servizi pubblici essenziali o direttamente o tramite medici competenti delle aziende di servizio e degli enti locali.

Si ricorda che la categoria di assoluta priorità per la vaccinazione è quella degli operatori sanitari e degli addetti ai servizi di sostegno del sistema sanitario toscano per i quali dovranno essere predisposte modalità di somministrazione che facilitano la massima adesione.

5. Trattamento ed assistenza dei casi

Saranno i medici di famiglia ed i pediatri di libera scelta la “prima linea” di attacco alla pandemia e solo grazie al loro impegno sarà possibile evitare un sovraccarico inappropriato dei PP.SS. e dei PP.OO, anche in considerazione che i soggetti a rischio presumibilmente rappresentano i soggetti che rappresenteranno il maggior carico assistenziale, cioè soggetti con possibili sovrapporsi di complicanze pluriorgano.

5.a Modalità e funzioni secondo Accordo con i Medici di Famiglia.

La medicina di famiglia, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia, per il ruolo specifico che riveste sul territorio derivante dal rapporto di fiducia che lega l'assistito al proprio medico, rappresenta l'ambito del SSR più appropriato a garantire il governo di questo evento influenzale attraverso la promozione, l'effettuazione e il controllo della vaccinazione pandemica e quella stagionale.

Nel rispetto delle specifiche tecniche emanate dal livello nazionale, determinanti ad evitare una strategia diversificata da regione a regione, diventa fondamentale concordare a livello regionale i parametri cui i soggetti coinvolti, Aziende e medici convenzionati, devono far riferimento in materia di livello organizzativo attraverso il quale ottemperare alle azioni necessarie ma anche di indirizzo cui i professionisti possano far ricorso per assicurare in modo efficace gli adempimenti richiesti.

L'attribuzione della funzione di “presa in carico” propria della medicina di famiglia induce il sistema a prevedere interventi che assicurino una maggiore presenza del medico sul territorio che garantisca una tempestività della risposta, indispensabile a governare l'eccezionalità dell'evento. Tale risposta è necessario sia assicurata dalla medicina generale e dalla pediatria di famiglia anche nei giorni festivi e prefestivi attraverso l'apertura degli ambulatori prevista secondo un piano strategico di distribuzione concordato nella misura a livello regionale e nella distribuzione territoriale a livello aziendale .

Naturalmente la risposta sanitaria della medicina di famiglia è ispirata al principio della flessibilità, alla luce delle possibili variabili di intensità dell'evento sia rispetto alla diffusione in popolazioni non immunizzate che rispetto al potenziale sviluppo di complicanze gravi.

E' essenziale che nei PP.SS. degli ospedali vi giungano il minor numero possibile di pazienti in modo tale che possano essere trattati con la massima attenzione; in questo modo sarà possibile limitare il numero dei ricoveri.

Il Consiglio sanitario regionale ha elaborato linee guida che orientano i medici di medicina generale sui criteri in base ai quali disporre appropriatamente l'eventuale ricovero dei pazienti.

La Griglia di valutazione ricovero è riportata nel sub-allegato 2.c.

5.a1 Continuità assistenziale nei giorni festivi e prefestivi:

E' in corso con i Medici di famiglia la definizione delle modalità organizzative più adeguate per garantire la continuità assistenziale nei giorni festivi e prefestivi del periodo pandemico.

5.b. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi: il domicilio, il Pronto Soccorso, l'Ospedale.

Una pandemia, indipendentemente dalla sua virulenza, può mettere in crisi anche il miglior servizio sanitario se non viene affrontata e gestita con un governo forte dell'intero sistema che preveda l'individuazione delle criticità e le soluzioni da mettere in atto per prevenirle e controllarle.

In ambito regionale sono state condotte delle simulazioni di impatto utilizzando il modello di simulazione "*Flu Surge*" creato da CDC di Atlanta per mostrare agli addetti ai lavori, l'andamento dell'epidemia e, nel nostro caso, l'impatto sulle attività delle Rianimazioni e Terapie intensive della Regione Toscana. Elementi per noi molto significativi presi in considerazione dal Servizio di Epidemiologia riguardano una serie di dati sui pazienti ricoverati ed in particolare quelli relativi al ricorso alla ventilazione meccanica (7.5%), ai ricoveri in terapia intensiva (15%), alla degenza media in terapia intensiva (10 giorni), al tempo di utilizzo dei ventilatori (10 giorni). Il tasso di ospedalizzazione stimato è dell'1,72% mentre il tasso di mortalità previsto dello 0,38%.

In base all'algoritmo *Flu Surge*, considerando i dati relativi alla popolazione in Toscana, censita al 1° gennaio 2008, sono stati analizzati tre possibili scenari a diverso impatto sanitario:

1. durata di 6 settimane e tasso d'attacco del 15% (impatto lieve)
2. durata di 8 settimane e tasso d'attacco del 25% (impatto moderato)
3. durata di 12 settimane e tasso d'attacco del 35% (impatto severo)

L'esperienza dei Paesi temperati dell'emisfero meridionale, utile anche per l'Europa, indica che, se anche l'interruzione totale dei servizi essenziali nei Paesi efficacemente preparati è stata contenuta, la pressione su alcuni servizi sanitari, soprattutto ospedalieri è stata notevole.

In particolare, pur considerando la specificità delle situazioni epidemiologiche locali, alcuni servizi ospedalieri sembrano essere stati sottoposti a particolare tensione operativa: l'area critica nel suo insieme per la comparsa di complicanze d'organo generalmente riferibili all'apparato respiratorio, e l'area intensiva per una quota parte importante di disfunzioni multiorgano quasi sempre provocate da stati di comorbidità pre-esistenti nelle persone colpite dal virus. E' quindi ragionevole ritenere che anche il nostro Servizio Sanitario Regionale dovrà prevedere per i pazienti ospedalizzati una strategia di trattamento con "impegno" progressivo delle risorse basata prevalentemente sul grado di compromissione della funzione respiratoria e sulla sua eventuale associazione ad altre comorbidità (cardio-circolatorio; renale; metabolico; emocoagulativo; gastroenterico....).

La ventilazione non invasiva (NIV) che viene assicurata senza richiedere intubazione tracheale sia sotto forma di semplice pressione continua positiva di fine espirazione (CPAP) che di pressione di supporto

associata alla pressione continua di fine espirazione, rappresenta una importantissima opportunità di trattamento della insufficienza respiratoria di pazienti *responder*, che sono la maggior parte, dato che può essere applicata con una certa facilità in ogni area dell'ospedale dove sia presente personale formato al suo impiego. Inoltre la NIV, se applicata precocemente, è in grado di prevenire l'aggravamento ulteriore della insufficienza respiratoria che richiederebbe il ricorso alla ventilazione invasiva con intubazione tracheale, aumento dei giorni di ventilazione, della degenza media in terapia intensiva e in ospedale, della mortalità.

Fermo restando che la risposta più appropriata dovrà essere organizzata a livello della singola Azienda sanitaria, attraverso l'integrazione di interventi a più livelli e di varia tipologia e la formulazione di protocolli operativi stabiliti dai Dipartimenti coinvolti e le Direzioni Aziendali, nelle settimane di outbreak particolarmente strategici risulteranno l'individuazione precoce dei pazienti a rischio di insufficienza respiratoria, la loro continua rivalutazione intraospedaliera, l'implementazione della N.I.V e di tutti quegli interventi che potranno ridimensionare la necessità di ricorrere alla ventilazione meccanica.

5.c La gestione delle complicanze respiratorie.

La Direzione Generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà", attraverso la valutazione delle attuali potenzialità organizzative e tecnologiche rispetto al supporto della funzione respiratoria compromessa e all'assistenza al paziente critico in generale, ha prodotto una stima delle necessità tecnologiche che richiedono implementazione in funzione degli scenari epidemiologici possibili (ventilatori di fascia media, ventilatori dotati di compressore interno, ventilatori da trasporto, monitor multiparametrici, dispositivi per ECLS presso i Centri operativi, pulsossimetri, implementazione sistemi per erogazione di ossido nitrico, ambulanza per il trasporto di pazienti con ECMO in corso).

La stima è stata condotta con l'importante contributo delle Direzioni aziendali, con la collaborazione dei Servizi di Ingegneria Clinica e il rilevamento diretto presso gli operatori; da tenere in considerazione che i dati relativi alla "estensione" tecnologica si basano sulle dotazioni attuali dichiarate dalle singole Aziende e quindi sul gap relativo:

- **Acquisto di circa 200 ventilatori polmonari da assegnare a tutti i Presidi ospedalieri toscani.**
- **Acquisto di 8 dispositivi ECMO da assegnare ai Centri dove viene applicata tale metodica.**
- **Acquisto di ventilatori dotati di compressore interno, monitor multiparametrici, monitor-defibrillatori, pulsossimetri .**

La Regione raddoppierà il parco delle attrezzature per l'assistenza respiratoria. Si prevede una spesa di circa 3 milioni di euro. Il piano acquisti riguarda tecnologie diverse: i dispositivi Cpap per l'assistenza respiratoria non invasiva (respiratori per la NIV e la ventilazione invasiva ed i sistemi ECLS (Extra Corporeal Life Support), una tecnica di supporto cardiopolmonare che sostituisce il normale meccanismo di ossigenazione.

5.d- Aumento temporaneo di posti letto a media intensità di cura in tutti i Presidi Ospedalieri:

- **nella misura del 15% in più della attuale dotazione.**

Il secondo grande problema è quello di dotare tutti i Presidi Ospedalieri della Toscana di un sufficiente numero di posti letto per ricoverare tutti coloro che ne presentano necessità e di aumentare sia pure

temporaneamente il numero di operatori professionali e di tecnologie sanitarie che si stimano necessarie per far fronte allo sviluppo dell'epidemia influenzale.

Il modello di simulazione “ *Flu Surge* ”, già ricordato prevede un tasso di ospedalizzazione stimato dell'1,72% che applicato allo scenario “ durata di 8 settimane e tasso d'attacco del 25% “ (impatto moderato) produce il seguente quadro epidemiologico:

Scenario con impatto moderato (tasso di attacco del 25% e durata della pandemia di 8 settimane)

- 919.262 casi di influenza durante *outbreak*;
- I ricoveri ospedalieri per influenza sarebbero 15.794 (1,72%)
- Vengono impegnati il 18% dei posti letto non intensivi;
- Intorno al 28° giorno dall'inizio sono previste circa 3000 ammissioni e la presenza di ricoverati in terapia intensiva per complicanze sarebbe di circa 600 unità;
- Sono previsti, nel periodo suddetto, circa 300 pazienti che necessitano di ventilatore polmonare

Si ipotizza l'apertura temporanea di circa 3.000 posti letto in tutti i PP.OO. della Toscana suddivisi nei singoli Presidi in rapporto alla densità di popolazione di ciascun bacino di utenza.

Le Direzioni Aziendale sono impegnate ad individuare gli spazi necessari all'interno di ciascun Presidio ospedaliero per l'apertura progressiva del n° totale dei posti letto di sub-intensiva previsti.

Sono già pervenuti i Piani delle singole Aziende sanitarie; gli stessi sono riportati nel sub-allegato 3. I Posti letto relativi verranno accreditati provvisoriamente con specifico decreto per la data di inizio della attività e successivamente con identica procedura chiusi.

5.e Contratti di lavoro a termine per personale sanitario e di supporto all'assistenza.

Con riferimento ai piani aziendali di incremento temporaneo dei posti letto a media intensità assistenziale, le Aziende, trattandosi di esigenze temporanee ed eccezionali, provvedono al reclutamento del personale necessario mediante contratti di lavoro a termine, nel rispetto della normativa vigente, per far fronte alle attività di cura così incrementate in rapporto all'attivazione progressiva dei posti letto ed all'affluenza dei ricoveri specifici.

In questo ambito, tenuto conto della particolarità della situazione, può risultare opportuno anche il conferimento di incarichi a personale, già dipendente del SSR, cessato dal servizio. In tal modo si potrà far fronte all'emergenza influenzale anche con professionisti che hanno già una lunga e specifica formazione, oltre che una conoscenza diretta del sistema sanitario e dell'organizzazione dei presidi ospedalieri. Particolare attenzione dovrà essere posta nel reclutamento del predetto personale, preferendo quello con più esperienza nei settori della medicina interna, delle terapie intensive e sale operatorie, delle malattie infettive.

La spesa sostenuta per i contratti di lavoro a termine, posti in essere per l'incremento dei posti letto per l'emergenza pandemica, non concorre al raggiungimento del tetto di spesa aziendale per il personale.

Le Aziende sono tenute ad attivare, nel più breve tempo possibile, ogni iniziativa necessaria al fine di attuare quanto sopra previsto.

5.f Mantenimento della attività programmata all'interno di tutti i Presidi Ospedalieri.

Tutti gli interventi programmati dalla Regione Toscana per fare fronte alla prossima epidemia influenzale, sono predisposti e quantificati per garantire non solo un livello di efficiente risposta del sistema, ma anche per garantire, nello stesso tempo il corretto e costante funzionamento del sistema sanitario regionale. L'obiettivo è che, indipendentemente dalle dimensioni con cui si presenterà, il sistema sanitario nel suo complesso ed in particolare la funzione specialistica ospedaliera, non debbano subire alcuna riduzione della attività programmata e corrente.

6. La formazione

Tutte le Aziende Sanitarie hanno programmato interventi di formazione nel proprio Piano Aziendale Pandemico che dovranno essere attuati entro ottobre sulla base delle indicazioni già fornite nel corso regionale del 4 settembre.

Le Aziende Sanitarie potranno richiedere l'accreditamento ECM dei corsi alla Regione Toscana in deroga ai 60 gg. dell'ex-ante previsti dalla procedura. La Regione finanzierà il percorso formativo con complessivi 100.000 euro finalizzati ed erogati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - CCM che verranno suddivisi fra le Aziende Sanitarie, sulla base dei seguenti criteri di ripartizione:

1000,00 Euro quale quota fissa per ciascuna Azienda sanitaria per complessivi 16.000,00 Euro; la rimanente quota di euro 84.000,00 sarà ripartita proporzionalmente in base al numero dei dipendenti in servizio al 31/12/2008 aumentato del numero dei medici e pediatri convenzionati con le Aziende stesse.

7. Comunicazione ed informazione

Tali attività sono fondamentali per gestire al meglio la pandemia e debbono essere particolarmente curate. Ogni ASL nel proprio Piano ha già individuato la propria organizzazione della comunicazione ed il relativo responsabile. E' opportuno che siano particolarmente curate anche le attività di comunicazione interna affinché tutti i soggetti si sentano parte integrante e responsabile della rete di prevenzione e assistenza che deve affrontare l'emergenza pandemia. In tale contesto è prevista la realizzazione di una brochure informativa e di una locandina, di taglio generale, il cui contenuto è volto a promuovere e diffondere nella collettività comportamenti igienici semplici e utili per contrastare e limitare il contagio e dare indicazioni in caso di sintomi. La brochure è stampata in un elevato numero di copie e distribuita nelle 16 aziende sanitarie che la diffonderanno nelle strutture, non solo sanitarie e negli studi dei medici di famiglia e pediatri (insieme alle locandine) che sono impegnati in prima linea nell'assistenza ai cittadini. In considerazione della presenza della popolazione migrante sul territorio regionale, il materiale informativo è tradotto in 9 lingue, in base alla numerosità dei gruppi di migranti nei territori di riferimento delle ASL. Le pagine web del sito regionale, www.regione.toscana.it/influenza, dedicate al Virus A H1N1, offrono ulteriori informazioni e garantiscono tempestività e aggiornamento in linea con le indicazioni ministeriali.

8. Monitoraggio

Le attività di sorveglianza sulla pandemia sono iniziate immediatamente dopo l'annuncio di un nuovo virus fatto dall'OMS, proseguendo ininterrottamente secondo le indicazioni ministeriali.

Dal primo di ottobre inizierà la sorveglianza dei medici e pediatri sentinella. Le modalità operative per la realizzazione del sistema di sorveglianza si realizzano secondo quanto già disposto con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1386 del 17/12/2001. Linee di indirizzo della Regione Toscana per la gestione della emergenza pandemica influenzale approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1198/2008 prevedono espressamente che in periodo pandemico, il numero dei medici sentinella possa essere aumentato per garantire che il campione di popolazione rappresentato sia sufficiente. Le associazioni di categoria, secondo quanto previsto negli accordi regionali di settore sottoscritti, individuano in 48 medici di medicina generale e 9 pediatri di famiglia suddivisi equamente tra le tre Aree Vaste (16 medici di medicina generale e 3 pediatri per area vasta).

Per potenziare, in periodo pandemico, la sorveglianza virologica dei tre laboratori all'uopo individuati :

- Laboratorio di virologia Dip. Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze
- Laboratorio epidemiologia molecolare, Dip. Fisiopatologia, medicina sperimentale e sanità pubblica AOU Senese
- UO complessa di virologia universitaria AOU Pisana

Si rende necessario finanziare con la somma complessiva di Euro 45.000 le attività richieste per garantire una adeguata sorveglianza.

Sempre nella stessa data le quattro Aziende Ospedaliere inizieranno la sorveglianza sindromica attraverso i propri Pronto Soccorso, secondo il protocollo predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità.

Viene attivato uno specifico sistema informativo sull'andamento dell'epidemia con particolare riguardo all'andamento dei ricoveri ed al trattamento dei casi. Per migliorare la performance del sistema dovranno essere attivati audit clinici o rassegne di morbosità e mortalità in tutti i casi di complicanze da influenza umana da virus A H1N1v in soggetti considerati non a rischio. L'agenzia regionale, sta predisponendo appositi moduli per la raccolta dati da integrare che costituiscono una integrazione specifica e transitoria all'attuale sistema informativo regionale.

9. La Rete dei Presidi, e delle competenze, ospedaliere

Particolare forza, ed utilità, assume in questo frangente la rete delle relazioni sia strutturali, disegnata per *grading* di complessità crescente sulle funzioni/nodi ospedalieri aziendali e regionali, che di competenza specialistica disegnata nella offerta, complementare, della funzione universitaria propria delle Aziende ospedaliero-universitarie. La rete ha una dimensione di governo programmatico, tramite il Comitato di Area vasta, e di governo clinico tramite i Dipartimenti interaziendali, specifica in ciascuna Area vasta; la peculiarità della rete ospedaliera toscana consente la continuità dei percorsi assistenziali, secondo il principio della intensità e complessità del bisogno assistenziale ed assicura una immediata condivisione professionale degli standard di conoscenza e qualità necessari per la gestione anche dei possibili quadri complessi, specificamente connessi alla clinica delle complicanze di questa pandemia. Saranno avviate iniziative orientate alla identificazione di percorsi clinico assistenziali (complicanze respiratorie e disfunzioni multiorgano conseguenti alla influenza H1N1v) che dovranno garantire l'omogeneità delle prestazioni su tutto il territorio regionale, attraverso la collaborazione tra Centri dove viene garantita assistenza ventilatoria avanzata e Centri dove è possibile integrare l'assistenza ventilatoria avanzata con metodiche non ventilatorie (ECLS/ECMO) di trattamento della ARDS anche ricorrendo alla implementazione tempo correlata di risorse umane per assicurare tale attività.

10. Governo della rete ospedaliera regionale.

E' istituita un Gruppo di lavoro regionale composto dai professionisti con specifica competenza nelle aree e settori interessati ad un governo efficiente ed efficace della pandemia: si provvederà alla sua costituzione con successivo decreto.

Il Gruppo opererà in seduta permanente, anche integrando i lavori con ulteriori competenze ove necessario.

All'interno di ogni Azienda Sanitaria viene istituita un Gruppo di lavoro con gli obiettivi di:

- valutare e selezionare le modalità applicative del documento regionale sulla pandemia
- valutare le risorse e le dotazioni strumentali e confermare e/o modificare gli adeguamenti previsti dal piano
- stilare un piano di ampliamento della recettività ospedaliera rispetto al bisogno assistenziale di erogazione della NIV e IV

Il Gruppo di lavoro è così composto:

- Direttore Sanitario (o Direttore di Presidio);
- Rappresentante della Facoltà di medicina e Chirurgia nelle Aziende Ospedaliero-Universitaria;
- Medico di Pronto-Soccorso;
- Medico del sistema 118 afferente;
- Medico Internista;
- Medico Anestesista-Rianimatore;
- Medico Infettivologo;
- Rappresentante della Direzione Infermieristica;
- Rappresentanti Medicina di Famiglia;
- Rappresentante Servizio di Ingegneria Clinica.

Nel Gruppo di lavoro aziendale istituito presso le Aziende ospedaliero-universitarie è prevista anche la partecipazione di un medico cardiologo.