



# REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 139 LEGISLATURA N. VIII



seduta del 26/11/2007
delibera 1371

pag. 1
-----------

DE/ME/SO4 Oggetto: Piano pandemico regionale - Linee guida.  
0 NC

Prot. Segr.  
1589

L'anno duemilasette addì 26 del mese di novembre in Ancona presso la sede della Regione Marche si è riunita la Giunta Regionale regolarmente convocata:

- |                      |            |
|----------------------|------------|
| - Spacca Gian Mario  | Presidente |
| - Carrabs Gianluca   | Assessore  |
| - Giaccaglia Gianni  | Assessore  |
| - Mezzolani Almerino | Assessore  |
| - Minardi Luigi      | Assessore  |
| - Petrini Paolo      | Assessore  |

Sono assenti:

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| - Agostini Luciano  | Vice Presidente |
| - Amagliani Marco   | Assessore       |
| - Ascoli Ugo        | Assessore       |
| - Marcolini Pietro  | Assessore       |
| - Pistelli Loredana | Assessore       |

Essendosi in numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Spacca Gian Mario che dichiara aperta la seduta alla quale assiste il Segretario della Giunta regionale Brandoni Bruno.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.  
Riferisce in qualità di relatore: L'Assessore Mezzolani Almerino.

### NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente  
del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



**OGGETTO: PIANO PANDEMICO REGIONALE - LINEE GUIDA -**

**LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTO** il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

**VISTA** l'attestazione della copertura finanziaria di cui all'articolo 48 della legge regionale 11 dicembre 2001, n. 31;

**VISTA** la proposta del dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

**VISTO** l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

**DELIBERA**

di approvare le linee guida relative al "PIANO DI PREPARAZIONE E RISPOSTA AD UNA PANDEMIA INFLUENZALE", così come previsto nella seduta della Conferenza Permanente per i rapporti fra Stato, Regioni e Province Autonome del 09.02.2006, allegate al presente atto e che ne forma parte integrante e sostanziale. (Allegato A).

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**  
Dott. Bruno Brandoni

*B. Brandoni*

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**  
Dott. Gian Mario Spacca

*G. M. Spacca*

*11*



seduta del  
26 NOV 2007  
1371

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La Conferenza Permanente per i rapporti fra Stato, Regioni e Province Autonome nella seduta del 9 febbraio 2006 ha approvato il Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PPN): tale documento 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, stilato secondo le indicazioni dell'OMS del 2005, aggiorna e sostituisce il precedente Piano Italiano Multifase per una Pandemia Influenzale, pubblicato nel 2002. Esso rappresenta il riferimento nazionale in base al quale i Piani operativi regionali dovranno far riferimento. Il Piano si sviluppa secondo le sei fasi pandemiche dichiarate dall'OMS, prevedendo per ogni fase e livello, obiettivi ed azioni. L'operatività del Piano sarà valutata con esercitazioni nazionali e regionali, cui parteciperanno tutte le istituzioni coinvolte in caso di pandemia.

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 la 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.

Gli obiettivi, comuni al PPN e ai piani regionali sono i seguenti:

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.

La Regione Marche con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 30 del 13.02.06 ha costituito il Comitato Pandemico Regionale il quale ha elaborato la bozza del Piano Pandemico Regionale allegato al presente atto.

Il presente piano verrà revisionato periodicamente in un'ottica di continuo miglioramento ed adattamento dell'organizzazione regionale al contesto epidemiologico che andrà progressivamente proponendosi. Entro 180 giorni dall'approvazione il presente piano dovrà essere implementato su tutto il territorio regionale.

Per quanto sopra esposto, si propone di approvare le linee guida relative al "PIANO DI PREPARAZIONE E RISPOSTA AD UNA PANDEMIA INFLUENZALE" allegate al presente atto e che ne forma parte integrante e sostanziale (Allegato A).

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Patrizio Bacchetta

*Patrizio Bacchetta*  
Posizione di Funzione Sanità Pubblica

VISTO

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Dr. Giuliano Tagliavento

*Giuliano Tagliavento*

*le*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

Dr. Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. 33 pagine, di cui n. 29 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**

Dott. Bruno Brandoni

Y



**ALLEGATO A**

**Piano di  
Preparazione e Risposta  
ad una Pandemia Influenzale  
- Regione Marche -**

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*



## **1 - Introduzione**

- 1.1 - Fasi pandemiche, OMS 2005
- 1.2 - Scenari di impatto nelle Marche

## **2 - Aspetti organizzativi**

- 2.1 - Compiti del Servizio Salute della Regione
- 2.2 - Compiti del Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie (GORES)
- 2.3 - Compiti della Rete Epidemiologica Marche (REM)
- 2.4 - Compiti dell'ASUR
- 2.5 - Compiti delle Aziende Ospedaliere e INRCA
- 2.6 - Compiti del Dipartimento delle Politiche Integrate di Sicurezza per la Protezione Civile (DPISPC)

## **3 - Azioni di Sorveglianza**

- 3.1 - Sorveglianza epidemiologica
- 3.2 - Sorveglianza virologica

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

- 4.1 - Vaccinazione di massa
  - 4.1.1 - Stoccaggio dei vaccini
  - 4.1.2 - Registrazione delle vaccinazioni
- 4.2 - Isolamento dei malati
- 4.3 - Quarantene dei contatti
- 4.4 - Farmaci antivirali
- 4.5 - Precauzioni personali di sanità pubblica
  - 4.5.1 - Misure nei confronti degli operatori sanitari
- 4.6 - Aumento delle distanze sociali

## **5 - Azioni di trattamento e assistenza**

- 5.1 - Protocollo diagnostico terapeutico

## **6 - Formazione degli operatori sanitari**

- 6.1 - Livello nazionale/interregionale
- 6.2 - Livello regionale
- 6.3 - Livello locale

## **7 - Strategie di comunicazione**

- 7.1 - Comunicazione interna
- 7.2 - Comunicazione esterna
  - 7.2.1 - Fasi comunicative

## **8 - Piani Pandemici Zonali/Aziendali**

## **9 - Monitorare l'attuazione delle attività e valutare l'efficacia delle misure intraprese**

## **10 - Cronoprogramma delle attività**

*h*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

Elenco delle abbreviazioni

AO = Azienda/e Ospedallera/e  
ASUR = Azienda Sanitaria Unica Regionale  
CAPI = Centro Assistenziale Pronto Intervento  
CCM = Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie  
CDC = Centers for Disease Control and Prevention  
CNESPS = Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute  
CNSAS = Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico  
COR = Comitato Operativo Regionale  
CPR = Comitato Pandemico Regionale  
CPZ = Comitato Pandemico Zonale  
DGR = Decreto della Giunta Regionale  
DPGR = Decreto del Presidente della Giunta Regionale  
DPI = Dispositivi di Protezione Individuale  
DPISPC = Dipartimento delle Politiche Integrate di Sicurezza per la Protezione Civile  
GORES = Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie  
ILI = Influenza Like Illness  
INRCA = Istituto Nazionale di Ricerca Ricovero e Cura per Anziani  
IRA = Infezioni Respiratorie Acute  
ISS = Istituto Superiore di Sanità  
IZSUM = Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria Marche  
MCA = Medici di Continuità Assistenziale  
MMG = Medici di Medicina Generale  
OMS (WHO) = Organizzazione Mondiale della Sanità  
PC = Protezione Civile  
PF = Posizione di Funzione  
PFP = Piano Formazione Pandemia  
PLS = Pediatri di Libera Scelta  
PPN = Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale  
PS = Pronto Soccorso  
REM = Rete Epidemiologica Regionale  
SISP = Servizio di Igiene e Sanità Pubblica  
SOUP = Sala Operativa Unificata Permanente  
SPPA = Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale  
SPSAL = Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti e Luoghi di Lavoro  
SSA = Servizio Sanità Animale  
SSR = Sistema Sanitario Regionale  
UO = Unità Operativa  
ZT = Zona/e Territoriale/i

*ba*

*y*



## 1 - Introduzione

Il Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PPN), approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti fra Stato, Regioni e Province Autonome il 9 febbraio 2006 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. Lo strumento utilizzato è l'identificazione di una serie di azioni chiave mediante le quali il sistema sanitario, inteso nella sua interpretazione più estensiva, venga messo in condizione di dare una risposta adeguata ed efficace.

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 la 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.

Gli obiettivi, comuni al PPN e ai piani regionali sono i seguenti:

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 agglomerate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico
6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

La Regione Marche ha già identificato (DPGR 13 febbraio 2006 n. 30/PRES) il Comitato Pandemico Regionale (CPR) che ha elaborato questo Piano Pandemico Regionale.

Il presente piano verrà revisionato periodicamente in un'ottica di continuo miglioramento ed adattamento dell'organizzazione regionale al contesto epidemiologico che andrà progressivamente proponendosi. Entro 180 giorni dall'approvazione il presente piano dovrà essere implementato su tutto il territorio regionale.

*lu*

*y*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

F 1371

1.1 - Fasi pandemiche, OMS 2005

Tabella 1.1 – Periodo, fasi pandemiche e relativi obiettivi di sanità pubblica

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

\* La distinzione tra fase 1 e fase 2 è basata sul rischio di infezione nell'uomo o malattia risultante da ceppi circolanti in animali. La distinzione deve essere basata su vari fattori e sulla loro importanza relativa in accordo con le conoscenze scientifiche correnti. I fattori possono includere: patogenicità negli animali e negli uomini; presenza in animali domestici e allevamenti o solamente nel selvatico; Se il virus è enzootico o epizootico, geograficamente limitato o diffuso; altre informazioni dal genoma virale; e/o altre conoscenze scientifiche.

La distinzione tra fase 3, fase 4 o fase 5 è basata sulla valutazione del rischio di pandemia. Possono essere considerati vari fattori e la loro relativa importanza, in accordo con le conoscenze scientifiche correnti. I fattori possono includere: tasso di trasmissione; la localizzazione geografica e la diffusione; severità della malattia; presenza di geni provenienti da ceppi umani (se derivato da un ceppo animale); altre informazioni dal genoma virale; e/o altre informazioni scientifiche.

*lu*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1 371

## 1.2 - Scenari di impatto nelle Marche

In caso di emergenza di un virus influenzale pandemico, sono ipotizzabili molti scenari di diffusione, che dipendono da una serie di fattori imprevedibili (stagionalità, caratteristiche biologiche del virus, origine geografica della pandemia, ecc.); pertanto un'accurata e dettagliata previsione di quello che potrà accadere in corso di pandemia risulta essere molto complessa. L'utilizzo di modelli matematici consente di effettuare stime sui livelli di impatto di una pandemia indicando anche un range di minima e massima dei parametri esaminati. Queste stime sono molto utili nella programmazione anche se costituiscono una previsione basata su assunzioni teoriche e la realtà potrebbe differire di molto dai modelli elaborati.

Un gruppo di lavoro coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ha prodotto un documento (Scenari di diffusione e controllo di una pandemia influenzale in Italia - Rapporti ISTISAN 06/33) in cui viene sviluppato un modello matematico per una possibile pandemia in Italia. Il modello è in grado di approfondire gli aspetti legati alla eventuale diffusione di una nuova pandemia non solo in termini di casi attesi, ma anche valutando l'impatto degli interventi delineati nel Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.

È stato assunto un  $R_0$  (numero riproduttivo di base = numero medio di nuovi casi di infezione causati da un singolo soggetto infetto nel corso del suo intero periodo di infettività quando la popolazione è completamente suscettibile) della influenza pandemica pari ad 1,8 e un tasso di attacco complessivo del 35%. Le misure preventive considerate hanno incluso la vaccinazione (due dosi di vaccino pandemico, o una dose di un vaccino antigenicamente simile pre-pandemico seguito da una dose di vaccino pandemico), la profilassi con antivirali e la riduzione delle distanze sociali attraverso la chiusura di scuole, luoghi di lavoro, altri luoghi di ritrovo.

Tali misure sono state valutate in termini di impatto, sia singolarmente che in maniera combinata, in modo da stimarne l'effetto in termini di riduzione del numero di casi e di numero di persone trattate.

Applicando alla struttura di popolazione delle Marche i tassi di attacco in assenza di intervento per classi di età, così come riportati nello studio in questione, è stato possibile stimare l'impatto regionale di un'eventuale pandemia, con le medesime assunzioni fatte per il modello nazionale rispetto a quei parametri che vengono fissati a priori ma che potrebbero assumere nella realtà valori molto differenti, scostando notevolmente l'impatto teorico da quello reale (Tabella 1.2).

I risultati dello studio nazionale mostrano che, in assenza di interventi, il picco epidemico verrebbe raggiunto dopo circa quattro mesi dalla importazione dei primi casi e, ipotizzando che la diffusione avvenga in un'unica ondata, l'epidemia si estinguerebbe nell'arco di circa 7 mesi. Di fatto, l'esperienza europea e nazionale delle precedenti pandemie mostra che l'influenza si è diffusa in due ondate, che hanno interessato due stagioni invernali, con il maggiore impatto durante la seconda.

Il risultato principale scaturito dalle simulazioni è la necessità di combinare tra di loro le diverse strategie. Infatti, nessuno degli interventi utilizzati individualmente è risultato davvero efficace nel contenere la pandemia, visto che il tasso di attacco cumulativo, nella migliore delle ipotesi (cioè l'associazione del vaccino pre-pandemico e pandemico), diminuisce solo del 35% al 24%. Al contrario, associando tutte le misure e utilizzando il vaccino pre-pandemico, il tasso di attacco si riduce al 10%, simile, quindi, a quanto osservato durante le epidemie stagionali.

Le simulazioni presentate nel rapporto nazionale indicano che è possibile mitigare l'effetto della pandemia con le misure descritte, ma solo ed esclusivamente in presenza di una precisa organizzazione al livello territoriale e regionale, poiché tempistica e qualità degli interventi risultano essenziali.

Applicando il software FluSurge 2.0 (elaborato dai CDC statunitensi) è possibile la stima dell'impatto di una pandemia sulla capacità assistenziale degli ospedali per acuti (numero di ospedalizzazioni, mortalità ospedaliera, ricoveri in terapia intensiva e utilizzo di ventilatori meccanica). Per l'utilizzo del software alcuni parametri sono stati supposti al fine di stimare l'impatto di una pandemia nel caso del peggior scenario consentito dal programma stesso, ipotizzando una singola ondata pandemica di 12 settimane con lo stesso tasso di attacco del 35%.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

Il modello applicato alla realtà regionale mostra il picco di ospedalizzazioni nel corso della settima settimana di pandemia, con un numero massimo di ricoveri che superano le 1300 unità. Si stimano complessivamente circa 9000 ospedalizzazioni. Nella settimana di maggiore afflusso circa 300 persone necessiterebbero del ricovero in terapia intensiva e molte di queste ammissioni richiederebbero l'utilizzo di respiratori meccanici. Una simile pandemia potrebbe essere responsabile di circa 2000 morti (numero minimo 1362, numero massimo 2998).

Sulla base di queste stime, si può supporre che, nel corso di una pandemia a impatto grave, il Sistema Sanitario Regionale (SSR) e, in particolare, le unità di terapia intensiva, potrebbe trovarsi in difficoltà durante il picco epidemico per la durata di 2-3 settimane e sarebbe costretto a ricorrere alle strategie previste per le emergenze di grande impatto.

Tabella 1.2 - Ipotesi teorica di scenario pandemico- Numero di casi settimanali nella regione Marche in assenza di intervento per classi di età applicando i tassi di attacco settimanali del modello nazionale

Settimana	Classi di età						Tot
	0-2	3-14	5-18	19-39	40-64	> 65	
5	0	0	0	0	0	0	0
6	0	16	5	43	0	0	64
7	4	48	16	43	50	0	161
8	12	143	38	172	149	34	548
9	28	349	98	429	398	102	1404
10	67	809	240	1030	994	272	3412
11	142	1588	481	2180	2137	578	7124
12	264	2778	879	4122	4028	1121	13188
13	457	4711	1501	7084	6908	1971	22633
14	780	7630	2462	11678	11481	3296	37307
15	1158	10786	3825	17846	17495	5131	55841
16	1612	12595	4460	22928	23061	6967	71522
17	1858	12119	4514	24903	25387	8020	78611
18	1532	9882	3837	22799	23658	7782	69490
19	1228	7106	2839	18076	19038	6525	64809
20	886	4879	1800	12881	13718	4860	38823
21	587	2903	1190	8458	9095	3330	25563
22	385	1697	704	5238	5668	2141	15813
23	217	952	398	3091	3380	1291	9329
24	122	523	218	1760	1838	748	5310
25	67	270	116	945	1044	408	2847
26	35	143	60	515	547	238	1638
27	20	79	33	258	298	136	824
28	12	32	16	129	149	68	406
29	4	16	11	88	99	34	250
30	4	16	5	43	50	34	152
31	0	0	0	0	0	0	0
Totale	11138	81886	28857	189546	170773	55887	515067

lu



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

## 2 - Aspetti organizzativi

Nei periodi interpandemico e di allerta pandemico, corrispondenti alle fasi 1, 2, 3, 4 e 5 della classificazione OMS, poiché le decisioni e i provvedimenti attengono specificatamente l'ambito sanitario, l'emaneazione di disposizioni per l'indirizzo e la verifica degli interventi alle Direzioni Generali dell'ASUR e delle Aziende Ospedaliere (AO) compete al Servizio Salute della Regione.

Nel periodo pandemico (fase 6) o, comunque, nella eventualità di dichiarazione dello stato di emergenza ai sensi dell'art. 5 comma 1 della legge n. 225/92 di competenza del Presidente del Consiglio dei Ministri, si possono innescare problematiche non esclusivamente sanitarie dipendenti dallo stato di emergenza creato dall'impatto della pandemia. In questo caso il Presidente della Giunta Regionale assume il coordinamento delle operazioni informando anche gli assessori e i dirigenti competenti. Tutte le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza sono svolte dai comitati operativi della Protezione Civile che saranno integrati dal Servizio Salute regionale e dall'ASUR per quanto di competenza.

### 2.1 - Compiti del Servizio Salute della Regione

Il Servizio Salute della Regione, in tutte le fasi pandemiche, svolge il ruolo di indirizzo delle attività legate alla pandemia influenzale per quanto riguarda l'ambito sanitario. Il Servizio Salute, mediante le sue Posizioni di Funzione, mantiene i contatti con il livello centrale: Ministero della Salute, CCM, Istituto Superiore di Sanità, altre Regioni. Nell'ambito della Regione mantiene i contatti con la Giunta e con la Protezione civile regionali e soprattutto con il GORES, con la Direzione dell'ASUR, le AO e l'INRCA, con le Zone Territoriali, con le Prefetture e tutte le altre Istituzioni, per quanto di competenza, favorendo una efficace comunicazione interna.

Il Servizio Salute della Regione, ai sensi della Legge 833/1978, propone al Presidente della Giunta Regionale la adozione di provvedimenti rivolti a tutti gli Enti o Aziende della Regione.

### 2.2 - Compiti del Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie (GORES)

Il GORES è stato costituito dalla DPGR 17 febbraio 2004 n. 49, unificando Nuclei Operativi precedentemente formalizzati, al fine di fronteggiare "problematiche connesse all'organizzazione della risposta nelle maxi-emergenze, relativamente a rischi di diversa natura".

Nell'ambito del GORES, la DPGR 13 febbraio 2006 n. 30/PRES ha individuato un Comitato Pandemico Regionale (CPR) con specifici compiti di "progettazione e coordinamento delle attività previste dal piano pandemico nazionale nel territorio regionale".

Il GORES mediante il CPR:

- predisporre i documenti tecnici e le linee guida operative previste dal presente piano regionale;
- validare i piani pandemici zionali di cui al punto 8;
- fornisce il supporto tecnico per quanto di propria competenza per i decisori di volta in volta interessati (Presidente della Giunta Regionale, Assessore alla Sanità, Direttore della Protezione Civile, Direttore dell'ASUR, ecc.);
- provvede, direttamente o delegando le unità operative direttamente coinvolte, alla verifica dell'attuazione del piano;
- fornisce indicazioni sull'utilizzo del volontariato di protezione civile in raccordo con le associazioni della componente socio-sanitaria;
- collabora alla attuazione della formazione degli operatori sanitari e del volontariato di cui al punto precedente;
- stabilisce e coordina eventuali azioni, anche non esplicitate nel presente piano, indispensabili per aumentare il livello di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale;

u



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

- predispone l'aggiornamento del presente piano ogni volta che le indicazioni nazionali o l'evoluzione epidemiologica della malattia lo richiedano
- collabora con il livello nazionale per l'effettuazione di eventuali esercitazioni
- fornisce indicazioni per la valutazione e la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.

In caso di dichiarazione dello stato di emergenza, il CPR assume le funzioni di comitato tecnico scientifico a supporto del Comitato Operativo Regionale del Sistema di Protezione Civile istituito ai sensi della L.R. 32/2001.

### 2.3 - Compiti della Rete Epidemiologica Marche (REM)

La REM, istituita con la DGR 27 luglio 2004 n. 866, ha, fra gli altri, il compito di "supportare le funzioni di governo e gestione del SSR a livello regionale e locale" garantendo in particolare "la gestione diretta dei flussi informativi relativi alle conoscenze sui bisogni e sui rischi per la salute".

Sono pertanto affidati alla REM i seguenti compiti:

1. progettazione ed implementazione di un sistema di rilevazione di dati di assenteismo scolastico, lavorativo, ricoveri ospedalieri e mortalità.
2. Monitoraggio attraverso dati di sorveglianza dell'efficacia di campo delle misure di sanità pubblica intraprese, degli antivirali e del vaccino pandemico.
3. Supporto nella gestione delle indagini epidemiologiche sui casi di malattia.
4. Collaborazione alla predisposizione e aggiornamento di piani di comunicazione con relativo materiale informativo di cui al punto 7.2.1
5. Supporto nell'educazione sanitaria alla popolazione e alla formazione del personale per quanto di competenza.

Visto il ruolo della REM nella gestione della pandemia, il Coordinatore della REM diviene componente effettivo del GORES e del CPR.

### 2.4 - Compiti dell'ASUR

L'ASUR, insieme alle AO per quanto di competenza, è titolare di tutte le attività di prevenzione, diagnosi e terapia dell'influenza pandemica.

L'ASUR ha mandato a ciascuna ZT di identificare un Comitato Pandemico Zonale (CPZ) e di elaborare un Piano Zonale di Risposta alla Pandemia Influenzale entro 120 giorni dalla pubblicazione del piano regionale e conforme alle linee guida per la stesura dei piani pandemici zionali (punto 8).

Dalla fase 4 e per le successive, poiché si ravvisa la necessità di un più stretto coordinamento fra livello centrale e livello locale, i referenti dei CPZ vengono convocati dal CPR per coordinare l'attuazione dei piani zionali e la gestione delle eventuali emergenze di natura assistenziale.

### 2.5 - Compiti delle Aziende Ospedaliere e INRCA

Le Aziende Ospedaliere (AO) hanno funzione di ricovero e cura dei malati di influenza nei casi in cui questo risulti necessario e applicando le specifiche Indicazioni regionali.

Ogni AO dovrà elaborare un proprio piano pandemico aziendale entro 90 giorni dalla pubblicazione del piano regionale e conforme alle Linee guida per la stesura dei piani pandemici aziendali/zionali (punto 8).

lc



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

~~1371~~

## 2.6 - Compiti del Dipartimento delle Politiche Integrate di Sicurezza per la Protezione Civile (DPISPC)

Il Direttore del Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la Protezione Civile:

- Attraverso la SOUP (Sala Operativa Unificata Permanente) garantisce e mantiene flussi attivi e costanti di comunicazioni con la sala operativa nazionale del Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Convoca il Comitato Operativo Regionale (COR).
- Mantiene in costante attività il CPR e, laddove ritenuto opportuno, coinvolge gli ulteriori componenti del GORES interessati dalla tipologia dell'evento e non già attivati con il CPR.
- Mantiene costanti contatti con Comuni, Comitati Provinciali, Prefetti.
- Attiva gli interventi urgenti che si rendono di volta in volta necessari e assicura, anche attraverso l'attivazione del CAPI (Centro Assistenziale Pronto Intervento), i materiali assistenziali e di pronto intervento necessari.
- Valuta ed attua tutte le misure a tutela della popolazione, per la prosecuzione dei servizi pubblici essenziali e per l'identificazione di luoghi di ricovero speciali.
- Attua un continuo monitoraggio della situazione con particolare attenzione alla prosecuzione dell'attività delle strutture sensibili e strategiche.
- Diffonde notizie ed informazioni utili alle popolazioni coinvolte in accordo con i piani di comunicazione (punto 7).
- Attiva le organizzazioni di volontariato secondo le unità e le specializzazioni richieste nelle operazioni di soccorso.

la

y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### 3 - Azioni di Sorveglianza

#### 3.1 - Sorveglianza epidemiologica

Con il Decreto del Dirigente della Posizione di Funzione Sanità Pubblica n. 5 SAP-04 DEL 20.02.2006 sono state approvate le "Linee guida di sanità pubblica in caso di influenza aviaria".

Questo documento integra, per gli aspetti di sanità pubblica, le istruzioni del "manuale operativo in caso di influenza aviaria", redatto dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, già diffuso ed adottato come riferimento regionale. Nelle Linee guida sono state descritte le modalità di ricerca, conferma e gestione di casi in cui venga sospettata o accertata l'infezione umana da parte di virus aviari.

Queste linee guida sono state elaborate partendo da un documento predisposto dal Coordinamento Interregionale Malattie Infettive e Vaccinazioni e sono applicabili durante tutto il periodo di allerta pandemico (fasi 3-5). Invece, queste stesse indicazioni, nelle parti che riguardano la gestione degli esposti e dei casi, non sono applicabili qualora fossimo in una situazione di pandemia.

Le Marche hanno aderito sin dall'inizio al sistema di Sorveglianza Epidemiologica e Virologica dell'Influenza (FLU-ISS) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Tale sistema, coordinato dalla P.F. Sanità Pubblica della Regione, va continuato e, se necessario, potenziato sulla base delle indicazioni nazionali.

Il PPN prevede al punto 7.1, anche di:

- rilevare settimanalmente il numero di accessi al PS e il numero di ricoveri in un campione di comuni
- rilevare settimanalmente la mortalità totale in un campione di comuni
- definire i protocolli per la sorveglianza sentinella dei tassi di assenteismo lavorativo e scolastico in alcuni siti selezionati (es. grandi fabbriche, allevamenti avicoli e scuole ubicati in diverse aree del paese).

Il rilevamento di questi indici è affidato alla REM che si avvale della collaborazione di tutte le strutture competenti per i dati richiesti collaborando, quando previsto, con il livello centrale.

Per quanto riguarda la sorveglianza epidemiologica del cluster di sindrome influenzale potenzialmente attribuibile a virus pandemico e dei cluster di morti inattese per sindrome influenzale (ILI) e infezioni respiratorie acute (IRA) in strutture di ricovero e cura, è compito della REM in collaborazione con i SISP le Direzioni Sanitarie di Presidio e i Distretti Sanitari, recepire ed attuare i protocolli nazionali, quando verranno diffusi.

La REM concorderà con la PF Sanità Pubblica della Regione la frequenza dei rilevamenti in relazione alle fasi pandemiche e le modalità di trasmissione, raccolta e diffusione dei dati.

#### 3.2 - Sorveglianza virologica

Il laboratorio di riferimento regionale per quanto riguarda le indagini sui virus influenzali nell'uomo è quello della SOD Virologia, Dipartimento delle Specialità Mediche, Istituto di Microbiologia e Scienze Biomediche, Università Politecnica delle Marche - Polo Ospedaliero Universitario - Torrette di Ancona.

Per quanto riguarda i virus aviari, il sistema di sorveglianza è stato istituito già dal 2002 (DGR 10/12/2002 n. 2175) e rinnovato annualmente (ultimo: Decreto del Dirigente della P.F. Veterinaria e Sicurezza Alimentare n. 298 del 20/12/2006). Il laboratorio di riferimento è quello dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche.

Azioni di sorveglianza		
Azioni	Fase	Responsabilità
Sorveglianza ILI con medici sentinella	3-5	PF Sanità Pubblica Regione
implementazione e gestione flussi informativi (accessi PS, ricoveri, mortalità, assenteismo)	3-6	REM - PF Sanità Pubblica Regione
Sorveglianza cluster polmoniti	3-5	REM
Sorveglianza virologica umana	1-6	SOD Virologia della Università Politecnica Marche
Sorveglianza virologica aviaria	1-6	IZS Umbria-Marche



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

L'influenza si propaga da una persona all'altra in due modi: mediante goccioline (droplets) di maggiori dimensioni che passano da un soggetto all'altro con la tosse o gli starnuti, e mediante contatto diretto e indiretto. La trasmissione per contatto si verifica, ad esempio, quando una persona infetta tossisce o starnuta nel palmo della sua mano e successivamente stringe la mano ad altre persone che poi si toccano il naso. Considerando che il virus può sopravvivere per un tempo relativamente breve nell'ambiente, la trasmissione si può anche verificare dalla recente contaminazione di oggetti inanimati quali fazzoletti o asciugamani. La diffusione del virus mediante droplets sottili o aerosol si può verificare ma è più rara e di gran lunga meno importante. Verosimilmente è limitata ai servizi sanitari dove è provocata dalle procedure mediche che generano aerosol.

Sulla base delle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dell'influenza, le azioni chiave per ridurre l'impatto della pandemia ritenute efficaci sono le seguenti:

- vaccinazione di massa
- isolamento dei malati (ospedaliero o domiciliare)
- quarantena dei contatti
- utilizzo di farmaci antivirali
- adozione di precauzioni personali di sanità pubblica (non farmacologiche)
- aumento delle distanze sociali

##### 4.1 - Vaccinazione di massa

La vaccinazione è sicuramente l'azione più efficace per limitare l'impatto di una pandemia, tuttavia è poco probabile che un vaccino efficace sia disponibile precocemente.

Con le conoscenze attuali un vaccino pandemico non potrà essere disponibile prima di 3-5 mesi dall'inizio della pandemia, anche se questo intervallo potrà diminuire con il progredire della tecnologia. In aggiunta, anche quando il vaccino sarà pronto, verosimilmente il quantitativo disponibile sarà limitato ed insufficiente per l'intera popolazione.

Attualmente la strategia vaccinale è in fase di revisione per la prossima disponibilità di vaccini pre-pandemici. Questi ultimi, costituiti da ceppi virali simili ma non identici al virus pandemico, sarebbero in grado di fornire un certo livello di immunità alla popolazione senza dover attendere la preparazione del vaccino specificatamente diretto contro il virus pandemico. Ovviamente l'efficacia di questa strategia è teorica, in quanto dipende interamente dalle caratteristiche del virus pre-pandemico e pandemico. Anche in questo caso, comunque, il vaccino difficilmente sarebbe disponibile per l'intera popolazione.

Tutto questo fa in modo che, con ogni probabilità, dovremo essere pronti a fronteggiare la prima fase della pandemia senza vaccino e, verosimilmente, con quantitativi insufficienti di farmaci antivirali.

Indipendentemente da questo, la vaccinazione resta uno dei punti fermi nella limitazione dell'impatto di una pandemia.

Le procedure di acquisto dei vaccini, vengono gestite direttamente dal Ministero della Salute. La P.F. Sanità Pubblica della Regione tiene i contatti con il Ministero della Salute per tutte le attività riguardanti l'acquisto dei vaccini.

Il PPN identifica 6 categorie cui offrire la vaccinazione con vaccino pandemico elencandole in ordine di priorità. Tuttavia le categorie sono molto generiche e non viene fatta alcuna distinzione all'interno di ciascuna di esse, pur esistendo evidenti differenze di priorità. A livello nazionale è in corso la definizione e la classificazione dei servizi essenziali, frutto dell'accordo fra Ministero della Salute, altri Ministeri e Aziende Nazionali (fornitura elettricità, trasporti, acqua, telecomunicazioni, sicurezza, ecc.). In attesa di questo, il Servizio Salute della Regione, visti anche i piani pandemici zionali, effettuerà una stima del fabbisogno da

DL



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

trasmettere al Ministero della Salute. Una volta definiti con chiarezza a livello nazionale i criteri di inclusione nelle categorie prioritarie, il CPR fornirà alle ZT le istruzioni per la compilazione di elenchi nominativi di soggetti da vaccinare.

La P.F. Sanità Pubblica del Servizio Salute della Regione funge da centro di indirizzo e coordinamento per tutte le attività relative alle vaccinazioni da attuare da parte dei Dipartimenti di Prevenzione, sulla base degli indirizzi forniti a livello nazionale.

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono responsabili per la gestione e la somministrazione del vaccino a livello zonale basandosi sulle indicazioni regionali.

Nelle fasi 4-6 la somministrazione del vaccino al personale dei servizi di ricovero e cura viene effettuata dalle direzioni sanitarie di presidio e dai distretti per il personale delle Strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie.

#### 4.1.1 - Stoccaggio dei vaccini

Sedi idonee allo stoccaggio di sufficienti quantitativi di vaccino sono già presenti presso le ZT. L'ASUR ha il compito di identificare, entro 30 giorni dall'adozione del presente piano, da due a quattro sedi idonee allo stoccaggio di grandi quantitativi di vaccino da utilizzare nel momento in cui questo si renda necessario.

#### 4.1.2 - Registrazione delle vaccinazioni

Nell'ambito del sistema informativo regionale per i dipartimenti di prevenzione verrà previsto un apposito spazio da implementare contemporaneamente al sistema di gestione delle vaccinazioni ordinarie già individuato come prioritario nell'ambito del progetto.

Sulla base delle indicazioni nazionali e del CPR il database verrà completato e aggiornato al momento opportuno con gli elenchi nominativi dei soggetti da vaccinare sulla base delle categorie individuate come prioritarie. Questo renderà più rapida e agevole l'attività considerando la necessità di vaccinare e registrare un elevato numero di soggetti in poco tempo.

#### 4.1.3 Farmacovigilanza

I dati di farmacovigilanza relativi al vaccino utilizzato in caso di pandemia saranno monitorati a livello regionale secondo le modalità e l'organizzazione già in vigore. La P.F. Sanità Pubblica della Regione ha il compito di mantenere attivo un adeguato scambio di informazioni per garantire una adeguata comunicazione con tutti gli operatori interessati.

Vaccinazione		
Azioni	Fase	Responsabilità
Approvvigionamento vaccino pandemico	5-6	P.F. Sanità Pubblica Regione - Ministero Salute
Stoccaggio vaccino pre-pandemico e pandemico	3-6	ASUR - ZT
Indirizzo e coordinamento attività di vaccinazione	1-6	PF Sanità Pubblica Regione - CPR
Effettuazione vaccinazioni con vaccino pre-pandemico o pandemico	4-6	SISP - Direzioni San Presidio - Distretti
Predisposizione database per registrazione vaccinazioni	3-6	PF Sanità Pubblica Regione
Farmacovigilanza	3-6	Responsabile regionale farmacovigilanza



#### 4.2 - Isolamento dei malati

L'isolamento può essere attuato in casa o in ambiente ospedaliero, a seconda della gravità dei sintomi o della disponibilità di strutture di ricovero.

L'obiettivo dell'isolamento è quello di ridurre la trasmissione del virus riducendo il contatto tra soggetti malati e soggetti sani.

Nelle fasi inter pandemica e di allerta pandemico considerato che:

- è scarsamente accettabile che una persona con sospetta influenza di ceppo di derivazione aviaria o, comunque, legato al rischio pandemico possa rimanere a casa in stretto contatto con altre persone;
- in queste fasi il numero di casi sospetti è limitato;
- si dispongono di sistemi di diagnosi di esclusione e accertamento molto rapidi;
- in ambiente ospedaliero la effettuazione dei prelievi di campioni clinici nel rispetto delle misure di prevenzione è più agevole in quanto effettuata da personale appositamente addestrato,

il supporto per l'isolamento è garantito dalle Unità Operative di Malattie Infettive e di Malattie dell'Apparato Respiratorio.

L'isolamento in stanze a pressione negativa non è ritenuto necessario, tuttavia nelle fasi di allerta 3, 4 e 5 è opportuno che i malati siano isolati in ambienti che garantiscano le precauzioni per via aerea fino all'esaurimento della disponibilità di letti e, successivamente, in stanze che consentano comunque l'adozione di precauzioni per la trasmissione mediante droplets.

Il personale di assistenza dovrà osservare, oltre alle precauzioni standard, quelle da contatto e quelle per trasmissione aerogena o, almeno, per trasmissione mediante droplets.

In fase pandemica conclamata, i malati che non richiedano ospedalizzazione possono essere invitati a restare volontariamente a casa per il periodo di infettività: circa 7-10 giorni dalla comparsa dei sintomi.

L'isolamento può essere attuato nella propria casa o in quella di parenti o amici.

L'isolamento domiciliare volontario dei soggetti con sintomatologia non critica garantisce una migliore assistenza e una minore diffusione del virus.

In questi casi sarà fondamentale il compito del personale di assistenza territoriale e dei MMG che dovranno garantire in modo coordinato l'informazione e l'assistenza ai soggetti in isolamento e ai loro familiari facilitando la soluzione dei problemi che tale pratica comporta.

Linee di indirizzo dettagliate sull'isolamento dei casi verranno fornite dal CPR appena dichiarata la fase 4 e nelle fasi successive secondo le necessità emergenti dall'evoluzione della situazione epidemiologica.

#### 4.3 - Quarantena dei contatti

L'applicazione delle misure di quarantena per gli individui provenienti da paesi in cui si sono verificati casi di influenza di ceppo a rischio pandemico sembra non avere un ruolo di grande rilievo, viste le caratteristiche virologiche ed epidemiologiche della malattia.

In ogni caso, le indicazioni per quanto riguarda i viaggiatori provenienti da aree a rischio verranno date dagli organismi internazionali e dal Ministero della Salute. Il CPR recepisce le indicazioni e le trasmette a tutte le strutture regionali competenti.

Al contrario, la quarantena domiciliare volontaria dei contatti dei casi, se messa in pratica nelle prime fasi dell'epidemia e associata all'uso dei farmaci antivirali, può costituire una misura efficace nel ritardare la diffusione del contagio.

L'obiettivo di questo intervento è ridurre la trasmissione del virus da una comunità familiare in cui sia presente un soggetto malato alla collettività.

Viste le caratteristiche dell'influenza, la probabilità che un appartenente alla famiglia di un malato trasmetta il virus ad altri anche in assenza di sintomi è elevata. Per questo motivo è opportuno raccomandare ai contatti stretti asintomatici di un caso di influenza da ceppo pandemico di restare in casa per un periodo di 5 giorni se soggetti adulti o 7 giorni se bambini a partire dal giorno della comparsa dei sintomi nel soggetto malato. Se altri membri della famiglia si ammalano durante questo periodo, si raccomanda di allungare il periodo di quarantena domiciliare volontaria di altri 5 o 7 giorni rispettivamente.

cc

2



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

Per l'attuazione della quarantena domiciliare volontaria è necessario che gli interessati:

- non lascino la casa durante tutto il periodo di quarantena;
- non rispondano alla porta (facciano in modo che sia fatto da qualche altro membro della famiglia);
- non ricevano visite a casa;
- dormano in una stanza separata dagli altri;
- facciano attenzione al proprio stato di salute per vedere se compaiono i primi sintomi: febbre con cefalea, malessere generalizzato e astenia, accompagnati da tosse, faringodinia o congestione nasale.

I soggetti che si trovano in quarantena domiciliare volontaria, in special modo se assistono un malato, devono ricevere istruzioni dettagliate sulla attuazione della quarantena, sulle modalità di contagio, sulla corretta gestione dei malati, sulle misure di protezione individuale, sui recapiti in caso di problemi sanitari, e su ogni altra misura necessaria.

La quarantena dei contatti si attua di regola nelle fasi pre-pandemiche. In queste fasi è necessaria una stretta collaborazione fra MMG e PLS, Servizi di Igiene Pubblica e Distretti Sanitari in modo da fornire tutte le informazioni e contribuire, se necessario a far fronte a tutte le esigenze dei soggetti.

In fase pandemica conclamata, la quarantena dei contatti può conservare in parte la sua efficacia ma è più difficilmente attuabile.

Linee di indirizzo dettagliate sulla quarantena domiciliare volontaria verranno fornite dal CPR appena dichiarata la fase 4.

#### 4.4 - Farmaci antivirali

L'uso di farmaci antivirali, sia come profilassi che come trattamento, nelle fasi pre-pandemiche (in particolare la fase 4) 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.

Sedi idonee allo stoccaggio di sufficienti quantitativi di farmaci antivirali sono già presenti presso le ZT. L'ASUR ha il compito di identificare, entro 30 giorni dall'adozione del presente piano, da due a quattro sedi idonee allo stoccaggio di grandi quantitativi di antivirali da utilizzare nel momento in cui questo si renda necessario.

Il quantitativo stoccato a livello regionale viene concordato con il Ministero della Salute tenendo conto della disponibilità e del livello di rischio.

Il responsabile della richiesta al Ministero della Salute è il Servizio Salute della Regione mentre la distribuzione dei farmaci avverrà utilizzando le modalità organizzative dell'ASUR e delle AO in base alle indicazioni del CPR.

Farmaci antivirali		
Azioni	Fase	Responsabilità
Approvvigionamento farmaci antivirali	3-6	Servizio Salute Regione - Ministero Salute
Stoccaggio farmaci antivirali	3-6	ASUR - ZT
Indirizzo e coordinamento trattamento farmacologico	1-6	Servizio Salute Regione - CPR



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**4.5 - Precauzioni personali di sanità pubblica**

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

Tali misure sono di particolare importanza nelle fasi pre-pandemiche 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.

Va infine sottolineato come l'adozione di DPI, proprio per le caratteristiche della trasmissione del virus, abbia senso solo negli operatori sanitari o nei soggetti a contatto stretto dei malati.

Esiste invece una forte evidenza, anche se indiretta, che il lavaggio delle mani eseguito frequentemente riduca il rischio di trasmissione per contatto diretto o indiretto di tutte le infezioni respiratorie, oltre che di quelle trasmesse per via oro-fecale.

Anche se le prove di efficacia sono meno decisive, viene raccomandata anche la pratica di buone misure di igiene respiratoria, ovvero coprire bocca e naso durante tosse o starnuti, utilizzare e smaltire correttamente i fazzoletti, lavarsi le mani.

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

L'uso generalizzato di mascherine chirurgiche nella popolazione, anche durante la permanenza in luoghi affollati è stato discusso in modo approfondito dalla comunità scientifica. In sintesi, non esistono evidenze decisive a favore del loro uso, ma anche gli argomenti a sfavore (eccesso di sicurezza, accumulo di virus per uso prolungato, inefficacia) non sono stati pienamente dimostrati. Attualmente pertanto non si ritiene di dover raccomandare l'uso generalizzato di mascherine chirurgiche anche se non esiste motivo di sconsigliarne l'adozione. Va tuttavia raccomandato sempre di indossare, cambiare e smaltire correttamente le mascherine. Fondamentale è non considerare mai le mascherine come un'alternativa alle procedure di igiene respiratoria descritte sopra la cui efficacia è invece più certa.

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

Per questo motivo, in accordo al punto n 7.2.1 del presente piano, verrà istituito un apposito gruppo di lavoro con il compito di predisporre materiale informativo, da aggiornare periodicamente e da divulgare.

Il materiale dovrà tenere in considerazione la necessità di rendere attuabili le misure di prevenzione e controllo della pandemia influenzale anche fra gli stranieri residenti e quelli temporaneamente presenti.

**4.5.1 - Misure nei confronti degli operatori sanitari**

L'adozione delle misure di sicurezza da parte degli operatori sanitari è di fondamentale importanza nelle fasi pre-pandemiche 4 e 5, in quanto queste sono in grado di contribuire a limitare la circolazione del virus rendendo efficaci le misure di isolamento.

In sintesi, le misure efficaci consistono nella adozione delle misure standard per la trasmissione mediante droplets e nell'igiene respiratoria, oltre alla diagnosi precoce e al trattamento dei casi.

Tali misure, in ambiente ospedaliero, andrebbero, per altro, adottate in tutti i casi con sintomatologia respiratoria, indipendentemente dall'effettiva presenza di un rischio da un agente infettivo documentato.

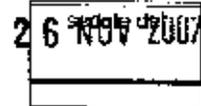
L'uso appropriato dei DPI in caso di pandemia (in particolare delle mascherine chirurgiche o di quelle filtranti) è di estrema importanza per tutelare la salute degli operatori sanitari e delle persone esposte. Il loro corretto utilizzo deve essere conosciuto ed esercitato.

Le maschere filtranti N95 o superiori sono indicate nelle procedure più a rischio ovvero quando sono in atto procedure ad elevata probabilità di generare aerosol (ad esempio: intubazione, trattamenti nebulizzati, rianimazione cardio-polmonare, broncoscopia, ecc.) durante l'assistenza, avvengono contatti diretti con un paziente con influenza pandemica confermata o sospetta (visite mediche, igiene personale, alimentazione, ecc.).

Attualmente, salvo per le procedure più a rischio, si ritiene che le mascherine chirurgiche, in assenza delle maschere filtranti, possano fornire una adeguata protezione dai droplets e dagli aerosol.

*lc*

*y*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

Resta di fondamentale importanza che il personale, compresi i soggetti che prestano temporaneamente assistenza a familiari e congiunti, vengano adeguatamente addestrati al corretto utilizzo dei DPI e al loro smaltimento.

Il personale che ha contatti con i pazienti con influenza pandemica confermata o sospetta deve essere ridotto al minimo indispensabile riservando, ad esempio, alcuni reparti solo ai soggetti con influenza, oppure evitando scambi o rotazione di personale, o identificando percorsi specifici per i soggetti con influenza.

L'ASUR tramite le ZT ha il compito di fornire i DPI ai MMG, ai malati e ai soggetti che li assistono. Le misure specifiche per l'utilizzo dei DPI verranno predisposte dal CPR ad ogni variazione del livello di allerta.

#### 4.6 - Aumento delle distanze sociali

L'aumento delle distanze sociali ha come obiettivo quello di ridurre la possibilità di contatto, e quindi di contagio, tra le persone, riducendo o eliminando le occasioni in cui si può verificare un'alta densità sociale.

L'ambiente con la più elevata densità sociale è rappresentato dalle scuole, a partire da quelle di grado inferiore: materne, elementari, ecc.

I trasporti pubblici rappresentano un altro momento di stretto contatto sociale così come eventi sportivi, spettacoli ma anche luoghi di lavoro.

In questi ultimi vanno comunque fortemente raccomandate le precauzioni personali di igiene già descritte.

L'aumento delle distanze sociali viene messo in atto con una serie di provvedimenti di competenza delle Autorità Istituzionali su proposta di quelle sanitarie: chiusura delle scuole, sospensione degli spettacoli e degli eventi sportivi, ecc.

Il CPR, sulla base delle indicazioni nazionali, fornirà ai decisori in ambito regionale la base tecnica per la emanazione dei provvedimenti necessari, tenendo in considerazione l'esigenza di non interrompere i servizi essenziali.

### 5 - Azioni di trattamento e assistenza

Come già specificato precedentemente, nelle fasi pre-pandemiche 4 e 5 i casi di influenza pandemica sospetta o accertata vengono ricoverati nelle Unità Operative di Malattie Infettive e di Malattie dell'Apparato Respiratorio in grado di applicare le precauzioni per trasmissione aerogena, fino all'esaurimento dei posti letto. Se il numero di malati supera la capienza delle UO descritte, le Direzioni mediche di presidio individueranno reparti o zone in cui è possibile applicare le precauzioni per malattie a trasmissione mediante droplets.

Alla dichiarazione della fase 5, su indicazione del Servizio Salute della Regione e dell'ASUR, i CPZ di cui al punto 8 e le AO attiveranno le procedure di emergenza già previste dai piani zionali o dai piani aziendali, fra cui:

- attivazione dell'isolamento domiciliare per i soggetti con sintomatologia meno grave;
- sospensione dei ricoveri programmati;
- somministrazione al personale sanitario di farmaci antivirali;
- vaccinazione del personale sanitario;
- riorganizzazione del lavoro in funzione dei servizi essenziali;

#### 5.1 - Protocollo diagnostico terapeutico

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 da trasmettere all'ASUR e alle AO per la distribuzione a tutti gli operatori sanitari compresi i MMG e i Medici di Continuità Assistenziale.

Attualmente valgono le indicazioni relative ai casi di influenza aviaria nell'uomo contenute nel Decreto del Dirigente della Posizione di Funzione Sanità Pubblica n. 5 SAP-04 del 20/02/2006.

ok



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

~~1371~~

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 U.O. in base ai piani zonali
Isolamento e trattamento domiciliare	6	MMG, PLS e Distretti

## 6 - Formazione degli operatori sanitari

A livello nazionale è stato predisposto un Piano Formazione Pandemia (PFP) promosso dal CCM-Ministero della Salute e dalle Regioni per fornire agli operatori coinvolti le conoscenze necessarie al fine di essere preparati, ciascuno nel proprio campo e per le proprie competenze, ad agire nel modo più appropriato in caso di pandemia.

Il PNP precisa che "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".

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

*lc*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

**6.1 - Livello nazionale/interregionale**

Questo livello è stato già progettato 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. La P.F. Sanità Pubblica della Regione Marche ha individuato le figure professionali che hanno partecipato alla fase nazionale/interregionale e che fungeranno da formatori per il livello regionale.

**6.2 - 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, l'ASUR e 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.

Il Servizio Salute, unitamente all'ASUR 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.

**6.3 - Livello locale**

I corsi locali potranno essere organizzati a livello di ciascuna ZT o per area vasta, 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	Servizio Salute Regione
Organizzazione fase regionale	3	Servizio Salute Regione - CPR
Individuazione partecipanti fase regionale	3	ASUR
Organizzazione fase locale	3-4	ASUR - ZT - AO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

## 7 - Strategie di comunicazione

La definizione di una strategia di comunicazione per la pandemia Influenzale ha i seguenti obiettivi:

- facilitare la trasmissione di informazioni all'interno del sistema di protezione civile compreso quello sanitario per consentire una più rapida risposta;
- 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.

Per raggiungere questi obiettivi, la strategia di comunicazione si articola in due diversi livelli:

1. comunicazione interna
2. comunicazione esterna

### 7.1 - Comunicazione interna

E' rivolta da un lato al livello decisionale e dall'altro al livello operativo.

Il livello decisionale è quello dove viene effettuata la pianificazione degli interventi sia per quanto riguarda la componente strategica (identificazione degli obiettivi da raggiungere e delle risorse da impiegare per il loro raggiungimento) che per quanto riguarda quella tattica (modalità di impiego delle risorse):

- Amministrazione Regionale
- Amministrazioni Provinciali
- Prefetti
- Sindaci e Comuni
- Responsabili delle Forze dell'ordine
- Responsabili dei servizi essenziali
- Direzione ASUR e AO
- Responsabili delle strutture operative della protezione civile

Per livello operativo si intende quello dove avviene l'erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie ciascuno per le proprie competenze e in base alle proprie mansioni. La comunicazione non va, in questo caso, confusa con la formazione. La seconda è un insieme di operazioni di carattere educativo che hanno come scopo la produzione di cambiamenti comportamentali necessari per compiere i propri compiti o ruoli; la prima invece è rappresentata dall'insieme di iniziative di informazione dirette agli operatori al fine di renderli consapevoli dell'evoluzione della situazione, dare e ricevere istruzioni operative coerenti e essere in grado di fornire a loro volta informazioni corrette agli utenti.

La comunicazione interna rivolta ai livelli decisionali viene assicurata dal Servizio Salute della Regione.

La comunicazione interna rivolta agli operatori sanitari viene gestita dalla Direzione Generale dell'ASUR e dalle direzioni delle AO ciascuno per i propri operatori.

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

La fig. 7.1 mostra lo schema riassuntivo del flusso informativo regionale fra le istituzioni coinvolte nella gestione della pandemia influenzale.

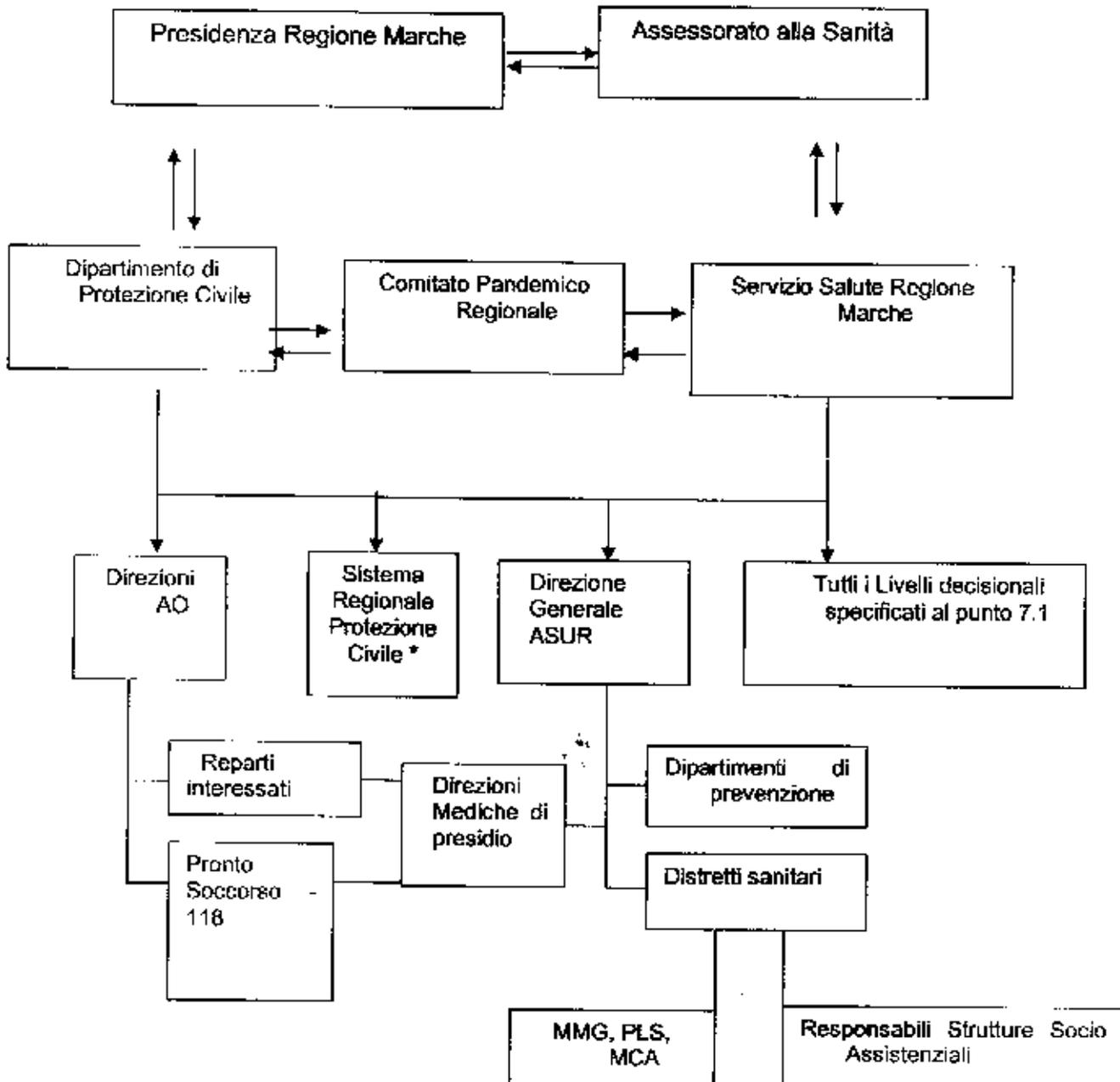
ll



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE



Figura 7.1 - Comunicazione Istituzionale Ordinaria. Flusso informativo regionale fra le istituzioni coinvolte nelle attività di preparazione ad una Pandemia influenzale



Sistema Regionale Protezione Civile = Enti e Strutture non sanitarie del Sistema Regionale di Protezione Civile coinvolti nella emergenza.

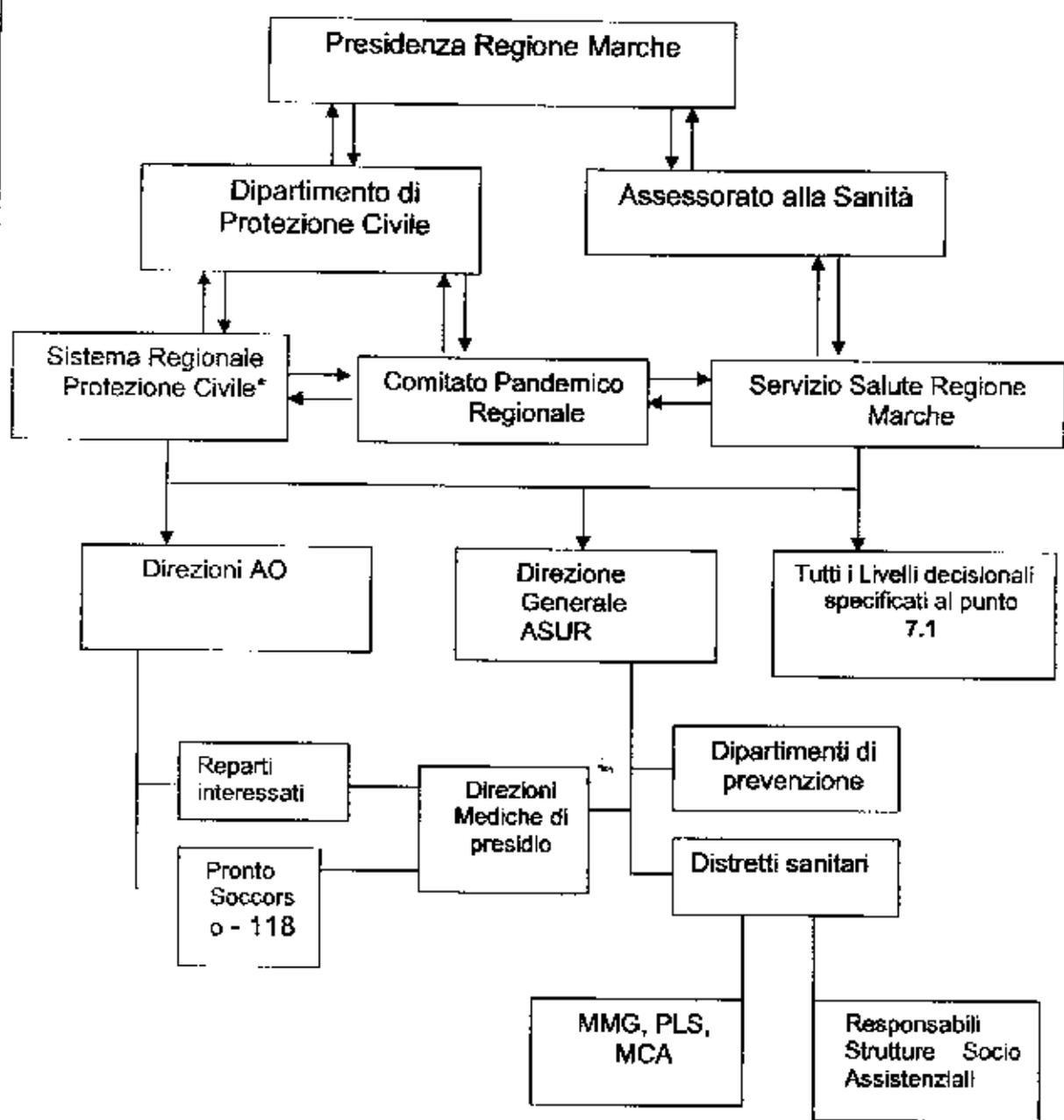
Sh



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

Figura 7.2 - Comunicazione Istituzionale in stato di emergenza. Flusso informativo regionale fra le Istituzioni coinvolte nelle attività di preparazione ad una Pandemia influenzale



\* Sistema Regionale Protezione Civile = Enti e Strutture non sanitarie del Sistema Regionale di Protezione Civile coinvolti nella emergenza



## 7.2 - Comunicazione esterna

E' assicurata dal Presidente della Giunta Regionale coadiuvato dall'Assessore alla Salute e dal Direttore della Protezione Civile, avvalendosi del proprio Ufficio Stampa e delle strutture regionali deputate alla comunicazione.

A livello zonale, la comunicazione avverrà parlamenti all'interno (personale dipendente di tutte le Unità Operative, MMG, PLS) e all'esterno (Comuni, Scuole, altri Enti, popolazione).

I piani zonali dovranno contenere l'indicazione di un referente per la comunicazione che farà da portavoce per tutte le esigenze della Zona.

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.

### 7.2.1 - Fasi comunicative

Le fasi pandemiche definite dall'OMS nel 2005 sono scandite dalle migliori capacità di trasmissione acquisite dal virus influenzale potenzialmente pandemico. È lecito attendersi che la necessità di una chiara comunicazione interne ed esterna non corrisponda all'avanzare delle fasi pandemiche. In particolare, nei periodi interpandemici e in corso di pandemia, possono essere distinte sette differenti fasi comunicative. Nella seguente tabella vengono riassunte le fasi comunicative, gli elementi essenziali che le caratterizzano e il loro rapporto con le fasi pandemiche dell'OMS

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

Il CPR, sulla base degli scenari di diffusione virale e del relativo susseguirsi delle fasi pandemiche, anche in relazione ai fenomeni mediatici esistenti, dichiara il passaggio da una fase comunicativa alla successiva. Al momento della redazione del presente piano, la fase comunicativa è la fase prepandemica tiepida.

Ogni fase comunicativa prevede differenti obiettivi di comunicazione, differenti canali comunicativi e una differente attenzione da parte dei mezzi di comunicazione di massa e della popolazione. Il CPR, la REM e i referenti zonali per la comunicazione daranno luogo a un gruppo di lavoro specifico che dovrà elaborare piani di comunicazione e materiale divulgativo specifici per fase comunicativa entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente piano.

le



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>Comunicazione</b>		
<b>Azioni</b>	<b>Fase</b>	<b>Responsabilità</b>
Supporto tecnico alla comunicazione	1-6	CPR
Comunicazione interna rivolta ai livelli decisionali	1-6	Servizio Salute Regione
Comunicazione interna rivolta agli operatori	1-6	ASUR - AO
Comunicazione esterna regionale	3	Servizio Salute Regione
	4-6	Presidente G.R.
Comunicazione esterna locale	4-6	ZT mediante portavoce unico
Costituzione Gruppo di lavoro per elaborazione dei piani di comunicazione e gestione del materiale prodotto	3	CPR
Elaborazione Piani di comunicazione e attuazione relative azioni di comunicazione	3-6	REM - CPZ - Responsabili Zonali per la comunicazione

ll

✓



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

## 8 - Piani Pandemici Zonali/Aziendali

Ogni Zona Territoriale deve istituire, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente Piano Pandemico Regionale, un proprio Comitato Pandemico Zonale (CPZ). Per le eterogenee problematiche che ciascuna Zona dovrà affrontare è necessario che il CPZ sia rappresentato da un team multidisciplinare, la cui composizione dovrebbe prevedere indicativamente figure professionali operanti nelle seguenti Unità Operative: SISP; SPSAL; SSA; REM; SPPA, Servizio Farmaceutico; Distretto Sanitario; Direzione medica di presidio; Servizi Sociali; MMG; PLS.

All'interno di ciascun CPZ dovrà essere individuato un Coordinatore, di norma proveniente dall'area della prevenzione, che sarà responsabile della stesura del piano pandemico zonale contenente le istruzioni operative per l'applicazione del piano regionale.

La composizione nominativa di ciascun CPZ e l'identificazione del Coordinatore saranno comunicate al CPR. Le Aziende Ospedaliere dovranno a loro volta elaborare un piano aziendale che, mantenendo la stessa struttura dei piani pandemici zonali, riguardi specificatamente le attività di diagnosi, trattamento e assistenza, e le attività di controllo della infezione in ambiente ospedaliero.

I Direttori Generali delle ZT e delle AO saranno, ciascuno per il proprio ambito, responsabili degli atti previsti dai piani zonali o aziendali in tutte le fasi pre-pandemiche e pandemiche.

I piani zonali e aziendali una volta validati dal CPR costituiranno una determina dei Direttori delle Zone Territoriali e delle Aziende Ospedaliere.

Il piano pandemico zonale o aziendale dovrà essere strutturato nelle seguenti parti:

### 1. Azioni di sorveglianza

- Individuazione responsabile UO epidemiologia (componente REM)
- Individuazione referente per rete medici sentinella
- Individuazione referente e modalità di trasporto dei campioni al laboratorio di riferimento.
- Individuazione responsabile attuazione protocolli per ricerca, conferma e gestione dei casi.
- Valutazione delle attuali modalità di sorveglianza e segnalazione di morti inattese per ILI/IRA e attuazione di azioni di miglioramento delle stesse

### 2. Azioni per ridurre l'impatto della pandemia

- Identificazione sede stoccaggio vaccini e farmaci antivirali
- Definizione delle modalità di distribuzione interna dei vaccini e farmaci antivirali
- Identificazione del personale normale e del personale aggiuntivo per effettuare le vaccinazioni comprese quelle al personale ospedaliero e dei distretti sanitari (punto )
- Identificazione degli spazi per l'attività di vaccinazione straordinaria
- Stima fabbisogno DPI per operatori sanitari, definizione e attuazione del piano di distribuzione locale
- Definizione delle modalità di distribuzione dei DPI a MMG, PLS e strutture assistenziali coinvolte;
- Predisposizione di stime del numero di appartenenti alle categorie a rischio prioritarie (categorie 1-4 del PPN) e identificazione dei referenti per ciascuna categoria

### 3. Azioni per garantire trattamento e assistenza

- Identificazione del personale responsabile per la raccolta e l'aggiornamento dei dati relativi al trattamento e assistenza
- Censimento strutture idonee per il ricovero di pazienti nelle fasi 3, 4 e 5 (isolamento respiratorio e da droplets)
- Censimento aggiornato dei posti letto di ricovero per UO
- Censimento strutture con apparecchi per la respirazione assistita e numero apparecchi
- Censimento dei posti letto in strutture extraospedaliere comprese strutture private
- Censimento del personale in servizio (operatori di assistenza primaria, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale)

ibe



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

- Stima ricoveri programmati (utilizzo letti per ricoveri programmati)
- Stima recupero personale per fronteggiare periodi di elevato assenteismo lavorativo
- Censimento della quota di popolazione che fruisce di forme assistenziali domiciliari

#### 4. Piano di formazione zonale

- Identificazione responsabile del progetto formazione e di altri 3-4 operatori da inviare alla fase regionale (punto 6.3)
- Identificazione del personale da formare nella fase zonale
- Cronoprogramma della formazione zonale

#### 5. Piano di comunicazione zonale

- Predisposizione elenco dei referenti delle strutture non sanitarie (Strutture Operative Protezione Civile, Forze dell'Ordine, Scuole, altri Enti) per la comunicazione al livello decisionale locale
- Definizione rete di comunicazione interna al livello operativo locale
- Identificazione portavoce locale per comunicazione esterna



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 9 – Monitoraggio delle attività e valutazione dell'efficacia delle misure intraprese

Il CPR, in accordo al punto 2.2 del presente piano, 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 il CPR 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 valutato:

- Sicurezza antivirali e vaccino pandemico (o eventuale pre-pandemico)
- Dati di sorveglianza epidemiologica relativi ad
  - Accessi al PS
  - Assenteismo lavorativo e scolastico
  - Mortalità in un campione di comuni
- Attività dei CPZ
- Attività di formazione
- Attività di comunicazione del rischio e flussi comunicativi interni

b

y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**10 – Cronoprogramma delle attività**

Nel seguente cronoprogramma vengono riportate, in sintesi, le principali azioni su scala regionale che dovranno essere attuate o proseguite, le responsabilità e i tempi per la loro attuazione. Le azioni devono essere implementate in base ai tempi indicati dal piano. Il passaggio a livelli di allerta successivi non esime dall'attuare tali azioni secondo i tempi di attuazione stabiliti. I tempi indicati sono intesi a decorrere dalla data di pubblicazione del presente piano.

Azione chiave	Fase	Azione	Responsabile	Tempi di attuazione*
Sorveglianza	3*	Implementare sistemi per il rilevamento di accessi al PS, ricoveri, mortalità, assenteismo lavorativo e scolastico	REM – Servizio Salute PF Sanità Pubblica	180 gg
Sorveglianza	3*	Definire la frequenza di rilevamento, reportistica e modalità di trasmissione dei dati di sorveglianza	Servizio Salute PF Sanità Pubblica - REM	180 gg
Sorveglianza	3*	Definire le modalità di monitoraggio dell'efficacia delle misure di sanità pubblica intraprese	CPR	180 gg
Sorveglianza	3-6	Assicurare la costante attività di segnalazione dei casi influenzali da parte dei medici sentinella (Sistema FLU-ISS)	Servizio Salute PF Sanità Pubblica	In atto
Sorveglianza	3-5	Rafforzare le azioni previste dalle linee guida di sanità pubblica in caso di influenza aviaria	Servizio Salute PF Sanità Pubblica – Veterinaria	In atto
Sorveglianza	3-6	Sorveglianza virologica dei virus influenzali umani	SOD Virologia	In atto
Sorveglianza	3-6	Sorveglianza virologica del virus influenzali aviari	IZSUM	In atto
Vaccinazione	3*	Stimare il fabbisogno vaccinale a livello regionale secondo le categorie prioritarie indicate dal PPN	Servizio Salute	90 gg
Vaccinazione	3-6	Coordinare le attività relative alle vaccinazioni	Servizio Salute PF Sanità Pubblica	In atto
Vaccinazione	3*	Identificare 2-4 sedi idonee allo stoccaggio di grandi quantitativi di vaccino	ASUR	30 gg
Vaccinazione	3*	Attivazione del sistema di gestione delle vaccinazioni attraverso il sistema informativo regionale per i Dipartimenti di Prevenzione	CPR – Servizio Salute PF Sanità Pubblica	contemporaneamente all'attivazione del S.I. regionale per le vaccinazioni
Isolamento	4-6	Fornire linee di indirizzo dettagliate sull'isolamento dei malati	CPR	Dichiarazione fase 4 e successive
Quarantena	4-6	Fornire linee di indirizzo dettagliate sulla quarantena dei contatti	CPR	Dichiarazione fase 4 e successive
Farmaci antivirali	3*	Identificazione sedi di stoccaggio	ASUR	30 gg

10



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1371

Farmaci antivirali	4-6	Fornire linee guida per l'utilizzo degli antivirali sulla base delle indicazioni nazionali	CPR	Dichiarazione fase 4 e successive
Misure personali	3-6	Elaborazione e divulgazione materiale informativo per la popolazione	REM - Gruppi di Lavoro specifici	In accordo ai piani di comunicazione
Misure per gli Operatori	4-6	Fornire linee di indirizzo dettagliate sull'utilizzo del DPI	CPR	Dichiarazione fase 4 e successive
Distanze sociali	6	Recapitare e fornire ai decisori regionali le Indicazioni nazionali per la emanazione dei provvedimenti necessari	CPR	Fase 6 o in stato di emergenza
Trattamento e assistenza	4-6	Aggiornare e trasmettere ad ASUR e AO il protocollo diagnostico terapeutico per la cura dei casi sospetti o accertati	CPR	Dichiarazione fase 4 e successive
Trattamento e assistenza	6-6	Attivare le procedure di emergenza previste dai piani zonali o aziendali	CPZ - AO	Dichiarazione fase 6 e successive
Formazione	3-6	Organizzare la fase formativa regionale	Servizio Salute PF Sanità Pubblica - ASUR - AO	in atto
Formazione	3-6	Organizzare la fase formativa locale	Servizio Salute PF Sanità Pubblica - ASUR - AO	entro 120 gg dalla fase regionale
Formazione	3*	Predisporre un programma formativo specifico nel piano di formazione regionale	Servizio Salute PF Sanità Pubblica - ASUR - AO	Dal 2008 e negli anni successivi
Comunicazione	3-6	Fornire il supporto scientifico per la comunicazione a tutti i livelli	CPR	In atto
Comunicazione	3-6	Assicurare la comunicazione alla popolazione	Presidente Giunta Regionale	In atto
Comunicazione	3*	Definire un referente per la comunicazione	ASUR - CPZ	120 gg
Comunicazione	3*	Individuare Gruppi di Lavoro per l'elaborazione dei piani di comunicazione	CPR	30 gg
Comunicazione	3-6	Elaborare ed aggiornare piani di comunicazioni	REM e Referenti Zonali per la comunicazione	180 gg
Piani Zonali/Aziendali	3*	Identificare il Comitato Pandemico Zonale/Aziendale	ASUR - Direzioni ZT e AO	30 gg
Piani Zonali/Aziendali	3*	Elaborare il Piano Pandemico Zonale/Aziendale	ASUR - Direzioni ZT e AO - CPZA	120 gg
Piani Zonali/Aziendali	3*	Validare i Piani Pandemici Zonali/Aziendali	CPR	Entro 30 gg dal recepimento dei PPZ-A
Valutazione	3*	Monitorare l'attuazione delle attività e stabilire le modalità di valutazione dell'efficacia delle misure che verranno intraprese	CPR	60 gg

\* Azioni da adempiersi in fase 3 posta che permane l'attuale livello di allerta pandemica

\* I tempi di attuazione sono da intendersi a decorrere dalla deliberazione del presente piano

111