



Regione Calabria

Dipartimento tutela della salute e
politiche sanitarie

PIANO PANDEMICO REGIONALE

INDICE

INTRODUZIONE	- 5 -
1 - ASSETTI ORGANIZZATIVI	- 6 -
1.1 STRUTTURA OPERATIVA REGIONALE E TERRITORIALE	- 6 -
1.2 UNITÀ DI CRISI REGIONALE PER LA PANDEMIA (UCRP)	- 7 -
1.3 UNITÀ DI CRISI AZIENDALE PER LA PANDEMIA (UCAP)	- 9 -
2 - RISPOSTA ALLA PANDEMIA INFLUENZALE	- 11 -
2.1 PREDISPOSIZIONE PIANO PANDEMICO AZIENDALE	- 11 -
3 - ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA	- 12 -
3.1 INTRODUZIONE	- 12 -
3.3.1 Sorveglianza epidemiologica	- 13 -
3.3.2 Sorveglianza virologica e laboratori di riferimento regionali	- 14 -
4 - GARANTIRE IL TRATTAMENTO E L'ASSISTENZA DEI CASI	- 15 -
4.1 RETE REGIONALE E AZIENDALE DI DIAGNOSI E CURA	- 15 -
4.2 GESTIONE DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE	- 19 -
4.3 PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI	- 20 -
4.4 CATEGORIE DI PAZIENTI CON PARTICOLARI NECESSITÀ ASSISTENZIALI	- 20 -
5 - ORGANIZZAZIONE MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE	- 21 -
5.1 DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO AZIENDALE DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)	- 21 -
5.2 MISURE DI SANITÀ PUBBLICA	- 22 -
5.2.1 Isolamento domiciliare dei casi	- 22 -
5.2.2 Notifica	- 22 -
5.2.3 Chiusura scuole e/o sospensione manifestazioni	- 23 -
5.3 VACCINAZIONE PANDEMICA	- 23 -
5.3.1 Stimare il numero di dosi di vaccino	- 23 -
5.3.2 Soggetti da vaccinare	- 24 -
5.3.3 Esecuzione della vaccinazione	- 24 -
5.3.4 Modalità di registrazione delle vaccinazioni eseguite	- 25 -
5.3.5 Stoccaggio e distribuzione di vaccino e farmaci antivirali	- 26 -
5.3.6 Farmacovigilanza	- 27 -
6 - FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI	- 28 -
6.1 IL PERCORSO FORMATIVO	- 28 -
7 - LE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE	- 30 -
7.1 PREMESSA	- 30 -
7.1.2 Obiettivi	- 31 -
7.2 PIANI DI COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA ALLA REGIONE	- 31 -
7.2.1 Comunicazione interna	- 33 -
7.2.2 Comunicazione esterna	- 33 -
8 - BIBLIOGRAFIA	- 35 -
8.1 PIANI PANDEMICI	- 35 -
8.2 ALTRE FONTI	- 35 -
8.3 CIRCOLARI ED ORDINANZE MINISTERIALI RELATIVE ALLA PANDEMIA DA INFLUENZA A H1N1V	- 35 -
8.4 CIRCOLARI ED ORDINANZE REGIONALI RELATIVE ALLA PANDEMIA DA INFLUENZA A H1N1V	- 37 -

INTRODUZIONE

Il presente documento è stato predisposto sulla base degli indirizzi generali del Piano pandemico nazionale approvato con l'Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome del 9 febbraio 2006 e delle disposizioni specifiche dettate dalle più recenti Ordinanze e Circolari ministeriali in materia e frutto del lavoro dell'Unità di Crisi nazionale attivata per l'attuale emergenza pandemica da virus dell'Influenza A H1N1v.

Tali indirizzi risultano coerenti ed allineati, al fine di dare continuità alle disposizioni nazionali ed internazionali in merito alla preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.

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

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

Le **azioni chiave per raggiungere gli obiettivi** del Piano sono:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica;
2. attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione);

3. garantire il trattamento e l'assistenza dei casi di malattia;
4. mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari ed altri servizi essenziali;
5. mettere a punto un piano di formazione regionale;
6. mettere a punto adeguate strategie di comunicazione;
7. monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando ed analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.

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

1 - ASSETTI ORGANIZZATIVI

1.1 STRUTTURA OPERATIVA REGIONALE E TERRITORIALE

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

Poiché i provvedimenti da adottarsi nel periodo interpandemico e di allerta pandemico (fasi 1-2-3-4-5 della classificazione OMS), atterranno specificamente all'ambito sanitario, le disposizioni ed il coordinamento degli interventi sono di competenza del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie che si avvarrà, a livello locale, delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Provinciali (ASP). Nel periodo pandemico (fase 6 della classificazione OMS) in cui si configura il carattere della emergenza, interviene l'assetto previsto dalla normativa vigente.

Pertanto, in seguito alla deliberazione dello stato di emergenza ai sensi dell'art.5 comma 1 della L.225/92 da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri, le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza le attività, rispettivamente a livello regionale e provinciale, saranno svolte dal Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie e dalle Aziende Sanitarie territoriali per quanto riguarda le competenze specialistiche anche di prevenzione sanitaria (e veterinaria, ove necessario).

Il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie provvederà altresì ad assicurare il raccordo operativo con le strutture regionali di Protezione Civile.

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

1.2 UNITÀ DI CRISI REGIONALE PER LA PANDEMIA (UCRP)

Il Decreto Dirigenziale del 29 aprile 2009, n. 6987, recante **"Istituzione comitato tecnico regionale epidemiologia e controllo malattie infettive"** (CTR-ECMI) ha provveduto all'individuazione di un apposito organismo cui è stato affidato il compito di supporto tecnico-scientifico al Dipartimento tutela della salute ed alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale e di esprimere parere non vincolante in merito ai programmi ed attività regionali inerenti alle seguenti tematiche:

1. Sorveglianza epidemiologica della malattie infettive e diffusive;
2. Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive;
3. Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate di cui al Piano Nazionale Vaccini;
4. Medicina del viaggiatore;
5. Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva.

Tale organismo ha finora svolto le funzioni di supporto al Dipartimento limitandosi ai contenuti operativi di cui al punto 5, per l'emergenza relativa alla nuova influenza A H1N1v.

Al fine di fronteggiare i rischi derivanti da situazioni di emergenza ed assicurare il coordinamento degli interventi sanitari e di protezione civile in caso di emergenza pandemica, viene costituita presso il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie l'apposita **Unità di Crisi Regionale per la Pandemia (UCRP)**.

Alla luce delle intervenute nuove conoscenze in merito all'evoluzione dell'emergenza pandemica ed alle conseguenti mutate necessità organizzative si ritiene opportuno distinguere le funzioni scientifiche da quelle propriamente tecnico-organizzative. Le prime rimangono affidate al Comitato Tecnico Scientifico di cui al DDG n. 6987/2009, che svolgerà le medesime funzioni anche per la sorveglianza, prevenzione, controllo e monitoraggio delle infezioni ospedaliere, previa opportuna integrazione a cura del Dirigente Generale del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie. Tutte le altre funzioni in materia saranno invece assicurate dall'UCRP.

L'attivazione e la conduzione del UCRP è affidata al Dirigente del Settore Livelli Essenziali di Assistenza, che provvederà altresì a garantire il raccordo operativo tra l'UCRP e il CTR-ECMI.

L'UCRP garantisce il coordinamento a livello locale attraverso il costante raccordo con i Direttori Sanitari e Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

L'UCRP è così composta:

- Direttore Generale del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie
- Dirigente del Settore Area Staff
- Dirigente del Settore Area Livelli Essenziali di Assistenza
- Dirigente del Settore Area Risorse Umane
- Dirigente del Settore Area economico-finanziaria
- Dirigente del Settore Area Controlli
- Dirigente del Servizio Organizzazione rete ospedaliera e residenzialità
- Dirigente del Servizio Attività territoriale e Prevenzione
- Dirigente del Servizio Medicina Veterinaria ed Igiene degli alimenti
- Dirigente del Servizio Politica del farmaco
- Direttori Sanitari Aziende Sanitarie Provinciali ed Azienda Sanitaria di Locri
- Direttori Sanitari Aziende Ospedaliere ed Universitarie

- Rappresentante medici di medicina generale
- Rappresentante pediatri di libera scelta

1.3 UNITÀ DI CRISI AZIENDALE PER LA PANDEMIA (UCAP)

Per assicurare il coordinamento delle attività a livello locale, ogni Azienda Sanitaria istituisce l'**Unità di Crisi Aziendale per la Pandemia (UCAP)**, che viene resa operativa in fase pandemica ed è composta come segue:

- Direttore Sanitario Aziendale
- Responsabile Dipartimento Emergenza Urgenza (DEU)
- Responsabile Dipartimento di Prevenzione
- Responsabile 118
- Responsabile Servizio di Protezione e Prevenzione
- Responsabile Settore dell'Ospedalità
- Responsabile Ufficio Tecnico
- Responsabile Sistemi Informativi
- Responsabile Farmacia
- Un Responsabile di Distretto
- Responsabile Attività infermieristiche
- Responsabile Malattie infettive
- Responsabile Terapie Intensive
- Responsabile Pronto Soccorso
- Responsabile Acquisti
- Rappresentante medici di medicina generale
- Rappresentante pediatri di libera scelta

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

- Direttore Sanitario Aziendale
- Direttore Sanitario di Presidio
- Responsabile Dipartimento Emergenza Urgenza (DEU)
- Responsabile Servizio di Protezione e Prevenzione
- Responsabile Pronto Soccorso
- Responsabile Laboratorio di Microbiologia e Virologia
- Responsabile Sistemi Informativi
- Responsabile Farmacia
- Responsabile Area della Medicina Interna
- Responsabile Attività infermieristiche
- Responsabile Malattie infettive
- Responsabile Terapie Intensive
- Responsabile Acquisti
- Responsabile Ufficio Tecnico

Ove il ruolo riportato nelle tabelle sopra riportate non fosse previsto nell'organizzazione aziendale, le funzioni verranno comunque garantite ed

assicurate secondo le indicazioni del Direttore Sanitario Aziendale. Tutte le funzioni indicate sono delegabili.

In fase di prima applicazione, limitatamente alla pandemia da virus A H1N1v in atto, le UCAP già attive presso le Aziende possono continuare ad operare nella composizione in atto, ferma restando l'assicurazione di tutte funzioni sopra definite.

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

La conduzione della Unità di Crisi Aziendale per la pandemia è affidata al Direttore Sanitario (o suo delegato) che può altresì disporre l'integrazione inserendo eventuali altre figure professionali in rapporto alle specifiche problematiche da affrontare. Il Direttore Sanitario convoca e coordina l'Unità di Crisi Aziendale per la Pandemia, garantisce il raccordo con l'Unità di Crisi Regionale, trasmette al Dirigente del Settore livelli essenziali di assistenza, con cadenza mensile, il calendario delle proprie reperibilità.

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

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

Livello di Responsabilità	Compiti
Dipartimento Tutela della salute e Politiche Sanitarie	• Predispone i provvedimenti necessari per l'attuazione del Piano Regionale Pandemico (PRP) • Garantisce i rapporti con il livello centrale (MdS, CCM, ISS) e le altre Regioni • Adotta, tramite i Settori competenti per materia, le linee guida dei piani di formazione e comunicazione ed i protocolli e/o linee guida proposti dal CTR-ECMI • Coadiuvare le attività di prevenzione sanitaria e veterinaria ove necessario, in riferimento alla specifiche competenze, assicurando il raccordo operativo con il Dipartimento Regionale Protezione Civile • Supporta la realizzazione delle attività di sorveglianza epidemiologica

Unità di Crisi Regionale per la Pandemia	• Garantisce la programmazione ed il coordinamento delle attività previste dal PRP nel territorio regionale attraverso il costante raccordo con i Direttori sanitari e generali delle aziende sanitarie • Predispone i documenti tecnico-organizzativi e le linee guida previste dal presente PRP • Predispone lo schema per la redazione del piano aziendale per la pandemia delle Aziende Sanitarie e verifica l'adozione e la completezza del PPA. • Verifica la coerenza dei Piani Aziendali con il Piano Regionale e la loro concreta attuazione l'attuazione
Aziende Sanitarie Provinciali ed Azienda Sanitaria di Locri	• Sono titolari di tutte le attività di prevenzione, diagnosi e cura dell'influenza pandemica • Istituiscono le Unità di Crisi per la pandemia • Adottano i piani pandemici aziendali • Adottano i piani aziendali per la formazione e la comunicazione in conformità agli indirizzi forniti a livello regionale. • Assicurano la realizzazione delle attività richieste dal presente PPR in collaborazione con il Dipartimento Tutela della salute
Aziende Ospedaliere	• Sono titolari delle attività di diagnosi e cura dell'influenza pandemica nei limiti della proprio livello di specializzazione • Istituiscono le Unità di Crisi per la pandemia • Adottano i piani pandemici aziendali • Adottano i piani aziendali per la formazione e la comunicazione in conformità agli indirizzi forniti a livello regionale. • Assicurano la realizzazione delle attività richieste dal presente PRP in collaborazione con il Dipartimento Tutela della salute
Unità di Crisi Aziendale per la pandemia	• Coordina gli interventi sul territorio di competenza in fase pandemica • Assicura il collegamento con l'UCRP

2 - RISPOSTA ALLA PANDEMIA INFLUENZALE

2.1 PREDISPOSIZIONE PIANO PANDEMICO AZIENDALE

Le Aziende Sanitarie elaboreranno un proprio piano di risposta alla pandemia influenzale, denominato Piano Pandemico Aziendale (PPA), in conformità agli indirizzi forniti con il presente PPR.

I PPA approvati con Deliberazione aziendale saranno trasmessi entro 15 giorni dalla data di adozione del provvedimento di approvazione del presente PRP, al Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie della Regione Calabria.

La Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie, per tramite del competente Settore, verifica l'adozione del PPA da parte di ciascuna Azienda Sanitaria e la sua completezza sulla base dello schema dato e lo rimette alla UCPR per le proprie valutazioni.

Il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie garantisce la trasmissione definitiva dei PPA alla Protezione Civile.

In fase di prima applicazione sono da ritenersi validi i piani aziendali già adottati per la pandemia influenzale da virus A H1N1v; gli stessi devono essere adeguati, a cura delle Aziende adottanti, alle norme di cui al presente PPR, entro 15 giorni dalla sua approvazione da parte della Giunta Regionale e trasmessi al Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie.

3 - ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA

3.1 INTRODUZIONE

L'Accordo di Conferenza Stato Regioni 9 febbraio 2006 prevede che tutte le Regioni garantiscano, con proprie strutture, un adeguato livello di sorveglianza virologica ed epidemiologica. Le attività da garantire, definite dal PNP, sono diversificate secondo le fasi e i livelli di rischio definiti dall'OMS.

Nella fase pandemica (fase 6), in particolare, l'obiettivo della sorveglianza sarà di valutare l'impatto della pandemia e descriverne le caratteristiche per orientare le misure di controllo e valutarne l'efficienza. Tuttavia in base alle dinamiche della diffusione pandemica l'UCRP potrà, tramite i Servizi di epidemiologia delle ASP, attivare approfondimenti di indagine ad hoc. E' quindi importante che sia la sorveglianza epidemiologica che quella virologica vengano mantenute anche in tale fase. In particolare, la sorveglianza virologica, sarà

effettuata su un numero limitato di campioni, in quanto necessaria per monitorare le caratteristiche del virus.

Per stimare l'impatto della pandemia è necessario inoltre rilevare gli indici previsti al punto 7.1 del PNP (n. degli accessi al pronto soccorso e n. ricoveri in un campione di comuni, mortalità totale in un campione di comuni, tassi di assenteismo lavorativo e scolastico), secondo modalità organizzative definite dal Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie regionale.

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

3.3.1 SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

Le attività di monitoraggio epidemiologico e virologico sono svolte con il coordinamento del Dipartimento Tutela della salute e politiche sanitarie.

Il sistema di sorveglianza si realizza attraverso:

1. la segnalazione settimanale dei casi da parte di una rete di medici e pediatri sentinella coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità in base a modalità definite annualmente dal Protocollo Operativo "Influnet".

A tale fine il competente Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie definisce le modalità ed i criteri di adesione al sistema in sede di accordi integrativi regionali (AIR) con le organizzazioni di categoria. Tale definizione potrà avvenire, eventualmente anche a stralcio degli stessi, ed essere compiuta entro il 30 novembre 2009.

La rete epidemiologica dei medici sentinella, dovrà essere costituita in Calabria da un numero di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, uniformemente distribuiti sul territorio regionale, che permettano di monitorare un campione di poco più di 40.000 soggetti, rappresentativi di tutte le classi di età, corrispondente al 2 % della popolazione regionale residente al 1° gennaio 2008.

Il periodo di osservazione e la funzionalità della rete devono essere conformi alle disposizioni del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (DGPREV), di cui alle note del 27 luglio 2009, n. 0034102, del 7 agosto 2009, n. 36208, del 13 ottobre 2009 n. 0046387 e del 14 ottobre 2009, n. 0046540. Quest'ultima fornisce l'integrazione al protocollo operativo di sorveglianza Influnet per la stagione 2009-2010.

Il ruolo dei MMG e dei PLS in merito è altresì compendiato nella circolare del Ministero del lavoro, della Salute e politiche Sociali (DGPREV) del 5 ottobre 2009, n. 0044901.

In relazione agli eventuali ulteriori aggiornamenti che dovessero essere resi disponibili dall'Istituto Superiore di Sanità o da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, la rete regionale dovrà essere adeguata con disposizione del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie.

2. La sorveglianza sindromica per come prevista dalla circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (DGPREV) del 13 agosto 2009, n. 0037087 che, in fase di prima applicazione, sarà svolta presso l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro.

Tale tipologia di sorveglianza potrà essere estesa ad altre Aziende Ospedaliere ovvero ad altri Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle Aziende Sanitarie territoriali, in relazione alle necessità manifestate dalla rete nazionale. A tale aggiornamento si farà fronte con provvedimento del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie.

3.3.2 SORVEGLIANZA VIROLOGICA E LABORATORI DI RIFERIMENTO REGIONALI

Il **laboratorio di virologia dell'Azienda Ospedaliera Annunziata di Cosenza** rappresenta il laboratorio di riferimento della Regione Calabria per la sorveglianza virologica dell'influenza nella rete nazionale Influnet.

Tale struttura identifica e tipizza i virus dei campioni respiratori (tamponi nasali o faringei) trasmessi prontamente al laboratorio sia dai medici sentinella che dagli altri servizi delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

Le metodiche utilizzate sono l'isolamento virale in colture cellulari e/o la ricerca del genoma virale tramite specifica RT-PCR e successivo sequenziamento virale. Secondo le necessità i risultati ottenuti e i virus isolati vengono poi inviati all'Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale per l'Influenza) per la definitiva conferma e da qui poi vengono spediti al Centro Mondiale dell'Influenza di Londra, per il confronto con i virus isolati in tutta l'Europa e nel resto del mondo.

La sorveglianza virologica in fase pandemica verrà effettuata in collaborazione con un nucleo di medici sentinella (MMG e PLS) sufficiente a garantire l'attività di sorveglianza nel territorio regionale, con il compito di effettuare i tamponi faringei e nasali sui loro pazienti affetti da sindrome influenzale e recapitarli ai laboratori di riferimento regionali per l'influenza per la tipizzazione.

4 - GARANTIRE IL TRATTAMENTO E L'ASSISTENZA DEI CASI

4.1 RETE REGIONALE E AZIENDALE DI DIAGNOSI E CURA

Il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie regionale, al fine di poter utilizzare al meglio ed in tempi rapidi la rete di assistenza territoriale, provvede ad aggiornare periodicamente, con cadenza almeno annuale, per il tramite le Aziende Sanitarie, il censimento delle strutture disponibili, con particolare il numero dei posti letto nei reparti di malattie infettive. In fase di prima applicazione, entro 30 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento, il competente Settore del Dipartimento provvederà ad aggiornare il censimento esistente.

Le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere provvederanno inoltre a:

1. Valutare le possibilità di posti letto dedicati nelle proprie strutture di ricovero, suddivise per tipologia; per le cure mediche potenziali i luoghi alternativi ai

presidi ospedalieri dovranno essere censiti e verificati con la collaborazione del Dipartimento Regionale della Protezione Civile.

2. Valutare la possibilità di attivare, limitatamente alla fase pandemica, posti letto aggiuntivi, anche mediante l'allestimento di postazioni mediche mobili (ospedali da campo, pma etc).
3. Predisporre un piano per garantire il massimo livello assistenziale in fase pandemica.
4. Definire le modalità per garantire l'incremento dell'assistenza domiciliare medica ed infermieristica comprese le RSA e le strutture di accoglienza.

Ogni Azienda Sanitaria dovrà censire la disponibilità ordinaria e straordinaria di strutture di ricovero e cure, incluso il censimento delle strutture con apparecchi per la respirazione assistita, strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, operatori di assistenza primaria, MMG e PLS, medici di continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale.

In ciascuna azienda dovrà pertanto essere definita la sequenza e le modalità di coinvolgimento progressivo delle diverse tipologie di ricovero nell'assistenza ai pazienti in funzione del quadro di presentazione e/o del decorso clinico.

Nella valutazione dell'impatto a livello locale, le ASP dovranno tenere presente 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 dovrà essere ispirata a criteri di priorità e a flessibilità sia organizzativa che strutturale, con la previsione della sospensione dell'attività di elezione in caso di necessità.

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

La pianificazione dell'assistenza per interventi programmati ma indifferibili dovrà 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.)

In caso di necessità accertata dall'UCAP e confermata dall'URCP, 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.

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

In fase pandemica risulta determinante la corretta gestione delle risorse disponibili in ragione del prevedibile iperafflusso di utenti. A tal fine **il ricovero**, analogamente a quanto avviene per l'influenza in fase interpandemica, **sarà riservato ai pazienti che appartengono a categorie a rischio e/o che presentino condizioni cliniche o parametri strumentali che non orientano verso l'assistenza domiciliare** (esempio: desaturazione O₂, alterazioni del sensorio, alterazioni cardio respiratorie, ed altro).

In occasione del picco di incidenza pandemica, al fine di contenere gli accessi impropri all'ospedale ed il sovraffollamento presso gli studi professionali dei Medici di medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di libera Scelta (PLS) e per limitare l'accesso agli ambulatori di questi ultimi ai casi di effettiva necessità clinica, dovrà essere attivato un servizio di triage telefonico utilizzando l'istituto contrattuale della reperibilità telefonica dei MMG e dei PLS.

Durante il picco pandemico è necessario altresì potenziare le attività dei servizi di emergenza e di continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva e, in

caso di estrema necessità, valutarne l'istituzione anche nei giorni feriali a supporto di MMG e PLS, previa autorizzazione delle competenti strutture del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie. Le modalità organizzative ed il sistema di remunerazione sono quelli già definiti o sono da precisare ulteriormente in sede di accordi integrativi regionali (AIR) con le organizzazioni di categoria. L'eventuale adeguamento potrà avvenire, eventualmente anche a stralcio degli stessi, ed essere compiuto entro il 30 novembre 2009.

Il ruolo dei MMG e dei PLS in merito è altresì compendiato nella circolare del Ministero del lavoro, della Salute e politiche Sociali (DGPREV) del 5 ottobre 2009, n. 0044901.

A livello di ciascuna azienda deve essere predisposto un apposito protocollo operativo che definisca, in base a specifici criteri condivisi per la patologia:

1. criteri oggettivi per la ospedalizzazione;
2. criteri oggettivi per il ricovero in reparto malattie infettive, ove presente;
3. criteri oggettivi per l'assegnazione a reparti di area critica, anche al fine di realizzare gli adempimenti di cui al successivo punto 4.2;
4. criteri di eleggibilità dei pazienti per il trattamento intensivo.

Detto protocollo inoltre dovrà prevedere, all'interno di ciascun presidio:

1. i settori di degenza destinati ad accogliere i pazienti con influenza;
2. 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);
3. un sistema per la modulazione della turnazione del personale con lo scopo di suddividere il personale suscettibile dal personale immunizzato.

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

Le strutture deputate alla gestione clinica del caso in regime di ricovero dovranno predisporre, su base territoriale, in collaborazione con i servizi socio-

sanitari territoriali, un percorso integrato di gestione domiciliare tramite il MMG o PLS. Inoltre, a livello aziendale è necessario

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

4.2 GESTIONE DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE

La gestione delle forme gravi e complicate di influenza A H1N1v avviene secondo quanto indicato nelle circolari del Ministero del Lavoro, della Salute e Politiche Sociali (DGPREV) dell'1 ottobre 2009, n. 0044320 e del 14 ottobre 2009, n. 0046455.

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere provvederanno ad identificare i reparti presso cui far afferire i pazienti colpiti da insufficienza respiratoria acuta o ARDS, comunicandoli al Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie, entro 15 giorni dall'adozione del presente PRP. Analogamente, entro gli stessi termini, dovrà essere effettuato un censimento delle attrezzature per la respirazione assistita presenti nei diversi Presidi Ospedalieri.

Sulla base dei censimenti di cui sopra l'URCP provvederà ad identificare i percorsi organizzativi interaziendali ed interregionali. Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere provvederanno comunque, sin dall'adozione del presente PRP, a prevedere il trasporto dei pazienti gravi secondo il seguente ordine di priorità:

1. verso strutture sanitarie dotate di terapia intensiva;
2. verso struttura sanitaria DEA/EAS con terapia intensiva;
3. verso struttura sanitaria EAS con terapia intensiva e cardiocirurgia.

Per i casi gravi cui necessita la concomitanza dei trattamenti ECMO viene identificata l'Azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza quale Centro regionale di Riferimento per l'attuazione della stessa.

Allo scopo il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie provvederà all'autorizzazione alla spesa necessaria per l'acquisizione delle attrezzature necessarie e per le dotazioni professionali, quest'ultime nel rispetto delle modalità autorizzative vigenti.

4.3 PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Il Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie della Regione Calabria, sulla base delle indicazioni nazionali, provvede alla messa a punto di protocolli diagnostico terapeutici, per una gestione uniforme dei casi che si presentano. Una volta approvati a livello regionale, tali protocolli dovranno essere diffusi capillarmente dalle Aziende Sanitarie in tutte le strutture di competenza, comprese quelle accreditate.

Sul sito <http://www.pnlg.it> sono disponibili le linee guida attualmente valide per la sindrome influenzale e diramate nel 2008. Per la pandemia da influenza A H1N1v le stesse devono lette ed integrate alla luce delle circolari ed ordinanze ministeriali indicate in calce al presente PRP, per quanto applicabile.

4.4 CATEGORIE DI PAZIENTI CON PARTICOLARI NECESSITÀ ASSISTENZIALI

Le Aziende interessate provvederanno a prevedere forme specifiche di tutela per i pazienti immuno-depressi degenti nei reparti oncologici ed intensivi per motivi non legati alla patologia influenzale. Tale attenzione diventa particolare nei reparti che effettuano trapianti di organi e di tessuti.

In particolare in questi ultimi reparti deve essere garantita la vaccinazione per tutto il personale di assistenza che, nel caso di rifiuto, dovrà essere temporaneamente allontanato dalle funzioni assistenziali in quel reparto sostituito con personale vaccinato. La vaccinazione ancora, oltre che ai degenti di questi reparti, se ed in quanto effettuabile, dovrà essere offerta in alternativa, ai sensi delle citate ordinanze ministeriali, ai familiari conviventi dei pazienti, a cura dell'Azienda Ospedaliera interessata.

Per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere interessate si raccomanda altresì l'attenzione alle "Linee guida per la Preparazione e risposta del sistema trasfusionale" elaborate dal Centro nazionale Sangue ed alle indicazioni per la vaccinazione dei pazienti candidati a trapianto e trapiantati diffuse dal Centro Nazionale Trapianti.

5 - ORGANIZZAZIONE MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE

Entro 30 giorni dalla data di adozione delle presenti disposizioni, ogni Azienda sanitaria dovrà pianificare le misure di prevenzione da attuare in caso di pandemia. In particolare dovranno essere attuate le misure di seguito indicate.

5.1 DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO AZIENDALE DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

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

Sono da considerare fra le strutture da dotare di DPI, oltre a quelle di ricovero, ambulatori, distretti, servizi di sanità pubblica e veterinari, laboratori.

Dovrà inoltre essere prevista la fornitura di DPI ai servizi di guardia medica e 118, ai medici di medicina generale ed ai pediatri.

L'approvvigionamento dei DPI avviene tramite le aziende sanitarie consorziate tra loro per questi acquisti, le scorte sono poi distribuite a tutte le strutture sanitarie.

A cura della direzione sanitaria devono essere predisposti appositi protocolli per l'utilizzo dei DPI; tutto il personale deve partecipare ai corsi di aggiornamento e addestramento affinché i DPI siano utilizzati correttamente.

5.2 MISURE DI SANITÀ PUBBLICA

5.2.1 ISOLAMENTO DOMICILIARE DEI CASI

L'isolamento domiciliare dei casi, quale misura efficace nel prevenire la diffusione del contagio durante il picco pandemico, viene attuato dai competenti servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, in stretta collaborazione con i MMG e PLS, sulla base delle circolari ministeriali specifiche emanate.

5.2.2 NOTIFICA

Nella fase di allerta pandemica, al fine di rendere veloce e snella la procedura sarà necessario, facilitare il percorso della notifica da parte del medico che dovrà pervenire in tempo reale al Dipartimento di prevenzione dell'ASP territorialmente competente in modo che possa essere attivata immediatamente l'inchiesta sul malato, la sorveglianza dei contatti e definita la popolazione esposta; nel caso di visita ambulatoriale saranno raccolti anche i nomi dei presenti in sala d'attesa.

Per facilitare la segnalazione dei casi al competente Dipartimento di prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali 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.

La notifica avviene nel rispetto delle indicazioni ministeriali e secondo le modalità organizzative definite dal Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie, che provvederà a tenerle aggiornate in relazione alle mutate condizioni epidemiologiche.

5.2.3 CHIUSURA SCUOLE E/O SOSPENSIONE MANIFESTAZIONI

Si tratta di misure estreme da concordare per limitare il diffondersi dell'epidemia. La decisione deve scaturire dal confronto all'interno della Unità di Crisi Regionale per le Pandemia in accordo con le Amministrazioni Comunali, Provinciali e Prefetture.

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

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

Si tratta di misure estreme da predisporre da parte degli organi competenti.

Sulla base dell'attuale andamento dell'emergenza pandemica da virus A H1N1v, il comportamento da tenere nelle scuole è quello definito con la circolare congiunta dei Ministeri della Pubblica Istruzione e del Lavoro

5.3 VACCINAZIONE PANDEMICA

5.3.1 STIMARE IL NUMERO DI DOSI DI VACCINO

Le Aziende sanitarie provvederanno alla stima del fabbisogno delle dosi necessarie per vaccinare le categorie a rischio prioritario; tale stima verrà realizzata sulla base delle informazioni fornite volta per volta dal Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie, sulla base delle indicazioni nazionali, in relazione alla popolazione residente nei diversi territori aziendali ovvero, in caso di ridotta disponibilità di vaccino, sulla base della definizione di categorie a rischio prioritario. In quest'ultimo caso il livello di priorità all'interno delle categorie a rischio verrà stabilito alla dichiarazione di fase pandemica, in relazione all'evoluzione del fenomeno.

5.3.2 SOGGETTI DA VACCINARE

I soggetti da vaccinare nel caso dell'emergenza pandemica da virus A H1N1v sono quelli già definiti dalle **Ordinanze del Ministro della salute dell'11 settembre 2009**, del **30 settembre 2009** e del **20 ottobre 2009**, secondo l'ordine di priorità in esse indicato. La circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e Politiche Sociali (DGPREV) del 14 ottobre 2009, n. 0046445 individua i servizi pubblici essenziali e le prestazioni indispensabili rilevanti ai fini della vaccinazione del relativo personale e fornisce altresì il modello di **consenso informato** da fare sottoscrivere a tutti i soggetti da sottoporre a vaccinazione, nei modi e forme di legge.

Tale indicazione è anch'essa suscettibile di variazione, sia in ordine all'aggiornamento delle citate Ordinanze o circolari ministeriali, che per l'acquisizione di nuove conoscenze sulla efficacia e sicurezza del vaccino diramate dai competenti organi tecnici nazionali e/o europei.

5.3.3 ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

La vaccinazione dovrà essere effettuata presso ciascuna Azienda secondo il seguente schema organizzativo generale:

1. A cura dei servizi propri di ciascun presidio per gli operatori sanitari dipendenti dalle aziende sanitarie provinciali ed ospedaliere (Direzioni Sanitarie di Presidio e Centri vaccinali);
2. A cura dei propri sanitari (Direzioni Sanitarie o Medici Responsabili) per gli operatori sanitari dipendenti da strutture private accreditate che facciano richiesta del vaccino;
3. A cura del proprio personale medico (Medico competente o altro) per i servizi essenziali previsti dalle ordinanze ministeriali sopra citate. Questi ultimi, in alternativa ed a richiesta, possono accedere ai servizi vaccinali aziendali, previo specifico accordo;

4. Dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta per i soggetti a rischio propri assistiti indicati nelle ordinanze dell'11 settembre, 30 settembre e 20 ottobre 2009, secondo quanto specificato nella Circolare del Ministero del lavoro, della Salute e politiche Sociali (DGPREV) del 5 ottobre 2009, n. 0044901.

A tale fine il competente Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie definisce le modalità organizzative e i criteri di remunerazione in sede di accordi integrativi regionali (AIR) con le organizzazioni di categoria. Tale definizione potrà avvenire, eventualmente anche a stralcio degli stessi, ed essere compiuta entro il 30 novembre 2009.

La partecipazione alle attività di vaccinazione da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è volontaria e deve essere espressa tempestivamente per consentire alle Aziende Sanitarie di poter programmare le attività dei propri servizi.

La partecipazione è condizionata inoltre dalla idoneità tecnica degli studi professionali che, oltre a possedere tutte le attrezzature e dotazione di farmaci per potere eseguire le vaccinazioni in condizioni di sicurezza per i propri assistiti, dovranno garantire la possibilità di idonea conservazione del vaccino impiegato senza soluzione di continuità.

Infine dovrà essere garantita dagli stessi idoneo flusso informativo sulle attività vaccinali, secondo i modi e forme richiesti dalle disposizioni ministeriali e regionali.

5.3.4 MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DELLE VACCINAZIONI ESEGUITE

Da tutti gli erogatori di cui al punto precedente dovranno essere garantite le registrazioni delle vaccinazioni eseguite secondo le modalità già in uso nei settori competenti. La corretta registrazione e la presenza del correlato flusso informativo è condizione necessaria per potersi procedere alla remunerazione delle prestazioni rese.

La registrazione deve avvenire secondo le modalità tecniche indicate nel "Piano per la rilevazione della copertura vaccinale del vaccino pandemico" (versione 16 ottobre 2009) predisposto dall'ISS-CNESPS, ed allegato al presente PRP.

Il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie, curerà il coordinamento delle attività al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza delle azioni aziendali. In caso di necessità, con provvedimento Dipartimentale, si provvederà all'adeguamento del flusso informativo.

5.3.5 STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE DI VACCINO E FARMACI ANTIVIRALI

Il sistema regionale di stoccaggio di vaccino e farmaci antivirali avverrà rispettivamente tramite i Servizi di vaccinazione ed i Servizi di farmacia delle ASP e delle AO.

La quota regionale di vaccino pandemico e di farmaci antivirali consegnata alla regione dal Ministero del Lavoro, della salute e politiche sociali o da altri fornitori sarà stoccata presso la farmacia del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme. Tale Unità Operativa, oltre alla ricezione dei farmaci, al loro stoccaggio ed alla loro custodia dovrà provvedere alla comunicazione tempestiva dell'arrivo dei lotti alle farmacie di riferimento di ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale ed Azienda Ospedaliera. A seguito di detta comunicazione, tempestivamente, e comunque non oltre le 24 ore successive, le Direzioni Generali delle citate Aziende provvederanno a prelevare la quota di vaccini e farmaci attribuita alla propria Azienda e trasportarla con mezzi idonei al centro di stoccaggio aziendale.

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

Il sito regionale di stoccaggio garantisce la reperibilità H24.

I vaccini e farmaci antivirali costituiranno comunque sempre un pool unico regionale al quale ciascuna Azienda potrà attingere in caso di necessità previo accordo specifico tra i Responsabili dei competenti Servizi Aziendali.

5.3.6 FARMACOVIGILANZA

L'Agenzia Italiana del farmaco ha predisposto un Piano Nazionale di farmacovigilanza per il monitoraggio della sicurezza dei vaccini pandemici e degli antivirali in corso di pandemia influenzale.

Esso presuppone una stretta integrazione tra strutture di prevenzione e strutture di farmacovigilanza e richiede la partecipazione di vari operatori che, con differenti ruoli e responsabilità, dovranno essere costantemente informati.

Ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera è dotata di un ufficio aziendale di farmacovigilanza (FV) con un responsabile già individuato dalla Regione.

Ogni segnalazione di sospetta reazione avversa viene inviata dagli operatori sanitari ai responsabili di FV che provvedono all'inserimento della stessa nella rete nazionale (RNFV), cui segue un messaggio automatico di notifica indirizzato all'azienda titolare del farmaco/vaccino. Le segnalazioni vengono poi trasferite nel database Europeo di Eudravigilance.

I responsabili di farmacovigilanza locale devono informare il centro vaccinale ogni volta che ricevono una segnalazione di reazione avversa (ADRs) da altra struttura, devono acquisire gli elementi mancanti sulla segnalazione da inserire nel database e devono fornire l'informazione di ritorno ai segnalatori. Devono infine trasferire agli operatori della prevenzione ogni eventuale aggiornamento di sicurezza ricevuto attraverso la rete.

A tal fine dovrà essere garantita la reperibilità del responsabile di farmacovigilanza aziendale o di un suo sostituto.

Per sensibilizzare gli operatori sanitari a segnalare le sospette reazioni avverse si considerano tre modalità complementari e non alternative:

1. **FORMAZIONE** sui possibili effetti indesiderati al vaccino pandemico e all'utilizzo dei farmaci antivirali;
2. **AGEVOLARE LA SEGNALEZIONE** facilitando il reperimento della scheda (disponibile sul sito web dell'AIFA nell'apposita sezione destinata alla farmacovigilanza in corso di pandemia), la sua trasmissione al responsabile di FV e l'inserimento in rete;
3. **INFORMAZIONE DI RITORNO**

Si richiama l'attenzione sul rispetto dei requisiti per la farmacovigilanza e della documentazione standardizzata in quanto finalizzati al recupero dei dati ed al pronto intervento regolatorio qualora dovesse presentarsi un problema di sicurezza.

L'AIFA provvederà a fornire sul proprio sito web aggiornamenti e report per un'informazione collettiva. L'avviso sulla pubblicazione di informazioni ai responsabili di FV sarà dato attraverso la posta interna della rete di farmacovigilanza; i responsabili di FV locale dovranno diffondere tali informazioni o almeno avvisare della loro pubblicazione gli operatori sanitari operanti all'interno della struttura di appartenenza tenendo conto dell'eventuale specificità dell'informazione da diffondere.

6 - FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

6.1 IL PERCORSO FORMATIVO

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

Visto il coinvolgimento di figure e profili professionali diversi, al fine di assicurare una adeguata e capillare formazione in tema di pandemia, dovrà essere definito un percorso formativo con modalità di tipo "a cascata". Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere provvederanno conseguentemente ad adottare specifici percorsi secondo i principi generali esposti nella tabella n. 1, garantendo la formazione a tutti gli operatori e servizi individuati nella tabella n. 2; i moduli formativi dovranno essere trasmessi al Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie, entro 15 giorni dalla loro adozione, per la successiva approvazione.

Tabella n. 1 - Percorso formativo

Obiettivi:	Diffusione delle linee di indirizzo del piano pandemico nazionale e regionale e delle procedure necessarie alla loro applicazione a livello di tutti i presidi ospedalieri e territoriali.
Soggetti coinvolti:	1. Medici e pediatri di famiglia 2. Operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali secondo priorità definite 3. Operatori case di cura private , RSA o altre strutture collettive in collaborazione con i medici competenti 4. Servizi sanitari di emergenza 5. Farmacie a seconda della organizzazione delle singole Aziende e in base ai profili di rischio attraverso la metodica della formazione a cascata.
Argomenti:	Epidemiologia e notifica dei casi, flusso informativo, cenni clinici e diagnostici, modalità di trasmissione, adozione delle più comuni norme igieniche, isolamento dei pazienti, individuazione e follow up dei contatti, criteri e modalità isolamento domiciliare, vaccino-chemio-profilassi post-esposizione. Particolare attenzione dovrà essere data ai principi di protezione, utilizzo dei dispositivi di protezione individuale anche attraverso momenti di addestramento individuale. Diffondere i protocolli operativi predisposti e approfondire: - il percorso diagnostico e le indicazioni alla ospedalizzazione; - l'impiego di antivirali a scopo preventivo; - le indicazioni in merito ad eventuali limitazioni di viaggi verso aree non infette; - la definizione della rete fra i vari servizi e modalità di attivazione - i criteri di elegibilità dei pazienti in terapia intensiva ed i principi generali del trattamento (compresa ECMO).
Formatori	Da definire presso ogni singola Azienda con gruppo di lavoro composto da operatori della Direzione Sanitaria, settore Igiene e Sanità Pubblica, U.O. Malattie Infettive, Medicina Preventiva dei Lavoratori, integrato da eventuali altre figure professionali a seconda delle realtà territoriali.

Tabella n. 2 - Target dei corsi e strutture di appartenenza

Categorie da formare	Strutture Organizzative di provenienza	Priorità	Obiettivo Contenuti formativi
1. Personale sanitario ospedaliero e di assistenza	Presidi Ospedalieri	DEU, 118, PS, UO Malattie Infettive Altri	Procedure
	Laboratori clinici		Procedure
	Servizi di ambulanza		Procedure
	Farmacie Ospedaliere		Procedure
	Strutture Sanitarie Private di ricovero e cura		Procedure
2. Personale sanitario di altre istituzioni sanitarie	Strutture sanitarie lungodegenza		Procedure
	RSA, RSP		Procedure
3. Personale sanitario del Territorio, MMG e PLS	Distretto		Procedure
	Strutture Sanitarie Private ambulatoriali		Procedure
	Studi professionali privati		Procedure
	Laboratori privati		Procedure
	Farmacie del Territorio		Procedure

7 - LE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE

7.1 PREMESSA

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

Questo stato di incertezza esige un approccio preventivo e quindi strategico rispetto alla sua imprevedibilità. Si tratta di elaborare una strategia di comunicazione in base ad uno scenario ipotetico e di prevedere un modello per

implementarla in risposta a bisogni presunti, non realmente presenti, e suscettibili di continuo cambiamento (fasi OMS).

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

7.1.2 OBIETTIVI

In situazione di emergenza sanitaria è importante:

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

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

7.2 PIANI DI COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA ALLA REGIONE

L'elaborazione di un piano di comunicazione interna ed esterna è affidata alla UCRP entro 90 giorni dalla adozione delle presenti disposizioni. A tal fine la UCRP ha il compito di costituire un gruppo di lavoro formato dai referenti per la Comunicazione e Promozione della salute del Dipartimento della Regione Calabria (e da quelli delle Aziende sanitarie ed ospedaliere (reti HPH e HPS) al fine di coordinare e condividere obiettivi, strumenti e prodotti informativi idonei per ogni fase dell'evento sanitario in corso (allerta pandemico, pandemia, post pandemia).

Il piano deve individuare:

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

7.2.1 COMUNICAZIONE INTERNA

Responsabile della comunicazione interna

Il responsabile del flusso comunicativo interno è individuato nella persona del Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie della Regione Calabria o suo delegato.

Destinatari della comunicazione interna:

- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
- Assessorato alla Sanità
- Presidenza della Regione
- Direttori Sanitari delle Aziende Ospedaliere
- Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Provinciali
- Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitari Locali
- Responsabili delle Unità di Crisi
- Amministrazioni provinciali
- Prefetti
- Sindaci e comuni
- Responsabili delle forze dell'ordine
- Responsabili delle strutture operative della Protezione Civile

7.2.2 COMUNICAZIONE ESTERNA

Responsabili della comunicazione esterna e strumenti

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

- la UCRP fornisce il supporto tecnico scientifico alla comunicazione esterna alla regione per tutte le fasi dell'evento sanitario (3-6) del PNP: essa fornisce in modo costante ed aggiornato dati e informazioni su tutte le caratteristiche dell'evento sanitario, e predispone i modelli di comunicato stampa da adottare dai responsabili della comunicazione esterna sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione;
- la comunicazione esterna regionale durante le fasi dell'evento sanitario (3-6) attraverso il costante aggiornamento del sito web regionale sulla pandemia, l'attivazione e la gestione di un numero verde e di una casella di posta elettronica è svolta dalla UCRP sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione;
- la comunicazione esterna regionale nella fase 3 dell'evento sanitario è svolta dal Dipartimento Tutela della salute della Regione Calabria attraverso comunicati stampa pubblicati su radio, televisione, giornali, sito web regionale, sito regionale sulla pandemia,
- la comunicazione esterna regionale nelle fasi 4-6 dell'evento sanitario è svolta dalle competenti strutture regionali attraverso comunicati stampa pubblicati su radio, televisione, giornali, sito web ufficiale della regione, sito web regionale sulla pandemia,
- in tutte le fasi dovrà essere dato risalto al ruolo dei MMG e dei PLS, il cui ruolo di informazione agli assistiti sulla malattia e sulle misure per prevenirla rimane fondamentale, garantendo una coerenza dei contenuti informativi dei flussi comunicativi dei medici del territorio e dei servizi di sanità pubblica.

Destinatario della comunicazione esterna:

- il cittadino.

8 - BIBLIOGRAFIA

8.1 PIANI PANDEMICI

- 1 Organizzazione mondiale de la Santé, Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe: le rôle de l'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et pendant une pandémie (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5), 2005.
- 2 CCM, Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 9 febbraio 2006.
- 3 Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral de la santé publique OFSP, Plan suisse de pandémie Influenza. Stratégies et mesures en préparation pour le cas d'une pandémie d'influenza, Version Janvier 2009.
- 4 République Française, Premier Ministre, Secrétariat General de la Défense Nationale, Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale », n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009.
- 5 Organisation mondiale de la Santé, Programme mondial de lutte contre la grippe, Préparation et action en cas de grippe pandémique, 2009.
- 6 Sono stati consultati i piani pandemici delle altre Regioni, in particolare Lazio, Marche e Sicilia.

8.2 ALTRE FONTI

- 1 WHO, Human infection with pandemic (H1N1) 2009 virus: updated interim WHO guidance on global surveillance, 10 July 2009.
- 2 Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Fasi e livelli di rischio di una eventuale pandemia, C17_FocusNuovo_13_ approfondimenti_ item Approfondimenti.

8.3 CIRCOLARI ED ORDINANZE MINISTERIALI RELATIVE ALLA PANDEMIA DA INFLUENZA A H1N1v

Vengono di seguito riportate le circolari ed Ordinanze Ministeriali prodotte in relazione alla fase di pandemia influenzale in atto (da virus A H1N1v), molte delle quali regolano ed indirizzano, in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, le modalità di svolgimento delle fasi di prevenzione, cura e controllo di competenza delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Tali disposizioni, alcune già citate nel testo del presente PPR, potranno subire variazioni in ordine all'evoluzione epidemiologica della pandemia.

La tempestiva comunicazione e diffusione alle Aziende di ogni variazione e/o aggiornamento, ove non diversamente disposto dalle Autorità centrali, sarà operata dal Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie, che provvederà altresì ad emanare ogni necessaria ed opportuna disposizione utile a rendere compatibili le disposizioni di cui al presente Piano con gli aggiornamenti effettuati.

Le disposizioni di che trattasi sono:

- 1 Circolare 22 luglio 2009 – Aggiornamento delle indicazioni relative all'impiego dei farmaci antivirali per l'influenza da virus A H1N1v
- 2 Circolare 27 luglio 2009 – Aggiornamento delle indicazioni relative alla prevenzione, sorveglianza e controllo della nuova influenza da virus A H1N1v.
- 3 Circolare 7 agosto 2009 - Note di esplicazione/integrazione alla nota circolare DGPREV/V/34102/1.4.c.a.9 del 27 Luglio 2009 "Aggiornamento delle indicazioni relative alla prevenzione, sorveglianza e controllo della Nuova Influenza da virus influenzale A(H1N1)v.
- 4 Circolare 13 agosto 2009 – Nuova influenza A H1N1v. Monitoraggio di cluster di malattie respiratorie acute, infezioni gravi e mortali e presentazioni inusuali. Allegati (data-set minimo e protocollo operativo).
- 5 Circolare 1 ottobre 2009 – Gestione delle forme gravi e complicate di influenza da virus A H1N1v.
- 6 Circolare 5 ottobre 2009 – Risposta alla nuova influenza A H1N1v – medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS).
- 7 Circolare 13 ottobre 2009 – Sorveglianza della nuova influenza A H1N1 e sorveglianza epidemiologica dell'influenza stagione 2009-2010 – allineamento dei sistemi di sorveglianza.
- 8 Circolare 14 ottobre 2009 – Gestione delle forme gravi e complicate di influenza da virus A H1N1v.
- 9 Circolare 14 ottobre 2009 – Influenza da virus A H1N1v: individuazione dei servizi pubblici essenziali e delle prestazioni indispensabili rilevanti ai fini della vaccinazione del relativo personale; consenso informato.
- 10 Circolare 14 ottobre 2009 – Sorveglianza della nuova influenza A H1N1 e sorveglianza epidemiologica dell'influenza stagione 2009-2010 – allineamento dei sistemi di sorveglianza.
- 11 Circolare 26 ottobre 2009 – Gestione delle forme gravi e complicate di influenza da virus A H1N1v.

- 12 Ordinanza 11 settembre 2009 - Misure urgenti in materia di profilassi vaccinale dell'influenza pandemica A H1N1v.
- 13 Ordinanza 30 settembre 2009 – Misure urgenti in materia di protezione A H1N1v.
- 14 Ordinanza 20 ottobre 2009 – Misure urgenti in materia di protezione A H1N1v.
- 15 Centro Nazionale Sangue - Linee guida 14 ottobre 2009: Influenza A H1N1v – Preparazione e risposta del Sistema Trasfusionale.
- 16 Linee guida – La gestione della sindrome influenzale, 2008.
- 17 Piano per la rilevazione della copertura vaccinale del vaccino pandemico, versione 16 ottobre 2009.
- 18 Piano nazionale di farmacovigilanza per il monitoraggio della sicurezza dei vaccini pandemici e degli antivirali in corso di pandemia influenzale, 21 luglio 2009.
- 19 Linee guida – Influenza A(H1N1) - Preparazione e risposta del Sistema Trasfusionale.

8.4 CIRCOLARI ED ORDINANZE REGIONALI RELATIVE ALLA PANDEMIA DA INFLUENZA A H1N1V

Analogamente si procederà per le circolari regionali rilevanti in materia che, allo stato, sono:

- 1 Circolare 6 maggio 2009, n. 13761 e successivi aggiornamenti – sindrome influenzale da nuovo virus del tipo A H1N1. Circolare ministeriale del 2 maggio 2009.
- 2 Circolare 15 ottobre 2009, n. 24951 – distribuzione vaccini per influenza pandemica da virus A H1N1v

