



Regione Calabria

Dipartimento Tutela della Salute
e Servizi Sociali e Socio-Sanitari

PIANO REGIONALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA AD UNA PANDEMIA INFLUENZALE

AGGIORNAMENTO 2021-2023

INDICE

INTRODUZIONE GENERALE	4
1 – OBIETTIVI.....	5
2. - ASSETTI ORGANIZZATIVI.....	6
 2.1 STRUTTURA OPERATIVA REGIONALE E TERRITORIALE.....	6
 2.2 UNITÀ DI CRISI REGIONALE PER LA PANDEMIA (UCR)	7
 2.3 TAVOLO DI LAVORO REGIONALE PERMANENTE.....	8
 2.4 COMITATO PANDEMICO REGIONALE.....	9
 2.5 GRUPPO LOCALE PER L’EMERGENZA	11
 2.6 COORDINAMENTO CON ALTRI ENTI.....	13
 2.7 MODALITÀ DI COMUNICAZIONE.....	14
3 - RISPOSTA ALLA PANDEMIA INFLUENZALE.....	17
 3.1 PERIODI, FASI E LIVELLI DI RISCHIO DEL PIANO	17
 3.2 PREDISPOSIZIONE PIANO PANDEMICO AZIENDALE.....	20
 3.3 AZIONI CHIAVE	21
4. SERVIZI SANITARI E GESTIONE CLINICA.....	38
 4.1. <i>Protocolli diagnostico terapeutici</i>	39
 4.2. <i>Categorie di pazienti con particolari necessità assistenziali</i>.....	41
 4.3. <i>Garantire Il Trattamento E L’assistenza Dei Casi</i>	43
 4.3.1 RETE REGIONALE E AZIENDALE DI DIAGNOSI E CURA	43
 4.4 GESTIONE DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE.....	49
 4.5. DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER TRASFERIMENTI E TRASPORTI DI EMERGENZA... 50	50
 4.6. GESTIONE SALME	50
5. ORGANIZZAZIONE MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL’INFEZIONE.....	50
 6. <i>DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO AZIENDALE DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI), FARMACI.</i>	54
 7. <i>MISURE DI SANITÀ PUBBLICA</i>.....	57
 8. <i>FARMACOVIGILANZA</i>.....	67
 9. <i>MANTENIMENTO DEI SERVIZI ESSENZIALI E “RECUPERO DELLE ATTIVITÀ ROUTINARIE”.....</i>	68

10.	<i>Misure Di Contenimento Applicabili Nelle Strutture Di Diagnosi E Cura Per La Ripresa Delle Prestazioni Sospese</i>	70
11.	<i>ATTIVITÀ DI RICERCA E SVILUPPO</i>	72
12.	<i>VALUTAZIONE, TEST E REVISIONE DEL PIANO</i>	74
13.	<i>LE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE</i>	81
13.1	<i>COMUNICAZIONE DEL RISCHIO E COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ</i>	82
14.	<i>FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI</i>	84
15.	<i>PIANO DI CONTINGENZA OPERATIVO IN CASO DI PANDEMIA VIRALE</i>	86

INTRODUZIONE GENERALE

Il presente Piano intende aggiornare il Piano Pandemico Regionale di cui alla DGR n. 667 del 26.10.2009, alla luce dell'adozione del "Piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu 2021-2023), sancita con l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 11/csr del 25 gennaio 2021.

Il Piano, intende mettere in atto e contestualizzare le strategie per garantire le adeguate risposte ai patogeni capaci di causare epidemie e pandemie, tenendo inevitabilmente conto di quanto si è appreso dalla pandemia SARS-CoV-2 che ha confermato, la necessità di essere il più preparati possibile ad attuare le misure di contenimento e prevenzione sul piano locale, nazionale e globale.

La preparazione alle emergenze infettive rientra tra le prestazioni definite dall'allegato A) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, che aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); - la gestione delle emergenze infettive è una delle strategie fondamentali del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 - macro obiettivo n. 6 "Malattie infettive prioritarie". In tale ottica nel **DCA n. 161 del 29 dicembre 2020**, si è proceduto a recepire il PNP approvando, nel contempo, il documento "**Profilo di salute della popolazione Calabrese**", che contiene, tra l'altro, elementi di riferimento per il presente Piano, in termini di panoramica territoriale e demografica, organizzazione sanitaria e territoriale, dati di malattie infettive. Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, da approvarsi entro il 31 dicembre 2021, dovrà, nella parte relativa al macroobiettivo 6 e unitamente agli elementi intersettoriali, garantire le azioni e gli obiettivi peculiari nella gestione delle emergenze infettive.

Gli elementi essenziali del Piano Nazionale Panflu 2021-2023, sono stati recepiti con DCA n. 77 del 18 maggio 2021 e, pertanto, il presente documento deve essere considerato strettamente integrato al Piano Nazionale.

Ulteriori elementi peculiari adottati nel territorio regionale e derivanti dalla produzione legislativa nazionale in risposta alla pandemia da SARS-CoV-2/COVID-19, dei quali si deve tener conto nell'ambito del presente documento, sono rinvenibili nel **DCA n. 103 del 22 luglio 2020** (Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete di Assistenza Territoriale) e nel **DCA n. 91 del 18 giugno 2020**, come modificato con DCA n. 104 del 29 luglio 2020 (Documento di riordino della Rete Ospedaliera).

Inoltre, il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017, costituisce un altro importante documento di riferimento in ambito di sanità pubblica, per la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. In considerazione delle condizioni eccezionali provocate dalla pandemia di COVID-19, con deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021, la validità del PNPV è stata prorogata a tutto il 2021.

L'Intesa Stato, Regioni del 19 gennaio 2017 (Rep. Atti n. 10/CSR) è stata recepita a livello regionale dal **DCA n.81 del 9 maggio 2017**, che dunque rappresenta ulteriore documento di riferimento per il presente Piano.

L'evento pandemico del biennio 2020-2021 ha confermato la necessità di disporre di un sistema di risposta maggiormente efficace e tempestivo, che garantisca l'adozione delle misure di contenimento quali:

- La piena disponibilità di mascherine chirurgiche, che se correttamente indossate esercitano un sostanziale effetto protettivo
- L'adozione delle misure di distanziamento fisico, che, insieme con le mascherine, hanno minimizzato la diffusione dell'influenza stagionale, evidenziando la loro sostanziale efficacia;
- La disponibilità di DPI per gli operatori sanitari e di presidi per i pazienti.
- La disponibilità di posti letto ordinari e di terapia intensiva, che deve essere flessibile per garantire le esigenze di cura della popolazione in corso di pandemia
- La capacità dei sistemi di Igiene Pubblica e della Prevenzione di essere messi in grado di intercettare i casi, potenziare il contact tracing e la sorveglianza;
- L'organizzazione della Medicina Territoriale, che deve essere in grado di garantire le cure domiciliari onde evitare il sovraccarico degli Ospedali;
- La vaccinazione di massa, che dimostra un impatto favorevole sull'evento pandemico.

In relazione al Piano di Contingenza per un'emergenza pandemica predisposto dal Dipartimento Nazionale della Protezione Civile e oggetto del parere favorevole in Conferenza Unificata – Rep. atti n.143/CU del 7 ottobre 2021, il presente documento è integrato con le previsioni contenute nel Piano di Contingenza stesso, per gli aspetti di carattere sanitario.

1 – OBIETTIVI

L'obiettivo generale del Piano è quello di rafforzare la capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi rapida, valutazione, indagine, risposta e comunicazione, da parte dell'intero sistema regionale, in presenza di una emergenza di sanità pubblica.

Tale capacità si riverbera sui seguenti aspetti:

1. Protezione della popolazione con massima riduzione del numero di casi sul territorio regionale.
2. SALVAGUARDIA E TUTELA DELLA SALUTE DEGLI OPERATORI SANITARI E DEL PERSONALE COINVOLTO NELL'EMERGENZA.
3. CAPACITÀ DI RESILIENZA DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI, MISURATA QUALE CAPACITÀ DI MANTENIMENTO DEI LIVELLI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI DURANTE LA PANDEMIA.
4. TUTELA DEGLI AMBITI SOCIALI, ECONOMICI E SCOLASTICI.

Gli obiettivi specifici, mutuati dal Piano Nazionale, che possono consentire il raggiungimento dell'obiettivo generale, sono riassunti come segue:

- Pianificazione delle attività in caso di pandemia influenzale con una adeguata risposta organizzativa e tecnica al livello dei diversi setting (prevenzione, territorio, strutture residenziali, domicilio, ospedale, laboratori, ecc.).
- Definizione degli assetti organizzativi identificando la catena di comando, la interoperabilità tra Enti, la modalità di gestione dei flussi dati, con ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello regionale, per l’attuazione delle misure previste dalla pianificazione e per le altre decisioni da intraprendere.
- Identificazione degli strumenti e delle risorse disponibili a livello regionale e territoriale, per l’attuazione delle misure previste dalla pianificazione regionale, dagli indirizzi nazionali e da esigenze specifiche di specifici territori. Definizione di un adeguato apparato di comunicazione per rendere sempre fruibili informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e la popolazione
- Messa in atto di un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del Piano per favorirne l’implementazione e valutare l’efficienza degli interventi intrapresi.

2. - ASSETTI ORGANIZZATIVI

2.1 STRUTTURA OPERATIVA REGIONALE E TERRITORIALE

Le indicazioni per la stesura del Piano Pandemico Regionale, prevedono che ogni Regione definisca, nell’ambito della contestualizzazione sul proprio territorio del Piano Nazionale, una propria organizzazione operativa, la catena di comando, il Comitato Pandemico Regionale, il coordinamento con altri Enti e Amministrazioni, la gestione dei flussi dati e la comunicazione istituzionale.

Poiché i provvedimenti da adottarsi nella fase interpandemica e di allerta pandemica, attengono in larga parte all’ambito sanitario, le disposizioni ed il coordinamento degli interventi sono di competenza della Struttura del Commissario ad Acta per l’attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo in Sanità della Regione Calabria in collaborazione con il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari avvalendosi a livello locale, delle Aziende Sanitarie Provinciali e delle Aziende Ospedaliere. Nella fase pandemica e nella fase di transizione, in cui si configura il carattere della emergenza lo stesso sarà fronteggiato attraverso mezzi e poteri straordinari, in aderenza anche alla normativa nazionale eventualmente emanata.

Il commissario ad Acta, con il supporto del Dipartimento coordinerà le attività e l’adozione da parte dell’aziende sanitarie dei relativi piani e monitorerà che gli stessi siano aderenti alle indicazioni del piano regionale e delle eventuali linee guida che saranno emanate.

Il Commissario ad acta in fase pandemica potrà richiedere l’operatività dell’Unità di Crisi anche 24 ore su 24 per sette giorni su sette.

Le fasi ed i livelli di rischio sono dichiarati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e, in presenza o in previsione di un evento che in ragione di intensità ed estensione debba essere fronteggiato con mezzi e poteri straordinari, il Consiglio dei Ministri può deliberare lo stato di emergenza di rilievo nazionale. In seguito alla deliberazione dello stato di emergenza di rilievo nazionale, il Dipartimento della Protezione Civile (DPC) assicura e coordina il concorso delle componenti e delle strutture operative del Servizio nazionale della Protezione Civile all'attuazione della strategia operativa, avvalendosi del Comitato operativo della Protezione Civile e definisce i livelli di attivazione sulla base della capacità del SSN di assicurare, con risorse e procedure ordinarie, un'adeguata risposta rispetto ai rischi prefigurati e sulla conseguente necessità di concorso delle strutture operative del SNPC.

I livelli di attivazione sono:

- livello 0
- livello 1
- livello 2
- livello 3

Il Presidente della Regione, in qualità di Autorità Territoriale di Protezione Civile, rappresenta quindi figura cardine nell'emergenza.

Pertanto, in seguito alla deliberazione del CdM dello stato di emergenza ai sensi art. 24 del Decreto Legislativo n.1 del 2 gennaio 2018, le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza dovranno essere coordinate dall'Unità di Crisi Regionale che per gli aspetti epidemiologici, procedurali e tecnico-sanitari specialistici, si avvale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari che coordina il Tavolo Regionale Permanente ed il Comitato Pandemico Regionale. Per gli aspetti operativi e attuativi, si avvale delle Aziende Sanitarie Provinciali e delle Aziende Ospedaliere del SSR, nonché del Dipartimento della Protezione Civile Regionale per quanto riguarda le competenze specifiche.

2.2 UNITÀ DI CRISI REGIONALE PER LA PANDEMIA (UCR)

L'Unità di Crisi Regionale è presieduta dal Commissario ad Acta per il piano di rientro dai disavanzi della Regione Calabria, che nomina uno o più delegati (in qualità di Soggetto Attuatore).

Dell'Unità di Crisi sono componenti:

- il Dirigente Generale del Dipartimento di Protezione Civile della Calabria
- Il Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari
- Il delegato del Soggetto Attuatore

- Il Referente Sanitario Regionale (Direttiva del Presidente del Consiglio del 24 giugno 2016)

All’Unità di Crisi fa riferimento il Gruppo Operativo Regionale, composto da personale, individuato con provvedimento del Soggetto Delegato, tra il personale in servizio presso gli uffici della Regione Calabria, con specifiche professionalità attinenti all’emergenza.

L’Unità di Crisi opera in stretto raccordo con la Sala Operativa Regionale della Protezione Civile e con la Prefettura del Capoluogo di Regione che garantisce il raccordo con le altre Prefetture provinciali.

Inoltre, tutte le strutture ed uffici regionali, oltre che gli Enti del SSR, devono fornire all’Unità di Crisi regionale, ogni supporto eventualmente richiesto, per i profili di rispettiva competenza.

Alle sedute dell’Unità di Crisi possono essere chiamati a partecipare ulteriori professionisti di volta in volta individuati in relazione alle criticità da affrontare.

L’Unità di Crisi riporta al Comitato Operativo Nazionale, le esigenze emerse dal territorio, in termini di risorse aggiuntive per fronteggiare l’emergenza, fornendo inoltre, ogni informazione utile al monitoraggio delle attività connesse all’attuazione del Piano di Contingenza Operativo.

2.3 TAVOLO DI LAVORO REGIONALE PERMANENTE

Ai sensi del DCA n.77 del 18 maggio 2021 è costituito un tavolo di lavoro regionale permanente, composto dai dirigenti (o loro qualificati delegati) di tutti i Settori del Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari, coordinati dal Dirigente Generale o da suo delegato, per definire e aggiornare periodicamente, le azioni essenziali di governance, secondo la tempistica prevista nell’Accordo Stato-Regioni n. 11/CSR 25 gennaio 2021.

Il Tavolo è pertanto così composto:

- Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari
- Dirigente Settore Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario – Formazione ECM
- Dirigente Settore Autorizzazioni ed Accreditamenti
- Dirigente Settore Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica- Farmacie Convenzionate- Educazione all’uso Consapevole del Farmaco
- Dirigente Settore Prevenzione e Sanità Pubblica
- Dirigente Settore Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale
- Dirigente Settore Programmazione dell’offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze
- Dirigente Settore Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie
- Dirigente Settore Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione e Patrimonio
- Dirigente Settore Edilizia Sanitaria ed Interventi Tecnologici
- Dirigente Settore Salute Mentale – Dipendenze Patologiche- Salute nelle Carceri
- Dirigente Settore Gestione SISR - Monitoraggio ed Implementazione dei Flussi Sanitari
- Dirigente Settore Sanità Veterinaria
- Dirigente Settore Programmazione Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale – Servizi Sociali e Socio-Sanitari economia Sociale e Volontariato

- Dirigente Settore Immigrazione, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale, Centro Antidiscriminazione e Servizio Civile.

Il Tavolo, eventualmente integrato dalle altre figure professionali specificamente individuate, assolve le funzioni di governance del Gruppo Tecnico Regionale previsto nel DCA n. 103 del 22 luglio 2020.

Il Tavolo si rapporta con l’Unità di Crisi e con il Comitato Pandemico Regionale. Riceve e diffonde i documenti ufficiali pervenuti dagli Enti e dalle Regioni.

2.4 COMITATO PANDEMICO REGIONALE

Il Comitato Pandemico regionale racchiude in sé le funzioni scientifiche e quelle tecnico-organizzative, che includono il supporto tecnico-scientifico all’Unità di Crisi Regionale, nonché il coordinamento delle attività di sorveglianza, prevenzione, controllo e monitoraggio degli eventi pandemici.

L’attivazione e la conduzione del Comitato è affidata al Dirigente Generale, che è il referente Regionale del Piano e provvede altresì a garantire il raccordo operativo con l’Unità di Crisi e la sinergia con il Tavolo Regionale.

Del Comitato fanno parte:

Direzioni Sanitarie AASSPP	Componenti Centrale operativa regionale DCA n. 103/2020
Direttori Dipartimenti di Prevenzione AASSPP	
Direzioni Sanitarie AAOO e Presidi Ospedalieri	
Referente regionale per la sorveglianza epidemiologica e virologica integrata con adeguati sistemi informativi	Partecipa al gruppo di coordinamento regionale Riferisce sullo stato e sui risultati della sorveglianza nella regione e invia i dati all’ISS Coordina la rete dei medici sentinella Attiva e rafforza specifiche collaborazioni con l’Università
Referente regionale per i laboratori	Partecipa al gruppo di coordinamento regionale Assicura la partecipazione alla rete Influnet Coordina i laboratori di microbiologia della regione Assicura la ricerca di patogeni emergenti a seguito di allerte nazionali o internazionali
Referente regionale per il coordinamento dei Gruppi Operativi a Risposta Rapida per le emergenze di natura infettiva	Partecipa al gruppo di coordinamento regionale Coordina i GORR (gruppi aziendali individuati per gestire le emergenze di natura infettiva, che fanno riferimento alle direzioni sanitarie delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e composti dai Dipartimenti Prevenzione, SISP, Servizi Veterinari, SPISAL ed eventuali altri servizi a seconda della natura dell’emergenza). In ogni gruppo aziendale deve essere individuato un “punto di contatto” Attiva e rafforza specifiche collaborazioni con l’Università, la Protezione Civile e USMAF
Referente regionale per il coordinamento della	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al COMITATO • Monitoraggio accessi Pronto Soccorso, Chiamate al 118,

sorveglianza sindromica	<ul style="list-style-type: none"> ricoveri in area non critica e in area critica gestione del sistema di sorveglianza delle forme gravi e complicate di influenza
Referente regionale per la rete ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO valutazione/pianificazione della stima delle ospedalizzazioni e delle terapie intensive in fase inter pandemica pianificazione della rete di assistenza ospedaliera ed i relativi posti affidabili in relazione ai diversi scenari aggiornamento periodico della reale disponibilità dei posti letto rapportati alle risorse umane disponibili al momento verifica i piani pandemici ospedalieri valutazione periodica dei fabbisogni di Dispositivi e presidi per le attività ospedaliere coordinando le varie Aziende
Referente regionale per la rete dei servizi assistenziali territoriali (Cure Primarie)	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Implementazione dell'Assistenza domiciliare integrata, in funzione dei diversi scenari Attivazione, potenziamento ed integrazione delle USCA e dei servizi infermieristici territoriali in supporto alle attività dei medici e dei pediatri.
Referente regionale per la valutazione del fabbisogno farmaci antivirali, anticorpi monoclonali, vaccini	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Definizione del piano terapeutico per il trattamento a domicilio del paziente in collaborazione con le cure primarie Definizione dei fabbisogni territoriali ed ospedalieri in accordo con i piani terapeutici definiti con gli specialisti di riferimento Definizione del fabbisogno di vaccini
Referente regionale per la formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Individuazione delle attività di formazione ed esercitazioni annuali con valutazione e confronti regionali
Referente regionale per l'approvvigionamento e il mantenimento di scorte di DPI per tutte le strutture	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Valutazione fabbisogni e scorte per tuttala rete assistenziale sanitaria e socio-sanitaria
Referente regionale per la comunicazione interna ed esterna	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Comunicazione interna fra operatori ed esterna con la popolazione Predisposizione piano di comunicazione
Rappresentante medici di medicina generale Rappresentante pediatri di libera scelta	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Definizione, aggiornamento e coordinamento rete dei medici sentinella
Rappresentante delle Professioni Sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Definizione dei fabbisogni del personale del comparto, anche per gli aspetti formativi
Delegato del Commissario ad Acta	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione al COMITATO Verifica degli adempimenti nazionali

2.5 GRUPPO LOCALE PER L'EMERGENZA

Come previsto al punto 2.C.1 del DCA n. 103/2020, per assicurare il coordinamento delle attività a livello locale, per ogni area territoriale di riferimento delle Aziende Sanitarie Provinciali deve essere istituito e formalizzato un Gruppo Operativo Locale per l'emergenza di cui fanno parte anche le Aziende Ospedaliere del relativo territorio.

Il Gruppo locale è attivato dal Direttore Generale dell'ASP su richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Salute ed è coordinato dal Direttore Sanitario ASP.

il Direttore Sanitario dell'ASP, rappresenta il referente per le attività del proprio territorio nei confronti della Centrale Operativa della Unità di Crisi Regionale.

La composizione del Gruppo prevede:

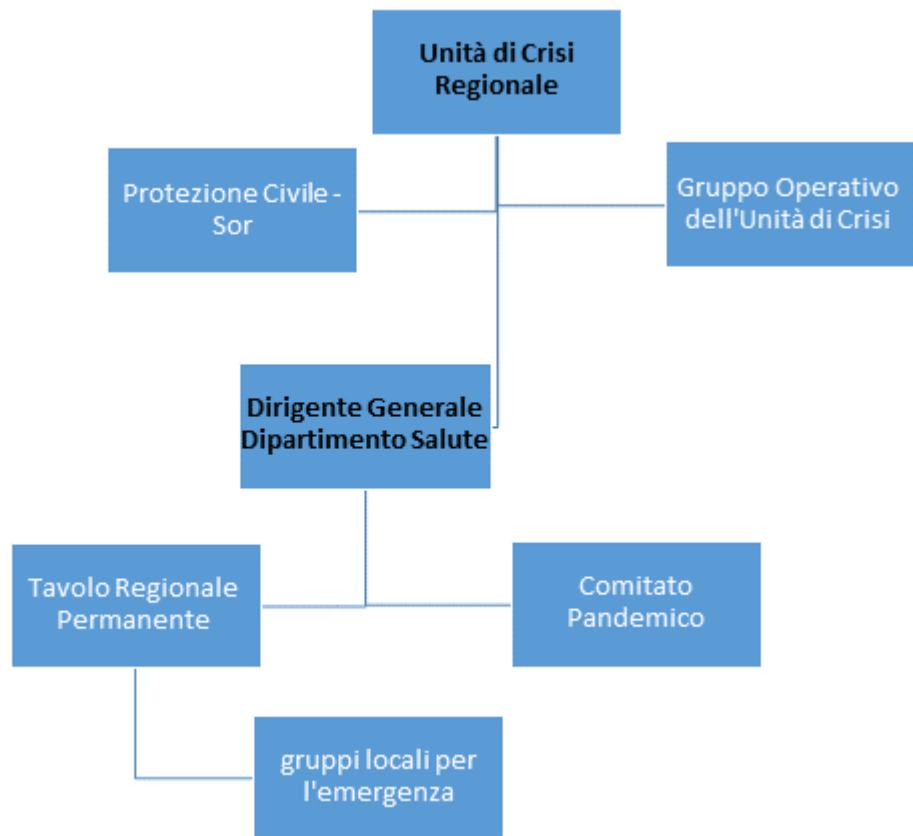
- Direttore Dipartimento di Prevenzione;
- Direttore Cure Primarie;
- Direttori Pronto Soccorso
- Responsabile Centrali Operative 118
- Direttori Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
- Direttore UO Malattie Infettive
- Direttori di UO Utilizzate per la degenza dei pazienti infetti
- Responsabili Servizio di Protezione e Prevenzione
- Direttore di UOC di Microbiologia e Virologia

Inoltre, deve essere considerata l'eventuale partecipazione di:

- Responsabile Epidemiologia
- Responsabile Farmacia
- Responsabile Terapie Intensive
- Esperti Virologi/microbiologi
- Referente dei MMG/PLS
- Referente Professioni Sanitarie

Sulla base di quanto definito in relazione alla pandemia da SARS-CoV-2/COVID-19 in corso, in ogni provincia deve essere attivata la Centrale Operativa Territoriale di cui al punto 2.C.2 allegato A del DCA n. 103/2020, con le funzioni specificamente previste.

Il Direttore Sanitario dell'ASP può altresì disporre l'integrazione del Gruppo, inserendo eventuali altre figure professionali in rapporto alle specifiche problematiche da affrontare.



Livello di Responsabilità	Compiti
Unità di Crisi Regionale per la Pandemia	Vedasi Ordinanze del Presidente della Regione n.4/2020; n. 50/2020, n. 7/2021, n. 66/2021
Tavolo di Lavoro Regionale Permanente	<ul style="list-style-type: none"> Predisponde i provvedimenti necessari per l'attuazione, la valutazione e l'aggiornamento del Piano Regionale Pandemico (PRP) Garantisce i rapporti con il livello centrale (MdS, CCM, ISS) e le altre Regioni Adotta le linee guida dei piani di formazione e comunicazione ed i protocolli e/o linee guida Coadiuva le attività di prevenzione sanitaria e veterinaria ove necessario, in riferimento alle specifiche competenze, assicurando il raccordo operativo con il Dipartimento Regionale Protezione Civile Supporta la realizzazione delle attività di sorveglianza epidemiologica
Comitato Pandemico Regionale	<ul style="list-style-type: none"> Garantisce il supporto tecnico-scientifico all'Unità di Crisi Regionale, nonché il coordinamento delle attività di sorveglianza, prevenzione, controllo e monitoraggio degli eventi pandemici

GRUPPO LOCALE PER L'EMERGENZA Aziende Sanitarie Provinciali e Aziende Ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> • svolge tutte le attività di prevenzione, diagnosi e cura dell'influenza pandemica • Adotta i piani pandemici aziendali • Adotta i piani aziendali per la formazione e la comunicazione in conformità agli indirizzi forniti a livello regionale. • Assicura la realizzazione delle attività richieste dal presente PPR in collaborazione con il Dipartimento Tutela della salute
CENTRALE TERRITORIALE OPERATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Vedasi DCA 103/2020

2.6 COORDINAMENTO CON ALTRI ENTI

L'Unità di crisi Regionale coordina le attività emergenziali e tutti i rapporti con le Istituzioni (in particolare con le Prefetture); si avvale del gruppo operativo per l'emergenza e delle altre strutture organizzative operanti nell'emergenza.

La stretta connessione con la Protezione Civile Regionale, sotto l'egida del Dipartimento Nazionale e la collaborazione delle associazioni di volontariato, hanno rappresentato nell'esperienza pandemica da COVID-19, il primissimo assetto organizzativo messo in campo per fronteggiare le prime emergenze, in affiancamento ai nuclei operativi strettamente sanitari.

Le Istituzioni con cui l'UCR, il Dipartimento Salute (attraverso le strutture identificate), la struttura Commissariale e la Protezione Civile Regionale, operano primariamente una azione di coordinamento, sono:

- Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità per tutti gli aspetti sanitari
- Prefetture – anche nell'ambito dei Comitati per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica
- Ufficio Scolastico Regionale
- ANCI e Sindaci dei Comuni Capoluogo di provincia
- USMAF
- ENAC
- Capitanerie di Porto
- Università di Medicina e Chirurgia

2.7 MODALITÀ DI COMUNICAZIONE

Gli aspetti della comunicazione istituzionale rappresentano elemento di rilievo nella gestione delle diverse fasi pandemiche.

La comunicazione è la parola chiave in ogni situazione ma, in particolare, durante una pandemia, e deve rispondere a tre domande basilari e strettamente correlate: come, quando e dove.

Come: deve essere pronta, chiara ed efficace, sia che si rivolga all'interno dell'organizzazione ma anche e soprattutto all'esterno.

Quando: non esiste, nel senso che l'emergenza è già di per sé una lotta contro il tempo. Questo significa che occorre anticipare quello che potrà accadere e avere già un piano strategico di comunicazione da attuare, con l'individuazione di una serie di domande alle quali si è già preparati a rispondere perché obiettivo fondamentale è informare e rassicurare.

Dove: dappertutto, vale a dire che comunichiamo deve essere recepito nel modo più ampio possibile, "sfruttando" tutti i mezzi a disposizione. Istituzione di numeri telefonici gratuiti specifici per le diverse aree di interesse e attivi h24, creazione di caselle di posta elettronica facili e intuitive, realizzazione di sezioni ad hoc nel sito istituzionale già presente e di un portale web dedicato con la messa in evidenza delle FAQ (ulteriori azioni verranno evidenziate nel paragrafo 2.7.3 relativo alla Comunicazione Esterna).

2.7.1 PIANI DI COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA ALLA REGIONE

L'elaborazione di un piano di comunicazione interna ed esterna è affidata al Tavolo Regionale entro 90 giorni dalla adozione del presente Piano. In detto Tavolo essendo presenti i referenti per la Comunicazione e Promozione della salute del Dipartimento Salute della Regione Calabria (e possono essere chiamati a partecipare quelli delle Aziende sanitarie ed ospedaliere (reti HPH e HPS) è possibile coordinare e condividere obiettivi, strumenti e prodotti informativi idonei per ogni fase dell'evento sanitario in corso (allerta pandemica, fase pandemica, di transizione).

Il piano deve individuare:

1. la partnership con le altre autorità Istituzionali presenti sul territorio regionale per un accordo sull'unicità della comunicazione;
2. gli organi di informazione con cui concordare un protocollo di intesa che garantisca un aggiornamento ordinario e straordinario sulla situazione;
3. i gestori delle reti telefoniche con cui stipulare accordi per l'inoltro di messaggi (sms, app) contenenti informazioni urgenti ed essenziali;
4. i responsabili della comunicazione interna e il portavoce a livello regionale per la comunicazione esterna;
5. i destinatari interni ed esterni alla Regione;
6. gli strumenti da utilizzare per la comunicazione interna ed esterna (verbali delle riunioni, documenti operativi, materiale di stampa, video conferenze, sito web, social network,

app telefonica, numero verde, casella di posta elettronica, testate giornalistiche e mass media)

7. le risorse umane da impiegare a livello operativo per la gestione dei flussi informativi interni ed esterni;
8. i tempi previsti per l'attuazione delle azioni contenute nel piano di comunicazione interna ed esterna;
9. il contenuto delle comunicazioni esterne attraverso la predisposizione di un modello di comunicato stampa, o griglia di argomenti, da utilizzare a seconda delle fasi pandemiche in modo che:
 - fornisca dati e informazioni chiare ed esatte sull'evento sanitario (identificazione, stima, valutazione e gestione)
 - rassicuri rispetto ai provvedimenti sanitari intrapresi e da intraprendere,
 - eviti false aspettative, anticipazioni di notizie che possano sconfinare in procurato allarme, individualismi,
 - valorizzi il carattere integrato e coordinato degli interventi da parte delle istituzioni.

2.7.2 COMUNICAZIONE INTERNA

Responsabile della comunicazione interna

Il responsabile del flusso comunicativo interno è individuato dall'Unità di Crisi Regionale.

Destinatari della comunicazione interna:

- Ministero della Salute
- Presidenza della Regione
- Dipartimento Protezione Civile
- ISS
- AIFA
- AGENAS
- INAIL
- Direttori Generali e Direttori Sanitari delle Aziende Ospedaliere
- Direttori Generali e Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Provinciali
- Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali
- Responsabili delle Unità di Crisi Locali

- Amministrazioni provinciali
- Prefetti
- Magnifici Rettori
- Sindaci
- Responsabili delle forze dell'ordine
- Responsabili delle strutture operative della Protezione Civile

2.7.3 COMUNICAZIONE ESTERNA

Responsabili della comunicazione esterna e strumenti

Il flusso comunicativo esterno è governato attraverso l'Unità di Crisi regionale, che avvalendosi del supporto tecnico scientifico del Tavolo Regionale e del Comitato Pandemico, cura la comunicazione esterna alla Regione per tutte le fasi dell'evento sanitario. Essa fornisce in modo costante ed aggiornato dati e informazioni su tutte le caratteristiche dell'evento sanitario e definisce i modelli di comunicato stampa da adottare dai responsabili della comunicazione esterna sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione.

Sono previste:

- la comunicazione esterna regionale durante le fasi dell'evento sanitario, attraverso il costante aggiornamento del sito web regionale sulla pandemia, l'attivazione e la gestione di un numero verde e di una casella di posta elettronica, sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione;
- la comunicazione esterna regionale nella fase di allerta pandemica dell'evento sanitario è svolta attraverso comunicati stampa pubblicati su radio, televisione, testate giornalistiche (cartacee e on line), sito web ufficiale della regione, sito web regionale sulla pandemia, social network (facebook, instagram, you tube, telegram), app telefonica (whatsapp).

I social network, in particolare, svolgono un ruolo strategico, attraverso la diffusione di comunicazioni, i cosiddetti "post" sintetici e immediati, che permettono di raggiungere e informare una fascia di popolazione molto ampia che, allo stesso tempo, può interagire ponendo domande, evidenziando dubbi e disagi e ricevendo celermente risposte;

- sempre attraverso i social, uno strumento utile sono "le dirette" che, attraverso il coinvolgimento di esperti, consentono di venire sempre più incontro all'utente in tempo reale;
- realizzazione di video esplicativi, informativi, descrittivi e narrativi;
- lancio di iniziative di informazione e sensibilizzazione;
- in tutte le fasi verrà dato risalto al ruolo dei MMG e dei PLS, il cui ruolo di informazione agli assistiti sulla malattia e sulle misure per prevenirla rimane fondamentale, garantendo una coerenza dei contenuti informativi dei flussi comunicativi dei medici del territorio e dei servizi di sanità pubblica.

Destinatari della comunicazione esterna:

- il cittadino
- i mass media

3 - RISPOSTA ALLA PANDEMIA INFLUENZALE

3.1 PERIODI, FASI E LIVELLI DI RISCHIO DEL PIANO

Con il presente Piano, la Regione Calabria adotta le fasi come da ultimo aggiornate dall'OMS e condivide gli obiettivi di sanità pubblica raccomandati dall' OMS per ogni fase.

I periodi, le fasi e i livelli di rischio a livello generale sono quindi di seguito categorizzati.

- A. Fase interpandemica -
- B. Fase di allerta pandemica;
- C. Fase pandemica;
- D. Fase di transizione.

Fase interpandemica

Corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenziali e virologica dell'influenza.

Obiettivi:

Rafforzamento della preparazione alla pandemia influenzale
minimizzazione del rischio di trasmissione all'uomo;
individuazione e segnalazione rapida di tale trasmissione, se si verifica

Azioni principali:

organizzare la catena di comando;
censire bisogni/risorse;
attivare protocolli operativi
potenziare la sorveglianza nel serbatoio animale, contenendo la possibilità di trasmissione da animale a uomo

Fase di allerta pandemica

Corrisponde alla fase in cui l'influenza causata da un nuovo sottotipo è identificata nell'uomo. Una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e un'attenta valutazione del rischio, a

livello locale, nazionale e globale, sono le attività caratteristiche di questa fase. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus non si sta trasformando in un ceppo potenzialmente pandemico, può verificarsi una riduzione delle attività (de-escalation) ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase inter pandemica.

Obiettivi:

caratterizzazione e individuazione rapide del nuovo sottotipo virale, la notifica e la risposta a nuovi casi

contenimento della diffusione del nuovo virus all'interno di focolai limitati o ritardare la diffusione per guadagnare tempo al fine di mettere in atto le misure di preparazione, incluso lo sviluppo del vaccino

massimizzazione degli sforzi per contenere o ritardare la diffusione del virus, evitare, se possibile, la pandemia e guadagnare tempo per mettere in atto le misure di risposta

Aggiornamento il piano alla luce degli elementi emersi

Azioni principali:

Disporre di esperti da mobilizzare per esigenze di identificazione e valutazione del rischio pandemico

potenziare la sorveglianza nell'uomo, attivare i protocolli diagnostico-terapeutici previsti e valutare l'impatto di un virus influenzale emergente a potenziale pandemico

attivare il sistema di controllo, predisporre tutti i provvedimenti per l'adozione delle misure in fase pandemica

applicare i protocolli di profilassi, diagnosi e cura per i casi; introdurre le misure di precauzione universali e quelli definiti dagli indirizzi nazionali

individuare eventuali aziende regionali disponibili alla produzione di forniture, dispositivi medici e DPI

Fase pandemica

Corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo. Il passaggio tra le fasi inter pandemica, di allerta e pandemica può verificarsi rapidamente o gradualmente, come indicato dalla valutazione del rischio globale, principalmente sulla base di dati virologici epidemiologici e clinici. All'interno della fase pandemica è possibile osservare diverse fasi della epidemia con:

- fasi acute in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari;

- fasi post-acute in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione;
- fasi di transizione epidemica in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale.

Obiettivi:

Attivazione della catena di comando per la gestione operativa della pandemia

Minimizzazione dell'impatto della pandemia.

Gestione dei casi a livello ospedaliero e domiciliare

Azioni principali:

L'intensità delle azioni da intraprendere deve essere modulata sul livello. Si considera virtualmente inevitabile la comparsa di casi.

Attivare in forma permanente i comitati/unità di crisi e la catena di comando e controllo per l'emergenza. Completare l'adattamento delle linee guida ufficiali e delle raccomandazioni.

Fornire istruzioni alle autorità locali in tutti i settori sull'implementazione e la valutazione degli interventi proposti

Rafforzare i sistemi di sorveglianza e laboratoristici. Potenziare i servizi territoriali di prevenzione in base alle attività di sorveglianza, prevenzione e risposta decise per contrastare la pandemia

Implementare tutti gli elementi rilevanti del Piano Pandemico nazionale, inclusi il coordinamento della risposta e l'implementazione di interventi specifici, anche tenendo conto delle circolari del Ministero della Salute e delle procedure operative ISS

Attivare la comunicazione istituzionale; Valutare e diffondere notizie sull'impatto della pandemia.

Valutare l'opportunità di adottare i poteri di natura contingibile e urgente

Attivare le Aziende disponibili a produrre di forniture, dispositivi medici e DPI

Fornire supporto per preservare i servizi essenziali

Monitorare quotidianamente il rischio epidemico, l'impatto sui servizi sanitari, con report epidemiologici settimanali da rendere fruibili all'Unità di Crisi e ai media

potenziare la capacità di intervento del sistema di emergenza-urgenza

Potenziare i servizi ospedalieri; rimodulare le attività sanitarie di elezione; attivare i posti letto previsti in area medica e terapia intensiva

Attivare le modalità di gestione domiciliare dei pazienti e gli alberghi sanitari

Promuovere le attività vaccinali

d. Fase di transizione

Con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una de-escalation delle azioni, con riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio Paese-specifiche. Ritorno alla fase interpandemica.

Fasi e livelli di rischio sono dichiarati dalle Autorità competenti, anche in successione non sequenziale, sulla base della situazione di riferimento.

Obiettivi:

Pianificazione del ripristino delle attività dopo la pandemia

Individuazione delle azioni di miglioramento nelle attività di risposta alle pandemie influenzali

Azioni principali:

Fornire supporto per la ripresa di servizi sospesi

Determinare l'esigenza di risorse addizionali e poteri per le eventuali successive ondate.

Garantire la pausa di recupero per gli staff.

Verificare i risultati ottenuti; rivedere i piani in base all'esperienza acquisita.

Valutare le evidenze scientifiche

Sostenere l'impatto psicologico.

Riconoscere il lavoro di tutti coloro che hanno contribuito in qualunque modo (incluso il pubblico) e degli staff che hanno combattuto la malattia

3.2 PREDISPOSIZIONE PIANO PANDEMICO AZIENDALE

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

I PPA approvati con Deliberazione aziendale saranno trasmessi entro 45 giorni dalla data di adozione del provvedimento di approvazione del presente PRP, al dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari

Il Tavolo regionale permanente, verifica l'adozione del PPA da parte di ciascuna Azienda Sanitaria e la sua completezza sulla base dei rispettivi ambiti da considerare

Il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari garantisce la trasmissione definitiva dei PPA alla Protezione Civile regionale.

3.3 AZIONI CHIAVE

3.3.1 RICOGNIZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA PANDEMICA

Nella **fase interpandemica** è necessario garantire la cognizione puntuale delle scorte strategiche e delle altre risorse sanitarie necessarie ad affrontare un'eventuale emergenza pandemica.

La Scorta strategica regionale comprende:

dispositivi di protezione individuale per operatori sanitari: mascherine FFP2/3, occhiali e visiere, guanti e visiere, indumenti di protezione individuale;

dispositivi medici: mascherine chirurgiche, disinfettanti per dispositivi medici, reagenti, test molecolari per l'identificazione dei geni altamente conservati, kit di genotipizzazione da parte dei laboratori (inclusi materiali per prelievo campioni);

disinfettanti; farmaci antivirali;

altri farmaci: cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia, vaccini, antivirali, anticorpi monoclonali

E come altre risorse:

posti letto ospedalieri per pazienti di malattie infettive, terapia intensiva e sub-intensiva e potenziale massimo incremento;

mezzi per trasporto sanitario in biocontenimento; capacità diagnostica dei laboratori (microbiologia).

Le modalità di distribuzione delle risorse delle scorte strategiche è riportato nel capitolo 5 del presente Piano.

Al fine di garantire e agevolare l'acquisto di quantitativi sufficienti per fronteggiare l'emergenza, verranno stipulati contratti preliminari con le ditte produttrici attivando le procedure necessarie per la fornitura in collaborazione con la Stazione Unica Appaltante o altri soggetti aggregatori, anche mediante procedure di acquisto in somma urgenza.

3.3.2 RICOGNIZIONE DELLE RISORSE DI PERSONALE

Sulla base dell'esperienza maturata con la pandemia da COVID-19, alla luce delle carenze presenti in particolare presso i Dipartimenti di Prevenzione delle singole AASSPP, è stata realizzata una prima raccolta dei fabbisogni per singola Azienda del SSR espressa su base annua.

Per il calcolo delle risorse umane necessarie sono state mutuate le indicazioni in essere per la pandemia da COVID-19. Sulla base di tale assunto, il personale necessario nei servizi è stato calcolato sul parametro 1/10.000 abitanti dedicato al contact tracing + 1/10.000 abitanti alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento, alla sorveglianza sanitaria, alla gestione delle piattaforme.

Gli operatori sanitari sono fondamentali per la risposta alla pandemia, allo scopo di rispondere alle esigenze di fornitura di servizi aggiuntivi, garantendo l'accesso ai servizi sanitari essenziali, affrontando anche maggiori rischi di infezione nei loro sforzi per proteggere la comunità essendo esposti a rischio infettivo.

Oltre al calcolo teorico, sarà affidato il compito agli uffici del personale delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Provinciali di fornire annualmente la mappa del personale in servizio nelle UUOO di prevenzione e nei laboratori pubblici autorizzati alla ricerca con metodologia molecolare del genoma dei possibili patogeni, allo scopo di monitorare tempestivamente l'integrazione almeno del personale in quiescenza e di organizzare corsi di formazione per approfondire argomenti specifici.

Allo stato attuale il personale necessario è stato quantificato in n. 378 unità diviso al 50% tra addetti al contact tracing e addetti alle restanti attività di seguito riportato per tipologia di figura professionale:

Igienisti/Epidemiologi n. 20

Personale Medico n. 120

Personale Infermieristico n. 146

Operatori Socio Sanitari n. 30

Personale Amministrativo n. 30

Personale Amministrativo con competenze informatiche n. 20

Esperti in comunicazione n. 5

Psicologi n. 5

Assistente sanitario n. 2

Tale ricognizione deve essere considerata ex ante e deve essere realizzata annualmente, in fase interpandemica, per definire criteri omogenei di indirizzo finalizzati a potenziare le capacità di risposta territoriale in caso di evento pandemico, tenendo conto della necessità di continuità operativa delle strutture sanitarie, agli scenari di assenza degli operatori a causa di possibili contagi, alla possibilità di mobilitazione di personale di altri Settori.

Altro ruolo molto importante nella gestione di una pandemia è legata all'attività di volontariato svolta dalle associazioni iscritte all'Albo Regionale del Volontariato. Sulla scorta dell'esperienza maturata nell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Sar-Cov-2 verranno effettuati dei corsi al fine di formare al meglio i volontari, specie delle associazioni sanitarie (Croce Rossa, Misericordia) per fornire capacità di intervento supplementare.

Elaborazione di procedure per coordinare e trasferire il personale tra le strutture sanitarie

La Regione attraverso linee guida/circolari, con procedure di somma urgenza, elaborerà procedure per spostare il personale tra le varie strutture sanitarie al fine di rafforzare e sopperire ad eventuali criticità, soprattutto in sostituzione del personale che dovesse essere contagiato in fase di pandemia.

Tale attività sarà agevolata attraverso la predisposizione di un data - base nel quale ogni Struttura sanitaria iscrive il personale che può essere condiviso o trasferito ovvero quello presente nelle rispettive graduatorie aziendali per professione e categoria.

Sviluppo o rafforzamento degli accordi istituzionali con gli operatori sanitari privati per coordinare l'erogazione dei servizi sanitari durante una pandemia.

Nella fase inter-pandemica sarà predisposto un piano di sviluppo per la continuità dei servizi, in particolare bisognerà prevedere per le strutture pubbliche che dovranno essere maggiormente impegnate nella gestione emergenziale pandemica la sospensione delle attività programmate e una eventuale partecipazione delle strutture private ai fini del recupero dell'attività sospesa. La partecipazione delle strutture private sarà possibile in relazione ai fondi stanziati a livello nazionale.

Definizione di procedure per mobilitare, addestrare, accreditare e gestire i volontari per fornire, se necessario, capacità di intervento supplementare;

Il compito di mobilitare volontari sarà affidato al dipartimento della protezione civile attraverso le associazioni dislocate sul territorio.

Potrà essere ulteriormente istituito un albo speciale di associazioni non iscritte al registro di protezione civile ma che abbiano e dimostrino caratteristiche e capacità operative in campo sanitario per dotazioni di personale e mezzi.

In analogia sarà organizzato un albo di professionisti volontari (Medici, Infermieri ecc....), sempre in capo al Dipartimento di Protezione Civile Regionale, disponibili ad essere impiegati in situazioni di emergenza.

Per tutte le categorie e tutti i volontari sarà previsto un ciclo formativo, attraverso corsi accreditati in materia.

Predisposizione di metodi a distanza per triage e per offrire assistenza sanitaria ai pazienti non in emergenza (ad esempio, consultazioni telefoniche o online)

Saranno attivate linee dedicate telefoniche dalle Aziende sanitarie con personale dedicato, debitamente formato

Verrà istituita apposita sezione on line sui siti ufficiali delle diverse Aziende Sanitarie dove l'utente potrà inviare un messaggio attraverso mail o messaggistica telefonica, per poi essere contattato dal professionista individuato per soddisfare il bisogno rilevato.

Definizione di procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza: individuazione delle modalità e delle regole per i trasporti di emergenza, sistemi di coordinamento per trasferire i pazienti tra le strutture (es. monitoraggio centralizzato dei posti letto, distribuzione centralizzata dei pazienti e call center)

Premesso che indichiamo come trasporto, il percorso che effettua un veicolo di soccorso dal territorio verso una struttura sanitaria e per trasferimento, il tragitto tra una struttura sanitaria ed un'altra, in tutti e due i casi con carattere di indifferibilità per la grave compromissione della salute dell'utente., è utile sottolineare che questi sono in capo alle diverse centrali SUEM a carattere provinciale.

L'attivazione di un mezzo di soccorso per un trasporto- trasferimento di potenziale soggetto infetto può a avvenire:

Trasporto

Attivazione /richiesta	Esecuzione	coordinamento
USCA MMG PLS A.D.I.	SUEM 118 ETS preposto	C.O. SUEM Prov.

Trasferimento

Attivazione /richiesta	Esecuzione	coordinamento
U.O. di degenza	ABZ SUEM118 ETS preposto	C.O. SUEM Prov.

Monitoraggio e centralizzazione

La regione avrà il compito di monitorare giornalmente la situazione posti letto dedicati, per dare indicazioni alle C.O. SUEM provinciali.

3.3.3 ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA A SECONDA DELLE FASI

Nella Regione Calabria deve essere garantito, con proprie strutture, un adeguato livello di sorveglianza virologica ed epidemiologica. Le attività da garantire, sono diversificate secondo le fasi e i livelli di rischio definiti dall'OMS.

Nella fase pandemica, in particolare, l'obiettivo della sorveglianza sarà quello di misurare l'impatto della pandemia e descriverne le caratteristiche per orientare le misure di controllo e valutarne l'efficienza. Tuttavia in base alle dinamiche della diffusione pandemica l'Unità di Crisi Regionale potrà, tramite il tavolo regionale permanente e il Comitato Pandemico, attivare i Servizi di epidemiologia delle AASSPP, per l'acquisizione delle necessarie informazioni e per le indagini specifiche. È quindi importante che sia la sorveglianza epidemiologica che quella virologica vengano mantenute anche in tale fase. In particolare, la sorveglianza virologica, sarà effettuata su un numero determinato di campioni, in quanto necessaria per monitorare le caratteristiche del virus.

Ogni Azienda oltre a monitorare i focolai, deve alimentare le piattaforme sanitarie attive contenenti le specifiche schede di rilevazione dati ai fini di valutare l'assetto epidemiologico corrente. Gli studi FF100, la ricerca bibliografica supportano le attività di indagini epidemiologiche e di sorveglianza sanitaria; ciò consente di caratterizzare la trasmissibilità, la stadiiazione clinica e l'impatto sui servizi sanitari territoriali ed ospedalieri sulla base dell'analisi dei dati raccolti dai primi 100 casi e dei relativi contatti stretti e comunque da un numero di casi sufficientemente ampio tale da consentire una soddisfacente caratterizzazione dell'evento pandemico.

Su queste tematiche deve essere prevista adeguata formazione del personale addetto alla rilevazione dei dati.

In questa ottica la rete laboratoristica già operativa nel corso della pandemia da COVID-19, deve essere mantenuta operativa e rafforzata in base alle esigenze emergenti.

Per stimare l'impatto della pandemia è necessario inoltre rilevare il n. degli accessi al pronto soccorso e il n. di ricoveri in un campione di Comuni, la mortalità totale in un campione di Comuni, i tassi di assenteismo lavorativo e scolastico, secondo modalità organizzative definite dal Tavolo Regionale.

Al fine di identificare e confermare rapidamente i casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, l'Istituto Superiore di Sanità coordina il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e viologica dell'influenza, denominato "Influnet". La Rete si avvale del referente regionale e del contributo dei medici di medicina generale (MMG) pediatri di libera scelta (PLS) dei referenti delle AASSPP e del Laboratorio di riferimento regionale per l'influenza.

All'inizio della stagione Influenzale, definita la circolare ministeriale per il controllo dell'Influenza e il protocollo di sorveglianza epidemiologica a cura dell'ISS, sarà compito dell'Unità di Crisi stabilire le modalità di attuazione per la sorveglianza dei cluster di sindrome influenzale potenzialmente attribuibili a virus pandemico, cluster di morti inattese per sindrome influenzale (ILI) e infezioni respiratorie acute (IRA) in strutture di ricovero e cura.

L'Utilizzo delle informazioni generate dalla sorveglianza stagionale dell'influenza è fondamentale per pianificare adeguate misure di controllo e di intervento sul territorio regionale.

Il sistema di sorveglianza si realizza attraverso:

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

A tale fine il competente Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari definisce le modalità ed i criteri di adesione al sistema, in sede di accordi integrativi regionali (AIR) con le organizzazioni di categoria.

La rete epidemiologica dei medici sentinella, dovrà essere costituita in Calabria da un numero di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, uniformemente distribuiti sul territorio regionale, in modo da permettere il monitoraggio del campione definito annualmente dall'ISS, nel protocollo operativo.

Per la costituzione della rete è raccomandato il forte coinvolgimento degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e delle Società scientifiche di riferimento, per l'adeguata sensibilizzazione dei professionisti finalizzata all'adesione alla Rete.

Il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari aggiornerà la rete, con adeguate disposizioni, in relazione a eventuali aggiornamenti da parte dell'Istituto Superiore di Sanità o Ministeriali.

La sorveglianza sindromica, per come già previsto nella precedente revisione del Piano Pandemico Regionale, sarà svolta presso l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio ubicato nel capoluogo di regione, Catanzaro.

Per tale tipo di sorveglianza devono essere definiti gli eventi da monitorare, ovvero individuare una lista di sindromi da segnalare. Devono inoltre essere definiti i soggetti (medici del Pronto soccorso, Direttori di specifiche UU.OO. ecc) che possono raccogliere queste informazioni e quale sia la popolazione sotto sorveglianza (persone che risiedono in una certa area, persone che si rivolgono a una struttura ospedaliera, ecc).

Per queste ragioni, la sorveglianza sindromica potrà essere estesa anche ad altre Aziende Ospedaliere, ovvero ad altri Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle Aziende Sanitarie Provinciali, in relazione alle necessità contingenti. A tale aggiornamento si farà fronte con provvedimento del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari.

L'obiettivo è quello di identificare precocemente potenziali minacce per la salute pubblica, in modo da mettere in atto una risposta rapida per ridurre morbilità e mortalità e integrare le informazioni che derivano dalle sorveglianze dei casi di malattie.

Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Rendere pienamente operativo il sistema di sorveglianza umano Integrato InfluNet e quello delle forme gravi e complicate di influenza attivi, al fine di identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali e riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia	Rafforzare il ruolo dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale
Individuare i referenti SARR a livello regionale e territoriali	Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella sorveglianza
Rafforzare la capacità diagnostica dei laboratori regionali di riferimento	
Disporre di un sistema informatico in grado di gestire le informazioni e l'interoperabilità con le altre piattaforme regionali e nazionali attive	

3.3.4 SORVEGLIANZA VIROLOGICA E LABORATORI DI RIFERIMENTO REGIONALI

Gli strumenti di allerta precoce sono fondamentali per l'applicazione tempestiva delle strategie di intervento e la mitigazione degli effetti negativi sulla salute, sociali ed economici associati a focolai di potenziale epidemico.

I sistemi di allerta precoce per le malattie infettive sono basati su diverse fonti di dati e sono studiati e utilizzate nella prevenzione e nel controllo della pandemia, compresa l'indagine su Internet, i social media, nell'allarme rapido delle malattie infettive al fine di fornire un riferimento per la regione di un meccanismo di allerta precoce intelligente e di una piattaforma per le malattie infettive basato sui big data multi-sorgente. EWS compositi costituiti da varianza, autocorrelazione e asimmetria possono prevedere aumenti dei casi non lineari, ma che la capacità predittiva di questi strumenti varia tra le onde in base al grado di rallentamento critico presente.

L'accesso a laboratori con capacità diagnostica del virus influenzale, rappresenta elemento determinante nella gestione della pandemia.

Il laboratorio di Virologia dell’Azienda Ospedaliera “Annunziata” di Cosenza è il laboratorio di riferimento della Regione Calabria per la sorveglianza virologica dell’influenza nella rete nazionale Influnet (medici non sentinella/ospedalieri).

Tale struttura identifica e tipizza i virus in campioni respiratori (provenienti dalle alte e basse vie) di pazienti ricoverati presso le strutture ospedaliere e/o inviati dai MMG e PLS.

La ricerca del genoma virale è eseguita mediante RT-PCR e successiva sottotipizzazione virale. I risultati ottenuti vengono settimanalmente inseriti nella rete INFLUNET ed i campioni biologici, vengono inviati all’Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale per l’Influenza) o su richiesta del referente Nazionale o perché associati a ceppi più virulenti.

L’ISS provvede all’ eventuale sequenziamento e all’invio al Centro Mondiale dell’Influenza di Londra, per il confronto con i virus isolati in tutta l’Europa e nel resto del mondo.

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

Per l’attuazione di quanto fissato nel presente Piano, è previsto il potenziamento della capacità diagnostica dei laboratori delle quattro Aziende Ospedaliere e dei laboratori degli otto ospedali spoke afferenti alle Aziende Sanitarie Provinciali, attraverso l’acquisto di nuove apparecchiature e strumenti informatici e l’integrazione della dotazione organica, con relativa formazione del personale.

3.3.4.1 LA RETE DEI LABORATORI REGIONALI IDENTIFICATI PER LA RICERCA SARS-CoV2

Nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 e delle sue varianti, è stato necessario provvedere a mettere in piedi una rete di laboratori in grado di effettuare le attività finalizzate alla diagnosi. Tale rete, grazie anche al background acquisito, rimane strumento fondamentale nella gestione della pandemia.

In considerazione della diffusione del SARS-CoV-2 sul territorio nazionale e dello stato di pandemia dichiarato ufficialmente dall’OMS l’11 marzo 2020, in base alle indicazioni dell’ECDC e, successivamente, dell’OMS, riguardanti la diagnostica di laboratorio, è stato stabilito che i laboratori di riferimento regionali dovessero svolgere funzione di coordinamento per laboratori aggiuntivi, identificati dalle Regioni per effettuare la diagnosi SARS-CoV-2. Quest’ultimi sono stati identificati, dalla Regione Calabria, attraverso modalità concordate con il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell’Istituto Superiore di Sanità e secondo le procedure riportate nella circolare n. 9774 del 20 marzo 2020, nell’Ordinanza n. 15/2021 e nel DCA n. 78 del 18 maggio 2021. Ai laboratori pubblici dei 4 Hub regionali, dell’ASP di Reggio Calabria e dei Presidi Ospedalieri di Rossano, Lamezia Terme, Vibo Valentia e Crotone, si sono aggiunti ulteriori laboratori privati accreditati per la biologia molecolare.

Con il DCA n. 78 del 18 maggio 2021 è stata adottata una procedura per l’ulteriore individuazione dei laboratori idonei per la diagnosi di SARS-CoV-2 da inserire nell’elenco di cui all’allegato 2 della Circolare del Ministero della Salute 3 aprile 2020.

Per quanto riguarda la rete regionale dei laboratori che possono essere coinvolti per la gestione della pandemia ci si avvale in prima istanza dei laboratori già individuati, attrezzati per effettuare la diagnosi molecolare su campioni clinici respiratori secondo protocolli specifici già validati, che sono i seguenti (aggiornati al 7/02/2022):

I laboratori pubblici della rete sono i seguenti:

- 1) Laboratorio SOC Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro
- 2) Laboratorio UOC Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza
- 3) Laboratorio UOC Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza
- 4) Laboratorio UOC Microbiologia Clinica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Catanzaro
- 5) Laboratorio Polo Sanitario NORD ASP di Reggio Calabria
- 6) Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero ASP di Vibo Valentia
- 7) Laboratorio Patologia Clinica del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme ASP di Catanzaro
- 8) Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero ASP di Crotone
- 9) Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero SPOKE di Rossano ASP di Cosenza

L' elenco, in continuo aggiornamento dei laboratori che possono effettuare la diagnosi molecolare su campioni clinici respiratori secondo protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è riportato sul sito del Ministero della Salute al link [HTTPS://WWW.SALUTE.GOV.IT/IMGS/C 17 PAGINEARIE 5453 6 FILE.PDF](https://www.salute.gov.it/imgs/c_17_paginearie_5453_6_file.pdf)

Nell'ambito delle attività di sorveglianza microbiologica per COVID-19, come da Ordinanza n. 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile, del 27 febbraio 2020 "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili", (GU Serie Generale n.50 del 28-02-2020), si è reso necessario monitorare la circolazione di varianti di interesse in sanità pubblica e in rapida diffusione nel nostro Paese. Il Ministero della Salute, al fine di stabilire una mappatura del grado di diffusione delle varianti di SARS-CoV-2 appartenenti ai lineage B.1.1.7, P.1, P.2, B.1.351, B.1.525 in Italia, ha realizzato delle indagini rapide (la prima nel marzo 2021) coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni ed in particolare con i laboratori da queste ultime identificati e di seguito elencati:

- Laboratorio di Virologia e Microbiologia, Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio, Catanzaro;
- UOC di Microbiologia e Virologia, AO Annunziata, Cosenza;
- Laboratorio di genomica e patologia molecolare dell'Università Magna Graecia di Catanzaro.
- Laboratorio di Microbiologia dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria

Tali laboratori pubblici rappresentano quindi i laboratori di riferimento per le successive attività che si renderanno necessarie nella gestione di eventi pandemici, ferma restando la possibilità di ampliare la capacità di testing e di sequenziamento, con l'individuazione di ulteriori laboratori.

La lista delle varianti del virus SARS-CoV-2 sotto sorveglianza viene continuamente aggiornata man mano che vengono riconosciute nuove varianti di interesse per la sanità pubblica.

3.3.4.2 LA SORVEGLIANZA INTEGRATA PER L'INFLUENZA NEL SETTORE UMANO E VETERINARIO

Nel ciclo di una emergenza pandemica, dalla fase di allerta alla fase di transizione, i sistemi sanitari devono dare prova di preparedness e di readiness.

Appare necessario definire e sviluppare anche sistemi di allerta precoce partendo da un sistema di sorveglianza integrata veterinaria- epidemiologica e microbiologica- in grado di monitorare l'emergenza di virus influenzali non stagionali o nuovi con continuo scambio di dati con il laboratorio di riferimento nazionale per influenza.

La sorveglianza epidemiologica dell'influenza nelle diverse specie animali, il controllo dell'andamento dei focolai di influenza e infezioni similari di origine virale nelle specie animali recettive (in particolare aviarie e nei suini), l'utilizzo di prodotti immunizzanti sperimentali in grado di garantire un'adeguata copertura immunitaria in situazioni di emergenza e profilassi dell'influenza nelle varie specie animali, rappresentano azioni che devono integrarsi con le attività di sorveglianza epidemiologica sull'uomo.

Pertanto il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari, avvalendosi anche del supporto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno e della relativa rete IIZZSS, tenendo conto dei Piani nazionali di contingenza epidemica veterinaria per gli aspetti rilevanti al rischio pandemico influenzale, promuove la realizzazione di una sorveglianza virologica in grado di identificare virus influenzali zoonotici a potenziale pandemico individuando una rete che includa i referenti dei laboratori di riferimento regionale per l'influenza nel settore umano e veterinario.

A regime la sorveglianza integrata dovrà essere realizzata congiuntamente dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale e dell'Osservatorio epidemiologico Veterinario Regionale.

Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Attivare la sorveglianza sindromica basata sugli accessi in Pronto Soccorso (PS)	Integrare i sistemi epidemiologici con l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale
Disporre di un sistema informatico in grado di gestire le informazioni e l'interoperabilità con le altre piattaforme regionali e nazionali attive	Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella sorveglianza
	Coinvolgere i laboratori di sanità animale
	Migliorare la cooperazione tra i sistemi di malattie infettive esistenti e i sistemi di allerta veterinari

3.3.4.3 RAFFORZAMENTO SORVEGLIANZA STAGIONALE

Nella fase di allerta pandemica e nella fase pandemica è necessario rafforzare la sorveglianza, partendo dai protocolli e gli strumenti approntati e disponibili in fase inter-pandemica e aggiornati in funzione delle caratteristiche del virus influenzale pandemico che ne definiscono la trasmissibilità, l'epidemiologia e l'impatto clinico. Inoltre, in questa fase, i servizi territoriali devono essere potenziati per tutte le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta, in termini di risorse umane (anche inizialmente utilizzando il personale presente presso servizi meno coinvolti), strumentali, operative.

3.3.5 SERVIZI DI ASSISTENZA INFORMATICA

Nel corso della Pandemia da COVID-19 è stato necessario operare su piattaforme di monitoraggio nazionali (ISS/Ministero della Salute) e su sistemi regionali predisposti a cura della Protezione Civile Regionale (Piattaforma regionale “monitoring”) oltre che sugli applicativi operativi presso i laboratori di riferimento regionali.

Con l'adozione del presente piano si rende necessaria l'installazione, configurazione ed avviamento di un sistema per la sorveglianza epidemiologica, integrato con la piattaforma InfluNet, che fornisce dashboard ed indicatori specifici. Tale sistema deve essere in grado di raccogliere le informazioni da tutti i sistemi che in varia misura intervengono nel processo di gestione della diffusione delle forme virali. In particolare: Governance; Presa in carico ed Evoluzione della Piattaforma COVID-19 (già realizzata dalla Protezione Civile regionale, per la

gestione Epidemiologica); Interoperabilità tra le Applicazioni ed il Sistema Regionale, con le Piattaforme Nazionali per il monitoraggio e la gestione Epidemiologica; Centralizzazione ed integrazione dei sistemi di Laboratorio Analisi per l'acquisizione esiti e referti ed integrazione con l'esistente piattaforma COVID-19; Servizi di Back office per monitoraggio dei processi ed episodi (one to one con i referenti COVID individuati dalla Regione).

Il sistema dovrà garantire inoltre:

- a) la connessione in rete dei vari servizi veterinari regionali con la rete dell'IZSM, al fine di potenziare la sorveglianza epidemiologica veterinaria che fornisca dashboard ed indicatori specifici;
- b) a rapida comunicazione tra tutti i Pronto Soccorso ospedalieri, i laboratori di virologia ospedalieri (Hub e Spoke), i Dipartimenti di Prevenzione, i MMG e PLS e consentire lo scambio di informazioni e dati epidemiologici in tempo reale tramite dashboard regionale ed indicatori specifici.

3.3.6 SORVEGLIANZA BASATA SU EVENTI (Circ. MinSal 19 ottobre 2021)

Il Piano Nazionale prevede che sia presente un sistema di Epidemic Intelligence Nazionale, ai fini dell'implementazione della sorveglianza basata su eventi in Italia.

Per identificare precocemente e monitorare eventi che possano costituire una emergenza internazionale di sanità pubblica sono necessari sistemi che consentano la rapida rilevazione e analisi di informazioni in base alle quali avviare indagini epidemiologiche e azioni di controllo sul territorio.

Tali sistemi vengono anche denominati di epidemic intelligence e comprendono tutte le attività volte all'identificazione precoce di rischi in sanità pubblica, la loro validazione, valutazione e indagine.

L'epidemic intelligence combina la sorveglianza basata su eventi e quella basata su indicatori.

In Italia il Network Italiano di Epidemic Intelligence, finanziato nell'ambito di una azione centrale del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), costituisce un esempio di questa attività. Con Decreto Direttoriale del 1° giugno 2021 è stata istituita la Rete di Epidemic Intelligence Nazionale (Rete)

La Circolare del Ministero della Salute n. 47345-19/10/2021-DGPRE-DGPRE-P fornisce indicazioni operative per l'implementazione della sorveglianza basata su eventi a livello nazionale.

Si definisce "segna" una o più notizie relative a una malattia trasmissibile, mentre un "evento" viene definito come un segnale inusuale/inatteso di interesse per la salute pubblica.

L'attore principale per la realizzazione della sorveglianza basata su eventi in Italia sarà la Rete di Epidemic Intelligence Nazionale (Rete). La Rete è composta da analisti formati e certificati dall'ISS e dal Ministero della Salute, designati dai rappresentanti dei servizi sanitari pubblici (Ministero della Salute, ISS, Regioni/PA, ASL, IRCCS, ecc.) sul territorio nazionale. Gli analisti definiranno le modalità operative e l'organizzazione del lavoro durante la prima riunione della Rete.

Obiettivo principale della sorveglianza basata su eventi è quello di identificare in modo tempestivo notizie su malattie trasmissibili sul territorio nazionale che siano inusuali/inattese e/o rilevanti per la sanità pubblica.

Obiettivi specifici della sorveglianza basata su eventi saranno:

1. identificare in modo tempestivo potenziali eventi acuti con un possibile impatto sulla salute pubblica o rischi per la salute attraverso la verifica di segnali;
2. garantire che informazioni relative ad un potenziale evento siano comunicate immediatamente ai referenti identificati;
3. permettere ai referenti italiani dei sistemi di allerta esistenti a livello nazionale/internazionale (es. il Regolamento Sanitario Internazionale – RSI e il sistema europeo di allarme rapido e reazione, Early Warning and Response System – EWRS) di segnalare tempestivamente gli eventi rilevati secondo i regolamenti e le procedure in vigore;
4. permettere ai referenti delle Regioni/PPAA di attivare le opportune verifiche sugli eventi di loro competenza per dare seguito a notifica sul proprio territorio e ad eventuali misure di controllo.

Vista l'elevata flessibilità della metodica della sorveglianza basata su eventi, il Ministero della Salute, pur formalizzando la Rete per il monitoraggio di potenziali eventi a rischio pandemico legati a virus influenzali, potrà avvalersi della stessa Rete anche per monitorare altri agenti patogeni emergenti non esplicitamente previsti nel PanFlu 2021-2023. La Rete potrà essere attivata dal Ministero della Salute per monitorare l'evoluzione di allerte pandemiche internazionali realizzando relazioni di situation awareness adatte alle esigenze informative nazionali.

La sorveglianza basata su eventi capta informazioni pubblicamente disponibili da fonti non convenzionali attraverso piattaforme dedicate per rilevare segnali precoci di eventi di interesse. Le principali fonti informative per la rilevazione delle allerte saranno rappresentate da MedISys5, Google alert, Google news; potranno essere consultati ulteriori software di biosorveglianza.

Le condizioni oggetto della sorveglianza basata su eventi sono rappresentate dall'elenco di malattie trasmissibili sorvegliate a livello europeo e riportate nella piattaforma di biosorveglianza MedISys. Verranno realizzati bollettini con cadenza settimanale che includano tutti gli eventi identificati nel periodo di riferimento. Saranno considerati per l'inclusione nel bollettino periodico gli eventi che possano costituire una emergenza di sanità pubblica.

È disponibile un algoritmo decisionale per la valutazione dei segnali e degli eventi presentato nel documento "Procedure operative per l'attivazione del monitoraggio network italiano di epidemic intelligence" allegato.

Le informazioni rilevate dalle fonti informative elencate saranno incluse nel bollettino periodico a prescindere da una validazione delle notizie da parte dei referenti regionali delle regioni interessate dagli eventi descritti.

I bollettini periodici realizzati dalla Rete saranno indirizzati a tutti gli analisti che costituiscono la Rete, ai referenti RSI e EWRS del Ministero della Salute, ai referenti della prevenzione sanitaria

delle Regioni/PPAA, ai componenti della Rete Italiana di Preparedness Pandemica e della Rete Dispatch7.

I referenti RSI e EWRS del Ministero della Salute valuteranno le notizie ricevute e richiederanno la verifica e validazione ai referenti regionali/PPAA per quelle di interesse nella prospettiva di una segnalazione internazionale.

I referenti regionali verificheranno le notizie di loro competenza per dare seguito ad eventuali misure di controllo e notifica sul proprio territorio.

3.4 Indagine Sui Focolai

L'indagine tempestiva di focolai di malattie respiratorie è fondamentale per la diagnosi precoce di un nuovo virus influenzale. Le indagini identificano i casi, l'origine dell'infezione e l'impatto clinico della malattia; aiutano anche a caratterizzare precocemente il nuovo virus.

Nel corso della Pandemia da SARS-COV-2, le prime azioni di controllo sono state realizzate, con il supporto della Protezione Civile e delle Associazioni di Volontariato, presso gli hub aeroportuali e ferroviari, in ragione del numero sempre crescente di viaggiatori provenienti da varie aree del mondo, che, per il volume numerico e dato lo specifico ambiente chiuso dei mezzi di trasporto, possono facilitare la trasmissione dei virus influenzali attraverso il contatto diretto da persona a persona o da superfici contaminate.

Pertanto, quando i passeggeri di un volo e/o i membri dell'equipaggio vengono esposti ad una persona contagiosa o potenzialmente tale durante un viaggio, diventa fondamentale e necessario il riconoscimento precoce della malattia e la valutazione coordinata del rischio, per avviare un'adeguata risposta di sanità pubblica senza interrompere il traffico aereo.

La misurazione della temperatura corporea ai passeggeri ed equipaggi, le check list da somministrare per l'individuazione di possibili esposizioni, l'esecuzione di test (anche rapidi) specifici per il patogeno, rappresentano necessarie misure di controllo da attivarsi nella fase di allerta pandemica e pandemica, unitamente alle procedure di gestione dei potenziali casi, da mettere in atto in forma coordinata tra Servizio Sanitario Regionale, Protezione Civile Regionale e le Autorità interessate (Autorità aeroportuale, USMAF, Polaria, Polizia ferroviaria, Gestori ferroviari, altre forze di Polizia).

Il contact tracing dei passeggeri e/o i membri dell'equipaggio eventualmente esposti a un virus influenzale a potenziale pandemico a bordo di un aereo potrebbe perseguire obiettivi diversi:

- rallentare la diffusione all'introduzione in un Paese/regione
- facilitare diagnosi e trattamento tempestivi
- implementare altre misure di controllo come quarantena o isolamento
- studiare le caratteristiche del virus
- valutare la situazione epidemiologica.

Tuttavia, nella real life, diversi fattori ostacolano l'efficace contact tracing dei passeggeri soprattutto a bordo di mezzi di trasporto internazionali:

- sintomi non specifici
- ritardo dell'identificazione del caso
- alta prevalenza di altre malattie respiratorie clinicamente simili all'influenza
- infezioni asintomatiche con virus influenzale e casi lievemente sintomatici
- breve periodo di incubazione
- modalità alternative di viaggio o itinerari complessi
- ritardo nella decisione per un'azione immediata
- difficoltà nell'ottenere i dati di contatto dei passeggeri in modo tempestivo
- difficoltà nel raggiungere e seguire tempestivamente eventuali contatti una volta sbarcati
- ampio fabbisogno di risorse umane.

Pertanto, nel caso di comparsa di un virus influenzale con potenziale pandemico o virus influenzale con potenziale zoonotico, in ragione di quanto sopra, la ricerca dei contatti non dovrebbe essere eseguita di default, ma solo se indicato dall'esito della valutazione del rischio situazionale. In ogni caso, la valutazione della possibile trasmissione di un nuovo virus influenzale con potenziale pandemico su un aereo deve essere effettuata caso per caso.

La valutazione del rischio situazionale dovrebbe tenere conto di come il caso indice sia stato classificato (probabile o confermato), del tempo di viaggio in relazione all'insorgenza dei sintomi, della situazione epidemiologica nel Paese di destinazione e nel Paese di partenza e lo scopo del contact tracing.

Analogamente, l'indagine tempestiva di potenziali focolai di malattie respiratorie, effettuata già a partire dalle segnalazioni dei MMG/PLS/Continuità assistenziale o dalla Struttura Ospedaliera, permette di identificare i casi, l'origine dell'infezione e l'impatto clinico della malattia, aiutano anche a caratterizzare precocemente il virus.

Il DCA n. 103/2020, a cui si rimanda, nella sezione 3 ha declinato le modalità di gestione dell'attività territoriale per l'emergenza COVID-19, che deve essere considerata il riferimento operativo da cui partire, per le azioni da porre in essere in caso di nuova pandemia da virus influenzale.

Il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari, il tavolo regionale permanente e il Comitato Pandemico Regionale, anche sulla base delle indicazioni dell'Unità di Crisi Regionale, definiscono gli aggiornamenti e le modifiche delle procedure e delle modalità operative di cui sopra.

Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Aggiornare la piattaforma dati regionale, secondo le esigenze del contesto, garantendo la cooperazione applicative con le piattaforme nazionali	
Rafforzare le risorse umane presenti presso i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSPP (con particolare riferimento alle UUOO di Igiene e Sanità Pubblica e di Epidemiologia)	
Definire attività formative per migliorare e aggiornare le capacità professionali del personale	
Definire protocolli operativi con Istituzioni/ Enti esterni al SSR per le azioni sinergiche da mettere in atto	

3.5 Fase Pandemica

La fase pandemica corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo.

Attraverso gli Osservatori epidemiologici, le UUOO di epidemiologia e Malattie Infettive, la Rete dei Medici sentinella, le informazioni di natura veterinaria, devono essere prontamente verificate e identificate le prime segnalazioni di una trasmissione sostenuta da persona a persona di nuovo virus influenzale e individuazione dei primi casi.

Elementi da tenere in considerazione sono:

- Monitoraggio della diffusione geografica; analisi epidemiologica a livello regionale e territoriale
- Incidenza e Prevalenza
- Tasso di positività ai test; target di riferimento
- andamento della malattia
- intensità di trasmissione
- impatto sui servizi sanitari
- cambiamenti del virus anche in relazione alla sensibilità dei famaci antivirali

Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Mantenere un costante sistema di comunicazione con Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, per l'aggiornamento delle procedure e degli indirizzi operativi	
Rafforzare il sistema di sorveglianza, garantendo l'inserimento dei dati completi nelle piattaforme di monitoraggio esistenti	
Mantenere aggiornato tutto il personale sull'andamento epidemiologico e sulle caratteristiche virologiche	
Favorire il miglioramento in termini quantitativi e qualitativi della capacità diagnostica dei laboratori	
Attivare una efficace campagna di vaccinazione e di comunicazione	

Nella pandemia da COVID-19 l'attività di Monitoraggio dell'andamento epidemiologico è stata eseguita a livello settimanale sulla base dei 21 indicatori previsti dal DM 30/04/2020 e, giornalmente sulla base dei casi confermati, soggetti sottoposti a test, numero dei test, casi attivi, guariti, deceduti.

Questo sistema di monitoraggio ha trovato la sintesi con la piattaforma nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, in cui oltre all'anagrafica dei soggetti risultati positivi, sono stati inseriti e aggiornati tutti i dati di diagnosi e sanitari, di indagini epidemiologiche e stato clinico.

La Regione Calabria si è dotata di una piattaforma per il monitoraggio dei soggetti venuti a contatto con il SARS-cOv-2, denominata Monitoring; la stessa, sulla base dell'esperienza acquisita con la pandemia Covid-19, potrà essere utilizzata per la mappatura giornaliera delle dotazioni dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri: dotazioni per il contact tracing, posti letto totali, posti letto di terapia intensiva e semintensiva.

Il background acquisito con questa modalità, potrà essere alla base della gestione di successive pandemie, anche in relazione alla rilevazione giornaliera della domanda di servizi sanitari per la nuova infezione: pazienti sottoposti a sorveglianza, pazienti assistiti a domicilio, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ricoveri in terapia intensiva e semintensiva, guarigioni, decessi.

La stessa piattaforma Monitoring, sulla base dell'esperienza acquisita con la pandemia da Covid-19, potrà essere utilizzata anche per l'aggiornamento continuo della mappatura dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e delle risorse disponibili. Gli operatori delle Aziende Sanitarie potranno inserire quotidianamente i servizi di cui dispone ognuna delle strutture sanitarie, assicurando in tal modo la disponibilità dell'informazione in tempo reale.

3.6 Valutazione del rischio e della severità

La valutazione del rischio è il processo sistematico di raccolta, valutazione e documentazione di informazioni per l'assegnazione del livello di rischio. La valutazione del rischio mira a determinare la probabilità e l'impatto degli eventi sulla salute pubblica in modo che possano essere intraprese azioni per gestire e ridurre le conseguenze negative.

Obiettivi prioritari sono quelli di:

- Assicurare la capacità di una rapida risposta per identificare eventuali casi umani
- Coordinare l'implementazione delle contromisure previste per la fase specifica al fine di limitare il rischio di infezioni umane
- Verificare la disponibilità delle risorse pianificate per la fase

Nel quadro di valutazione sarà necessario trasmettere rapidamente i virus isolati da casi umani sospetti al laboratorio di riferimento nazionale o altri laboratori regionali designati. Si devono inoltre condurre indagini sul campo, sia epidemiologiche che di laboratorio, nelle aree affette, per valutare la diffusione della malattia negli animali e la minaccia per la salute umana.

Potrà essere necessario condurre la sorveglianza sierologica sugli allevatori e sul personale che, per motivi professionali, è a contatto con animali infetti e considerare i dati relativi a indagini cliniche dettagliate sui primi casi di influenza pandemica.

4. SERVIZI SANITARI E GESTIONE CLINICA

È necessario che le Strutture Pubbliche di diagnosi e cura, nella fase pandemica, siano in grado di mantenere in funzione e in piena efficienza i servizi sanitari, in modo da poter ridurre al minimo lo stress, le malattie e i decessi causati da una pandemia.

Analogamente, anche alla luce dell'esperienza pandemica da COVID-19, in cui i soggetti particolarmente fragili hanno avuto difficoltà nell'accesso alle cure non connesse alla pandemia, devono essere garantiti i servizi sanitari per altri tipi di cure critiche ed essenziali, in particolare

per gruppi di popolazione vulnerabile (bambini, donne incinte, anziani, persone con disabilità e persone con malattie croniche). A tal fine devono essere previsti percorsi separati preventivamente individuati.

Pertanto l'organizzazione Sanitaria ospedaliera e territoriale locale, nell'ambito della redazione del Piano Pandemico Aziendale, deve prevedere procedure per garantire il pieno accesso a tali servizi (anche integrati dal potenziamento dell'assistenza domiciliare) in piena sicurezza.

Gli operatori sanitari devono essere preparati a identificare e gestire i casi di sospetta influenza pandemica per garantire un trattamento sicuro ed efficace per i pazienti. È importante che siano preparate linee guida per la gestione clinica, che gli operatori sanitari siano formati e informati costantemente e che siano disponibili medicinali, forniture e dispositivi medici, DPI sufficienti per il numero di operatori e il numero atteso di interventi.

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Aggiornamento della mappatura dei servizi disponibili	Esistenza di piani di raccordo con altre strutture sanitarie
Disponibilità dei piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Procedure di contingentamento degli accessi
Aggiornamento del personale delle UUOO a maggior impatto	
Disponibilità di procedure aggiornate di accesso e gestione clinica	
Disponibilità procedure per gli approvvigionamenti e la distribuzione di DPI, farmaci, dispositivi medici	

4.1. PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari della Regione Calabria, sulla base delle indicazioni nazionali, provvede alla messa a punto di protocolli diagnostico terapeutici, per una gestione uniforme dei casi che si presentano. Dopo la definizione a livello regionale, tali protocolli dovranno essere diffusi capillarmente dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere in tutte le strutture di competenza, comprese quelle private autorizzate e accreditate.

Linee guida operative possono essere definite e contestualizzate, sulla base delle circolari ed ordinanze del Ministero della Salute o del Commissario per l'emergenza e sono rese operative con Ordinanze, provvedimenti del Commissario ad Acta, Decreti o circolari regionali.

Le linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione da influenza pandemica, tengono conto dei seguenti elementi essenziali:

luogo presso il quale i pazienti devono essere gestiti (cioè il livello di assistenza e l'ambiente comunitario o ospedaliero);

criteri di triage e di ammissione;

protocolli di trattamento, tra cui farmaci antivirali, antibiotici, ventilazione, trattamento di supporto e trattamento delle infezioni secondarie;

procedure per la raccolta e il trasporto sicuro di campioni respiratori e di sangue.

Inoltre vengono diffusi Protocolli IPC per operatori sanitari, criteri per le analisi di laboratorio, per la diagnostica avanzata e la raccolta di campioni. La prevenzione e il controllo delle infezioni (**Infection prevention and control**, IPC) è un approccio scientifico e pratico finalizzato a prevenire i rischi causati dalle infezioni per pazienti e operatori sanitari. Si basa sulle conoscenze relative alle malattie infettive, all'epidemiologia, alle scienze sociali e sul rafforzamento del sistema sanitario. L'IPC occupa una posizione unica nel campo della sicurezza dei pazienti e della copertura sanitaria universale di qualità, poiché è fondamentale per gli operatori sanitari e i pazienti in ogni singolo contesto sanitario. Nessun sistema sanitario può essere totalmente esente dal problema delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

Le linee guida per la gestione clinica devono essere distribuite a tutte le strutture sanitarie che cureranno i pazienti affetti da influenza pandemica. Il personale dovrà essere puntualmente formato.

Le strutture sanitarie, sulla base delle linee guida approvate a livello nazionale e regionale, individuano i fabbisogni di medicinali, di forniture e di dispositivi medici necessari, per attuare la gestione clinica e, tenendo conto delle scorte e dei consumi previsionali, ne richiedono l'incremento al livello regionale.

Ogni Azienda deve predisporre un Gruppo di lavoro dedicato specificamente alla prevenzione e controllo delle infezioni, che tra le diverse attività si occupa anche della pubblicazione di una serie di rapporti tecnici volti a fornire indicazioni sull'IPC, quali:

- Vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale
- vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale per precauzioni da contatto e droplet.
- Igiene delle mani: I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani.

Durante un contesto emergenziale si ritiene opportuno effettuare, sullo stesso tampone, la ricerca dei virus influenzali e del SARS-CoV-2. I Laboratori della Rete InfluNet sono pertanto invitati, a testare sistematicamente i tamponi in parallelo sia per i virus influenzali che per SARS-CoV-2. A tal fine, è possibile impiegare anche test multiplex di real-time RT-PCR, per la simultanea rilevazione e differenziazione di Influenza A, Influenza B e SARS-CoV-2. Si ribadisce l'importanza della determinazione del sottotipo dei virus influenzali di tipo A (H3N2 e H1N1). Il sistema di sorveglianza virologica regionale prevede di raggiungere le seguenti finalità: 1.

Monitorare la circolazione dei diversi tipi (A e B), nonché dei sottotipi (A/H3N2 e A/H1N1) e dei due lineaggi B/Yamagata e B/Victoria di virus influenzali, incluso le varianti di delezione dei virus B/Victoria V1A-2Del e V1A-3Del, nelle diverse aree geografiche e nei diversi periodi della stagione epidemica. Monitorare, inoltre, la circolazione del virus Respiratorio Sinciziale (A e B).
 2. Valutare l'omologia antigenica tra ceppi epidemici e ceppi vaccinali, attraverso analisi sierologiche e molecolari su campioni clinici prelevati dai pazienti con sintomatologia influenzale;
 3. Valutare la suscettibilità dei virus influenzali in circolazione agli antivirali, con particolare riferimento ai farmaci inibitori della neuraminidasi; fornire agli Organismi di riferimento Internazionale (OMS, ECDC) dati relativi alle caratteristiche dei virus influenzali circolanti in Italia, contribuendo alla definizione della composizione vaccinale utilizzabile nella stagione successiva.

Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Disponibilità e attuazione dei protocolli sulle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC), sull'uso dei DPI specifici per l'agente pandemico, per le analisi e la diagnostica e il trattamento terapeutico.	Disponibilità di procedure documentate per la gestione integrata Ospedale-territorio
Disponibilità di protocolli di formazione e utilizzo di DPI per le categorie professionali a rischio specifici per la minaccia pandemica	Attività a cascata per la disseminazione delle informazioni
Aggiornamento software e banche dati scorte	

4.2. CATEGORIE DI PAZIENTI CON PARTICOLARI NECESSITÀ ASSISTENZIALI

Le Aziende Sanitarie e Ospedaliere devono prevedere forme specifiche di tutela per i pazienti rientranti nelle categorie ricomprese nella condizione di fragilità; tra queste è possibile includere, non esaustivamente e senza che ciò implichii un ordine di priorità, i grandi anziani, particolarmente coloro che sono ospitati in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), le donne in gravidanza, le persone affette da malattie rare, da patologie psichiatriche o in generale da comorbidità severe o immunodeficienze, le persone affette da patologie croniche, le persone con disabilità, le persone senza fissa dimora o che vivono in condizioni di particolare fragilità sociale, le persone in detenzione, i migranti e i richiedenti asilo. Inoltre particolare attenzione deve essere rivolta ai soggetti immunodepressi degenti nei reparti oncologici ed intensivi per motivi non legati alla patologia influenzale. Tale attenzione diventa particolare nei reparti che effettuano trapianti di organi e di tessuti.

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

Nell'ambito dei provvedimenti emergenziali per il contrasto alla pandemia da COVID-19 il Governo ha emanato il Decreto-Legge n. 44/2021 convertito dalla Legge n. 76/2021 che ha previsto l'Obbligo della vaccinazione per gli operatori sanitari: fino alla completa attuazione del piano strategico vaccinale, e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, gli operatori sanitari che svolgono attività presso strutture sanitarie, sociosanitarie, farmacie e studi professionali sono obbligati a sottoporsi alla vaccinazione contro il Covid-19, a meno di specifiche condizioni cliniche documentate. La vaccinazione costituisce requisito essenziale all'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative rese dai soggetti obbligati. (Art. 4, commi 1 e 2). La legge prevede la verifica dell'obbligo di vaccinazione anti Covid-19, con la trasmissione dei dati da parte di Ordini e datori di lavoro. Gli Ordini professionali territoriali e i datori di lavoro di interesse sanitario, entro cinque giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, trasmettono rispettivamente l'elenco dei propri iscritti e dei dipendenti operatori sanitari, completi dei dati di residenza, alla Regione o alla Provincia Autonoma di competenza. (Art. 4, comma 3)

Le Regioni e le Province Autonome, entro dieci giorni dalla data di ricezione degli elenchi, verificano lo stato vaccinale degli operatori sanitari; i soggetti che risultano non vaccinati contro il Covid-19 vengono prontamente segnalati alle ASP di riferimento. (art. 4, comma 4).

La ASP di riferimento invita gli interessati a fornire la documentazione richiesta entro cinque giorni, ovvero la presentazione della richiesta di vaccinazione (in tal caso, l'interessato deve comunicare alla ASP entro tre giorni la ricevuta somministrazione) o il documento attestando le condizioni cliniche di cui sopra. (Art. 4, comma 5)

Superati i termini previsti, l'ASP accerta l'inosservanza e la comunica all'interessato, all'Ordine di riferimento e al datore di lavoro. Tale atto determina la sospensione dell'interessato dallo svolgimento di contatti interpersonali nel caso degli Ordini; il datore di lavoro invece è tenuto ad adibire, se possibile, il dipendente a mansioni che non implicano rischi di diffusione. Qualora non sia possibile, per il periodo di sospensione non verrà riconosciuto lo stipendio o altri emolumenti. La sospensione mantiene efficacia fino all'eventuale somministrazione del vaccino, fino al completamento del piano vaccinale o comunque non oltre il 31 dicembre 2021. (Art. 4, commi 6 – 9)

Sulla base delle indicazioni regionali deve essere messo in atto un protocollo di triage per dare priorità alle cure mediche per i gruppi identificati (es. bambini, operatori sanitari e pazienti con maggiori possibilità di sopravvivenza).

Per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere interessate è necessario mettere in atto le "Linee guida per la Preparazione e risposta del sistema trasfusionale" elaborate dal Centro nazionale Sangue e le indicazioni per la vaccinazione dei pazienti candidati a trapianto e trapiantati diffuse dal Centro Nazionale Trapianti.

4.3. GARANTIRE IL TRATTAMENTO E L'ASSISTENZA DEI CASI

4.3.1 Rete regionale e aziendale di diagnosi e cura

Dal punto di vista della programmazione dei servizi sanitari ospedalieri, è necessario precisare che specifiche misure di potenziamento del sistema sanitario nazionale sono state adottate nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 con il Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020. In particolare, all'art.2 del richiamato Decreto, è programmato un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere.

Alla luce di quanto sopra, sono stati adottati i **DCA n. 91/2020 e n. 104/2020, che hanno approvato il Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19**". Tale potenziamento rimane elemento essenziale per future emergenze pandemiche.

Le linee di Indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art. 2 decreto legge 19 maggio 2020 n.34) emanate dal Ministero della Salute in data 29 maggio 2020, hanno registrato nella Regione Calabria una dotazione attuale di n° 146 posti letto di Terapia Intensiva.

Nel rispetto dei principi di separazione e sicurezza dei percorsi, la dotazione di posti letto di terapia intensiva consente un incremento strutturale pari a 0,14 pl x 1000 abitanti. In Calabria, tale valore standard corrisponde ad un totale di 280 pl di TI. Pertanto al fine di provvedere al raggiungimento del n. 280 pl previsti si procede all'incremento su base regionale di n° 134 posti letto.

PL Terapia Intensiva aggiuntivi

- Azienda Ospedaliera di Catanzaro 15 p.l.;
- Azienda Ospedaliera di Cosenza 34 p.l.;
- Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria 20 p.l.;
- Azienda Ospedaliera Universitaria Magna Graecia 18 p.l.;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro 6 p.l.;
- Presidio Ospedaliero Lamezia Terme;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza 18 p.l.;
- di cui 8 p.l. Presidio Ospedaliero di Castrovilli;
- di cui 6 p.l. Presidio ospedaliero di Rossano-Corigliano;
- di cui 4 p.l. Presidio Ospedaliero di Paola-Cetraro;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone 3 p.l.;
- Presidio Ospedaliero di Crotone;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria 14 p.l.;
- di cui 8 p.l. Presidio Ospedaliero di Locri;
- di cui 6 p.l. Presidio ospedaliero di Polistena;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia 6 p.l.;
- Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia;

Totale Posti letto TI 134

Relativamente ai pl di terapia semi-intensiva, sulla base delle indicazioni ministeriali, il numero di pi regionali da riconvertire, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità preesistenti è calcolato nella misura pari allo 0,07 pl x 1000 abitanti. In Calabria tale valore, corrisponde ad un totale di 136 pl di TSI.

La rimodulazione dei posti letto di terapia semi-intensiva consente l'attivazione di 136 posti di terapia semi-intensiva secondo la seguente modulazione:

PL terapia Semi-intensiva

- Azienda Ospedaliera Cosenza 28 p.l.;
- Azienda Ospedaliera di Catanzaro 15 p.l.;
- Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria 27 p.l.;
- Azienda Ospedaliera Universitaria Magna Graecia 11 p.l.;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone 8 p.l.;
- Presidio Ospedaliero di Crotone;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia 3 p.l.;
- Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro 8 p.l.;
- • Presidio Ospedaliero Lamezia Terme
- Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza 26 p.l.;
- di cui 8 p.l. Presidio Ospedaliero di Castrovilli;
- di cui 10 p.l. Presidio ospedaliero di Rossano-Corigliano;
- di cui 8 p.l. Presidio Ospedaliero di Paola-Cetraro;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria 10 p.l.;
- di cui 6 p.l. Presidio Ospedaliero di Polistena;
- di cui 4 p.l. Presidio ospedaliero Locri

Totale Posti letto SI 136

In fase di prima applicazione, entro 30 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento, il competente Settore del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari della Regione Calabria provvederà ad aggiornare la situazione esistente; Successivamente, con cadenza almeno annuale (nella fase interpandemica), per il tramite delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, viene realizzato il censimento delle strutture disponibili, con particolare riferimento al numero dei posti letto nei reparti di malattie infettive e di terapia intensiva.

Unitamente al potenziamento dei posti letto, il DCA n. 91/2020, nelle SEZIONI 5-6-7, ha fissato anche precise indicazioni per l'organizzazione della Rete emergenza urgenza ospedaliera, dei Pronto Soccorso, delle strutture mobili.

Le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere procederanno, pertanto, alla rispettiva organizzazione, sulla base di tali indicazioni.

Rimangono necessarie, nell'ottica della predisposizione del Piano Pandemico Aziendale, inoltre le seguenti attività:

- Predisporre l'attivazione di posti letto dedicati nelle proprie strutture di ricovero, suddivise per tipologia; per le cure mediche potenziali, i luoghi alternativi ai presidi ospedalieri dovranno essere censiti e verificati con la collaborazione del Dipartimento Regionale della Protezione Civile.

- Valutare la possibilità di attivare, limitatamente alla fase pandemica e qualora necessario, ulteriori posti letto aggiuntivi, anche mediante l'allestimento di postazioni mediche mobili (ospedali da campo, pma etc).
- Definire le modalità per garantire l'incremento dell'assistenza domiciliare medica ed infermieristica comprese le RSA e le strutture di accoglienza.

Nello specifico si potrebbe ricorrere all'attività di telemedicina con controllo medico da remoto nelle casistiche più lievi al fine di ridurre le degenze ospedaliere.

Il Servizio Sanitario Regionale di concerto con il Dipartimento di Protezione Civile Regionale mapperà le strutture pubbliche e private che potranno essere utilizzate come strutture alternative per il contenimento dell'emergenza sanitaria. In particolare, si può fare riferimento all'esperienza maturata nell'ambito dell'emergenza Covid 19 allorquando sono state individuate, a seguito di Manifestazione di interesse, delle strutture ricettive alberghiere che si sono impegnate ad individuare soluzioni idonee ad assicurare l'ospitalità a due tipologie di soggetti:

- positivi al Covid-19 asintomatici o paucisintomatici che devono osservare isolamento domiciliare, per i quali l'abitazione non risulta adeguata;
- conviventi di persone Covid-19/sospetto Covid-19 e comunque contatti diretti di soggetti positivi al Covid-19, che devono osservare quarantena domiciliare per i quali l'abitazione non risulta adeguata o soggetti giunti nei porti/aeroporti/stazioni del territorio calabrese con sintomi riconducibili al Covid -19 tali da imporre la quarantena domiciliare.

In particolare, sono state emanate delle Linee Guida che hanno definito le Procedure regionali per il trasferimento dei soggetti positivi a COVID-19 e/o soggetti in quarantena, presso le strutture ricettive alberghiere individuate dalla Dipartimento Protezione Civile”

All'interno di tali Linee Guida sono stati indicati innanzitutto i soggetti che sarebbero potuti essere trasferiti presso i "Covid Hotel". Si tratta nello specifico di persone asintomatiche o paucisintomatiche che non presentano sintomatologia significativa, autosufficienti che non possano trascorrere il periodo di isolamento domiciliare presso il loro abituale domicilio per inidoneità o indisponibilità dello stesso o per altre motivazioni di "criticità sociale". Gli ospiti devono possedere tutte le seguenti caratteristiche:

- essere autosufficienti rispetto al soddisfacimento dei bisogni di igiene, movimento, alimentazione;
- non essere allettati e possedere una buona mobilità;

- avere la capacità di utilizzare autonomamente i servizi igienici;
- non avere particolari necessità di cure mediche ad eccezione dell'assunzione di farmaci in autonomia;
- registrare un valore di ossigenazione $\text{SpO}_2 \geq 96\%$ in aria ambiente; risultare senza ossigenoterapia ed emodinamicamente stabili;
- non manifestare disturbi cognitivi/comportamentali;
- avere consapevolezza e concordare circa il fatto di essere posti in una situazione di isolamento per più giorni in una stanza di albergo, rispettando le regole di tutela e verosimilmente senza condotte pantoclastiche o autolesive.

Le persone possono provenire sia dal domicilio - in quanto soggetti all'isolamento per positività o alla quarantena per contatti stretti con casi positivi - che in rientro da paesi esteri, ovvero da dimissione ospedaliera, nei casi in cui sarebbero state dimesse al domicilio se l'ambiente o la situazione logistico/familiare non avesse particolari criticità. A titolo esemplificativo, non esaustivo, le condizioni di criticità sociale che comportino la necessità di un isolamento presso questa tipologia di struttura, possono essere:

- l'impossibilità di segmentazione dei locali e dei servizi igienici dell'abitazione, in modo da garantire al paziente uno spazio esclusivo a proprio uso;
- la presenza presso il domicilio del soggetto positivo, di familiari immunodepressi o soggetti con particolari fragilità;
- la presenza, presso il domicilio, di familiari in isolamento/quarantena;
- l'assenza momentanea di un domicilio a propria disposizione.

La rete regionale dei servizi sanitari (Ospedali, Strutture Sanitarie accreditate), gli ospedali militari da campo forniti dal Ministero della Difesa, unitamente alle strutture ricettive attivate mediante manifestazione di interesse da parte del Dipartimento di protezione Civile consentirà di ottimizzare e gestire al meglio la disponibilità dei posti letto e dei servizi sanitari da erogare ai cittadini.

Ogni Azienda Sanitaria dovrà mantenere aggiornato un elenco di strutture, opportunamente censite, in cui sussista la disponibilità ordinaria e straordinaria di ricovero e cure, incluso il censimento delle strutture con apparecchi per la respirazione assistita, strutture socio-sanitarie

e socio-assistenziali, operatori di assistenza primaria, MMG e PLS, medici di continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale.

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

Nella valutazione dell'impatto a livello locale, le ASP dovranno tenere presente la quota di popolazione che fruisce di forme assistenziali domiciliari (es. Assistenza Domiciliare Integrata, persone con familiari che fruiscono dei permessi ex Legge 104/92, Servizio Assistenza Domiciliare, indennità di accompagnamento).

In fase pandemica la pianificazione della disponibilità di posti letto ospedalieri per pazienti con influenza complicata dovrà essere ispirata a criteri di priorità e a flessibilità sia organizzativa che strutturale, con la previsione della sospensione dell'attività di elezione in caso di necessità.

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

La pianificazione dell'assistenza per interventi programmati ma indifferibili dovrà tener conto di criteri organizzativi che garantiscono fluidità e facilitazione degli interventi in emergenza ed urgenza (distinzione dei percorsi senza interferenza, valutazione dell'impatto della scelta delle tecniche chirurgiche sui tempi di impegno del blocco operatorio, sui tempi di degenza preoperatoria e postoperatoria, necessità di assistenza intensiva, ecc.). Dovranno essere indicate, nel piano pandemico aziendale, le attività che in progressione vengono sospese nelle situazioni in cui è richiesta una maggiore disponibilità di posti letto.

In caso di necessità accertata dalle strutture regionali preposte, le attività di ricovero in regime di elezione e le prestazioni di specialistica ambulatoriale non urgenti, potranno essere sospese, a partire dagli interventi associati a maggiore durata della degenza, maggior durata del periodo di inabilità successiva al ricovero, maggior necessità di spostamento dal domicilio alla sede di ricovero.

Come richiamato nel DCA 91/2020 nei presidi provvisti di Pronto Soccorso è necessaria la predisposizione di un'area triage dedicata ai pazienti con sindrome influenzale e un'area di attesa e di posti letto tecnici dedicati (per limitare l'esposizione dei soggetti che accedono per altre necessità di intervento) in numero sufficiente per l'osservazione in attesa di decidere se

ospedalizzare il paziente; ciascun presidio dovrà prevedere un percorso dedicato per i servizi diagnostici, durante la fase dell'osservazione clinica.

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

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

Durante il picco pandemico è necessario altresì potenziare le attività dei servizi di emergenza e di continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva e, in caso di estrema necessità, valutarne l'istituzione anche nei giorni feriali a supporto di MMG e PLS. Le modalità organizzative ed il sistema di remunerazione sono da precisare ulteriormente in sede di accordi integrativi regionali (AIR) con le organizzazioni di categoria.

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

1. criteri oggettivi per la ospedalizzazione;
2. criteri oggettivi per il ricovero in reparto malattie infettive, ove presente;
3. criteri oggettivi per l'assegnazione a reparti di area critica;
4. criteri di eligibilità dei pazienti per il trattamento intensivo.

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

1. i settori di degenza destinati ad accogliere i pazienti con influenza;
2. un flusso di lavoro (aree di degenza, servizi diagnostici, ecc.) che tenga conto della necessità di minimizzare l'esposizione dei soggetti suscettibili (personale, ricoverati, visitatori);
3. un sistema per la modulazione della turnazione del personale con lo scopo di suddividere il personale suscettibile dal personale immunizzato.

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

Le strutture deputate alla gestione clinica del caso in regime di ricovero dovranno predisporre, su base territoriale, in collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali, un percorso integrato di gestione domiciliare tramite il MMG o PLS. Inoltre, a livello aziendale è necessario

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

In questa ottica è necessario:

- Sviluppare sistemi di trasmissione rapida dei dati sul territorio (dal medico di medicina generale e pediatra di libera scelta al Dipartimento di Prevenzione e Laboratorio di riferimento), definendo flussi informatizzati che coinvolgano tutti i livelli del territorio e permettano di ottenere rapidamente tutte le informazioni relative ai casi e ai relativi contatti.
- Adottare protocolli per monitorare l'efficacia, l'efficacia, la resistenza e gli eventi avversi a seguito della somministrazione di farmaci antivirali.
- Attivare le reti di farmacovigilanza aziendali e regionali per la sorveglianza e il monitoraggio delle reazioni avverse.

4.4 Gestione Delle Forme Gravi E Complicate

Sulla base del censimento dei posti letto e delle attrezzature per la respirazione assistita presenti nei diversi Presidi Ospedalieri, in fase pandemica viene definito un flusso giornaliero finalizzato ad identificare i reparti presso cui far afferire i pazienti colpiti da insufficienza respiratoria acuta o ARDS, gestito a livello del Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari della Regione Calabria.

Tenuto conto dei censimenti di cui sopra l'UCR provvederà ad identificare i percorsi organizzativi interaziendali ed interregionali. Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere prevedono comunque, il trasporto dei pazienti gravi secondo il seguente ordine di priorità:

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

Per i casi gravi cui necessiti la concomitanza dei trattamenti ECMO è stata identificata l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini, quale Centro regionale di Riferimento.

4.5. Definizione di procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza

L'accesso alle strutture sanitarie è programmato a seguito di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP, da parte di:

- Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS), Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) o Strutture Ospedaliere;
- Servizi Sociali dei Comuni, per il tramite dei MMG;
- Direzioni Sanitarie Ospedaliere delle Strutture ospedaliere per dimissione protetta al domicilio in accordo con il MMG/PLS;
- Organi di controllo che rilevino situazioni che rientrano nel target di cui trattasi.

Al fine di rendere agevole il percorso al cittadino, le segnalazioni per l'accesso alle strutture devono essere trasmesse al Dipartimento di Prevenzione entro le ore 14.00 di ogni giorno. Gli ingressi sono preferibilmente attuati durante la mattinata.

Il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) provvede, previa verifica della disponibilità dei posti, a disporre il trasferimento del paziente presso la struttura dedicata. Per raggiungere la struttura sanitaria, laddove la persona non vi si possa recare con mezzi propri, è prevista l'attivazione di trasporto sanitario. Il servizio di trasporto dei pazienti potrebbe anche essere affidato alle associazioni di volontariato sanitarie (Croce Rossa, Misericordia, etc.) laddove vi sia un elevato numero di casi giornaliero. La piattaforma regionale Monitoring permetterà il monitoraggio centralizzato dei posti letto. L'obiettivo è quello di identificare la disponibilità dei posti letto in modo da mettere in atto una immediata risposta alle esigenze dei pazienti.

4.6. Gestione Salme

L'esperienza della pandemia SARS- COVID ha reso palese la necessità di programmare anche situazioni di emergenza legate al numero eccessivo di salme. A tal fine i Sindaci dovranno individuare nelle aree cimiteriali del proprio comune delle strutture adeguate ad ospitare temporaneamente le bare in attesa del seppellimento o della cremazione, ricorrendo se necessario ad accordi tra Comuni, d'intesa con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione AASSPP.

5. ORGANIZZAZIONE MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE

Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non

Come ribadito nei capitoli precedenti, la Prevenzione e Controllo delle Infezioni (IPC) è fondamentale per prevenire l'ulteriore diffusione della malattia, in particolare nei contesti sanitari in cui si concentrano persone affette da malattie infettive e contagiose.

Con il DCA n. 72 del 07 aprile 2020 sono state approvate a livello regionale le Linee di indirizzo per l'uso appropriato della terapia antibiotica empirica in ambito ospedaliero e per l'implementazione regionale dei protocolli terapeutici.

Nei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Provinciali e delle Aziende Ospedaliere, deve essere rafforzata l'implementazione dei programmi di IPC in ogni contesto, la formazione del personale, la partecipazione ai sistemi di sorveglianza attivi e la predisposizione di protocolli e percorsi attivabili in caso di emergenza infettiva.

Check list - personale sanitario

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Adeguamento e aggiornamento programmi IPC	Formazione a cascata del personale
Disponibilità di presidi e DPI	
Programmazione di percorsi di aggiornamento continuo per il personale	
Disponibilità di procedure per la gestione delle emergenze infettive	
Rafforzamento della sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza	

Gli interventi non farmacologici (o di mitigazione) rappresentano misure che le persone e le comunità possono adottare per rallentare la diffusione della malattia. Essendo universalmente e immediatamente disponibili, sono la prima linea di difesa nelle pandemie influenzali e un elemento critico di preparazione alla pandemia.

Nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 attraverso provvedimenti contingibili e urgenti del Presidente della Regione, unitamente alle disposizioni previste nelle norme nazionali, sono stati numerose le disposizioni in merito, anche connesse a specifici territori ad alta espansione epidemica. Una campagna informativa, con il supporto di materiale di stampa (poster, opuscoli, volantini) appositamente realizzato, fu realizzata sin dal marzo 2020, con diffusione capillare in tutti i Comuni, strutture sanitarie, ambulatori medici.

L'attuazione efficace di queste misure durante una pandemia richiede un'ampia sensibilizzazione e accettazione da parte del pubblico ed un atteggiamento collaborativo anche durante la fase

inter-pandemica, all'interno di un programma di sanità pubblica, nonché e una sinergia intersetoriale in ambienti che possono essere oggetto di interventi a livello comunitario (ad esempio, scuole, luoghi di lavoro e incontri pubblici).

È inoltre sempre necessario valutare la applicabilità delle disposizioni, sulla scorta delle basi giuridiche ed etiche indispensabili per ogni intervento non farmaceutico, in particolare quelli che impongono limitazioni alle libertà personali.

Check list popolazione generale

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Campagna di comunicazione finalizzata al corretto uso delle mascherine negli spazi confinati o all'aperto in cui non è possibile garantire la possibilità di mantenere il distanziamento fisico, evitando comunque assembramenti che possano contribuire alla diffusione del contagio	Evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri, in particolare durante l'attività sportiva.
Restare a casa se compaiono i sintomi tipici dell'infezione da Covid.	Evitare abbracci e strette di mano.
Misure igieniche, quali frequente lavaggio e disinfezione delle mani. Disponibilità in tutti i locali pubblici, palestre, supermercati, farmacie e altri luoghi di aggregazione, di soluzioni idroalcoliche per il lavaggio delle mani.	Igiene respiratoria (starnutire e/o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie)
Mantenimento, nei contatti sociali, di una distanza interpersonale di almeno un metro. Evitare il contatto ravvicinato con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute	Non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani.
	Utilizzo dei social network e del web per veicolare le informazioni

Ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera, nell'ambito del proprio Piano Pandemico Aziendale dovrà pianificare le misure di prevenzione da attuare in caso di pandemia.

Ogni Azienda, a seconda della diffusione pandemica, deve anche predisporre un piano di accesso in ospedale e in generale nelle strutture sanitarie con codici colore per prestazioni e regolamentazione dell'accesso dei visitatori. Per ogni codice sono previsti limitazioni e percorsi. Per ogni area specialistica sono indicati gli interventi/prestazioni procrastinabili e i criteri di indifferibilità. Sono previsti interventi domiciliari degli specialisti ospedalieri in particolari setting assistenziali (ostetricia, terapia del dolore, trasfusioni, etc.).

Ogni struttura sanitaria deve aggiornare il documento di valutazione dei rischi in funzione dell'evento pandemico. Ogni UUOO/Servizio deve predisporre procedure operative e gestionali dedicate. Gli organi di controllo e vigilanza forniscono eventuale supporto e verificano l'adeguatezza della procedura. Devono essere sottoposte a verifica tutte le strutture sociosanitarie e socioassistenziali, raccogliendo le checklist di autovalutazione ovvero checklist di controllo contestualizzate. Le strutture controllate devono esibire il documento di valutazione dei rischi aggiornato e contestualizzato allo specifico setting assistenziale.

PREPARARE UNA COMUNICAZIONE DEL RISCHIO

Durante le emergenze sanitarie, le persone devono sapere quali sono i rischi per la salute e quali azioni possono intraprendere per proteggere la loro salute e la loro vita. Informazioni accurate fornite tempestivamente consentono alle persone di fare scelte e di intraprendere azioni per proteggere se stesse, le loro famiglie e le comunità dai pericoli per la salute.

La comunicazione del rischio è parte integrante di qualsiasi risposta di emergenza. È lo scambio in tempo reale di informazioni, consigli e opinioni tra esperti, leader della comunità, o funzionari e le persone a rischio. Durante le epidemie e le pandemie, le crisi umanitarie e i disastri naturali, un'efficace comunicazione del rischio permette alle persone più a rischio di comprendere e adottare un comportamento protettivo. Permette alle autorità e agli esperti di ascoltare e di rispondere alle preoccupazioni e alle esigenze delle persone in modo che la loro consulenza sia pertinente, affidabile e accettabile. La comunicazione nella fase interpandemica deve tenere conto dei seguenti obiettivi:

- Quali sono le misure da adottare per preservare la salute pubblica
- Come comunicare in maniera appropriata il primo caso che si verifica sul territorio regionale
- Identificare gli attori principali (gli addetti alla comunicazione Istituzionale del Dipartimento Regionale, Rischio Clinico Regionale, Protezione Civile, Ordini professionali delle Professioni Sanitarie ecc.)
- Rivedere l'elenco dei portavoce a tutti i livelli; elencare le loro aree di competenza nel contesto di un focolaio epidemico e se necessario, addestrarli.
- Produrre e pre-testare modelli di messaggi per annunciare il primo caso, le azioni intraprese, i consigli sulla salute pubblica e il follow-up
- Identificare i media chiave; creare e aggiornare un elenco di giornalisti e promuovere buoni rapporti con i media fornendo regolarmente informazioni sull'evoluzione dell'epidemia sul territorio regionale

- Identificare i media e altri canali di comunicazione (social media ecc) al fine di raggiungere un maggior numero di persone

Come coinvolgere la comunità

- Sviluppare capacità e metodi per comprendere le preoccupazioni, gli atteggiamenti e le convinzioni della popolazione, raccogliere informazioni sulle loro conoscenze e comportamenti (ad es. di chi si fidano, come ricevono le informazioni, ecc)
- Informare in modo proattivo la popolazione raccogliere e rispondere a tutte le domande
- Favorire la partecipazione a programmi radiofonici/televisivi in modo che le persone possano chiamare e fare domande
- Identificare dei leader della comunità e reti (ad es. associazioni di volontariato, associazioni giovanili, sindacati ecc) che possono aiutare nel veicolare i messaggi sia sulle norme da seguire sia sull'andamento della pandemia
- Definire un sistema per ascoltare le percezioni della popolazione per scoprire voci e informazioni sbagliate, ad esempio, monitorando i media e i social media e raccogliendo feedback dagli operatori sanitari, se necessario, stabilire sistemi per rispondere a voci, disinformazione e domande frequenti.

6. DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO AZIENDALE DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI), FARMACI.

Per Dispositivi di Protezione Individuale, ai sensi dell'art. 74, comma 1, D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., si intende "qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo".

I Dispositivi di Protezione Individuale costituiscono una misura efficace per ridurre il rischio d'infezione e si suddividono in diverse tipologie in base alle modalità di protezione:

- DPI per la protezione delle vie respiratorie: mascherine FFP2/FFP3;
- DPI per la protezione degli occhi: occhiali, visiere;
- DPI per la protezione delle mani: guanti;
- DPI per la protezione del corpo: camici, tute, calzari/copriscarpe, cuffie/copricapo.

Le mascherine chirurgiche sono considerate invece Dispositivi Medici (DM), coprono la bocca e il naso e forniscono una barriera per ridurre al minimo la trasmissione diretta di agenti infettivi e ridurre l'emissione di particelle di virus respiratori come dimostrato da evidenze scientifiche.

Tutti i dispositivi devono essere indossati correttamente, cambiati regolarmente secondo le indicazioni specifiche e smaltiti come materiale potenzialmente infetto dopo l'uso.

Sono considerati Dispositivi Medici anche i disinfettanti, reagenti e kit di laboratorio, necessari per mantenere i servizi sanitari essenziali ad ogni livello di assistenza sanitaria.

Le attività di pianificazione, gestione e distribuzione dei DPI, farmaci e di tutto quanto ciò che occorre per il contrasto dell'emergenza vengono adottate in base alle tre diverse fasi specifiche: fase inter-pandemica, fase pandemica e fase di allerta.

Fase inter-pandemica

Durante la **fase inter-pandemica**, al fine di garantire la congrua disponibilità di DPI per operatori esposti al rischio di contagio, ogni Azienda Sanitaria deve stimare il fabbisogno di DPI attraverso il censimento degli operatori sanitari per singolo presidio e mettere a punto dei piani di approvvigionamento e distribuzione.

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

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

L'approvvigionamento dei DPI di norma avviene tramite distribuzione e assegnazione a livello regionale. Analogamente a quanto avvenuto nella prima fase dell'emergenza COVID-19, viene individuato come primo **magazzino centralizzato** per lo stoccaggio, gestione e distribuzione dei DPI, la Sala Operativa Regionale della Protezione Civile, da cui vengono forniti i dispositivi necessari a tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, secondo una procedura organizzativa condivisa con la Protezione Civile Regionale. Nei casi in cui non siano disponibili forniture centralizzate, le aziende sanitarie possono consorziarsi tra loro per questi acquisti e le scorte sono poi distribuite a tutte le strutture sanitarie, o si potrà considerare la possibilità di individuare eventuali magazzini dislocati a livello territoriale da parte dell'Unità di Crisi Regionale. A livello periferico verranno individuati per ciascuna delle quattro Aziende Ospedaliere e per ciascuna delle cinque Aziende Sanitarie Provinciali uno o più magazzini di riferimento dove stoccare e distribuire i DPI per ciascuna unità operativa di propria competenza aziendale/territoriale.

La **gestione del magazzino centralizzato** individuato presso la Sala Operativa Regionale della Protezione Civile prevede le seguenti fasi:

1. Ricezione merci e controllo

2. Stoccaggio
3. Gestione e pianificazione degli ordini di consegna da effettuare su sistema informatizzato di gestione logistica
4. Evasione ordini e scarico con creazione della bolla di consegna

La merce in arrivo viene verificata dall'addetto di turno effettuando le opportune verifiche per come di seguito specificato:

- a) Controllo formale della consegna con rispondenza della destinazione dei prodotti e della sede di consegna indicata nel documento di trasporto che accompagna la merce;
- b) Verifica della corrispondenza tra le quantità del materiale pervenuto e le quantità indicate sul documento di trasporto (numero colli);
- c) Verifica dell'integrità dell'imballo esteriore;
- d) Verifica dell'adeguatezza delle modalità di scarico alle esigenze di conservazione e di manipolazione dei prodotti.

Nel caso in cui l'imballo e/o il materiale presentino tracce di danneggiamento, o la merce sia eccedente o in quantità minore rispetto alla quantità indicata nel D.D.T., l'addetto di turno contesta al trasportatore il danno rilevato e lo annota sul documento di trasporto facendolo sottoscrivere dal trasportatore stesso, comunicando quanto riscontrato al proprio responsabile di riferimento.

L'addetto preposto provvede all'immagazzinamento di quanto ricevuto nei locali di deposito, verificandone la capienza e garantendo la corretta collocazione dei prodotti per categoria merceologica.

Lo stoccaggio nei magazzini individuati deve avvenire secondo i criteri FIFO (*First In First Out*), garantendo una scorta sufficiente per coprire il fabbisogno nei primi 3-4 mesi di emergenza.

La stima dei fabbisogni di DPI per l'ambito sanitario per la gestione di pazienti affetti da infezione respiratoria a trasmissione da contatto/droplets/aerea può avvenire considerando un kit di DPI minimo che deve comprendere dispositivi di protezione respiratoria, degli occhi, del corpo e delle mani, prevedendo un possibile maggiore fabbisogno di guanti che possono essere sostituiti più volte rispetto ai DPI, per come dettagliato in tabella.

Personale sanitario	Casi sospetti	Casi confermati (sintomi lievi)	Casi confermati (sintomi gravi)
	numero di kit di DPI per caso	numero di kit di DPI al giorno per paziente	
Infermieri	1-2	6	6-12
Medici	1	2-3	3-6
Addetti alle pulizie	1	3	3
Altri operatori sanitari	0-2	3	3
Totale	3-6	14-15	15-24

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

Fase di allerta

Nella **fase di allerta** dovrà avvenire la mobilitizzazione e l'approvvigionamento da parte delle Aziende del SSR di DPI e DM necessari per fronteggiare le prime fasi dell'emergenza dal magazzino centralizzato o dai magazzini dislocati a livello territoriale individuati. La gestione organizzativa dell'approvvigionamento e gestione delle scorte strategiche avverrà secondo la procedura organizzativa approvata dall'Unità di Crisi Regionale, al fine di garantire l'accesso in tempi brevi alle risorse disponibili e il monitoraggio della disponibilità delle scorte.

La distribuzione del materiale avverrà secondo un piano di distribuzione periodico definito o in base alle richieste pervenute da parte dei diversi enti regionali o aziende sanitarie. Le richieste verranno gestite su un sistema informativo dedicato garantendo la tracciabilità, carico e scarico della merce con generazione delle relative bolle di consegna.

Al fine di garantire e agevolare l'acquisto di quantitativi sufficienti per fronteggiare l'emergenza, verranno stipulati contratti preliminari con le Dette produttrici attivando le procedure necessarie per la fornitura in collaborazione con la Stazione Unica Appaltante o altri soggetti aggregatori, anche mediante procedure di acquisto in somma urgenza.

Fase pandemica

Durante la **fase pandemica** sarà necessario rafforzare la capacità e l'autonomia per il reperimento di DPI e DM attraverso il monitoraggio continuo e costante delle scorte presenti a livello centrale e periferico e la valutazione dei consumi degli stessi attraverso il sistema informativo regionale, al fine di progettare e aggiornare il fabbisogno sulla base dell'andamento epidemiologico in evoluzione. Verrà creata una scorta sia presso il magazzino centralizzato che presso i magazzini periferici delle Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Provinciali al fine di garantire una copertura sufficiente per i primi 3-4 mesi dell'emergenza.

7. MISURE DI SANITÀ PUBBLICA

Per quanto riguarda la programmazione dei servizi territoriali, bisogna tenere conto di quanto previsto dall'art.1 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020, in merito al potenziamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, con l'obiettivo di implementare e rafforzare le attività di presa in

carico precoce sul territorio dei pazienti contagiati e di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati ovvero in isolamento fiduciario. A questo scopo il Decreto prevede specifici strumenti, quali l'incremento delle dotazioni organiche, il rafforzamento e l'integrazione professionale delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) 22 e dei Servizi Infermieristici Territoriali (Infermieri di famiglia e di comunità), uno specifico supporto alle attività dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, l'attivazione di centrali operative regionali con funzioni di coordinamento dei servizi e di raccordo con il sistema di emergenza-urgenza, la promozione dell'utilizzo della tecnologia nell'ambito dei servizi sanitari (strumenti informativi, telemedicina e teleassistenza).

Il contact tracing dovrà essere pertanto semplificato e il più possibile automatizzato e progressivamente affiancato da un'efficace attività, stabile ed ordinaria, di sorveglianza integrata dei patogeni respiratori.

CONTACT TRACING (CT, Tracciamento dei Contatti): è una misura di sanità pubblica essenziale per il contrasto alla diffusione di eventuale pandemia, unitamente alla ricerca attiva e alla diagnosi tempestiva dei casi ed in sinergia con le altre misure di prevenzione e distanziamento fisico. La finalità del CT è quella di favorire la diagnosi precoce e di interrompere le catene di contagio mediante la rapida identificazione e presa in carico dei casi secondari. Ha la sua utilità massima in presenza di un numero di casi limitato (<15 casi/100.000 abitanti) e la sua rilevanza diminuisce al crescere del numero dei casi. Quando il contagio si diffonde in misura superiore ai 15 casi ogni 100000 è difficile da attuare; dovrebbe comunque essere sempre assicurato almeno in determinati contesti ad alto rischio (ospedali, strutture per anziani, carceri, ecc.). pertanto sarebbe opportuno semplificare e modulare il CT in relazione alla diffusione della malattia e automatizzarne l'implementazione anche mediante procedure informatizzate di acquisizione degli esiti dei test diagnostici e di messaggistica verso i pazienti a supporto dei corretti protocolli di isolamento e guarigione (definizione delle positività, invio delle certificazioni, acquisizione di dati dai soggetti positivi, ecc)

STRATEGIE DI TESTING: la ricerca attiva dei casi e la diagnosi precoce e programmi continui di sequenziamento genomico sono di fondamentale importanza per la prevenzione della diffusione del contagio e per il monitoraggio della circolazione delle varianti virali, nonché per avviare un trattamento domiciliare precoce in pazienti che presentino fattori di rischio per lo sviluppo di forme gravi di malattia. Quindi è necessario mantenere in efficienza la rete diagnostica di prossimità per garantire agevole accesso al test quando appropriato:

- Garantire l'effettuazione di un test il più presto possibile a tutti coloro che sviluppano sintomatologia suggestiva; nell'ambito della gestione dei contatti in auto-sorveglianza

modulare l'esecuzione del test in relazione allo stato immunitario del soggetto e alla presenza di patologie concomitanti

- Testare a seguito di esposizione a rischio i soggetti che hanno condizioni che predispongono a forme gravi di patologia (diabete, obesità, broncopneumopatia cronica ostruttiva, mancanza di protezione immunitaria, ecc.).

ISOLAMENTO DEI CASI CONFERMATI: rimane il caposaldo per la prevenzione della malattia. Si ritiene opportuno revisionare i criteri di modulazione della durata dell'isolamento e di fine isolamento in relazione allo stato immunitario del soggetto.

GESTIONE DELLE SCUOLE: ogni azione deve essere attuata per evitare la didattica a distanza. La scuola sicura è una scuola con alte coperture vaccinali.

Pertanto:

- Allineare il sistema di sorveglianza in ambito scolastico alle indicazioni valide per la popolazione generale
- Monitorare la temperatura all'ingresso e promuovere l'auto-sorveglianza in presenza di casi nella classe.
- Accelerare le vaccinazioni nelle scuole in particolare nella fascia di età 5-12 anni.
- Allontanare dalla scuola solo gli alunni malati.

ALTRE MISURE DA ATTUARE:

- Prevenzione: mantenere tutte le misure di contenimento nei luoghi chiusi ogni volta che ci sia sovraffollamento (es. discoteche): mascherine, distanziamento interpersonale, igiene delle mani e aerazione dei locali; rivalutare le indicazioni d'uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie, in particolare di tipo FFP2 (es. scuole, attività sportive) anche considerando l'assenza di omologazione degli stessi per la fascia pediatrica;
- Vaccinazioni: a) realizzare una campagna informativa mirata che metta in evidenza soprattutto i benefici della vaccinazione in termini di protezione per il singolo e non solo di aumento delle coperture vaccinali e somministrazione delle dosi booster. La comunicazione ai cittadini deve inoltre valorizzare maggiormente la straordinaria efficacia della campagna vaccinale nell'invertire la rotta della pandemia e aumentare la consapevolezza che il vaccino rimane l'unico scudo contro l'eventuale recrudescenza dei contagi. In questo senso si auspica anche una presa di posizione più netta sul valore

aggiunto della copertura immunitaria da vaccino rispetto alla protezione da malattia naturale, smitizzando che sia pericoloso vaccinare un soggetto guarito.

In Regione Calabria il DCA n. 103 del 22 luglio 2020, ha definito il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete di Assistenza Territoriale.

Isolamento domiciliare dei casi

L'isolamento dei casi rappresenta una procedura fondamentale per la gestione dell'evento pandemico, sia in ambito domiciliare che ospedaliero. L'obiettivo dell'isolamento è quello di ridurre la trasmissione del virus impendendo il contatto tra soggetti malati e soggetti sani. Nelle fasi inter-pandemica e di allerta pandemico vanno tenuti in considerazione i seguenti elementi:

- non è accettabile che un caso sospetto possa rimanere in stretto contatto con altre persone
- che in questa fase il numero di casi sospetti è limitato;
- è necessario disporre di sistemi di diagnosi di esclusione e accertamento rapidi;
- in ambiente ospedaliero l'esecuzione di prelievi di campioni clinici nel rispetto delle misure di prevenzione è più agevole in quanto effettuata da personale appositamente addestrato.

Quindi, in fase pandemica iniziale, il supporto per l'isolamento è garantito dalle strutture ospedaliere, se necessario in stanze a pressione negativa. In fase pandemica conclamata, i malati che non richiedano ospedalizzazione dovranno essere necessariamente isolati per ridurre al minimo il rischio potenziale di diffusione della malattia mettendo in atto, qualora ciò avvenga al domicilio del paziente, un adeguato supporto e follow-up per garantire che i malati non abbiano contatti sociali. Saranno isolati in struttura dedicata in caso di domicilio inadeguato. Questo tipo di isolamento riguarda anche i pazienti dimessi dagli ospedali clinicamente guariti, ma che non rispondono ancora ai criteri diagnostici di guarigione. In questi casi sarà fondamentale il compito del personale di assistenza territoriale e dei MMG/PLS 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. In caso di necessità, va previsto il sostegno sociale. La presa in carico dei casi confermati deve proseguire fino al termine del cosiddetto "percorso guarigione", che si attiva dalla data di scomparsa dei sintomi e che termina con la procedura diagnostica di controllo specifica per l'agente biologico coinvolto nella pandemia.

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

Analogamente le misure di quarantena per i contatti stretti, per come rientranti in base alla definizione di caso, dovranno limitare temporaneamente la circolazione delle persone che possano essere potenzialmente infette, perché venuti a contatto con un caso probabile o confermato.

In questo sistema è necessaria la stretta collaborazione tra i Sindaci, quali Autorità Sanitarie Locali deputati all'emissione del provvedimento formale di isolamento/quarantena ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali, che, sulla scorta degli elementi sanitari disponibili, degli esiti diagnostici, delle indagini epidemiologiche e dell'attività di contact tracing, procedono a formulare la proposta di provvedimento e, nel contempo, provvedono, d'intesa con MMG-PLS-USCA, alla sorveglianza sanitaria attiva. Infatti, in considerazione del ruolo centrale svolto dai MMG e PLS nelle cure primarie, si ritiene strategico prevedere il loro coinvolgimento nella pianificazione delle attività di preparedness da effettuare in fase inter-pandemica, nei sistemi di coordinamento nazionali e regionali e nella catena di distribuzione delle responsabilità.

Nei casi in cui il domicilio non presenta le caratteristiche di idoneità per l'isolamento/quarantena, devono essere utilizzati gli Alberghi Sanitari (già previsti nel DCA 103/2020) che in emergenza pandemica da COVID-19 sono stati definiti COVID-Hotel, gestiti a cura della Protezione Civile.

In tutti i casi, deve essere garantita l'assistenza alle persone sottoposte a isolamento/quarantena nella gestione dei propri fabbisogni, oltre che delle eventuali cure.

Sulla base degli indirizzi ministeriali, si dovranno sviluppare o aggiornare i protocolli per trattare e gestire i pazienti potenzialmente infettivi nella comunità.

A fronte dell'esperienza maturata nella pandemia da SARS-CoV-2, seppur considerando che a differenza dei coronavirus i virus influenzali tendono a trasmettersi in modo più diffuso e omogeneo nella popolazione, potrebbero essere prese in considerazione misure aggiuntive. Tale scelta dovrà avvenire alla luce dei dati resi disponibili nella fase di allerta pandemica e all'inizio della fase pandemica

Qualora, al fine di potenziare la risposta transfrontaliera, si rendesse necessario rafforzare le capacità sanitarie ai punti di ingresso, sarà possibile attivare specifici accordi di collaborazione tra gli USMAF-SASN e le Regioni geograficamente competenti. Inoltre, le attività di accertamento diagnostico e, ancor più, quelle finalizzate alla corretta gestione di casi riscontrati in strutture critiche (porti, aeroporti e aree di frontiera) richiederanno una grande sinergia tra gli USMAF e tra i servizi territoriali che sarà necessario dettagliare in appropriati e condivisi protocolli.

Notifica

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

Per facilitare la segnalazione dei casi al competente Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali da parte dei medici, potranno essere attivate una o più linee telefoniche dedicate con possibilità di registrazione dei messaggi e/o fax e/o casella di posta elettronica dedicati oltre che il flusso informatico.

La notifica avviene nel rispetto delle indicazioni ministeriali e secondo le modalità organizzative definite dal Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari della Regione Calabria, che provvederà a tenerle aggiornate in relazione alle mutate condizioni epidemiologiche.

Lockdown/ Limitazione Oraria Della Libera Circolazione Delle Persone Fisiche/Chiusura Scuole E/O Sospensione Manifestazioni/Lavoro Agile

Nel corso della pandemia da COVID-19 il Governo e le Autorità Regionali e Comunali, nell'ambito di un quadro normativo di riferimento opportunamente delineato, hanno disposto misure specifiche per limitare al massimo la circolazione delle persone e interrompere la catena del contagio.

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

Da caso a caso potrà essere considerata la limitazione degli spostamenti in determinate aree territoriali, misure di coprifumo per limitare la circolazione delle persone in determinati orari, la chiusura per interrompere la catena del contagio sia per le scuole che per le manifestazioni, il lavoro agile, con l'obbligo di monitorare l'andamento epidemiologico per la verifica delle conseguenze del provvedimento.

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

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

Vaccinazione Pandemica

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. Inoltre, anche quando il vaccino sarà pronto, verosimilmente il quantitativo disponibile sarà limitato ed insufficiente per l'intera popolazione.

Con DCA n. 08 del 11.01.2021 è stato approvato il Piano Vaccinale contro SARS-CoV-2/COVID-19, lo stesso ha definito il modello organizzativo per la gestione della vaccinazione anti COVID-19 prevedendo la gestione del percorso vaccinale per il raggiungimento dei gruppi di popolazione target in base alle priorità definite a livello nazionale.

Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutte le persone che desiderino evitare la malattia influenzale e non abbiano specifiche controindicazioni. Tuttavia, in accordo con gli obiettivi della pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento degli obiettivi specifici del programma di immunizzazione contro l'influenza, la vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente alle persone che, per le loro condizioni personali, corrono un maggior rischio di andare incontro a complicanze nel caso contraggano l'influenza.

Le fasce considerate a rischio sono quelle individuate dalla circolare ministeriale per la "Prevenzione e Controllo dell'Influenza", tra queste, gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, la vaccinazione è fortemente raccomandata. Per la stagione 2021-2022 la Regione Calabria con Ordinanza del Presidente della Regione n.69 del 12 Ottobre 2021 ha emanato le disposizioni in merito alla vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, indicando le 5 Aziende Sanitarie Provinciali per la realizzazione di una adeguata attività di comunicazione e informazione, mentre le attività di coordinamento della campagna di informazione/educazione sono state affidate al Settore 4 "Prevenzione e Sanità Pubblica" del Dipartimento Regionale Tutela della Salute.

Stimare Il Numero Di Dosi Di Vaccino

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

Soggetti Da Vaccinare

I soggetti da vaccinare nel caso dell'emergenza pandemica da COVID-19 sono quelli già definiti dal Commissario per l'emergenza, secondo l'ordine di priorità in esse indicato.

Con il DCA n. 55 del 02 aprile 2021, sulla base delle indicazioni nazionali, nella Regione Calabria si è proceduto all'approvazione dell'aggiornamento del Piano Regionale - Campagna di

vaccinazione anti SARS-COV.2 – aggiornamento Procedure Operative periodo 01.04.21 – 30.04.21

Il DCA n.57 del 20/4/2021 ha reso esecutivi i Protocolli d'intesa stipulati in data 19 febbraio 2021 e in data 14 aprile 2021 con le OO.SS. di Medicina Generale per il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella campagna vaccinale anti COVID -19.

Con DCA n. 63 del 20/4/2021 è stato firmato il Protocollo d'intesa fra la Regione Calabria e i pediatri di libera scelta rappresentati da F.I.M.P., C.I.P.E. e S.I.M.P.E.F, per la campagna di vaccinazione anti-covid-19.

Con DCA n. 62 del 20 aprile 2021 è stato recepito l'Accordo Quadro del 29 marzo 2021 sottoscritto tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, Federfarma e Assofarm per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini anti SARS-CoV-2, ed è stato dato esecuzione al Protocollo d'intesa stipulato in data 16 aprile 2021, tra la Regione Calabria e Federfarma Calabria, per la somministrazione in farmacia, da parte dei farmacisti, dei vaccini anti SARS-CoV-2 nell'ambito sperimentale della "farmacia dei servizi".

Con il DCA n 69 del 06 maggio 2021 è stato anche approvato il Protocollo per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all'attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti SARS-CoV2/-COVID19 nei luoghi di lavoro.

Ai fini della vaccinazione viene fornito il modello di consenso informato da fare sottoscrivere a tutti i soggetti da sottoporre a vaccinazione, nei modi e forme di legge.

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

Esecuzione Della Vaccinazione

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

1. A cura dei servizi propri di ciascun presidio per gli operatori sanitari dipendenti dalle aziende sanitarie provinciali ed ospedaliere (Direzioni Sanitarie di Presidio e Centri vaccinali);
2. A cura dei propri sanitari (Direzioni Sanitarie o Medici Responsabili) per gli operatori sanitari dipendenti da strutture private accreditate che facciano richiesta del vaccino;

A cura del proprio personale medico (Medico competente o altro) per i servizi essenziali previsti dalle ordinanze ministeriali sopra citate. Questi ultimi, in alternativa ed a richiesta, possono accedere ai servizi vaccinali aziendali, previo specifico accordo;

1. Dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta per i soggetti a rischio propri assistiti, nei propri ambulatori o nelle UCCP/AFT
2. Presso Hub regionali appositamente attivati

A tale fine il competente Dipartimento Tutela della Salute definisce ulteriori modalità organizzative e i criteri di remunerazione in sede di accordi integrativi regionali (AIR) con le organizzazioni di categoria.

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

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

Infine dovrà essere garantito l'idoneo flusso informativo sulle attività vaccinali espletate, secondo i modi e forme richiesti dalle diposizioni ministeriali e regionali.

Modalità Di Registrazione Delle Vaccinazioni Eseguite

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

La registrazione deve avvenire secondo le modalità tecniche indicate dalla catena di comando regionale, definita nel presente documento.

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

Stoccaggio E Distribuzione Di Vaccino E Farmaci Antivirali

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

La quota regionale di vaccino pandemico e di farmaci antivirali e anticorpi monoclonali consegnata alla regione dal Ministero della salute o dal Commissario per l'emergenza sarà stoccati presso la Farmacia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro. Tale Unità Operativa, oltre alla ricezione dei farmaci, al loro stoccaggio ed alla loro custodia dovrà provvedere alla comunicazione tempestiva dell'arrivo dei lotti al referente regionale che provvederà alla ripartizione degli stessi per le farmacie di riferimento di ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale ed Azienda Ospedaliera. In base al tipo di necessità/urgenza, ciascuna Direzione Generale Aziendale provvederà a seguito di detta comunicazione, tempestivamente, e comunque non oltre le 24 ore successive, le Direzioni Generali delle citate Aziende provvederanno a prelevare la quota di vaccini e di farmaci attribuita alla propria Azienda e trasportarla con mezzi idonei al centro di stoccaggio aziendale.

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

Il carico/scarico dei farmaci e vaccini avverrà a carico della Farmacia centralizzata individuata secondo le modalità organizzative previste nella stessa Unità Operativa, garantendo la tracciabilità secondo standard di qualità e sicurezza.

Il sito regionale di stoccaggio garantisce la reperibilità H24.

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

Analogamente a quanto previsto per la gestione e l'approvvigionamento di DPI e DM anche per i farmaci antivirali è previsto l'approvvigionamento centralizzato secondo una procedura organizzativa condivisa dall'Unità di Crisi Regionale durante le diverse fasi, prevedendo il monitoraggio continuo delle scorte di magazzino e la gestione dei fabbisogni da aggiornare sulla base dell'evoluzione epidemiologica, attraverso l'utilizzo del sistema informativo regionale.

I protocolli di trattamento, con specifici documenti di indirizzo, verranno elaborati dal Gruppo Tecnico Regionale per l'emergenza COVID-19, al fine di stabilire delle priorità nelle modalità di accesso alle terapie, utili in particolare in momenti di shortage in cui lo scenario potrebbe prevedere una disponibilità limitata di risorse terapeutiche utili nel trattamento della patologia e una domanda di accesso alle terapie sempre più crescente.

8. FARMACOVIGILANZA

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

Esso presuppone una stretta integrazione a tutti i livelli tra Direzioni Sanitarie, Dipartimenti di prevenzione e strutture di farmacovigilanza e richiede la partecipazione dei diversi operatori che, con differenti ruoli e responsabilità, dovranno essere costantemente informati.

Ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera è dotata di un Ufficio Aziendale di Farmacovigilanza (FV), in capo alla Unità Operativa di Farmaceutica Territoriale nelle ASP e della Unità Operativa di Farmacia nelle AO/AOU della Calabria, con un responsabile già individuato con specifico atto trasmesso alla Regione, che svolge la propria attività sotto il coordinamento del Responsabile Scientifico del Centro Regionale di Farmacovigilanza.

Ogni segnalazione di sospetta reazione avversa viene trasmessa dagli operatori sanitari, piuttosto che dai cittadini, ai responsabili Locali di FV (RLFV) che provvedono all’inserimento della stessa nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNFV); contestualmente all’inserimento viene generato dalla Rete un messaggio automatico di notifica indirizzato all’azienda titolare del farmaco/vaccino. Le segnalazioni vengono poi trasferite nel database Europeo di Eudravigilance.

I responsabili di farmacovigilanza locale devono informare il centro vaccinale ogni volta che ricevono una segnalazione di reazione avversa (ADRs) da altra struttura, devono acquisire gli elementi mancanti sulla segnalazione da inserire nel database e devono fornire l’informazione di ritorno ai segnalatori.

Manterranno le comunicazioni ed invieranno informazioni di sicurezza per come pubblicate da AIFA periodicamente ai Dipartimenti di Prevenzione per la necessaria diffusione ai Centri Vaccinali.

Dovrà essere identificata all’interno del Dipartimento di Prevenzione una figura di riferimento che si interfacci con il responsabile locale di farmacovigilanza per le comunicazioni di sicurezza e garantisca la diffusione delle informazioni.

Al fine di sensibilizzare gli operatori sanitari alla segnalazione delle sospette reazioni avverse si considerano tre modalità complementari e non alternative:

1. FORMAZIONE/INFORMAZIONE sui possibili effetti indesiderati ai vaccini pandemico e ai farmaci utilizzati

2. AGEVOLARE LA SEGNALAZIONE attraverso l'utilizzo della piattaforma www.vigifarmaco.it e facilitando, al contempo, il reperimento della scheda di segnalazione elettronica per operatore sanitario e per cittadino (disponibili sul sito web dell'AIFA nonché sul sito www.crfvcalabria.it), la sua trasmissione al responsabile di FV e l'inserimento in rete;

3. INFORMAZIONE DI RITORNO

Si richiama l'attenzione sul rispetto degli adempimenti previsti per una corretta gestione delle attività di farmacovigilanza e dell'utilizzo della documentazione standardizzata pubblicata e trasmessa da AIFA in quanto finalizzati al reperimento dei dati utili ed al pronto intervento regolatorio qualora dovesse presentarsi un problema di sicurezza. L'AIFA provvederà a fornire sul proprio sito web aggiornamenti e report per un'informazione collettiva. L'avviso sulla pubblicazione di informazioni ai responsabili di FV sarà dato attraverso la posta interna della rete di farmacovigilanza; i responsabili di FV locale dovranno diffondere tali informazioni o almeno avvisare della loro pubblicazione gli operatori sanitari operanti all'interno della struttura di appartenenza tenendo conto dell'eventuale specificità dell'informazione da diffondere. Gli operatori sanitari sono tenuti a segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta.

9. MANTENIMENTO DEI SERVIZI ESSENZIALI E “RECUPERO DELLE ATTIVITÀ ROUTINARIE”

In fase di allerta pandemica o in fase pandemica, le misure più restrittive, possono riguardare la sospensione delle prestazioni specialistiche con classe di priorità D (Differibile) e P (Programmata), come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all’Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 e la sospensione dei ricoveri in elezione afferenti alle classi B, C e D (come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all’Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).

Come già avvenuto per la pandemia da COVID-19, deve ribadirsi la necessità di procedere ai ricoveri, unicamente quando la terapia e l’assistenza domiciliare dei MMG/PLS e delle USCA, non possa essere attuabile o efficace, a causa delle particolari condizioni cliniche del paziente.

L’eventuale sospensione delle attività programmate ha la finalità di favorire l'aumentata esigenza di ricovero dei pazienti nelle diverse aree di degenza; le Strutture Sanitarie in questo caso possono essere chiamate a dover incrementare, per la durata del periodo emergenziale, il numero di posti letto di Malattie Infettive, al fine di ampliare la recettività dei pazienti COVID positivi, rimodulando i posti letto resi disponibili dal provvedimento di sospensione.

Gli Hub regionali, in questi casi, adottano procedure finalizzate al trasferimento, presso i Presidi Ospedalieri Territoriali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Provinciali, i pazienti ricoverati, stabilizzati e non ancora dimisibili al proprio domicilio, previa intesa tra le Direzioni Sanitarie delle rispettive Strutture.

Restano garantiti i piani terapeutici, le somministrazioni di farmacoterapia e tutte quelle prestazioni che non si possono rimandare in quanto potrebbero procurare un potenziale danno al paziente, quali ad esempio dialisi, terapie oncologiche-chemioterapiche, PET-TAC, radioterapia, e naturalmente tutti gli esami, le visite ed ogni altra prestazione connessa alla procreazione, alla nascita ed alla diagnosi prenatale ed al parto.

Resta operativa la funzionalità della rete dei servizi territoriali, soprattutto quelli rivolti alle persone più fragili (persone autistiche e con sofferenza psichica, con disabilità, con malattie a decorso protratto).

Si svolgeranno regolarmente le donazioni di sangue, per le quali si continua a fare appello ai donatori per far fronte al calo delle scorte.

L'eventuale sospensione temporanea può riguardare l'attività di specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche e private accreditate a eccezione delle prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile ed oncologico (sarà cura di ogni struttura avvertire gli utenti programmati con altre priorità per la riprogrammazione dell'appuntamento al termine della situazione emergenziale; i medici prescrivono le prestazioni con le priorità di cui sopra fermo restando comunque la possibilità di segnalare situazioni cliniche meritevoli di controlli ravvicinati)

L'eventuale sospensione di attività ambulatoriali per prestazioni specialistiche con classe di priorità D (Differibile) e P (Programmata), come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019, erogate dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, incluse le strutture private accreditate e private autorizzate, deve fare comunque salve le prestazioni ambulatoriali recanti motivazioni d'urgenza, nonché quelle di dialisi, di radioterapia e quelle oncologiche-chemioterapiche, le prestazioni relative alla gravidanza a rischio e/o a termine ed i follow up non differibili. Circa le attività programmate da considerare clinicamente differibili secondo una valutazione del rapporto rischio-beneficio, sono esclusi gli screening oncologici all'interno dei programmi organizzati, le prestazioni di ostetricia e ginecologia riportate in allegato 1 all'Ordinanza 29/2020, le visite cardiologiche. Sono fatte salve le sedute di vaccinazione. Possono essere sospese inoltre le attività intramoenia.

L'eventuale sospensione dei ricoveri in elezione e quindi differibili, sia dell'area medica, che di area chirurgica; non può riguardare le prestazioni di ricovero per riabilitazione ospedaliera ed

extra ospedaliera acuta, post acuta ed estensiva, in quanto il processo riabilitativo non può essere posticipato nelle sue fasi, al fine di evitare/ridurre eventuali esiti invalidanti.

Tutte le strutture pubbliche private accreditate e private autorizzate, procedono alla riprogrammazione delle attività ambulatoriali e di ricovero eventualmente sospese.

I posti letto resisi disponibili dagli eventuali provvedimenti di sospensione dei ricoveri in elezione, vengono rimodulati in posti letto di Malattie Infettive, al fine di ampliare la recettività dei pazienti.

10. MISURE DI CONTENIMENTO APPLICABILI NELLE STRUTTURE DI DIAGNOSI E CURA PER LA RIPRESA DELLE PRESTAZIONI SOSPESE

Nel piano pandemico aziendale devono essere anche previsti i processi di decremento (deescalation) delle attività relative a restrizioni, limitazioni o divieti in vari setting sanitari e sociali a seconda della fase pandemica garantendo sempre cure e assistenza sanitaria e favorendo percorsi specifici di equità, accesso privilegiato alle categorie di svantaggiati, fragili e vulnerabili.

La normalizzazione dei servizi deve prevedere:

- Ripristino dei servizi normali, compreso un elemento di recupero attività che potrebbe essere stata ridotta come parte della risposta alla pandemia, ad es. programmare le operazioni di routine.
- Revisione della risposta post-incidente e condivisione di informazioni su cosa è andato bene, cosa potrebbe essere migliorato e le lezioni apprese.
- Adozione di misure per affrontare lo stress del personale.
- Pianificazione e preparazione per una recrudescenza dell'influenza, comprese le attività svolte fuori nella fase di rilevamento.

Nella gestione della pandemia da COVID-19, sono stati adottati i seguenti criteri per la riattivazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali precedentemente sospese, che potranno essere mutuate nelle future pandemie influenzali.

MISURE A CARICO DEL SOGGETTO EROGATORE E DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

1. sanificazione1 straordinaria preliminare e periodica degli ambienti da utilizzare per l'erogazione della prestazione
2. individuazione di opportuni percorsi per accedere ai luoghi di diagnosi e cura (con segnaletica/cartellonistica che consenta ai pazienti di permanere il meno tempo possibile all'interno della struttura)
3. pre-triage con controllo della temperatura corporea all'ingresso della struttura
4. acquisizione e verifica di una copia del modulo di autocertificazione (OVE RICHIESTO)
5. disposizione di idonee misure di distanziamento interpersonale nelle sale d'attesa (disponibilità di almeno 10 mq a persona)
6. disponibilità e messa a disposizione di dispositivi di protezione individuale (mascherine e guanti e visiere) e agenti di sanificazione per il personale2 materiale monouso, disinfettante per le mani per l'utenza
7. definizione di procedure operative per la gestione di tutte le fasi connesse alla prestazione erogata

8. messa a disposizione di camici e altri mezzi di protezione opportunamente lavati e monouso
9. prevedere l'installazione di barriere fisiche nelle aree di ricevimento, per limitare il contatto ravvicinato tra il personale addetto al triage e i pazienti

MISURE DI CARATTERE GESTIONALE, ORGANIZZATIVO E PROCEDURALE A CARICO DEI RESPONSABILI SANITARI E DEGLI OPERATORI

1. sistema di prenotazione attraverso il CUP o on-line. Dopo la fissazione dell'appuntamento o all'atto dell'appuntamento, è necessario istruire il paziente circa la necessità di riprogrammare o differire l'appuntamento, nel caso sviluppino sintomi riferibili al virus pandemico
2. favorire l'utilizzo della telemedicina o del consulto telefonico, al fine di limitare al minimo il tempo di permanenza presso la struttura sanitaria
3. garantire il rispetto dei percorsi individuati evitando la possibilità di incroci (entrata vs uscita)
4. in caso di accertamento di sintomi o segni compatibili virus pandemico, il soggetto viene immediatamente avviato al percorso dedicato
5. nel caso di accesso alla struttura di un soggetto richiedente la prestazione senza mascherina, sarà compito della struttura fornirne una.
6. garantire la messa a disposizione di procedure operative per il corretto utilizzo degli appropriati DPI. Per i soggetti richiedenti la prestazione deve essere resa disponibile un'istruzione che preveda che nel caso si debba toccare la mascherina con le mani, si dovrà procedere all'igiene delle mani immediatamente prima e immediatamente dopo
7. sanificazione accurata delle mani prima e dopo la prestazione
8. aerazione dei locali dopo ogni accesso, ove possibile, per un sufficiente lasso di tempo utile a consentire il ricambio dell'aria, volto a rimuovere particelle potenzialmente infettanti. In detto periodo deve essere eseguita la pulizia e la sanificazione degli strumenti di diagnostica usati e delle superfici, prima che la stanza sia utilizzata per il paziente successivo
9. le operazioni di vestizione/svestizione devono avvenire in spogliatoi con armadietti a doppio scomparto, nei quali è possibile conservare gli indumenti in modo che non costituiscano un veicolo per l'infezione
10. garantire una idonea gestione dei rifiuti, inclusi i rifiuti sanitari, con utilizzo di contenitori a comando non manuale

MISURE COLLEGATE AL DISTANZIAMENTO SOCIALE E DI MITIGAZIONE A CARICO DEL SOGGETTO CHE USUFRUISCE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA

1. rispetto del distanziamento interpersonale
2. uso delle mascherine chirurgiche per l'accesso ad ogni prestazione
3. compilazione autocertificazione e accesso previo pre-triage
4. possibilità di accompagnatori solo se soggetti non autosufficienti o minori
5. il soggetto che richiede la prestazione dovrà raggiungere il luogo del pre-triage con un anticipo non superiore a 10 minuti
6. le operazioni di vestizione/svestizione dovrebbero avvenire in locali dove è possibile conservare gli indumenti in modo che non costituiscano un veicolo per l'infezione (anche con utilizzo di sacchi monouso all'interno dei quali riporre gli indumenti personali incluse le scarpe)
7. obbligo di igienizzare le mani in entrata e in uscita e di allontanamento dalla struttura nel più breve tempo possibile

8. qualora debba essere rimossa la mascherina all'interno delle stanze di ricovero e cura, è necessario prevedere di indossare la mascherina quando lasciano la stanza, ovvero quando altri entrano nella stanza, previo lavaggio delle mani

La sanificazione/ igienizzazione comprende:

- 1 fase rimozione sporco grossolano
- 2 fase uso detergente
- 3 fase rimozione del detergente con acqua potabile
- 4 fase disinfezione
- 5 fase lavaggio per rimuovere residui del disinfettante

Si ritiene opportuno rilevare che i dati epidemiologici possono indicare che i soggetti asintomatici sono in grado di trasmettere la malattia e, pertanto, in tutti i casi in cui il distanziamento interpersonale non sia garantito (almeno 1 metro) è necessario che il personale sanitario e il soggetto richiedente la prestazione, indossino entrambi idonei DPI/mascherine. Nel caso in cui la prestazione non permetta l'utilizzo continuativo della mascherina da parte del soggetto che richiede la prestazione, è necessario prevedere idonee misure di contenzione per il personale sanitario (tute, mascherine, visiere, occhiali, ecc.), ad esempio in caso di prestazioni odontoiatriche, otorinolaringoiatriche, endoscopiche, ecc.

Le procedure devono almeno prevedere:

- Igienizzazione e sanificazione degli ambienti di lavoro
- Informazione e formazione di tutto il personale
- Incentivazione di tele-consulto e tele-medicina, e limitazione delle occasioni di contatto
- Incentivazione trasmissione referti on line
- Rilevazione della temperatura corporea, in ingresso, di lavoratori, fornitori, visitatori
- Obbligo di utilizzo di guanti e dispositivi di protezione delle vie respiratorie
- Mantenimento della distanza interpersonale di almeno un metro (criterio di distanza "droplet") sia nelle
- postazioni di lavoro che negli ambienti comuni
- Rigorosa igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie
- Tutela dei lavoratori più vulnerabili
- Gestione degli eventuali casi di positività

11. ATTIVITÀ DI RICERCA E SVILUPPO

Durante la **fase inter-pandemica** è necessario accelerare la ricerca e sviluppo di strumenti diagnostici e terapeutici dalla fase di allerta pandemica.

È inoltre opportuno, favorire studi di efficacia sul campo in collaborazione tra centri nazionali e internazionali per favorire le valutazioni di efficacia e sicurezza di nuovi farmaci.

Le informazioni derivanti dalle attività di ricerca e di sviluppo possono essere utilizzate per migliorare l'efficacia dei vaccini e dei trattamenti e possono aumentare l'evidenza di strategie di controllo delle pandemie.

La regione svilupperà dei protocolli e strumenti per la raccolta dati coinvolgendo le Università presenti sul territorio e i laboratori di analisi, per aggiornare e implementare la diagnostica molecolare.

Nella **fase di allerta pandemica** l'attività di ricerca è fondamentale ai fini dell'identificazione dell'agente patogeno e la sua caratterizzazione e tassonomia. In questa fase è importante che la rete formata sia dall'Università che dai laboratori specializzati condividano i protocolli per un approccio diagnostica rapido.

In questa ottica devono essere potenziate e rafforzate le strutture laboratoristiche pubbliche, partendo da quelle già operative per il sequenziamento nella fase di pandemia da COVID-19 e per la rete INFLUNet.

Nella **fase pandemica** le attività di ricerca e sviluppo sono basate sull'evidenza, pertanto sarà fondamentale aumentare la capacità di analisi di sequenza dei laboratori specializzati al fine di individuare velocemente le mutazioni significative sia in termini di trasmissibilità che di virulenza.

In base agli eventuali fondi stanziati si provvederà anche all'acquisto di strumentazione ad alta tecnologia che consenta una maggiore attività di analisi e sequenza su ceppi del nuovo virus.

La partecipazione a network nazionali o internazionali di analisi sia sui farmaci che sui dispositivi medici consentirà anche di sviluppare nuovi protocolli e brevetti utili ad affrontare o facilitare la risposta al patogeno influenzale emergente a potenziale pandemico

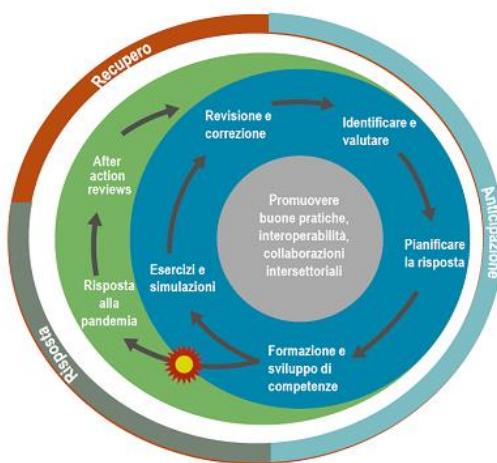
Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Promuovere la adesione alle reti di sorveglianza dei laboratori e garantire la stretta collaborazione con gli organismi nazionali di riferimento	Favorire la formazione a cascata di ulteriore personale
Potenziare le risorse umane e strumentali per il miglioramento diagnostico dei laboratori, incluso il sequenziamento genetico di nuovi virus respiratori	Favorire la messa a punto di sistemi informativi e banche dati intercomunicanti
Garantire l'aggiornamento del personale	Favorire la collaborazione con le strutture universitarie regionali
Rafforzare il coordinamento e l'interazione tra i laboratori già operanti	

12. VALUTAZIONE, TEST E REVISIONE DEL PIANO

La valutazione è una parte essenziale delle operazioni pandemiche e l'adozione di brevi cicli di revisione e apprendimento durante una risposta consente di adattare rapidamente i processi e gli interventi alla situazione in evoluzione. I processi di valutazione dovrebbero essere stabiliti o adattati dai processi esistenti prima che si verifichi una pandemia, in modo che siano operativi durante una risposta.

Il ciclo di preparedness è il percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze, che vede la realizzazione di attività specifiche nelle varie fasi pre- e post-emergenziali finalizzate a migliorare la readiness ed è rappresentato nella figura sottostante del Centro Europeo per la Prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC).



Il piano deve essere reso operativo attraverso esercizi di simulazione da parte del personale.

La modalità di monitoraggio dell'implementazione del piano, per come stabilito dal documento nazionale, si sviluppa in un triennio:

1° anno: valutazione dello stato di implementazione del piano da parte della Regione. È necessaria in questa fase la disponibilità degli atti previsti nel primo anno di implementazione del piano per realizzare le attività essenziali della fase interpandemica, la realizzazione delle attività, il resoconto dei risultati inerenti il livello di implementazione e la definizione di una roadmap per il periodo successivo.

Le modalità e gli strumenti di valutazione saranno definiti nel piano operativo triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano pandemico influenzale 2021-2023 (tabella 51 PANFLU)

2° anno: esecuzione tramite un esercizio di simulazione del piano pandemico influenzale nazionale e dei piani regionali. Tale esercizio, oltre a testare il piano, svolge anche una funzione formativa e di consolidamento di una rete di esperti sul territorio nazionali designati alla preparazione e risposta a emergenza pandemiche influenzali

L'attività di esercitazione include il personale di Protezione Civile ed il personale regionale, oltre che quello sanitario.

3° anno: revisione del piano pandemico influenzale, anche tenendo conto dei risultati derivanti dall'esercizio di simulazione.

La check list di controllo di autovalutazione periodica della preparedness riportata in Appendice A4 al PANFLU, realizzate sulla base della Circolare Ministero della Salute n. 2007 dell'11.08.2020, viene di seguito richiamata al fine di disporre, sia a livello regionale che per le Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di uno strumento operativo , finalizzato a supportare il proprio processo di autovalutazione dello stato di preparazione ad affrontare l'emergenza COVID-19 nel periodo autunnale/invernale e di dare una priorità alle attività da realizzare prima di tale periodo.

Anche Il Piano di Contingenza (Conferenza CU 143 del 7/10/2021) viene aggiornato, su indicazione del Ministero della Salute, sulla base dell'acquisizione di nuovi dati e informazioni sul rischio pandemico rilevanti ai fini della revisione del piano. In ogni caso il PdC è sottoposto a revisione almeno ogni 3 anni. Il processo di revisione segue lo stesso iter del processo di approvazione.

A4. Liste di controllo di autovalutazione periodica della *preparedness*

(da Circolare Ministero della Salute n. 2007 dell'11.08.2020, modificato)

SEZIONE 1 | Potenziamento della rete ospedaliera per emergenza da Patogeno emergente

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Dotazione di posti letto – Terapia Intensiva	
Posti letto regionali di terapia intensiva per mille abitanti (standard 0,14 per mille)	
Numero posti letto terapia intensiva in ospedali Hub, DEA di II livello, con percorsi separati per Patogeno emergente	
Numero posti letto terapia intensiva in ospedali Spoke, DEA di I livello, con percorsi separati per Patogeno emergente.	
Numero posti letto terapia intensiva in ospedali che possono essere interamente dedicati alla gestione del paziente affetto da Patogeno emergente.	
Numero posti letto di terapia intensiva negli ospedali Hub pediatrici, con percorsi separati per Patogeno emergente.	
Dotazione di posti letto – Terapia Semintensiva	
Posti letto regionali di terapia semintensiva per cento abitanti (standard 0,007 per mille)	
Numero posti letto di terapia semi-intensiva immediatamente convertibili in posti letto che garantiscono assistenza ventilatoria invasiva e monitoraggio (dotati di attrezzature per la ventilazione invasiva e monitoraggio), con percorsi separati per Patogeno emergente.	
Numero posti letto di terapia semi-intensiva che garantiscono assistenza ventilatoria non invasiva (dotati di attrezzature per la ventilazione non invasiva), con percorsi separati per Patogeno emergente.	
Collaborazione interdisciplinare	
Attivati/disponibili protocolli di collaborazione interdisciplinare adeguati alla criticità e complessità del paziente, anche in ambito pediatrico.	
Dotazione di posti letto – Area medica	
Numero posti letto in Area Medica destinati alla gestione dei pazienti affetti da Patogeno emergente, con percorsi separati.	
Numero posti letto in Pediatria per la gestione dei pazienti affetti da Patogeno emergente, con percorsi separati.	
Numero posti letto Riabilitazione individuati per la gestione post-acuzie dei pazienti affetti da Patogeno emergente, con percorsi separati.	
Rete emergenza urgenza ospedaliera	
Riorganizzati e ristrutturati i Pronto Soccorso con separazione dei percorsi e creazione di aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscono i criteri di separazione e sicurezza.	
Presente accesso diretto e percorsi dedicati per i mezzi di soccorso a spazi di attesa per pazienti sospetti da Patogeno emergente barellati.	
Presente percorso specificatamente individuato per pazienti sospetti da Patogeno emergente.	
Presente percorso specificatamente individuato per paziente sospetto Patogeno emergente in ambito pediatrico.	
Presenti aree di pre-triage dedicate a sospetti da Patogeno emergente	
Presente area di attesa dedicata a sospetti da Patogeno emergente o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.	
Presente ambulatorio per sospetti da Patogeno emergente o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.	
Presente sezione diagnostica radiologica dedicata.	
Emergenza territoriale	
Presente un numero adeguato di mezzi dedicati o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture Patogeno emergente, alle dimissioni protette, ai trasporti inter-ospedalieri no Patogeno emergente	
Organizzato il sistema di emergenza-urgenza territoriale per guidare i casi sospetti verso i nodi individuati della rete regionale.	

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Presente una funzione di coordinamento delle disponibilità di posti letto di terapia intensiva che ha il compito di ricercare i posti letto disponibili secondo precisi criteri di popolamento per "coorte" delle aree critiche degli ospedali e di coordinare i trasferimenti.	
Presente una funzione di coordinamento delle disponibilità di posti letto di degenza sub intensiva specialistica (pneumologica- infettivologica).	
Personale	
Disponibile un piano per la ridistribuzione di personale sanitario, altrimenti impiegato per altri tipi di assistenza, prontamente impiegabile per rafforzare la dotazione degli organici di terapia intensiva o semintensiva.	
Disponibile personale (medici, infermieri, operatori tecnici) per la dotazione di mezzi di soccorso dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti affetti da Patogeno emergente per le dimissioni protette e per i trasporti inter-ospedalieri per pazienti non affetti da Patogeno emergente.	
Disponibili fondi per la remunerazione delle ore di lavoro straordinario e delle specifiche indennità contrattuali, ivi incluse le indennità previste per i servizi di malattie infettive, da corrispondere a tutto il personale sanitario operante nei servizi dedicati alla gestione del Patogeno emergente.	
Effettuati corsi periodici e aggiornamento sul campo in terapia intensiva per il personale sanitario, altrimenti impiegato per altri tipi di assistenza, prontamente impiegabile per rafforzare la dotazione degli organici di terapia intensiva o semintensiva.	
Effettuati corsi periodici e aggiornamento sul campo per il personale sanitario, altrimenti impiegato per altri tipi di assistenza, prontamente impiegabile per rafforzare la dotazione degli organici di pronto soccorso.	
Presenti protocolli aggiornati per la prevenzione dell'esposizione al rischio biologico da parte dei lavoratori.	
Risorse strutturali e tecnologiche	
Disponibilità e garanzia di continuità di fornitura per DPI in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Disponibilità e garanzia di continuità di fornitura di farmaci per la terapia del Patogeno emergente in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Disponibilità e garanzia di continuità di fornitura per l'approvvigionamento di dispositivi medici (kit per diagnostica, disinfettanti, ecc.) in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Disponibilità e garanzia di continuità di fornitura per l'approvvigionamento di ossigeno in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Disponibilità, per gli impianti ospedalieri, di un adeguato dimensionamento (quantità e portata di flusso) in rapporto ai maggiori consumi (incremento posti letto intensivi e semintensivi)	
Capacità di potenziamento dei servizi di sterilizzazione in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Capacità di potenziamento servizi di pulizia in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Capacità di potenziamento servizi di smaltimento rifiuti in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Capacità di potenziamento sistemi informativi in base ai potenziali incrementi conseguenti ai picchi di richiesta "emergenziale".	
Presenza di un piano per l'informazione/ la comunicazione interna ed esterna	

SEZIONE 2 | Modello e percorso organizzativo dell'offerta ospedaliera

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Pianificazione	
Disponibile un piano per la disattivazione e il ripristino graduale della rete ospedaliera Hub & Spoke organizzata per livelli di complessità crescente, per garantire l'attività ordinaria a regime, mantenendo il più possibile l'elasticità delle funzioni.	
Individuate le strutture della rete ospedaliera regionale Hub & Spoke che possano essere temporaneamente dedicate all'assistenza di pazienti affetti da Patogeno emergente.	
Individuate le aree/padiglioni specificamente dedicati all'interno degli ospedali della rete Hub & Spoke, con analoghe capacità assistenziali, con percorsi e spazi nettamente separati, laddove non sia possibile attivare ospedali di cui al punto precedente.	
Individuate le aree idonee alla allocazione delle strutture movimentabili, preferibilmente limitrofe alle strutture ospedaliere, da attivare per dare risposta ad eventuali ulteriori picchi di domanda ospedaliera a seguito di incremento della curva epidemica.	
Programmata la rimodulazione flessibile dell'attività ordinaria al fine di garantire le reti tempo dipendenti e salvaguardando le attività chirurgiche di emergenza.	
Attivato un corretto percorso di continuità ospedale-territorio per la presa in carico territoriale delle persone dimesse dal ricovero ospedaliero.	
Individuate e formate equipe sanitarie specializzate che eseguono il trasporto in mezzi avanzati dotati di allestimenti e dispositivi con caratteristiche tecniche definite a livello regionale per il trasporto secondario di pazienti critici.	
Operatori formati all'uso delle procedure di coordinamento CROSS per i trasferimenti interregionali.	

SEZIONE 3 | Area territoriale

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Presenza in carico pazienti affetti da Patogeno emergente, contatti e pazienti fragili	
Potenziata la presa in carico e la sorveglianza attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da Patogeno emergente, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario, per i contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti.	
Adottati specifici protocolli contenenti tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di care-giver.	
Attivato programma regionale di supporto psicologico a distanza (es via telefono) attraverso numeri telefonici o indirizzi e-mail dedicati per contattare uno psicologo.	
Predisposto un sistema di gestione per coorti, presso strutture residenziali e/o alberghiere, rivolte a quei soggetti positivi al Patogeno emergente che, a causa di ragioni logistiche, strutturali, socio-economiche, non possono essere accolti in isolamento presso il proprio domicilio.	
Predisposto un sistema di gestione per coorti, presso strutture residenziali e/o alberghiere, rivolte al personale sanitario e socio-sanitario maggiormente esposto, ai fini di tutelare i medesimi e i rispettivi nuclei familiari.	
Approvati i criteri per l'aggiornamento dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle residenze territoriali socio-sanitarie (RSA, Residenze per disabili fisici e psichici).	
Disponibili strutture alberghiere, ovvero altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria (quarantena) e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove tali misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata.	
Predisposti i piani di assistenza territoriale con specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale e con le USCA, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.	

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Costituita la rete dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da Patogeni emergenti, individuate tra i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto.	
Rafforzati i servizi di assistenza domiciliare integrata per il trattamento dei soggetti affetti da Patogeno emergente e affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità.	
Predisposta una centrale operativa h24 in grado di rilevare, eventualmente fornendo i dispositivi, i valori di saturazione di O2 in pazienti cronici o anziani selezionati per i quali sia svantaggioso il ricorso all'ospedalizzazione. La centrale deve assicurare la continuità della fornitura di O2 e di team logistico/sanitari in grado di assicurare il necessario supporto tecnico e sanitario alle famiglie.	
Personale	
Disponibile almeno 1 persona /10.000 abitanti per supportare le funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, <i>contact tracing</i> , quarantena.	
Disponibile un piano per la ridistribuzione del personale in funzione dei diversi scenari per supportare le funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, <i>contact tracing</i> , quarantena.	
Disponibili corsi periodici e aggiornamento sul campo per il personale sanitario, altrimenti impiegato, che possa supportare i Dipartimenti di Prevenzione nello svolgere funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, <i>contact tracing</i> , quarantena in caso di un aumento di trasmissione.	
Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Case di Riposo	
Istituito e operativo il Sistema di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico e clinico che consenta l'identificazione precoce di casi sospetti di infezione da Patogeno emergente tra i residenti e gli operatori all'interno di ogni struttura e tempestivo trasferimento presso strutture ospedaliere o alberghiere destinate a soggetti positivi.	
Erogati percorsi formativi per tutto il personale in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili e alle caratteristiche del quadro clinico di infezione da Patogeno emergente.	
Attivati di meccanismi di reclutamento straordinario, nonché ricorso a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari.	
Effettuati sistematicamente tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari.	
Identificato un referente per la prevenzione e controllo dell'infezione da Patogeno emergente adeguatamente formato e addestrato in stretto contatto con le autorità sanitarie locali.	
Identificato un referente medico e infermieristico per struttura in stretto contatto con le autorità sanitarie locali.	
Programmato l'approvvigionamento dei DPI.	
Realizzate misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di infezione da Patogeno emergente nelle strutture residenziali.	
Regolamentati i nuovi ingressi di ospiti sulla base della effettiva realizzazione da parte delle strutture di una area di accoglienza temporanea dedicata ai nuovi ospiti, con adozione di misure logistiche idonee a garantire adeguato distanziamento fisico e isolamento funzionale fra gli ospiti.	
Presenti spazi per l'isolamento di ospiti con sintomi influenzali o positivi al tampone (e non trasferiti in ospedale).	
Regolamentato attraverso protocollo/altra modalità di raccordo tra RSA e ospedale di riferimento l'accesso degli ospiti a visite specialistiche, indagini diagnostiche, ricoveri programmati, dialisi, accessi a Pronto soccorso con ritorno in RSA dopo l'esecuzione delle prestazioni sanitarie.	

SEZIONE 4 | Sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Diagnosi di laboratorio e flusso dati	
Le informazioni raccolte nel sistema di sorveglianza Regionale sono in linea con quelle richieste nell'ambito della sorveglianza integrata coordinata dalle istituzioni centrali.	
I dati sono trasmessi secondo le modalità richieste dalle istituzioni centrali.	
Sono individuati a livello Regionale i laboratori di riferimento e laboratori aggiuntivi per la diagnosi di infezione da Patogeno emergente.	
Programmato l'approvvigionamento di materiali di consumo e strumentazioni necessarie per la diagnosi di infezione da Patogeno emergente anche in condizioni di aumentata richiesta da parte dei presidi territoriali/ospedalieri.	

SEZIONE 5 | Politiche di prevenzione e controllo delle infezioni legate all'assistenza

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Valutazione delle azioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni legate all'assistenza	
Verificata la possibilità di fornire adeguati approvvigionamenti di materiali di consumo (DPI) (medici e non) e di disinfezione per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni in ambito assistenziale, in ottemperanza delle norme in vigore.	
Verificata la reale implementazione delle indicazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ottemperanza delle norme in vigore.	
Costituito e gestito un magazzino unico logico di riferimento regionale o, per le Regioni più piccole, interregionale, dotato di un idoneo sistema informativo.	
Predisposte checklist regionali per l'auto valutazione delle strutture assistenziali per la preparazione ad una idonea prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	
Disponibili piani regionali per la prevenzione e controllo delle infezioni.	
Presente una rete di laboratori per la diagnosi delle infezioni correlate all'assistenza.	
Identificati i referenti per le Infezioni correlate all'assistenza così come richiesto dal PNCAR.	

SEZIONE 6 | Formazione degli operatori sanitari

Argomento	Autovalutazione dello stato di preparazione (da compilare)
Valutazione delle esigenze formative e offerta di formazione	
Verificate le esigenze di formazione del personale individuato come da riconvertire con funzioni di assistenza in ambito di terapia intensiva/sub-intensiva in caso di aumentata affluenza di pazienti affetti da infezione da Patogeno emergente con quadro clinico grave/critico (vedere sezione 1)	
Verificate le esigenze di formazione del personale sanitario, altrimenti impiegato, che possa supportare i Dipartimenti di Prevenzione nello svolgere funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, contact tracing, quarantena in caso di un aumento di trasmissione (vedere sezione 3).	
Predisposte le iniziative di formazione e re-training in base ai bisogni riscontrati	
Monitorato il numero di operatori sanitari che hanno e stanno partecipando a short- training, attraverso l'introduzione di uno specifico indicatore.	
Garantito l'accesso a corsi di formazione in e-learning per la prevenzione e il controllo delle infezioni da patogeno emergente e uso dei dispositivi di protezione individuali	

13. LE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE

La comunicazione è una parte essenziale della risposta di sanità pubblica a qualsiasi evento influenzale o ad altri focolai di malattia.

L'esperienza ha messo in luce la necessità di intensificare la programmazione e il coordinamento delle informazioni tra i vari attori, favorendo la creazione di una catena di comando della comunicazione, e la programmazione di procedure standardizzate e di un piano di comunicazione, da attivare già in fase inter-pandemica al fine di favorire la promozione di comportamenti sani e corretti nell'ottica della prevenzione e prevenire la diffusione di informazioni scorrette.

La comunicazione è una componente essenziale della preparazione e della gestione di situazioni d'urgenza sanitarie e riveste un ruolo centrale sin dalla fase inter-pandemica.

Essa è incentrata su due punti fondamentali: la comunicazione con funzione di coordinamento a sostegno dell'esecuzione dei provvedimenti e la comunicazione intesa come informazione e guida comportamentale destinata a vari gruppi target.

La comunicazione del rischio è lo scambio in tempo reale di informazioni e consigli tra le autorità e gli esperti, le persone e le comunità a rischio. Si tratta di una parte essenziale della risposta della sanità pubblica a qualsiasi evento influenzale o ad altri focolai di malattia.

Un messaggio pubblico coerente e chiaro, allineato a livello regionale e aziendale, è fondamentale per una risposta efficace, rassicurante e collaborativa. Ciò contribuisce a mantenere la fiducia ed il sostegno pubblico oltre che favorire l'adesione alle azioni raccomandate e all'adozione di prudenze soprattutto nelle prassi di autodiagnosi e autoterapia. Il governo regionale è responsabile della diffusione di informazioni accurate e tempestive nei confronti del pubblico, degli Enti e delle Strutture Sanitarie. In particolare, deve garantire che il personale sanitario e dell'assistenza sociale sia in possesso delle informazioni più appropriate per svolgere il proprio ruolo e dare risposte al pubblico in modo pertinente e coerente.

Le comunicazioni consiglieranno alle persone cosa fare per proteggere se stesse e gli altri e incoraggiarli a modificare il loro comportamento attraverso l'acquisizione di competenze (riconoscere i sintomi, assumere le precauzioni, segnalare tempestivamente, adottare dispositivi e misure consigliate, assumere forme di collaborazione) e nel contempo condividere la responsabilità nella fase di preparazione e di risposta.

Durante una pandemia è raccomandato di comunicare le informazioni in modo efficace al pubblico, in cui impegnarsi discussione e per identificare le aree di interesse. Le informazioni possono anche essere rese disponibili direttamente al pubblico attraverso linee di assistenza telefonica e altri canali interattivi. Riunioni stampa regolari, siti Web chiave e social media e altri canali di informazione saranno utilizzati per raggiungere un vasto pubblico e per incoraggiare una rendicontazione responsabile e informata. Sarà utilizzata inoltre la diffusione delle trascrizioni di briefing con i media, attraverso podcast guidati da operatori sanitari qualificati e facendo uso dei social network e la tecnologia digitale per raggiungere specifiche fasce di pubblico come blog e webchat.

Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Approvare il Piano di comunicazione	Realizzare attività di test sul feedback di precedenti comunicazioni/informazioni
Garantire il coordinamento delle attività di comunicazione nell’ambito della catena di comando individuata a livello regionale	Coinvolgere esperti in comunicazione
Mantenere il costante raccordo con le Autorità Nazionali e le altre Autorità regionali	Formare personale per la comunicazione
Predisporre campagne informative, anche utilizzando il web e i social network	

13.1 COMUNICAZIONE DEL RISCHIO E COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ

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

Questo stato di incertezza esige un approccio preventivo e quindi strategico rispetto alla sua imprevedibilità. Si tratta di elaborare una strategia di comunicazione in base ad uno scenario ipotetico e di prevedere un modello per implementarla in risposta a bisogni presunti, non realmente presenti, e suscettibili di continuo cambiamento.

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

Ogni Azienda Sanitaria deve istituire un Punto Unico Informativo (PUI) con lo scopo di divulgare le informazioni in modo corretto, rassicurare l'utente anche con comunicazione diretta, intercettare false informazioni e fake news illustrandone l'infondatezza sul sito aziendale. Il PUI, attraverso qualunque fonte informativa, ha l'obiettivo di rendere fruibili le informazioni, di fare chiarezza mostrando procedure trasparenti, di rassicurare la cittadinanza in modo semplice.

Nell'ambito della fase di allerta pandemica, in base alle caratteristiche del virus influenzale pandemico, una delle attività chiave della comunicazione del rischio rivolta alla popolazione generale consiste nel promuovere interventi non farmacologici da attuare a livello individuale, in particolare:

1. Sviluppare messaggi chiave, materiale informativo, educativo e di comunicazione e una strategia di comunicazione per promuovere interventi personali non farmacologici per ridurre il rischio di trasmissione nella comunità, come la permanenza a casa in caso di malattia, l'isolamento volontario, l'etichetta respiratoria, l'igiene delle mani, l'uso di maschere facciali in ambienti comunitari e/lavorativi e la riduzione dei contatti sociali.
2. Promuovere la pulizia ambientale di routine di superfici e oggetti toccati frequentemente in case, strutture per l'infanzia, scuole, luoghi di lavoro e ambienti pubblici.
3. Monitorare e contenere la divulgazione di disinformazione, fake news, e fughe di notizie che possono portare alla diffusione di comportamenti scorretti, nonché all'emergenza di atteggiamenti e comportamenti discriminatori e di stigma sociale.

Aspetti etici

Individuare un quadro etico da utilizzare durante la risposta e rivedere gli effetti delle leggi e delle politiche esistenti prima che si verifichi una pandemia, può contribuire a garantire che le popolazioni vulnerabili non siano danneggiate e che si tenga adeguatamente conto delle questioni etiche quando è necessaria un'azione rapida.

Check list

ESSENZIALE	AUSPICABILE
Predisporre il Piano di Comunicazione interna ed esterna; evitare il vuoto dell'informazione	Realizzare attività di test sul feedback di precedenti comunicazioni del rischio

garantire una presenza forte delle istituzioni regionali e locali	Coinvolgere esperti in comunicazione del rischio
-garantire coordinamento, chiarezza, omogeneità, condivisione di messaggi scientificamente esatti in ogni fase di gestione dell'evento sanitario	Formare personale per la comunicazione del rischio
garantire la trasparenza nell'informazione ai cittadini	

14. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

La formazione di tutti gli operatori sanitari è l'elemento cardine per conseguire prestazioni di qualità ed assicurare: omogeneità di conoscenze e di informazione alla popolazione, uniformità e condivisione dei protocolli e dei flussi informativi. Visto il coinvolgimento di figure e profili professionali diversi, al fine di assicurare una adeguata e capillare formazione in tema di pandemia, dovrà essere definito un percorso formativo con modalità di tipo "a cascata". Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere provvederanno conseguentemente ad adottare specifici percorsi secondo i principi generali esposti nella tabella n. 1, garantendo la formazione a tutti gli operatori e servizi individuati nella tabella n. 2

Tabella n. 1 - Percorso formativo

Obiettivi:	Disporre ed erogare tempestivamente un aggiornamento del/i modulo/i formativo/i realizzato/ii in fase pandemica in base alle caratteristiche del virus influenzale a potenziale pandemico emergente
Soggetti coinvolti:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medici e pediatri di famiglia 2. Operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali secondo priorità definite 3. Operatori case di cura private, RSA o altre strutture collettive in collaborazione con i medici competenti 4. Servizi sanitari di emergenza 5. Farmacie a seconda della organizzazione delle singole Aziende e in base ai profili di

	rischio attraverso la metodica della formazione a cascata.
Argomenti:	Epidemiologia e notifica dei casi, flusso informativo, cenni clinici e diagnostici, modalità di trasmissione, adozione delle più comuni norme igieniche, isolamento dei pazienti, individuazione e follow up dei contatti, criteri e modalità isolamento domiciliare, vaccino-chemioprofilassi post-esposizione. Particolare attenzione dovrà essere data ai principi di protezione, utilizzo dei dispositivi di protezione individuale anche attraverso momenti di addestramento individuale. Diffondere i protocolli operativi predisposti e approfondire: - il percorso diagnostico e le indicazioni alla ospedalizzazione; - l'impiego di antivirali a scopo preventivo; - le indicazioni in merito ad eventuali limitazioni di viaggi verso aree non infette; - la definizione della rete fra i vari servizi e modalità di attivazione - i criteri di eligibilità dei pazienti in terapia intensiva ed i principi generali del trattamento (compresa ECMO).
Formatori:	Gruppo di lavoro composto da operatori della Direzione Sanitaria, settore Igiene e Sanità Pubblica, U.O. Malattie Infettive, Medicina Preventiva dei Lavoratori, integrato da eventuali altre figure professionali a seconda delle realtà territoriali.

Nella fase pandemica deve essere rafforzata la formazione specifica sul patogeno causa della pandemia influenzale in atto, attraverso interventi formativi in ambito regionale e locale in grado di fornire in modo capillare definizioni e linguaggi comuni e procedure condivise tra gli operatori sanitari per affrontare l'emergenza.

Tale attività formativa dovrà essere oggetto di studi "Conoscenza Atteggiamenti e Pratiche" per la valutazione dell'impatto percepito.

15. PIANO DI CONTINGENZA OPERATIVO IN CASO DI PANDEMIA VIRALE

Nel presente capitolo si intende interamente richiamato il contenuto del “Piano di contingenza per un’emergenza pandemica”, PanFlu 2021-2023, predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile con nota UL/0042886 del 6 ottobre 2021, per il quale è stato espresso parere favorevole della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Repertorio atto n. 143/CU del 7 ottobre 2021.