

ad 1 anno, una stabile integrazione psicologica, nessuna dimostrazione di assunzione di sostanze psicoattive (alcol compreso), evidenza di responsabilizzazione e compliance sul percorso terapeutico, assenza di problematiche psichiatriche. Ogni soggetto deve essere considerato un caso a sé stante" (Friedel B., Berghaus G. 1995).

Per ciò che riguarda gli effetti della buprenorfina sulle prestazioni e sulla capacità di guida, si rileva la scarsità di dati in letteratura internazionale. Un recente lavoro di Soyka et al. dimostra che i soggetti in trattamento con buprenorfina, rispetto a quelli in mantenimento metadonico, presentano una minore compromissione delle funzioni cognitive (percezioni visive, attenzione, vigilanza, reattività e tolleranza allo stress) che sono rilevanti, in particolare, sull'attitudine alla guida (Soyka M. et al. 2005).

Le criticità connesse ad un corretto inquadramento di questi casi necessitano di un adeguato approccio metodologico interdisciplinare.

(2009.30.2082)102

DECRETO 10 agosto 2009.

Approvazione del Piano regionale per le pandemie.

L'ASSESSORE PER LA SANITA'

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 883/78;

Vista la legge costituzionale n. 3/2001, che ha modificato il titolo V della Costituzione e l'art. 117 in particolare;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, riguardante il riordino della disciplina della materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'accordo 9 febbraio 2006 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che approva il Piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale (Piano pandemico nazionale);

Visto il D.P.C.M. 23 aprile 2008, che, in particolare al capo I - Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), art. 1, punto 1, stabilisce che il servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche ed in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera;

Vista la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19, Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del governo e dell'amministrazione della Regione;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, Norme per il riordino del servizio sanitario regionale;

Visto il decreto 30 aprile 2009, Istituzione del comitato regionale per le pandemie;

Visto il verbale della seduta del 23 luglio 2009 del comitato regionale per le pandemie che ha approvato la proposta di piano pandemico da adottarsi con decreto assessoriale;

Ravvisata la necessità di assumere tutte le misure di profilassi necessarie a contrastare le malattie infettive da virus influenzali, prevenibili anche con vaccinazione, al fine di evitare la diffusione dei casi di malattia, le complicità e i loro esiti invalidanti ed anche gli eventuali casi di morte;

Tenuto conto che occorre pianificare ed uniformare nel territorio della Regione Sicilia gli interventi di profilassi ed assistenziali, rispettivamente, verso la popolazione esposta al contagio da virus influenzali e verso i soggetti a rischio e/o affetti da tale infezione virale;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, è approvato il Piano regionale per le pandemie meglio specificato e dettagliato nell'allegato 1, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

E' fatto carico ai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali della Sicilia, ai direttori generali delle aziende ospedaliere e policlinici universitari di adottare, nei tempi previsti, gli atti amministrativi di competenza di cui allegato 1 al presente decreto. Copia dei predetti atti dovrà essere trasmessa a questo Assessorato.

Art. 3

Il presente decreto è inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione in parte I.

Palermo 10 agosto 2009.

RUSSO

Allegato 1

PIANO PER LE PANDEMIE

Linee guida

Legenda

| | |
|-------|---|
| DASOE | Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico. |
| CRP | Comitato regionale per le pandemie. |
| USMAF | Ufficio sanità marittima aerea e di frontiera. |
| UCAP | Unità di crisi azienda provinciale |
| ASP | Azienda sanitaria provinciale. |
| DEU | Dipartimento emergenza urgenza. |
| UCAO | Unità di crisi azienda ospedaliera. |

INTRODUZIONE

Le presenti linee di indirizzo regionali di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale sono predisposte sulla base degli indirizzi generali dell'analogo Piano nazionale approvato con accordo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 9 febbraio 2006.

Tali indirizzi risultano coerenti ed allineati, al fine di dare continuità alle disposizioni nazionali ed internazionali.

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

- 1) identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia;
 - 2) mettere in atto strategie atte a limitare il più possibile il rischio di trasmissione, la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia;
 - 3) ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
 - 4) assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia;
 - 5) garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico;
 - 6) monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.
- Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del piano sono:
- 1) migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica;
 - 2) attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione);

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

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

1) Assetti organizzativi

1.1 Struttura operativa regionale e territoriale

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

Poiché i provvedimenti da adottarsi nel periodo interpandemico e di allerta pandemico (fasi 1, 2, 3, 4 e 5 della classificazione OMS), atterrano specificamente all'ambito sanitario, le disposizioni ed il coordinamento degli interventi sarà di competenza della direzione generale del Dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico (DASOE) della Regione siciliana che si avvarrà, a livello locale, delle aziende sanitarie ospedaliere e provinciali (ASP). Nel periodo pandemico (fase 6 della classificazione OMS) in cui si configura il carattere dell'emergenza, interviene l'assetto previsto dalla normativa vigente.

Pertanto, in seguito alla deliberazione dello stato di emergenza ai sensi dell'art. 5, comma 1, della legge n. 225/92 da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri, le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza, sono svolte dal dipartimento regionale protezione civile che, sia a livello regionale che provinciale, saranno integrate rispettivamente dalla DASOE e dalle aziende sanitarie per quanto riguarda le competenze specialistiche anche di prevenzione sanitaria (e veterinaria, ove necessario).

Le fasi ed i livelli di rischio sono dichiarati dall'OMS. A livello nazionale, l'informazione sulla dichiarazione di fase dell'OMS verrà data dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali. La comunicazione alla Nazione della dichiarazione di pandemia da parte dell'OMS sarà fatta dal Presidente del Consiglio su indicazione del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

1.2 Comitato regionale per le pandemie (CRP)

Al fine di fronteggiare i rischi derivanti da situazioni di emergenza ed assicurare il coordinamento degli interventi sanitari e di protezione civile, con decreto assessoriale n. 820 del 30 aprile 2009, è stato costituito presso l'Assessorato regionale della sanità il "Comitato regionale per le pandemie" (che opera in atto come unità di crisi regionale per l'influenza A/N1H1).

Per assicurare il coordinamento delle attività previste dal Piano nazionale pandemico, la direzione generale del DASOE della Regione siciliana si avvarrà del Comitato regionale per le pandemie (CRP) come riportato nella tabella A che elenca i componenti.

L'attivazione e la conduzione del CRP è affidata al dirigente del servizio igiene pubblica della direzione generale del DASOE; il raccordo tra il CRP e il coordinamento sanitario regionale per le emergenze è garantito dal coordinatore individuato nel decreto (il dirigente del servizio igiene pubblica).

Il CRP garantisce il coordinamento a livello locale attraverso il costante raccordo con i direttori sanitari e direttori generali delle aziende sanitarie.

Tabella A - Composizione Comitato regionale per le pandemie

| Componenti | Ente | |
|--|------------------------------------|--|
| Dr. Maurizio Guizzardi, nella qualità di dirigente generale del dipartimento per la pianificazione strategica | Comitato regionale per le pandemie | |
| Dr.ssa Maria Antonietta Bullara, nella qualità di dirigente generale del dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico | | |
| Il capo della segreteria tecnica dell'Assessore | | |
| Il dirigente del servizio 1 - igiene pubblica - del dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico | | |
| Il dirigente del servizio 4 - programmazione ospedaliera - del dipartimento per la pianificazione strategica | | |
| Il dirigente del servizio 6 - programmazione dell'emergenza - del dipartimento per la pianificazione strategica | | |
| Il dirigente del servizio 7 - farmaceutica - del dipartimento per la pianificazione strategica | | |
| Il dirigente del servizio 8 - programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria - del dipartimento per la pianificazione strategica | | |
| Il dirigente del servizio 9 - sanità veterinaria - del dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico | | |
| Dr. Luigi Aprea, nella qualità di direttore sanitario dell'azienda policlinico P. Giaccone di Palermo | | Regione siciliana - Assessorato della sanità |
| Prof. Francesco Vitale, nella qualità di direttore del laboratorio di analisi chimico-cliniche dell'azienda policlinico P. Giaccone di Palermo | | |
| Prof.ssa Lucina Titone, nella qualità di direttore UOC malattie infettive azienda policlinico P. Giaccone di Palermo | | |
| Dr.ssa Gabriella Filippazzo, nella qualità di direttore sanitario di presidio dell'azienda ospedaliera V. Cervello di Palermo | | |
| Dr. Massimo Farinella, nella qualità di direttore UOC malattie infettive dell'azienda ospedaliera V. Cervello di Palermo | | |
| Dr. Giuseppe Giammanco, nella qualità di direttore sanitario di presidio P.O. Nesima dell'azienda ospedaliera G. Garibaldi di Catania | | |
| Prof. Rosario Russo, nella qualità di direttore UOC malattie infettive dell'azienda ospedaliera G. Garibaldi di Catania | | |

| Componenti | Ente |
|--|--------------------------------|
| Dr. Tullio Prestileo, nella qualità di responsabile UOS di infettivologia dell'azienda unità sanitaria locale n. 6 di Palermo | |
| Dr. Domenico Barbagallo, nella qualità di direttore del dipartimento di prevenzione dell'azienda unità sanitaria locale n. 3 di Catania | |
| Dr. Michele Stornello, direttore UOC medicina interna dell'azienda ospedaliera Umberto I di Siracusa e nella qualità di Presidente regionale Fadoi | |
| Settore sistema regionale di protezione civile Agenzia per le attività di informazione degli organi di governo della Regione | Regione siciliana - Presidenza |
| Ufficio sanità marittima aerea e di frontiera (ufficio di Palermo e Catania) | USMAF |

Partecipano inoltre alla redazione del presente Piano regionale pandemico, la dott.ssa Linda Pasta, dirigente medico dell'Azienda ospedaliera V. Cervello di Palermo (nella qualità di componente dello staff dell'Assessore), il dott. Giannobile Filippo, rappresentante dei medici di medicina generale.

1.3 Unità di crisi aziendale per la pandemia

Per assicurare il coordinamento delle attività a livello locale, ogni azienda sanitaria istituisce, con apposita delibera aziendale, l'unità di crisi.

L'unità di crisi aziendale per la pandemia (UCAP) adotta il Piano aziendale per la pandemia (PAP).

L'UCAP sarà resa operativa in fase pandemica.

L'unità di crisi dell'azienda sanitaria provinciale comprenderà le figure di cui alla tabella B1.

Tabella B1 - *Composizione unità di crisi azienda provinciale (ASP) per la pandemia (UCAP)*

| |
|--|
| Direttore sanitario |
| Responsabile dipartimento emergenza urgenza (DEU) |
| Responsabile dipartimento di prevenzione |
| Responsabile 118 |
| Responsabile UO servizio di protezione e prevenzione |
| Responsabile del settore dell'ospedalità |
| Responsabile UO ufficio tecnico |
| Responsabile sistemi informativi |
| Responsabile UO farmacia |
| Un responsabile di distretto |
| Responsabile attività infermieristiche |
| Responsabile UO malattie infettive |
| Responsabile terapie intensive |
| Responsabile pronto soccorso |
| Responsabile UO acquisti |
| Rappresentante medici di medicina generale |
| Rappresentante pediatri di libera scelta |

Ove il ruolo riportato nella superiore tabella non fosse previsto nell'organizzazione aziendale, le funzioni verranno assicurate secondo le indicazioni del direttore sanitario.

L'unità di crisi della azienda ospedaliera comprenderà le figure di cui alla tabella B2.

Tabella B2 - *Composizione unità di crisi azienda ospedaliera (AO) per la pandemia (UCAO)*

| |
|---|
| Direttore sanitario aziendale |
| Direttore sanitario di presidio ospedaliero |
| Responsabile UO farmacia |
| Responsabile attività infermieristiche |
| Responsabile UO malattie infettive |
| Responsabile DEU |
| Responsabile pronto soccorso |
| Responsabile 118 |
| Responsabile UO nelle aree della medicina |
| Responsabile del laboratorio di microbiologia e virologia |
| Responsabile UO rianimazione |
| Responsabile UO acquisti |
| Responsabile sistemi informativi |

Ove il ruolo riportato nella superiore tabella non fosse previsto nell'organizzazione aziendale o fossero presenti più figure corrispondenti, le funzioni verranno assicurate secondo le indicazioni del direttore sanitario.

Tutte le funzioni di cui alle tabelle B1 e B2, sono delegabili.

Il responsabile dell'unità di crisi dell'azienda ospedaliera assicura la propria presenza all'interno della Unità di crisi della ASP.

Il responsabile dell'unità di crisi della ASP garantisce il raccordo con il responsabile dell'unità di crisi dell'azienda ospedaliera.

La conduzione dell'unità di crisi aziendale per la pandemia è affidata al direttore sanitario (o suo delegato) che può, altresì,

disporre l'integrazione inserendo eventuali altre figure professionali in rapporto alle specifiche problematiche da affrontare. Il direttore sanitario convoca e coordina l'unità di crisi aziendale per la pandemia, garantisce il raccordo con il Comitato pandemico regionale, trasmette al dirigente del servizio igiene pubblica della direzione generale del DASOE al quale è affidata la conduzione del CRP, il calendario delle proprie reperibilità, con cadenza mensile.

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

Nella fase di emergenza, il direttore sanitario potrà avvalersi di un nucleo ristretto di componenti della UCAP.

Tabella C - *Strutture di coordinamento delle attività*

| Responsabile | Compiti |
|--|--|
| Direzione generale del dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico della Regione siciliana | <ul style="list-style-type: none"> — Predisporre i provvedimenti necessari per l'attuazione del PRP — Garantisce i rapporti con il livello centrale (MdS, CCM, ISS) e le altre regioni — Adotta, tramite i settori competenti per materia, le linee guida dei piani di formazione e comunicazione ed i protocolli proposti dal CRP — Coadiuvare il dipartimento regionale protezione civile in riferimento alle specifiche competenze di prevenzione sanitaria e veterinaria — Supporta la realizzazione delle attività di carattere statistico-epidemiologico tramite il servizio competente |
| Comitato regionale per le pandemie | <ul style="list-style-type: none"> — Garantisce la programmazione ed il coordinamento delle attività previste dal PRP nel territorio regionale attraverso il costante raccordo con i direttori sanitari e generali delle aziende sanitarie — Predisporre i documenti tecnici e le linee guida previste dal presente PRP — Predisporre lo schema per la redazione del piano aziendale per la pandemia delle aziende sanitarie, verifica l'adozione e la completezza del PAP — Verifica la coerenza dei piani aziendali con il Piano regionale e la loro concreta attuazione |
| Aziende sanitarie | <ul style="list-style-type: none"> — Sono titolari di tutte le attività di prevenzione, diagnosi e cura dell'influenza pandemica — Istituiscono le unità di crisi per la pandemia — Adottano i piani pandemici aziendali — Adottano i piani aziendali per la formazione e la comunicazione in conformità agli indirizzi forniti a livello regionale — Assicurano la realizzazione delle attività richieste dal presente PRP in collaborazione con il DASOE della Regione siciliana |
| Unità di crisi aziendale per la pandemia | <ul style="list-style-type: none"> — Coordina gli interventi sul territorio di competenza in fase pandemica — Assicura il collegamento con il Comitato regionale per le pandemie |
| Coordinatore sanitario dei distretti | <ul style="list-style-type: none"> — Coordina la stesura dei PAP, ne promuove l'uniformità e la coerenza e lo sottoscrive prima dell'invio al DASOE |
| Dipartimento regionale della protezione civile | <ul style="list-style-type: none"> — Coordina e gestisce le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza ove dichiarata — Integra le linee di intervento e le relative attività per quanto di competenza |

2) Piano aziendale di risposta alla pandemia influenzale

2.1 Predisposizione Piano aziendale pandemico

Con provvedimento regionale su proposta del competente DASOE della Regione siciliana, saranno approvate le linee guida predisposte dal CPR per la stesura dei piani aziendali di risposta alla pandemia influenzale (PAP). Le aziende sanitarie elaboreranno un proprio piano aziendale di risposta alla pandemia influenzale sulla base delle linee guida sopra richiamate ed in conformità agli indirizzi forniti con il presente PRP.

I PAP approvati con deliberazione aziendale saranno trasmessi entro 15 giorni dalla data di adozione del provvedimento di approvazione delle linee guida sopra richiamate, al dirigente responsabile del servizio igiene pubblica della direzione generale del DASOE della Regione siciliana.

La stessa, tramite il servizio competente, verifica l'adozione del PAP da parte di ciascuna azienda sanitaria, verifica la completezza sulla base dello schema dato e rimette al comitato per le valutazioni di competenza. Il DASOE garantisce la trasmissione definitiva dei PAP alla protezione civile.

3) Attività di sorveglianza

3.1 Introduzione

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

3.1.1 Sorveglianza epidemiologica

Le attività di monitoraggio epidemiologico e virologico sono svolte dall'Assessorato regionale della sanità. 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".

Il competente dipartimento pianificazione strategica dell'Assessorato regionale della sanità, in sede di accordi integrativi con le organizzazioni di categoria definisce modalità e criteri di adesione al sistema.

La rete epidemiologica dei medici sentinella, dovrà essere costituita in Sicilia da almeno 40 medici di medicina generale e 12 PLS, uniformemente distribuiti sul territorio regionale, che permetteranno di monitorare un campione non inferiore a n. 60.000 soggetti rappresentativi di tutte le classi di età che corrisponde all'1,07% della popolazione regionale totale.

Il periodo di osservazione sarà uniformato alle indicazioni dell'ISS e del Ministero della salute.

La rete dovrà essere adeguata alle necessità emergenti.

Al fine di identificare e confermare rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, una volta definiti a livello nazionale i protocolli di sorveglianza epidemiologica, sarà compito del CRP 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 (IL) e infezioni respiratorie acute (IRA) in strutture di ricovero e cura.

Per il rilevamento degli indici previsti al punto 7.1 del PPN (n. degli accessi al pronto soccorso e numero ricoveri in un campione di comuni, mortalità totale in un campione di comuni, tassi di assenteismo lavorativo e scolastico), il CRP si avvale della consulenza statistico-epidemiologica del servizio 7 - Osservatorio epidemiologico e dell'area interdipartimentale 4 - sistemi informativi e flussi.

Inoltre, nella fase pandemica (fase 6) l'obiettivo della sorveglianza sarà di valutare l'impatto della pandemia e descriverne le caratteristiche per orientare le misure di controllo e valutarne l'efficacia.

Tuttavia in base alle dinamiche della diffusione pandemica il CRP potrà, tramite i servizi di epidemiologia dei dipartimenti di prevenzione delle ASP attivare approfondimenti di indagine ad hoc.

E' quindi importante che sia la sorveglianza epidemiologica che quella virologica vengano mantenute. In particolare, la sorveglianza virologica sarà effettuata su un numero limitato di campioni, in quanto necessaria per monitorare le caratteristiche del virus. Eventuali ulteriori sistemi di sorveglianza potranno essere attivati su specifica indicazione dei competenti organi nazionali.

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

- numero settimanale di ricoveri ospedalieri per quadri clinici;
- numero settimanale di ricoveri ospedalieri per sindrome influenzale esitati in decesso;
- numero settimanale di decessi totali su un campione di comuni;
- monitoraggio sentinella dell'assenteismo lavorativo (poste, carabinieri, banche con indicatori temporali per province) e scolastico (USR con campioni di scuole, per provincia, ordine e contesto).

3.3.2 Sorveglianza virologica e potenziamento rete laboratori

In atto l'unico laboratorio di riferimento della Regione siciliana per la sorveglianza virologica dell'influenza è sito presso il Centro di riferimento regionale per le indagini sierologiche e virologiche per l'AIDS del dipartimento di scienze per la promozione della salute - sezione di igiene dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico "P. Giaccone" dell'Università degli studi di Palermo.

Tale struttura identifica e tipizza i virus dei campioni respiratori (tamponi nasali o faringei) trasmessi prontamente al laboratorio dai medici sentinella durante la stagione influenzale annuale. Le metodiche utilizzate sono l'isolamento virale in colture cellulari e/o la ricerca del genoma virale tramite specifica RT-PCR e successivo sequenziamento virale. I risultati ottenuti e i virus isolati vengono poi inviati all'Istituto superiore di sanità (Centro nazionale per l'influenza) per la definitiva conferma e da qui poi vengono spediti al Centro mondiale dell'influenza di Londra, per il confronto con i virus isolati in tutta l'Europa e nel resto del mondo.

La sorveglianza virologica in fase pandemica verrà effettuata da un nucleo di medici sentinella non superiore a 12 tra MMG e PLS 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 il potenziamento della rete di sorveglianza virologica nel periodo di allerta pandemico e/o pandemico, questa direzione generale richiederà al Ministero della salute l'autorizzazione ad individuare ulteriori strutture laboratoristiche nel territorio regionale che potranno affiancare, previa conferma del possesso dei requisiti ed accreditamento delle procedure da parte dell'ISS, e verifica della copertura finanziaria e di rete territoriale con priorità alla copertura del bacino di Catania, l'attuale laboratorio di riferimento regionale.

Al fine di dare concreta attuazione alle misure di piano, in fase pandemia, il dipartimento pianificazione strategica (DPS) della Regione siciliana accompagna le misure con le iniziative e le autorizzazioni necessarie relative alla corretta funzionalità delle strutture impegnate (personale - farmaci - reattivi - dispositivi di protezione individuale - etc...).

4) Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi

4.1 Censimento regionale e aziendale della rete di diagnosi e cura

Il DASOE della Regione siciliana, al fine di poter utilizzare al meglio ed in tempi rapidi la rete di assistenza territoriale provvede ad aggiornare periodicamente, con cadenza almeno annuale, tramite le aziende sanitarie, il censimento delle strutture disponibili ed in particolare il numero dei posti letto nei reparti di malattie infettive. Entro 90 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento il competente servizio del DASOE della Regione siciliana provvederà ad aggiornare il censimento esistente.

Le aziende sanitarie provinciali e le aziende ospedaliere provvederanno inoltre a:

- valutare le possibilità di posti letto dedicati nelle proprie strutture di ricovero, suddivise per tipologia; per le cure mediche potenziali luoghi alternativi ai presidi ospedalieri dovranno essere censiti e verificati tramite il dipartimento regionale della protezione civile;
- valutare la possibilità di attivare, limitatamente alla fase pandemica, posti letto aggiuntivi, anche mediante l'allestimento di postazioni mediche mobili (ospedali da campo, pma etc...);
- predisporre un piano per garantire il massimo livello assistenziale in fase pandemica;
- definire le modalità per garantire l'incremento dell'assistenza domiciliare medica ed infermieristica comprese le RSA e le strutture di accoglienza.

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

Occorre stabilire 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 n. 104/92, servizio assistenza domiciliare, degenza 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.

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

La pianificazione dell'assistenza per interventi programmati ma indifferibili dovrà tener conto di criteri organizzativi che garantiscano fluidità e facilitazione degli interventi in emergenza ed urgenza (distinzione dei percorsi senza interferenza, valutazione dell'impatto della scelta delle tecniche chirurgiche sui tempi di impegno del blocco operatorio, sui tempi di degenza preoperatoria e postoperatoria, necessità di assistenza intensiva, ecc...).

Le attività di ricovero in regime di elezione dovranno essere sospese, a partire dagli interventi associati a maggiore durata della degenza, maggior durata del periodo di inabilità successiva al ricovero, maggior necessità di spostamento dal domicilio alla sede di ricovero.

Il numero dei casi di influenza, delle presentazioni ai servizi di pronto soccorso e dei ricoveri è correlato a:

- 1) incidenza dell'infezione;
- 2) numerosità della popolazione del bacino di utenza;
- 3) struttura demografica per classi di età;
- 4) virulenza della malattia;
- 5) efficacia delle misure profilattiche pre-esposizione;
- 6) avanzamento temporale della fase pandemica;
- 7) efficienza dell'organizzazione sanitaria extraospedaliera;
- 8) tenuta della rete socio-sanitaria informale a sostegno delle categorie svantaggiate.

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

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

Gestione dei casi pediatrici

Come è prevedibile una diffusione pandemica nella nostra Regione coinvolgerà tutte le fasce di età, in particolare quella pediatrica, specie in ragione della assoluta assenza per tali soggetti di memoria immunitaria verso il virus e per la loro particolare aggregazione sociale. Nella fase pre-pandemica l'individuazione di centri di riferimento nelle diverse aree della Regione Sicilia ha il determinante compito di contribuire alla stesura di atti di indirizzo orientati anche alle problematiche pediatriche. In fase di controllo dell'epidemia detti centri di riferimento contribuiscono ad assicurare il migliore trattamento dei casi e profilassi dei contatti, sia per accesso diretto, sia per consulenza ad altri centri.

In fase di sviluppo di una fase pandemica nella nostra Regione non è invece ipotizzabile che pochi centri di riferimento possano supportare un gran numero di pazienti.

In tale condizione i pediatri di libera scelta che provvedono alla prima valutazione clinica ed al trattamento domiciliare e tutte le strutture deputate al ricovero ospedaliero ove necessario devono essere pienamente coinvolti.

Tale previsione deve essere sviluppata all'interno dei piani pandemici delle aziende sanitarie provinciali e delle aziende ospedaliere al fine di dare la più completa assistenza in relazione alle condizioni cliniche, riservando le strutture di ricovero ai casi che prevedono tale tipologia assistenziale.

A livello aziendale occorre prevedere, all'interno di ciascun presidio:

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

L'occupazione di posti letto per patologia influenzale è determinata, in ciascun ospedale, da:

- 1) tasso di ricovero dal pronto soccorso;
- 2) efficienza dei servizi diagnostici;
- 3) disponibilità del personale di assistenza;
- 4) durata della degenza;
- 5) disponibilità dei posti letto attivabili;
- 6) tasso di occupazione dei posti letto.

Ogni azienda sanitaria deve elaborare una clinical path per l'influenza in fase pandemica, stabilendo criteri 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, anche in collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali, un percorso integrato di gestione domiciliare tramite i MMG o PLS.

Inoltre, a livello aziendale è necessario:

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

5) Organizzazione misure di prevenzione e controllo dell'infezione

Entro 20 giorni dalla data di adozione delle presenti disposizioni, ogni azienda sanitaria dovrà pianificare le misure di prevenzione da attuare in caso di pandemia. In particolare dovranno essere attuate le misure di seguito indicate.

5.1 Definizione del fabbisogno aziendale di dispositivi di protezione individuale (DPI)

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

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

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

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

La direzione sanitaria deve disporre dei protocolli di utilizzo dei DPI; tutto il personale deve partecipare ai corsi di aggiornamento e addestramento affinché i DPI siano utilizzati correttamente.

5.2 Misure di sanità pubblica

5.2.1 Isolamento domiciliare dei casi

Entro 20 giorni dalla adozione delle presenti disposizioni, il CRP provvederà alla definizione delle modalità per l'isolamento domiciliare dei casi.

5.2.2. Notifica

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

Per facilitare la segnalazione dei casi al competente dipartimento di prevenzione delle aziende 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.

5.2.3 Chiusura scuole e/o sospensione manifestazioni

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

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

5.3 Vaccinazione pandemia

5.3.1. Stimare il numero di dosi di vaccino

Le aziende sanitarie provvederanno alla stima del fabbisogno delle dosi necessarie per vaccinare le categorie a rischio prioritario; tale stima verrà realizzata sulla base delle informazioni riportate nella tabella C, che indica in dettaglio le categorie a rischio prioritario e le fonti per acquisire i dati necessari a stilare un elenco esaustivo delle persone appartenenti a ciascuna di esse.

Il livello di priorità all'interno delle categorie a rischio verrà stabilito alla dichiarazione di fase pandemica, in relazione all'evoluzione del fenomeno.

Tabella C - *Categorie in ordine di priorità cui offrire la vaccinazione pandemica. Fonti per elenchi nominativi vaccinandosi*

| Categorie a rischio prioritario | Specifiche tipologie | Fonte dei dati | N. |
|---|--|---|----|
| 1. Personale sanitario e di assistenza | 1) Ospedale 2) Ambulatori MMG e PLS 3) Strutture sanitarie lunga degenza 4) Distretti sanitari e servizi di sanità pubblica a contatto con il pubblico 5) Servizi di ambulanze 6) Laboratori clinici 7) Farmacie | 1) Unità operativa sistema informativo 2) Unità operativa sistema informativo 3) Unità operativa sistema informativo 4) Unità operativa sistema informativo 5) Unità operativa sistema informativo 6) Unità operativa sistema informativo 7) Unità operativa igiene e sanità pubblica | N |
| 2. Personale dei servizi essenziali di sicurezza ed emergenza | Forze di polizia a contatto con il pubblico Vigili del fuoco Decisori chiave in caso di urgenza ed emergenza | Comando prov. polizia di Stato Comando prov. vigili del fuoco Rispettivi enti di appartenenza | N |
| 3. Personale dei servizi di pubblica utilità | Polizia municipale e altre forze di polizia non inserite nel gruppo 2 di priorità Addetti ai trasporti pubblici essenziali e ai trasporti di prodotti di prima necessità Lavoratori servizi di pubblica utilità (scuole, poste, ecc.) secondo le indicazioni nazionali | Rispettivi enti di appartenenza Ferrovie dello Stato, direzioni linee di trasporto pubblico urbano ed extraurbano Centro servizi amministrativi Ufficio scolastico regionale Direzione regionale poste italiane | N |
| 4. Persone ad alto rischio complicanze severe o fatali | Categorie ad alto rischio per comorbidità | UO SI | N |
| <i>Totale . . .</i> | | | N |

5.3.2 Modalità di registrazione delle vaccinazioni eseguite

Dovranno essere garantite le registrazioni delle vaccinazioni eseguite secondo le modalità già in uso nei settori competenti e, se del caso, assicurare il richiamo delle seconde dosi.

5.3.3 Stoccaggio e distribuzione di vaccino e farmaci antivirali

Il sistema regionale di stoccaggio di vaccino e farmaci antivirali avverrà rispettivamente tramite i servizi di vaccinazione ed i servizi di farmacia delle ASP/strutture farmaceutiche territoriali e delle AO.

In caso di emergenza i responsabili dei predetti servizi si racconteranno con i responsabili individuati dalle ASP e, di concerto con il servizio farmaceutica del dipartimento pianificazione strategica ed il servizio igiene pubblica della direzione generale del DASOE della Regione siciliana, si attiveranno per la gestione e la distribuzione delle scorte.

Il trasporto, organizzato di concerto dai servizi farmaceutica e igiene pubblica della direzione generale pianificazione strategica e direzione generale del dipartimento per i servizi sanitari della Regione siciliana, si avvale di mezzi stradali e/o aerei (se necessario refrigerati) in base ad un piano di distribuzione predisposto dal competente Servizio del DASOE secondo i criteri di priorità definiti dal Piano pandemico nazionale.

Per il trasporto del vaccino e dei farmaci antivirali dovranno essere garantite condizioni di sicurezza adeguate, di concerto con

i responsabili della pubblica sicurezza a ciò eventualmente delegati. Il sito regionale di stoccaggio garantisce la reperibilità h24.

5.3.4 Farmacovigilanza

La rete di farmacovigilanza di cui alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 19 giugno 2009, parte prima n. 28, potrà monitorare in tempo reale eventuali segnalazioni di reazioni avverse che saranno inserite in rete e condivise con i referenti del servizio igiene pubblica della DG del dipartimento per le attività sanitarie della Regione siciliana.

6) **Formazione degli operatori sanitari**6.1 *Il percorso formativo*

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

Visto il coinvolgimento di figure e profili professionali diversi, al fine di assicurare una adeguata e capillare formazione, dovrà essere definito un percorso formativo con modalità di tipo "a cascata".

Entro 60 giorni dalla adozione del presente provvedimento, la DG del DASOE della Regione siciliana, provvederà, tramite il CRP a fornire alle aziende sanitarie, gli indirizzi per la predisposizione del piano di formazione aziendale per la pandemia secondo le indicazioni riportate nelle tabelle seguenti.

Tabella D - *Percorso formativo*

| Obiettivi | Diffusione delle linee di indirizzo del piano pandemico nazionale e regionale e delle procedure necessarie alla loro applicazione a livello di tutti i presidi ospedalieri e territoriali |
|--------------------|--|
| Soggetti coinvolti | 1) Medici e pediatri di famiglia 2) Operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali secondo priorità definite 3) Operatori case di cura private, RSA o altre strutture collettive in collaborazione con i medici competenti 4) Servizi sanitari di emergenza 5) Farmacie A seconda dell'organizzazione delle singole aziende unità sanitarie locali e in base ai profili di rischio attraverso la metodica della formazione a cascata |

| Obiettivi | Diffusione delle linee di indirizzo del piano pandemico nazionale e regionale e delle procedure necessarie alla loro applicazione a livello di tutti i presidi ospedalieri e territoriali |
|-----------|--|
| Argomenti | <p>Epidemiologia 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-chemioprophilassi post-esposizione</p> <p>Particolare attenzione dovrà essere data ai principi di protezione, dispositivi di protezione individuale anche attraverso momenti di addestramento individuale</p> <p>Diffondere protocolli già predisposti:</p> <ul style="list-style-type: none"> — percorso diagnostico e indicazioni alla ospedalizzazione — impiego di antivirali a scopo preventivo — indicazioni in merito ad eventuali limitazioni di viaggi verso aree non infette — definizione della rete fra i vari servizi e modalità di attivazione |
| Formatori | Da definire presso ogni singola azienda con gruppo di lavoro composto da operatori della direzione sanitaria, settore igiene e sanità pubblica, UO malattie infettive, medicina preventiva dei lavoratori integrato da eventuali altre figure professionali a seconda delle realtà territoriali |

Tabella E - Target dei corsi e strutture di appartenenza

| Categorie da formare | Strutture organizzative di provenienza | Priorità | Obiettivo, contenuti formativi |
|---|--|------------------------------------|---|
| 1. Personale sanitario ospedaliero e di assistenza | <p>Presidi ospedalieri</p> <p>Laboratori clinici Servizi di ambulanze Farmacie ospedaliere/strutture farmaceutiche territoriali Strutture sanitarie private di ricovero e cura</p> | DEU 118 PS UO MI Altri | <p>Procedure</p> <p>Procedure Procedure Procedure Procedure</p> |
| 2. Personale sanitario di istituzioni sanitarie o simili | <p>Strutture sanitarie lunga degenza Ospedale di comunità RSA, RSP</p> | | <p>Procedure Procedure Procedure</p> |
| 3. Personale sanitario del territorio medici e pediatri di famiglia | <p>Zona, distretto, società della salute, ISP Strutture sanitarie private ambulatoriali Studi professionali privati Laboratori privati Farmacie del territorio</p> | | <p>Procedure Procedure Procedure</p> |

7) Le strategie di comunicazione

7.1 Premessa

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

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

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

7.1.2 Obiettivi

In situazione di emergenza sanitaria è importante:

- evitare il vuoto dell'informazione interna ed esterna;
- garantire una presenza forte delle istituzioni regionali e locali;

- garantire chiarezza, omogeneità, condivisione di messaggi scientificamente esatti in ogni fase di gestione dell'evento sanitario a livello nazionale, regionale e locale;
- garantire la trasparenza nell'informazione ai cittadini.

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

7.2 Piani di comunicazione interna ed esterna alla Regione

Al CRP è demandata la competenza per l'individuazione dei contenuti informativi e del target di riferimento. L'elaborazione di un piano di comunicazione è affidata agli organi regionali e aziendali competenti in raccordo tra loro.

Il piano potrà prevedere:

1) la partnership con le altre autorità Istituzionali presenti sul territorio regionale per un accordo sull'unicità di colui che comunica;

2) gli organi di informazione con cui concordare un protocollo di intesa che garantisca un aggiornamento ordinario e straordinario sulla situazione;

3) i gestori delle reti telefoniche con cui stipulare accordi per l'inoltro di messaggi (sms) contenenti informazioni urgenti ed essenziali;

4) i responsabili della comunicazione interna e il portavoce a livello regionale per la comunicazione esterna;

5) i destinatari interni ed esterni alla Regione;

6) gli strumenti da utilizzare per la comunicazione interna ed esterna (verbali delle riunioni, documenti operativi, video conferenze, sito web, il numero verde, casella di posta elettronica, le testate giornalistiche e mass media);

7) le risorse umane da impiegare a livello operativo per la gestione dei flussi informativi interni ed esterni;

8) i tempi previsti per l'attuazione delle azioni contenute nel piano di comunicazione interna ed esterna;

9) il contenuto delle comunicazioni esterne attraverso la predisposizione di un modello di comunicato stampa, o griglia di

argomenti, da utilizzare a seconda delle fasi pandemiche in modo che:

- a) fornisca dati e informazioni chiare ed esatte sull'evento sanitario (identificazione, stima, valutazione e gestione);
- b) rassicuri rispetto ai provvedimenti sanitari intrapresi e da intraprendere;
- c) eviti false aspettative, anticipazioni di notizie, individualismi;
- d) valorizzi il carattere integrato e coordinato degli interventi da parte delle istituzioni.

7.2.1 Comunicazione interna

Responsabile della comunicazione interna

Il portavoce del CRP per assicurare il flusso comunicativo interno è individuato nella persona del dirigente del servizio igiene pubblica del dipartimento per le attività sanitarie della Regione siciliana o suo delegato.

Destinatari della comunicazione interna

- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.
- Assessorato della sanità.
- Presidenza della Regione.
- Direttori sanitari delle aziende ospedaliere.
- Direttori sanitari delle aziende sanitarie provinciali.
- Direttori dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali.
- Responsabili delle unità di crisi.
- Amministrazioni provinciali.
- Prefetti.
- Sindaci e comuni.
- Responsabili delle forze dell'ordine.
- Responsabili delle strutture operative della protezione civile.

7.2.2 Comunicazione esterna

Responsabili della comunicazione esterna e strumenti

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

— il Comitato regionale per le pandemie fornisce il supporto tecnico scientifico alla comunicazione regionale esterna per tutte le fasi dell'evento sanitario (3-6): esso fornisce in modo costante ed aggiornato dati e informazioni su tutte le caratteristiche dell'evento sanitario, e tramite il portavoce predispone i modelli di comunicato stampa da adottare dai responsabili della comunicazione esterna sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione;

— la comunicazione regionale esterna durante le fasi dell'evento sanitario (3-6) attraverso il costante aggiornamento del sito web regionale sulla pandemia, l'attivazione e la gestione di un numero verde e di una casella di posta elettronica è svolta dal Comitato regionale per le pandemie sulla base di tempi, modalità e risorse umane previste dal piano di comunicazione;

— la comunicazione regionale esterna nella fase 3 dell'evento sanitario è svolta dal portavoce individuato nell'ambito dell'Assessorato della sanità della Regione siciliana attraverso comunicati stampa pubblicati su radio, televisione, giornali, sito web regionale, sito regionale sulla pandemia;

— la comunicazione regionale esterna nelle fasi 4-6 dell'evento sanitario è svolta dal portavoce individuato nell'ambito della Presidenza della Regione siciliana attraverso comunicati stampa pubblicati su radio, televisione, giornali, sito web ufficiale della Regione, sito web regionale sulla pandemia.

Destinatario della comunicazione esterna

Il cittadino.

8) Monitoraggio

Il monitoraggio prevede il rispetto delle fasi del cronoprogramma e la definizione di due tipologie di indicatori: una serie atta alla verifica della realizzazione delle fasi e una serie di indicatori per l'impatto.

| Fasi | M1 | M2 | M3 | M4 | M5-6 | Trim. 3 | Trim. 4 | Anno 2 | Indicatori realizzazione | Indice | Indicatori risultato | Indice |
|--|----|----|----|----|------|---------|---------|--------|--|-----------------------------------|--|----------------------------|
| Struttura operativa regionale e territoriale | | | | | | | | | Decreto | Adozione provvedimento | Tavoli di lavoro congiunti | In base alle fasi pandemia |
| Piano aziendale pandemico | | | | | | | | | Delibera aziendale | Invio al DASOE | Validazione DASOE | Invio a protezione civile |
| Sorveglianza epidemiologica | | | | | | | | | Accordi integrativi con organizzazioni di categoria | Sottoscrizione accordo | Attivazione rete influ-net | 40 MMG 12 PLS |
| Sorveglianza virologica e potenziamento rete laboratori con istituzione di altro laboratorio accreditato ISS a Catania | | | | | | | | | Richiesta autorizzazione al Ministero della salute | Conferma requisiti accreditamenti | Decreto per la copertura finanziaria | Attivazione laboratorio |
| Censimento regionale e aziendale della rete di diagnosi e cura | | | | | | | | | Individuazione con indicazione delle intensità di cure | Elenco | Decreto istitutivo della rete | Adozione provvedimento |
| Censimento potenziali luoghi alternativi per le cure mediche (esempio scuole, ambulatori) - Protezione civile | | | | | | | | | Individuazione | Elenco | Protocolli di intesa con Istituzioni interessate | Adozione provvedimento |

| Fasi | M1 | M2 | M3 | M4 | M5-6 | Trim. 3 | Trim. 4 | Anno 2 | Indicatori realizzazione | Indice | Indicatori risultato | Indice |
|---|----|----|----|----|------|---------|---------|--------|--------------------------|--------|----------------------|--------|
| Censire la quota di popolazione che fruisce di forme assistenziali domiciliari | | | | | | | | | | | | |
| Definizione del fabbisogno aziendale di dispositivi di protezione individuale (DPI) | | | | | | | | | | | | |
| Stoccaggio e distribuzione di vaccino e farmaci antivirali | | | | | | | | | | | | |
| Modalità di registrazione delle vaccinazioni eseguite | | | | | | | | | | | | |
| Attivazione farmacovigilanza | | | | | | | | | | | | |
| Piani di comunicazione interna ed esterna alla Regione | | | | | | | | | | | | |

FASI PANDEMICHE E LIVELLI DI RISCHIO

L'Italia adotta le nuove fasi emanate dall'OMS nell'aprile 2005, e condivide gli obiettivi di sanità pubblica raccomandati dall'OMS per ogni fase.

Le fasi ed i livelli di rischio sono quindi così categorizzate.

Periodo interpandemico

Fase 1

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

Fase 2

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

- livello 0: assenza di rischio all'interno della Nazione;
- livello 1: presenza di rischio nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi a rischio.

Periodo di allerta pandemico

Fase 3

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

- livello 0: assenza di infezioni nella Nazione;
- livello 1: presenza di infezioni nella Nazione, o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi affetti.

Fase 4

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

- livello 0: assenza di piccoli cluster nella Nazione;

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

Fase 5

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

- livello 0: assenza di grandi cluster nella Nazione;
- livello 1: presenza di grandi cluster nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati grandi cluster di malattia.

Periodo pandemico

Fase 6

Aumentata e prolungata trasmissione nella popolazione in generale:

- livello 0: assenza di casi nella popolazione nazionale;
- livello 1: presenza di casi nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove la pandemia è in atto;
- livello 2: fase di decremento;
- livello 3: nuova ondata.

Periodo postpandemico

Ritorno al periodo interpandemico

Nella tabella 1 sono riportate le fasi, i livelli e gli obiettivi da perseguire per ogni fase.

Per ogni fase sono illustrati i rispettivi obiettivi di sanità pubblica.

Tabella 1 - Nuove fasi pandemiche, OMS 2005

| Fasi pandemiche | Livelli | Obiettivi di sanità pubblica |
|---|--|--|
| <i>Periodo interpandemico</i> | | |
| Fase 1 – Nessun nuovo sottotipo virale isolato nell'uomo. Un sottotipo di virus influenzale che ha causato infezioni nell'uomo può essere presente negli animali. Se presente negli animali, il rischio (a) di infezione o malattia nell'uomo è considerato basso | | Rafforzare la preparazione alla pandemia a livello globale, nazionale e locale |
| Fase 2 – Nessun nuovo sottotipo virale è stato isolato nell'uomo. Comunque, la circolazione negli animali di sottotipi virali influenzali pone un rischio (a) sostanziale di malattia per l'uomo | Livello 0 – Assenza di rischio nel Paese Livello 1 – Rischio nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con paesi a rischio | Minimizzare il rischio di trasmissione all'uomo, individuare e segnalare rapidamente tale trasmissione se si manifesta |
| <i>Periodo di allerta pandemico</i> | | |
| Fase 3 – L'infezione nell'uomo con un nuovo sottotipo, ma senza trasmissione da uomo a uomo, o tutt'al più rare prove di trasmissione ai contatti stretti | Livello 0 – Assenza di infezioni nel Paese Livello 1 – Presenza di infezioni nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con paesi affetti | Assicurare la rapida caratterizzazione e la rapida individuazione del nuovo sottotipo virale, la segnalazione e la risposta a casi aggiuntivi |
| Fase 4 – Piccoli cluster con limitata trasmissione interumana e con diffusione localizzata, che indicano che il virus non è ben adattato all'uomo (b) | Livello 0 – Assenza di piccoli cluster nel Paese Livello 1 – Presenza di piccoli cluster nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con paesi dove sono stati rilevati cluster di malattia | Contenere la diffusione del nuovo virus all'interno di focolai circoscritti o ritardare la diffusione per guadagnare tempo al fine di mettere in atto le misure di preparazione, incluso lo sviluppo del vaccino |
| Fase 5 – Grandi cluster ma con limitata diffusione interumana, indicano che il virus migliora il suo adattamento all'uomo, ma che non è ancora pienamente trasmissibile (concreto rischio pandemico) (b) | Livello 0 – Assenza di grandi cluster nel Paese Livello 1 – Presenza di grandi cluster nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con paesi dove sono stati rilevati grandi cluster di malattia | Massimizzare gli sforzi per contenere o ritardare la diffusione del virus, per evitare per quanto possibile la pandemia e per guadagnare tempo al fine di mettere in atto le misure di risposta |
| <i>Periodo pandemico</i> | | |
| Fase 6 – Aumentata e prolungata trasmissione nella popolazione generale (b) | Livello 0 – Assenza di casi nella popolazione del Paese Livello 1 – Presenza di casi nel Paese o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con paesi dove la pandemia è in atto Livello 2 – Fase di decremento Livello 3 – Nuova ondata | Minimizzare l'impatto della pandemia |
| <i>Periodo post pandemico</i> | | |
| Ritorno al periodo interpandemico | Ritorno al periodo interpandemico | Favorire la ripresa del Paese |

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

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