

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - Deliberazione n. 1203 del 3 luglio 2009 – Approvazione Piano Pandemico Regionale e aggiornamento e integrazione Nucleo Regionale Emergenze di natura infettiva ex DGRC n. 2134/2003. Allegato

PREMESSO

che negli ultimi anni il rischio di una pandemia influenzale è diventato concreto, soprattutto da quando i focolai di influenza aviaria nei volatili sono divenuti endemici nell'area estremo orientale e il virus responsabile ha causato gravi infezioni anche negli uomini.

CONSIDERATO

che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano Pandemico e di aggiornarlo costantemente seguendo le Linee Guida concordate.

VISTO

l'Accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 9 febbraio 2006 (rep. N. 2479), ai sensi dell'art. 4 del D. lgs. N. 281 del 28 gennaio 1997 per un Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.

CONSIDERATO

che nel mese di aprile 2009 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha segnalato il verificarsi di casi umani di influenza causati da virus A/H1N1 a partire dal Messico e, di seguito, negli Stati Uniti e che successivamente sono stati segnalati casi anche in diversi Stati d'Europa, tra cui l'Italia.

ATTESO

che il Piano Nazionale individua i 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. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare 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

PRESO ATTO

Che per il raggiungimento di tali obiettivi del Piano Nazionale sono previste le seguenti azioni chiave:

1. Migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica
2. Predisporre misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione)
3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi
4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari ed altri servizi essenziali
5. Mettere a punto un Piano di formazione
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.

VISTO

il Decreto Assessorile del 27.10.2006 n. 563 "Istituzione del Comitato Pandemico Regionale", con il quale veniva dato incarico al Comitato Pandemico Regionale, presieduto dal Coordinatore dell'AGC 20 Assistenza Sanitaria, il compito di redigere il Piano Pandemico Regionale e di coordinarne l'attuazione, affidando il coordinamento operativo dei lavori del Comitato al Dirigente del Settore Assistenza Ospedalie-

ra e Sovrintendenza sui Servizi di Emergenza, e, nel contempo, prevedendo tra l'altro la possibilità di avvalersi, nel corso dello svolgimento dei lavori, della collaborazione, a titolo gratuito, del Nucleo Regionale per le Emergenze di natura infettiva e le malattie ad alta infettività ex DGRC n. 2134 del 20.6.2003.

CONSIDERATO

che il Comitato Pandemico Regionale ha concluso i suoi lavori con la stesura di un Piano Pandemico Regionale dal titolo "Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale" e che recentemente ha provveduto al suo opportuno aggiornamento dei contenuti.

CONSIDERATO

che l'evoluzione delle conoscenze e l'esperienza acquisita negli anni richiedono una sempre maggiore capacità di supporto scientifico alla programmazione regionale, suggerendo, fermo restando le competenze ad esso attribuite, l'aggiornamento e l'integrazione della composizione del Nucleo Regionale per le Emergenze di natura infettiva e le malattie ad alta infettività ex DGRC n. 2134 del 20.6.2003, così come di seguito riportato:

- Assessore alla Sanità o suo delegato, in qualità di presidente;
- Dirigente Responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- 1 Dirigente Responsabile di Centrale Operativa 118;
- 2 Infettivologi;
- 2 Igienisti di Sanità Pubblica;
- 1 Pediatra infettivologo;
- 1 Microbiologo;
- 1 Virologo;
- 1 Esperto di Statistica Sanitaria;
- 1 Veterinario.

TENUTO CONTO

che con Decreto del Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria n. 98 del 30.4.2009 "Attivazione e nomina dei componenti di una Unità di Crisi per la sorveglianza di eventuali casi di influenza A/H1N1" è stata attivata la predetta Unità di crisi;

RITENUTO

di dover procedere all'approvazione del Piano Pandemico Regionale secondo quanto previsto dalle disposizioni nazionali e all'aggiornamento e l'integrazione della composizione del Nucleo Regionale per le Emergenze di natura infettiva e le malattie ad alta infettività ex DGRC n. 2134 del 20.6.2003

Propone e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

- di approvare il Piano Pandemico Regionale denominato "Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale", allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante;

- di procedere all'aggiornamento e integrazione della composizione del Nucleo Regionale per le Emergenze di natura infettiva e le malattie ad alta infettività ex DGRC n. 2134 del 20.6.2003, così come di seguito riportato:

- Assessore alla Sanità o suo delegato;
- Dirigente dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- 1 Dirigente Responsabile di Centrale Operativa 118;
- 2 Infettivologi;
- 2 Igienisti di Sanità Pubblica;
- 1 Microbiologo;
- 1 Pediatra infettivologo;
- 1 Virologo;

- 1 Esperto di Statistica Sanitaria;
- 1 Veterinario.

- di provvedere alla integrazione dell'attuale composizione di detto Nucleo mediante la nomina degli ulteriori componenti con atto monocratico del Presidente della Giunta Regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità.

- di revocare il Decreto del Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria n. 98 del 30.4.2009 "Attivazione e nomina dei componenti di una Unità di Crisi per la sorveglianza di eventuali casi di influenza A/H1N1".

- di inviare la presente alle Aree Generali di Coordinamento Gabinetto del Presidente, Assistenza Sanitaria, alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL., AA.OO. e AA.OO.UU. ed al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul BURC;

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Bassolino



REGIONE CAMPANIA
Assessorato alla Sanità

**Piano di preparazione e risposta a una
pandemia influenzale**

Premessa.....	3
Introduzione	4
1. DEFINIZIONE DEI PERIODI PANDEMICI.....	5
2. ORGANIZZAZIONE	6
3. COMUNICAZIONE	9
4. SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA	12
5. MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'EPIDEMIA	15
6. PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	22
7. CENSIMENTO ED ORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI DIAGNOSI E CURA	23
8. MESSA A PUNTO PIANI DI EMERGENZA PER ASSICURARE I SERVIZI SANITARI ED ALTRI SERVIZI ESSENZIALI	25
9. FORMAZIONE	26
10. MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' E VALUTAZIONE DELLA EFFICACIA DELLE MISURE INTRAPRESE	28
11. PIANI PANDEMICI AZIENDALI	29

Premessa

Il Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PPN), approvato il 9 febbraio 2006 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti fra Stato, Regioni e Province Autonome, traccia le linee generali per l'identificazione e il controllo di una eventuale pandemia influenzale con l'obiettivo generale di limitarne l'impatto negativo sulla popolazione italiana.

Il Piano Pandemico Nazionale rappresenta il punto di riferimento dei Piani operativi regionali.

Il ruolo delle Regioni, nell'ambito di quanto stabilito dal titolo quinto della Costituzione, viene ribadito spesso nel PPN che prevede "azioni condivise e coordinate" fra Stato e Regioni sottolineando anche l'attiva partecipazione di queste ultime all'attività del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), anch'essa delineata in dettaglio.

Il PPN indica infine che "le azioni sanitarie a livello territoriale sono garantite dalle Regioni" fornendo in allegato le istruzioni per la compilazione dei piani pandemici regionali, strumenti necessari per la attuazione pratica degli indirizzi nazionali.

Il Piano Regionale (PR) è uno strumento operativo che attraverso un'adeguata pianificazione degli interventi e delle procedure organizzative, permette di attuare a livello regionale le indicazioni del Piano Pandemico Nazionale.

Gli obiettivi comuni al PN ed al PR sono:

1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia;
2. minimizzare il rischio di trasmissione e limitare 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 un'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.

Nella consapevolezza che allo stato attuale non è possibile definire i possibili scenari conseguenti ad una pandemia influenzale, il presente Piano deve essere inteso come uno strumento dinamico che, pur individuando le modalità essenziali attraverso cui procedere, è suscettibile di aggiornamenti ed integrazioni con successivi provvedimenti.

Inoltre, considerato che nel periodo pandemico si configura una situazione di emergenza non solo ed esclusivamente sanitaria, per la quale il Piano Nazionale prevede la deliberazione dello stato di emergenza, ai sensi dell'art. 5, comma 1 della legge 225/92, emanata dal Presidente del Consiglio dei Ministri, le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza saranno svolte dai Comitati Operativi della Protezione Civile, che saranno integrati dalle Strutture Regionali ed Aziendali per quanto attiene le specifiche competenze di prevenzione ed assistenza sanitaria.

Introduzione

I virus dell'influenza appartengono alla famiglia degli ortomixovirus, la loro caratteristica più importante, dal punto di vista epidemiologico, è la notevole variabilità antigenica, cioè la capacità di modificarsi periodicamente dando origine a varianti virali verso cui la popolazione non presenta alcuna memoria immunologica; come conseguenza l'infezione si diffonde in tutti i Paesi del mondo con una rapida progressione.

Dei tre virus influenzali conosciuti, A, B e C, i tipi A e B sono responsabili delle epidemie stagionali perché in grado di modificarsi maggiormente; il tipo C, invece, è più spesso responsabile di casi sporadici della malattia.

I cambiamenti virali possono avvenire secondo due meccanismi distinti:

- deriva antigenica (antigenic drift): si tratta di una modifica minore delle proteine di superficie del virus; questo fenomeno riguarda sia i virus A che i B (ma negli A avviene in modo più marcato e frequente) ed è responsabile delle epidemie stagionali.

- spostamento antigenico (antigenic shift): è un fenomeno che riguarda solo i virus influenzali di tipo A, gli unici tra l'altro, a possedere la capacità di ricombinarsi con virus animali, e consiste nella comparsa di sottotipi completamente nuovi, diversi da quelli precedentemente circolanti nell'uomo, contro i quali la popolazione non è protetta da pregresse stimolazioni del sistema immunitario.

Lo sviluppo di un ceppo virale con spostamento antigenico shift e la acquisizione della capacità di trasmettersi da uomo ad uomo rappresentano pertanto le condizioni necessarie affinché si sviluppi una pandemia.

Nel ventesimo secolo si sono verificate tre pandemie: l'influenza "spagnola" nel 1918, causata dal sottotipo H1N1, l'influenza "asiatica" nel 1957 causata dal sottotipo H2N2 e l'influenza "di Hong Kong" nel 1968 da sottotipo H3N2, queste ultime, grazie al miglioramento delle condizioni socio-sanitarie e alla disponibilità di presidi terapeutici, hanno presentato un decorso meno grave. Non sempre, tuttavia, l'apparire di un nuovo sottotipo virale ha causato lo scoppio di una pandemia. Ciò si è verificato nel 1977, quando la comparsa del virus A/77/URSS/H1N1 aveva fatto temere una pandemia disastrosa, che non avvenne probabilmente perché a quell'epoca erano ancora in vita molte persone con memoria immunologica dell'H1N1. Analogamente nel 1997 si manifestarono ad Hong Kong una ventina di casi di influenza, di cui più della metà mortali, dovuti ad un sottotipo di virus A completamente nuovo (H5N1) contenente un'emoagglutinina mai prima riscontrata in infezioni umane, ma notoriamente associata a specie aviarie. L'epidemia non si diffuse probabilmente per la scarsa trasmissibilità interumana di questo sottotipo aviario.

Più recentemente le epidemie di influenza aviaria occorse nell'area dell'Estremo Oriente e in Europa, in occasione delle quali si è verificato il passaggio di virus influenzali aviari (tipi H5, H7 e H9) dai volatili direttamente all'uomo, hanno richiamato l'attenzione sul rischio di una pandemia.

Nella consapevolezza che allo stato attuale non è possibile definire i possibili scenari conseguenti ad una pandemia influenzale, si rafforza notevolmente la necessità di predisporre in anticipo le strategie di intervento per essere pronti a fronteggiare tutte le problematiche connesse all'evento.

1. DEFINIZIONE DEI PERIODI PANDEMICI

CLASSIFICAZIONE OMS 2005

PERIODO INTERPANDEMICO

Fase 1 Nessun nuovo sottotipo di virus influenzale isolato nell'uomo. Un sottotipo di virus influenzale che ha causato infezioni nell'uomo può essere presente negli animali. Se presente negli animali, il rischio di infezione o malattia nell'uomo è considerato basso.

Fase 2 Nessun nuovo sottotipo di virus influenzale isolato nell'uomo. Comunque, la circolazione negli animali di sottotipi virali influenzali pone un rischio sostanziale di malattia per l'uomo:

Livello 0 assenza di rischio all'interno della Nazione;

Livello 1 presenza di rischio nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi a rischio.

PERIODO DI ALLERTA PANDEMICO

Fase 3 Infezione nell'uomo con un nuovo sottotipo, ma assenza di trasmissione da uomo da uomo, o solo rare prove di trasmissione in contatti stretti:

Livello 0 assenza di infezioni nella Nazione;

Livello 1 presenza di infezioni nella Nazione, o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi affetti.

Fase 4 Piccoli cluster con limitata trasmissione interumana e con diffusione altamente localizzata che indicano che il virus non è ben adattato all'uomo:

Livello 0 assenza di piccoli cluster nella Nazione;

Livello 1 presenza di piccoli cluster nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati cluster di malattia.

Fase 5 Grandi cluster, ma diffusione interumana ancora localizzata, che indicano che il virus migliora il suo adattamento all'uomo, ma non è ancora pienamente trasmissibile (concreto rischio pandemico):

Livello 0 assenza di grandi cluster nella Nazione;

Livello 1 presenza di grandi cluster nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati grandi cluster di malattia.

PERIODO PANDEMICO

Fase 6 Aumentata e prolungata trasmissione nella popolazione in generale:

Livello 0 assenza di casi nella popolazione nazionale;

Livello 1 presenza di casi nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove la pandemia è in atto;

Livello 2 fase di decremento;

Livello 3 nuova ondata.

PERIODO POSTPANDEMICO

Ritorno al periodo interpandemico

2. ORGANIZZAZIONE

COMITATO PANDEMICO REGIONALE

Presso l'Assessorato alla Sanità è istituito il Comitato Pandemico Regionale (ex Decreto Assessorile n. 563 del 27.10.2006). Esso è così composto:

- Dirigente A.G.C. Assistenza Sanitaria, o suo delegato, - nella qualità di Coordinatore dell'Unità di Crisi Regionale di cui alla DGRC n. 490 del 19.4.2006 e di Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria - di presiedere i lavori del Comitato;
- Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi Regionali di Emergenza con compiti di Coordinamento operativo dei lavori del Comitato;
- Dirigente del Settore Assistenza Farmaceutica o suo delegato;
- Dirigente del Settore Veterinaria o suo delegato;
- Dirigente del Settore Fasce Deboli o suo delegato;
- Dirigente del Settore Programmazione Sanitaria e Rapporti con le AASSLL e AAOO o suo delegato;
- Componente Medico afferente al Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi Regionali di Emergenza;
- Componente Medico afferente al Settore Assistenza Sanitaria, Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- Dirigente dell'ARSan nominato dal Direttore Generale;
- Funzionario - Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi Regionali di Emergenza – con compiti di Segreteria tecnico-organizzativa del Comitato;

Il Comitato Pandemico Regionale (CPR) definisce gli obiettivi e le priorità preventive e assistenziali, indica le azioni concrete per ciascuna delle fasi indicate nel Piano Pandemico Nazionale e ne coordina l'attuazione. Il CPR può avvalersi, nel corso dello svolgimento dei lavori, della collaborazione, a titolo gratuito, di esperti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AA.OO.UU.), dell'USMAF e del Nucleo Regionale per le Emergenze infettivologiche ex DGRC n. 2134 del 20.6.2003.

La connessione tra la rete regionale dei Dipartimenti di Prevenzione e la rete nazionale è assicurata dall'AGC Assistenza Sanitaria della Regione Campania, tramite l'Osservatorio Epidemiologico Regionale che garantisce il mantenimento dell'efficienza e della continuità del collegamento tra i diversi soggetti coinvolti, ivi compreso il Ministero della Salute, per la tutela della salute collettiva. Le Aziende Sanitarie Locali, tramite i Servizi di Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione, garantiscono il livello essenziale di assistenza per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive quale compito istituzionale e a supporto dell'Autorità Sanitaria Locale.

COMPITI DEL COMITATO PANDEMICO REGIONALE

Il Comitato Pandemico Regionale in tutte le fasi pandemiche:

- svolge il ruolo di indirizzo delle attività legate alla pandemia influenzale per quanto riguarda l'ambito sanitario;
- supporta l'AGC Assistenza Sanitaria nel mantenere i contatti con la Giunta e con la Protezione civile, con le Direzioni delle ASL, le AO, con le Prefetture e tutte le altre Istituzioni, per quanto di competenza, favorendo una efficace comunicazione interna;
- valida i piani pandemici delle ASL;
- stabilisce e coordina, tramite l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), eventuali azioni, anche non esplicitate nel presente piano indispensabili per aumentare il livello di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale;
- predispone l'aggiornamento del presente piano ogni volta che le indicazioni nazionali o l'evoluzione epidemiologica della malattia lo richiedano

➤ fornisce indicazioni per la valutazione e la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.

Nel periodo interpandemico e di allerta pandemica (corrispondenti alle fasi 1-2-3-4-5), quando le problematiche sono prevalentemente sanitarie, il coordinamento degli interventi è effettuato dall'Assessorato alla Sanità supportato dalle ASL territoriali.

Il passaggio alla **fase pandemica** e l'eventuale gravità della pandemia possono comportare che si dichiari lo stato di emergenza e che, di conseguenza, le funzioni di coordinamento spettino al Presidente del Consiglio dei Ministri che si avvale del Dipartimento della Protezione Civile che provvederà all'attivazione del Servizio Nazionale di Protezione Civile. Un ruolo determinante nella gestione della emergenza sarà assunto dalle Prefetture.

I Comitati della Protezione Civile, si integreranno con l'Assessorato alla Sanità e le ASL per le specifiche competenze sanitarie e veterinarie.

COMPITI DELL' OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

L'OER ha, tra gli altri, il compito di supportare le funzioni dell'Assessorato alla Sanità, delle ASL e delle AO garantendo in particolare la gestione diretta dei flussi informativi relativi alla conoscenza sui bisogni e sui rischi per la salute.

In particolare assicura :

1. la sorveglianza epidemiologica e il monitoraggio dell'efficacia di campo delle misure di sanità pubblica, dei vaccini e dei farmaci antivirali;
2. il supporto nella gestione delle indagini epidemiologiche sui casi di malattia;
3. la collaborazione nella predisposizione e aggiornamento di piani di comunicazione con relativo materiale informativo;
4. il supporto nell'attività di educazione sanitaria alla popolazione e di formazione del personale;
5. la progettazione ed implementazione di un sistema di rilevazione di dati di assenteismo scolastico, lavorativo, ricoveri ospedalieri e mortalità

COMPITI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Le Aziende Sanitarie, attraverso i Servizi di Epidemiologia, assicurano a livello territoriale tutte le attività di sorveglianza epidemiologica e prevenzione dell'influenza pandemica.

Le Aziende Ospedaliere e i Presidi Ospedalieri hanno funzione di diagnosi, ricovero e cura dei malati di influenza, nei casi in cui il ricovero risulti necessario, attenendosi alle specifiche indicazioni e raccomandazioni Regionali e Ministeriali .

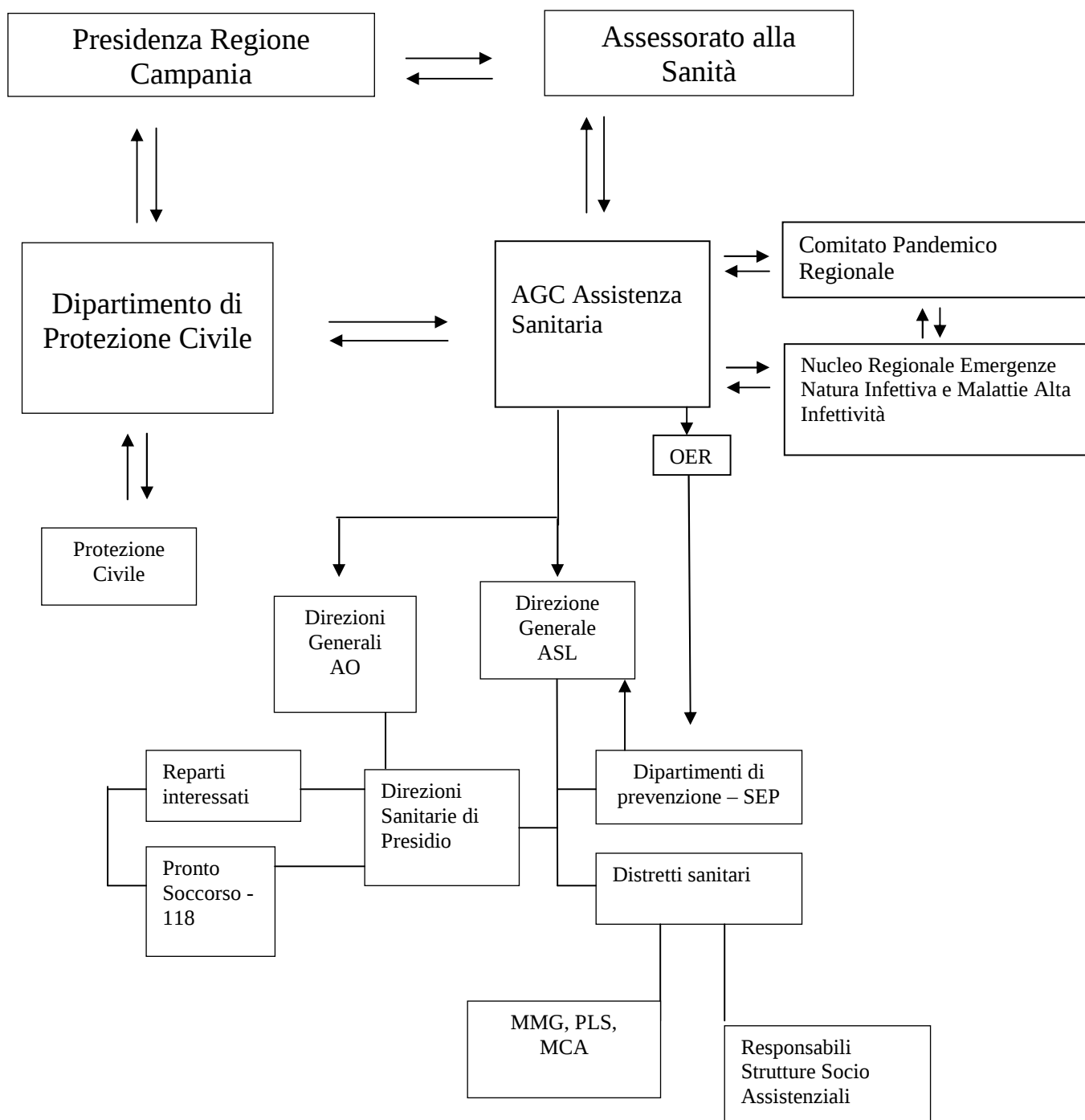
Le AA.SS.LL e le AA.OO dovranno individuare un Comitato Pandemico Aziendale (CPA) ed elaborare un proprio Piano Aziendale di risposta alla Pandemia Influenzale.

ASSETTO ORGANIZZATIVO

Fasi pandemiche	Livello decisionale
Periodo interpandemico (fase 1 e 2)	Assessorato alla Sanità
Periodo di allerta Pandemico (fase 3,4,5)	Assessorato alla Sanità Direzioni Generali - ASL ed AO
Periodo Pandemico (fase 6)	Presidenza Giunta Regionale Protezione Civile , Prefetture Assessorato alla Sanità, ASL ed AO

La fig.1 mostra lo schema riassuntivo dei rapporti fra le istituzioni regionali coinvolte nella gestione della pandemia influenzale.

Figura 1- Istituzioni coinvolte nelle attività di preparazione ad una Pandemia influenzale in condizioni ordinarie



3. COMUNICAZIONE

La comunicazione è una risorsa essenziale per la gestione delle emergenze di Sanità Pubblica.

Sia nella fase di allerta pandemica che di pandemia il ruolo dell'informazione è essenziale nel coadiuvare i servizi chiamati a fronteggiare l'emergenza e a garantire una corretta informazione della popolazione.

Si dovranno assumere accordi con i media regionali e definire, mediante la stesura di un protocollo di intesa, tempi e modalità della comunicazione, individuando i referenti accreditati delle varie testate giornalistiche. Il ruolo dei media è infatti strategico in uno scenario pandemico, soprattutto per garantire una informazione continua sulla situazione, evitare allarmismi ingiustificati e indicare le azioni di controllo della pandemia,

E' necessario attivare a livello regionale un sito web dedicato alla pandemia, con accessi diversificati per la popolazione e gli operatori, che aggiorni continuamente la situazione e funga da strumento per le comunicazioni operative con la rete regionale dei servizi.

OBIETTIVI GENERALI DELLA COMUNICAZIONE

- fornire ai decisori le informazioni necessarie per effettuare scelte basate su elementi reali e attuali;
- mettere gli operatori coinvolti nelle condizioni di comprendere le motivazioni delle azioni da intraprendere;
- informare correttamente la popolazione per favorire la collaborazione, ridurre l'ansia e prevenire comportamenti irrazionali.

AZIONI

- preparazione delle strutture organizzative regionali e locali per garantire la circolazione delle informazioni tra gli operatori impegnati sul campo (comunicazione interna) e tutti i soggetti sociali coinvolti;
- scelta del portavoce a livello regionale e locale;
- pianificazione di una strategia di comunicazione che preveda un utilizzo integrato dei mezzi di comunicazione scelti di volta in volta in base al target, agli obiettivi, alle risorse, al tempo, con lo scopo di favorire non solo un passaggio unidirezionale di informazioni (media, siti web, opuscoli informativi, documentazione, articoli), ma anche uno scambio bi direzionale (colloquio faccia a faccia, colloquio telefonico, numero verde).

COMUNICAZIONE INTERNA

A livello Regionale la comunicazione interna rivolta ai livelli decisionali viene assicurata dal CPR. A livello territoriale la comunicazione interna rivolta agli operatori direttamente interessati alla problematica (personale dipendente di tutte le Unità Operative, MMG, PLS) viene gestita dalla Direzione Generale dell'ASL e dalle Direzioni delle AO, ciascuna per i propri operatori. Il supporto tecnico-operativo per la comunicazione a tutti i livelli è fornito dall'OER.

COMUNICAZIONE ESTERNA

E' assicurata dal Presidenza della Giunta Regionale coadiuvato dall'Assessorato alla Sanità e dalla Protezione Civile, avvalendosi del proprio Ufficio Stampa e delle strutture regionali deputate alla comunicazione.

Nell'ambito del sito internet della Regione viene messo a disposizione uno spazio dedicato per la cui redazione verrà indicato dal CPR un apposito gruppo di lavoro.

A livello territoriale (ASL e AO) la comunicazione esterna verso i Comuni, le Scuole, gli altri Enti, la popolazione sarà gestita dal Direttore Sanitario o suo delegato che farà da portavoce per tutte le esigenze della ASL e dell'AO. Il delegato alla comunicazione esterna sarà preferibilmente una figura sanitaria con competenza nel campo delle malattie trasmissibili ed esperienza comunicativa o

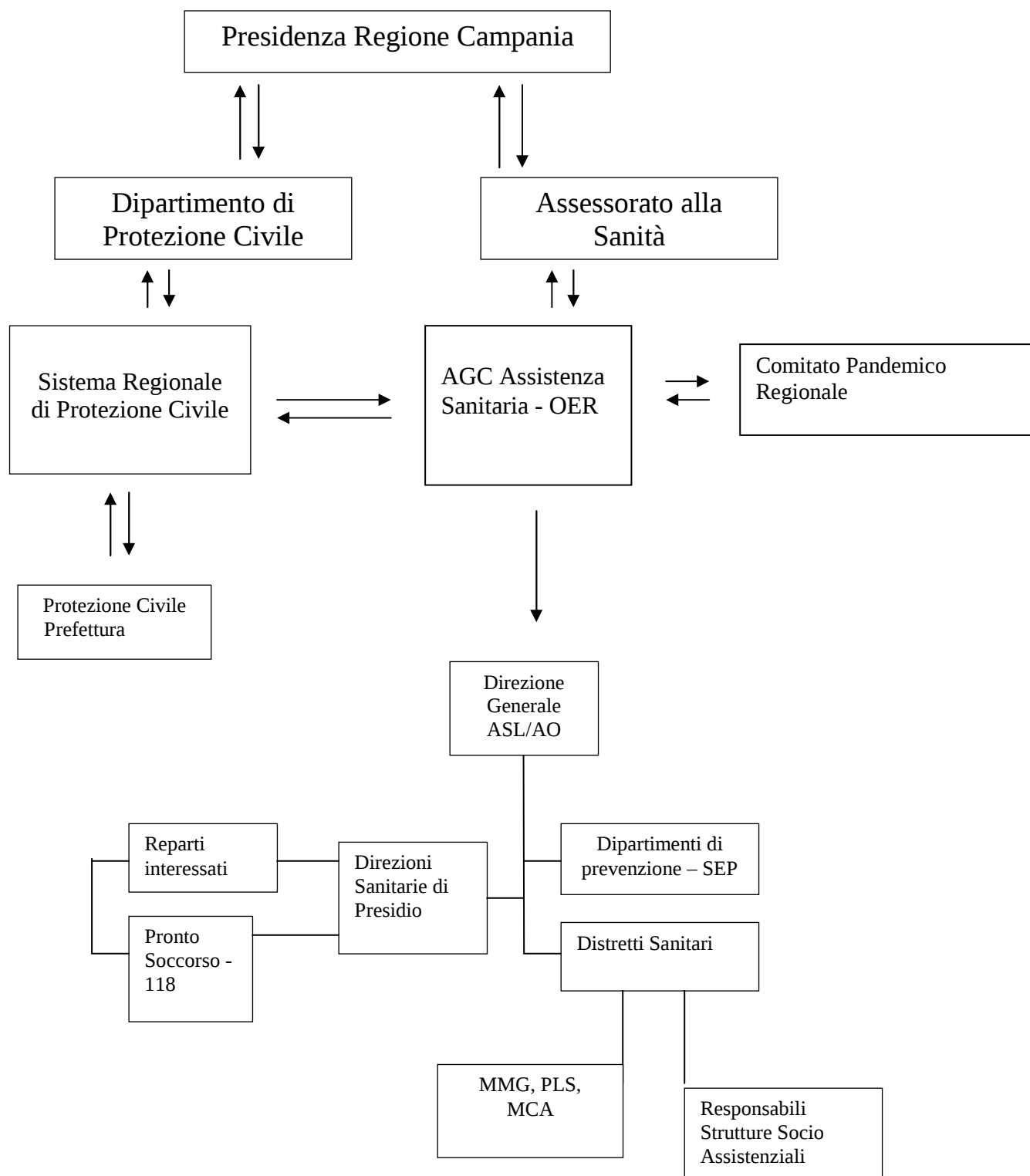
pregressa formazione in materia, anche se deve essere previsto comunque un percorso formativo regionale. Si dovrà identificare, inoltre, un sostituto che, in caso di necessità possa coadiuvare o sostituire il comunicatore.

In particolare, per quanto riguarda la comunicazione con la popolazione generale si dovrà provvedere a:

- definire messaggi chiari, omogenei, condivisi a livello nazionale e locale, elaborati sulla base della percezione collettiva del rischio;
- consolidare i rapporti con i mezzi di comunicazione di massa a tutti i livelli;
- preparare materiale informativo ad hoc destinato e utilizzabile da soggetti diversi (comunicatori, portavoce organizzativi), e comunicati a uso dei media;
- attivare canali comunicativi con il pubblico attraverso mezzi di comunicazione unidirezionali;
- (siti web, posta elettronica) e mezzi bidirezionali (linee telefoniche dedicate, comunicazione vis a vis tra cittadino e operatori in spazi e tempi differenziati);
- predisporre conferenze audio e/o video tra le strutture nodali a livello centrale e a livello locale.

La fig.2 mostra lo schema riassuntivo del flusso informativo regionale fra le istituzioni coinvolte nella gestione della pandemia influenzale.

Figura 2 — Comunicazione Istituzionale in stato di emergenza. Flusso informativo regionale fra le istituzioni coinvolte nelle attività di preparazione ad una Pandemia influenzale



4. SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA

4.1 SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

La sorveglianza epidemiologica dell'influenza è attiva, in tutto il Paese già da tempo. Il sistema di sorveglianza "Influnet" è un sistema istituzionale, ratificato con Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni, nel 2000. Il sistema è costituito da una rete di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, "medici sentinella", che su base volontaria settimanalmente segnalano all'Istituto Superiore di Sanità i casi di influenza osservati tra i loro assistiti, garantendo anche la raccolta di campioni biologici per l'identificazione dei virus circolanti. Le segnalazioni di dati settimanali sono supervisionate dai Servizi di Epidemiologia delle AA.SS.LL, tramite il coordinatore aziendale, e dal Coordinatore regionale.

La sorveglianza epidemiologica si basa sulle rilevazioni e segnalazioni di Influenza Like Sindrome a partire dall'inizio della 42° settimana dell'anno fino all'ultima settimana del mese di aprile dell'anno successivo.

Nel Novembre del 2005 il CIRI, l'ISS e il CCM hanno dato avvio ad un progetto di potenziamento della rete di sorveglianza virologica dell'influenza umana al fine di:

- implementare la rete di sorveglianza virologica dell'influenza, in modo da coprire l'intero territorio nazionale e monitorare la circolazione dei virus influenzali in tutte le classi di età;
- estendere la sorveglianza ai soggetti in contatto con il serbatoio animale;
- standardizzare le metodologie di rilevamento e caratterizzazione virale;
- effettuare una diagnostica più rapida ed accurata dei cluster di polmonite ed influenza-like che potrebbero rappresentare il primo segnale dell'introduzione di un virus emergente o ri-emergente nella comunità.

Il sistema è tarato in modo da poter essere potenziato, con azioni aggiuntive, nelle fasi crescenti di rischio.

Periodo interpandemico (Fasi 1-2)

Vanno mantenute la sorveglianza epidemiologica e virologica della sindrome influenzale e la sorveglianza veterinaria dell'influenza nel serbatoio animale.

Fase di allerta (Fasi 3-5)

- **Mantenimento e potenziamento del sistema nazionale sentinella della sindrome Influenzale;** In caso di allerta pandemica potrebbe essere utile potenziare tale sistema sia attraverso l'ampliamento del periodo di osservazione dei casi che attraverso il numero dei medici sentinella;
- **Mantenimento e rafforzamento della sorveglianza veterinaria;**
- **Integrazione le informazioni epidemiologiche umane e veterinarie attraverso:**
 - la definizione e l'attuazione del flusso informativo necessario all'integrazione della sorveglianza epidemiologica e virologica con quella veterinaria;
 - l'identificazione degli allevamenti animali (per specie) in cui gli operatori potrebbero essere sottoposti a sorveglianza speciale, provvedendo ad un censimento degli operatori stessi;
 - la definizione di protocolli di sorveglianza epidemiologica e virologica ad hoc tra gli esposti ad influenza animale.
- **Messa a punto ulteriori strumenti per monitorare casi di influenza attribuibili a nuovi ceppi virali, e a un'eventuale pandemia, attraverso :**
 - l'aggiornamento periodico e la diffusione tra gli operatori sanitari di una definizione di caso possibile, probabile e confermato;
 - la messa a punto di protocolli di sorveglianza per:

- o i viaggiatori provenienti da aree affette;
- o gli operatori sanitari che assistono pazienti con sospetta o confermata influenza da ceppo potenzialmente pandemico;
- o i laboratoristi che manipolano campioni clinici a rischio ;
- i contatti dei casi sospetti :
 - o attivare, ove ci siano casi sospetti, immediata ed approfondita indagine epidemiologica da parte dei Servizi Epidemiologia dell'ASL, secondo disposizioni ministeriali e regionali.

➤ **Definizione di protocolli di sorveglianza per la pronta individuazione di :**

- **cluster di sindrome influenzale potenzialmente attribuibili a virus pandemico**, tramite:
 - la sorveglianza epidemiologica clinica attuata dai medici di medicina generale e dai pediatri di famiglia (INFLUNET);
 - un sistema di sorveglianza sindromica, da implementare su un campione di PP.SS. informatizzati, che attraverso il monitoraggio e l'analisi dei dati di accettazione, consentirà di rilevare tempestivamente, tra gli altri, cluster di infezioni acute febbrili dell'apparato respiratorio (influenza –like illness, ILI; bronchioliti e polmoniti).

In periodo di allerta pandemica è necessario monitorare settimanalmente gli accessi al Pronto Soccorso degli ospedali campionati. Viene individuato un referente nelle U.O. di Pronto Soccorso in accordo con il responsabile che provvede settimanalmente all'invio dei dati in formato elettronico al SEP afferente per competenza territoriale. Il referente cura che vengano eseguiti, nei pazienti sintomatici per sindrome pandemica, idonei tamponi da inviare ai Laboratori regionali di riferimento. Il SEP provvede all'aggregazione e al controllo della qualità dei dati e li invia all'OER. E' a cura dell'OER la gestione di un database regionale, per l'analisi dei dati e la redazione dei rapporti periodici, da inviare settimanalmente al CPR, all'Assessorato alla Sanità, al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Tale attività di rilevazione deve essere mantenuta e incrementata in fase di pandemica anche con il coinvolgimento di altri presidi ospedalieri. Durante il periodo interpandemico è prevista la realizzazione di uno studio di fattibilità per testare tale sistema.

- **cluster di morti inattese per sindrome influenzale (influenza – like illness, ILI) e infezioni respiratorie acute (IRA) in strutture di ricovero e cura.** Tale rilevazione andrà effettuata in un' area (più Comuni) che rappresenti almeno il 50% della popolazione regionale. Per la rilevazione della mortalità totale viene utilizzata la rete dei Servizi dei Servizi di Epidemiologia che gestiscono i Registri Nominativi delle Cause di Morte (RENCAM), in collaborazione con gli Uffici di Stato Civile dei Comuni. Ciascun Servizio provvede ad inviare il numero delle morti avvenute nei comuni afferenti al territorio di competenza, all'OER che aggrega i dati e li confronta con la mortalità degli anni precedenti. In caso di fase pandemica può essere ampliato il numero dei Comuni costituenti il campione su cui eseguire le rilevazioni della mortalità totale. Tali rilevazioni dovranno essere prodotte con cadenza settimanale;
- **tassi di assenteismo lavorativo:** viene individuato quale campione il personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere che provvederanno ad inviare i dati all'OER con periodicità che verrà definita dal Comitato Regionale Pandemico;
- **tassi di assenteismo scolastico:** selezionare scuole che in periodo pandemico invieranno il numero degli studenti assenti per giorno della settimana ai Centri dei Servizi amministrativi scolastici provinciali che provvederanno ad inviare i dati all'OER con periodicità che verrà definita dal Comitato Regionale Pandemico.

Nella fase 5 di rischio, le azioni condotte sono finalizzate, altresì, a riorientare qualora fosse necessario, le scelte strategiche, ivi incluso la ridefinizione delle categorie cui erogare prioritariamente la vaccinazione.

Fase pandemica (Fase 6)

In questa fase, l'obiettivo della sorveglianza è valutare l'impatto della pandemia e descriverne le caratteristiche per orientare le misure di controllo e valutarne l'efficienza.

E' importante sia la sorveglianza epidemiologica che quella, in particolare; la sorveglianza virologica, effettuata su un numero limitato di campioni, è necessaria per monitorare le caratteristiche del virus, vista la minore importanza, in questa fase, della conferma di laboratorio dei singoli casi.

Per stimare l'impatto della pandemia è necessario, inoltre, rilevare i seguenti indicatori:

- o numero settimanale di ricoveri ospedalieri per quadri clinici;
- o numero settimanale di ricoveri ospedalieri per sindrome influenzale esitati in decesso;
- o numero settimanale di decessi totali su un campione di comuni;
- o monitoraggio sentinella dell'assenteismo lavorativo e scolastico.

4.2 SORVEGLIANZA VIROLOGICA

Obiettivi generali :

- verificare la circolazione di virus influenzali, mediante esami di laboratorio su campioni clinici prelevati dai pazienti con ILI;
- caratterizzare, da un punto di vista antigenico e molecolare, i ceppi virali circolanti in periodo epidemico, valutando il grado di omologia antigenica tra ceppi circolanti nella popolazione e ceppi vaccinali;
- mettere a punto metodiche avanzate di diagnostica rapida e differenziale che permettano di identificare tempestivamente eventuali casi italiani di influenza pandemia.

Il laboratorio di riferimento regionale per quanto riguarda le indagini sui virus influenzali nell'uomo è quello dell'AO Cotugno e nel caso si dovesse passare alla fase pandemica, il laboratorio del Monaldi e del Dipartimento di Scienze Mediche Preventive dell'Università Federico II sono individuati come ulteriori laboratori di riferimento, in accordo con quanto previsto dalla sorveglianza Influnet.

Sorveglianza epidemiologica e virologica	Fase pandemia	Responsabilità
Sorveglianza ILI con medici sentinella	3-5	Referente regionale SEP
Implementazione e gestione flussi informativi	3-6	OER-SEP
Sorveglianza Cluster polmoniti	3-5	OER –SEP
Sorveglianza Virologica Umana	1-6	Laboratorio AO.Cotugno - Monaldi - AOU Federico II
Sorveglianza virologica virus animali	1-6	IZZP

5. MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'EPIDEMIA

Per contenere gli iniziali focolai nazionali attribuibili a virus pandemico e ridurre il rischio di trasmissione vanno adottate:

- misure di sanità pubblica quali la limitazione degli spostamenti, l'isolamento e la quarantena dei casi e dei contatti;
- strategie di utilizzo di farmaci antivirali sia come profilassi che come terapia;
- strategie di vaccinazione.

5.1 INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA

La trasmissione nella popolazione generale del virus influenzale, così come avviene per molti altri virus respiratori trasmessi per via aerea, può essere significativamente ridotta dall'adozione di alcune semplici norme igieniche.

Tali misure sono di particolare importanza nelle fasi prepandemiche 4 e 5, quando la circolazione del virus può essere limitata o ritardata.

Nella fase pandemica, verosimilmente la circolazione del virus è tale da rendere meno efficaci anche queste misure.

L'adozione delle normali precauzioni standard come il lavaggio delle mani eseguito frequentemente e il rispetto delle precauzioni respiratorie come coprire bocca e naso durante tosse o starnuti, riduce il rischio di trasmissione per contatto diretto o indiretto.

L'uso di mascherine chirurgiche da parte dei soggetti malati durante l'isolamento domiciliare, per limitare il contagio delle persone impegnate nell'assistenza, è considerato di probabile efficacia.

Nelle prime fasi di una pandemia, queste misure apparentemente banali potrebbero essere le uniche attuabili dotate di una certa efficacia.

Le ASL e le AO attraverso il CPA predisporranno materiale informativo, da aggiornare periodicamente e da divulgare sia agli operatori direttamente coinvolti nella gestione delle varie fasi pandemiche che alla popolazione generale.

Fasi interpandemiche (Fasi 1-2)

AZIONI

- **Informazione sanitaria della popolazione per promuovere l'adozione delle comuni norme igieniche**, che includono:
 - lavarsi spesso le mani;
 - pulire le superfici domestiche con normali prodotti detergenti;
 - coprirsi la bocca e il naso quando si tossisce o starnutisce.
- **Adozione di misure per limitare la trasmissione delle infezioni in comunità** (scuole, case di riposo, luoghi di ritrovo), quali evitare l'eccessivo affollamento e dotare gli ambienti di adeguati sistemi di ventilazione.
- **Preparazione di appropriate misure di controllo della trasmissione dell'influenza pandemica in ambito ospedaliero**:
 - approvvigionamento dei DPI per il personale sanitario;
 - controllo del funzionamento dei sistemi di sanificazione e disinfezione;
 - individuazione di appropriati percorsi per i malati o sospetti tali;
 - censimento delle disponibilità di posti letto in isolamento e di stanze in pressione negativa;
 - censimento delle disponibilità di dispositivi meccanici per l'assistenza ai pazienti.

Fase di allerta (Fasi 3-5)

AZIONI

Tutte le misure sopra riportate, più:

- **Educazione sanitaria e informazione della popolazione sui rischi e sui comportamenti da adottare.**
- **Definizione di protocolli di utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI) per le categorie professionali a rischio, e loro adeguato approvvigionamento.**

In presenza di trasmissione interumana:

- **valutazione dell'opportunità di restrizioni degli spostamenti da e per altre nazioni, ove si siano manifestati cluster epidemici;**
- **valutazione dell'opportunità e delle modalità di rientro dei cittadini italiani residenti in aree affette**
- **istituzione di controlli sanitari alle frontiere;**
- **attuazione di protocolli previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale in caso di presenza a bordo di aerei o navi di passeggeri con sintomatologia sospetta;**
- **isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta**, preferibilmente a livello domiciliare, per ridurre la quantità di risorse impiegate (una sola persona assiste il paziente prendendo le opportune precauzioni di protezione individuale) o in apposite aree attrezzate di strutture pubbliche. In caso di focolai o cluster limitati è opportuno utilizzare le stanze ad alto isolamento presenti nelle strutture ospedaliere mentre nel caso di epidemia in corso è opportuna la gestione, ove le condizioni cliniche lo consentano, del paziente a domicilio.
- **adozione, da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta, delle comuni norme igieniche**, incluso l'uso di mascherine chirurgiche per limitare la diffusione di secrezioni nasofaringee; l'uso di mascherine chirurgiche va considerato anche per chi ricorre all'assistenza medica ma non è raccomandato per le persone asintomatiche che si trovano in luoghi pubblici;
- **campagne informative** per promuovere una diagnosi precoce, anche da parte dei pazienti stessi, in modo da ridurre l'intervallo che intercorre tra l'esordio dei sintomi e l'isolamento;
- **quarantena e sorveglianza attiva dei contatti**, anche se è in corso la profilassi antivirale.
- **valutazione dell'opportunità di chiusura delle scuole o di altre comunità e/o della sospensione di manifestazioni e di eventi di massa**, per rallentare la diffusione dell'infezione.

GESTIONE DEI CASI

Le modalità di contagio del virus influenzale prevedono sia la via per droplets che aerogena; la trasmissione può avvenire sia per contatto diretto che indiretto.

I casi dovranno essere posti in isolamento per ridurre il contatto tra soggetti malati e soggetti sani.

Il personale sanitario di assistenza dovrà osservare le precauzioni standard più le precauzioni da contatto e quelle per trasmissione aerogena :

Precauzioni standard:

- lavaggio delle mani;
- utilizzo di DPI ;
- attenzione nella manipolazione degli strumenti di assistenza individuale e degli effetti lettereschi;
- prevenzione delle punture accidentali;
- pulizia ambientale quelle da contatto e quelle per trasmissione aerogena o, almeno, per trasmissione mediante droplets.

Precauzioni atte ad evitare la trasmissione per droplets/aerogena:

- ricovero del paziente in stanze a degenza singola con garanzia di almeno 6 ricambi di aria/ora e dotate di servizi igienici indipendenti;
- impiego costante di maschere di livello minimo N-95;
- impiego costante di scudo protettivo del volto;

- limitare al massimo gli spostamenti del paziente, che dovrà indossare una maschera protettiva al di fuori della propria stanza di degenza.

Precauzioni da contatto:

- impiego costante dei guanti (monouso non sterili);
- impiego costante di camici protettivi a maniche lunghe;
- impiego costante di strumentario medico dedicato esclusivamente al paziente sospetto.

Le precauzioni dovranno essere prolungate sino a quando esiste il rischio di infettività del paziente.

Linee di indirizzo dettagliate sull'isolamento dei casi verranno fornite dall'OER secondo le necessità emergenti dall'evoluzione della situazione epidemiologica

Sorveglianza e quarantena dei contatti

L'isolamento domiciliare dei contatti dei casi, attuato nelle prime fasi dell'epidemia e associato all'uso dei farmaci antivirali, può costituire una misura efficace nel ritardare la diffusione del contagio.

Per l'attuazione dell'isolamento domiciliare volontario è necessario che gli interessati:

- sospendano la frequenza in collettività;
- dormano in camere separate;
- allertino il proprio medico curante ed il personale della UOPC territorialmente competente per la sorveglianza sanitaria attiva alla comparsa di sintomatologia febbrile con cefalea malessere generale e astenia associata a tosse, faringodinia o congestione nasale;
- adottino le misure preventive di carattere generale;
- vengano opportunamente addestrati sull'uso dei DPI.

Le procedure da attuare per l'isolamento dei contatti stretti dei casi verranno fornite dall'OER.

Fase pandemica (Fase 6)

In fase pandemica l'impatto di misure di restrizione della mobilità della popolazione è limitato. Le misure da adottare includono:

- **limitazione di viaggi verso aree non affette;**
- **adozione delle comuni norme igieniche;**
- **isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta**, preferibilmente a livello domiciliare per ridurre la quantità di risorse impiegate (una sola persona assiste il paziente prendendo le opportune precauzioni di protezione individuale) o in apposite aree attrezzate di strutture pubbliche;
- **adozione da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta delle comuni norme igieniche**, incluso l'uso di mascherine chirurgiche per limitare la diffusione di secrezioni naso faringee. L'uso di mascherine chirurgiche va considerato anche per chi ricorre all'assistenza medica ma non è raccomandato per le persone asintomatiche che si trovano in luoghi pubblici;
- **campagne informative** per promuovere una diagnosi precoce, anche da parte dei pazienti stessi, in modo da ridurre l'intervallo che intercorre tra l'esordio dei sintomi e l'isolamento.

Le ASL e le AO attraverso il CPA predisporranno materiale informativo, da aggiornare periodicamente e da divulgare sia agli operatori direttamente coinvolti nella gestione delle varie fasi pandemiche che alla popolazione generale sia residente che extracomunitaria.

5.2 UTILIZZO DEI FARMACI ANTIVIRALI

L'uso di farmaci antivirali, sia come profilassi che come trattamento, nelle fasi pre-pandemiche è ritenuto efficace nel ritardare la diffusione del virus.

Nel corso della pandemia conclamata i farmaci antivirali sono invece poco utili per la profilassi.

L'utilizzo dei farmaci antivirali a scopo profilattico è ulteriormente complicato dalla necessità di somministrarli in fase molto precoce, dalla verosimile rapida insorgenza di resistenze e dalla loro disponibilità limitata. L'acquisto dei farmaci antivirali, come avviene per il vaccino, è di competenza del Ministero della Salute.

Le indicazioni per il loro utilizzo verranno date dal Ministero della Salute tenendo in considerazione la disponibilità e le caratteristiche farmacologiche degli antivirali e le caratteristiche del virus.

Il CPR, sulla base delle indicazioni nazionali, fornirà le linee guida per l'utilizzo dei farmaci antivirali a scopo profilattico e terapeutico, attraverso i Settori competenti.

Sulla base del livello di rischio pandemico segnalato dal CPR, l'Assessorato alla Sanità di concerto con il Ministero della Salute, stabilisce il quantitativo di farmaco necessario a livello regionale e ne cura l'approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione in collaborazione con le Aziende sanitarie.

Il responsabile della richiesta al Ministero della Salute è l'Assessorato alla Sanità mentre la distribuzione dei farmaci avverrà utilizzando le modalità organizzative dell'ASL e delle AO in base alle indicazioni del CPR.

Una rapida mobilitazione e l'uso corretto dei farmaci antivirali sono aspetti cruciali per una efficace risposta di salute pubblica verso la pandemia.

L'obiettivo principale è di assicurare che i farmaci antivirali siano rapidamente disponibili, sia per l'uso profilattico che per quello terapeutico. E' necessaria, pertanto, una dislocazione periferica della scorta nazionale ulteriormente giustificata dalla necessità di:

1. assicurare la disponibilità immediata di questi farmaci, in caso di pandemia;
2. garantire una gestione appropriata esclusiva da parte del servizio pubblico di questi farmaci;
3. utilizzare i farmaci secondo una strategia regionale comune.

Fase 3

Compiti Regionali :

- individuazione di siti regionali di stoccaggio, nell'ambito delle farmacie ospedaliere e territoriali presenti sul territorio di ogni regione;
- definizione e mantenimento di adeguate condizioni di immagazzinamento (controllo della temperatura, umidità relativa, condizioni igieniche dei locali, sicurezza);
- individuazione di un responsabile della scorta di farmaci, e delle procedure di richiesta;
- definizione di modalità di trasporto intra-regionale, che garantiscano il raggiungimento entro le 4 ore di tutte le ASL territoriali;
- la definizione dei protocolli di utilizzo dei farmaci antivirali sia come profilassi pre che post-esposizione che per la terapia dandone comunicazione ai SEP, ai MMG ai PLS, a tutte le strutture sanitarie di diagnosi presenti sul territorio.

Compiti delle ASL :

- verificare la disponibilità dei siti di stoccaggio sia presso i propri Servizi Farmaceutici che presso le Farmacie delle AO e dei PO e comunicare all'Assessorato il nominativo del Responsabile;
- individuare il numero di dosi che possono essere stoccate presso le varie strutture ed i tempi necessari per organizzare tali siti;
- definire le procedure di stoccaggio e distribuzione dei farmaci anche attraverso accordi con le farmacie territoriali e Distrettuali;
- individuare un sistema di monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci sia con le strutture di ricovero e cura che con i MMG ed i PLS.

Fase 4 e 5

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

Si prevede quindi:

- la profilassi con antivirali dei contatti stretti di casi, compreso il personale sanitario;
- il monitoraggio dell'efficacia e degli eventi avversi dei farmaci.

In caso di cluster di grandi dimensioni (Fase 5, livello 1), l'uso profilattico di antivirali va considerato per i contatti che appartengono alle categorie prioritarie 1-4, individuate per l'offerta del vaccino pandemico.

Fase 6

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

Farmaci antivirali		
Azioni	Fase	Responsabilità
Approvvigionamento farmaci antivirali	3-6	Ministero della Salute - Assessorato alla Sanità
Stoccaggio farmaci antivirali	3-6	Assessorato Sanità - ASL
Indirizzo e coordinamento trattamento farmacologico	1-6	Assessorato alla Sanità - CPR

5.3 VACCINAZIONE

La vaccinazione è sicuramente la misura più efficace per limitare l'impatto della pandemia .

Periodo interpandemico (Fasi 1-2)

La strategia vaccinale da adottare durante il periodo interpandemico è ben illustrata nella circolare sul controllo e la prevenzione dell'influenza che viene annualmente rivista ed emanata dal Ministero della Salute, ed include obiettivi, popolazione target e monitoraggio delle coperture vaccinali. Le campagne stagionali di vaccinazione sono l'occasione per predisporre strumenti e acquisizioni di dati essenziali anche nel periodo pandemico, in particolare:

- la logistica dell'offerta vaccinale;
- la rilevazione delle coperture vaccinali per categorie di rischio;
- il monitoraggio degli eventi avversi a vaccino.

Fase di allerta (Fasi 3-5)

Nella fase 3, caratterizzata da presenza di un nuovo sottotipo virale, ma assenza di trasmissione interumana, è necessario identificare le categorie prioritarie a cui offrire la vaccinazione pandemica.

Il PPN identifica 6 categorie cui offrire la vaccinazione con vaccino pandemico elencandole in ordine di priorità :

1. Personale sanitario e di assistenza in:

- ospedali;
- ambulatori Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- strutture di assistenza e lunga degenza;
- distretti sanitari e servizi di sanità pubblica a contatto con pubblico;
- servizi di ambulanze;
- laboratori clinici;
- farmacie.

2. Personale addetto ai servizi essenziali alla sicurezza e alla emergenza:

- forze di polizia a contatto col pubblico;
- vigili del fuoco;
- decisori chiave in caso di urgenza ed emergenza.

3. Personale addetto ai servizi di pubblica utilità:

- forze armate;
- polizia municipale e le altre forze di polizia non inserite nel gruppo 2 di priorità;
- persone addette ai trasporti pubblici essenziali e le persone che effettuano il trasporto di prodotti di prima necessità;
- lavoratori dei servizi di pubblica utilità (scuole, poste, etc).

4. Persone ad elevato rischio di complicanze severe o fatali a causa dell'influenza

- in questa categoria sono presenti i gruppi di popolazione che sono già identificati nelle raccomandazioni per la annuale vaccinazione contro l'influenza.

5. Bambini e adolescenti sani di età compresa tra 2 e 18 anni

6. Adulti sani

Stoccaggio dei vaccini e registrazione delle vaccinazioni

Funzioni Assessorato alla Sanità :

- stimare il numero di dosi di vaccino pandemico necessarie a livello regionale, in modo da garantirne l'approvvigionamento su tutto il territorio;
- individuare i criteri e le modalità per implementare nelle ASL le attività vaccinali;
- identificare le modalità di approvvigionamento dei vaccini (numero di dosi per periodo), la loro distribuzione e lo stoccaggio in sede locale;
- definizione e mantenimento di adeguate condizioni di immagazzinamento (controllo della temperatura, umidità relativa, condizioni igieniche dei locali, sicurezza);
- organizzare una lettura tempestiva dei dati di farmacovigilanza a livello regionale, ed un adeguato scambio di informazioni tra referenti della farmacovigilanza e referenti della prevenzione. Questo aspetto appare di particolare importanza, poiché reazioni indesiderate alla vaccinazione possono diminuire la compliance alla vaccinazione stessa.

Funzioni ASL

- stilare a livello di ASL, gli elenchi nominativi delle persone che rientrano nelle categorie prioritarie 1-4, e stabilire le modalità per l'aggiornamento periodico di tali elenchi;
- il personale preposto alla somministrazione del vaccino sarà individuato tra il personale del SSN che abitualmente è incaricato all'esecuzione delle annuali campagne antinfluenzali e a chi con queste a vario titolo collabora;
- identificare eventuale personale di supporto per le attività vaccinali nonché altri ambulatori da poter utilizzare per l'erogazione della vaccinazione;
- rinforzare il sistema di farmacovigilanza già utilizzato a livello locale per rilevare gli eventi avversi a vaccino;

- identificare sulla base della quota di vaccini assegnata gli spazi disponibili per lo stoccaggio la massima quantità conferibile;
- definizione e mantenimento di adeguate condizioni di immagazzinamento (controllo della temperatura, umidità relativa, condizioni igieniche dei locali, sicurezza);
- identificare il responsabile dello stoccaggio centrale e dei siti di stoccaggio distrettuali;
- individuare la rete degli ambulatori vaccinali e le relative risorse umane;
- la registrazione delle vaccinazioni eseguite avverrà utilizzando i sistemi informatizzati (anagrafi vaccinali informatizzate) già in uso presso tutte i Centri Vaccinali territoriale delle ex AA.SS.LL. Tale registrazione informatizzata consentirà tra l'altro:
 - a) la programmazione dei tempi di esecuzione delle seconde dosi e la successiva verifica della reale esecuzione
 - b) la puntuale verifica delle coperture vaccinali raggiunte nei soggetti considerati a rischio (inserire categoria di rischio)
- identificare da due a quattro sedi idonee allo stoccaggio di grandi quantitativi di vaccino da utilizzare nel momento in cui questo si renda necessario.

Fase pandemica (Fase 6)

- Monitoraggio delle coperture vaccinali per gruppi di rischio
- Monitoraggio degli eventi avversi a vaccino
- Organizzazione di una lettura tempestiva dei dati di farmacovigilanza

Vaccinazione		
Azioni	Fase	Responsabilità
Approvvigionamento vaccino pandemico	5-6	Assessorato Sanità - Ministero Salute
Stoccaggio vaccino prepandemico e pandemico	3-6	Assessorato Sanità -ASL -
Indirizzo e coordinamento attività di vaccinazione	1-6	Assessorato Sanità – OER/CPR – SEP-ASL
Effettuazione vaccinazioni con vaccino prepandemico o pandemico	4-6	Centri vaccinali Distrettuali - AO e Presidi Ospedalieri
Farmacovigilanza	3-6	Responsabile Regionale e Aziendale della farmacovigilanza

6. PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

Il CPR provvederà a mettere a punto protocolli diagnostici terapeutici finalizzati ad una gestione uniforme dei casi sia in ambito domiciliare che ospedaliero.

Ogni volta che viene dichiarata una nuova fase pandemica, o viene comunicata dagli organismi nazionali una variazione delle caratteristiche della malattia, il CPR provvede ad aggiornare il protocollo diagnostico terapeutico e la definizione di caso da trasmettere all'ASL e alle AO per la distribuzione a tutti gli operatori sanitari compresi i MMG e i Medici di Continuità Assistenziale.

Le ASL avranno cura di verificare che le AO e le altre strutture interessate abbiano ricevuto i protocolli e provvederanno a monitorare con i MMG i percorsi di assistenza domiciliare.

Trattamento e assistenza		
Azioni	Fase	Responsabilità
Aggiornamento e trasmissione linee guida tecniche	1-6	CPR
Ricovero e cura malati	3-5	UU.OO. malattie infettive e malattie apparato respiratorio
	6	Tutte le UO in base ai piani aziendali
Isolamento e trattamento domiciliare	6	MMG, PLS e Distretti

7. CENSIMENTO ED ORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI DIAGNOSI E CURA

In fase interpandemica e di allerta è cruciale mettere a punto le procedure per garantire un razionale accesso alle cure, in modo da ottenere l'uso ottimale delle risorse.

La conoscenza capillare delle strutture ospedaliere, cui poter fare affidamento per il ricovero e la terapia dei casi rappresenta un presupposto fondamentale per una efficace modalità di gestione del soggetto malato.

E' compito del CPR :

- censire la disponibilità ordinaria e straordinaria di strutture di ricovero e cura, strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali;
- censire le strutture di ricovero in cui sia presente l'UO di Malattie Infettive con l'indicazione del numero dei posti letto. Una recente ricognizione ha censito sul territorio campano 5 camere di degenza a pressione negativa distribuite, rispettivamente, n. 2 presso l'AO Cotugno di Napoli e n. 3 presso l'AO Moscati di Avellino;
- censire gli operatori di assistenza primaria, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale (in caso di pandemia fino al 50% di questi operatori sanitari potrebbe essere assente dal servizio per motivi di salute);
- censire i DPI presso le Aziende Sanitarie e disporre l'eventuale incremento delle scorte dei dispositivi di protezione in base al fabbisogno, in proporzione al personale sanitario, che può venirsi a creare in caso di conclamata Pandemia;
- definire i livelli delle strutture dove i pazienti dovrebbero essere idealmente trattati durante una pandemia (primarie, secondarie e terziarie, incluse le unità di emergenza e cure intensive).
- determinare il triage ed il flusso dei pazienti fra strutture sanitarie a vari livelli;
- individuare potenziali luoghi alternativi per le cure mediche (ad es. strutture socio-sanitarie, RSA, scuole, ambulatori, etc);
- definire i criteri per la sospensione di ricoveri programmati e la resa in disponibilità di posti letto aggiuntivi;
- garantire l'adeguato approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione degli antivirali, analogamente a quanto illustrato nella sezione dedicata al loro uso come profilassi;
- fornire linee guida per l'uso di antivirali a scopo terapeutico. Per quanto riguarda il trattamento, gli attuali antivirali sono efficaci se somministrati entro le prime 48 ore dall'inizio sintomi. Inoltre, la suscettibilità del virus pandemico agli antivirali sarà nota solo quando verrà isolato l'eventuale ceppo. L'uso degli antivirali deve comunque avvenire dietro prescrizione e vigilanza medica sia a livello di medico di famiglia sia livello ospedaliero.
- definire linee-guida per il trattamento a domicilio dei casi;
- individuare le misure di supporto non di tipo sanitario, quali l'incremento dei permessi per assistenza ex-L.104/92, i servizi di assistenza domiciliare (conferimento pasti /spesa), il riconoscimento di permessi lavorativi a volontari;
- stilare accordi con le Organizzazioni Sindacali dei MMG sulle modalità di ampliamento delle forme di assistenza ambulatoriale e domiciliare nel periodo pandemico – ase 6 (aumento delle prestazioni, la sospensione delle ferie e dei permessi ed eventuali regimi di mobilità inter e intra aziendali, modalità di reclutamento del personale che sostituisca quello in servizio malato, anche attraverso il richiamo di personale in quiescenza o la diversa destinazione di operatori in servizio presso altre strutture ove non sono espletate attività indifferibili;
- stipulare un accordo regionale con gestori di strutture socio-sanitarie residenziali sulle forme di potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica atte a limitare il ricorso in ospedale.

E' compito delle ASL provvedere a :

- verificare la predisposizione da parte di AO, PO, Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie di un piano per garantire il massimo livello assistenziale durante la fase pandemia;
- valutare in accordo con le strutture di ricovero le possibilità di incremento di posti letto aggiuntivi nelle UO Malattie infettive e altre degenze in regime di emergenza;
- definire le modalità per garantire l'incremento di assistenza domiciliare medica ed infermieristica e le relative risorse;
- definire accordi per il monitoraggio dell'assistenza presso le RSA e dell'appropriatezza in caso di ricovero;
- diffondere le definizioni di caso ed protocolli diagnostici-terapeutici alle strutture sanitarie di ricovero e cura ed a quelle socio-sanitarie e monitoreranno in collaborazione con i MMG, i PLS e i Servizi di Emergenza Territoriale i percorsi di assistenza domiciliare e la loro applicabilità.

8. MESSA A PUNTO PIANI DI EMERGENZA PER ASSICURARE I SERVIZI SANITARI ED ALTRI SERVIZI ESSENZIALI

I servizi essenziali garantiscono il funzionamento della società. Oltre ai servizi sanitari, cruciali per ridurre morbosità e mortalità della pandemia, sono esempi di servizi essenziali la rete elettrica, idrica, i trasporti e le telecomunicazioni. Le considerazioni sugli effetti della pandemia sui servizi essenziali sono una parte importante della pianificazione, secondo le azioni seguenti:

- identificare il personale che può essere mobilitato per fornire assistenza sanitaria in caso di pandemia;
- sviluppare una lista di servizi essenziali;
- per ognuno dei servizi essenziali individuati, identificare il responsabile e mettere a punto piani di emergenza che includano le procedure per coprire le assenze durante la pandemia;
- per ogni servizio essenziale, compilare un elenco di persone la cui assenza pone in serio pericolo la sicurezza o interferisce pesantemente con la risposta alla pandemia. Il personale di questi servizi deve essere identificato come prioritario per la vaccinazione.

9. FORMAZIONE

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

L'attività formativa ha, pertanto, lo scopo di sviluppare la motivazione e il coinvolgimento degli operatori nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità, di potenziare le competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali, di favorire la condivisione del Piano e la sua applicazione operativa.

Secondo il PNP gli obiettivi formativi specifici "devono essere definiti sulla base dei compiti e dei bisogni formativi di ogni specifico target per il quale verrà progettato un programma di formazione ad hoc". Il piano di formazione regionale sarà elaborato secondo gli obiettivi definiti a livello nazionale:

Per la formazione a livello di ASL sono responsabili i Servizi di Epidemiologia e Prevenzione, le UO di Malattie Infettive, i Servizi di Emergenza Territoriale e gli uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità.

Considerato che il PNP indica la predisposizione di programmi di formazione specifici per ogni gruppo target, è prevista una base formativa unica che comprenda le caratteristiche della malattia e del suo agente causale, le misure di sorveglianza e controllo dell'infezione, la gestione dell'assistenza, le strategie di comunicazione, gli aspetti chiave dell'organizzazione, l'elaborazione e gestione di piani d'emergenza, le strategie di monitoraggio degli interventi.

Questa piattaforma verrà di volta in volta adattata ed integrata in relazione al contesto territoriale ed alle categorie di soggetti da formare.

Le figure professionali coinvolte nel percorso formativo sono, in particolare:

- operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari impegnati nelle seguenti attività:
 - prevenzione e sanità pubblica (inclusi i distretti socio-sanitari);
 - assistenza primaria;
 - assistenza specialistica;
 - assistenza farmaceutica;
 - emergenza e urgenza (comprese le associazioni di volontariato).
- personale selezionato dei servizi essenziali e afferente alle strutture operative del sistema protezione civile quali:
 - forze dell'ordine;
 - reti e servizi di pubblica utilità (energia, trasporti, distribuzione farmaci e alimenti, sistemi informatici, telecomunicazioni, ecc.);
 - vigili del fuoco, CNSAS e volontariato.

Per poter garantire che tutti gli operatori interessati siano adeguatamente formati sono stati previsti tre livelli di realizzazione dell'attività formativa che si attivino a cascata:

- nazionale/interregionale;
- regionale;
- locale.

Livello nazionale/interregionale

Questo livello è stato predisposto dal CCM-Ministero della Salute e dalle Regioni. Il percorso formativo comprende un corso nazionale e la predisposizione di materiale didattico standard scritto e/o elettronico a sostegno del processo formativo.

A livello nazionale/interregionale viene realizzata la formazione dei formatori per il livello regionale, mediante un idoneo modulo formativo nel quale il materiale didattico prodotto e i percorsi formativi precedentemente individuati vengono discussi e validati.

L'obiettivo è quello di creare una rete di formatori che assicuri la formazione a livello periferico su tutto il territorio.

Livello regionale

Le fasi regionale e locale sono coordinate dalle Regioni.

Le figure da esse individuate che partecipano alla fase nazionale/interregionale hanno il compito di adattare la struttura dei corsi e il materiale didattico e quindi di organizzare e condurre le attività formative del livello regionale.

A livello regionale, le ASL e le AO individueranno gli operatori di ogni realtà territoriale/aziendale che dovranno successivamente gestire i corsi di livello locale. Le persone che parteciperanno alla fase di formazione regionale dovranno acquisire le specifiche competenze didattiche che possano garantire la realizzazione del globale percorso formativo a livello locale.

I corsi locali verranno strutturati durante la fase regionale prevedendo anche l'uso di metodi educativi quali esercitazioni, simulazioni e lavori di gruppo che favoriscano gli scambi comunicativi tra i soggetti.

I corsi del livello regionale vengono accreditati centralmente dal Ministero della Salute.

L'OER, unitamente all'ASL e alle AO, predispone l'inserimento della preparazione alla pandemia influenzale fra gli obiettivi di formazione regionali a partire dall'anno 2008 e per gli anni successivi.

Livello locale

I corsi locali potranno essere organizzati a livello di ciascuna ASL, con l'obiettivo di raggiungere un numero più elevato possibile di soggetti appartenenti alle categorie individuate in accordo con i Piani regionali.

I corsi verranno organizzati e gestiti da operatori che hanno partecipato alla fase regionale utilizzando quando necessario anche le tecniche "a distanza" predisposte nella fase nazionale/interregionale.

Formazione		
Azioni	Fase	Responsabilità
Individuazione partecipanti fase nazionale	3	OER
Organizzazione fase regionale	3	OER
Individuazione partecipanti fase regionale	3	ASL
Organizzazione fase locale	3-4	ASL – AO

10. MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' E VALUTAZIONE DELLA EFFICACIA DELLE MISURE INTRAPRESE

L'OER, è responsabile di definire le indicazioni per la valutazione e la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.

Pertanto, entro 60 giorni dall'adozione del presente piano l'OER elabora un piano per il monitoraggio dell'attuazione delle attività stabilite dal piano e per la valutazione di efficacia delle misure che verranno intraprese per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale.

In particolare dovrà essere previsto il monitoraggio :

- dell'efficacia di campo delle misure di Sanità Pubblica intraprese;
- della sicurezza degli antivirali e del vaccino pandemico;
- dei dati di sorveglianza epidemiologica quali:
 - accessi al Pronto Soccorso;
 - assenteismo lavorativo e scolastico;
 - mortalità in un campione di comuni;
- delle attività dei CPA;
- delle attività di formazione.

11. PIANI PANDEMICI AZIENDALI

Ogni ASL deve provvedere entro 60 giorni dalla pubblicazione del Piano Pandemico Regionale alla redazione di un Piano Pandemico Aziendale .

Il Piano sarà redatto da un gruppo di lavoro, CPA, individuato dalla Direzione Generale cui afferiscano le UO interessate alla gestione della problematica in particolare il Dipartimento di Prevenzione con il SEP, SIMEL, SPISAL, i Servizi Veterinari, il Servizio Farmaceutico, i Distretti Sanitari, la Direzione Sanitaria di Presidio e le Aree di Coordinamento della Medicina di base.

All'interno del CPA dovrà essere individuato un Coordinatore, che sarà responsabile della stesura del piano pandemico aziendale la cui redazione dovrà tenere conto delle indicazioni del PRP.

Le Aziende Ospedaliere dovranno a loro volta elaborare un piano aziendale che riguardi specificatamente le attività di ricovero, diagnosi, trattamento e assistenza, e le attività di controllo della infezione in ambiente ospedaliero.

I Direttori Generali delle ASL e delle AO saranno, ciascuno per il proprio ambito, responsabili degli atti previsti dai piani aziendali in tutte le fasi prepandemiche e pandemiche.

I piani aziendali prima di essere attuativi dovranno essere validati dal CPR .