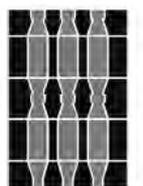


REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 9 marzo 2022

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 febbraio 2022, n. 153.

Approvazione Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 e relativi documenti attuativi della Regione Umbria.
(Come integrata dalla deliberazione della Giunta regionale 2 marzo 2022, n. 176).

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 febbraio 2022, n. 153.

Approvazione Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 e relativi documenti attuativi della Regione Umbria. (Come integrata dalla deliberazione della Giunta regionale 2 marzo 2022, n. 176).

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **“Approvazione Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 e relativi documenti attuativi della Regione Umbria.”** e la conseguente proposta dell'assessore Luca Coletto;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1) di fare proprio e di approvare il documento allegato quale parte integrante del presente atto: **“Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021/2023 - Regione Umbria”** - di seguito nominato **“PANFLU”** - corredato dei relativi documenti attuativi;

2) di trasmettere la presente deliberazione e l'allegato **“Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU) 2021/2023 - Regione Umbria”** corredato dei relativi documenti attuativi al Ministero della Salute;

3) di dare mandato ai competenti Servizi della Direzione regionale Salute e welfare di coordinare e valutare le attività delle Aziende Sanitarie per la gestione delle attività previste dal **“Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU) 2021/2023 - Regione Umbria”**;

4) di trasmettere la presente deliberazione e l'allegato **“PANFLU” 2021/2023 - Regione Umbria** corredato dei relativi documenti attuativi alle Aziende Sanitarie dell'Umbria;

5) di dare quindi mandato ai Direttori generali delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere dell'Umbria di procedere alla definizione delle prime procedure organizzative e gestionali previste per le diverse fasi attuative del **“PANFLU” 2021/2023 - Regione Umbria**, entro 30 giorni dal ricevimento della presente deliberazione.

6) di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

La Presidente
TESEI

(su proposta dell'assessore Coletto)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 e relativi documenti attuativi della Regione Umbria.

Visto l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 25 gennaio 2021, sul documento "*Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) Rep. atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021*" pubblicato nel Supplemento Ordinario alla G.U. n. 23 del 29 gennaio 2021- Serie Generale, secondo cui nei 90 giorni successivi all'approvazione del Piano Pandemico Nazionale, ciascuna Regione/PA avrebbe dovuto approvare un Piano strategico-operativo regionale attuativo in linea con il Piano Nazionale impegnandosi a darne attuazione nei 120 giorni successivi ;

Tenuto conto che il suddetto "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, prevede le azioni per rispondere ad un evento pandemico influenzale, specificandone gli attori e le scadenze, anche mettendo a frutto l'esperienza maturata nella gestione della pandemia di Covid-19 e che entro il primo anno dall'approvazione sono state previste le azioni proprie della fase inter-pandemica (corrispondente al periodo tra le pandemie influenzali), volte allo sviluppo di attività di *preparedness*, al fine di rafforzare le capacità di identificazione, prevenzione e risposta ai virus influenzali emergenti a potenziale pandemico;

Richiamata la nota trasmessa dal Ministero della Salute, a firma congiunta dei Direttori generali della Programmazione e della Prevenzione sanitaria dell'8 aprile 2021, con la quale si dava atto che nei 6 mesi successivi all'approvazione Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 ciascuna Regione e Provincia Autonoma dovesse approvare un piano strategico-operativo regionale attuativo in linea con il Piano Nazionale;

Tenuto conto che tra le azioni essenziali di governance che le Regioni sono chiamate ad attuare nel periodo 2021-2023, sono comprese oltre che la definizione e l'adozione di un Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale l'individuazione delle risorse economiche, aggiuntive rispetto al Fondo Sanitario Nazionale (FSN), da destinare ogni anno per la durata del medesimo;

Visto che la definizione dei Piani Pandemici Regionali, che era stata prevista originariamente entro sei mesi dalla pubblicazione del piano nazionale, è stata poi prorogata di novanta giorni al 29 ottobre 2021, in seguito a specifica richiesta della Commissione Salute del 17 giugno 2021, assentita il 25 giugno 2021 con nota congiunta delle Direzioni generali della Prevenzione e della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute;

Visto che, al fine di consentire la rapida rilevazione e l'analisi delle informazioni in base alle quali avviare le indagini epidemiologiche e le azioni di controllo sul territorio, con decreto del Direttore generale della prevenzione dell'1 giugno 2021, è stata costituita la *Rete DISPATCH*, nucleo di esperti con funzioni di epidemic intelligence, scenari pandemici e valutazione del rischio per l'impatto di virus influenzali emergenti a potenziale pandemico con caratteristiche di trasmissibilità e gravità più elevate rispetto a quanto documentato in precedenza tramite studi ad hoc sulla popolazione e sui servizi sanitari italiani, composta da esperti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e da un esperto designato dall'INMI L. Spallanzani;

Tenuto conto che il Ministero della Salute ha altresì istituito gli organi previsti nella fase inter-pandemica del Piano e definito gli strumenti per la gestione (quali Rete Dispatch, Rete di Epidemic Intelligence Nazionale, Nucleo permanente di comunicazione del rischio sanitario, Gruppo di esperti per la definizione del funzionamento della rete nazionale dei laboratori pubblici umani e veterinari, Istituzione della rete stessa, piano di monitoraggio ecc..) e, allo scopo di supportare le Regioni nella stesura degli elaborati sono stati attivati i tavoli tecnici dedicati alla definizione condivisa di strumenti e standard di riferimento;

Visto inoltre il decreto dei Direttori generali della prevenzione sanitaria, della sanità animale e dei farmaci veterinari del Ministero della Salute del 6 giugno 2021, con il quale è stata istituita una *Rete nazionale dei laboratori pubblici umani e veterinari per l'individuazione precoce della circolazione di ceppi di virus influenzali a potenziale zoonotico*, al fine di attivare un sistema di allerta rapida per le epidemie influenzali anche a carattere pandemico;

Richiamata la circolare prot. 0018278 del 30 luglio 2021 dei Direttori delle Direzioni generali della Sanità animale e dei farmaci veterinari, della Prevenzione sanitaria e dell'igiene e della sicurezza alimentare e per la nutrizione del Ministero della Salute, con la quale è stata definita la *procedura di allerta rapida delle informazioni della rete dei laboratori di diagnostica microbiologica e medicina veterinaria*;

Visto altresì il decreto dirigenziale del Ministero della Salute del 7 giugno 2021 con il quale è stato istituito il Nucleo permanente di comunicazione del rischio sanitario, successivamente integrato con D.D. 22 giugno 2021 con i rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome, con l'obiettivo di intensificare il coordinamento delle informazioni tra i vari attori e fungere da raccordo tra le diverse istituzioni e tra le istituzioni e i media;

Tenuto conto inoltre che, con il coordinamento del Dipartimento della Protezione Civile Nazionale, è stato predisposto il Piano di Contingenza Operativo che descrive il modello di coordinamento a livello centrale e regionale per la gestione di un'emergenza pandemica e la strategia operativa territoriale (livelli di attivazione, obiettivi e azioni);

Dato atto che, in esito alla seduta della Commissione Salute del 14 settembre 2021, convocata per presentare lo stato dell'arte dei Piani pandemici regionali, come previsto dall'accordo sopracitato del 25 gennaio 2021 è stato dato mandato al Coordinamento dell'Area prevenzione e sanità pubblica di avviare un'interlocuzione con le regioni e con il Ministero sulla possibilità di:

- utilizzare un format sintetico standardizzato per facilitare le regioni nella stesura del Piano e consentire una più agevole disamina da parte del Ministero dei documenti programmatici;
- rispettare la tempistica definita dal Piano Pandemico Nazionale.

Preso atto che, in esito all'attività svolta dal sopra citato Coordinamento, nella seduta della Commissione Salute del 24 settembre 2021, al fine di standardizzare alcune parti del piano e di facilitarne il percorso di stesura, pur considerando la scadenza prevista per la presentazione del Documento Programmatico (29 ottobre 2021) e per i Documenti Attuativi (successivi 120 giorni), è stata condivisa la proposta di:

- redigere i Piani regionali secondo uno schema suddiviso in tre parti e con format definito;
- quanto alla scadenza, adottare la metodologia utilizzata per i Piani di Prevenzione Regionali 2020-2025, ovvero trasmettere il Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 entro il 29 ottobre 2021 per la successiva fase di interlocuzione con il Ministero della Salute e stesura dei documenti attuativi nei successivi 120 giorni (fino al 28 febbraio 2022), con adozione del documento completo;

Preso atto della mail inviata ai Presidenti delle Regioni e delle P.A. dal Segretario Generale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 19 ottobre 2021, con la quale è stato trasmesso l'esito della riunione tecnico-politica del 24 settembre 2021, in merito allo stato di realizzazione degli adempimenti collegati al Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 ed in particolare alla condivisione del suddetto format standard di riferimento per la predisposizione dei Piani pandemici regionali;

Tenuto conto che il Direttore Salute e welfare della Regione Umbria, in conseguenza delle modifiche organizzative intervenute nella direzione regionale nel mese di marzo 2021 e della complessità rilevata (sia dalle strutture territoriali sia dal livello nazionale) nella stesura dei documenti operativi regionali, in qualità di coordinatore, ha ritenuto necessario aggiornare ed integrare con propri atti successivi n. 5116/2021 e n. 9262/2021, il Gruppo di lavoro "Piano Pandemico Regionale" costituito inizialmente con la determinazione direttoriale n. 325/2021.

Preso atto della deliberazione n. 998 del 20 ottobre 2021 con la quale la Giunta regionale dell'Umbria:

- ha recepito l'Accordo sancito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 25 gennaio 2021, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 - 2023) Rep. atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021" (S.O. G.U. n. 23 del 29 gennaio 2021- Serie Generale), allegato quale parte integrante e sostanziale al presente atto (Allegato 1);

- ha preso atto dei tempi previsti per la definizione del PANFLU regionale:

- entro il 29 ottobre 2021 le Regioni e le Province autonome trasmettono al Ministero della Salute il Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 (Piano pandemico regionale - PANFLU);

- in fase successiva il Ministero esamina la pianificazione regionale, anche proponendo eventuali integrazioni;

- entro il 28 febbraio 2022 le Regioni e le Province autonome provvedono alla stesura dei documenti attuativi ed adottano il Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 (Piano pandemico regionale), completo dei documenti attuativi;

- ha preso atto della necessità, di eseguire una revisione metodologica per la redazione del Piano Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 (Piano pandemico regionale), finalizzata alla stesura dei documenti attuativi e di attivare dei sottogruppi operativi di redazione per le macroaree di riferimento a cui partecipano, oltre ai componenti già individuati con atti formali, anche i Dirigenti ed i professionisti dei Servizi della Direzione Salute e welfare, delle Direzioni delle Aziende Sanitarie Regionali, dell'IZSUM Togo Rosati, i rappresentanti della medicina generale, della continuità assistenziale e della pediatria di libera scelta;

- ha dato mandato al Direttore regionale della Direzione Salute e welfare di procedere con:

- l'aggiornamento del gruppo di lavoro dedicato e la definizione dei sottogruppi di redazione per il completamento delle singole attività delle macroaree identificate;

- il completamento della stesura preliminare del Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 nel rispetto delle tempistiche indicate e di trasmetterlo al Ministero della Salute entro il termine fissato del 29 ottobre 2021 con le modalità stabilite;

- la stesura dei documenti attuativi, al fine dell'adozione del Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 (Piano pandemico regionale) completo, nei termini previsti;

Considerato che Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU) 2021-2023, è stato predisposto e regolarmente inviato entro il termine stabilito al Ministero della Salute, che i competenti Uffici del Ministero hanno effettuato una analisi preliminare delle azioni essenziali in esso descritte e che la definitiva stesura del PANFLU regionale 2021-2023 ha pertanto tenuto conto dei suggerimenti espressi dal livello nazionale;

Considerato altresì che il Coordinamento della Commissione Salute, con nota del 17 febbraio 2022 n. 150035 ha formulato al Ministero della Salute proposte operative per superare le criticità espresse da alcune Regioni relativamente al rispetto del termine di adozione dei documenti attuativi dei piani pandemici regionali;

Tenuto conto che, con nota dell'Ufficio di Gabinetto prot. 003065-P-18 febbraio 2022, il Ministero della Salute ha risposto alle suddette proposte in considerazione del fatto che i documenti di pianificazione operativa sono soggetti

a progressivi adeguamenti e aggiornamenti in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e ai conseguenti provvedimenti da attivare, confermando la data del 28 febbraio 2022 per provvedere all'adozione dei Piani e dei relativi documenti attuativi con possibilità di successiva integrazione di questi ultimi, ove opportuno;

Considerato pertanto che si rende ora necessario provvedere agli adempimenti previsti dall'Accordo Stato/Regioni del 25 gennaio 2021, sul documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 - 2023)", proponendo alla Giunta l'approvazione del PANFLU regionale 2020-2023, corredato dai relativi documenti attuativi entro il 28 febbraio 2022, fatta salva la possibilità di successivi adeguamenti/integrazioni, così come indicato dalla richiamata nota dell'Ufficio di Gabinetto del Ministero della Salute del 18 febbraio 2022;

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

PIANO STRATEGICO-OPERATIVO
DI
PREPARAZIONE E RISPOSTA
AD UNA PANDEMIA INFLUENZALE
2021-2023
◇◇◇◇◇
REGIONE UMBRIA



Sommario

Parte I.....	5
1.1 Introduzione generale.....	5
1.2 Obiettivi e finalità del Piano Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia.....	8
1.3 Struttura ed elementi nuovi del Piano	8
1.4 Aspetti operativi Generali.....	9
1.4.1. Definire la catena di Comando	13
1.4.2. Definire l'organizzazione a livello regionale delle azioni del Piano	17
1.4.3. Definire i componenti del Comitato pandemico Regionale	18
1.4.4. Definire il coordinamento con altri enti ed amministrazioni pubbliche	23
1.4.5. Definire le modalità di comunicazione interna (rete e flusso informativo interno alla Regione per le comunicazioni istituzionali).....	23
1.4.6. Definire le modalità di comunicazione esterna (livello regionale)	24
Parte II: FASI PANDEMICHE	26
2.1 Fase interpandemica	29
2.1.1. Attività di governance	29
2.1.2. Attività di Sorveglianza epidemiologica e virologica.....	32
2.1. 3. Servizi sanitari e gestione clinica.....	36
2.1.3.1 Servizi sanitari di prevenzione	36
2.1.3.2. Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri	39
2.1.4. Attività di prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non.....	44
2.1.5. Attività di formazione.....	50
2.1.6. Attività di comunicazione	53
2.1.7. Attività di ricerca e sviluppo.....	56
2.2. Fase di allerta	59
2.2.1. Attività di governance	59
2.2.2. Attività di Sorveglianza epidemiologica e virologica.....	61
2.2. 3. Servizi sanitari e gestione clinica.....	64
2.2.3.1. Servizi sanitari di prevenzione	64
2.2.3.2. Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri	66
2.2.4. Attività di prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non.....	68
2.2.5. Attività di formazione.....	71
2.2.6. Attività di comunicazione	72



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

2.2.7. Attività di ricerca e sviluppo	76
2.3. Fase Pandemica	80
2.3.1. Attività di governance	80
2.3.2. Attività di Sorveglianza epidemiologica e virologica	81
2.3.3. Servizi sanitari e gestione clinica	83
2.3.3.1. Servizi sanitari di prevenzione	83
2.3.3.2. Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri	84
2.3.4. Attività di prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non	87
2.3.5. Attività di formazione	90
2.3.6. Attività di comunicazione	92
2.3.7. Attività di ricerca e sviluppo	95
2.4 Fase di transizione epidemica con ritorno alla fase inter-pandemica	98
2.5 Aspetti giuridici e etici	99
Parte III – CHECK LIST	101



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

**PIANO STRATEGICO-OPERATIVO DI
PREPARAZIONE E RISPOSTA
AD UNA PANDEMIA INFLUENZALE
2021-2023**



PARTE I
INTRODUZIONE
ASPETTI GENERALI



Parte I

1.1 Introduzione generale

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, affinché si possa verificare una pandemia propriamente detta sono necessarie le seguenti condizioni:

- comparsa di un agente infettante nuovo verso il quale la popolazione generale non è immune;
- capacità, di tale microrganismo, di infettare l'essere umano e di trasmettersi da persona a persona, provocando malattia;
- capacità, di tale agente, di diffondersi rapidamente per contagio in diverse aree geografiche del mondo;

La pandemia può quindi definirsi come una epidemia globale causata da un nuovo virus che colpisce una popolazione generale suscettibile. *Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), una **pandemia** è la diffusione in tutto il Mondo di una nuova malattia e, generalmente, indica il coinvolgimento di almeno due continenti, con una sostenuta trasmissione da uomo a uomo.*

Nel corso dell'ultimo secolo si sono verificate diverse pandemie causate da nuovi virus influenzali secondo intervalli temporali non prevedibili; questa imprevedibilità impone di pianificare e rafforzare la preparazione per ridurre l'impatto e gestire le misure di risposta.

La pandemia da SARS-CoV-2 è l'esempio lampante di quanto sia difficile affrontare un virus sconosciuto. Pertanto, considerate queste incertezze, diventa ancora più importante ipotizzare diversi possibili scenari e predisporre in anticipo strategie di intervento che tengano conto, da un lato, della necessità di farsi trovare pronti e di gestire contemporaneamente l'emergenza e dall'altro di prepararsi senza andare incontro a situazioni che generino ingiustificati allarmismi o che producano sprechi di risorse.

Valutando attentamente tali problematiche, l'OMS ha invitato tutti i Paesi a predisporre un Piano Pandemico ed ha raccomandato di eseguirne aggiornamenti periodici in funzione alle modifiche degli scenari epidemiologici che caratterizzano le malattie infettive a genesi virale.

Nel nostro Paese il Ministero della Salute nel 2002 aveva pubblicato il primo Piano Italiano Multifase per una Pandemia Influenzale; tale Piano è stato poi aggiornato nel 2005 ed ha costituito la base per la predisposizione dei successivi Piani Regionali.

Stante l'esigenza di aggiornare le indicazioni nazionali sulla base dei successivi documenti internazionali e anche alla luce dell'esperienza di contrasto alla pandemia da SARS-CoV-2, si è definito l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)». (Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021), Supplemento ordinario 29.01.2021 n.7 alla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 23 secondo cui nei 90 giorni successivi alla approvazione del Piano Pandemico Nazionale, ciascuna Regione/PA approva un Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in linea con il Piano Nazionale impegnandosi a darne attuazione nei 120 giorni successivi (piani di potenziamento e flessibilità dei servizi territoriali e ospedalieri, piani operativi aziendali, piani di formazione per il personale, criteri di approvvigionamento e accantonamento di dispositivi di protezione individuale, criteri per l'accesso diversificato ai PS in caso di emergenze infettive, criteri per rafforzare la prevenzione ed il controllo delle infezioni in ambito assistenziale, es. nelle RSA ecc.).

Successivamente all'approvazione del documento nazionale, a livello centrale, dopo una prima fase di confronto con le Regioni diretta a supportare quest'ultime nella stesura degli elaborati, è stata condivisa la necessità di attivare dei tavoli tecnici dedicati alla definizione partecipata di strumenti/standard di riferimento e modificato il termine di presentazione dei Piani regionali.

In sede di Commissione Salute è stata avviata l'interlocuzione, tra le regioni ed il Ministero della Salute, sulla possibilità di utilizzare un format sintetico standardizzato per facilitare la stesura del piano e consentire una più agevole disamina da parte degli uffici centrali dei documenti attuativi, oltre a modificare il cronoprogramma definito dal Piano nazionale.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

In esito agli incontri, pur considerando invariate le scadenze definite per la presentazione del Piano delle Regioni/PA (il 29/10/2021) e per i documenti attuativi (i successivi 120 giorni entro il 28/2/2022), è stato stabilito di:

- redigere i piani regionali secondo uno schema suddiviso in tre parti e con format definito;
- in relazione alla scadenza, adottare la metodologia utilizzata per i Piani di Prevenzione Regionali 2020-2025, ovvero trasmettere il Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 entro il 29.10.2021; utilizzare la successiva fase di interlocuzione con il Ministero della Salute per la stesura dei documenti attuativi entro i successivi 120 giorni, con adozione formale del documento regionale completo.

Pertanto il Piano Pandemico Strategico Operativo per la Preparazione e Risposta alla Pandemia 2021-2023 della Regione Umbria, completo dei documenti attuativi, dovrà essere deliberato dalla Giunta Regionale entro il 28.2.2022.

In linea con le indicazioni nazionali la Regione Umbria provvede alla stesura del piano pandemico regionale che rappresenta lo strumento operativo per tradurre le indicazioni del “Piano Strategico- operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”, rendendole attuali ed attuabili a livello della Regione Umbria.

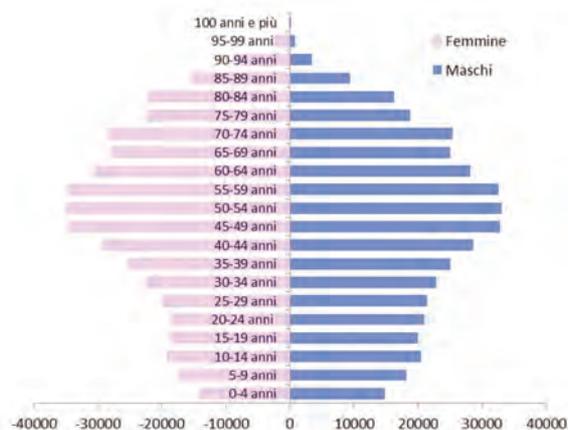
Il presente Piano aggiorna e sostituisce Il precedente Piano adottato con DGR 11.06.07 n. 963

In premessa si riporta l’attuale contesto di riferimento per della Regione Umbria.

A. Struttura della popolazione

Di seguito (fig. 1) si riporta la distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età quinquennali (piramide delle età) che evidenzia lo spostamento della popolazione verso le classi di età più avanzate. La fascia di età più rappresentata è 50-54 anni per entrambi i sessi.

Fig. 1 - Popolazione residente per sesso e fasce d’età al 01/01/2021. Umbria



Complessivamente la popolazione è composta per il 48,3% da maschi e 51,7% da femmine.

La fascia di età tra 0-14 anni rappresenta il 12,0% del totale, quella di 15-64 anni il 61,8% mentre la popolazione anziana (65 anni e +) è arrivata al 26,2%. L’età media è 47,5 anni, superiore rispetto a quella media italiana (46,0 anni).

Si riduce il numero delle nascite rispetto al 2019 (-5,9%) e il numero medio di figli per donne in età fertile (1,15 vs 1,24 Italia). L’età media al parto è 32,3 anni (vs 32,2 in Italia).

In tabella 1 si riportano i principali indicatori di bilancio demografico.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

Tab.1 -Indicatori di bilancio demografico anno 2020 Tassi x 1000 residenti. Confronto Umbria Italia.

Ripartizioni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio totale
Umbria	6.0	12.8	-6.8	0.6	1.8	2.4
ITALIA	6.8	12.6	-5.8	0.0	1.3	1.3

B. Il Territorio e la densità abitativa

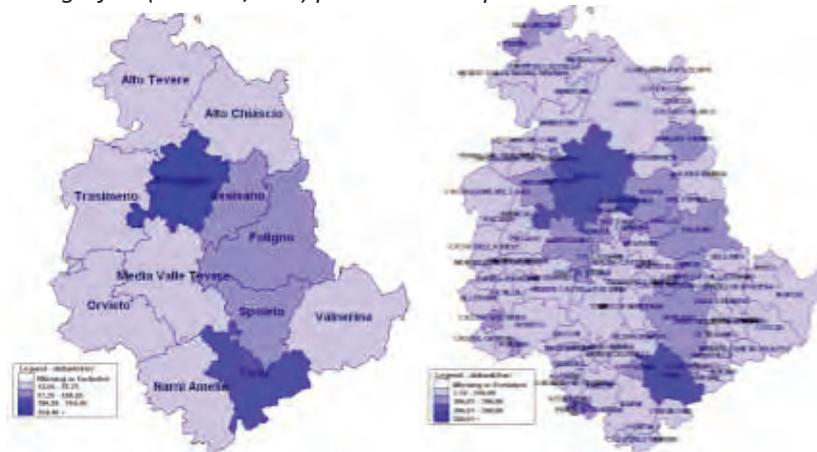
Il territorio della Regione Umbria è pari a 8.450,47 Km² con una importante variabilità orogeografica. Dal punto di vista sanitario è ripartito in 12 Distretti socio-sanitari.

La densità demografica sul territorio regionale è pari a 102,4 abitanti/Km², circa la metà del valore medio nazionale (196,2); nella provincia di Perugia essa si attesta a 101,5 e in quella di Terni a 104,2.

I distretti mostrano una diversa densità demografica passando dai 348 abitanti/Km² nel Distretto del Perugino ai 13,7 in quello della Valnerina. Anche tra i comuni si osserva una grande variabilità passando dai 771 abitanti/Km² di Bastia Umbra ai 2,34 di Poggiodomo (fig. 2).

Tab. 2 - Popolazione residente al 1° gennaio 2021 in Umbria per Distretto e per USL

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
DISTRETTO – PERUGINO	191.777	551,49	347,74
DISTRETTO – ASSISANO	61.066	384,37	158,87
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	55.304	781,16	70,80
DISTRETTO – TRASIMENO	56.146	777,95	72,17
DISTRETTO - ALTO TEVERE	74.309	987,25	75,27
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	53.194	816,16	65,18
AZIENDA USL Umbria n.1	491.796	4.298,38	114,41
DISTRETTO TERNI	129.223	530,01	243,81
DISTRETTO FOLIGNO	95.769	901,77	106,20
DISTRETTO NARNI-AMELIA	50.197	645,58	77,75
DISTRETTO SPOLETO	46.548	466,41	99,80
DISTRETTO ORVIETO	40.090	775,89	51,67
DISTRETTO VALNERINA	11.390	832,43	13,68
AZIENDA USL Umbria n.2	373.217	4.152,09	89,89
REGIONE	865.013	8.450,47	102,36

Fig. 2 - Densità demografica (abitanti/Km²) per distretto e per comune di residenza al 01/01/2021. Umbria



C. L'attuale rete dei servizi sanitari

La rete dei servizi sanitari è così configurata:

- 2 Aziende Unità Sanitarie Locali
- 2 Aziende Ospedaliere
- 2 Dipartimenti di Prevenzione
- 12 Distretti con 632 strutture sanitarie e socio-sanitarie (n. 425 a gestione diretta e n. 207 a gestione indiretta)
- 9 Presidi Ospedalieri con 18 Stabilimenti
- posti letto totali (tra Aziende Ospedaliere e Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Territoriali) 2.841, di cui 2.523 Acuti e 318 post-acuti
- 6 Istituti privati di ricovero con complessivi 394 posti letto

1.2 Obiettivi e finalità del Piano Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia

L'obiettivo generale del Piano Pandemico della Regione Umbria, in linea con quello nazionale, è quello di rafforzare la preparedness nella risposta ad una futura pandemia influenzale a livello locale, in modo da:

- Proteggere la popolazione, riducendo il più possibile trasmissibilità, morbilità e mortalità di una possibile pandemia influenzale.
- Tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nell'emergenza.
- Ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
- Preservare il funzionamento della società e le attività economiche.

A questo scopo il PanFlu nazionale propone i seguenti obiettivi specifici:

- Pianificare le attività in caso di pandemia influenzale.
- Definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello regionale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione e altre eventualmente decise.
- Fornire strumenti per una pianificazione armonizzata regionale per definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello regionale e locale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione nazionale e da esigenze specifiche del territorio di riferimento.
- Sviluppare un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del piano per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

1.3 Struttura ed elementi nuovi del Piano

Nel Piano Pandemico della Regione Umbria vengono dettagliati i meccanismi di coordinamento regionale con individuazione di una chiara catena di responsabilità, definizione dei sistemi di accordo tra le articolazioni e messa a punto della collaborazione tra i vari attori e dei canali di comunicazione.

Il Piano è sia un documento di riferimento per la preparazione che una guida per il processo decisionale nelle varie fasi di una pandemia influenzale.

Sinteticamente, il piano si prefigge di costituire uno strumento ordinato di indirizzo e supporto per le figure istituzionali di riferimento e per altri attori interessati, nel perseguimento dell'obiettivo di rafforzare la preparazione, a fronte della possibile pandemia, al controllo della diffusione del virus ed a garantire una assistenza adeguata ai singoli casi.

Il Piano rappresenta, un inquadramento e un promemoria delle principali azioni da intraprendere per prepararsi correttamente ad un'eventuale pandemia e la necessità di stabilire adeguati strumenti per la prevenzione, la identificazione rapida e monitoraggio epidemico, la cura e il trattamento dei pazienti contagiati limitando il rischio di contagio per gli operatori sanitari e per i cittadini.

Con atti e documenti successivi saranno declinate le specifiche azioni ai fini della implementazione operativa.

Le Istituzioni e Organizzazioni coinvolte, le Aziende Sanitarie Regionali e le altre Strutture del SSR sono tenute a mettere in atto le indicazioni del Piano.

Il piano si articola in 3 sezioni:

- **parte prima** - introduzione generale in cui si descrivono gli obiettivi, la struttura e gli aspetti operativi generali connessi all'organizzazione regionale con definizione della governance e dei flussi di comunicazione interna ed esterna
- **parte seconda** – definizione delle varie fasi pandemiche e delle azioni di pianificazione da intraprendere con descrizione delle attività da attuarsi a livello regionale e declinate a livello aziendale
- **parte terza** - check-list legata alle azioni descritte con classificazione in “essenziali” ed “auspicabili” nell'evoluzione delle fasi. Le check list sono lo strumento operativo di implementazione del piano pandemico per gli aspetti declinati nella fase inter-pandemica e per le fasi successive di allerta, pandemica e di transizione. Per ogni azione, sono individuati gli attori responsabili, gli atti attestanti la realizzazione e i tempi della stessa in modo da facilitare le attività di monitoraggio dell'implementazione del piano.
- **Allegati** - Il piano si completa con gli allegati tecnici a supporto.

1.4 Aspetti operativi Generali

Nel definire gli aspetti operativi generali del Piano operativo-strategico di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale necessario richiamare in primis gli aspetti connessi con:

- Il ciclo della preparedness ed il concetto di readiness
- La strategia operativa
- La metodologia di lavoro per la stesura del Piano

per poi entrare nel dettaglio dei singoli aspetti operativi

Il ciclo della preparedness ed il concetto di readiness

Per ciclo di preparedness si intende un percorso ciclico della preparazione e risposta alle emergenze che vede la realizzazione di attività specifiche nelle varie fasi pre e post emergenziali finalizzati a migliorare la readiness (figura seguente).

Figura 3. Ciclo della preparedness (fonte CEPCM)



La strategia operativa

Poiché è impossibile prevedere tutti gli scenari, il piano indica gli elementi essenziali di cui i decisori e tutti i professionisti coinvolti devono essere consapevoli e ai quali devono adattarsi al variare della situazione. In particolare, ha lo scopo di facilitare, oltre al processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione. Inoltre, dopo la pandemia, dovrebbe guidare le azioni per consentire un ritorno alle normali attività, tenendo conto della possibilità di nuove ondate dell'epidemia.

La preparedness delle pandemie influenzali, pertanto, si modula costantemente in base alle esperienze maturate e viene continuamente verificata e rafforzata nelle fasi inter-pandemiche in modo ciclico (Figura seguente).

Figura 4 Elementi chiave del ciclo di pianificazione pandemico (fonte ECDC)



Il presente Piano è quindi suscettibile di aggiornamenti periodici, in base alla situazione epidemiologica a livello nazionale e locale.

La pianificazione strategica anche a livello regionale è necessaria per identificare e coinvolgere le principali parti interessate di tutti i settori e livelli amministrativi e per definire le componenti chiave della risposta nazionale a una pandemia, sulla base di una serie di ipotesi di pianificazione realistiche e basate sul rischio che tengano conto del fatto che non è possibile prevedere in anticipo la gravità o l'impatto di una pandemia futura.

La metodologia di lavoro per la stesura del Piano

Il presente Piano, come già sottolineato, viene redatto nella Regione Umbria sulla base delle indicazioni di quello nazionale e delle elaborazioni di gruppo di lavoro composto da esperti appartenenti a diverse organizzazioni che fanno riferimento alla Regione Umbria Direzione regionale Salute e Welfare, Direzione regionale Governo del territorio, ambiente e protezione civile, delle Aziende Sanitarie regionali, delle Società Umbria Digitale e Servizi e Umbria Salute, dell'Università degli Studi di Perugia, dell'IZSUM. La stesura si sviluppa in tre fasi di riferimento:

Fase1: preparazione e analisi della situazione - Il riferimento iniziale per la costruzione del Piano è rappresentato dal gruppo di lavoro definito presso la Direzione Regionale Salute e Welfare. Il gruppo di lavoro ha effettuato un'analisi della situazione per determinare lo scopo e i contenuti principali del Piano a fronte delle esperienze maturate e dei piani operativi COVID già definiti a livello regionale. Sulla base di questa



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

analisi sono stati selezionati gli elementi essenziali e auspicabili e in base al livello di priorità, del contesto e delle risorse disponibili per la loro attuazione.

Di seguito gli elementi essenziali per la predisposizione del Piano

ELEMENTI ESSENZIALI	SERVIZIO/STRUTTURA RESPONSABILE	AZIONI
Disporre del Piano Strategico Operativo per la Preparazione e Risposta ad un Pandemia Influenzale 2021-2023 della REGIONE UMBRIA	Direzione regionale Salute e Welfare in collaborazione con la Direzione regionale Governo del territorio, ambiente e protezione civile - Servizio Protezione Civile ed Emergenze	Recepimento dell'intesa Istituzione Gruppo di Lavoro centrale Stesura del Piano Strategico Operativo con attivazioni di gruppi di lavoro per aree tematiche Definizione del Comitato Pandemico Definizione della Catena di Comando
		Raccordo con il Piano di Contingenza Operativo Raccordo con il livello nazionale per la Rete italiana di preparedness pandemica influenzale
Disporre di risorse economiche per garantire la realizzazione delle attività previste	Servizio Economico Finanziario Regione Umbria	Effettuare una stima preliminare delle risorse economiche necessarie e pianificare la loro allocazione.
Definizione delle misure di governo per la gestione delle risorse sanitarie umane e strutturali per garantire le Attività delle fasi pandemiche	Servizio Prevenzione Regione Umbria	Mappatura della struttura della popolazione relativamente alle caratteristiche demografiche e al profilo di rischio
		Definizione della rete dei servizi, degli strumenti e delle modalità operative per la sorveglianza epidemiologica e virologica nelle fasi pandemiche
		Valutazione del rischio e della severità di impatto nelle fasi pandemiche
		Definizione del Piano di Monitoraggio Valutazione e Revisione del Piano
	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Ospedaliera Regione Umbria	Mappature della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri con dettaglio dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici
Responsabile C.O. 118 e Emergenza territoriale	Mappatura delle strutture pubbliche di ricovero e monitoraggio dei posti letto di area medica, di area semintensiva e di area intensiva con individuazione dei posti letto aggiuntivi attivabili in relazione alle necessità emergenziali	
		Mappatura della rete emergenziale dei trasporti per acuti e della rete dei trasporti secondari



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	Laboratorio di riferimento Regionale IZSUM	Definizione e modalità di implementazione della rete di strumentazioni ad alta tecnologia e personale adeguatamente formato in grado di permettere lo svolgimento degli obiettivi preposti da ogni laboratorio Definizione delle risorse strumentali ed economiche (personale specializzato e strumentazioni ad alta tecnologia) riferite al potenziamento della capacità di analisi di sequenza adeguate
	Assistenza Farmaceutica Regione Umbria	Definizione delle scorte strategiche di DPI, dispositivi medici, farmaci, beni sanitari

ELEMENTI ESSENZIALI	SERVIZIO/STRUTTURA RESPONSABILE	AZIONI
Definizione delle misure di governo per la gestione delle risorse sanitarie umane e strutturali per garantire le Attività delle fasi pandemiche	Servizio Informatico e ICT Umbria Digitale Umbria Salute Regione Umbria	Definizione del sistema, dei flussi e degli strumenti per la sorveglianza umana Integrato InFluNet e quello delle forme gravi e complicate di influenza, per la sorveglianza epidemiologica e microbiologica veterinaria, per la sorveglianza sindromica basata sugli accessi in Pronto Soccorso (PS), per il sistema di allerta rapido collegamento con il SARR nazionale
	Servizio Amministrativo Regione Umbria	Analisi elementi per la gestione delle risorse umane e delle modalità organizzative per il funzionamento dei servizi
		Analisi elementi per la stesura del Piano di Formazione
	Area Comunicazione Regione Umbria	Analisi elementi per la stesura del Piano di Comunicazione interna e esterna

In sintesi per le diverse fasi pandemiche vanno strutturate le seguenti attività:

Fase Inter-pandemica	Fase Allerta	Fase Pandemica
Nella fase interpandemica la Regione Umbria nomina il proprio referente regionale per la rete preparedness pandemica e dettaglia i meccanismi di coordinamento regionale, definendo in modo chiaro la catena di responsabilità e collaborazione tra i vari attori facenti parte del sistema sanitario regionale e non (strutture operative e componenti regionali); la Regione definisce inoltre i canali di comunicazione, la stima delle risorse economiche necessarie e istituisce il gruppo di lavoro regionale dedicato all'analisi, al monitoraggio e all'implementazione del piano pandemico regionale.	Nella fase di allerta pandemica è necessario implementare le attività di sorveglianza con la predisposizione di appositi protocolli e strumenti diagnostici. Sarà valutata la necessità di attivare meccanismi per espandere rapidamente i servizi territoriali e tutte le strutture sanitarie, per essere pronti ad attuare le misure organizzative volte ad adattare velocemente il sistema sanitario territoriale, in coordinamento con il sistema regionale di protezione civile. La Regione attraverso il proprio referente regionale per la rete preparedness pandemica dettaglia i meccanismi di coordinamento regionale, definendo in modo chiaro la catena di responsabilità e la collaborazione tra i vari attori.	Nella fase pandemica verrà effettuata, in relazione al variare del rischio di diffusione, la valutazione sull'impatto per i servizi sanitari; sarà necessario l'adattamento dinamico del sistema di risposta ai vari scenari pandemici. Le componenti e le strutture operative del sistema sanitario regionale e/o di protezione civile, ciascuno per le proprie competenze e responsabilità, attueranno la strategia operativa di risposta condivisa.



Fase2: sviluppo o aggiornamento del Piano - I sub-gruppi di lavoro hanno quindi provveduto alla stesura delle schede della sezione II e della check list della sezione III. La parte generale, le schede della sezione II, le check list della sezione III e gli allegati sono stati assemblati dal gruppo ristretto a livello regionale e il documento completo è quindi provveduto alla stesura del documento nella forma finale da inviare al Ministero.

Fase3: valutazione, finalizzazione e disseminazione del Piano - Il Piano prevede la diffusione, l'implementazione, la realizzazione delle attività, la conduzione delle simulazioni e la valutazione, la revisione del Piano dopo l'esercitazione per identificare le aree da migliorare.

Il Piano prevede inoltre il piano di monitoraggio e di revisione con successive approvazioni e diffusioni anche alla luce della revisione della rete dei servizi e delle strutture assistenziali definite dal redigendo PSSR.

1.4.1. Definire la catena di Comando

Nel definire la catena di Comando si dettano i seguenti livelli:

- il sistema di coordinamento generale di livello centrale cui fa riferimento la Regione
- la Catena di Comando regionale
- l'Unità di Crisi Regionale per le Emergenze di Sanità Pubblica (U.C.R.E.S.P.)

Sistema di coordinamento generale di livello centrale cui fa riferimento la Regione

Il Ministero della Salute assume compiti di indirizzo e coordinamento, nonché di costante verifica e monitoraggio della capacità operativa delle Regioni in relazione agli obiettivi strategici del Piano pandemico, fermo restando le incombenze e i compiti che la riforma del titolo V della Costituzione (legge costituzionale 3 ottobre 2001) assegna a Stato e Regioni.

Tale azione di monitoraggio e verifica è esercitata anche in relazione agli obblighi internazionali in tema di salute pubblica, prevenzione e controllo delle malattie infettive (art. 168 TFUE, decisione 1082/2013/UE).

Per il coordinamento operativo delle misure adottate, il Ministero della Salute si avvale della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del coordinamento delle Regioni/PA per coordinare e affidare compiti di analisi e gestione dei rischi.

La Regione Umbria garantisce il raccordo con il livello nazionale e assicura l'attuazione degli interventi secondo l'organizzazione definita nel Piano Pandemico regionale.

1. La catena di Comando Regionale

Prima della dichiarazione dello stato di emergenza sanitaria la responsabilità della catena di comando delle azioni pianificate nel presente documento è affidata al Direttore della Direzione Salute e Welfare che risponde in linea diretta all'Assessore alla Salute e politiche sociali.

Alla dichiarazione dello stato di Emergenza la responsabilità della Catena di Comando passa al Capo dell'Unità di Crisi del sistema di Protezione Civile.

Il Presidente della Regione Umbria venuto a conoscenza dell'emergere di un agente virale a potenziale rischio pandemico, a livello nazionale da parte del Ministero della Salute o a livello locale da parte del Direttore Regionale Salute e Welfare convoca l'Unità di Crisi Regionale (U.C.R.) nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24 ore dalla comunicazione.

Si rileva che nel periodo pandemico, ancor più che nelle fasi inter-pandemica e di allerta, si innestano problematiche non esclusivamente sanitarie e che, qualora fosse deliberato lo stato d'emergenza ai sensi dell'art.24 del D.lgs 1/2018, le attività volte a fronteggiare l'emergenza verrebbero coordinate dal Presidente della Regione Umbria, il quale si avvale delle decisioni tecnico-scientifiche ed operative prese dal Comitato Operativo Regionale (COR), che le attua attraverso la Sala Operativa Regionale - SOR. La Funzione Sanità ed

assistenza sociale, parte integrante della SOR, verrà integrata dall'U.C.R.E.S.P. e potrà inoltre avvalersi anche di ulteriori professionisti della Direzione regionale Salute e Welfare e del Comitato pandemico regionale.

Figura 5 - Assetto operativo Protezione Civile DDLR 2021



La Funzione 2 Sanità, assistenza sociale e veterinaria è parte attiva ed integrante della Sala Operativa Regionale.

Il Comitato Operativo Regionale (C.O.R.)

Il Comitato Operativo Regionale su convocazione del Direttore regionale competente in materia di protezione civile, o suo delegato, assicura il coordinamento degli interventi tecnico-operativo delle componenti e delle strutture operative del sistema regionale di protezione civile e opera in occasione delle emergenze di rilievo nazionale connesse con eventi calamitosi di origine naturale o derivanti dall'attività dell'uomo ovvero nella loro imminenza. L'individuazione delle modalità di funzionamento e di nomina dei rappresentanti designati dalle componenti e delle strutture operative è rimessa ad appositi decreti del Presidente della Giunta regionale. Data la rilevanza e la pertinenza del ruolo svolto dal Comitato in costanza di emergenze di protezione civile, si prevede il possibile coinvolgimento anche in occasione di esercitazioni di rilievo nazionale e regionale nella condivisione delle strategie operative da individuarsi nell'ambito delle pianificazioni nazionali e regionale di protezione civile. Il COR opera nell'ambito della Presidenza della Giunta regionale e si riunisce presso il Centro Regionale di Protezione Civile di Foligno. La partecipazione del Comitato è assicurata nell'ambito dello svolgimento delle competenze istituzionali dei soggetti componenti. La particolare efficacia del Comitato, che costituisce uno strumento, consolidato nel tempo a livello nazionale, unico nel suo genere nel panorama europeo, è valorizzata dalla sua composizione aderente all'effettività delle azioni da porre in essere, arricchita anche delle rappresentanze delle organizzazioni private, anche di volontariato, che concorrono alle funzioni di protezione civile, ad esempio in tema di gestione dei servizi essenziali. Le funzioni di segreteria e di supporto organizzativo sono affidate alla struttura regionale competente in materia di protezione civile.



La Sala Operativa Regionale (S.O.R.)

L'attività ordinaria di monitoraggio e sorveglianza della S.O.R. consiste nel ricevere, richiedere, raccogliere, elaborare e verificare le notizie riguardanti situazioni emergenziali, previste o in atto, sul territorio regionale, nonché di assumere ogni informazione utile sugli interventi posti in essere e sulle misure adottate a livello locale e nazionale, mantenendo il necessario raccordo informativo con la Sala Situazione Italia, con le sale operative territoriali delle forze istituzionali preposte al soccorso e/o di pubblica utilità, con i Comuni/Sindaci, Servizi tecnici delle Province, gli Uffici Territoriali del Governo-Prefetture, le sale operative territoriali o le strutture di controllo periferiche degli enti ed amministrazioni che gestiscono le reti e le infrastrutture di servizi.

In caso di emergenza prevista o in atto, la S.O.R., oltre a svolgere la propria attività di monitoraggio e sorveglianza del territorio, ha il compito di allertare e, qualora necessario, attivare le diverse componenti e strutture operative del Sistema regionale di protezione civile che concorrono alla gestione dell'evento.

Qualora la situazione emergenziale assuma carattere eccezionale, tale da richiedere l'impiego di mezzi e poteri straordinari, la S.O.R., si organizza per settori di intervento denominati "Funzioni di supporto", ciascuna con una propria specifica postazione operativa attivata presso la S.O.R. - partecipano i diversi Uffici/Servizi competenti della Regione ma anche le diverse componenti e strutture operative del Sistema regionale di protezione civile. Le Funzioni rappresentano l'organizzazione delle risposte che occorre dare alle diverse esigenze presenti in qualsiasi tipo di evento calamitoso. Ogni funzione, rispetto alle altre, acquisterà un rilievo differente a seconda degli effetti causati dal singolo evento calamitoso.

La S.O.R. è organizzata come di seguito illustrato.

FUNZIONI S.O.R.	DESCRIZIONE FUNZIONE
Segreteria di Coordinamento e Coordinamento	Raccordo e coordinamento tra le diverse Funzioni, mantenendo il quadro conoscitivo delle attività di gestione emergenziale.
Tecnica di valutazione e pianificazione	Questa funzione dovrà mantenere e coordinare tutti i rapporti tra le varie componenti scientifiche e tecniche per l'interpretazione scientifica dell'evento.
Sanità ed assistenza sociale e veterinaria	Funge da raccordo tra le Componenti del Servizio Sanitario Regionale. Il Responsabile è il Referente regionale per le emergenze sanitarie.
Mass media, informazione e comunicazione	Raccoglie le informazioni relative all'evento, gestisce i rapporti con i mezzi di informazione e fornisce dati aggiornati ed uniformi relativi alla gestione emergenziale
Volontariato	Assicura l'attivazione e il coordinamento delle Organizzazioni di volontariato, in raccordo con le Funzioni che prevedono l'impiego del volontariato di settore.
Logistica, materiali e mezzi e	Censisce le risorse logistiche disponibili, individuandone provenienza, caratteristiche, tempistica di mobilitazione e modalità di impiego.
Trasporto, circolazione e viabilità	Acquisisce, aggiorna e rende disponibili le informazioni relative alla percorribilità delle infrastrutture viarie, ferroviarie e aeroportuali.
Telecomunicazioni	Supporta le comunicazioni, legate alla gestione emergenziale attraverso reti di comunicazione alternative.
Servizi Essenziali	Coordina e sintetizza la funzionalità dei servizi essenziali sul territorio in raccordo con i gestori nazionali.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

Censimento danni	Valuta i danni e l'agibilità post evento di edifici privati e altre strutture di edilizia pubblica.
Strutture Operative	Coordina le varie strutture operative che concorrono alla gestione emergenziale.
Enti Locali	Tiene i rapporti tra la S.O.R. e gli Enti ed Amministrazioni della zona interessata dall'evento.
Assistenza alla popolazione	Raccoglie le informazioni relative alla gestione dei bisogni della popolazione colpita dall'evento.
Coordinamento Centri Operativi	Coordina l'operatività degli altri centri operativi dislocati sul territorio al fine di garantire nell'area dell'emergenza il massimo coordinamento delle operazioni di soccorso, razionalizzando risorse di uomini e materiali.
Informatica	Individua e verifica le esigenze di informatizzazione e supporto tecnologico necessarie per la gestione emergenziale
Amministrativa, Economico finanziaria e giuridica	Assicura il supporto amministrativo e finanziario, e giuridico per fornire beni e servizi necessari alle attività emergenziali.

Viene istituita l'Unità di Crisi Regionale di Emergenza di Sanità Pubblica (U.C.R.E.S.P.) nell'ambito della Direzione Salute e Welfare con funzioni di supporto tecnico-operative, che, in caso di dichiarazione di emergenza, opera all'interno della funzione 2.

L' U.C.R.E.S.P. risulta composta come di seguito indicato:

U.C.R.E.S.P.	DESCRIZIONE FUNZIONE
Direttore regionale Salute e Welfare	Presiede l' U.C.R.E.S.P.
Dirigente regionale maxi-emergenze Direzione Salute e Welfare	Supporto alla Direzione regionale Salute e Welfare per la gestione delle maxi-emergenze. Azioni di vigilanza e verifica conseguenti a supporto della Direzione Sanità per la gestione delle maxi-emergenze fra cui quelle infettive. Le attività di valutazione e di monitoraggio dell'attuazione del Piano al fine della messa in atto delle azioni preventive e correttive avvengono sulla base del Piano. Coordina l' U.C.R.E.S.P. della autovalutazione periodica e sistematica delle Aziende Sanitarie Regionali, che dovranno raccordarsi con il referente Sezione Maxi-Emergenza regionale per la Direzione dell'Assessorato alla Sanità ed i Settori competenti per eventuali criticità riscontrate nell'applicazione delegato dal Direttore
Dirigente Regionale Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Supporto tecnico-operativo alla Direzione regionale Salute e Welfare per la gestione delle tematiche di competenza nelle maxi-emergenze
Dirigenti regionali della Direzione Salute e Welfare	Specifiche competenze
Referente regionale Centrale Operativa 118	La Regione Umbria ha una sola Centrale Operativa 118 con sede a Perugia. La Centrale Operativa 118 svolge la propria funzione a valenza regionale supportando le strutture di emergenza territoriali dal punto di vista logistico, organizzativo e di coordinamento nelle situazioni di



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>“maxiemergenza” Mass Casualty tipo 1 – tipo 2 e disastri ed opera, con l’EMT2, a livello nazionale/internazionale in connessione con il Meccanismo Europeo di Protezione Civile.</p> <p>L’attivazione della CROSS spetta al referente sanitario regionale individuato.</p>
Referente regionale Centrale Operativa delle Transizioni (COT)	<p>La realizzazione del Progetto di attivazione del Numero Unico 116117, nella regione Umbria, in aderenza ai dettami dell’Accordo Stato Regioni del 24.11.2016 destinato al servizio di Guardia Medica non urgente. Si ritiene utile attivare la COT (Centrale Operativa delle Transizioni) a cui affidare anche le funzioni del 116117 relativamente al Servizio di Guardia Medica non urgente.</p>
Referente regionale Centrale Operativa di Sorveglianza per le emergenze infettive	<p>La Centrale Operativa svolge la propria funzione a valenza regionale coordinando i Team di sorveglianza aziendali</p>
Referenti Direzione Protezione Civile	<p>Supporto tecnico - operativo alla governance dello stato di allerta/emergenza, attraverso il pre-allertamento delle strutture operative e componenti del Sistema Regionale di Protezione Civile che in caso di emergenza operano direttamente nella Sala Operativa Regionale - SOR.</p>
Referenti Comitati/Unità di Crisi Aziendali (Direttori Sanitari)	<p>Le Aziende Sanitarie Regionali e le altre Strutture del SSR sono tenute a mettere in atto le indicazioni del Piano, e le disposizioni dell’UCRESP. I referenti aziendali trasferiscono a cascata le indicazioni nelle aziende di riferimento.</p>

L’ U.C.R.E.S.P. al rilevarsi di uno stato di allerta/emergenza nel territorio regionale, comunica al Presidente della Regione le necessità di intervento da attuare in base agli scenari che si stanno presentando.

Il Coordinatore dell’Unità si rapporta con il Comitato pandemico per le attività operative.

L’U.C.R.E.S.P. riporta al Comitato Pandemico regionale le esigenze emerse per fronteggiare l’allerta/emergenza, fornendo ogni informazione utile all’implementazione delle attività connesse all’attuazione del Piano.

Servizio Maxi-emergenza

La recente pandemia da SARS COV2 ha visto l’istituzione presso la Direzione regionale Salute e Welfare di una struttura dedicata denominata Unità Strategica Emergenza Coronavirus (U.S.E.C.), coordinata nelle attività da una figura professionale appositamente individuata in qualità di Commissario Straordinario Emergenza Coronavirus.

Tale esperienza ha dato l’indicazione per definire a livello regionale nella Direzione Salute una Sezione/Ufficio che potesse essere sempre presente e a supporto della Direzione per la gestione delle maxi-emergenze di qualsiasi natura.

A livello della Direzione regionale Salute e Welfare la riorganizzazione vede l’istituzione del Servizio di Programmazione Sanitaria, Assistenza Ospedaliera e Maxi-emergenza.

In tale servizio si articola una sezione specificatamente dedicata alla Gestione di tutte le Maxi-emergenze strutturata per dare supporto alla Direzione Salute per il coordinamento regionale delle Maxi-emergenze.

1.4.2. Definire l’organizzazione a livello regionale delle azioni del Piano

Le strutture del Servizio sanitario regionale (SSR) sono coinvolte a pieno titolo nella gestione delle diverse fasi pandemiche.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

In sintesi si prevede il seguente assetto organizzativo:

FASE PANDEMICA	Impatto	Livelli Istituzionali
INTERPANDEMICA	Epidemia influenzale ordinaria del periodo, con impatto tecnico e organizzativi a livello locale di singoli distretti	Direzione regionale Salute e Welfare Comitato Pandemico Aziende Sanitarie <i>Possibile attivazione di UCRESP</i>
ALLERTA PANDEMICA	Epidemia più marcata, con impatto a livello di più aree distrettuali	Presidenza della Regione Umbria Assessorato alla Sanità Direzione regionale Salute e Welfare Comitato Pandemico UCRESP Aziende Sanitarie Allerta di altre organizzazioni in base alle competenze
PANDEMICA	L'Epidemia evolve in Pandemia, con impatto organizzativo su tutta la Regione nel quadro di emergenza nazionale	Presidenza della Regione Umbria Dipartimento della Protezione Civile Assessorato alla Sanità e Assessorato coinvolti Direzione Salute e Welfare e Direzione Territorio e Ambiente. Prefettura UCRESP Comitato Pandemico Altri Assessorati Regionali Altre Direzioni Regionali Aziende Sanitarie Centrali operative
TRANSIZIONE EPIDEMICA	De-escalation della fase pandemica, con impatto organizzativo su tutta la Regione nel quadro di emergenza nazionale	Direzione regionale Salute e Welfare UCRESP Comitato Pandemico Aziende Sanitarie

1.4.3. Definire i componenti del Comitato pandemico Regionale

Nel corso dell'epidemia da SARS-COV 2 sono stati istituita la Task Force, Il CTS e il NE.

Con il Piano Pandemico regionale si definisce la struttura del Comitato Pandemico Regionale che viene supportato dal Comitato Tecnico Scientifico e dal Nucleo Epidemiologico

Questa struttura operativa, di supporto al decisore politico, è deputata al coordinamento delle fasi pandemiche, dei diversi interventi e dei diversi soggetti, appartenenti ad assetti organizzativi già esistenti in ambito sanitario, deputati agli adempimenti prioritari individuati secondo obiettivi ed azioni specificati dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.

Il Comitato Pandemico regionale è la struttura di riferimento per le funzioni di progettazione, attuazione, monitoraggio e miglioramento del Piano nell'ambito di una situazione di emergenza nazionale.

È prevedibile, secondo necessità emergenti, l'integrazione con apporti esterni in funzione alle fasi pandemiche.

Il Comitato Pandemico Regionale è formato dalle seguenti componenti:

- Direttore regionale Salute e Welfare –presiede Comitato
- Direttore regionale Governo del Territorio, Ambiente e Protezione Civile
- Direttore regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo
- Direttore regionale Sviluppo economico, Agricoltura, Lavoro, Istruzione, Agenda Digitale



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

- Dirigenti regionale Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare
- Dirigenti regionali Programmazione Sanitaria Territorio e Programmazione Sanitaria Ospedaliera
- Referente Regionale Maxi-Emergenza – coordina l'Unità di Crisi Regionale per le Emergenze di Sanità Pubblica
- Dirigente regionale Protezione Civile ed Emergenza di Sanità Pubblica
- Direzioni Aziende Sanitarie regionali
- Direttori Dipartimenti di Prevenzione aziendali e Dirigenti Responsabili dei Servizi di sanità Pubblica e Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie
- Responsabili Malattie Infettive Aziende Ospedaliere
- Responsabile Laboratorio di Riferimento della rete nazionale Influnet
- Responsabile della Rete laboratori e Centri di Riferenza Nazionali degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali
- Rappresentanti Medici di Medicina Generale
- Rappresentanti Pediatri di Famiglia
- Responsabili Servizi Farmaceutici
- Rappresentanti Prefetture

L'elenco dei nominativi dei professionisti che fanno parte del Comitato Pandemico Regionale viene recepito con atto specifico

Il Comitato Pandemico Regionale si avvale di:

- **Comitato Tecnico Scientifico (CTS)** così come definito nella DGR n. 313 del 9/4/2021 con la funzione di fornire indicazioni e strategie a supporto dell'attività regionale in relazione alle scelte e alle azioni che dovranno essere adottate dalla Giunta Regionale per il superamento delle emergenze sanitarie nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della salute;
- **Nucleo Epidemiologico (NE)** così come definito nella DGR n. 890 del 7/10/2020 (Allegato n. 2) con la funzione di garantire la raccolta dei dati e delle informazioni per perfezionare i modelli di previsione e per elaborare misure mirate per la salute pubblica, nonché realizzare il monitoraggio dell'andamento delle epidemie, programmare gli interventi ed eseguire proiezioni statistiche di scenari futuri.

Entrambi continueranno ad operare e saranno rinnovati specificamente per il supporto la Comitato Pandemico entro 60 gg dalla scadenza dell'attuale emergenza pandemica

A livello delle aziende sanitarie regionali sono stati previsti con la D.G.R. n. 81 del 1.2.2016

- **Comitato per l'emergenza di Sanità Pubblica (C.E.S.P.)** nelle Aziende territoriali. Il CESP ha la funzione di rappresentare il nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di preparazione della risposta all'emergenza sia in corso di crisi
- **Gruppo operativo a risposta rapida (G.O.R.R.)** nelle Aziende territoriali in seno al Dipartimento di Prevenzione con capacità di attivazione elevata e con funzione di "epidemic intelligence"
- **Comitato per l'emergenza (C.E.)** nelle Aziende ospedaliere.

Con il presente Piano, in relazione anche all'esperienza maturata con l'emergenza COVID 19, si prevede di mantenere tali Comitati operativi rivedendo la composizione come di seguito indicato:

- Il CESP deve avere la seguente composizione:
 - Direttore Sanitario con funzioni di coordinamento
 - Direttore Amministrativo che a cascata coinvolge i servizi amministrativi
 - Direttore Dipartimento Prevenzione
 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

- Responsabile Sanità Animale
 - Responsabile Sicurezza Alimentare
 - Direttori Distretti
 - Direttori Presidi Ospedalieri
 - Direttori Dipartimenti
 - Responsabile 118
 - Responsabile Servizi Farmaceutici
 - Responsabile Rischio clinico
 - Responsabile SPP
 - Responsabile SITRO
- Il GORR operativo nel Dipartimento di Prevenzione deve avere la seguente composizione:
 - *Punto di contatto* (Tecnico della Prevenzione e/o un Medico o un Medico Veterinario)
 - Medico di Sanità Pubblica
 - Medico Prevenzione Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
 - Medico Igiene degli Alimenti
 - Medico Veterinario Sanità Animale
 - Medico Veterinario Igiene degli Alimenti di origine animale
 - Medico Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
 - Assistente Sanitario (se tale figura professionale esiste nel DIP)
 - Tecnico della Prevenzione
 - Il CE deve avere la seguente composizione:
 - Direttore Sanitario con funzioni di coordinamento
 - Direttore Amministrativo che a cascata coinvolge i servizi amministrativi
 - Direttore Presidio Ospedaliero
 - Direttori Dipartimenti
 - Responsabile Pronto Soccorso
 - Responsabile Servizi Farmaceutici
 - Responsabile Rischio clinico
 - Responsabile SPP
 - Responsabile SITRO

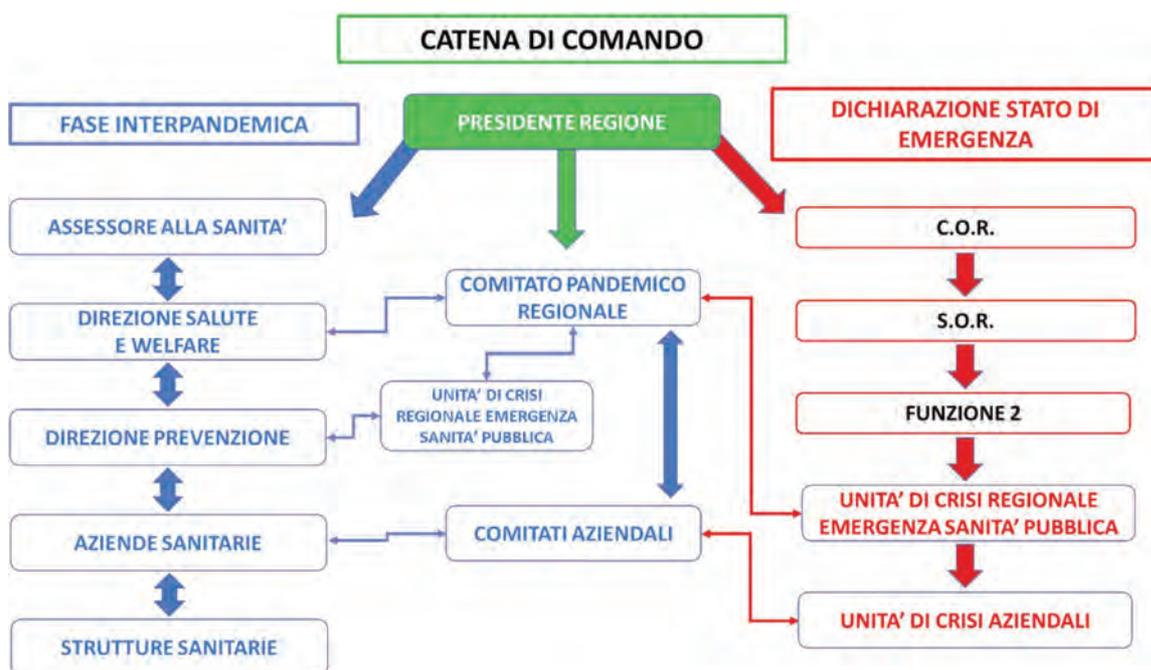
In fase di allerta i Comitati diventano Unità di Crisi Aziendali per gestire l’Emergenza Infettive coinvolgendo i Responsabili delle Strutture di Malattie Infettive, del Laboratorio di Riferimento, dei Responsabili delle U.O: di Terapia Intensiva, Semintensiva, Area Medica e altre figure professionali ritenute necessarie. Le Unità di Crisi vanno definire con atto del Direttore Generale e recepiscono le indicazioni dell’UCRESP trasferendole all’interno dell’Azienda tempestivamente verificando anche la puntuale applicazione delle stesse. Il Coordinatore dell’Unità partecipa all’UCRESP.

In sintesi i percorsi sono differenziati se attivi in fase interpandemica o in fase di allerta pandemica con dichiarazione dello stato di emergenza

Figura 6 - Organizzazione della Catena di Comando



Figura 7. - Sviluppo della Catena di Comando



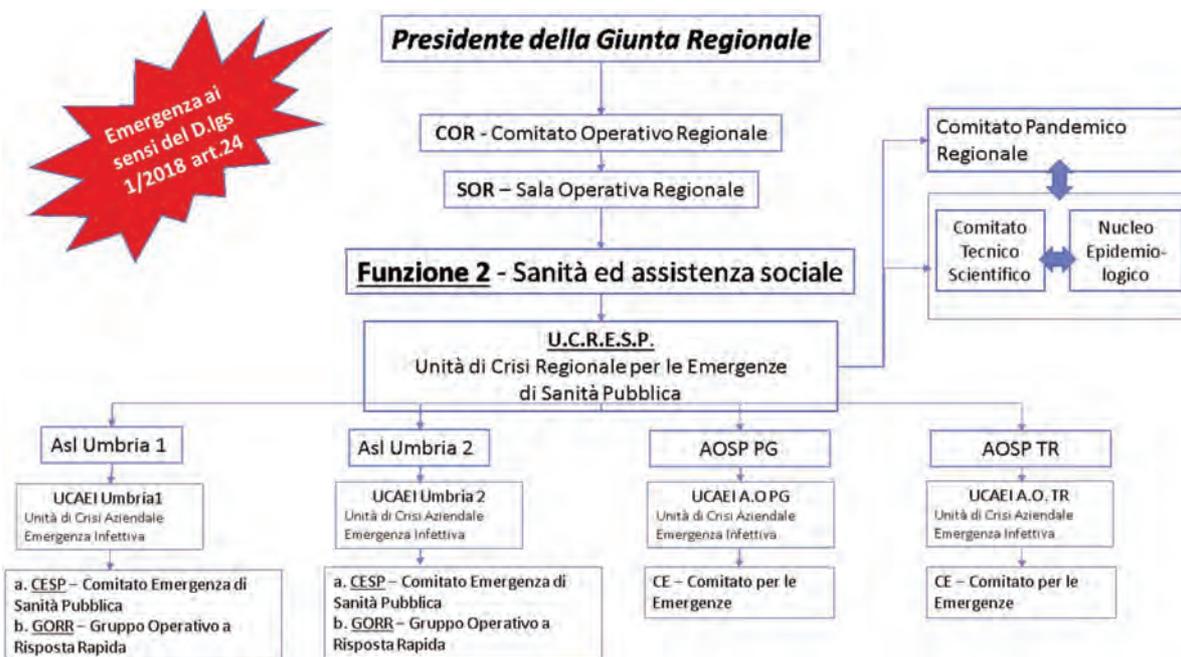
In fase interpandemica per la governane de Piano è attiva la seguente organizzazione

Figura 8 - Organizzazione in fase interpandemica



In fase pandemica con emergenza dichiarata è attiva la seguente organizzazione

Figura 9 - Organizzazione dopo dichiarazione stato di emergenza





1.4.4. Definire il coordinamento con altri enti ed amministrazioni pubbliche

Il Ministero della Salute assume compiti di indirizzo e coordinamento, nonché di costante verifica e monitoraggio della capacità operativa delle Regioni in relazione agli obiettivi strategici del piano pandemico; la Regione, a sua volta, opererà con un ruolo di coordinamento tra gli attori coinvolti.

La Regione assicura l'attuazione degli interventi, secondo l'organizzazione definita nel Piano Pandemico regionale.

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 (art. 24 del Decreto Legislativo n.1 del 2 gennaio 2018).

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.

Per quanto riguarda, nello specifico, la richiesta e la disponibilità di risorse sanitarie della Regione, il coordinamento è assicurato, a livello nazionale, tramite la rete dei referenti sanitari (RSR) per le grandi emergenze, di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio del 24 giugno 2016, in quanto Responsabili della Funzione Sanità, assistenza sociale e veterinaria nel proprio territorio.

Per assicurare la ricognizione ed attivazione speditiva delle risorse disponibili, il DPC può avvalersi della Centrale Remota per l'Organizzazione dei Soccorsi Sanitari (CROSS), come indicato dalla Direttiva sopra menzionata.

In tale ambito in base alla situazione determinata diventa fondamentale il coordinamento con altri Enti ed Amministrazioni Pubbliche con specifiche competenze, ci si avvale del Comitato Operativo Regionale e della Sala Operativa Regionale che si articola in Funzioni di supporto e coordinerà le Strutture Operative e le Componenti del Sistema Regionale di Protezione Civile

La Regione Umbria assicura l'attuazione degli interventi, secondo la programmazione, l'organizzazione e la gestione definiti nel presente Piano regionale che si coordinerà con il Piano di Contingenza Operativo regionale in caso di pandemia virale.

In Umbria sono attive 120 associazioni di volontariato con circa 4.000 volontari iscritti, iscritte a uno specifico Registro regionale di cui all'art. 28 L.R. 8/2013,

Molte di queste associazioni hanno collaborato a vari livelli alla emergenza COVID.

A titolo esemplificativo dalla prima attivazione per l'emergenza Covid-19, l'organizzazione di volontariato del Sistema di Protezione Civile, iscritte al registro regionale e la Croce Rossa sono stati operativi su tutto il territorio regionale con volontari e volontarie, equipaggi e mezzi di soccorso.

1.4.5. Definire le modalità di comunicazione interna (rete e flusso informativo interno alla Regione per le comunicazioni istituzionali)

Nel complesso quadro della *governance* degli eventi di sanità pubblica, la comunicazione rappresenta un elemento essenziale per ogni organizzazione. Il processo comunicativo attraversa, infatti, in maniera trasversale e con strumenti opportuni, le diverse fasi di gestione degli eventi pandemici, aumentando la sua efficacia quando l'organizzazione ne riconosce l'importanza fin dalla fase di non emergenza e predispone un piano specifico per la sua realizzazione.

Il piano di comunicazione regionale, derivato da quello nazionale, per quanto riguarda la comunicazione interna deve prevedere:

- La preparazione delle strutture organizzative regionali, aziendali e locali per stabilire rapporti di collaborazione e coordinamento tra le istituzioni, per garantire la circolazione delle informazioni tra gli operatori impegnati sul campo e tra tutti i soggetti sociali coinvolti con ruoli, competenze, interessi



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

e percezioni diverse (ad es. decisori politici, decisori tecnici, amministratori, professionisti della sanità, della protezione civile, della scuola);

- La costruzione di un processo comunicativo continuo sul rischio che garantisca la chiarezza, la trasparenza, la tempestività e l'affidabilità delle informazioni, anche al fine di raggiungere decisioni efficaci e coerenti; in questo senso è importante mitigare gli effetti negativi del rischio sanitario, fornendo a chi è coinvolto tutte le informazioni adeguate a proteggersi e a contribuire alla protezione della comunità, al fine di essere in grado di condividere le informazioni utili, spiegare in modo accessibile a tutti ciò che avviene quando si verifica una situazione di rischio;
- La pianificazione di una strategia di comunicazione interna che preveda un utilizzo integrato dei mezzi di comunicazione (ad es. videoconferenze, gruppi di lavoro, reportistica, chat, siti intranet, mail, webinar)
- L'utilizzo di una strategia di contrasto alla disinformazione che eviti, in tutti i professionisti, ai vari livelli, delle organizzazioni regionali, aziendali e locali, la diffusione di paure incontrollate e la sfiducia nelle istituzioni stesse.

1.4.6. Definire le modalità di comunicazione esterna (livello regionale)

Sul versante della comunicazione esterna, il piano di comunicazione regionale deve prevedere:

- La costruzione di un processo comunicativo continuo sul rischio, bidirezionale, partecipativo, di scambio e condivisione di informazioni e opinioni, che garantisca la chiarezza, la trasparenza, la tempestività, l'omogeneità e l'affidabilità dell'informazione e rafforzi la credibilità delle istituzioni;
- La partnership con altre autorità e istituzioni presenti sul territorio nazionale, regionale e con la società civile;
- La pianificazione di una strategia di comunicazione che preveda un utilizzo integrato dei mezzi di comunicazione scelti di volta in volta in base al target, agli obiettivi, alle risorse, al tempo, con lo scopo di favorire non solo un passaggio unidirezionale di informazioni (media, siti web, mail, opuscoli informativi, documentazione), ma anche uno scambio bidirezionale (social network, app, chatbot, numero verde, conferenze stampa, focus group);
- Lo sviluppo di un rapporto di collaborazione con i media attraverso la costante e chiara comunicazione delle informazioni disponibili anche se incerte (comunicazione dell'incertezza).

In particolare, per quanto riguarda la comunicazione con la popolazione generale è essenziale:

- L'identificazione dei soggetti deputati ai rapporti con i media;
- Il supporto ai decisori politici nel valutare le opzioni disponibili, nel prendere decisioni e nel valutare le conseguenze
- La definizione di messaggi chiari, omogenei, condivisi a livello nazionale, regionale e locale, elaborati sulla base delle migliori evidenze scientifiche e della percezione collettiva del rischio;
- La predisposizione di materiale informativo ad hoc destinato e utilizzabile da soggetti diversi (comunicatori, portavoce organizzativi), e comunicati a uso dei media;
- L'attivazione di canali comunicativi con il pubblico attraverso mezzi di comunicazione unidirezionali (siti web, posta elettronica) e bidirezionali (linee telefoniche dedicate, comunicazione vis a vis tra cittadino e operatori in spazi e tempi differenziati)
- L'utilizzo di una strategia di contrasto alla disinformazione che eviti la diffusione di paure incontrollate nella popolazione e la sfiducia nelle istituzioni

In stretto raccordo con il livello nazionale, la realizzazione di campagne di comunicazione nel periodo inter-pandemico e di allerta pandemica centrata sugli interventi di prevenzione della influenza stagionale con la divulgazione di materiali informativi on-line e off-line anche attraverso il coinvolgimento di altri Enti Pubblici.



**PIANO STRATEGICO-OPERATIVO DI
PREPARAZIONE E RISPOSTA
AD UNA PANDEMIA INFLUENZALE
2021-2023**



PARTE II
FASE PANDEMICHE
E
AZIONI CHIAVE



Parte II: FASI PANDEMICHE

Le fasi dell'influenza pandemica riflettono la valutazione del rischio dell'OMS sulla situazione globale relativa a ciascun virus dell'influenza con potenziale pandemico che infetta l'uomo. Queste valutazioni vengono fatte inizialmente, quando tali virus vengono identificati, e aggiornate sulla base di nuovi dati virologici, epidemiologici e clinici.

Le fasi globali -inter pandemica, di allerta, pandemica e di transizione -descrivono la diffusione del nuovo sottotipo di virus influenzale nel mondo e le sue conseguenze cliniche. Man mano che il virus pandemico si diffonde, i Paesi affrontano rischi diversi in momenti diversi.

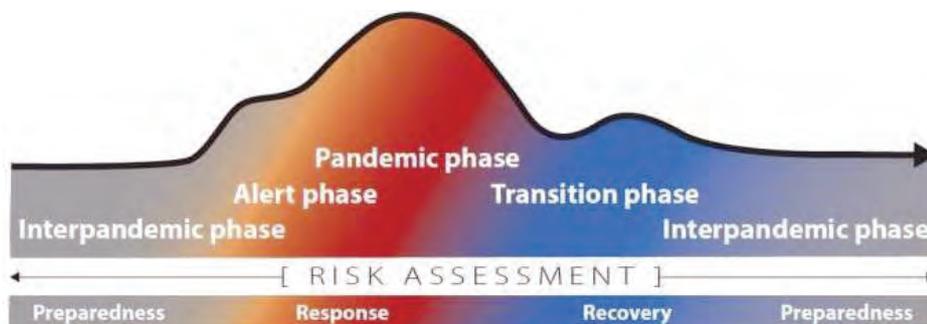
Per tale motivo, ogni Paese è tenuto a sviluppare le proprie valutazioni del rischio a livello nazionale, pur tenendo conto delle informazioni fornite dalle valutazioni globali prodotte dall'OMS e dall'ECDC.

L'OMS ha definito 4 fasi, che corrispondono alla progressione dell'epidemia nel territorio nazionale o locale e agli obiettivi di gestione della crisi, che possono essere utilizzati per tenere conto delle diverse situazioni che si possono creare sul territorio nazionale:

- **Fase interpandemica:** corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza.
- **Fase di allerta:** 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.
- **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 ciascun Paese può osservare diverse fasi della epidemia a livello nazionale 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.
- **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.

L'approccio basato sulle fasi stesse dell'influenza pandemica è rappresentato nella Figura seguente, che mostra l'andamento delle fasi nel contesto di preparazione, risposta e ritorno alla normalità, come parte di un approccio legato alla gestione dei rischi nelle diverse fasi dell'emergenza.

Figura 7 Andamento delle fasi pandemiche (fonte OMS)



Queste fasi potrebbero evolvere in tempi differenti in un determinato Paese a seconda della conformazione geografica o di altre caratteristiche legate all'epidemiologia dell'agente eziologico.

Pertanto, il diagramma sopra esposto potrebbe apparire diversamente rappresentato a seconda che si esamini una singola regione o l'intero Paese.

La comunicazione/dichiarazione di fase della pandemia influenzale, incluso l'incremento o il depotenziamento, sarà effettuata dal Direttore Generale dell'OMS, in accordo con i regolamenti esistenti che governano la notifica e il controllo delle malattie infettive (ad es. il Regolamento Sanitario Internazionale) e, se necessario, in consultazione con altre Organizzazioni e Istituzioni. A livello nazionale, l'informazione sulla dichiarazione di fase dell'OMS e sul corrispondente livello di allerta nel Paese verrà data dal Ministro della salute. La comunicazione alla nazione della dichiarazione di pandemia influenzale da parte dell'OMS sarà effettuata dal Presidente del Consiglio su indicazione del Ministro della salute.

Con il presente Piano, la Regione Umbria adotta le fasi dichiarate dall'OMS nell'aprile 2005 e condivide gli obiettivi di sanità pubblica raccomandati dall'OMS per ogni fase.

Le diverse fasi sono di seguito categorizzate e specificate.

Situazione	Livelli Istituzionali
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.
Fase di transizione pandemica	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.
Fase inter-pandemica	Corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

<p>Fase pandemica</p>	<p>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 ciascun Paese può osservare diverse fasi della epidemia a livello nazionale 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.</p>
<p>Preparedness</p>	<p>La preparedness nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive ed a mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.</p>
<p>Readiness</p>	<p>L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la readiness come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella preparedness</p>

Tabella. Fasi pandemiche (fonte OMS)



2.1 Fase interpandemica

Gli elementi chiave per la preparedness e la risposta

La fase inter-pandemica corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza. Questa è, tuttavia, anche la fase in cui sviluppare attività di preparedness rafforzando le capacità di identificazione, prevenzione e risposta a virus influenzali emergenti a potenziale pandemico. In questa sezione sono evidenziate sia le attività routinarie che attività di preparazione volte a rafforzare la consapevolezza del rischio di una pandemia e ad implementare, esercitandoli, i contenuti del piano operativo-strategico regionale per permettere una sua rapida ed efficace applicazione.

2.1.1. Attività di governance

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	Attività di Governance dal livello nazionale a quello regionale e aziendale
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Azioni per la stesura del Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in linea con il PanFlu nazionale 2021-2023
REFERENTE	- Direttore regionale Salute e Welfare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Pianificazione, Programmazione e controllo del SSR - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione economico finanziaria delle aziende sanitarie. - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR – Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Protezione civile ed emergenze - Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	Nella fase inter-pandemica la Regione deve approvare un piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in linea con il Piano Nazionale impegnandosi a darne attuazione nei 120 giorni successivi – piani di potenziamento e flessibilità dei servizi territoriali e ospedalieri, piani operativi aziendali, piani di formazione per il personale, criteri di approvvigionamento e accantonamento di DPI, criteri per l'accesso diversificato ai Pronto Soccorso (PS) in caso di emergenze infettive, criteri per rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni in ambito assistenziale (es. nelle RSA) ecc. – in linea con quanto definito nella checklist operativa di autovalutazione riportata negli allegati. Nel piano Pandemico Regionale vengono dettagliati i meccanismi di coordinamento regionale con individuazione di una chiara catena di responsabilità, definizione dei sistemi di raccordo tra le articolazioni e messa a punto della collaborazione tra i vari attori e dei canali di comunicazione. Nel Piano regionale sono poi definite le fasi pandemiche (interpandemica, allerta pandemica, pandemica e di transizione) e le azioni chiave da intraprendere a livello regionale e a livello delle Aziende, prevalentemente nella fase interpandemica, al fine di essere meglio preparati ad una pandemia. Nell'ambito di tale pianificazione deve essere definita la stima delle risorse economiche necessarie e l'istituzione di un tavolo di lavoro per realizzare una analisi e il monitoraggio dello



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>stato di implementazione della pianificazione pandemica influenzale nella Regione. Le risorse necessarie per la realizzazione del piano pandemico regionale devono essere finanziate con fondi specifici vincolati alla pandemia e aggiuntivi rispetto al finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale e dei relativi riparti nel Fondo Sanitario Regionale. Per rispondere all'esigenza di operare una stima degli oneri nascenti dall'applicazione del PanFlu 2021-2023 e, in particolar modo, degli oneri connessi alle attività legate alla fase inter-pandemica, è stato istituito un tavolo di lavoro interistituzionale con le Regioni/PA. E' stata, quindi, avviata presso le Regioni e le Province Autonome una rilevazione dei costi relativi alle diverse attività ed azioni previste dal citato Piano, attraverso la compilazione di una scheda appositamente predisposta dal Ministero della salute.</p> <p>In questa fase, saranno inoltre istituite le basi per una rete consolidata sull'intero territorio nazionale di esperti in sanità pubblica con specifici ruoli nel campo della pandemic preparedness influenzale. A tale scopo si individuerà una rete di referenti nominati dalle Regioni/PA coordinata dal Ministero della Salute con presenza di esperti da istituzioni chiave per la preparedness pandemica nazionale tra cui l'ISS, AIFA, AGENAS, INAIL e altre istituzioni pubbliche rilevanti (rete italiana di preparedness pandemica). Con Decreto Ministeriale del 5 maggio 2021 è stata costituita la Rete italiana di preparedness pandemica influenzale, rete di sanità pubblica estesa sul territorio nazionale con funzioni di governance per tutte le attività di preparazione ad una pandemia influenzale, di risposta pandemica e di recupero post-pandemico. La rete è composta dai Direttori Generali del Ministero della Salute delle Direzioni coinvolte nell'attuazione del Piano pandemico, da esperti indicati dallo stesso Ministero, esperti dell'Istituto Superiore di sanità, di AIFA, del Dipartimento della Protezione Civile, dell'INAIL e dai referenti per il Panflu 2021-2023 indicati da ciascuna delle Regioni e Province Autonome.</p> <p>Nella fase inter-pandemica il Piano Nazionale prevede anche la stesura di un piano di contingenza per la risposta ad emergenze pandemiche influenzali in collaborazione con attori dell'SSN e di organi operativi in stato di emergenza con il ricorso agli strumenti straordinari previsti ai sensi della legislazione sull'emergenza anche coinvolgendo il DPC e nell'ambito delle reti e istituzioni già esistenti, la costituzione di un nucleo epidemic intelligence, scenari pandemici e valutazione del rischio (DISPATCH)-</p> <p>Con nota del Dipartimento della Protezione Civile è stato formalizzato il Piano di Contingenza operativo in caso di pandemia influenzale. Il Piano di contingenza, che descrive il modello di coordinamento a livello centrale e regionale per la gestione di un'emergenza pandemica e la strategia operativa (livelli di attivazione, obiettivi, azioni), è stato predisposto a cura del Dipartimento della Protezione Civile con il contributo delle strutture operative del SNPC e sulla scorta delle proposte di integrazione formulate dal Ministero della Salute.</p> <p>Con Decreto del Direttore Generale della Prevenzione del 1 giugno 2021 è stata costituita la Rete DISPATCH, nucleo di esperti con funzioni di epidemic intelligence, scenari pandemici e valutazione del rischio in grado di valutare l'impatto di virus influenzali emergenti a potenziale pandemico con caratteristiche di trasmissibilità e gravità più elevate rispetto a quanto documentato in precedenza tramite studi ad hoc sulla popolazione e sui servizi sanitari italiani. La rete è composta di esperti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di sanità e da un esperto designato dall'INMI L. Spallanzani.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 2 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Individuare il referente regionale come componente della "Rete italiana di preparedness pandemica influenzale" che parteciperà alle attività della rete con le modalità previste dal redigendo regolamento. Si procederà con la nomina del Referente che avrà il compito di coordinare le attività di formazione e di esercitazione e di aggiornare il Piano Pandemico Regionale 2) Stimare, in collaborazione con le Aziende, le risorse necessarie, nella fase inter-pandemica, per le attività di governance, per le attività di sorveglianza epidemiologica e virologica, per l'adeguamento dei Servizi sanitari, per le misure di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non, per l'approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), forniture di dispositivi medici essenziali e per le attività di ricerca e sviluppo. Nel mese di



	<p>Agosto vi è stato un approfondimento con il Ministero per la valutazione di quanto pianificato. La griglia della stima delle risorse economiche necessarie a garantire la realizzazione delle attività previste nella fase inter-pandemica del Piano regionale elaborata dopo il confronto con il Ministero è stata già trasmessa in via preliminare ai competenti uffici ministeriali per la valutazione e verifica definitiva. Quando assegnate le risorse dal livello ministeriale saranno impiegate e trasferite alle Aziende con vincolo di utilizzo. Si procederà al monitoraggio nell'utilizzo.</p> <p>3) Redigere il Piano Pandemico Regionale Strategico Operativo per la Preparazione e Risposta ad una pandemia influenzale, in collaborazione con la Direzione Regionale Protezione Civile, Aziende Sanitarie, IS^ZSUM e professionisti del SSR. Il Piano, in sinergia con il piano di contingenza operativo predisposto dal DPC, potrà essere attivato in fase pandemica o anche in fase di allerta se l'epidemia evolve rapidamente. In fase interpandemica si procede con la verifica della realizzazione delle azioni chiave per il mantenimento della rete dei servizi assistenziali previsti anche attraverso le autovalutazioni e con la parte formativa soprattutto con la programmazione delle esercitazioni. La fase interpandemica è anche la fase di aggiornamento del piano dopo la fase di transizione epidemica sulla base dell'acquisizione di nuovi dati e informazioni sul rischio derivanti dalla fase pandemica. In assenza di pandemia il Piano andrà a revisione almeno ogni 3 anni. In sintesi si è dato seguito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ricepire il piano strategico operativo nazionale ➤ Individuare il gruppo di per la stesura del piano operativo-strategico e dei gruppi per area tematica nonché per monitorare lo stato di implementazione della pianificazione pandemica (cfr. tab.2) ➤ Mappare la struttura della popolazione relativamente alle caratteristiche demografiche e al Profilo di rischio (Allegato 1A) ➤ Definire la Catena di Comando (cfr. tab.2) ➤ Definire l'Unità di Crisi Regionale di Emergenza Epidemica (cfr. tab.2) (Allegato 1B) ➤ Definire la composizione del Comitato Pandemico regionale finalizzato al potenziamento della rete di sanità pubblica volta a garantire sistemi integrati di pronta attivazione in caso di Pandemica Influenzale. (cfr. tab.2) (Allegato 1C) ➤ Definire nell'ambito del Comitato Pandemico il Comitato Tecnico Scientifico, il Nucleo Epidemiologico ➤ Definire i Comitati Aziendali ➤ Redigere tutte le sezioni previste dal piano e descritte successivamente <p>La redazione del Piano si completa con l'individuazione delle azioni chiavi per definizione le misure di governo per la gestione delle risorse sanitarie umane e strutturali per garantire le attività nelle fasi pandemiche come descritte nei paragrafi specifici.</p> <p>Come definito in sede di Commissione Salute Il Piano regionale verrà trasmesso entro il 29.10.2021 con nota della Direzione regionale Salute e Welfare al Ministero. Seguirà la fase di interlocuzione con il Ministero per la valutazione dello stesso e la successiva adozione definitiva corredati dei documenti attuativi entro febbraio 2022.</p> <p>4) Definire il Piano di Monitoraggio, Valutazione, Test e Revisione del Piano monitorando lo stato di avanzamento nell'implementazione delle azioni previste relazionando con cadenza annuale così come previsto dal "Ciclo triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano pandemico influenzale". (1D)</p> <p>5) Predisporre check list di monitoraggio dei servizi (Allegato 1E)</p> <p>6) Predisporre il Piano di contingenza operativo: il piano di contingenza è di livello nazionale non è attivo è solo predisposto per essere pronto in fase pandemica o in fase di allerta se la situazione evolve rapidamente e verrà attivato secondo uno schema modulare per livelli crescenti per adattare le azioni alle esigenze operative del territorio. A livello regionale verrà attivata l'UCRESP che opera in stretto raccordo con la sala operativa regionale. E' stata completata la mappatura richiesta e inviata al Ministero tramite mail per individuare le strutture e i ruoli che a livello regionale sono di riferimento per il piano di contingenza.</p> <p>7) Interagire con la rete DISPATCH individuata a livello nazionale.</p>
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Partecipare all'elaborazione del piano strategico operativo regionale, attraverso i gruppi di lavoro e alla stesura dei documenti attuativi. 2) Recepire il piano operativo regionale 3) Redigere il documento di Attuazione delle disposizioni del Piano Operativo regionale 4) Designare i Membri del Comitato Aziendale 5) Nominare il Coordinatore del Comitato Aziendale che diventa un membro della rete regionale. 6) Stendere il Regolamento di funzionamento del Comitato aziendale 7) Implementare il sistema informativo regionale a livello di servizio/struttura interessata dedicato al monitoraggio dei servizi sanitari e ai sistemi di sorveglianza con garanzia del debito informativo previsto 8) Attivare la rete dei servizi e dei percorsi definita a livello regionale 9) Stesura del sistema documentale e relative procedure per le attività di governance e funzionamento dei servizi (<i>cf. anche argomenti di riferimento nelle liste di autovalutazione</i>)
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione Membri U.C.R.E.S.P. (ALLEGATO 1B - rif. Tab. 2) • Individuazione Membri Comitato Pandemico (ALLEGATO 1C - rif. Tab. 2) • Delibere Aziendali Comitati Aziendali entro 30 gg. • Nomina del CTS e Nucleo Epidemiologico entro 60 gg dal termine dell'attuale stato di emergenza • Piano di Monitoraggio (ALLEGATO 1D e 1E - rif. Tab. 51.52.) • Stima delle risorse per la fase inter pandemica inviata con nota DG_0004913_2022 del 15.2.2022
ALTRO	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura della popolazione (ALLEGATO 1A- rif. Tab. 8)

2.1.2. Attività di Sorveglianza epidemiologica e virologica

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica e virologica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	RAFFORZAMENTO DELLA SORVEGLIANZA DELL'INFLUENZA STAGIONALE
REFERENTE	- Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza alimentare Direzione regionale Salute e Welfare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione regionale Salute e Welfare – Regione Umbria - Sezione Sanità Animale - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Responsabile Epidemiologia USL Umbria 1 - Responsabile Epidemiologia e Promozione della Salute USL Umbria 2 - Amministratore Unico PuntoZero Scarl - UOD Osservatorio Epidemiologico Veterinario Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche



<p>DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'</p>	<p>L'elevata variabilità antigenica delle proteine di superficie del virus influenzale è alla base della possibilità, da parte dei virus, di superare le barriere anticorpali presenti nella popolazione e di causare le epidemie influenzali annuali e, in alcuni casi particolari, di generare emergenze di tipo pandemico: pertanto, in fase interpandemica è indispensabile mantenere attivi i in rete i sistemi di sorveglianza. I sistemi di sorveglianza a livello internazionale (<i>Global Influenza Surveillance and Response System -GISRS</i> coordinato dall'OMS) possono fungere infatti da sistema di allarme precoce, individuando un andamento epidemiologico inusuale rispetto ad una situazione di base dell'influenza stagionale.</p> <p>L'ECDC nel documento "Novel coronavirus (SARS-CoV-2) Surveillance Strategy" ritiene la sorveglianza epidemiologica e virologica dei pazienti dei medici sentinella con sindrome simil-influenzale (ILI) una delle principali fonti di dati, pertanto tale sistema di sorveglianza deve essere rafforzato e ampliato aumentando la copertura della popolazione sorvegliata.</p> <p>Nell'ambito dell'Unione Europea, è attivo il sistema di allerta EWRS (Early Warning and Response System) e il Ministero della Salute provvede a disseminare tempestivamente le informazioni ricevute dall'EWRS agli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF) e alle autorità regionali competenti. Peraltro, le segnalazioni di eventi generati nel nostro Paese vengono trasmesse dal Ministero della Salute all'OMS e/o alla CE e/o agli altri Stati Membri o a singoli Stati Membri, attraverso la rete RSI e/o EWRS.</p> <p>Inoltre, in fase interpandemica, deve essere potenziato lo scambio tempestivo e sistematico di informazioni tra le unità di sorveglianza della fauna animale o selvatica e della salute umana in risposta a potenziali eventi di zoonosi, compresa l'influenza (dovuta a potenziali virus influenzali zoonotici a potenziale pandemico)</p> <p>In Italia è attivo da anni un piano di controllo nazionale basato su un sistema di sorveglianza attiva e passiva che ha come obiettivo la precoce identificazione nel territorio nazionale della circolazione di virus influenzale ad alta e bassa patogenicità sia negli allevamenti di tipo industriale e familiare sia nella popolazione di uccelli acquatici selvatici.</p> <p>Il piano si basa su un'attenta analisi del rischio che tiene conto della distribuzione spaziale degli allevamenti, della tipologia di allevamento, di precedenti focolai di malattia e dei sottotipi di virus circolanti.</p> <p>Questo presuppone che i laboratori regionali identificati per l'analisi dei virus umani o animali siano in grado di effettuare tutte le analisi necessarie (Vedi cap. ATTIVITA' DI RICERCA E SVILUPPO) e di mettere in rete i risultati.</p> <p>In Italia il consolidato sistema di Sorveglianza InFluNet, che è alla base della sorveglianza, si avvale del contributo di una rete di MMG e PLS reclutati dalle Regioni, che segnalano i casi di sindrome simil influenzale (ILI) osservati tra i loro assistiti permettendo la valutazione relativa all'incidenza stagionale della malattia, per settimana, per fasce di età, per localizzazione regionale. Viene inoltre effettuata la raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti (eseguita dai Laboratori facenti parte della Rete InFluNet) contribuendo così al sistema di sorveglianza virologica che fa capo al Centro Nazionale Influenza (NIC-ISS), presso l'ISS, laboratorio nazionale di riferimento che fa parte di una rete mondiale di laboratori coordinati dall'OMS per lo svolgimento delle attività del GISRS che può identificare, caratterizzare e valutare eventuali cluster di ILI o di forme gravi di influenza, di evidenziare nuove varianti virali e verificare e quantificare la circolazione di ceppi di tipo A e B.</p> <p>Nella fase interpandemica è prevista la realizzazione di un sistema nazionale di allerta rapida (SARR) in grado di identificare eventi inusuali/inattesi rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza, dovuti anche all'emergere delle nuove varianti al fine di pianificare misure di controllo e di intervento. Quando la sorveglianza contribuisce ad evidenziare e identificare una minaccia a carattere pandemico generalmente consegue una dichiarazione da parte dell'OMS di "emergenza di sanità pubblica internazionale" (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) che, di fatto, porta al passaggio da una fase inter-pandemica ad una fase di allerta pandemica. Da questo momento, è necessario intensificare la raccolta di informazioni a livello globale e la sorveglianza sul territorio nazionale.</p>
---	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 3 e 4 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale vengono di seguito declinate.</p> <p>Al fine di generare informazioni sull'andamento dell'influenza stagionale che possono essere usate per pianificare appropriate misure di controllo e interventi è indispensabile disporre di un sistema di sorveglianza attivo e aggiornato che possa anche identificare eventi inusuali/inattesi rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza (sia dovuti a virus influenzali noti che a nuovi virus influenzali emergenti).</p> <p>1) In Umbria è attiva ormai da molti anni la sorveglianza epidemiologica e virologica e già con il primo Piano Pandemico regionale nel 2007 è stato progressivamente allargato il numero dei medici "sentinella" partecipanti, inserendo anche alcuni PLS. I dati raccolti settimanalmente rendono possibile analizzare e valutare la diffusione dei virus influenzali circolanti, l'intensità, la severità delle forme influenzali, l'andamento della mortalità, nonché l'efficacia delle misure preventive, con particolare attenzione alle attività vaccinali. Pur avendo mantenuto un numero di medici sentinella che ha permesso di sorvegliare una discreta quota di popolazione, non è stato possibile, negli ultimi due anni, garantire l'uniformità della sorveglianza sul territorio regionale. Pertanto, a livello regionale sono state date indicazioni alle Az. USL per incrementare il numero dei medici sentinella (fino a 35 unità) al fine di raccogliere segnalazioni da un campione rappresentativo della popolazione umbra (almeno 4%). La sorveglianza virologica che raccoglie dati sulla caratterizzazione di virus influenzali epidemici viene svolta tramite Laboratorio di Virologia dell'Università degli studi di Perugia che fa parte della Rete Influnet nazionale.</p> <p>2) I Presidi ospedalieri umbri partecipano al Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata segnalando al Ministero e all'ISS i casi gravi e complicati di influenza confermati da diagnosi di laboratorio, le cui condizioni prevedano il ricovero in Unità di terapia intensiva (UTI) e/o, il ricorso alla terapia in Ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO). I Presidi ospedalieri delle Az. USL e le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni dovranno quindi proseguire, con verifica periodica da parte dalle Direzioni sanitarie, il monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata.</p> <p>3) Per quanto riguarda la parte relativa ai virus influenzali aviari la Regione Umbria, da anni fa proprie le indicazioni del Piano nazionale di Sorveglianza per l'Influenza Aviaria redigendo un proprio Piano regionale di concerto con il Ministero della Salute ed Il Centro di Referenza Nazionale per l'Influenza Aviaria. Il Piano si basa sulla realtà zootecnica umbra sia in termini numerici che di distribuzione spaziale e sulla situazione epidemiologica relativa ad eventuali focolai di malattia avvenuti nella Regione negli anni precedenti. All'interno del Piano sono previsti flussi informativi intra ed extra regionali.</p> <p>4) Già in questa fase va rafforzato lo scambio tempestivo e sistematico di informazioni tra le unità di sorveglianza della fauna animale o selvatica) e della salute umana in risposta a potenziali eventi di zoonosi, compresa l'influenza con scambio di informazioni costante (rete) con un approccio "One Health"; in quest'ottica viene potenziata la sorveglianza epidemiologica e virologica veterinaria e viene costituito un Team regionale aziendale per l'analisi dei dati di sorveglianza e la programmazione di controlli periodici per i quali è previsto l'incremento di 4 unità di Medici veterinari. Inoltre è fondamentale implementare un sistema di sorveglianza virologica attiva nelle popolazioni professionalmente esposte a passaggi di specie e seguire i casi in cui l'uomo si trova ad essere più esposto a virus influenzali animali. Dovrà essere pertanto costruito un sistema di cooperazione applicativa che permetta ai sistemi informativi esistenti di avvalersi delle proprie logiche mettendo in comune i dati raccolti. Dato che nelle fasi iniziali di una pandemia influenzale può essere complesso definire rapidamente protocolli e procedure, identificando ex novo personale e risorse da dedicare, in fase inter-pandemica verranno sviluppati protocolli operativi "quadro" e ulteriori strumenti per la raccolta dati. Lo studio dei dati raccolti dai diversi sistemi di sorveglianza integrati fra loro, soprattutto sui primi casi e focolai di infezione, permettono</p>
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>l'acquisizione di informazioni fondamentali sulla trasmissibilità del nuovo virus e sull'impatto clinico della malattia da finalizzare all'attivazione di misure di risposta proporzionali e adeguate. Peraltro, protocolli di indagini diagnostiche suppletive nella popolazione umana vanno previste in caso di individuazione di virus influenzali zoonotici nella popolazione avicola umbra.</p> <p>5) Al fine di collaborare al sistema nazionale di Epidemic Intelligence verrà attivata la collaborazione al Sistema di sorveglianza basata su eventi e al sistema di sorveglianza sindromica basata sugli accessi in pronto soccorso (DISPATCH): una volta definite le ulteriori informazioni necessarie dall'apposito gruppo di lavoro nazionale, verrà implementato anche a livello regionale e contribuirà al monitoraggio degli aumenti inattesi delle sindromi influenzali con una tempestività sufficiente ad una sua applicazione come strumento di allerta rapida. Il sw di PS dovrà quindi essere integrato con il DB regionale.</p> <p>6) Il sistema di Sorveglianza InFluNet (ora InFluNet&Covidnet), a livello regionale è alla base della sorveglianza permette la valutazione dell'incidenza stagionale della malattia, per settimana, per fasce di età e, grazie ai campioni biologici raccolti, finora sono stati identificati i virus circolanti, contribuendo a caratterizzare e valutare eventuali cluster di ILI o di forme gravi di influenza, di evidenziare nuove varianti virali e verificare e quantificare la circolazione dei diversi ceppi di virus di tipo A e B. Sarà garantito un aggiornamento continuo delle competenze e delle metodologie necessarie per la sorveglianza virologica dei laboratori della Rete InFluNet, in accordo con le indicazioni fornite dagli Organismi di riferimento internazionali Vedi CAP. ATTIVITA' DI RICERCA E SVILUPPO</p> <p>7) I report settimanali e stagionali sull'andamento della malattia predisposti regolarmente dall'ISS si avvalgono di tutte queste informazioni raccolte a livello regionale. Inoltre lo studio dei dati raccolti dai diversi sistemi di sorveglianza integrati fra loro, soprattutto sui primi casi e focolai di infezione, permettono l'acquisizione di informazioni fondamentali sulla trasmissibilità del nuovo virus e sull'impatto clinico della malattia (contribuendo alla costruzione della piattaforma SARR nazionale) da finalizzare all'attivazione di misure di risposta proporzionali e adeguate.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE /IIZSUM</p>	<p>1) Potenziare la sorveglianza dei casi di sindrome influenzale stagionale Al fine di mantenere attiva ed efficace la sorveglianza, le Aziende USL, già dalla stagione 2021/2022, coinvolgeranno un maggior numero di MMG e PLS per svolgere il ruolo di medici sentinella, al fine di monitorare almeno il 4% della popolazione per classe di età (corrispondente a 35 medici sentinella) e dovranno assicurarsi che venga attivata anche la sorveglianza virologica in collaborazione con il laboratorio di riferimento regionale</p> <p>2) Progettare il nuovo Sistema di Bio-sorveglianza regionale utilizzabile per diverse tipologie di malattie infettive e in collegamento con i diversi sistemi di sorveglianza speciali istituiti a livello nazionale, al fine di raccogliere tutti i dati utili nelle diverse fasi pandemiche per il monitoraggio, la gestione, il calcolo degli indicatori: si procederà quindi all'evoluzione e lo sviluppo delle funzioni CRM multicanale, più l'analisi security e DPIA, nonché l'integrazione delle cartelle cliniche di MMG e PLS</p> <p>3) Nominare i Referenti aziendali per la prevenzione e la sorveglianza I Direttori Generali delle Aziende USL e delle Az. Ospedaliere provvederanno a nominare uno o più Referenti Aziendali che collaborino con il Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza alimentare della Direzione regionale Salute e Welfare al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - seguire e valutare l'andamento della sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza con la collaborazione dei medici "sentinella", - assicurare la segnalazione dei casi gravi e complicati di influenza confermata; - promuovere e organizzare la campagna di vaccinazione degli operatori sanitari; - seguire l'andamento della campagna vaccinale nella popolazione in carico ai MMG e ai PLS <p>4) Potenziare il Monitoraggio delle forme gravi e complicate I Presidi ospedalieri delle Az. USL e le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni dovranno quindi proseguire, con verifica periodica da parte delle Direzioni sanitarie, il monitoraggio</p>



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata (e la relativa segnalazione), che necessitano di ricovero in Unità di terapia intensiva (UTI) e/o, il ricorso alla terapia in Ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO).</p> <p>5) Elaborare i dati raccolti I Servizi di Epidemiologia aziendali, già attivati nel corso della pandemia da COVID-19, procederanno periodicamente alla analisi dei dati integrati provenienti dai diversi sistemi di sorveglianza (umana e animale - in un'ottica One Health), al fine di contribuire alla elaborazione di informazioni fondamentali sulla trasmissibilità del nuovo virus e sull'impatto clinico della malattia (valutando anche la necessità di integrare i dati da raccogliere) che diventeranno fondamentali in fase di "allerta"</p> <p>6) Attivare la collaborazione con l'ISUZUM L'ISUZUM tramite l'Osservatorio epidemiologico collabora con la Regione nella stesura del Piano Regionale, effettua analisi descrittive e spaziali relative alla popolazione zootecnica aviaria e contribuisce ad eventuali analisi del rischio per individuare zone a maggior rischio di introduzione di virus influenzali. I Sistemi Informativi e Anagrafi dell'Istituto curano tutto il flusso dati previsto dal Piano. I laboratori di sierologia e virologia effettuano gli esami di laboratorio. I servizi veterinari aziendali partecipano all'attuazione del Piano Regionale di Sorveglianza per l'Influenza Aviaria</p> <p>7) Sperimentare l'evoluzione del sw di Pronto soccorso e avviare la formazione degli operatori di PS per avviare il sistema di sorveglianza sindromica DISPATCH, così come verrà definito dall'apposito gruppo di lavoro nazionale.</p>
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> Approvazione protocollo operativo "quadro" per l'integrazione e l'utilizzo dei dati raccolti dai diversi sistemi di sorveglianza (umana e animale) integrati entro 60 gg come previsto dal documento attuativo "Sorveglianza Epidemiologica e Virologica in fase Interpandemica" (ALLEGATO 2A- rif. Tab. 3)
ALTRO	<ul style="list-style-type: none"> Approccio one health (ALLEGATO 2B)

2.1.3. Servizi sanitari e gestione clinica

2.1.3.1 Servizi sanitari di prevenzione

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	Servizi sanitari e di gestione clinica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Servizi sanitari di prevenzione
REFERENTE	- Dirigente Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali - Direttore Dipartimento di Prevenzione USL Umbria 1 - Direttore Dipartimento di Prevenzione USL Umbria 2 - Direttore Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia - Responsabile Epidemiologia USL Umbria 1 - Responsabile Epidemiologia e Promozione della Salute USL Umbria 2 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 2



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

<p>DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'</p>	<p>L'epidemia da SARS – CoV 2 ha evidenziato, anche in Umbria, l'importanza un sistema di individuazione precoce dei casi, nonché di ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) insieme ad altre misure come il distanziamento fisico, l'adozione di specifiche misure di contenimento del rischio nelle comunità chiuse, nonché un diffuso sistema di accertamento diagnostico. Vi è quindi la necessità di rafforzare le risorse esistenti.</p> <p>Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2020 ha individuato quale standard per garantire una efficiente ricerca e gestione dei contatti il numero non inferiore ad 1 operatore ogni 10.000 abitanti. L'obiettivo prioritario è quello di identificare precocemente tutti soggetti positivi e tempestivamente attivare il Contact Tracing per tracciare e sorvegliare attivamente tutti i contatti, con attenzione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il tracciamento dei nuclei familiari in difficoltà per limitare la diffusione del contagio • la sorveglianza delle strutture sanitarie e socio-sanitarie che ospitano pazienti fragili attraverso un programma specifico di monitoraggio periodico • la sorveglianza nelle Comunità ristrette come gli Istituti penitenziari o altre tipologie che in relazione alle condizioni strutturali e sociali possano presentare rischi più alti di diffusione e contagio • la sorveglianza di soggetti stranieri extracomunitari, migranti, persone senza fissa dimora. <p>E' quindi da prevedere in fase inter-pandemica una espansione programmata delle risorse umane dedicate alla risposta pandemia nei servizi territoriali, fino ad arrivare alla soglia minima di 1 operatore sanitario territoriale ogni 10.000 abitanti, validata durante la pandemia da virus SARS-CoV-2.</p> <p>Dovrà quindi essere prevista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'acquisizione di Medici specialisti in Igiene e Sanità Pubblica per la USL Umbria1 e per la USL Umbria 2 da assegnare ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimento di Prevenzione ed a Servizi di Epidemiologia 2. l'acquisizione di assistenti sanitari, che dovranno essere distribuiti sul territorio, almeno 1 per ciascuno degli attuali distretti di entrambe le USL, ai quali attribuire le seguenti funzioni di supporto nel contact tracing, supporto alla attività di organizzazione e programmazione dell'attività vaccinale e svolgimento delle stesse, informazione ed educazione alla salute e alle misure preventive nonché quelle da attuare in caso di comparsa dei sintomi. <p>Nella primissima fase di diffusione del virus pandemico nel Paese devono inoltre essere previste attività di tracciamento dei contatti per la realizzazione di studi di valutazione sui primi casi che permettano di caratterizzare la trasmissibilità del virus pandemico, le caratteristiche di gravità clinica delle infezioni (es. studi "The First Few Hundred (FF100) o "First Few Cases (FFX)").</p> <p>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 (cfr. Tabella 5 PanFlu 2021-2023).</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 5 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) garantire la partecipazione del Referente regionale individuato nella Rete di Preparedness alla stesura del Protocollo di livello nazionale; 2) garantire la partecipazione della regione agli studi FFX secondo le indicazioni nazionali; 3) implementare i programmi formativi per acquisire le competenze necessarie per seguire gli studi indicati; 4) identificare le esigenze di rafforzamento dei servizi territoriali di prevenzione in base a diversi possibili scenari pandemici influenzali: in Umbria in ciascuna Azienda USL è presente un Dipartimento di Prevenzione che eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, articolato in quattro macroaree (Sanità pubblica, Prevenzione nei luoghi di lavoro, Sanità pubblica veterinaria, Sicurezza alimentare). Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione svolge tra le altre,



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>prioritariamente le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffuse e, in collaborazione con i distretti, programmazione e valutazione delle attività vaccinali; un altro ambito di intervento fondamentale è quello della sorveglianza epidemiologica finalizzata ad individuare i possibili fattori di rischio. Allo stato attuale i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione hanno una dotazione di personale molto al di sotto dello standard che il Panflu considera adeguato alla gestione della fase pandemica (0,3 operatori/10.000 contro uno standard di almeno 1 operatore/10.000 abitanti).</p> <p>Sulla base di tale contesto a livello regionale è stato stabilito di adeguare il personale allo standard attuando un modello che prevede la costituzione di un team per ciascuno dei 12 ambiti territoriali, composto da medico/i e assistente/i sanitari, in numero variabile e adeguato all'estensione del territorio.</p> <p>In particolare:</p>					
	USL Umbria 1		USL Umbria 2			
	Ambito territoriale	Medici	Assistenti sanitari	Ambito territoriale	Medici	Assistenti sanitari
	Alto Chiascio	1	3	Spoletto	1	3
	Alto Tevere	1	3	Narni- Amelia	1	3
	Trasimeno	1	3	Orvieto	1	3
	Media Valle del Tevere	1	3	Valnerina	1	1
	Assisano	1	3	Foligno	2	5
	Perugino	2	5	Terni	2	5
	TOTALE	7	20	TOTALE	8	20
	<p>Pertanto sarà necessario adeguare le risorse per un totale complessivo 15 medici e 40 assistenti sanitari;</p>					
	<p>5) Istituire la Centrale Operativa di Sorveglianza Regionale, con funzioni di coordinamento delle due centrali operative delle due aziende sanitarie identificando il Responsabile di Coordinamento (che fa parte della Unità di Crisi regionale): tale organismo gestisce le attività di integrazione dei team di ambito territoriale con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ garantire le attività di sorveglianza 7 giorni su 7 attraverso un team per USL sempre attivo per tutta la USL di riferimento; ○ collaborare con il livello regionale all'aggiornamento delle procedure e linee di indirizzo per la sorveglianza epidemiologica e la gestione dei casi e dei contatti e adottare procedure omogenee per le suddette attività; ○ garantire le attività formative dei neo-assunti e del personale eventualmente reclutato in forma aggiuntiva; ○ garantire anche il collegamento con il numero di pubblica utilità regionale. 					
	<p>La Centrale garantisce in maniera omogenea in tutti i team le linee di attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La presa in carico dei casi positivi ● Il coinvolgimento dei MMG/PLS ● Il coinvolgimento dei servizi distrettuali ● Il tracciamento dei contatti attraverso l'indagine epidemiologica, in stretta connessione con la medicina territoriale, la medicina del lavoro e il mondo della scuola. ● Individuazione e classificazione dei focolai ● Disposizione delle misure di contenimento ● Le modalità organizzative per le collaborazioni inter-istituzionali necessarie ● L'utilizzo degli strumenti informativi impiegati nelle attività di contact tracing 					
	<p>6) Redigere un piano per la redistribuzione del personale interno al SSR o di personale aggiuntivo (specializzandi, volontari, personale mobilitato da altri settori come la sanità militare) da adibire all'attività di accertamento diagnostico, contact tracing, quarantena,</p>					



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	isolamento in funzione dei diversi scenari pandemici che andrà reclutato in caso di peggioramento degli scenari, al pari di quanto fatto in corso di emergenza COVID 19).
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Adeguare le risorse di personale a quanto stabilito dal livello regionale; 2) Mappare periodicamente le risorse di personale dei Servizi ISP del DIP; 3) Definire le procedure per coordinare e trasferire il personale tra le strutture sanitarie di personale aggiuntivo sulla base del fabbisogno in relazione agli scenari pandemici e delineato nel documento regionale 4) Redigere il piano formativo del personale
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione strumenti per rafforzare la resilienza dei Servizi di Prevenzione (ALLEGATO 3.1A - rif. Tab. 5) • Moduli formativi accreditati anche in FAD per il personale, inseriti nel piano di formazione regionale • ALLEGATO 3.1B – Sicurezza sul lavoro e indicazioni per la continuità aziendale <ul style="list-style-type: none"> ○ Condivisione in seno al Comitato di Coordinamento ex art. 7 D.lvo 81/2008 entro 60 gg. ○ Costituzione del Coordinamento regionale dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e dei Medici Competenti (MC) delle Aziende Sanitarie entro 30 gg.

2.1.3.2. Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	Servizi sanitari e di gestione clinica: Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri
REFERENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Pianificazione, Programmazione e controllo del SSR- Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Direzione delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Direttori Mediche Ospedaliere - Direttore Centrale Operativa 118 - Servizio Qualità e Accreditamento Aziende Sanitarie
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>Una pandemia influenzale genera un notevole sovraccarico in svariati settori del sistema sanitario, rendendo necessarie ulteriori risorse per la sua gestione. A seconda delle caratteristiche del nuovo virus pandemico, aumenta in misura massiccia la domanda di assistenza sia domiciliare che ospedaliera, con notevole incremento del fabbisogno di posti letto nei vari livelli di intensità assistenziale e di servizi sanitari territoriali.</p> <p>In tutte le fasi della pandemia la funzionalità dei servizi sanitari deve essere garantita al miglior grado possibile, in modo da limitare – per quanto consentito dalle dimensioni del fenomeno – il</p>



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>suo impatto diretto e indiretto sullo stato di salute della popolazione.</p> <p>Oltre ai servizi per il trattamento dei pazienti affetti da influenza pandemica, devono essere garantiti i servizi sanitari per altri tipi di cure critiche ed essenziali, in particolare per i gruppi vulnerabili come i bambini, le donne in gravidanza, gli anziani, le persone con malattie croniche e oncologiche, le persone con disabilità.</p> <p>Servizi sanitari assistenziali territoriali</p> <p>In fase inter-pandemica occorre definire criteri omogenei di indirizzo, finalizzati a potenziare le capacità di risposta territoriali in caso di evento pandemico.</p> <p>Per quanto riguarda la programmazione di questi servizi, 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.</p> <p>E' importante eseguire una valutazione dell'adeguatezza delle dotazioni dei servizi territoriali in rapporto alle potenziali stime di attacco, attacco clinico e attacco clinico al picco, intervenendo all'ulteriore potenziamento qualora necessario, agendo prioritariamente e in maniera flessibile sui seguenti aspetti strutturali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento dell'assistenza primaria con l'implementazione dell'operatività delle forme aggregative che operino in maniera coordinata, sinergica ed efficace, favorendo l'assistenza territoriale con particolare riferimento all'assistenza domiciliare; • Potenziamento delle attività delle centrali operative territoriali con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina; • Potenziamento dell'attività di unità speciali di continuità assistenziale che operano sul territorio per la presa in carico domiciliare dei pazienti sospetti e diagnosticati che non necessitano di ricovero ospedaliero; • Potenziamento dei servizi infermieristici sul territorio motivato dall'esigenza, nella fase di emergenza, di supportare l'attività delle unità speciali di continuità assistenziale e dei MMG/PLS, nonché di implementare l'assistenza domiciliare per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, la cui condizione di vulnerabilità risulta aggravata dall'emergenza e dalla difficoltà di accedere alle ordinarie prestazioni territoriali; • Sviluppo e rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio (anche con riferimento al ruolo delle strutture sanitarie a bassa intensità assistenziale). <p>Servizi sanitari assistenziali ospedalieri</p> <p>Dal punto di vista della programmazione dei servizi sanitari ospedalieri, è necessario fare una premessa relativa alle misure di potenziamento del sistema sanitario nazionale adottate nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 con il già citato Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020 [56]. In particolare, all'art.2 del richiamato Decreto, è programmato un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva, che porterà a regime a 8.679 posti letto complessivi, di cui 3.500 di nuova attivazione. • 0,07 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia semintensiva, di cui il 50% dei posti letto dotati di strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio per l'immediata conversione in posti letto di Terapia Intensiva, che porterà a regime a 4.225 posti letto complessivi, di cui 2.113 convertibili in posti letto di Terapia Intensiva. <p>In sintesi</p> <p>E' cruciale che nella fase inter-pandemica siano messi a punto, testati e sottoposti a periodica verifica di efficacia i piani regionali di preparazione alla pandemia e i piani operativi locali. Tali piani devono interessare i servizi sanitari ospedalieri e territoriali pubblici e privati, devono essere articolati fino al livello di struttura/organizzazione, devono essere coerenti e coordinati</p>
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>tra loro e con il Piano pandemico nazionale, in modo da garantire la continuità operativa e il coordinamento dei servizi sanitari essenziali e devono essere attuabili in modalità scalare in base alle necessità epidemiologiche.</p> <p>La pianificazione dei servizi sanitari deve basarsi su ipotesi in merito al numero stimato di casi che necessitano di cure primarie, ospedaliere e di livello intensivo, al numero stimato di decessi e di assenze dal lavoro degli operatori sanitari, in relazione ai dati demografici locali e secondo diversi scenari di intensità, gravità e impatto</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 8 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono di seguito dettagliate.</p> <p>Per poter affrontare e gestire una pandemia influenzale si rende necessario acquisire informazioni basilari per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conoscere il contesto regionale in cui si può sviluppare una pandemia. Si è quindi provveduto a definire i fabbisogni di assistenza e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali attraverso la: <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura la struttura della popolazione umbra relativamente alle caratteristiche demografiche e al profilo di rischio della popolazione stessa per evidenziare la quota di fragilità in essa presente (anziani, malati cronici, malati rari....) che presenta gradi di rischi maggiori nei confronti delle malattie infettive (Allegato 1A) • Mappatura della rete dei servizi territoriali e ospedalieri con dettaglio dei requisiti organizzativi strutturali e tecnologici. Le strutture sono censite con i flussi HSP, STS e RIA. La mappatura dei Servizi è effettuata con la rilevazione del tracciato proposto a livello centrale ovvero con la rilevazione dei flussi informativi NSIS (dati strutture) ultimo aggiornamento, con il Conto annuale per i dati del personale (2020) e rilevazioni ad hoc per i dati non ancora rilevabili con flussi NSIS ultimo aggiornamento disponibile, per i centri vaccinali la rilevazione dei dati è al 30.6.2021. Si provvederà all'aggiornamento della mappatura su base annuale (Allegato 3.2A) • Mappatura delle strutture pubbliche o private regionali che possono essere utilizzate come strutture sanitarie alternative (es. strutture intermedie, scuole, alberghi, caserme militari), determinando il livello di assistenza che può essere fornito in ogni struttura in modo praticabile e sicuro (Allegati 3.2A e 3.2C) • Stima del fabbisogno di servizi sanitari territoriali e di posti letto ospedalieri per intensità di cure in relazione alla popolazione e agli scenari di gravità dell'epidemia (Allegato 3.2B) 2. Individuare le strutture, l'organizzazione e la funzionalità dei servizi. Si è provveduto a predisporre le misure organizzative atte garantire l'adattamento veloce della rete della disponibilità di servizi attraverso la definizione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia, con precisa individuazione del tipo di ruolo delle strutture nella rete stessa in base alle caratteristiche logistiche, organizzative e strutturali (ubicazione, separazione dei percorsi, dotazioni). La mappatura fa riferimento alla rete esistente, a quanto operativo durante l'emergenza COVID-19 e a quanto già previsto (ALLEGATO 3.2C) <ul style="list-style-type: none"> • per la rete ospedaliera nei piano di adeguamento della rete ospedaliera (DGR 483/2020 redatta ai sensi dall'art. 2 del DL 34/2020) che prevede la realizzazione di 58 posti letto di Terapia Intensiva (cod.49) per raggiungere lo standard di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti che porterà a regime a 127 posti letto complessivi di T.I., e la realizzazione di 62 posti letto di Terapia Semi-Intensiva (cod.94) per raggiungere lo standard di 0,07 posti letto per 1.000 abitanti riconvertendoli dalle altre discipline; • per la rete territoriale nel piano territoriale DGR 916 redatta ai sensi degli articolo 1 del DL 34/2020 successivamente convertito in Legge 77/2020.e che prevede il potenziamento dell'ADI, il reclutamento degli Infermieri di Famiglia/Comunità nel numero di 142 unità per garantire il rapporto di 8 ogni 50.000 abitanti, la realizzazione della COT....



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>Previsto l'aggiornamento della rete territoriale e ospedaliera in relazione alle modifiche strutturali e organizzative previste dai piani di adeguamento.</p> <p>3. Predisporre piani per alzare il livello di resilienza del sistema. E' stata avviata la stesura del piano di aumento della capacità di continuità operativa dei servizi (ALLEGATO 3.2D) che in alcune sezioni va completa ulteriormente per essere pienamente attuativa. Il piano di potenziamento fa riferimento alla rete esistente e a quanto operativo durante l'emergenza COVID-19 con i piani di sviluppo. Il piano sarà rivisto in relazione agli esiti del monitoraggio anche in relazione alla revisione che il redigendo Piano Regionale Socio-Sanitario potrà apportare alla rete dei servizi territoriali e ospedalieri della Regione Umbria. Come previsto dalle indicazioni del PanFlu il documento provvede alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione servizi/funzioni essenziali • Definizione di procedure per la rimodulazione delle attività sanitarie di elezione • Stima del fabbisogno di personale minimo necessario a livello di singola struttura per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali, prevedendo piani di continuità operativa delle strutture sanitarie in base agli scenari di assenza degli operatori a causa di contagi. • Stima del fabbisogno di personale aggiuntivo, con identificazione dei ruoli che possono essere supportati da personale mobilitato da altri settori (es. sanità militare) o da volontari. • Elaborazione di procedure per coordinare e trasferire il personale tra le strutture sanitarie • Sviluppo o rafforzamento degli accordi istituzionali con gli operatori sanitari privati per coordinare l'erogazione dei servizi sanitari durante una pandemia • Definizione di procedure per mobilitare, addestrare, accreditare e gestire i volontari per fornire, se necessario, capacità di intervento supplementare • Predisposizione di metodi a distanza per triage e per offrire assistenza sanitaria ai pazienti non in emergenza (ad esempio, consultazioni telefoniche o online) • Organizzazione del sistema delle cure primarie, con riferimento alla presa in carico precoce a domicilio dei pazienti asintomatici e pauci- sintomatici • Sviluppo e rafforzamento delle attività di assistenza territoriale e distrettuale e dell'integrazione ospedale-territorio (anche con riferimento al ruolo delle strutture sanitarie a bassa intensità assistenziale) <p>Le altre azioni previste sono individuate per predisporre documenti attuativi importanti per predisporre nella fase interpandemica tutti gli elementi necessari a fronteggiare un'epidemia da virus emergente garantendo</p> <ul style="list-style-type: none"> • la resilienza e la flessibilità del sistema, • il monitoraggio costante dell'epidemia dello stato di salute della popolazione dei livelli di utilizzo e sovraccarico del sistema sanitario • l'approvvigionamento costante e la garanzia delle scorte • i piani di ripresa tempestive delle attività <p>Si è quindi provveduto alla redazione dei seguenti documenti</p> <p>4. Definizione strumenti per il monitoraggio della tenuta dei servizi sanitari. A livello regionale è prevista la strutturazione di un sistema di sorveglianza regionale, di sorveglianza ospedaliero e territoriale web-based per il monitoraggio dei servizi sanitari che potrà attivarsi rapidamente in caso di pandemia. (ALLEGATO 3.2E)</p> <p>5. Definizione procedure trasferimenti e trasporti. E' stata effettuare la mappatura del Servizio di Emergenza regionale e si provveduto alla definizione delle necessità per fronteggiare emergenze anche di tipo infettivo. Anche la rete emergenziale sarà rivista in relazione alla revisione che il redigendo Piano Socio-Sanitario potrà apportare alla rete dei servizi territoriali e ospedalieri della Regione Umbria. (ALLEGATO 3.2F)</p>
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>6. Definizione procedure di approvvigionamento di DPI, farmaci, dispositivi medici. Sono state stimati i fabbisogni per garantire le scorte per 4 mesi e definite le procedure per approvvigionamenti e la distribuzione. (ALLEGATO 3.2G)</p> <p>7. Pianificare il ripristino delle attività dopo la pandemia con definizione degli elementi per il mantenimento dei servizi essenziali e l'eventuale recupero di prestazioni sospese. (ALLEGATO 3.2H). Nel documento si è provveduto alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione di modalità di gestione di una ondate successive • Definizione di procedure per la tempestiva normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi • Definizione di procedure per la verifica dei risultati ottenuti, l'analisi e la valutazione delle modalità di gestione della pandemia e della loro reale efficacia in funzione della revisione dei piani pandemici (vedere fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica)
<p>AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE</p>	<p>1) Implementazione del sistema informativo regionale a livello di servizio/struttura interessata dedicato al monitoraggio dei servizi sanitari e ai sistemi di sorveglianza con garanzia del debito informativo previsto:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Per la rilevazione del monitoraggio dei servizi sanitari. b. Per la rilevazione delle attività connesse con un'emergenza infettiva. <p>2) Mappatura dei servizi e delle attività con rilevazione flussi NSIS (HSP; STS; RIA e rilevazioni ad hoc per quanto non ancora inserito nei flussi NSIS).</p> <p>3) Adeguamento dei servizi e delle dotazione posti letto come da piani regionali.</p> <p>4) Attivazione della rete dei servizi e dei percorsi definita a livello regionale.</p> <p>5) Stesura sistema documentale e relative procedure per le attività di governance e funzionamento dei servizi (<i>cfr. anche argomenti di riferimento nelle liste di autovalutazione</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Individuazione servizi e funzioni essenziali ➤ Adozione misure di prevenzione e sicurezza nei diversi contesti e ambiti ➤ Potenziamento della rete ospedaliera per emergenza da Patogeno emergente; <ul style="list-style-type: none"> - Gestione della dotazione di posti letto di Terapia Intensiva - Gestione della dotazione di posti letto di Terapia Semintensiva - Gestione della collaborazione interdisciplinare - Gestione della dotazione di posti letto di Area medica - Gestione dei posti letto con attività di bed management aziendale in raccordo con la centrale regionale - Gestione della Rete emergenza urgenza ospedaliera - Gestione percorsi di emergenza e dei trasporti secondari in aderenza a indirizzi regionali - Gestione e disponibilità del Personale - Gestione e disponibilità delle Risorse strutturali e tecnologiche ➤ Pianificazione del modello e il percorso organizzativo dell'offerta ospedaliera: <ul style="list-style-type: none"> - Gestione percorsi di accesso al PS, individuazione aree di definizione diagnostica, di sorveglianza e di isolamento che garantiscano criteri di separazione e sicurezza - Gestione percorsi dedicati per gli iter diagnostici dei casi sospetti ➤ Gestione dei Servizi di Area territoriale: <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione percorsi dedicati per casistiche specifiche - Gestione triage e attività di telemedicina <ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico pazienti affetti da Patogeno emergente, contatti e pazienti fragili con definizione percorsi domiciliari, territoriali e di continuità territorio-ospedale - Gestione e disponibilità del Personale - Gestione delle Residenze Sanitarie Residenziali ➤ Gestione dell'approvvigionamento ➤ Gestione del Magazzino l'allocazione delle scorte e la loro mobilitazione



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura della popolazione (ALLEGATO 1A) • Mappatura delle strutture della rete assistenziale territoriale della Regione Umbria (ALLEGATO 3.2A) • Definizione dei Fabbisogni e Scenari (ALLEGATO 3.2B) • Definizione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia ALLEGATO 3.2C) • Piani di aumento della capacità di continuità operativa dei servizi (ALLEGATO 3.2D) • Definizione strumenti di monitoraggio della tenuta dei servizi sanitari (ALLEGATO 3.2E) • Definizione di procedure per trasferimento e trasporti di emergenza (ALLEGATO 3.2F) • Definizione di procedure per gli approvvigionamento e per la distribuzione di DPI, farmaci, dispositivi medici (ALLEGATO 3-2G) • Pianificazione del ripristino delle attività dopo la pandemia (ALLEGATO 3.2H) • DGR 483/2020 e DGR 916/2020
----------------------------	---

2.1.4. Attività di prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	2.1.4 Prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN AMBITO SANITARIO INTERVENTI NON FARMACOLOGICI PER LA POPOLAZIONE GENERALE LA VACCINAZIONE IN FASE INTERPANDEMICA APPROVVIGIONAMENTO DI DPI, MEDICINALI (FARMACI E VACCINI), FORNITURE DI DISPOSITIVI MEDICI ESSENZIALI
REFERENTE	- Responsabile Sezione Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protetica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Responsabile scientifico Centro Regionale di Farmacovigilanza - Responsabile Sezione Prevenzione - Responsabili Servizi Farmaceutici Aziende Sanitarie Regionali - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 2
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>Prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario. La possibilità di verificarsi delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) è possibile in tutti gli ambiti assistenziali, oltre che negli ospedali, in day-hospital/day-surgery, lungodegenze e ambulatori, in corso di assistenza domiciliare, nelle strutture residenziali territoriali. La prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC) deve pertanto essere rivolta a prevenire il rischio per pazienti, visitatori e operatori anche per contrastare l'aumento di tali patologie e la diffusione in comunità: se questo è importante in tempi "normali" per tutte le malattie infettive, diventa fondamentale per la gestione di una pandemia che, in considerazione dell'aumento dei ricoveri, comporta un aumentato rischio di trasmissione dell'agente patogeno durante l'assistenza.</p> <p>Sebbene i sistemi di sorveglianza della ICA siano più frequentemente applicati in ambito ospedaliero, considerato che sempre più spesso l'assistenza viene prestata anche in ambiti diversi dall'ospedale, quali le strutture residenziali per anziani o l'assistenza domiciliare, vanno considerate anche queste specificità organizzative nella costruzione dei sistemi di sorveglianza finalizzati alla prevenzione e al controllo.</p> <p>Già il PNCAR, considerato che le ICA sono prevenibili in più del 50% dei casi e che il controllo delle infezioni in ambito assistenziale contribuisce in maniera sostanziale alla diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti, ha definito l'IPC come un intervento irrinunciabile nelle strutture legate all'assistenza</p> <p>Sviluppare la piena implementazione dei programmi di IPC in ogni contesto è un elemento strutturale che, a regime rafforza, quindi, anche la preparedness pandemica e comunque è</p>



	<p>fondamentale nelle prime fasi di una pandemia, quando ancora le armi contro il virus non sono state messe del tutto a punto (vaccini, antivirali, strutture dedicate).</p> <p>La base dell'IPC, peraltro, è costituita da procedure operative, da pratiche di lavoro sicure, dal corretto utilizzo dei DPI che derivano da raccomandazioni ormai consolidate a livello internazionale (OMS, ECDC, Soc. Scientifiche) che devono essere recepite a tutti i livelli. Fondamentale quindi sono la formazione di tutti gli operatori coinvolti e una corretta comunicazione sui rischi diretta alla popolazione che viene assistita alle diverse strutture/comunità e ai visitatori.</p> <p>Gli interventi non farmacologici per la popolazione generale (noti anche come mitigazione comunitaria) sono un gruppo eterogeneo di misure che le persone e le comunità possono adottare per rallentare la diffusione della malattia. Le misure di prevenzione adottabili direttamente sono universalmente e immediatamente disponibili, quindi costituiscono la prima linea di difesa nelle pandemie influenzali e un elemento critico di preparazione alla pandemia. La comunicazione del rischio finalizzata a sensibilizzare la popolazione e gli operatori è uno degli elementi più critici, ma più efficaci per la prevenzione e il controllo delle infezioni nella popolazione generale da attivare già nella fase interpandemica.</p> <p>La comunicazione del rischio deve essere preparata di concerto tra le autorità a diversi livelli (Ministero della Salute/Regioni) e deve comprendere messaggi chiari e materiale informativo da destinarsi ai diversi target. I messaggi devono incentrarsi sulle motivazioni degli interventi non farmacologici per la realizzazione di obiettivi di sanità pubblica e sulle modalità di attuazione degli stessi (benefici, limitazioni, impatto e durata)</p> <p>In parallelo le campagne di comunicazione hanno lo scopo di educare popolazione operatori sanitari ad adottare direttamente misure efficaci per interrompere le catene di contagio.</p> <p>Oggetto della comunicazione devono essere le pratiche igieniche fondamentali: lavaggio delle mani, importanza della vaccinazione antiinfluenzale, pulizia delle superfici domestiche con i comuni detergenti, importanza della adeguata ventilazione degli interni, evitare luoghi affollati e distanziamento fisico in caso di sintomatologia.</p> <p>Vedi Cap. 2.1.6 COMUNICAZIONE</p> <p>La vaccinazione in fase interpandemica. Le finalità definite a livello nazionale per le campagne di vaccinazione antiinfluenzale annuale, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre il rischio individuale di malattia, di ospedalizzazione e di morte; - ridurre il rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione; - ridurre i costi sociali connessi con morbosità e mortalità. <p>L'attuazione di programmi di vaccinazione contro l'influenza stagionale può supportare l'incremento di attività necessario a garantire, in fase di allerta o pandemica, una maggiore capacità vaccinale, oltre che la capacità di produzione di vaccino a livello globale.</p> <p>Le indicazioni nazionali vengono annualmente definite nella circolare del Ministero della salute</p> <p>L'implementazione della vaccinazione stagionale contro l'influenza deve, in generale, di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adeguare l'acquisto delle dosi ai target di copertura vaccinale previsti e definiti nella circolare ministeriale annuale, al fine di garantire la disponibilità di forniture annuali da fonti nazionali o anche internazionali • Disporre di una anagrafe nazionale per la trasmissione dei dati di copertura raggiunti • Monitorare gli eventi avversi registrati nel sistema di farmacovigilanza nazionale <p>Vaccinazione contro l'influenza pandemica</p> <p>I programmi di vaccinazione stagionale contro l'influenza prevedono attività strutturate e continuative che, seppure non sono elencate tra le azioni essenziali per la preparazione ad una pandemia, ne costituiscono la base. I Paesi dovrebbero valutare la propria capacità di approvvigionamento partecipando all'approvvigionamento comune della Comunità Europea e garantire la disponibilità del vaccino specifico, considerando che il processo di produzione potrebbe richiedere 4-6 mesi. Dovrà essere pertanto sviluppato un piano di distribuzione e di somministrazione del vaccino (sulla falsariga di quanto già attuato per la vaccinazione contro il Sars-Cov-2)</p> <p>I farmaci antivirali per la profilassi inibiscono la capacità di replicazione di un virus, riducendo l'impatto dell'infezione.</p> <p>In determinate circostanze, i farmaci antivirali possono essere utilizzati anche per prevenire le</p>
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>infezioni (profilassi) e presi in considerazione per i gruppi ad alto rischio o per i lavoratori essenziali (addetti a servizi pubblici e di pubblica utilità di primario interesse collettivo, incluso il privato sociale).</p> <p>Vi è una programmazione continua e ormai consolidata relativa alla riserva di antivirali e all'utilizzo di antivirali a scopo sperimentale/compassionevole, che trovano una applicabilità anche in un contesto di pandemia influenzale ma senza necessitare una pianificazione specifica. In particolare, la riserva nazionale di farmaci antivirali è gestita direttamente dal Ministero della Salute. Tale gestione prevede, oltre all'acquisto, allo stoccaggio e all' idoneo smaltimento dei farmaci, anche le relazioni con l'azienda produttrice al fine del controllo della validità del principio attivo e la realizzazione delle procedure di rivalutazione delle scadenze in base a tale processo. In caso di utilizzo del farmaco, il Ministero della Salute si avvale, tramite una convenzione in essere per la trasformazione in capsule e il confezionamento, della collaborazione dello stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze. Tali attività sono regolate da una pianificazione interna già esistente che non è quindi duplicata nel presente Piano. Nell'ambito delle attività essenziali previste dal Piano, si evidenzia l'aggiornamento entro il 2022 della stima di fabbisogno di farmaci antivirali per il trattamento e la profilassi durante una pandemia. Questi dati verranno comunicati dalla DG PREV con documento tecnico al fine di programmare eventuali acquisti durante il periodo di validità del Piano pandemico influenzale.</p> <p>Il monitoraggio delle scorte regionali di farmaci antivirali, è rimandato per competenza alle autorità regionali.</p> <p>Per quanto riguarda le azioni essenziali relative ai farmaci antivirali per la profilassi nella fase inter-pandemica considerate nella pianificazione pandemica influenzale per il periodo 2021-2023, le Regioni sono chiamate a collaborare con il Ministero della Salute (DG Prev) e l' AIFA nelle seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Stima del fabbisogno di farmaci antivirali per il trattamento e la profilassi. 2) Protocolli per indicazioni cliniche sull'utilizzo degli antivirali in caso di influenza stagionale e pandemica <p>Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), forniture di dispositivi medici essenziali nella fase inter-pandemica</p> <p>Come affermato precedentemente, i farmaci antivirali inibiscono la capacità di riproduzione di un virus, riducendo l'impatto dell'infezione.</p> <p>In determinate circostanze, i farmaci antivirali possono essere utilizzati anche per prevenire le infezioni (profilassi). L'uso profilattico di farmaci antivirali può essere preso in considerazione per i gruppi ad alto rischio o per i lavoratori essenziali (addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo).</p> <p>Le azioni essenziali relative all' approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), forniture di dispositivi medici essenziali nella fase inter-pandemica di competenza regionale sono state definite in un apposito documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni recante "Linee di Indirizzo per la predisposizione di scorte strategiche di DPI, dispositivi medici, medicinali e forniture.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. da 9 a 20 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <p>Prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario</p> <p>Al fine di implementare i programmi per la prevenzione e il controllo delle comunità, sulla base di un programma nazionale (Tab. 10 Panflu) predisposto da Ministero della Salute e condiviso con le Regioni è innanzitutto fondamentale predisporre un programma regionale di IPC in ambito assistenziale, sia ospedaliero che di comunità. A livello nazionale sono inoltre previste Linee guida e documenti di indirizzo su IPC (basate su raccomandazioni OMS ECDC per i vari contesti assistenziali) e realizzazione di un piano di intervento finalizzato alla definizione di circolari, doc. tecnici, linee guida. A livello regionale verrà riattivato, dopo il periodo dell'emergenza (subito dopo il 31 marzo) il Tavolo Tecnico Regionale di coordinamento che coinvolge professionisti operanti nell'ambito medico e veterinario e nel quale individuare di nuovo i Responsabili per i diversi i campi di intervento (a seconda della specifica competenza medico e/o veterinaria) e per:</p>



	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire il programma regionale per IPC, costruito sulle indicazioni nazionali, che deve comprendere l'adozione, da parte delle Aziende Sanitarie, di procedure operative standard sulle pratiche di lavoro sicure, sull'utilizzo e sulla corretta manutenzione di indumenti e DPI. 2. Elaborare Programmi uniformi di formazione e aggiornamento su IPC da inserire nel piano formativo specifico (Vedi Cap.2.1.5 FORMAZIONE). Si specifica che le attività formative sono previste nel PNCAR. Il programma formative fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni; i sistemi di sorveglianza e le precauzioni standard e aggiuntive, la complessità del contrasto alle infezioni e gli approcci per contrastarle... 3. Progettare Campagne di comunicazione da realizzare in maniera uniforme sul territorio regionale, rivolti a popolazione assistita, pazienti e visitatori, al fine di creare consapevolezza sui rischi delle ICA, indicare buone norme di comportamento e misure preventive da attuare nelle strutture assistenziali 4. Aggiornamento di tutti gli operatori sanitari, associazioni di categoria e farmacisti con corsi di formazione accreditati da prevedere nel Piano Formativo con corsi in FAD e approfondimenti pratici e/o sessioni interattive, in funzione della propria professionalità e dell'area di attività, con l'obiettivo specifico di acquisire conoscenze e competenze operative rispetto alla sanificazione corretta delle superfici, dispositivi medici e ambienti, allo smaltimento corretto dei rifiuti potenzialmente infetti, applicazione corretta delle precauzioni standard e quelle aggiuntive da contatto, droplet e via aerea con particolare riferimento al sapere indossare e rimuovere correttamente i DPI, al lavaggio e all'igiene delle mani..... <p>Interventi non farmacologici per la popolazione generale Progettare e realizzare il Piano regionale di comunicazione del rischio secondo quanto condiviso a livello nazionale, considerate le basi giuridiche ed etiche di ogni intervento non farmaceutico, in particolare quelli che impongono limitazioni alle libertà personali e con le modalità operative (modalità di realizzazione e di coinvolgimento della comunità già indicate nel Cap. 2.1.6 COMUNICAZIONE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre interventi di educazione della popolazione (Campagne coordinate con il livello nazionale) e per gli operatori sanitari sulle misure più efficaci per contrastare la trasmissione virale. Attivare una collaborazione intersettoriale in ambienti che possono essere oggetto di interventi a livello comunitario (ad esempio USR, Ass. Datoriali e dei lavoratori, Str. Sanitarie private). 2. È altresì auspicabile, al fine di definire strategie mirate di comunicazione, implementare studi sociologici farmacie e indagini ad hoc per identificare lacune di conoscenza, credenze culturali, modelli comportamentali che sono alla base della corretta comprensione dei messaggi e facilitano le azioni di mitigazione dell'infezione da parte della comunità. <p>La vaccinazione in fase inter-pandemica L'implementazione della vaccinazione stagionale contro l'influenza prevede, in generale, di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dare indicazioni alle Aziende sanitarie per adeguare l'acquisto delle dosi ai target di copertura vaccinale previsti e definiti nella circolare ministeriale Resta fermo l'approvvigionamento di vaccini per la campagna vaccinale antiinfluenzale stagionale calcolato su un incremento annuale delle dosi acquistate per tendere al raggiungimento di tassi di copertura più vicini all'obiettivo nazionale (raggiunto, per ora, solo negli ultrasessantacinquenni) 2. Mantenere/ potenziare la trasmissione dei dati di copertura raggiunti alla anagrafe vaccinale nazionale 3. il CRF contribuisce alla valutazione degli eventi avversi registrati nel sistema di farmacovigilanza 4. Azioni per la realizzazione della campagna vaccinale antiinfluenzale stagionale, una volta che il Ministero della Salute ha diffuso la circolare annuale
--	--



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

5. Sollecitare l'avvio tempestivo, da parte delle Aziende, delle procedure per la gara unica gestita dalla CRAS
6. Attivare campagne di informazione/educazione della popolazione e degli operatori sanitari coinvolti, al fine di promuovere la vaccinazione antiinfluenzale in ogni contesto utile
7. Definire le strategie di realizzazione della campagna sulla base delle indicazioni nazionali;
8. Condividere con i Professionisti che collaborano alla Campagna vaccinale (MMG, PLS) gli obiettivi e le modalità di realizzazione per raggiungerli, compresi la sensibilizzazione, la valutazione degli ostacoli alla vaccinazione, la distribuzione, le modalità di somministrazione nonché il relativo supporto economico.

Per quanto concerne la vaccinazione contro l'influenza pandemica, una volta che il livello nazionale avrà provveduto a definire un Piano per la distribuzione e a dare indicazioni sulla somministrazione (categorie prioritarie, tempi, ecc..) in base alla disponibilità delle dosi, sulla base della capacità vaccinale rilevata sul territorio verranno emanate indicazioni per la realizzazione a livello Aziendale e definiti ulteriori accordi per il coinvolgimento di MMG e PLS...

Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini)

Nella fase interpandemica dovranno essere effettuate adeguate scorte a copertura dei primi 4 mesi di una eventuale emergenza pandemica, relativamente alle categorie descritte nella tabella sottostante. In tale fase verranno quindi stimati i fabbisogni e attivate le procedure di evidenza pubblica ad opera della centrale di committenza regionale (CRAS), per la stipula di contratti di prelazione o acquisto:

Categoria	Prodotti	Target
DPI	<ul style="list-style-type: none"> • Mascherine FFP2/3 • Occhiali • Guanti • Indumenti di protezione (camici, tute, calzari) 	Operatori sanitari
Dispositivi Medici	<ul style="list-style-type: none"> • Mascherine chirurgiche • disinfettanti per dispositivi medici (Direttiva93/42/CEE o Regolamento 2017/745) • reagenti • kit di laboratorio 	La definizione della popolazione target per le diverse tipologie di dispositivo medico sarà oggetto di un documento di indirizzo successivo
Biocida/Presidio Medico chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> • disinfettanti (DPR392-1988, Regolamento UE 2012/528) 	
Farmaci antivirali	<ul style="list-style-type: none"> • Oseltamivir (<u>scorta nazionale, attualmente conservata nel deposito SNAF – Srd25 (MCMP)</u>) 	L'uso profilattico di farmaci antivirali può essere preso in considerazione per i gruppi ad alto rischio o per i lavoratori essenziali
Altri farmaci (<u>v. elenco allegato</u>)	<ul style="list-style-type: none"> • Cortisonici • Antibiotici • Ossigenoterapia 	La definizione della popolazione target per le diverse tipologie di dispositivi medico sarà oggetto di un documento di indirizzi successivo.

I quantitativi per il fabbisogno assistenziale per i primi 4 mesi di una eventuale emergenza pandemica, definiti secondo i criteri indicati nella tabella sottostante, sono riportati nell'allegato A.

LOGISTICA



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>9. Le scorte dovranno essere organizzate possibilmente in forma centralizzata, anche mediante estensione dei contratti di gestione esternalizzata dei magazzini già in essere, in ambienti che rispettino i requisiti strutturali e microclimatici e dotati di adeguato numero di frigoriferi nonché di personale dedicato.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE</p>	<p>Prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le aziende sanitarie devono garantire l'adozione, sulla base del programma definito a livello regionale, di procedure operative standard sulle pratiche di lavoro sicure, sull'utilizzo e sulla corretta manutenzione di indumenti e DPI e, al fine di permettere la piena implementazione dei programmi di IPC e garantire la disponibilità di quanto necessario in ogni contesto, devono pianificare le forniture necessarie per attuare le misure IPC raccomandate 2. In attuazione del programma regionale e degli atti aziendali di recepimento devono elaborare ed adottare un "Documento tecnico sulle misure di contenimento del rischio infettivo e sul monitoraggio della loro efficacia" 3. Contestualmente all'adozione del documento tecnico le Aziende sanitarie devono adottare un sistema di monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza che preveda la possibilità di partecipare ai sistemi regionali e nazionali di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza. 4. I Presidi Ospedalieri delle Az. USL e le Az. Ospedaliere provvederanno ad adottare o a verificare ed eventualmente rimodulare i protocolli e i percorsi da attivare in caso di emergenze infettive. 5. Realizzare le attività formative per gli operatori delle strutture sanitarie, secondo le indicazioni regionali, programmare ed attivare moduli formativi dedicati al personale dei team di assistenza domiciliare sulle misure IPC da seguire (corsi accreditati). <p>Interventi non farmacologici per la popolazione generale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dare attuazione al Piano regionale di comunicazione del rischio 2. Attivare attività specifiche di comunicazione del rischio rivolte agli operatori sanitari 3. Collaborare alle campagne di comunicazione programmate a livello regionale sulle misure igieniche fondamentali adottabili da ogni cittadino. <p>Realizzazione, a livello locale, della campagna vaccinale antinfluenzale stagionale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definire il fabbisogno delle dosi e delle tipologie di vaccino necessari ed avviare tempestivamente le procedure per la gara unica da affidare alla Centrale Unica di acquisti (CRAS) presso Umbria salute e Servizi. S.c.a.r.l. 2. Partecipare alla campagna di informazione/educazione della popolazione e degli operatori sanitari, al fine di aumentare la compliance verso la vaccinazione antiinfluenzale in entrambe le categorie 3. Ratificare, a livello locale gli accordi con i Professionisti che collaborano alla Campagna vaccinale (MMG, PLS) e definire le modalità operative di realizzazione (distribuzione, modalità di somministrazione, registrazione nel S.I. dedicato, ecc.) 4. Mantenere efficiente il Sistema di offerta della vaccinazione stagionale, la rete organizzativa dedicata (Servizi vaccinali, Collaborazione con MMG e PLS), il S.I. di registrazione, al fine di poter avviare la campagna vaccinale in tempi brevi e quindi attivare risorse supplementari se sarà necessario procedere alla <i>vaccinazione per un virus pandemico</i>. <p>Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stipula di contratti di prelazione o acquisto, sulla base delle risultanze delle procedure di evidenza pubblica effettuate dalla Centrale di Committenza regionale (CRAS); 2. Monitoraggio mensile delle scorte ed eventuale reintegro secondo criteri FIFO (First In First Out).
<p>DOCUMENTI ATTUATIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delibera di approvazione Programma regionale IPC a seguito dell'approvazione del nuovo PNCAR • Piano regionale attuativo del nuovo PNCAR 2022/2025, nei tempi e nei termini previsti dall'Intesta Stato Regioni



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> • Nelle more del nuovo Piano Nazionale di Contrasto alla Antimicrobico Resistenza (PNCAR 2022-2025) di cui, attualmente, è disponibile solo una bozza il riferimento operativo a livello regionale, le indicazioni regionali rimangono quelle inserite (nello specifico) nel Piano Regionale di Prevenzione adottato con DGR a dicembre 2021. • Linee di indirizzo per l'attuazione della campagna vaccinale annuale a seguito dell'emanazione della Circolare Ministeriale annuale • Approvazione e attivazione campagne di comunicazione per le vaccinazioni • Moduli formativi per le IPC • Definizione procedure di approvvigionamento contenente la Stima dei fabbisogni e procedure per monitoraggio, uso e distribuzione delle scorte di DPI, DM, medicinali e forniture – Allegato 2.3G • Prevenzione e Controllo delle Infezioni (Allegato 4A)
--	---

2.1.5. Attività di formazione

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	Formazione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Attività di formazione (corsi, esercitazioni)
REFERENTE	- Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Referente per la Scuola di amministrazione Pubblica Villa Umbra - Responsabile formazione e qualità Azienda Ospedaliera di Perugia - Responsabile Formazione-Qualità-Comunicazione Azienda Ospedaliera Terni - Responsabile U.O. Formazione del personale e sviluppo Risorse USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Formazione, Comunicazione, Relazioni Esterne USL Umbria 2 - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>La formazione e le esercitazioni sono funzioni cardine nella preparazione ad una emergenza pandemica influenzale perché permettono di potenziare conoscenze e competenze tecnico-scientifiche in momenti non emergenziali formando contestualmente risorse mobilizzabili in fase pandemica. L'attività di formazione, in questa fase, ha come obiettivo quello di sviluppare la motivazione e il coinvolgimento degli operatori nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità, di potenziare le competenze tecnico-scientifiche e comunicativo relazionali, di favorire la condivisione del Piano e la sua applicazione operativa.</p> <p>Nella fase inter-pandemica, la formazione prevede la realizzazione di moduli formativi di preparedness per una pandemia influenzale e lo sviluppo di un esercizio di simulazione per testare la validità e lo stato di implementazione del piano pandemico influenzale.</p> <p>La gestione dell'Emergenza coronavirus regionale ha dimostrato la necessità di una costante azione formativa svolta a livello centrale in sinergia e coordinamento con le Aziende sanitarie e gli altri principali soggetti istituzionali coinvolti.</p> <p>Nel periodo della pandemia Covid-19 in regione Umbria sono stati realizzati 22 diversi eventi di formazione per un complesso di 40 edizioni corsuali, 119,5 ore di didattica coinvolgendo 2.823 discenti.</p>



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>Gli eventi, organizzati col supporto tecnico del Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, sono stati realizzati esclusivamente in modalità FAD sincrona avvalendosi di una piattaforma specifica per webinar messa a disposizione dalla scuola umbra in grado di tracciare i partecipanti, moderare i lavori da parte del Tutor FAD, disporre una chat per formulare domande al docente in ogni momento oltre alla possibilità di intervento diretto dei partecipanti mediante apertura del microfono.</p> <p>Tutti i webinar realizzati hanno avuto come principale finalità quella di condividere, diffondere e far applicare, in modo quanto più omogeneo, le disposizioni, i documenti e le normative che a livello nazionale e regionale venivano prodotti per la gestione della pandemia ed accompagnare la conseguente riorganizzazione e che si produceva nelle articolazioni delle aziende sanitarie e la messa a regime di nuove attività, funzioni e servizi richiesti dalla gestione epidemica.</p> <p>Tra gli eventi di particolare rilievo e impatto, vanno segnalati quelli volti a formare la figura di Referente per la sicurezza Covid presso gli Ospedali, le Strutture residenziali di ogni tipo presenti nella nostra regione, gli Istituti penitenziari e successivamente quelli presenti nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, pubblici e privati</p> <p>Per garantire la riapertura in sicurezza delle scuole, inoltre, è stato organizzato un altro importante evento di supporto formativo in preparazione dell'attività di screening rivolta a tutto il personale scolastico e dei servizi educativi per l'infanzia.</p> <p>Un altro target di particolare importanza è stato quello dei medici USCA a cui l'Unità Strategica per l'Emergenza Coronavirus regionale ha destinato due eventi estremamente significativi: un corso base sulla gestione del paziente a domicilio ed uno sulle vaccinazioni essendo state le Unità Speciali dedicate alla ripresa dell'attività vaccinale nel periodo estivo.</p> <p>Oltre a questi ultimi però, sono stati coinvolti guardie carcerarie degli Istituti penitenziari regionali, Medici competenti delle aziende pubbliche private dell'Umbria, Referenti di Case di cura private e di Istituti per religiosi, Rappresentati sindacali e datoriali di tutto il mondo del lavoro regionale, Dirigenti scolastici di tutte le scuole pubbliche e paritarie, Coordinatori dei Servizi educativi dell'infanzia delle zone sociali e Responsabili dei Nidi privati.</p> <p>Questi elementi sono importanti per valutare quanti attori e quanti contesti vengono coinvolti in una pandemia; la formazione/informazione specifica di tutti gli attori sfruttando al meglio anche le modalità formative (FAD, WEBINAR.....), l'attivazione dei referenti per la formazione a cascata così importante in situazione che coinvolgono molti e diverse tipologie di attori sono elementi cardine per strutturare il piano formativo.</p> <p>E' importante che a cascata tutti conoscano il Piano Strategico- Operativo di Preparazione e Risposta alla Pandemia nei suoi elementi essenziali e negli elementi specifici per contesto e tipologia di attività.</p> <p>La formazione resta un elemento cardine sia per la preparazione sia per la risposta e per tale motivo deve essere disponibile un piano di formazione regionale.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 21 PanFlu 2021-2023) le azioni a livelli regionale sono:</p> <p>1) Adottare un Piano di formazione finalizzato al mantenimento delle competenze e dei percorsi organizzativi necessari per assicurare in tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie il controllo del rischio infettivo (disponibilità di linee guida e strumenti di implementazione regionali sulle misure di sicurezza e prevenzione, sulle precauzioni standard e le modalità di diffusione, circolazione e via di trasmissione, sull'utilizzo dei DPI) al fine di favorire l'aggiornamento professionale continuo delle competenze, attivabili immediatamente e tempestivamente in fase di allerta. Il Piano di formazione concordato con gli attori istituzionali coinvolti e definito con il supporto della scuola di formazione regionale Scuola Villa Umbra dovrà prevedere corsi accreditati, aggiornati annualmente, da realizzare sia in presenza che modalità FAD. La formazione dovrà coinvolgere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ il personale sanitario, medico e tecnico/amministrativo sia di ruolo che a tempo determinato, il personale convenzionato (MMG/PLS/CA EST; Specialisti); ○ il personale sanitario che, altrimenti impiegato, potrà essere utilizzato in fase pandemica a supporto dei Dipartimenti di Prevenzione e il personale individuato che in situazione di necessità possa essere riconvertito con funzioni di assistenza



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>in ambito di terapia intensiva/sub-intensiva. È anche importante prevedere formazione specifica relativa anche agli aspetti psichiatrici e psicologici degli eventi critici;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ il personale volontario reclutato al fine di garantire, se necessario, capacità di intervento supplementare; ○ il personale dedicato al numero unico regionale . <p>2) Identificare e costituire la rete dei formatori che assicuri la formazione a cascata in tutti i contesti dal livello centrale al livello periferico su tutto il territorio .- A livello regionale viene strutturato un gruppo di lavoro regionale composto da esperti per redigere il Piano della Formazione regionale in aderenza al Piano nazionale. Nella consapevolezza che la formazione e le esercitazioni sono funzioni cardine nella preparazione ad una emergenza pandemica influenzale in quanto consentono di potenziare conoscenze e competenze tecnico-scientifiche in momenti non emergenziali formando contestualmente risorse utilizzabili in fase pandemica, alla luce dell'esperienza maturata nel fronteggiare il Covid 19 , la Giunta Regionale con delibera del 20 ottobre 2021 n. 997, nell'approvare e finanziare il piano delle attività formative per il periodo 2021/2022, sulla base dell'analisi dei bisogni formativi, ha inserito nell'ambito della programmazione una sezione specifica dedicata alla formazione PANFLU con lo scopo di fornire strumenti utili ai professionisti incaricati di implementare i piani pandemici influenzali stessi. Sono state individuate le figure per lo sviluppo delle specifiche competenze didattiche utili a garantire la realizzazione del percorso formativo globale in un processo di formazione a cascata. La Regione, infatti, mira a creare una rete di formatori che assicuri la formazione a livello periferico su tutto il territorio. I formatori regionali avranno il compito di organizzare e condurre le attività formative dei livelli regionali e locali. Di seguito la connotazione dei formatori interni alla regione per la regolare organizzazione della formazione in materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ referenti regionali rete Panflu nazionale ○ psicologi ○ esperti di comunicazione per soft skills ○ esperti epidemiologi ○ esperti infettivologi ○ esperti rete protezione civile, 118, per organizzazione e logistica esercitazioni/simulazioni interistituzionali di sistema <p>Gli obiettivi prefissi per la formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzare attraverso un percorso formativo a cascata la consapevolezza del rischio pandemico influenzale tra operatori sanitari e referenti regionali coinvolti - Veicolare l'importanza di implementare il piano pandemico influenzale, chiarire i ruoli e le responsabilità nella catena di comando, chiarire le modalità operative della catena di comando - Formazione specifica e aggiornamento sullo stato dell'arte su tutte le tematiche previste e elencate nel Piano per il personale sanitario e tutto il resto del personale. Nell'ambito di tutto il programma formativo particolare attenzione e diffusione ai corsi di Formazione specifica e aggiornamento professionale deve riguardare la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC) e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) tenendo anche conto di quanto previsto dal PNCAR. <p>3) Definire protocolli e strumenti per la valutazione dell'impatto percepito della formazione a breve termine. Scopo del monitoraggio è valutare l'adozione di comportamenti di prevenzione e di protezione per un cambiamento sia da parte del personale in ambito sanitario sia, indirettamente, da parte degli assistiti. A livello regionale il gruppo di lavoro regionale composto da esperti per redigere il Piano della Formazione regionale in aderenza al Piano nazionale provvederà anche a questa attività definendo le modalità per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorare l'impatto della formazione realizzata per: <ul style="list-style-type: none"> - Valutare i risultati raggiunti - Identificare le carenze nel livello di conoscenza
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Verificare l'adozione di i comportamenti di prevenzione e protezione necessari per il contrasto e la mitigazione della diffusione del contagio al fine di ridurre il rischio pandemico - Identificare le attività da perseguire per sviluppare ulteriormente le conoscenze a tutti i livelli, migliorare le attività delle reti e facilitare i livelli di coordinamento - Revisione e aggiornamento dei moduli formativi per: <ul style="list-style-type: none"> -Sviluppare conoscenze, capacità e motivazioni a partecipare alla risposta a un'emergenza partendo dal monitoraggio effettuato -Testare e validare piani e procedure, incluse linee guida operative e procedure operative standard <p>4) Disporre di una esercitazione (es table-top) volta a simulare una pandemia e l'applicazione del piano pandemico influenzale regionale da realizzare con i referenti e gli attori a livello locale propedeutica anche alla revisione periodica del Piano Pandemico Influenzale. Le esercitazioni devono essere articolate per diversi livelli coinvolgendo tutti gli attori interessati. A livello regionale attraverso il Referente regionale della rete preparedness dei referenti regionali si parteciperà all'esercizio di simulazione nei tempi e nelle modalità previste dall'esercizio stesso coinvolgendo tutti gli attori interessati (vedi sezione specifica).</p> <p>A seguito della pubblicazione del Piano nazionale della formazione Pan Flu, il gruppo regionale costituito procederà alla stesura del Piano regionale di formazione dedicato al Pan Flu con l'aggiornamento in progress dei contenuti e dei fabbisogni formativi.</p> <p>La realizzazione di una formazione/aggiornamento costante e capillare sarà garantita attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il gruppo di formatori regionali • la definizione di format di corsi (struttura e contenuti) che i docenti devono rispettare • la realizzazione di un corso base costruito ad hoc per la fad asincrona da usare in fase interpandemica e allerta • l'erogazione dei corsi in fad sincrona o mista
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Effettuare l'analisi dei bisogni formativi congiuntamente con il livello regionale per tutto il personale con stratificazione dei bisogni. 2) Identificare i formatori e i tutor della formazione. 3) Realizzare i percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari con cadenza annuale al fine di illustrare il contenuto del "Piano Pandemico Regionale" e le misure di prevenzione da adottare in caso di pandemia. 4) Garantire la partecipazione all'esercitazione da parte di tutto il personale coinvolto.
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Piano regionale di formazione del personale in aderenza a quello redatto a livello nazionale entro 60 gg. dall'emanazione di quello nazionale • Procedura di attuazione della esercitazione pianificata a livello nazionale e a livello regionale nelle tempistiche dettate dal livello nazionale • Protocolli per la valutazione rapida dell'impatto della formazione in fase inter-pandemica inseriti nel piano di formazione

2.1.6. Attività di comunicazione

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	Comunicazione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Azioni per la stesura di un piano di comunicazione del rischio pandemico regionale, in linea con il PanFlu nazionale 2021-2023
REFERENTE	- Referente comunicazione, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Portavoce della Presidente Regione - Responsabile Funzione 5 della Sala Operativa regionale (SOR) - Redattore Ufficio stampa Giunta Regionale - Referenti comunicazione e ufficio stampa, Azienda ospedaliera di Perugia - Referenti comunicazione e ufficio stampa, Azienda Ospedaliera di Terni



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabile Staff Sviluppo qualità e comunicazione, USL Umbria 1 - Referente ufficio stampa USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Formazione, comunicazione e relazioni esterne, USL Umbria 2 - Responsabile Posizione Organizzativa Comunicazione esterna, rapporti con la stampa e gestione sito web istituzionale, USL Umbria 2 - Responsabile URP A.O. di Perugia - Responsabile URP A.O. di Terni - Responsabile URP Azienda USL Umbria 1 - Responsabile URP USL Umbria 2 - Responsabile comunicazione PuntoZero Scarl - Responsabile NUS - Referente comunicazione Servizio Protezione civile - Referente comunicazione ANCI - Referente comunicazione Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica - Responsabile della Sezione Prevenzione, Servizio prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
<p>DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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. Informazioni accurate, tempestive e costanti - nei formati, nelle lingue e nei diversi canali che le persone utilizzano per informarsi e di cui hanno fiducia - consentiranno alle comunità di comprendere i rischi per la salute che si trovano ad affrontare e renderanno più facile coinvolgerle in azioni e comportamenti corretti di prevenzione, quali ad esempio il ricorso alle vaccinazioni antinfluenzali.</p> <p>Nella fase inter-pandemica è essenziale garantire la definizione e istituzione di strutture formali, piani e procedure, chiarendo l'identificazione e allocazione di risorse, ruoli e responsabilità da attivare in eventuali fasi successive - in linea con il piano della preparedness - per la conduzione della comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità in caso di emergenza e minacce per la salute pubblica.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (Tabelle 22 e 23 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Predisporre un piano di comunicazione regionale, derivato da quello nazionale del rischio pandemico, da attivare in caso di emergenza e identificare un sistema di strutture formali e procedure concordate che includano quadri giuridici e politici funzionali al piano di comunicazione. Il Piano di comunicazione nazionale non è ancora disponibile e verrà pubblicato entro due anni 2) Predisporre procedure chiare e definite che garantiscano l'attivazione e il rilascio tempestivo di informazioni che siano allineate al piano generale di preparedness. 3) Adeguare, a livello regionale, le risorse professionali ed economiche per poter procedere ad un'azione proattiva di sensibilizzazione del pubblico attraverso un mix di piattaforme comunicative.



	<p>4) Nell'adozione del piano di comunicazione del rischio allineato con gli elementi rilevanti presenti nel piano di contingenza pandemico, disporre di un sistema strutturato di ruoli e responsabilità, a livello regionale, per l'attivazione tempestiva di attività di comunicazione delle informazioni relative al rischio in risposta a situazioni di emergenza.</p> <p>In attesa del Piano comunicazione nazionale, l'elenco dei professionisti della comunicazione e dei rispettivi ruoli è il seguente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Portavoce della Presidente della Regione b. Responsabile Funzione 5 Sala Operativa regionale (SOR) c. Redattore dell'Ufficio stampa Giunta regionale d. Referente comunicazione della Direzione salute e welfare, Regione Umbria e. Referenti comunicazione e ufficio stampa, A.O. di Perugia f. Referenti comunicazione e ufficio stampa, A.O. di Terni g. Responsabile Staff Sviluppo qualità e comunicazione, USL Umbria 1 h. Referente ufficio stampa USL Umbria 1 i. Responsabile Servizio Formazione, comunicazione e relazioni esterne, USL Umbria 2 j. Responsabile Posizione Organizzativa Comunicazione esterna, rapporti con la stampa, gestione sito web istituzionale, USL Umbria 2 k. Responsabile URP A.O. di Perugia l. Responsabile URP A.O. di Terni m. Responsabile URP Azienda USL Umbria 1 n. Responsabile URP USL Umbria 2 o. Responsabile comunicazione Puntozero Scarl p. Responsabile NUS (contact center regionale) q. Referente comunicazione Servizio Protezione civile r. Referente comunicazione ANCI s. Referente comunicazione Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica t. Responsabile della Sezione Prevenzione, Servizio prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria <p>5) L'elenco esaustivo di partner e testimonial da includere nella rete di comunicazione che rispecchino caratteristiche di coerenza ed efficacia rispetto al messaggio da veicolare, verrà formalizzato nel piano comunicazione regionale, da adottare a seguito della pubblicazione del piano comunicazione nazionale, entro due anni. Al momento vengono presi in considerazione i partner e i testimonial che sono stati individuati durante l'emergenza di Covid-19, che sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Componenti del Comitato Tecnico Scientifico e del Nucleo Epidemiologico della Regione Umbria; 7) Esponenti delle istituzioni regionali (Presidente della Regione, Assessore alla salute e alle politiche sociali, Direttore regionale salute e welfare, Commissario straordinario all'emergenza, Sindaci); 8) Professionisti medici e sanitari del sistema sanitario regionale, inclusi i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta; 9) Rappresentanti degli Ordini professionali; 10) Rappresentanti del mondo dell'associazionismo e del terzo settore; 11) Rappresentanti della scuola, della Protezione civile e delle Forze dell'ordine; 12) Esponenti umbri del mondo della cultura, dello spettacolo e dello sport ad esempio Giocatori del Perugia Calcio e della Ternana Calcio 13) Individuare e utilizzare sistemi per monitorare la divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate, che possono creare falsi stereotipi sulle persone malate, i loro familiari o su gruppi sociali particolari, che possono portare ad adottare comportamenti discriminatori e di stigma sociale. 14) Prevedere la possibilità di sviluppare indagini e monitoraggi, anche basati sulle scienze sociali e di altro tipo, finalizzate a studiare l'impatto degli interventi di comunicazione e verificarne l'efficacia sulla prevenzione dell'influenza pandemica e riduzione del rischio durante gli eventi influenzali e altri focolai di malattie emergenti.
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>15) Condurre attività di simulazione per l'attivazione di processi di comunicazione del rischio in caso di emergenza sanitaria, attraverso il coinvolgimento delle parti interessate nei processi di comunicazione.</p> <p>16) Identificare un pool di esperti con competenze specifiche in comunicazione del rischio in caso di emergenza sanitaria e nel coinvolgimento delle comunità che svolgano esercizio regolare sullo studio dei processi di intervento comunicativo in caso di eventi pandemici e di impatto per la salute pubblica.</p>
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<p>1) Identificare i componenti aziendali del Gruppo di lavoro regionale sulla comunicazione del rischio sanitario e garantirne la partecipazione ai lavori;</p> <p>2) Recepire il piano comunicazione regionale e partecipare alle revisioni future, a seguito della pubblicazione del Piano comunicazione nazionale;</p> <p>3) Definire e revisionare le procedure operative per la comunicazione interna ed esterna alle aziende e agli altri enti coinvolti.</p>
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Piano di Comunicazione Regionale, entro 60 giorni dal Piano Comunicazione Nazionale - Piani di Comunicazione Aziendale, entro 30 giorni dal Piano Regionale

2.1.7. Attività di ricerca e sviluppo

FASE	INTERPANDEMICA
MACRO AREA	Ricerca e sviluppo
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Implementazione della diagnostica molecolare per la rapida e simultanea rilevazione e differenziazione dei virus influenzali e/o di eventuali altri virus respiratori
REFERENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore Sezione Microbiologia e Microbiologia Clinica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia. Direttore S.C. Microbiologia, Azienda Ospedaliera di Perugia
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Referente rete laboratori InfluNet - Sezione Microbiologia e Microbiologia Clinica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia. - Referente Sezione Sanità Animale - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direttore Sanitario Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) - Referente Osservatorio Epidemiologico IZSUM - Responsabile Laboratorio di Virologia Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) - Direttore Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia. - Referente Sezione Prevenzione - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>Durante la fase inter-pandemica è possibile investire nello sviluppo di strumenti per accelerare la ricerca e sviluppo di strumenti diagnostici e terapeutici dalla fase di allerta pandemica e il coordinamento della comunità scientifica. È questo lo spirito che guida l'iniziativa R&D Blueprint dell'OMS.</p> <p>Inoltre, in questa fase, è necessario sviluppare tutte quelle attività che, in ambito di Laboratorio Regionale (IZSUM), portino ad una validazione da parte del Centro di Referenza Nazionale Laboratorio di Referenza Europeo (EURL), Laboratorio di Referenza OIE, Centro di Referenza FAO per l'influenza Aviaria e la Malattia di Newcastle (IZSVenezie), dei metodi diagnostici per l'influenza Aviaria allineati con i laboratori degli IZZSS e l'acquisizione di eventuali nuove metodiche nonché la partecipazione a circuiti inter-laboratorio.</p>



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>Con decreto del 6 giugno 2021 dei Direttori Generali della Prevenzione Sanitaria, della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari, è stata istituita una rete nazionale dei laboratori pubblici umani e veterinari per l'individuazione precoce della circolazione di ceppi di virus influenzali a potenziale zoonotico, al fine di attivare un sistema di allerta rapida per le epidemie influenzali anche a carattere pandemico.</p> <p>Per i Laboratori della rete nazionale InFluNet per l'Umbria è individuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Sezione Microbiologia e Microbiologia Clinica, Università degli Studi di Perugia, Piazza L. Severi S. Andrea delle Fratte -06132 Perugia Referente Barbara Camilloni <p>Per la Rete laboratori e Centri di Referenza Nazionali degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali per l'Umbria è individuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e Marche Referente Giovanni Pezzotti Direttore Sanitario <p>Con Circolare prot. 0018278 del 30 luglio 2021 dei Direttori Generali delle Direzioni Generali della sanità animale e dei farmaci veterinari, della prevenzione sanitaria e dell'igiene e della sicurezza alimentare e per la nutrizione è stata definita la procedura di allerta rapida delle informazioni della rete dei laboratori di diagnostica microbiologica e medicina veterinaria.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 24 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Costituire la rete regionale dei laboratori regionali per la sorveglianza virologica dell'influenza, costituita da: <ul style="list-style-type: none"> ○ Laboratorio di riferimento Perugia - Azienda Ospedaliera di Perugia ○ Laboratorio Terni (Azienda Ospedaliera di Terni) ○ Laboratorio Città di Castello (USL Umbria 1) ○ Laboratorio Spoleto (USL Umbria 2) ○ Laboratorio IZSUM per la sorveglianza virologica animale 2) Potenziare (strumentazione e personale) la diagnostica molecolare per tutti i laboratori della rete regionale, e per il laboratorio di riferimento regionale, potenziare le attività di coltivazione <i>in vitro</i> dei virus, al fine di ottimizzare la sorveglianza virologica durante fase inter-pandemica, così da essere immediatamente operativi in caso di allerta ed in fase pandemica. <p>A tale scopo si rende necessario acquisire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 piattaforme di RT-PCR, 3 estrattori + 3 amplificatori (2 Spoleto e 1 Perugia) + 1 piattaforma RT-PCR per lab. Virologia – IZSUM; - 1 sistema di biobancaggio (Perugia); - 5 Tecnici di Laboratorio Biomedico (2 Spoleto, 2 Città di Castello, 1 Perugia); - 3 Dirigenti Biologi (1 Spoleto, 1 Perugia + 1 IZSUM). 3) Rafforzare le risorse strumentali, economiche e di personale del Laboratorio di Perugia per il sequenziamento dei virus influenzali (epidemici e pandemici) e di SARS-CoV-2. <p>In particolare è necessaria l'acquisizione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 sequenziatore; - 1 server per analisi e stoccaggio dei dati di sequenziamento; - 1 sistema di automazione per la preparazione delle Librerie Genomiche; - 2 Dirigenti Biologi; - 3 Tecnici di Laboratorio Biomedico; - 1 Tecnico bio-informatico. 4) Dovranno essere pianificate indagini regionali mirate ad avere un quadro continuamente aggiornato della capacità di sequenziamento. 5) Mantenimento dell'efficienza durante fase inter-pandemica delle attrezzature speciali da utilizzare in fase pandemica 6) Manutenzione dotazioni strumentali a supporto dell'attività di competenza della rete dei laboratori



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	7) Garantire la partecipazione agli studi epidemiologici promossi da ISS per il monitoraggio della diffusione ed il controllo delle epidemie da virus influenzale
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<p>1) Tutti i laboratori della rete devono essere dotati del sistema di sorveglianza virologica dell'influenza, in grado di monitorare i virus influenzali stagionali e/o nuovi virus a potenziale pandemico integrati in un unico sistema regionale. A tale scopo si prevede una implementazione del software attualmente in uso con i software individuati.</p> <p>2) I laboratori identificati nella rete devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disporre delle strumentazioni ad alta tecnologia - Essere integrati in rete - Essere dotati di personale adeguatamente formato in grado di permettere il raggiungimento degli obiettivi preposti. <p>3) Il laboratorio di Perugia deve possedere le capacità di analisi delle sequenze genomiche. A tal fine si rende necessaria l'acquisizione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personale specializzato - Strumentazioni ad alta tecnologia
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolli e procedure per la formazione e il training del personale compreso quello preposto al sequenziamento da prevedere nel piano di Formazione Regionale (vedi punto 2.15)



2.2.Fase di allerta

Gli elementi chiave per la preparedness e la risposta

La fase di allerta pandemica influenzale corrisponde alla fase in cui un nuovo sottotipo virale è identificato nell'uomo. In base all'esperienza maturata nella attuale pandemia da virus SARS-CoV-2, sappiamo che questa fase può accompagnarsi o meno allo sviluppo di una epidemia a livello nazionale, prima della dichiarazione di una pandemia da parte dell'OMS. In questa fase è necessaria una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e un'attenta valutazione del rischio, a livello locale, nazionale e globale. L'emergenza di un virus influenzale a potenziale pandemico, in base alla valutazione effettuata dal comitato di emergenza convenuto ai sensi dell'RSI, può dare luogo alla dichiarazione di una PHEIC che a sua volta, può dar luogo alla dichiarazione di una emergenza sanitaria a livello nazionale con conseguente modulazione delle competenze e responsabilità nella risposta.

2.2.1.Attività di governance

FASE	ALLERTA
MACRO AREA	Attività di Governance dal livello nazionale a quello regionale e aziendale
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Azioni per la stesura del Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in linea con il PanFlu nazionale 2021-2023
REFERENTE	- Direttore regionale Salute e Welfare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Pianificazione, Programmazione e controllo del SSR- - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione economico finanziaria delle aziende sanitarie. - - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR – - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Protezione civile ed emergenze - Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	In fase di allerta un nuovo virus influenzale è identificato nell'uomo. In questa fase si attiva la Rete DISPATCH di analisi della situazione in caso si verifichi l'emergenza di un virus influenzale a potenziale pandemico con caratteristiche di trasmissibilità e gravità più elevate rispetto a quanto documentato in precedenza. Sulla base delle valutazioni realizzate si aggiornerà il piano di contingenza predisposto in fase inter- pandemica e si valuterà la attivazione di meccanismi per espandere rapidamente i servizi assistenziali e di approvvigionamento di dispositivi e strumenti riattivando strumenti operativi, legali e economici realizzati con successo nella risposta a COVID-19 (descritti in dettaglio in Allegato A5 del Piano nazionale) e rafforzati n fase inter-pandemica calati nel contesto di una pandemia influenzale. Mentre si attivano tutte le procedure definite in fase interpandemica, si attiva tempestivamente la raccolta e l'analisi quanto più dettagliata e aggiornata delle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dei primi casi per fornire stime sulla trasmissibilità e gravità al fine di aggiornare il paino predisposto in fase interpandemica e adattare le procedure operative alle esigenze reali in relazione all'andamento epidemico.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>E' la fase di adattamento della rete assistenziale alle esigenze e di attivazione delle misure organizzative per garantire l'adattamento veloce della rete e della disponibilità dei servizi con l'attivazione dei meccanismi di espansione rapida dei servizi assistenziali se necessario.</p> <p>E' la fase in cui si provvede al potenziamento della sorveglianza epidemiologica e virologica, dei sistemi di allerta precoce e dei sistemi di Contact Tracing, dell'attivazione di strutture alternative per la quarantena/isolamento per ridurre la pressione ospedaliera e per ospitare coloro che non possono essere isolati altrimenti.</p> <p>E' la fase in cui adottare tutte le misure idonee a garantire le scorte necessarie a fronteggiare la pandemia e l'adozione di misure di prevenzione e sicurezza nei vari contesti operativi.</p> <p>E' la fase in cui va attivata la strategia di comunicazione e di informazione alla popolazione con divulgazione dei dati epidemiologici.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale ((rif. Tab. 25 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono di seguito indicate</p> <p>Il Direttore Regionale riunisce immediatamente l'UCRESP per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Valutare le indicazioni di impatto che potrebbe avere una pandemia causata dal nuovo virus emergente elaborate dalla rete DISPATCH al fine di misurarne l'impatto sui servizi sanitari regionali; 2) Recepire l'aggiornamento del Piano di Contingenza Operativo Nazionale (piano di contingenza pandemico influenzale); il Comitato Pandemico provvede ad adeguare il documento regionale tenendo conto dei dati disponibili sul nuovo patogeno emergente e dell'impatto che una pandemia da esso determinato avrebbe sulla rete dei servizi sanitari regionali; 3) Attuare i documenti e rendere operative le procedure predisposte nella fase interpandemica fra le quali: <ul style="list-style-type: none"> - L'espansione dei servizi assistenziali ospedalieri e territoriali in base allo scenario di incidenza - L'approvvigionamento di dispositivi e strumenti riattivando strumenti operativi, legali e economici nel contesto di una pandemia influenzale. - Monitoraggio l'andamento epidemico e verificare gli scenari di contesto per attuare misure idonee di prevenzione, sorveglianza e contenimento della diffusione e circolazione virale - Monitoraggio delle scorte e attivare le procedure per l'approvvigionamento dei materiali - Verifica della presenza di procedure chiare da attivare in caso di emergenze influenzali ascrivibili a scenari altamente improbabili per trasmissibilità e/o gravità clinica <p>Per quanto attiene alla valutazione del rischio e della severità la Regione Umbria intende utilizzare per la valutazione del rischio il modello del quantitative risk assessment supportato da dati qualitativi</p> <p>In questa fase è necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disporre di aggiornamenti regolari sulla evoluzione dell'evento a potenziale pandemico anche con studi specifici - Disporre di modelli predittivi realizzati sui dati disponibili sul nuovo virus influenzale con lo scopo di redigere verosimili scenari di trasmissione a cui adattare piani di contingenza esistenti ed fornire dati ai decisori per modulare le misure di risposta pandemica. - Parametrizzazione del nuovo virus influenzale emergente a potenziale rischio pandemico e sviluppo di modelli di diffusione e impatto in base a dati relativi alla popolazione e ai servizi sanitari italiani



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recepire la comunicazione regionale circa la nuova situazione epidemiologica e attuare le procedure aziendali disposte per la fase di allerta. 2) Recepire le indicazioni regionali e disporre ed attivare le procedure per una eventuale espansione dei servizi sanitari e di approvvigionamento dei dispositivi e degli strumenti operativi. 3) Adattare i servizi sanitari assistenziali agli scenari identificati 4) Procedere con autovalutazioni periodiche
DOCUMENTI ATTUATIVI	<p>Piano di allerta pandemica da predisporre entro 10 giorni dalla dichiarazione dello stato di emergenza per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepimento delle disposizioni nazionali e attivazione della catena di comando • Dare piena operatività alle Reti/Strutture operative predisposte in fase interpandemica • Verifica di attuazione dei documenti predisposti in fase pandemica per tutte le attività del Piano (sorveglianza epidemiologica e virologica, misure di prevenzione e controllo delle infezioni, scorte, espansione dei servizi, reclutamento di personale, formazione, comunicazione) • Verifica e aggiornamento sistema documentale regionale • Attivazione Comitati Aziendali • Verifica di autovalutazione da parte delle Aziende • Definizione modalità e tempi attuazione delle disposizioni regionali nei tempi previsti e adeguamento della rete dei servizi • Verifica e aggiornamento sistema documentale aziendale • Aggiornamento della mappatura della popolazione e dei servizi
ALTRO	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio dell'andamento epidemico • Valutazione del rischio e della severità

2.2.2. Attività di Sorveglianza epidemiologica e virologica

FASE	ALLERTA
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica e virologica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA/STIMA DEL RISCHIO EPIDEMICO
REFERENTE	- Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza alimentare Direzione regionale Salute e Welfare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione regionale Salute e Welfare – Regione Umbria - Sezione Sanità Animale - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Responsabile Epidemiologia USL Umbria 1 - Responsabile Epidemiologia e Promozione della Salute USL Umbria 2 - Amministratore Unico PuntoZero Scarl - UOD Osservatorio Epidemiologico Veterinario Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

<p>DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'</p>	<p>In questa fase è indispensabile avere già a disposizione, da poter attivare e/o potenziare, sistemi di allerta rapida e una attività organizzata di sorveglianza epidemiologica e virologica, al fine di identificare eventi inusuali/inattesi rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza (sia dovuti a virus influenzali noti che a nuovi virus influenzali emergenti).</p> <p>Quando la sorveglianza attiva a livello internazionale evidenzia e identifica un virus che può costituire una minaccia a carattere pandemico, generalmente ne consegue una dichiarazione, da parte dell'OMS, di emergenza di sanità pubblica internazionale (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) che porta al passaggio da una fase inter-pandemica ad una fase di allerta pandemica.</p> <p>L'OMS valuta il rischio pandemico analizzando con un apposito strumento (Tool For Influenza Pandemic Risk Assessment- TIPRE) al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sostenere una valutazione tempestiva e aggiornabile del rischio per virus influenzali con potenziale pandemico; • documentare in modo trasparente le caratteristiche dei virus e delle infezioni da essi causate che potrebbero costituire una minaccia per la popolazione umana; • identificare le carenze di conoscenza e sollecitare ulteriori indagini tra cui ricerca e sorveglianza; • facilitare la condivisione delle informazioni tra scienziati, medici e altri operatori sanitari delle reti di assistenza, responsabili politici e altre parti interessate <p>Il SARR - Sistema di Allerta Rapida e Risposta della Commissione europea, ha l'obiettivo di lanciare un allarme quando una grave minaccia sanitaria transfrontaliera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • è insolita o inaspettata dati il luogo e il momento • causa una morbilità o una mortalità significative, oppure si diffonde rapidamente • supera la capacità nazionale di risposta e riguarda più di un paese dell'UE • può rendere necessaria una risposta coordinata a livello dell'UE. <p>La realizzazione di un sistema SARR nazionale collegato a quello internazionale, dovrà prevedere la realizzazione di una piattaforma per la segnalazione di potenziali emergenze di sanità pubblica ad impatto internazionale, nazionale che coinvolga più Regioni e lo scambio di informazioni veloce e sicuro tra attori dell'SSN a livello centrale e regionale.</p> <p>Nella fase di allerta conseguente all'identificazione di un nuovo virus emergente anche in altro Paese è necessario intensificare la raccolta e l'analisi dettagliata e aggiornata sulle caratteristiche epidemiologiche e cliniche dei primi casi "inusuali" documentati, al fine di stimare la trasmissibilità degli agenti infettivi e la gravità della malattia, oltre al possibile impatto sui servizi sanitari.</p> <p>Per identificare precocemente e monitorare eventi che possano costituire una emergenza internazionale di sanità pubblica, sono inoltre necessari sistemi che vengono anche denominati di epidemic intelligence. di informazioni a livello globale e soprattutto la sorveglianza sul territorio nazionale.</p> <p>L'epidemic intelligence combina la sorveglianza basata su eventi (Event Based Surveillance - EBS) da fonti informative non convenzionali con la sorveglianza basata su indicatori (Indicator Based Surveillance - IBS) come quella che parte dal pronto Soccorso.</p> <p>L'Italia, oltre ad essere componente di reti di epidemic intelligence internazionale, coordina un <i>Network Italiano di Epidemic Intelligence</i>, con funzione di studio sistematico e monitoraggio di eventi rilevanti per la sanità pubblica sul territorio nazionale: tale network distribuirà regolarmente aggiornamenti sull'evoluzione degli eventi inusuali monitorati secondo procedure operative definite a livello nazionale (circ. 0047345-19/10/20219).</p> <p>Attraverso le informazioni raccolte dalla rete DISPATCH del sistema di sorveglianza sindromica basata sugli accessi in pronto soccorso possono essere elaborati modelli di diffusione (possibili scenari di trasmissione) e impatto sul S.S. finalizzati a modulare la risposta pandemica. La sorveglianza sindromica dei dati di accesso in PS (sistema informativo attualmente a disposizione per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza), realizzato con lo scopo supportare la verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), non consente un ritorno informativo completo e tempestivo per</p>
---	--



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>le finalità di sorveglianza: è pertanto in corso una integrazione e quindi sarà implementato a livello nazionale.</p> <p>Si conferma inoltre fondamentale monitorare l'emergere di virus influenzali non stagionali (o nuovi) anche negli animali che hanno il potenziale di mutare in forme trasmissibili da uomo a uomo che potrebbero dar luogo ad una pandemia influenzale umana. La sorveglianza non stagionale dell'influenza, ivi incluso lo studio del potenziale zoonotico di virus circolanti potenzialmente pericolosi (IZS Venezie per virus aviari e IZSLER virus suini), agisce quindi come un sistema di allarme rapido contro la pandemia, individuando questi nuovi virus man mano che entrano nelle popolazioni umane.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 27 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono elencate di seguito.</p> <p>Al fine di partecipare ai sistemi nazionali di allerta precoce, studiare le caratteristiche di trasmissibilità del nuovo patogeno per definire il quadro epidemiologico e definire i parametri di diffusione della malattia con specifici studi sul campo è indispensabile (esempio "The First Few Hundred (FF100)"): in questa fase la sorveglianza deve basarsi sulla raccolta e analisi quanto più dettagliata possibile e aggiornata delle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dei primi casi "inusuali" che devono essere documentati in modo da poter fornire stime iniziali relative alla trasmissibilità e alla gravità attesa da cui dedurre il potenziale impatto sui servizi sanitari italiani.</p> <p>Al fine di contribuire alla individuazione di un eventuale andamento inatteso dell'epidemia stagionale o di un andamento epidemico al di fuori della stagione autunnale/invernale l'Umbria provvederà ad attivare, adeguare e/o potenziare i diversi sistemi di allerta precoce previsti dal livello nazionale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Innanzitutto si prevede di adeguare il sistema di sorveglianza delle malattie infettive in uso utilizzato attualmente anche per il COVID-19 (ECWMED), passando ad un nuovo sistema di Bio-sorveglianza, affidabile e agevole da adoperare, utilizzabile per diverse tipologie di malattie infettive, che consenta la raccolta dei dati utili per il monitoraggio, la gestione, il calcolo degli indicatori. 2) Si procederà pertanto all'evoluzione e lo sviluppo delle funzioni CRM multicanale, più l'analisi security e DPIA, nonché l'integrazione delle cartelle cliniche di MMG e PLS. 3) Il Sistema di sorveglianza dovrà permettere anche una precisa tracciatura dei focolai al fine di collaborare agli studi sui primi focolai di trasmissione e incrementare il numero di casi di malattia associati ai focolai stessi. 4) Incrementare gradualmente il numero degli operatori che collaborano alla sorveglianza, ponendo come obiettivo quello di 1 operatore dedicato ogni 10.000 abitanti. In corso di Pandemia da Covid-19 il rapporto è risultato troppo basso: per ottenere standard adeguati di attività di sorveglianza e CT sarà necessario procedere al reclutamento delle diverse figure di operatori del Dipartimento di Prevenzione e dei 12 Distretti. Per raggiungere lo standard è stato calcolato che sono necessari 55 professionisti, per i quali sono stati richiesti gli specifici finanziamenti. Conseguentemente sono previste la progettazione e l'attivazione di attività formative destinate agli operatori della Prevenzione e del territorio dedicati alla sorveglianza. Vedi Capp. SERVIZI SANITARI DI PREVENZIONE - ATTIVITA' DI FORMAZIONE 5) Sulla base dei protocolli di collaborazione definiti in fase interpandemica sarà necessario attivare un Sistema informativo integrato: lo specifico sistema di sorveglianza sui casi umani di ILI (Protocollo Influnet & Covidnet) contribuisce alla analisi dell'andamento epidemiologico e virologico dei virus influenzali insieme al sistema di sorveglianza attiva sugli animali. Il Sistema regionale integrato di sorveglianza epidemiologica e virologica dovrà essere quindi in grado di rilevare anche virus insoliti sulla popolazione animale e su soggetti professionalmente esposti a virus animali che potrebbero attivare mutazioni capaci di effettuare un passaggio di specie. 6) Il laboratorio di riferimento per la sorveglianza sui casi umani collaborerà con l'ISS per identificare e caratterizzare rapidamente il virus responsabile dell'infezione umana,



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>effettuando indagini specifiche per la tipizzazione e il conseguente sequenziamento del virus. Attraverso i finanziamenti che potranno arrivare a seguito della stima dei costi per i PanFlu si prevede di potenziare le risorse necessarie ai 4 laboratori individuati per la diagnostica molecolare, sia in termini di personale dedicato (biologi, tecnici lab., informatico) sia in termini di attrezzature e strumentazioni - Vedi CAP. ATTIVITA' DI RICERCA E SVILUPPO</p> <p>7) Il Ministero della Salute, inoltre, con nota circolare prot 18278 /2021 ha definito le Procedure di allerta rapida delle informazioni della rete dei laboratori di diagnostica microbiologica e medicina veterinaria, istituita con Decreto Direttoriale del 9 giugno 2021 ai sensi del Panflu 2021-2023: in Umbria sono stati già individuati i due laboratori di riferimento presso l'A.O di Perugia e presso l'IZSUM. In tale fase può essere prevista l'attivazione di una sorveglianza attiva nelle popolazioni avicole selvatiche e negli allevamenti avicoli rurali. In alternativa può essere implementata nella popolazione avicola selvatica un sistema di sorveglianza passiva rinforzata (per fornire informazioni preziose relativamente alla circolazione di virus influenzali zoonotici in ambito regionale).</p> <p>8) Nel momento in cui verrà rimodulato a livello nazionale il sistema di allerta rapido DISPATCH, basato sulla sorveglianza sindromica dei dati di accesso in Pronto Soccorso, predisporre indicazioni regionali che ne prevedano l'implementazione presso i Presidi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Umbre, al fine di poter contribuire alla realizzazione di studi ad hoc sul potenziale impatto dei nuovi agenti virali a potenziale pandemico.</p>
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<p>1) Contribuire alla sorveglianza mantenendo attivo il sistema di sorveglianza sui casi umani di ILI - v. Protocollo Influnet & Covidnet 2021/2022, anche con la collaborazione dei "Medici sentinella" documentando le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dei primi casi "inusuali".</p> <p>2) Attraverso i finanziamenti che potranno arrivare a seguito della stima dei costi per i PanFlu potenziare le risorse dei 4 laboratori individuati per la diagnostica molecolare e dei Dipartimenti di Prevenzione. Vedi ATTIVITA' DI RICERCA E SVILUPPO e SERVIZI SANITARI DI PREVENZIONE</p> <p>3) Sulla base delle indicazioni regionali implementare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sistema di bio-sorveglianza - il sistema di allerta rapido (DISPATCH) per attivare la sorveglianza sindromica dei dati di accesso in Pronto Soccorso, presso i Presidi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Umbre. <p>4) Realizzare attività formative destinate agli operatori della Prevenzione e del territorio dedicati alla sorveglianza, con particolare attenzione ai nuovi assunti Vedi ATTIVITA' DI FORMAZIONE</p>
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità attuative della rimodulazione del sistema DISPATCH per la sorveglianza sindromica nei P.S. dell'Umbria + valutazione del rischio (ALLEGATO A3,2B) • Linee di indirizzo regionali per la gestione delle diverse possibilità d'uso del sistema di bio-sorveglianza • Implementazione delle attività dei Laboratori di microbiologia e medicina veterinaria: • Attivazione del Sistema informativo integrato

2.2. 3. Servizi sanitari e gestione clinica

2.2.3.1. Servizi sanitari di prevenzione

FASE	ALLERTA
MACRO AREA	Servizi sanitari e di gestione clinica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Servizi sanitari di prevenzione



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

REFERENTE	- Dirigente Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali - Direttore Dipartimento di Prevenzione USL Umbria 1 - Direttore Dipartimento di Prevenzione USL Umbria 2 - Direttore Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia - Responsabile Epidemiologia USL Umbria 1 - Responsabile Epidemiologia e Promozione della Salute USL Umbria 2 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 2
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	Nella fase di allerta pandemica è necessario implementare le attività di rafforzamento della sorveglianza, predisporre in base ai dati sul virus influenzale emergente a potenziale pandemico i protocolli e gli strumenti per la rapida realizzazione di studi sui primi casi di infezione qualora dovessero verificarsi casi sul territorio nazionale. In questa fase è opportuno attivare gli strumenti predisposti per una eventuale rafforzamento della resilienza territoriale ad esempio attraverso il potenziamento delle risorse umane. Nel caso in cui già nella fase di allerta pandemica si fossero verificati casi di infezione da virus pandemico sul territorio nazionale, verrà attivato il piano di contingenza e, anche in base alle valutazioni della rete DISPATCH, verranno definite le attività di risposta di competenza dei servizi territoriali.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 28 PanFlu 2021-2023) si dettagliano le azioni a livello regionale. In fase di allerta pandemica l'UCRESP attraverso l'attivazione della Centrale di Sorveglianza procede a: 1) acquisire la mappatura aggiornata delle risorse in capo ai Servizi ISP per verificare se si raggiunge lo standard di 1 operatore ogni 100.000 abitanti così come era stato programmato in fase interpandemica per garantire le attività di Contact Tracing e di Sorveglianza; 2) verificare la dotazione del personale in tutti i servizi del Dipartimento di Prevenzione e valuta la necessità di prevedere la possibilità di una espansione programmata delle risorse umane dedicate alla risposta pandemica nei servizi territoriali; 3) valutare, anche sulla base dello scenario pandemico, l'eventuale necessità di attivare i meccanismi predisposti nella fase inter-pandemica di reclutamento del personale per rafforzare la resilienza territoriale ; Sempre attraverso il coordinamento dell'UCRESP e della Centrale di Sorveglianza si procede inoltre a 4) garantire la partecipazione agli studi FFX e sviluppare competenze per la realizzazione degli stessi e per le indagini sui focolai. Nella primissima fase di diffusione del virus pandemico le attività di tracciamento dei contatti devono inoltre essere previste anche per la realizzazione di studi di valutazione sui primi casi che permettano di caratterizzare la trasmissibilità del virus pandemico, le caratteristiche di gravità clinica delle infezioni. Studi sui primi focolai di infezione permettono infatti di acquisire informazioni cruciali sulla trasmissibilità del nuovo virus e sull'impatto clinico della malattia. A loro volta queste informazioni sono cruciali per attivare misure di risposta proporzionali e adeguate. A tal fine si provvederà a partecipare agli studi attivati a livello nazionale per la raccolta dei casi stimati necessari per il disegno dello studio 5) adottare provvedimenti e protocolli per potenziare la sorveglianza epidemiologica . In questa fase vanno anche convocati <ul style="list-style-type: none"> • il Comitato di Coordinamento ex art. 7 D.lvo 81/2008 per la diffusione e l'applicazione delle misure di sicurezza sul lavoro e indicazioni per la continuità aziendale



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> il Tavolo di Coordinamento regionale dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e dei Medici Competenti (MC) delle Aziende Sanitarie per la diffusione rapida della comunicazione/informazione sul contesto epidemico e sulle misure da adottare
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<p>In fase di allerta a livello delle Aziende sanitarie devono</p> <ol style="list-style-type: none"> Rendere operativo in modo da essere facilmente dispiegabile l'adeguamento allo standard di personale previsto dal documento attuativo regionale sulla base dello scenario pandemico; Attivare le prime fasi delle procedure per coordinare e trasferire il personale tra le strutture sanitarie sulla base del fabbisogno in relazione agli scenari pandemici e delineato nel documento regionale.
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio settimanale delle risorse umane dei servizi ISP e eventuali disposizioni per il reclutamento del personale per potenziare i servizi di Prevenzione e aumentare la resilienza dei servizi Disposizioni operative per la raccolta dei dati relativi alla circolazione e alla progressione epidemica Moduli formativi accreditati anche in FAD per il personale Individuazione di procedure standardizzate per favorire la promozione di comportamenti sani nell'ottica della prevenzione e prevenire e la diffusione di informazioni non corrette Disposizioni aggiornate sulle misure di prevenzione e sicurezza da tenere nei vari contesti

2.2.3.2. Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri

FASE	ALLERTA
MACRO AREA	Servizi sanitari e di gestione clinica: Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri
REFERENTE	<ul style="list-style-type: none"> Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria Dirigente Servizio Pianificazione, Programmazione e controllo del SSR- Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria Direzione delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere Direttori Mediche Ospedaliere Direttore Centrale Operativa 118 Servizio Qualità e Accreditamento Aziende Sanitarie
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>A livello di programmazione sanitaria, in questa fase è necessario assicurare che nel momento in cui si verifica l'incremento della domanda di servizi sanitari sia territoriali che ospedalieri (diagnosi, assistenza e terapia) il sistema sia in grado di rispondere velocemente e in modo appropriato: le strutture devono essere pronte sia dal punto di vista organizzativo che strutturale, il personale sanitario deve essere in grado di operare in consapevolezza e sicurezza.</p> <p>Dal punto di vista operativo, in questa fase si applicano i piani regionali di preparazione alla pandemia e i piani operativi locali (predisposti nella fase inter-pandemica) e se ne monitorizzano</p>



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>gli effetti, tenendo costantemente sotto controllo l'evoluzione epidemiologica della malattia. Per una attivazione delle risposte efficace e proporzionata alla situazione del momento è cruciale la valutazione rapida e il monitoraggio del livello di rischio.</p> <p>Ricollegandoci alla rappresentazione degli scenari di trasmissibilità descritta nella fase inter-pandemica, nel caso in cui i sistemi di sorveglianza evidenzino il rischio, mai prima documentato e considerato improbabile, dell'emergenza di un virus influenzale a potenziale pandemico con caratteristiche di trasmissibilità e gravità più elevate rispetto a quanto documentato in precedenza (RO=2), prevedendo un fabbisogno assistenziale eccezionale, si attivano meccanismi straordinari predisposti per espandere rapidamente i servizi sanitari di assistenza (territoriali ed ospedalieri) e le procedure di approvvigionamento di dispositivi e strumenti, ricorrendo a strumenti operativi, legali e economici realizzati con successo nella risposta a COVID-19 (descritti in dettaglio nella sezione fase inter-pandemica e in Allegato A11).</p>
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab.25 PanFlu- 2021-2023) le azioni a livello regionale sono di seguito dettagliate.</p> <p>Attivazione dell'UCRESP che sulla base dei documenti attuativi impostati nella fase interpandemica, attraverso i membri che ne fanno parte ognuno per specifica competenza, provvede a emanare le disposizioni per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantire la comunicazione formale dell'allerta alle Aziende Sanitarie che devono attivare tempestivamente le Unità di Crisi 2) Attivare i sistemi informativi regionali predisposti per il monitoraggio dei servizi sanitari e raccolta dati quotidiana per la sorveglianza dei casi e il tracciamento dei contatti e per la trasmissione dei dati al livello nazionali. Disposizioni attuative per la raccolta completa dei dati (casi, contatti, casi sintomatici, ricoveri, tasso utilizzo posti letto ospedalieri e territoriali, consumo scorte, livello di contagio del personale e assenze, cluster nei diversi contesti, conteggio dei mezzi di soccorso e delle strutture di biocontenimento, decessi.....) 3) Recepire l'allerta del sistema di coordinamento nazionale, attivazione del sistema di coordinamento regionale: attivazione degli attori coinvolti su tutti i livelli perché siano preparati ad attivarsi secondo i ruoli e le procedure previste per ciascuno – Verifica formale 4) Verificare la responsabilità e efficienza della catena di responsabilità regionale – Verifica formale con valutazione 5) Valutazione del rischio e del fabbisogno assistenziale per verificare la probabile evoluzione della pandemia e valutare gli interventi di mitigazione 6) Attivazione delle misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce della rete e della disponibilità di servizi: attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita dal piano (allegato 3.2C) – Disposizione attuativa per la piena operatività della rete HUB e Spoke e attivazione dei posti letto in progress come indicato nel piano- Riunioni con le Unità di Crisi Aziendali per monitorare l'evoluzione della pandemia e garantire l'attivazione progressiva della rete 7) Dare piena operatività della rete ospedaliera e territoriale 8) Convocare Distretti, MMG, CA e PLS per verifica percorsi ambulatoriali e domiciliari, valutazione delle necessità di potenziamento del servizio e attivazione delle procedure e dei protocolli la gestione dei percorsi assistenziali 9) Attivare le misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce della rete e test delle procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza: attivazione delle procedure per i trasferimenti e i trasporti in emergenziali - Disposizione attuativa (allegato 3.2F) 10) Attivare i piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi: Attivazione/test dei piani predisposti di aumento di capacità e di continuità delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio - Disposizione attuativa 11) Verificare la necessità di incremento dei professionisti sia a livello territoriale che ospedaliero e potenziamento dei servizi con rimodulazione delle attività 12) Verificare e utilizzare procedure di gestione delle salme - Disposizione attuativa



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>13) Attivare i sistemi informativi regionali predisposti per il monitoraggio dei servizi sanitari e raccolta dati, monitoraggio della tenuta dei servizi sanitari: Attivazione della piattaforma web-based per la raccolta data sistematica - Disposizione attuativa</p> <p>14) Attivare le procedure per gli approvvigionamenti e la distribuzione di DPI, farmaci, dispositivi medici: Mobilizzazione e distribuzione degli stock regionali di DPI, farmaci (antivirali, vaccini, antibiotici) e altre forniture -Disposizione attuativa</p> <p>15) Attivare monitoraggio degli stock regionali e test delle procedure di approvvigionamento straordinario di DPI e farmaci.</p> <p>16) Attivare il Nucleo Epidemiologico e il Comitato Tecnico Scientifico per le specifiche attività</p> <p>17) Attivare il team della Formazione per le attività formative specifiche con attivazione dei referenti delle strutture per la formazione rapida a cascata</p> <p>18) Attivare il team della Comunicazione per le attività di Comunicazione e Informazione interna e esterna</p> <p>19) Dare disposizione alle Aziende per la verifica dei requisiti previsti nelle sezioni della lista di autovalutazione al fine del controllo e monitoraggio costante della tenuta dei servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sezione 1 - Potenziamento della rete ospedaliera per emergenza da Patogeno emergente • Sezione 2 – Modello e percorso organizzativo dell’offerta ospedaliera • Sezione 3 – Area territoriale • Sezione 4 – Sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica • Sezione 5 – Politiche di prevenzione e controllo delle infezioni legate all’assistenza • Sezione 6 – Formazione degli operatori sanitari <p>20) Verificare il sistema documentale e provvedere alla stesura del Piano di allerta pandemica entro 10 gg con aggiornamento di procedure per la gestione di tutte le attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesso alle strutture ospedaliere • Accesso alle strutture territoriali • Gestione dei percorsi nelle strutture sanitarie • Gestione dei casi e dei contatti nelle strutture • Sorveglianza dei degenti e degli operatori •
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<p>1) Recepimento delle disposizioni regionali e trasmissione a cascata</p> <p>2) Verifica della rispondenza dei servizi alle necessità emergenti e valutazione di impatto</p> <p>3) Adattamento veloce alle disposizioni</p> <p>4) Soddisfazione del debito informativo</p> <p>5) Piano di rimodulazione dei servizi sulla base delle disposizioni regionali, della verifica delle risorse e della valutazione di impatto</p> <p>6) Piano di rimodulazione delle attività e verifica della necessità di potenziamento e incremento dei professionisti nei servizi territoriali e ospedalieri</p> <p>7) Piano di approvvigionamento delle risorse</p> <p>8) Verifica, test e applicazione delle procedure</p>
DOCUMENTI ATTUATIVI	<p>Documenti attuativi della fase interpandemica</p> <p>Stesura del Piano di allerta pandemica entro 10 gg dalla dichiarazione dello stato di emergenza</p> <p>Aggiornamento procedure e disposizioni attuative</p>

2.2.4. Attività di prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non

FASE	ALLERTA
MACRO AREA	2.2.4 Prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN AMBITO SANITARIO INTERVENTI NON FARMACOLOGICI PER LA POPOLAZIONE GENERALE LA VACCINAZIONE IN FASE INTERPANDEMICA APPROVVIGIONAMENTO DI DPI, MEDICINALI (FARMACI E VACCINI), FORNITURE DI DISPOSITIVI MEDICI ESSENZIALI
REFERENTE	- Responsabile Sezione Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protetica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Responsabile scientifico Centro Regionale di Farmacovigilanza - Responsabile Sezione Prevenzione - Responsabili Servizi Farmaceutici Aziende Sanitarie Regionali - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 2
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>In fase di allerta sono fondamentali le misure di prevenzione e controllo delle infezioni da attivare all'interno dei servizi sanitari e assistenziali, così come le specifiche attività di formazione del personale già in parte predisposti in fase inter-pandemica.</p> <p>In questa fase, infatti, è opportuno procedere a valutare se il sistema di assistenza è pronto o se, comunque, le azioni preventive possono essere facilmente e rapidamente potenziate.</p> <p>Mettere in atto un piano di prevenzione o di mitigazione del rischio diventa indispensabile in fase di allerta, in quanto è possibile che le strutture possano già trovarsi in condizioni di sovraccarico assistenziale.</p> <p>Gli interventi non farmacologici rivestono un ruolo fondamentale e, considerato che spesso incidono sulle libertà personali, devono accompagnate da una comunicazione chiara e trasparente, condivisa e univoca ai vari livelli, nazionale, regionale e locale.</p> <p>L'opinione pubblica deve essere sensibilizzata in particolare sui rischi di contagio e sulle misure che ogni persona può adottare per limitare la trasmissione virale.</p> <p>Vedi Cap. 2.2.6 COMUNICAZIONE</p> <p>Approvvigionamento e mobilitazione di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), forniture di dispositivi medici essenziali</p> <p>In questa fase, sulla base delle caratteristiche del virus influenzale pandemico e delle evidenze scientifiche disponibili, è necessario identificare le appropriate tipologie di DPI, dispositivi medici, farmaci antivirali antinfluenzali, vaccini, altri farmaci rispetto ai quali finalizzare l'approvvigionamento.</p> <p>Le azioni da intraprendere, sono essenzialmente finalizzate alla mobilitazione delle risorse dalle strutture di stoccaggio ai punti di utilizzo, al monitoraggio del consumo delle scorte disponibili preparate in fase pre-pandemica e all'attivazione delle procedure per la fornitura</p>
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. da 30 a 33 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono di seguito dettagliate</p> <p>Tra le azioni essenziali relative alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni nei servizi sanitari e assistenziali (rif. Tab. da 30 e 32 PanFlu 2021-2023), che devono essere oggetto di indicazioni regionali (vedi esperienza COVID-19) nella fase di allerta pandemica si individuano:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaborare Indicazioni/linee di indirizzo per riorganizzare l'attività di assistenza al fine di ridurre il rischio di trasmissione di ICA: <ul style="list-style-type: none"> - riduzione delle visite/assistenza medica procrastinabili - regolamentazione dei nuovi ingressi e dei trasferimenti in ospedale e nelle case di riposo (lezione appresa da COVID-19) nel caso di assistenza procrastinabile e in presenza di circolazione del virus nelle strutture. 2) Elaborare strumenti comuni (check list di autovalutazione) per verificare l'adeguatezza e implementare i protocolli esistenti per IPC, e procedere a dare indicazioni uniformi per le caratteristiche necessarie a tutte le strutture: <ul style="list-style-type: none"> - esistenza, conoscenza e rispetto dei protocolli sulle procedure di prevenzione e



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>controllo delle infezioni (IPC) e sull'uso dei DPI specifici per l'agente pandemico (verifica/mappatura dei protocolli disponibili)</p> <ul style="list-style-type: none"> - condizioni strutturali per l'implementazione delle misure pandemiche anche in relazione ai percorsi e il personale disponibile - predisporre attività di formazione e rendere disponibili i DPI per le categorie professionali a rischio specifici per la minaccia pandemica. <p>3) Coinvolgere tutte le strutture assistenziali comprese quelle residenziali sociosanitarie e socio assistenziali.</p> <p>La sensibilizzazione dell'opinione pubblica sugli interventi che devono essere attuati dovrà essere graduata in base alla severità della malattia: qualsiasi (v. influenza stagionale), moderata, alta o straordinaria (vedi Tab. 31 e 32 del Panflu).</p> <p>In particolare, le azioni essenziali da attivare sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) definire le misure di contenimento in base al livello di severità della malattia (secondo le indicazioni nazionali) 2) predisporre misure di alleggerimento delle comunità lavorative (secondo le indicazioni nazionali), 3) rinforzare gli interventi di educazione sanitaria sulle misure comportamentali e per promuovere la diagnosi precoce; 4) identificare misure organizzative sociali per supportare le persone eventualmente poste in isolamento domiciliare (vedi anche allegato 4A) <p>Approvvigionamento e mobilitazione di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), forniture di dispositivi medici essenziali (Tab 33 del Panflu vedi allegato 3.2G)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Coordinamento delle attività di mobilitazione delle risorse dalle strutture di stoccaggio regionali ai punti di utilizzo, in raccordo con la Protezione Civile regionale; 2) Monitoraggio del consumo delle scorte disponibili, attraverso la raccolta dei dati (consumo DPI, dispositivi medici, farmaci antivirali, vaccini, altri farmaci) trasmessi dalle Aziende Sanitarie o inseriti negli specifici S.I. 3) Valutazione della necessità di eventuale ampliamento delle strutture di stoccaggio <p>Redigere tempestivamente le disposizioni operative per attuazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> o misure prevenzione e sicurezza o utilizzo DPI e tipologia di utilizzo nei diversi contesti ovvero applicare correttamente le precauzioni standard e quelle aggiuntive da contatto, droplet e via aerea con particolare riferimento al sapere indossare e rimuovere correttamente i DPI, o lavaggio e all'igiene delle mani, o gestione delle procedure invasive in ambito medico e asettico o misure di disinfezione e sanificazione superfici, dispositivi medici e ambienti, o smaltimento corretto dei rifiuti potenzialmente infetti o utilizzo farmaci antivirali <p>Le procedure vanno aggiornate in relazione al contesto e all'andamento epidemico</p>
<p>AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Attivare misure di prevenzione e controllo delle infezioni in tutte le strutture assistenziali comprese quelle residenziali sociosanitarie e socio assistenziali, in base alle indicazioni emanate a livello regionale e alle check list di autovalutazione. 2) Coordinarsi con le istituzioni locali (Comuni, Scuole) per l'attivazione di eventuali misure da attivare in base all'andamento dell'infezione sul territorio 3) Attivare contratti di prelazione o acquisto, sulla base delle risultanze delle procedure di evidenza pubblica effettuate dalla Centrale di Committenza regionale (CRAS); 4) Monitorare almeno quindicinale le scorte ed eventuale reintegro secondo criteri FIFO (First In First Out). 5) Distribuire alle strutture di DP (sulla base della valutazione del rischio), di medicinali e di dispositivi medici essenziali (si rimanda all'allegato A della fase inter pandemica)



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Linee di indirizzo per l'attuazione della campagna vaccinale annuale a seguito dell'emanazione della Circolare Ministeriale annuale • Approvazione e attivazione campagne di comunicazione per le vaccinazioni • Moduli formativi per le IPC • Definizione procedure di approvvigionamento contenente la Stima dei fabbisogni e procedure per monitoraggio, uso e distribuzione delle scorte di DPI, DM, medicinali e forniture – Allegato 2.3G • Prevenzione e Controllo delle Infezioni (Allegato 4A) • Disposizioni operative per attuazione: <ul style="list-style-type: none"> ○ misure prevenzione e sicurezza ○ utilizzo DPI e tipologia di utilizzo nei diversi contesti ovvero applicare correttamente le precauzioni standard e quelle aggiuntive da contatto, droplet e via aerea con particolare riferimento al sapere indossare e rimuovere correttamente i DPI, ○ lavaggio e all'igiene delle mani, ○ gestione delle procedure invasive in ambito medico e asettico ○ misure di disinfezione e sanificazione superfici, dispositivi medici e ambienti, ○ smaltimento corretto dei rifiuti potenzialmente infetti ○ utilizzo farmaci antivirali ○ campagne vaccinali
----------------------------	---

2.2.5. Attività di formazione

FASE	ALLERTA
MACRO AREA	Formazione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Attività di formazione (corsi, esercitazioni)
REFERENTE	- Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Referente per la Scuola di amministrazione Pubblica Villa Umbra - Responsabile formazione e qualità Azienda Ospedaliera di Perugia - Responsabile Formazione-Qualità-Comunicazione Azienda Ospedaliera Terni - Responsabile U.O. Formazione del personale e sviluppo Risorse USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Formazione, Comunicazione, Relazioni Esterne USL Umbria 2 - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	In questa fase è prevista l'erogazione dei moduli formativi predisposti nella fase inter-pandemica previo adattamento dei contenuti al patogeno specifico, causa della pandemia. L'offerta formativa in questa fase può essere ampliata adattandosi alle esigenze contingenti. Sono elementi essenziali la disponibilità di personale formato in grado di sviluppare ed erogare i corsi di formazione e aggiornamento con la flessibilità e tempestività necessaria a raggiungere gli obiettivi formativi di questa fase pandemica.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 34 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Disporre tempestivamente di un aggiornamento del/i modulo/i formativo/i realizzati in fase inter- pandemica in base alle caratteristiche del virus influenzale a potenziale pandemico emergente allo scopo di fornire informazioni sulle caratteristiche del virus e sulle azioni di risposta messe in campo in questa fase. A livello regionale il gruppo preposto alla Formazione provvederà ad ampliare l'offerta formativa in base ai risultati ottenuti dai moduli formativi già somministrati in fase interpandemica per: <ul style="list-style-type: none"> • Reclutare il personale disponibile e formato in fase inter-pandemica per sviluppare ed erogare i corsi di formazione • Predisporre moduli in FAD a diffusione rapida sulle conoscenze che man mano vengono acquisite sul patogeno emergente e sulle caratteristiche dell'epidemia • Fornire tempestivamente le conoscenze sul patogeno causa dell'allerta in atto, fornendo le informazioni sulle caratteristiche del virus influenzale a potenziale pandemico emergente e sulle azioni contingenti di questa fase • Favorire l'adozione di comportamenti di prevenzione e protezione per favorire il cambiamento degli operatori coinvolti per il contrasto e la mitigazione della diffusione del contagio anche la fine di essere promotori di educazione sanitaria nei confronti degli assistiti 2) Istituire una rete dei referenti individuati nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie per la condivisione rapida sulle problematiche emergenti e veicolare le informazioni e conoscenze in rete e a cascata con possibilità anche di ritorni di feed-back per migliorare la conoscenza e veicolare informazioni e conoscenze corrette e aggiornate 3) Applicare i protocolli e gli strumenti, sviluppati a livello nazionale nella fase interpandemica, per la valutazione dell'impatto percepito della formazione a breve termine. A livello regionale il gruppo preposto alla Formazione provvederà anche a monitorare l'impatto della formazione realizzata per revisionare e aggiornare tempestivamente i moduli formativi necessari per la fase di allerta.
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Erogare tempestivamente un aggiornamento del/i modulo/i formativo/i realizzati in fase inter- pandemica in base alle caratteristiche del virus influenzale a potenziale pandemico emergente allo scopo di fornire informazioni sulle caratteristiche del virus e sulle azioni di risposta messe in campo in questa fase. 2) Applicare i protocolli e gli strumenti, sviluppati a livello nazionale nella fase interpandemica, per la valutazione dell'impatto percepito della formazione a breve termine
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Moduli formativi specifici aggiornati in maniera tempestiva rispetto alle necessità dettate dalla fase di allerta pandemica

2.2.6. Attività di comunicazione

FASE	ALLERTA
MACRO AREA	Comunicazione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Azioni per la stesura di un piano di comunicazione del rischio pandemico regionale, in linea con il PanFlu nazionale 2021-2023
REFERENTE	- Referente comunicazione, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Portavoce della Presidente Regione - Responsabile Funzione 5 della Sala Operativa regionale (SOR) - Redattore Ufficio stampa Giunta Regionale - Referenti comunicazione e ufficio stampa, Azienda ospedaliera di Perugia - Referenti comunicazione e ufficio stampa, Azienda Ospedaliera di Terni - Responsabile Staff Sviluppo qualità e comunicazione, USL Umbria 1



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Referente ufficio stampa USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Formazione, comunicazione e relazioni esterne, USL Umbria 2 - Responsabile Posizione Organizzativa Comunicazione esterna, rapporti con la stampa e gestione sito web istituzionale, USL Umbria 2 - Responsabile URP A.O. di Perugia - Responsabile URP A.O. di Terni - Responsabile URP Azienda USL Umbria 1 - Responsabile URP USL Umbria 2 - Responsabile comunicazione Puntozero Scarl - Responsabile NUS - Referente comunicazione Servizio Protezione civile - Referente comunicazione ANCI - Referente comunicazione Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica - Responsabile della Sezione Prevenzione, Servizio prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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. - 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.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (Tabelle 35 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Attivare il sistema di strutture formali e di procedure concordate per attivare la comunicazione del rischio e il coinvolgimento delle comunità nei casi di allerta e minacce per la salute pubblica. In attesa del piano nazionale di comunicazione del rischio da attivare per affrontare la fase di allerta per la salute pubblica, il sistema di strutture formali e di procedure concordate, inclusi quadri giuridici e politici che la regione mette in azione, vengono descritti al punto 1.4.1 del presente documento. Nello specifico, prima della dichiarazione dello stato di emergenza sanitaria la responsabilità della catena di comando delle azioni pianificate nel presente documento è affidata al Direttore della Direzione Salute e Welfare che risponde in linea diretta all'Assessore alla Salute e politiche sociali. Le attività di comunicazione, sia interna alle articolazioni organizzative che esterna, vengono coordinate dal Referente comunicazione della Direzione salute e Welfare e dal redattore dell'Ufficio stampa della Giunta regionale assegnato all'Assessore alla Salute e alle politiche sociali, in raccordo con la Presidenza del Regione. La struttura della comunicazione e dell'informazione coinvolge direttamente gli uffici stampa e i servizi comunicazione delle aziende sanitarie, ma anche della Protezione Civile regionale, di PuntoZero Scarl, del Numero Unico Sanità (NUS), di Anci e della Scuola Umbra di Pubblica Amministrazione. 2) Attivare i piani e le procedure previste per garantire il rilascio tempestivo di informazioni commisurate agli interventi previsti in fase di allerta, come le procedure di autorizzazioni per i messaggi e i prodotti di informazione. Le procedure di rilascio delle informazioni come definite e raccordate al piano generale di preparedness, includono anche la capacità di comunicare l'incertezza e di trasferire nozioni scientifiche complesse in linguaggi e formati comprensibili. In attesa delle disposizioni del piano nazionale di comunicazione del rischio,



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>il processo della comunicazione, organizzato attraverso una rete di referenti, sopra descritti, è centralizzato in maniera tale da garantire strategie e messaggi univoci, tempestivi e chiari. Le informazioni vengono gestite e rilasciate dal livello regionale (Direttore salute e welfare, Assessore alla salute e alle politiche sociali, Presidente della Regione) e comunicate sia all'interno dell'organizzazione regionale che ai cittadini e agli altri stakeholder esterni. Viene attivato coordinamento con le istituzioni nazionali e contestualmente viene attivato un confronto continuo tra tutti i referenti comunicazione delle strutture regionali al fine di assicurare la massima tempestività di risposta e l'allineamento di tutte le componenti coinvolte.</p> <p>3) Attivare tutte le risorse professionali ed economiche per poter procedere ad un'azione proattiva di sensibilizzazione del pubblico in relazione alla fase di allerta, prevedendo l'utilizzo un mix di piattaforme comunicative. Le procedure di rilascio delle informazioni come definite e raccordate al piano generale di preparedness, includono anche la capacità di comunicare l'incertezza e di trasferire nozioni scientifiche complesse in linguaggi e formati comprensibili. In attesa delle disposizioni del piano nazionale di comunicazione del rischio, il processo della comunicazione, organizzato attraverso una rete di referenti, sopra descritti, è centralizzato in maniera tale da garantire strategie e messaggi univoci, tempestivi e chiari. Le informazioni vengono gestite e rilasciate dal livello regionale (Direttore salute e welfare, Assessore alla salute e alle politiche sociali, Presidente della Regione) e comunicate sia all'interno dell'organizzazione regionale che ai cittadini e agli altri stakeholder esterni. Viene attivato coordinamento con le istituzioni nazionali e contestualmente viene attivato un confronto continuo tra tutti i referenti comunicazione delle strutture regionali al fine di assicurare la massima tempestività di risposta e l'allineamento di tutte le componenti coinvolte.</p> <p>4) Attivare tempestivamente il sistema di ruoli e responsabilità per l'attivazione rapida di attività di comunicazione delle informazioni relative all'allerta di rischio per la salute pubblica. Il sistema strutturato dei ruoli in base alle rispettive responsabilità, per l'attivazione rapida di attività di comunicazione delle informazioni relative all'allerta di rischio per la salute pubblica, è contenuto negli organigrammi e nelle job description dei degli enti di appartenenza dei professionisti coinvolti nella rete di comunicazione. In attesa del Piano comunicazione nazionale, l'elenco dei professionisti della comunicazione e dei rispettivi ruoli è il seguente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Portavoce della Presidente della Regione b. Responsabile Funzione 5 Sala Operativa regionale (SOR) c. Redattore dell'Ufficio stampa Giunta regionale d. Referente comunicazione della Direzione salute e welfare, Regione Umbria e. Referenti comunicazione e ufficio stampa, A.O. di Perugia f. Referenti comunicazione e ufficio stampa, A.O. di Terni g. Responsabile Staff Sviluppo qualità e comunicazione, USL Umbria 1 h. Referente ufficio stampa USL Umbria 1 i. Responsabile Servizio Formazione, comunicazione e relazioni esterne, USL Umbria 2 j. Responsabile Posizione Organizzativa Comunicazione esterna, rapporti con la stampa, gestione sito web istituzionale, USL Umbria 2 k. Responsabile URP A.O. di Perugia l. Responsabile URP A.O. di Terni m. Responsabile URP Azienda USL Umbria 1 n. Responsabile URP USL Umbria 2 o. Responsabile comunicazione Puntozero Scarl p. Responsabile NUS (contact center regionale) q. Referente comunicazione Servizio Protezione civile r. Referente comunicazione ANCI s. Referente comunicazione Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica t. Responsabile della Sezione Prevenzione, Servizio prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria
--	---



	<p>5) Coinvolgere i partner e testimonial nella diffusione dei messaggi comunicativi per la promozione di comportamenti corretti e l'accrescimento della consapevolezza del rischio che si sta manifestando Attivazione di messaggi comunicativi commisurati alle azioni cautelative necessarie in fase di allerta per evitare comportamenti scorretti che possono portare alla diffusione del rischio. Tali messaggi possono essere veicolati in questa fase dai partner e testimonial che rispecchiano maggiormente le caratteristiche di coerenza ed efficacia rispetto al messaggio, elencati nella Tabella 22. In particolare, partner e testimonial verranno impiegati anche nello sviluppo di campagne di comunicazione legate a ricorrenze nazionali o internazionali sulle tematiche della salute (ad es. Giornata mondiale dell'igiene delle mani, Giornata nazionale per la sicurezza delle cure) con la produzione di videomessaggi, opuscoli informativi, comunicati stampa, interviste radio e tv, webinar, convegni, eventi che prevedono la partecipazione dei cittadini sia sui social che in presenza.</p> <p>6) Sviluppare e divulgare informazioni chiare ed esplicite anche rispetto alle incertezze associate al rischio emergente, agli eventi e agli interventi eventualmente necessari, indicando ciò che è conosciuto e ciò che non è noto sulla base delle evidenze scientifiche disponibili. La scelta di contenuti dei messaggi chiari ed espliciti che includano anche eventuali incertezze associate al rischio, agli eventi e agli interventi da attuare, vengono scelti grazie al lavoro congiunto degli specialisti della comunicazione e dei professionisti del mondo sanitario, clinico, scientifico. Tale strategia vale sia per quanto riguarda la sinergia con il Comitato tecnico scientifico regionale che il Nucleo epidemiologico regionale, ma anche attraverso il Nucleo permanente di comunicazione del rischio sanitario, deputato allo sviluppo del Piano nazionale di comunicazione del PANFLU, di cui è membro il referente comunicazione della Direzione regionale salute e welfare.</p> <p>7) Disporre di un piano di divulgazione diversificata dei messaggi che coinvolga le principali piattaforme, metodologie e canali comunicativi differenti. Il piano complessivo di divulgazione degli interventi e dei messaggi comunicativi coinvolge differenti piattaforme, metodologie e canali comunicativi e integra i media tradizionali e i social media. Tale piano viene sviluppato in base a livelli diversi di attivazione commisurati al crescere dell'emergenza sanitaria. Fermo restando il coordinamento da parte del referente comunicazione della Direzione regionale salute e del Redattore dell'Ufficio stampa dell'Assessore alla salute e alle politiche sociali, per l'ideazione, la produzione e la diffusione dei differenti messaggi, ogni canale utilizzerà metodologie appropriate che faranno a capo ai rispettivi referenti.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. La comunicazione telefonica con il cittadino verrà gestita dal Coordinatore del NUS che si avvarrà degli aggiornamenti forniti dal referente comunicazione Direzione salute, derivanti dalle disposizioni nazionali e regionali. I rapporti con i cittadini, relativamente a richieste di informazioni, segnalazioni, reclami (sia che pervengano a mezzo telefono, mail, messaggi social o altro) verranno gestite in forte integrazione tra la Direzione salute e welfare, il NUS e gli URP delle aziende sanitarie, in modo da instaurare un dialogo col cittadino che contribuisca ad accrescere in quest'ultimo la fiducia nelle istituzioni. b. I rapporti con la stampa verranno tenuti dal redattore dell'Ufficio stampa di Giunta che coordina la pianificazione dei comunicati stampa, delle conferenze stampa, degli interventi di politici, tecnici e testimonial, in trasmissioni televisive e radiofoniche. c. La comunicazione social verrà sviluppata di concerto con il Portavoce della Presidente che gestisce i profili social della Regione e si avvarrà del contributo creativo e grafico del Referente Direzione salute e welfare e del referente comunicazione di PuntoZero. I contenuti verranno poi condivisi in maniera coordinata sui profili social delle Aziende sanitarie, Protezione civile, PuntoZero, Anci, Federfarma, Assofarm ed altri enti coinvolti. d. La comunicazione sui siti istituzionali viene coordinata dal Referente comunicazione della Direzione salute e welfare e dal Responsabile comunicazione di PuntoZero, in
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>raccordo con i referenti comunicazione delle aziende sanitarie, al fine di mantenere aggiornati e allineati tutti i contenuti informativi.</p> <p>e. La produzione di materiali multimediali evoluti, di dirette streaming complesse e di altre attività specialistiche che si rendessero necessarie, sono coordinate dal referente comunicazione della Direzione salute e welfare, di concerto con il referente comunicazione della Scuola Umbria di amministrazione pubblica ove ha luogo uno specifico centro di registrazione multimediale. Tali attività potranno essere demandate anche ad agenzie esterne individuate dall'apposita gara centralizzata sulla comunicazione.</p> <p>f. L'ideazione e lo sviluppo di strategie di comunicazione attraverso SanitApp, chatbot, Contest Relationship Management (CRM), URP Social e altri strumenti innovativi, verranno gestiti con il coordinamento del Referente comunicazione della Direzione salute e welfare e dal Responsabile comunicazione di PuntoZero</p> <p>g. La produzione di materiali cartacei avverrà mediante il supporto del Centro stampa della Regione Umbria ed eventualmente tramite agenzie esterne individuate nella gara centralizzata di comunicazione attualmente in corso.</p> <p>8) Rafforzare e attivare i sistemi e le reti di monitoraggio e intervento per il contenimento dei casi di divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news.. L'attività di monitoraggio dei casi di divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news, viene attuata da tutti i referenti della comunicazione individuati nel presente documento, al fine di fornire una risposta immediata per prevenire la creazione di stereotipi sulle persone malate, i loro familiari, o su razze e gruppi sociali particolari che possono portare ad adottare comportamenti discriminatori e di stigma sociale. In particolare, verranno utilizzati tutti i canali disponibili per smentire fake news e rilanciare messaggi verificati ed utili alla adozione di comportamenti idonei da parte della popolazione (ad es. conferenze stampa, comunicati stampa, messaggi social). Un'ulteriore azione è quella di stabilire una partnership anche a livello regionale con le principali piattaforme social che consenta una rapida individuazione delle fake news e una loro neutralizzazione. Allo stesso modo va intrapresa una strategia analoga con gli organi di stampa regionali e locali, in modo che l'infodemia non sfoci in un rilascio incontrollato di informazioni non verificate o confondenti.</p>
<p>AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recepimento del piano comunicazione regionale 2) Definizione/revisione di procedure operative per la comunicazione interna ed esterna 3) Individuazione e coinvolgimento di partner e testimonial 4) Attuazione di una strategia per il contenimento della disinformazione
<p>DOCUMENTI ATTUATIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano comunicazione regionale • Piano comunicazione aziendale • Procedure operative sulla comunicazione interna ed esterna • Aggiornamenti della Comunicazione in maniera tempestiva rispetto alle necessità dettate dalla fase di allerta pandemica per l'informazione interna ed esterna; • Avvio della diffusione di comunicati stampa settimanali e/o periodici di aggiornamento sulla situazione epidemiologica; • Diffusione di comunicati stampa in relazione alle tematiche da divulgare; • Produzione di infografiche specifiche sulle tematiche d'attualità; • Predisposizione FAQ per le principali informazioni da fornire ai cittadini; • Aggiornamento tempestivo il sito regionale dedicato

2.2.7. Attività di ricerca e sviluppo

FASE	ALLERTA
------	---------



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

MACRO AREA	Ricerca e sviluppo
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Implementazione della diagnostica molecolare per la rilevazione e differenziazione dei virus influenzali
REFERENTE	- Direttore Sezione Microbiologia e Microbiologia Clinica, Dipartimento di Medicina e chirurgia, Università degli Studi di Perugia. Direttore S.C. Microbiologia, Azienda Ospedaliera di Perugia
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Referente rete laboratori Influnet - Sezione Microbiologia e Microbiologia Clinica, Dipartimento di Medicina e chirurgia, Università degli Studi di Perugia. - Referente Sezione Sanità Animale - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direttore Sanitario Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) - Referente Osservatorio Epidemiologico IZSUM - Responsabile Laboratorio di Virologia Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) - Direttore Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia. - Referente Sezione Prevenzione - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	Nella fase di allerta pandemica gli sforzi della ricerca sono ampi e comprendono discipline e ambiti diversi tra cui: <ul style="list-style-type: none"> • L'identificazione dell'agente patogeno e sua caratterizzazione e tassonomia, • Lo sviluppo/validazione di test diagnostici affidabili, • La valutazione, in base ai dati epidemiologici, della sua trasmissibilità, • La valutazione della gravità clinica delle infezioni, • Le caratteristiche immunologiche della stessa e i fattori di rischio per patologie con outcome più grave, • La sensibilità a farmaci esistenti e lo sviluppo di farmaci specifici e vaccini.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 36 PanFlu 2021-2023) le azioni chiave a livello regionale sono: <ul style="list-style-type: none"> • Implementare a regime il flusso delle prestazioni di laboratorio (tamponi, sierologico, genotipizzazioni etc.). • Realizzare il collegamento con il sistema nazionale secondo le specifiche dettate e rispetto della procedura di allerta rapida per raggiungere l'obiettivo di disporre di un sistema nazionale di sorveglianza virologica dell'influenza, in grado di monitorare i virus influenzali stagionali e/o nuovi virus a potenziale pandemico • Disporre sul territorio regionale delle tecnologie e delle risorse dei laboratori della rete, In ogni laboratorio della rete devono essere presenti le strumentazioni e il personale adeguatamente formato in grado di permettere lo svolgimento degli obiettivi preposti • Disporre sul territorio regionale di capacità di analisi di sequenza adeguate con personale specializzato e strumentazioni ad alta tecnologia • Collegamento in rete dei laboratori regionali, manutenzione delle dotazioni strumentali e mantenimento della loro efficienza <p>In fase di allerta pandemica la rete dei laboratori per la sorveglianza virologica dell'influenza deve essere attiva e pienamente funzionante Tale rete risulta costituita da (cfr. Sezione 2.1.7):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio di riferimento Perugia - Azienda Ospedaliera di Perugia - Laboratorio Terni (Azienda Ospedaliera di Terni) - Laboratorio Città di Castello (USL Umbria 1)



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio Spoleto (USL Umbria 2) - Laboratorio IZSUM per la sorveglianza virologica animale <p>Tutti i laboratori della rete regionale devono essere dotati di strumentazioni e risorse per le attività di sorveglianza virologica dell'influenza, già dalla fase inter-pandemica, in rete con il laboratorio di riferimento, così da essere immediatamente operativi in caso di allerta ed in fase pandemica. e di essere in grado di monitorare i virus influenzali stagionali e/o nuovi virus a potenziale pandemico integrati in un unico sistema regionale.</p> <p>A tal fine ogni Laboratorio dovrà essere dotato delle risorse umane e delle strumentazioni necessarie alla diagnostica molecolare.</p> <p>Il Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è individuato per il sequenziamento dei virus influenzali (epidemici e pandemici) e di SARS-CoV-2 nonché per le attività di coltivazione in vitro dei virus.</p> <p>In questa fase si rende necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivare la rete da parte dell'Unità di Crisi con riunione preliminare con il Laboratorio di riferimento per verificare: <ul style="list-style-type: none"> ○ La piena operatività della rete dei laboratori e valutare se necessari processi di adeguamento del sistema e della rete in relazione alla specificità dell'allerta e del patogeno di riferimento ○ L'efficienza e l'adeguatezza del sistema informativo per la registrazione e l'integrazione dei dati ○ La piena operatività del laboratorio di sequenziamento rapportandosi con il livello centrale per le sequenze da ottenere e per la modalità di registrazione dei dati e della modalità di segnalazione di mutazione suggestive ○ La disponibilità di metodiche, procedure e protocolli condivisi e l'eventuale necessità di adeguamento degli stessi ○ Modalità di recepimento e diffusione delle indicazioni nazionale per la sorveglianza virologica • Redigere il Piano di allerta entro 10 gg. dalla dichiarazione dello stato di emergenza in relazione a quanto verificato nella riunione preliminare per avere disponibili: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedura inserimento e raccolta dati ○ Procedura modalità di prelievo, raccolta, conservazione, trasporto campioni ○ Protocollo processazione campioni ○ Protocollo sequenziamento ed analisi bioinformatica • Partecipare alle survey predisposte a livello centrale • Attivare corsi di retraining e formazione per il personale coinvolto • Pianificare studi epidemiologici mirati per l'individuazione di possibili mutazioni: <ul style="list-style-type: none"> ○ Studio, caratterizzazione e monitoraggio di virus responsabili di malattie infettive emergenti ed epidemiche, con particolare riferimento a virus potenzialmente pandemici. ○ Studio della trasmissione di tali microorganismi in ambito comunitario, nosocomiale, nel territorio e regioni limitrofe. ○ Sviluppo e validazione di nuovi approcci terapeutici per il trattamento delle patologie infettive emergenti. ○ Studio e validazione approcci e strumenti di decontaminazione ambientale. <p>Gli obiettivi e le ricadute:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identificazione di patogeni emergenti - sorveglianza e contenimento di malattie infettive con limitate o assenti opzioni terapeutiche 2) Costituzione di un sistema di allerta e monitoraggio territoriale di patologie infettive potenzialmente pandemiche o epidemiche. 3) Attività di <i>drug discovery and development</i>
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ol style="list-style-type: none"> 4) Sviluppo di sistemi cellulari e tridimensionali cellulari <i>in vitro</i> (organoidi: polmoni, intestino, cervello) per studiare l'interazione ospite/agente infettivo e validare l'attività dei nuovi farmaci. 5) Realizzazione di una biobanca microbiologica regionale 6) Attività e servizi di sequenziamento genico e indagini multi-omiche 7) Sviluppo e validazione di sistemi di decontaminazione ambientale
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mantenere la piena operatività e efficienza dei Laboratori, nel rispetto dei protocolli condivisi. 2) Registrare in modo tempestivo, corretto ed esaustivo i dati nei gestionali preposti, nel rispetto della procedura di riferimento. 3) Mantenere presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia la piena operatività del laboratorio di sequenziamento, che dovrà rapportarsi con il livello centrale per il numero di sequenziamenti da effettuare e le modalità di registrazione dei dati e di segnalazione di mutazioni <i>of interest</i> oppure <i>of concern</i>; 4) Mantenere elevata la professionalità del personale attraverso corsi di re-traing e formazione, riunioni periodiche della rete al fine di valutarne efficienza e di individuare eventuali criticità e successive azioni correttive e di miglioramento; 5) Partecipare alle survey predisposte dal livello centrale nel rispetto delle tempistiche e modalità individuate 6) Partecipare agli studi epidemiologici mirati per l'individuazione di eventuali mutazioni, di eventuali reinfezioni, della diminuita capacità di risposta a farmaci e/o vaccini così come indicato.
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di allerta da predisporre entro 10 gg. dalla dichiarazione dello stato contenente



2.3.Fase Pandemica

Gli elementi chiave per la preparedness e la risposta

La 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. In base ad esperienze pregresse, inoltre, è noto che nell'ambito della fase pandemica in ciascun Paese si possono osservare diverse fasi epidemiche a livello nazionale 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 l'epidemia è controllata a livello nazionale.

La risposta ad una pandemia si configura nell'ambito di una operatività in stato di emergenza con coordinamento del DPC e partecipazione di numerosi attori istituzionali. La pandemia da COVID-19 rappresenta un esempio delle modalità con cui si è realizzata in Italia questo tipo di risposta.

2.3.1.Attività di governance

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	Attività di Governance dal livello nazionale a quello regionale e aziendale
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Azioni per la stesura del Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in linea con il PanFlu nazionale 2021-2023
REFERENTE	- Direttore regionale Salute e Welfare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Pianificazione, Programmazione e controllo del SSR- - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione economico finanziaria delle aziende sanitarie. - - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR – - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Protezione civile ed emergenze - Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	Durante una pandemia, si opera in uno stato di emergenza, che viene dichiarato dal governo e ratificato dal parlamento che vede nel DPC il coordinamento delle attività in collaborazione con il Governo e su Ministero della Salute (per maggiori dettagli vedere la sezione “Strumenti giuridici per la pianificazione e la risposta alle emergenze di sanità pubblica” nella parte iniziale del Piano nazionale). In tale contesto è quindi auspicabile l'istituzione rapida di un coordinamento che veda la partecipazione di tutti i principali attori sia con ruolo di consulenza tecnico-scientifica che operativa. In sintesi è la fase in cui il nuovo virus ha una circolazione di tipo pandemico con adozione delle misure già attivate e aggiornate e in fase di allerta adattandole al contesto ampliando i posti letto necessari di terapia intensiva, semintensiva e d'area medica con rilevazione della disponibilità quotidiana dei servizi assistenziali.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>E' la fase di maggiore impegno della capacità diagnostica di laboratorio e di sequenziamento genomico.</p> <p>E' la fase in cui maggiormente si utilizzano misure di profilassi e di trattamento farmacologico fino all'arrivo del vaccino che diventa lo strumento più importante per ridurre la circolazione virale e il contagio.</p>
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 37 PanFlu 2021-2023) le azioni sono di seguito indicate.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Attivare il Piano di contingenza pandemico garantendo un coordinamento con le istituzioni coinvolte e definendo ruoli, funzioni e modalità operative. A livello regionale si recepiscono le indicazioni del piano di contingenza attraverso il raccordo costante con il livello centrale e attraverso la catena di comando e tutti gli attori coinvolti si garantiscono tutte le attività necessarie in ambito regionale per gestire la fase pandemica 2) Garantire la piena operatività del Comitato Pandemico, del Comitato Tecnico Scientifico e del Nucleo Epidemiologico a supporto dell'UCRESP e del COR. Il N,E .monitorea costantemente l'andamento epidemico sulla base dei dati di rilevazione quotidiana (casi, positivi, casi sintomatici, cluster e tipologia di cluster, ricoveri, tasso di occupazione dei posti letto, decessi, presenza di personale infetto.....). Il CTS ha la funzione di rispondere a quesiti tecnico-scientifici, valutare evidenze scientifiche e dare indicazioni rispetto alle misure di controllo in fase pandemica.
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Garantire l'adattamento veloce dei servizi del sistema sanitario regionale all'evoluzione della fase pandemica e l'attuazione delle azioni previste per le aziende sanitarie nel Piano di contingenza operativo regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Procedure di adattamento rapido alla situazione pandemica

2.3.2. Attività di Sorveglianza epidemiologica e virologica

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica e virologica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Monitoraggio in fase pandemica
REFERENTE	- Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza alimentare Direzione regionale Salute e Welfare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione regionale Salute e Welfare – Regione Umbria - Sezione Sanità Animale - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Responsabile Epidemiologia USL Umbria 1 - Responsabile Epidemiologia e Promozione della Salute USL Umbria 2 - Amministratore Unico PuntoZero Scarl - UOD Osservatorio Epidemiologico Veterinario Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

<p>DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 38 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono elencate di seguito.</p> <p>Durante la fase pandemica è indispensabile avere a disposizione informazioni periodicamente aggiornate, derivanti anche da diverse tipologie di sorveglianza, necessarie per prendere decisioni opportune per risposte efficaci. Pertanto la sorveglianza può basarsi su sistemi di sorveglianza di routine esistenti, ma potrebbe anche richiedere lo sviluppo di sistemi ad hoc per soddisfare la necessità di eventuali dati supplementari.</p> <p>In fase iniziale la sorveglianza si concentrerà sulla verifica delle prime segnalazioni di trasmissione sostenuta da persona a persona di un nuovo virus influenzale e sull'individuazione dei primi casi di questo virus in altri Paesi, in base a definizioni di caso che possono essere via via aggiornate dall'OMS man mano che il virus evolve, come è già avvenuto per il COVID-19. Successivamente, durante l'ondata epidemica, diventerà necessario acquisire dati e informazioni diverse e la sorveglianza sarà di supporto alla modifica delle strategie di risposta e alla rilevazione di eventuali successive ondate epidemiche; sarà inoltre indispensabile disporre di una capacità rafforzata di conferma diagnostica sul territorio nazionale.</p> <p>I sistemi di sorveglianza previsti già nelle precedenti fasi del Piano dovranno essere potenziati/integrati, se necessario, in modo da essere in grado di valutare la diffusione geografica, l'andamento epidemiologico, l'intensità di trasmissione, l'impatto sui servizi sanitari, i cambiamenti del virus anche in relazione alla sensibilità ai farmaci antivirali e ai vaccini e di garantire la divulgazione puntuale agli operatori sanitari delle informazioni raccolte.</p> <p>La classificazione rapida del rischio con metodi standardizzati potrà supportare il processo decisionale finalizzato a modulare gli interventi di mitigazione e di assistenza in fase pandemica. Le azioni essenziali da mettere a regime per la sorveglianza da realizzare nella fase pandemica saranno pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adattare tempestivamente i sistemi di sorveglianza per assicurare la segnalazione dei nuovi casi di influenza pandemica, - Valutare l'andamento dell'epidemia a livello nazionale, - Garantire la comunicazione aggiornata su andamento epidemiologico e sulle caratteristiche dei virus circolanti e l'invio dei dati alle banche dati internazionali (ECDC- OMS) - Definire indicazioni nazionali (circolari ministeriali) periodicamente aggiornate per garantire aggiornate per garantire attività di sorveglianza e contact tracing realizzate uniformemente nel paese.
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>In questa fase, sulla base delle lezioni apprese durante la pandemia da COVID-19, si intende adattare e rafforzare i sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica descritti nelle altre fasi pandemiche.</p> <p>La sorveglianza dovrà essere in grado di individuare ulteriori casi confermati di influenza pandemica, con particolare attenzione rivolta alla raccolta di dati relativi ai potenziali fattori di rischio, al fine di diffondere i risultati in modo che tutti gli attori coinvolti ricevano aggiornamenti sull'andamento epidemiologico e sulle caratteristiche virologiche e anche i "decisori" dispongano delle informazioni essenziali per la programmazione a livello regionale.</p> <p>Le azioni previste :</p> <p>1) Rendere pienamente operativo e, se necessario, integrare, il sistema di bio sorveglianza costruito in sostituzione di quello delle malattie infettive in uso attualmente al fine di poter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettuare la registrazione di tutte le positività accertate per il virus influenzale individuato, - attivare il monitoraggio dei casi confermati e dei focolai, - gestire le informazioni raccolte per supportare la programmazione degli interventi di prevenzione e di assistenza da attivare, - elaborare il calcolo degli indicatori - garantire la trasmissione tempestiva dei dati alle banche dati Nazionali (e quindi internazionali) sull'influenza.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>2) Mantenere e potenziare il sistema diagnostico attraverso la rete dei laboratori pubblici e privati, al fine di disporre di diagnosi sempre più tempestive e certe per poter confermare l'infezione da virus influenzale pandemico. Vedi CAP. ATTIVITA' DI RICERCA E SVILUPPO</p> <p>3) Partecipare agli studi prospettivi di FFX con la determinazione dei casi e di tutti i contatti stretti di casi identificati in laboratorio</p> <p>4) Raccogliere tempestivamente, a livello regionale, e rielaborare tutte le informazioni prodotte dalla sorveglianza epidemiologica e virologica, dai sistemi SARR e DISPATCH, al fine di modulare le attività di risposta e contrasto al virus.</p>
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<p>1) Rendere operative le indicazioni regionali</p> <p>2) Implementare, a livello aziendale, il sistema di bio - sorveglianza per assicurare la segnalazione e il monitoraggio dei casi e dei contatti, la gestione delle informazioni per le attività di sanità pubblica e per l'alimentazione del Sistema Informativo regionale al fine di garantire la trasmissione tempestiva dei dati e degli indicatori al livello regionale quindi alle banche dati nazionali</p> <p>3) Elaborare informazioni aggiornate sull'andamento epidemiologico dell'infezione, finalizzate anche a contribuire alle scelte di "decisioni" locali (es: Sindaci).</p>
DOCUMENTI ATTUATIVI	<p>Predisporre tutti gli Atti e le Circolari (anche in attuazione della normativa nazionale) relativi a indicazioni operative: per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la gestione del sistema di rilevazione dell'infezione tramite la diagnosi di laboratorio (pubblici e privati) e della relativa registrazione nel sistema di biosorveglianza, • la sorveglianza e la gestione dei casi e dei focolai, delle persone in isolamento per l'organizzazione e la registrazione delle attività di vaccinazione.

2.3.3. Servizi sanitari e gestione clinica

2.3.3.1. Servizi sanitari di prevenzione

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	Servizi sanitari e di gestione clinica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Servizi sanitari di prevenzione
REFERENTE	- Dirigente Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali - Direttore Dipartimento di Prevenzione USL Umbria 1 - Direttore Dipartimento di Prevenzione USL Umbria 2 - Direttore Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia - Responsabile Epidemiologia USL Umbria 1 - Responsabile Epidemiologia e Promozione della Salute USL Umbria 2 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 2
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	Nella fase pandemica è necessario implementare le attività di rafforzamento della sorveglianza, realizzare, in base ai protocolli e gli strumenti approntati in fase inter-pandemica e aggiornati in fase di allerta in base alle caratteristiche del virus influenzale pandemico studi tempestivi sui primi casi di infezione per definirne la trasmissibilità, l'epidemiologia e l'impatto clinico. Inoltre, in questa fase, è opportuno potenziare la resilienza dei servizi territoriali in base alle attività di



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>sorveglianza, prevenzione e risposta che saranno definiti in seguito all'attivazione del piano di contingenza e in base alle valutazioni della rete DISPATCH sui dati disponibili sul virus pandemico influenzale. La Tabella 40 riporta le azioni relative ai servizi territoriali di prevenzione in fase pandemica</p>
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 40 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono di seguito dettagliate.</p> <p>In questa fase l'UCRESP e la Centrale di Sorveglianza continuano e potenziano le azioni della fase di allerta per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantire le attività di CT e sorveglianza con la raccolta sistematica dei dati necessari a monitorare l'andamento epidemico su base giornaliera 2) Garantire la realizzazione di studi FFX a livello regionale 3) Censire il personale dedicato alle attività sopraelencate e verificarne l'allineamento allo standard 4) Definire le risorse aggiuntive necessarie e attivare meccanismi predisposti nella fase inter-pandemica per dispiegare rapidamente risorse e meccanismi per il potenziamento dei servizi territoriali di prevenzione in base alle attività di sorveglianza, prevenzione e risposta decise per contrastare la pandemia 5) Definire protocolli e procedure per la sorveglianza, per il CT, l'adeguamento delle misure di prevenzione e sicurezza nei diversi contesti <p>Anche in questa fase vanno convocati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il Comitato di Coordinamento ex art. 7 D.lvo 81/2008 per la diffusione e l'applicazione delle misure di sicurezza sul lavoro e indicazioni per la continuità aziendale • il Tavolo di Coordinamento regionale dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e dei Medici Competenti (MC) delle Aziende Sanitarie per la diffusione rapida della comunicazione/informazione sul contesto epidemico e sulle misure da adottare
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Garantire il tempestivo dispiegamento delle risorse per l'attività di Contact Tracing attivando; trasferimento del personale tra le strutture sanitarie sulla base del fabbisogno in relazione agli scenari pandemici e delineato nel documento regionale; 2) Reclutamento personale aggiuntivo (specializzandi, volontari, personale mobilitato da altri settori come la sanità militare).
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Moduli formativi accreditati anche in FAD per il personale • Individuazione di procedure standardizzate per favorire la promozione di comportamenti sani nell'ottica della prevenzione e prevenire e la diffusione di informazioni non corrette-

2.3.3.2. Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	Servizi sanitari e di gestione clinica: Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri
REFERENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Pianificazione, Programmazione e controllo del SSR- Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Direzione delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Direttori Mediche Ospedaliere - Direttore Centrale Operativa 118 - Servizio Qualità e Accreditamento Aziende Sanitarie
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>Come accennato in premessa, nel corso della fase pandemica si possono osservare diverse sotto-fasi che implicano un diverso grado di impegno dei servizi sanitari assistenziali, sia territoriali che ospedalieri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fasi acute, con forte incremento del numero di casi e della domanda di assistenza sanitaria; 2. fasi post-acute, in cui i nuovi casi dopo aver raggiunto un picco hanno un trend in diminuzione, ma sono ancora in numero elevato con elevata domanda di assistenza sanitaria; 3. fasi di transizione epidemica, in cui i nuovi casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e la domanda di assistenza sanitaria è contenuta. <p>L'alternarsi di queste fasi, con la possibile presentazione di fasi acute successive, implica la capacità del sistema di rispondere con modalità flessibili alla domanda di assistenza, adattandosi velocemente alla situazione contingente. La capacità delle organizzazioni sanitarie di reagire con flessibilità e velocità di adattamento all'incremento rapido della domanda è condizionata in maniera rilevante dall'esistenza di sistemi di comunicazione e di coordinamento sempre attivi e pienamente funzionanti. L'esistenza di sistemi di monitoraggio continuo della tenuta dei servizi sanitari consente tempestivi interventi di sostegno alle aree in difficoltà.</p> <p>Dal punto di vista operativo, in questa fase i piani precedentemente predisposti devono essere pienamente attivati e applicati con modalità scalabili in base al livello di rischio e alle dimensioni della domanda, con monitoraggio continuo della tenuta dei servizi, tenendo costantemente sotto controllo l'evoluzione epidemiologica della malattia. Per una attivazione delle risposte efficace e proporzionata alla situazione del momento risulta cruciale il buon coordinamento tra i diversi livelli decisionali/operativi.</p>
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab.41 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono di seguito dettagliate.</p> <p>Dal punto di vista operativo l'unità Crisi Regionale provvede a dare piena attivazione al piano predisposto in fase interpandemica applicandolo in progress in base al livello di rischio, all'andamento epidemico, alle necessità assistenziali, con monitoraggio continuo della tenuta dei servizi.</p> <p>Per una attivazione delle risposte efficace e proporzionata alla situazione del momento risulta cruciale il buon coordinamento tra i diversi livelli decisionali/operativi potenziando le attività della fase di allerta con verifica costante del livello di tenuta del sistema e aggiornamento delle disposizioni.</p> <p>Nell'UCRESP operano i Dirigenti regionali dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera, il Responsabile della COUR 118 e il Responsabile della COT. Tali responsabili coordinano le attività di competenza rapportandosi con i referenti dell'Unità di Crisi Aziendali e i responsabili dei servizi Strutture coinvolte</p> <p>Le disposizioni vengono date dall'UCRESP in base all'andamento epidemico, al fabbisogno assistenziale e al sovraccarico dei servizi per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Raggiungere la piena operatività del Piano Pandemico regionale e del coordinamento regionale. 2) Garantire piena operatività dei piani di aumento di capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda e delle procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza. Utilizzo della rete Hub e Spoke ospedaliera e territoriale come da piano predisposto, distribuzione dei pazienti in base all'intensità di cura.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>Rimodulazione delle attività e allocazione dei pazienti in aderenza ai piani di aumento della capacità. Disposizione di attivazione progressiva di utilizzo dei posti letto ospedalieri e territoriali come indicato nel documento specifico (Allegato 2.3B)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Garantire piena operatività delle procedure per trasferimenti e Impiego di risorse strumentali e umane predefinite nei trasporti di emergenza per l'attivazione del sistema complessivo. La centrale operativa 118 e la centrale di BED Mangmenti garantiscono il trasferimento dei pazienti sospetti o accertati verso i punti HUB e SPOKE della rete ospedaliera individuati per il ricovero e l'accertamento diagnostico secondo il modello di intensità assistenziale predefinito i trasferimenti secondari verso le strutture ospedaliere e territoriali individuati per l'accoglienza secondo il modello predefinito. Applicazione del protocollo dei trasporti primari e secondari. Il responsabile della COUR 118 valuta l'attivazione del piano di potenziamento delle risorse umane e dei mezzi se necessario in relazione all'andamento. 4) Garantire piena operatività della rete. Applicazione del protocollo collegamento fra le strutture ospedaliere e territoriali sia in fase di ricovero che di dimissione. Il responsabile della COT da piena operatività del sistema delle dimissioni dei pazienti con accoglienza o in strutture intermedie dedicate o a domicilio con percorso di presa in carico. A questo livello il monitoraggio del personale impiegato consente di valutare l'attivazione del piano di potenziamento delle risorse umane se necessario in relazione all'andamento 5) Verificare la resilienza del sistema e delle strutture e attivazione piani di rimodulazione delle attività con riduzione/sospensione in base alla valutazione rischio/beneficio con programmazione della ripresa e recupero di quelle sospese/ridotto. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni elettive di ricovero e delle prestazioni ambulatoriali. 6) Attivare modalità di gestione delle attività individuate con triage telefonico e/o telemedicina (televisita, teleassistenza, teleconsulto) nel rispetto delle procedure e dei protocolli attivati di telemedicina in particolare il pre-triage telefonico per l'individuazione precoce dei sospetti e della telemedicina per le prestazioni di controllo che possono essere effettuati a distanza al fine di evitare la sospensione di attività gestibili con tale modalità, evitare assembramenti nei servizi, rimodulare le modalità di erogazione delle prestazioni da garantire presso i servizi. 7) Reclutare, in caso di necessità in relazione all'andamento epidemico, strutture da utilizzare come strutture sanitarie alternative preventivamente individuate per esigenze straordinarie ampliando anche la capacità dei trasporti. La Protezione Civile vi provvede sulla base della mappatura iniziale come indicato nel documento attuativo (Allegato 3.2B) 8) Monitorare settimanalmente le scorte, la distribuzione dei beni e l'approvvigionamento. A livello regionale è attivata la Cabina di Regia che si raccorda con i servizi farmaceutici aziendali per tenere sotto controllo approvvigionamento, consumi e livelli di scorte di DPI, Farmaci e dispositivi medici. Il monitoraggio è previsto su base settimanale. 9) Effettuare la rilevazione giornaliera nel sistema informativo preposto dei casi e del tracciamento dei contatti, della sorveglianza, dei cluster e della loro classificazione, del numero di testing, del numero dei casi di pazienti fragili, degli isolati, dei guariti, dei deceduti, dell'occupazione dei posti letto ospedalieri per tipologia di assistenza (T.I. S.I. A.M.) dei posti letto delle strutture territoriali, della presa in carico dei pazienti a domicilio, dell'attivazione di protocolli di cura a domicilio, dell'accesso ai PS, dei trasporti primari e secondari, dell'impiego dei mezzi, dell'utilizzo, del personale contagiato, delle scorte. <p>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 essenziale che siano disponibili 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, che aggiornare i protocolli per trattare e gestire i pazienti.</p> <p>Al contempo è auspicabile:</p>
--	--



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considerare le valutazioni dell'esperienza e della soddisfazione del paziente nella ricerca di un trattamento per l'influenza pandemica. 2. Considerare indagini cliniche dettagliate sui primi casi di influenza pandemica. 3. Considerare lo sviluppo di protocolli per monitorare l'efficacia, l'efficacia, la resistenza e gli eventi avversi a seguito della somministrazione di farmaci antivirali. 4. Attivare le reti di farmacovigilanza aziendali e regionali per la sorveglianza e il monitoraggio delle reazioni avverse.
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recepimento delle disposizioni regionali e trasmissione a cascata 2) Verifica della rispondenza dei servizi alle necessità emergenti e valutazione di impatto 3) Adattamento veloce alle disposizioni 4) Soddisfazione del debito informativo 5) Piano di rimodulazione dei servizi sulla base delle disposizioni regionali, della verifica delle risorse e della valutazione di impatto 6) Piano di rimodulazione delle attività e verifica della necessità di potenziamento e incremento dei professionisti nei servizi territoriali e ospedalieri 7) Piano di approvvigionamento delle risorse 8) Verifica, test e applicazione delle procedure <p>Le azioni di dettaglio sono le stesse del livello regionale applicate a livello aziendale e di rispondenza al coordinamento regionale.</p>
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti attuativi della fase interpandemica • Aggiornamento procedure e disposizioni attuative • Monitoraggio e autovalutazione periodica

2.3.4. Attività di prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	2.3.4 Prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN AMBITO SANITARIO INTERVENTI NON FARMACOLOGICI PER LA POPOLAZIONE GENERALE LA VACCINAZIONE IN FASE INTERPANDEMICA APPROVVIGIONAMENTO DI DPI, MEDICINALI (FARMACI E VACCINI), FORNITURE DI DISPOSITIVI MEDICI ESSENZIALI
REFERENTE	- Responsabile Sezione Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere - Responsabile scientifico Centro Regionale di Farmacovigilanza - Responsabile Sezione Prevenzione - Responsabili Servizi Farmaceutici Aziende Sanitarie Regionali - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica USL Umbria 2
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	Per quanto concerne la prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario , in generale, nella fase pandemica devono essere portate a pieno regime tutte le attività avviate o programmate nella fase di allerta pandemica, per contenere e ridurre il numero di infezioni correlato all'assistenza. Il Ministero della Salute produrrà documenti di indirizzo aggiornati su IPC Gli interventi non farmacologici , comprensivi delle misure di restrizione finalizzate a ridurre la trasmissione virale a livello comunitario (per diversi target e diversi setting) concordati e condivisi a livello nazionale saranno calibrati in base all'andamento dell'epidemia e delle diverse ondate . I virus pandemici possono presentarsi sovrapposti nel tempo a quelli dell'influenza stagionale causando un eccesso di richiesta di assistenza sanitaria. La vaccinazione contro l'influenza stagionale, in fase pandemica, sarà associata a quella contro il virus pandemico (anche in co-somministrazione o con vaccini combinati) e destinata a fasce di popolazione più ampie, anche



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>perché nelle prime fasi di una pandemia potrebbe rappresentare il primo strumenti di difesa utile e disponibile. Il Ministero della Salute, oltre che emanare circolari a supporto di entrambe le vaccinazioni, attiverà una campagna di comunicazione per aumentare la compliance alla vaccinazione sia per l'influenza stagionale che per quella pandemica.</p> <p>Quanto all'approvvigionamento e mobilitazione di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), forniture di dispositivi medici essenziali nella fase pandemica, in questa fase risulta fondamentale rafforzare la capacità del sistema nazionale e regionale per il reperimento di forniture e dispositivi medici e DPI necessari per mantenere i servizi sanitari essenziali ad ogni livello di assistenza sanitaria. In particolare, è necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorare le risorse disponibili mediante una continua valutazione dei consumi e delle scorte disponibili, • proiettare il fabbisogno supplementare di medicinali, forniture, DM e DPI per l'influenza pandemica, sulla base di diversi scenari pandemici • elaborare strategie che garantiscano la disponibilità e per lo stoccaggio e il trasporto di vaccini stagionali e pandemici, forniture e dispositivi medici essenziali alle strutture sanitarie a garantirne la loro disponibilità a livello di ASL/AO, tenendo conto delle possibili interruzioni del trasporto durante una pandemia
<p>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</p>	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. da 42 a 46 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fare propri i documenti nazionali sull'IPC e, eventualmente, aggiornare le indicazioni con le azioni essenziali per garantire l'assistenza sanitaria nei diversi contesti (ospedaliero, emergenza, residenziale, domiciliare) in base alle specificità della pandemia 2) Aggiornare il fabbisogno di DPI, medicinali, dispositivi medici, vaccini, sulla base dell'evoluzione epidemiologica dell'epidemia 3) Coordinare le attività di mobilitazione delle risorse dalle strutture di stoccaggio regionali ai punti di utilizzo, in raccordo con la Protezione Civile regionale e rafforzare le procedure per il trasporto, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato; 4) Monitorare il consumo delle scorte disponibili attraverso la raccolta dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie 5) Se necessario ampliare le strutture di stoccaggio <p>Devono essere mantenute e potenziate le attività di monitoraggio e controllo delle IPC (allegato 4A) e di approvvigionamento di DPI, farmaci e controllo continuando a tenere sotto controllo i consumi e le scorte (Allegato 3.2G).</p> <p>Molto importante in questa fase è anche la gestione clinica dei pazienti e dei trattamenti praticati. 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.</p> <p>Nel definire le linee guida e i protocolli di cura viene considerato essenziale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sviluppare o adattare le linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione da influenza pandemica, affrontando: <ul style="list-style-type: none"> ○ dove 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; <p>A livello regionale sarà attivato un gruppo multidisciplinare anche facendo riferimento ai professionisti clinici presenti nel Comitato Pandemico, nel CTS, nel NE, nel Servizio di Farmacovigilanza..... per definire le linee guida e i protocolli per la gestione clinica, anche partendo da quelli sviluppati a livello nazionale, dei pazienti in ambito domiciliare, nelle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere nonché definire i percorsi di presa in carico</p>



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>tempestiva nel rispetto dei criteri previsti per il reclutamento rispetto a specifici trattamenti.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Protocolli IPC per operatori sanitari e operatori sanitari (vedi anche allegato 4A); criteri per le analisi di laboratorio e la diagnostica avanzata; e la raccolta di campioni (vedi anche attività di ricerca e sviluppo) 3) Garantire che le linee guida per la gestione clinica siano distribuite a tutte le strutture sanitarie che cureranno i pazienti affetti da influenza pandemica. Fornire risorse formative per l'aggiornamento del personale. La distribuzione capillare avviene attraverso la catena di Comanda dall'UCRESP alle Unità di Crisi Aziendali con disposizione alla diffusione capillare. 4) Garantire che i medicinali, le forniture e i dispositivi medici necessari per attuare le linee guida della gestione clinica siano accessibili a tutte le strutture sanitarie. La Cabina di Regia Farmaceutica a livello regionale in raccordo con i servizi farmaceutici delle Aziende garantisce che la distribuzione avvenga in modo da rendere accessibile la fornitura a tutte le strutture. 5) Sviluppare 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). Consultare i gruppi della comunità, le parti interessate e un comitato etico. In ambito regionale il CTS in collaborazione con il CER, ed eventualmente coinvolgendo le parti interessate, provvederanno a sviluppare tali protocolli 6) Garantire l'attuazione di protocolli nazionali o dell'OMS per la raccolta e il trasporto sicuro di campioni respiratori e di sangue. Garantire che i protocolli siano resi disponibili in tutte le strutture sanitarie in cui è probabile che i pazienti siano gestiti. La distribuzione capillare avviene attraverso la catena di Comanda dall'UCRESP alle Unità di Crisi Aziendali con disposizione alla diffusione capillare. Si procederà anche con un controllo di feed-back della consegna dei protocolli attraverso incontri e webinar con i referenti delle strutture. 7) Sviluppare o aggiornare i protocolli per trattare e gestire i pazienti potenzialmente infettivi nella comunità. Stessa modalità del punto 1. 8) 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) sviluppando flussi informatizzati che coinvolgano tutti i livelli del territorio e permettano di ottenere rapidamente tutte le informazioni relative ai casi e ai relativi contatti. Questo è previsto dalla progettazione del sistema integrato (Allegato 3.2E) <p>Come indicato dal Pan FLU in ambito regionale verranno promosse le attività definite auspicabili come di seguito elencate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Considerare le valutazioni dell'esperienza e della soddisfazione del paziente nella ricerca di un trattamento per l'influenza pandemica. 2) Considerare indagini cliniche dettagliate sui primi casi di influenza pandemica. 3) Considerare lo sviluppo di protocolli per monitorare l'efficacia, l'efficacia, la resistenza e gli eventi avversi a seguito della somministrazione di farmaci antivirali. 4) Considerare l'istituzione di un gruppo di lavoro clinico con esperti del settore pubblico e privato per garantire un'ampia esperienza e un allineamento. 5) Attivare le reti di farmacovigilanza aziendali e regionali per la sorveglianza e il monitoraggio delle reazioni avverse.
<p>AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dare attuazione alle indicazioni regionali e aggiornare, se necessario, le misure di prevenzione del contagio nelle strutture di assistenza 2) Dare attuazione a quanto indicato nei documenti nazionali e regionali per la realizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale pandemica 3) Eventuale ampliamento dei contratti di fornitura in essere; 4) Monitoraggio almeno bi-settimanale delle scorte e reintegro secondo criteri FIFO (First In First Out).



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	5) Distribuzione alle strutture di DP (sulla base della valutazione del rischio), di medicinali e di dispositivi medici essenziali (si rimanda all'allegato A della fase inter pandemica)
DOCUMENTI ATTUATIVI	<p>Restano quelli già prodotti e di utilizzo anche in questa fase</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione da influenza pandemica ○ Protocolli IPC per operatori sanitari e operatori sanitari (vedi anche allegato 4A); criteri per le analisi di laboratorio e la diagnostica avanzata; e la raccolta di campioni (vedi anche attività di ricerca e sviluppo) ○ Diffusione delle linee guida per la gestione clinica a tutte le strutture sanitarie che cureranno i pazienti affetti da influenza pandemica. ○ Moduli formative per l'aggiornamento del personale. ○ Garantire la fornitura di medicinali, le forniture e i dispositivi medici necessari per attuare le linee guida della gestione clinica ○ Sviluppare 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). ○ Disposizioni per l'attuazione di protocolli nazionali o dell'OMS ○ Disposizioni per la raccolta e il trasporto sicuro di campioni respiratori e di sangue. ○ Distribuzione dei protocolli in tutte le strutture sanitarie in cui è probabile che i pazienti siano gestiti. ○ Sviluppare o aggiornare i protocolli per trattare e gestire i pazienti potenzialmente infettivi nella comunità. ○ Disposizioni per l'utilizzo del sistema integrato (Allegato 3.2E)

2.3.5. Attività di formazione

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	Formazione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Attività di formazione (corsi, esercitazioni)
REFERENTE	- Dirigente Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR - Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Dirigente Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Maxi-Emergenza Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Sezione Prevenzione -Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria - Referente per la Scuola di amministrazione Pubblica Villa Umbra - Responsabile formazione e qualità Azienda Ospedaliera di Perugia - Responsabile Formazione-Qualità-Comunicazione Azienda Ospedaliera Terni - Responsabile U.O. Formazione del personale e sviluppo Risorse USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Formazione, Comunicazione, Relazioni Esterne USL Umbria 2 - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>In questa fase viene rafforzata la formazione specifica sul patogeno causa della pandemia influenzale in atto attraverso interventi formativi in grado di fornire in modo capillare definizioni, linguaggi comuni e procedure condivise tra gli operatori sanitari per affrontare l'emergenza. La tipologia degli interventi formativi da realizzare in questa fase deve essere finalizzata non solo al trasferimento di informazioni, ma deve essere in grado di determinare l'adozione di</p>



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>comportamenti di prevenzione e di protezione per un cambiamento su larga scala, sia da parte del personale in ambito sanitario sia, indirettamente, da parte degli assistiti.</p> <p>La formazione, quindi, deve anche fornire agli operatori gli strumenti per mettere in atto interventi di educazione sanitaria verso gli assistiti basati sulla comunicazione del rischio.</p> <p>I moduli formativi nelle prime fasi devono essere proposti frequentemente, anche più volte al giorno, a mano a mano che si rendono disponibili evidenze.</p>
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 47 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Disporre ed erogare tempestivamente un aggiornamento con moduli formativi specifici predisposti in fase inter-pandemica in base alle caratteristiche del virus influenzale a potenziale pandemico emergente. A livello regionale il gruppo preposto alla Formazione provvederà all'aggiornamento tempestivo dei moduli formativi in base ai risultati ottenuti dai moduli formativi già somministrati in fase interpandemica per: <ul style="list-style-type: none"> • sviluppare le conoscenze specifiche sul patogeno causa della pandemia influenzale in atto, fornendo le informazioni sulle caratteristiche del virus influenzale a potenziale pandemico emergente e sulle azioni di risposta messe in campo in questa fase • capire le modalità di gestione ottimale della fase pandemica in atto per tutti i ruoli e i livelli di responsabilità anche in rapporto con le indicazioni che eventualmente perverranno dal livello nazionale. • favorire l'adozione di comportamenti di prevenzione e protezione per favorire il cambiamento degli operatori coinvolti per il contrasto e la mitigazione della diffusione del contagio anche la fine di essere promotori di educazione sanitaria nei confronti degli assistiti • favorire l'adozione di comportamenti di prevenzione e protezione per favorire il cambiamento su larga scala e quindi da parte degli assistiti con interventi di educazione sanitaria necessari per il contrasto e la mitigazione della diffusione del contagio al fine di ridurre il rischio pandemico 2) Mantenere attiva la rete dei referenti con le stesse finalità e funzioni 3) Applicare i protocolli e gli strumenti, sviluppati a livello nazionale e regionale nella fase interpandemica, per la valutazione dell'impatto percepito della formazione a breve termine. A livello regionale il gruppo preposto alla Formazione provvederà anche a monitorare l'impatto della formazione realizzata per: <ul style="list-style-type: none"> - Valutare i risultati raggiunti - Identificare le carenze nel livello di conoscenza - Verificare l'adozione di i comportamenti di prevenzione e protezione necessari per il contrasto e la mitigazione della diffusione del contagio al fine di ridurre il rischio pandemico - Identificare le attività da perseguire per sviluppare ulteriormente le conoscenze a tutti i livelli, migliorare le attività delle reti e facilitare i livelli di coordinamento <p>Tale valutazione servirà per revisionare e aggiornare tempestivamente i moduli formativi per sviluppare le conoscenze, le capacità e le motivazioni per gestire la fase in atto e aggiornare procedure, incluse linee guida operative e protocolli operativi</p>
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Erogare tempestivamente moduli formativi in base alle esigenze formative 2) Applicare i protocolli e gli strumenti, sviluppati a livello nazionale nella fase interpandemica, per la valutazione dell'impatto percepito della formazione a breve termine
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Moduli formativi specifici aggiornati in maniera tempestiva rispetto alle necessità dettate dalla fase pandemica



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

2.3.6. Attività di comunicazione

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	Comunicazione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Azioni per la stesura di un piano di comunicazione del rischio pandemico regionale, in linea con il PanFlu nazionale 2021-2023
REFERENTE	- Referente comunicazione, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> - Portavoce della Presidente Regione - Responsabile Funzione 5 della Sala Operativa regionale (SOR) - Redattore Ufficio stampa Giunta Regionale - Referenti comunicazione e ufficio stampa, Azienda ospedaliera di Perugia - Referenti comunicazione e ufficio stampa, Azienda Ospedaliera di Terni - Responsabile Staff Sviluppo qualità e comunicazione, USL Umbria 1 - Referente ufficio stampa USL Umbria 1 - Responsabile Servizio Formazione, comunicazione e relazioni esterne, USL Umbria 2 - Responsabile Posizione Organizzativa Comunicazione esterna, rapporti con la stampa e gestione sito web istituzionale, USL Umbria 2 - Responsabile URP A.O. di Perugia - Responsabile URP A.O. di Terni - Responsabile URP Azienda USL Umbria 1 - Responsabile URP USL Umbria 2 - Responsabile comunicazione PuntoZero Scarl - Responsabile NUS - Referente comunicazione Servizio Protezione civile - Referente comunicazione ANCI - Referente comunicazione Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica - Responsabile della Sezione Prevenzione, Servizio prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, Direzione Salute e Welfare, Regione Umbria - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	<p>In questa fase si prevede l'attivazione a pieno regime degli elementi predisposti e avviati nelle fasi precedenti e l'integrazione degli stessi con la piena operatività della catena di comando della comunicazione. Si richiama altresì l'opportunità di una disseminazione sistematica – attraverso piattaforme di comunicazione diversificate e il coinvolgimento di partner, testimonial e altri gruppi di destinazione - di messaggi chiave di comunicazione del rischio contestualizzata per target diversi di popolazione in relazione ad aspetti economici, sociali, di genere ed età, nonché settori diversi.</p> <p>In continuità con le fasi precedenti, si richiama la necessità di potenziare in questa fase l'attività di reti e sistemi di monitoraggio orientati al contenimento della divulgazione di disinformazione, fake news, teorie di cospirazione e fughe di notizie che possono portare alla diffusione di comportamenti discriminatori e di stigma sociale, nonché ad atteggiamenti di rifiuto dei comportamenti e delle misure di contenimento del rischio.</p>
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (Tabelle 48 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <p>1) Potenziamento dell'attività del sistema di strutture formali e di procedure concordate per condurre la comunicazione del rischio e il coinvolgimento delle comunità in maniera tempestiva e costante. In attesa dell'adozione del Piano nazionale di comunicazione del rischio, il potenziamento del sistema di strutture formali e delle procedure per condurre la comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità, prevede che siano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rafforzate le strutture organizzative regionali, aziendali e locali in modo da stabilire reti di collaborazione e coordinamento tra le istituzioni che garantiscano la circolazione delle informazioni tra gli operatori impegnati sul campo e tra tutti i soggetti sociali coinvolti



	<p>con ruoli, competenze interessi e percezioni diverse (ad es. decisori politici, decisori tecnici, amministratori, professionisti della sanità, della protezione civile, della scuola);</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettuate riunioni periodiche tra i decisori politici e tecnici con la partecipazione dei referenti per la comunicazione e i rapporti con la stampa, al fine di definire la strategia comunicativa; - rafforzati i rapporti con gli organi di stampa per una chiara e corretta comunicazione dell'incertezza, tipica della fase pandemica e della comunicazione scientifica in genere; - condivisi messaggi chiari, omogenei, condivisi con il livello nazionale, regionale e locale, basati sulle migliori evidenze scientifiche e sui principi della comunicazione del rischio. <p>2) Attivazione di tutte le procedure per garantire il rilascio tempestivo di informazioni, come le procedure di autorizzazione per i messaggi e i prodotti di informazione. In attesa dell'adozione del Piano nazionale di comunicazione del rischio, il potenziamento delle procedure chiare e definite che garantiscano l'attivazione e il rilascio tempestivo di informazioni, come le procedure di autorizzazione per i messaggi e i prodotti di informazione prevede che siano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuati i soggetti deputati a parlare con i media (Presidente della Regione, Assessore alla salute e alle politiche sociali, Commissario straordinario all'emergenza pandemica, Direttore Regionale salute e welfare); - effettuati incontri periodici tra i referenti comunicazione e informazione regionali e quelli delle aziende sanitarie e degli altri enti coinvolti, per rafforzare i processi e le procedure, sia per quanto riguarda la comunicazione verso i cittadini che quella interna alle articolazioni organizzative regionali e locali; <p>3) Attivare tutte le risorse professionali ed economiche finalizzate alla sensibilizzazione del pubblico attraverso un mix di piattaforme comunicative. In attesa dell'adozione del Piano nazionale di comunicazione del rischio, il potenziamento della comunicazione prevede che siano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziate le risorse umane e strumentali da utilizzare per la gestione dei principali canali di comunicazione previsti (ad es, NUS, redazioni social, uffici comunicazione, URP); - effettuati specifici corsi di formazione e aggiornamento per tutti gli operatori coinvolti, per un potenziamento delle soft skills necessarie ad una collaborazione efficace; - attivati canali e strumenti specifici che garantiscano una copertura quanto più possibile omogenea di tutti i target di popolazione utilizzando le tecnologie più diffuse (SanitApp, chatbot, CRM, URP social, ecc.) e prevedendo anche la diffusione nelle lingue più diffuse o in quelle delle Comunità presenti nel territorio regionale anche in collaborazione con i mediatori culturali e le figure rappresentative delle Comunità stesse <p>4) Attivare tempestivamente il sistema strutturato di ruoli e responsabilità per la diffusione costante e tempestiva delle comunicazioni, sia a livello regionale che locale. Il sistema strutturato dei ruoli in base alle rispettive responsabilità, per l'attivazione rapida di attività di comunicazione delle informazioni relative all'allerta di rischio per la salute pubblica, viene attivato con la convocazione dell'Unità di crisi regionale (UCRESP) entro le 24 ore dalla dichiarazione dello stato di emergenza nazionale. A seguire vengono attivati il CRO, il SOR e per la parte sanitaria dell'UCRESP.</p> <p>5) Potenziare la diffusione di informazioni relative alla fase pandemica, alle misure e i comportamenti corretti da adottare anche attraverso il coinvolgimento di partner e testimonial che possono essere utili nella diffusione dei messaggi comunicativi. Attraverso le diverse piattaforme comunicative e gli strumenti messi in campo, vengono potenziati i messaggi utili ad evitare comportamenti scorretti che possono portare alla diffusione del rischio. Tali messaggi possono essere veicolati dai partner e dai testimonial che rispecchiano maggiormente le caratteristiche di coerenza ed efficacia rispetto al messaggio, elencati nella Tabella 22. In particolare, partner e testimonial verranno impiegati anche nello sviluppo di campagne di comunicazione legate a ricorrenze nazionali o internazionali sulle tematiche della salute (ad es. Giornata mondiale dell'igiene delle mani, Giornata nazionale per la sicurezza delle cure) con la produzione di videomessaggi, opuscoli informativi, comunicati stampa, interviste radio e tv, webinar, convegni, eventi</p>
--	--



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>che prevedono la partecipazione dei cittadini sia sui social che in presenza</p> <p>6) Definire messaggi efficaci, trasparenti, tempestivi, di facile comprensibilità per tutta la popolazione.. La definizione e la scelta di contenuti dei messaggi chiari ed espliciti che includano anche eventuali incertezze associate al rischio, agli eventi e agli interventi da attuare, avvengono in maniera coordinata con il livello nazionale e internazionale, in modo da garantire l'omogeneità, la tempestività e la coerenza dei messaggi e che considerino le differenze economiche, sociali, di genere ed età</p> <p>7) Sviluppare informazioni chiare ed esplicite sul rischio, anche rispetto ai comportamenti e alle misure da adottare, mantenendo chiarezza sulle incertezze associate al rischio, agli eventi e agli interventi, indicando ciò che è conosciuto e ciò che non è noto sulla base delle evidenze scientifiche disponibili. La scelta di contenuti dei messaggi chiari ed espliciti che includano anche eventuali incertezze associate al rischio, agli eventi e agli interventi da attuare, vengono scelti grazie al lavoro congiunto degli specialisti della comunicazione e dei professionisti del mondo sanitario, clinico, scientifico. Tale strategia vale sia per quanto riguarda la sinergia con il Comitato tecnico scientifico regionale che il Nucleo epidemiologico regionale, ma anche attraverso il Nucleo permanente di comunicazione del rischio sanitario, deputato allo sviluppo del Piano nazionale di comunicazione del PANFLU, di cui è membro il referente comunicazione della Direzione regionale salute e welfare.</p> <p>8) Attivazione capillare del piano di divulgazione che coinvolga le principali piattaforme, metodologie e canali comunicativi ed integri in maniera strategica i media tradizionali e i social. Entro una settimana dalla dichiarazione dello stato di emergenza viene convocata una riunione dei referenti comunicazione e addetti all'informazione. I referenti, i loro specifici ruoli e le modalità di azione sono quelli descritti in Tabella 35.</p> <p>9) Diversificare le azioni e i metodi comunicativi tenendo in considerazione i diversi target con particolare riguardo alle differenti fasce di età e livelli socio-culturali. La diversificazione delle azioni e metodi comunicativi, necessaria per raggiungere i differenti target di popolazione, avviene per fasce di età, per differenze di genere e socioculturali oltre che per il differente grado di accessibilità alle informazioni (ad es. messaggi multilingue, fumetti o gaming per i bambini e gli adolescenti. Tali metodologie verranno ulteriormente rafforzate sulla base di quanto previsto dal piano comunicazione nazionale.</p> <p>10) Disporre di sistemi di monitoraggio e presa in carico dei feedback finalizzati al miglioramento continuo del processo comunicativo. In attesa delle indicazioni provenienti dal Piano comunicazione nazionale, i sistemi di monitoraggio finalizzati al miglioramento continuo del processo comunicativo vengono attivati sia <i>in itinere</i> che <i>ex post</i>. La valutazione <i>in itinere</i> serve a effettuare un controllo di gestione del piano e a verificare i risultati intermedi per poter attuare gli opportuni correttivi. Per misurare l'efficacia del percorso dei prodotti e delle attività di comunicazione ci si avvale di informazioni di tipo quantitativo, quali ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi delle attività dei social media dedicati (utenti raggiunte, engagement, ecc.) - contatti al sito internet, nelle aree riservate ed in quelle aperte a tutti; - download dei materiali messi a disposizione nel sito internet; - citazioni del piano sui principali motori di ricerca in internet; - contatti nei punti informativi; - materiali divulgativi distribuiti; - analisi dei media tradizionali (aumento dell'interesse per il tema). <p>Per valutare la comprensibilità del messaggio e se ha raggiunto il destinatario sono utili indagini di tipo qualitativo, di solito interviste semi-strutturate. Altri possibili strumenti di supporto che prevedono il coinvolgimento di esperti sono: sondaggi, osservazione diretta del progetto e del contesto, focus group. La valutazione <i>ex post</i> completa il percorso e consente di documentare e rendicontare le attività, arrivando a definire raccomandazioni specifiche, sulla base di quanto appreso, per la riproducibilità dello strumento. Questa è dunque la fase della verifica dei risultati raggiunti, la cui valutazione può avvenire servendosi degli strumenti di indagine sopraelencati.</p>
--	---



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<p>11) Attivare una rete di collaborazione per veicolare l'informazione altri gruppi di destinazione quali studenti, scolari e genitori. La rete di collaborazione per veicolare le informazioni in ambiti come quello scolastico è stata già prevista nel piano comunicazione regionale e si avvale della stretta collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, con i dirigenti scolastici e con le associazioni dei genitori. La rete viene attivata in maniera tempestiva dai responsabili del COR e del SOR. Studenti, scolari e genitori possono diventare moltiplicatori nella diffusione di comportamenti virtuosi e corretti.</p> <p>12) Potenziare e attivare tutti i sistemi e le reti esistenti per monitorare e intervenire in modo proattivo e coerente nei casi di divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news. Il potenziamento dell'attività di monitoraggio dei casi di divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news, viene attuato da tutti i referenti della comunicazione individuati nel presente documento, in maniera sistematica. Le fonti informative partono da quelle nazionali (ad es. siti web e profili social del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità) In particolare, verranno utilizzati tutti i canali disponibili per smentire fake news e rilanciare messaggi verificati ed utili alla adozione di comportamenti idonei da parte della popolazione (ad es. conferenze stampa, comunicati stampa, messaggi social). Viene rafforzata la partnership anche a livello regionale con le principali piattaforme social che consenta una rapida individuazione delle fake news e una loro neutralizzazione. Allo stesso modo viene consolidata una strategia analoga con gli organi di stampa regionali e locali, in modo che l'infodemia non sfoci in un rilascio incontrollato di informazioni non verificate o confondenti.</p>
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Attuazione di tutte le azioni previste del piano comunicazione regionale 2) Potenziamento della rete di comunicazione attraverso tutte le piattaforme disponibili 3) Coinvolgimento nella rete di comunicazione di tutti i partner e testimonial istituzionali 4) Attuazione di una strategia per il contenimento della disinformazione 5) Monitoraggio dell'efficacia della strategia di comunicazione
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Piano comunicazione regionale • Piano comunicazione aziendale • Aggiornamenti della Comunicazione in maniera tempestiva rispetto alle necessità dettate dalla fase di allerta pandemica per l'informazione interna ed esterna; • Avvio della diffusione di comunicati stampa settimanali e/o periodici di aggiornamento sulla situazione epidemiologica; • Diffusione di comunicati stampa in relazione alle tematiche da divulgare; • Produzione di infografiche specifiche sulle tematiche d'attualità; • Predisposizione FAQ per le principali informazioni da fornire ai cittadini; • Aggiornamento tempestivo il sito regionale dedicato

2.3.7. Attività di ricerca e sviluppo

FASE	PANDEMICA
MACRO AREA	Ricerca e sviluppo
TITOLO/TIPO DI ATTIVITA'	Implementazione della diagnostica molecolare per la rilevazione e differenziazione dei virus influenzali
REFERENTE	- Direttore Sezione Microbiologia e Microbiologia Clinica, Dipartimento di Medicina e chirurgia, Università degli Studi di Perugia. Direttore S.C. Microbiologia, Azienda Ospedaliera di Perugia
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	- Referente rete laboratori InfluNet - Sezione Microbiologia e Microbiologia Clinica, Dipartimento di Medicina e chirurgia, Università degli Studi di Perugia. - Referente Sezione Sanità Animale - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale. Mobilità sanitaria, sistema tariffario - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direttore Sanitario Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) - Referente Osservatorio Epidemiologico IZSUM - Responsabile Laboratorio di Virologia Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) - Direttore Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia. - Referente Sezione Prevenzione - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Salute e Welfare Regione Umbria. - Direzioni delle Aziende Sanitarie territoriali e Ospedaliere
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	<p>La ricerca e lo sviluppo sono fondamentali per una risposta informata e basata sull'evidenza. Una situazione pandemica creerà importanti e uniche opportunità per la ricerca e la raccolta di dati per aumentare la nostra conoscenza del virus e della malattia, nonché l'effetto delle misure di sanità pubblica. Queste informazioni possono essere utilizzate per migliorare l'efficacia dei vaccini e dei trattamenti e possono aumentare l'evidenza di strategie di controllo delle pandemie da adattare per ottenere il massimo effetto.</p> <p>In questa fase è quindi importante raccogliere e sistematizzare i dati relativi a quanto già osservato per poter poi, in fase di transizione pandemica, considerare in modo critico e migliorare le attività di risposta sia ex-post che contestuali (in caso di emergenze protratte).</p> <p>Preparare la documentazione e identificare le azioni chiave messe in campo nella pandemia serviranno poi per prospettare e suggerire miglioramenti nei modelli e nei processi di lavoro per eventi pandemici ad elevato impatto in futuro e per rafforzare la risposta a pandemie influenzali nell'attuale e successive fasi dell'emergenza.</p>
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	<p>Sulla base degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 49 PanFlu 2021-2023) le azioni a livello regionale sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantire la piena operatività della rete dei laboratori, mantenendo le attività della fase di allerta 2) Analizzare i dati delle survey coordinate a livello centrale 3) Analizzare i dati epidemiologici mirati all'individuazione di eventuali mutazioni, reinfezioni e della eventuale della diminuita capacità di risposta a farmaci e/o vaccini 4) Partecipare agli studi proposti dal livello centrale in particolare gli studi FFX 5) Sviluppare strategie e azioni di miglioramento metodologico e di coordinamento <p>In fase pandemica la rete dei laboratori deve essere attiva e pienamente funzionante. In questa fase si rende necessario mantenere attive tutte le operatività previste dalla fase di allerta e procedere con l'aggiornamento di procedure e protocolli in relazione al contesto.</p> <p>Inoltre il Laboratorio di Riferimento nell'ambito della rete nazionale se coinvolto partecipa ad ulteriori attività connesse alla sorveglianza epidemiologica e virologica nell'ambito degli studi FFX nonché alle attività di ricerca per lo sviluppo di protocolli e brevetti utili a facilitare la risposta al patogeno influenzale emergente a potenziale pandemico (<i>cfr. Tab. 36 e Tab 49 PanFlu</i>)</p> <p>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.</p>
AZIONI A LIVELLO DELLE AZIENDE SANITARIE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mantenere le attività della fase di allerta con piena operatività dei laboratori 2) Raccolta e sistematizzazione della documentazione 3) Sviluppare strategie e azioni di miglioramento metodologico su indicazione del laboratorio di riferimento.
DOCUMENTI ATTUATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento Piano delle Procedure e dei Protocolli tempestivamente rispetto alle esigenze



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023



2.4 Fase di transizione epidemica con ritorno alla fase inter-pandemica

Gli elementi chiave per la preparedness e la risposta

La ripresa da una pandemia richiederà una collaborazione di tutta la società, governo, imprese, organizzazioni comunitarie e pubblico. Essa comprenderà anche sforzi per risollevare le economie locali e regionali a breve, medio e lungo termine. Le pandemie tendono a verificarsi in una serie di due o tre ondate di diffusione nazionale e internazionale. Pertanto, le azioni di ripresa pandemica devono essere bilanciate anche da attività di preparazione delle potenziali ondate successive.

È considerato essenziale:

- Istituire un coordinamento centrale incaricato di armonizzare e sorvegliare le operazioni per il ripristino di tutte le attività (ad esempio, il comitato nazionale di recupero ad hoc). Individuare analoghe autorità di coordinamento a livello regionale.
- Stabilire criteri per ridurre le operazioni di risposta alle emergenze e avviare il recupero di servizi e attività normali, ivi compresa l'identificazione delle attività di sanità pubblica veterinaria che devono essere garantite ai fini della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare.
- Elaborare piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali.
- Sviluppare servizi e programmi di sostegno alle comunità colpite dalla pandemia, compresi il sostegno finanziario, il sostegno sociale, gli alloggi di emergenza e la consulenza.

Studi di revisione: After Action Reviews

Modelli per studi di revisione per considerare in modo critico e migliorare le attività di risposta sia ex-post che contestuali (in caso di emergenze protratte) sono stati proposti da OMS ed ECDC e realizzati in diversi Paesi europei in seguito ad epidemie non influenzali. Il vantaggio di questo tipo di analisi consiste nel riuscire in poco tempo ad identificare e analizzare le azioni intraprese durante i diversi momenti della risposta pandemica e identificare lezioni che possono essere apprese e che possono suggerire dei miglioramenti nei modelli e nei processi di lavoro per eventi pandemici ad elevato impatto in futuro e per rafforzare la risposta a pandemie influenzali nell'attuale e successive fasi dell'emergenza. I risultati di questi studi possono definire le misure necessarie a prepararsi alle future pandemie e costituire una base per l'aggiornamento di piani pandemici influenzali e di contingenza.

Gli obiettivi e le azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 50 PanFlu 2021-2023):

- **Obiettivo** - *Permettere un ripristino armonizzato di tutte le attività colpite dalla pandemia – Azione 1 – Disporre di un coordinamento centrale incaricato di armonizzare e sorvegliare le operazioni per il ripristino di tutte le Attività. – A livello Nazionale* Il gruppo di coordinamento tecnico-scientifico istituito in fase pandemica, in questa fase, continua a svolgere la funzione di rispondere a quesiti tecnico-scientifici, valutare evidenze scientifiche e approvare la modulazione delle attività verso un ripristino funzionale post-pandemico. **A livello regionale** – Sarà operativo un gruppo tecnico Regione e Aziende con il supporto del Comitato Pandemico, CTS e NE per continuare a valutare l'andamento epidemico, pianificare e approvare le azioni per il ripristino graduale delle attività sospese/interrotte in fase pandemica fino al ripristino funzionale completo, monitorare le azioni di ripresa delle attività. **Azione 2 – Disporre di piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali – A livello Nazionale** - Realizzare strumenti di pianificazione per permettere un ripristino tempestivo del settore sanitario e di altri servizi essenziali. **A livello regionale** - Il gruppo tecnico predispone i piani e realizza gli strumenti di ripresa dei servizi sanitari e di quelli essenziali, il gruppo tecnico avrà anche il compito di identificare le criticità maggiori emerse che possono interferire con un'ottimale ripresa delle attività al fine di attivare azioni correttive e/o di miglioramento per garantire tutte le attività e aggiornare i piani e gli strumenti per la ripresa delle attività in fase post-pandemica.



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

- **Obiettivo** - *Informare in modo sistematico gli organi decisionali sull'andamento dell'epidemia in modo da permettere una de-escalation delle misure in sicurezza – Azione – Disporre di criteri per ridurre le operazioni di risposta alle emergenze avviare il recupero di servizi e attività normali – A livello Nazionale Un sistema di monitoraggio del rischio di epidemia non controllata e non gestibile dovrebbe essere operativo fino a quanto non venga dichiarata conclusa la pandemia. A livello regionale* – La raccolta dei dati di sorveglianza proseguirà in questa fase rispettando criteri e tempistiche nel debito informativo definite dal livello centrale, il sistema di monitoraggio del rischio di epidemia non controllata e non gestibile sarà attivo fino a quando la Pandemia non sarà dichiarata conclusa.
- **Obiettivo** - *Definire le misure necessarie a prepararsi alle future pandemie sulla cui base aggiornare piani pandemici influenzali e di contingenza. – Azione – Disporre di studi di revisione per considerare in modo critico e migliorare le attività di risposta a pandemie influenzali – A livello Nazionale Metodologie In-Action Review (IAR) e After-Action. Review (AAR) sono strumenti raccomandati dall'OMS e dall'ECDC per questo tipo di analisi. A livello regionale* Si parteciperà agli studi insieme al Ministero oltre che valutare il disegno di studi interni per raccogliere gli elementi necessari per migliorare le attività di risposta a pandemie influenzali.

2.5 Aspetti giuridici e etici

(vedi PANFLU Nazionale 2021-2023)



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

**PIANO STRATEGICO-OPERATIVO DI
PREPARAZIONE E RISPOSTA
AD UNA PANDEMIA INFLUENZALE
2021-2023**



PARTE III
CHECK LIST



Parte III – CHECK LIST

Check list delle attività/funzioni operative suddivise in “essenziali” ed eventualmente “auspicabili” per ogni fase pandemica.

Le check list, presenti nelle varie sezioni, diventano lo strumento operativo di implementazione del piano pandemico per gli aspetti declinati nella fase inter-pandemica e per le fasi successive di allerta, pandemica e di transizione. Per ogni azione vengono individuati gli attori responsabili, gli atti attestanti la realizzazione e i tempi della stessa (cfr allegati fogli Excel).

La check list contiene i seguenti elementi e sviluppa le azioni chiave dalla fase interpandemica a quella di allerta, pandemica e di transizione.

- **Identificazione tabella** – si indentificano le seguenti tipologie
 - Il numero e il titolo corrispondono a come indicato nella sezione II
 - 1 GOVERNANCE - Attività della governance
 - 2 SORVEGLIANZA -Attività di sorveglianza epidemiologica e virologica a seconda delle fasi
 - 3.1 SERVIZI PREVENZIONE - Servizi sanitari e gestione clinica - Servizi di Prevenzione
 - 3.4 TERRITORIO E OSPEDALE - Servizi sanitari e gestione clinica- Servizi sanitari territoriali e ospedalieri
 - 4.1 CONTROLLO INFEZIONE - Misure di prevenzione controllo dell’infezione, farmacologiche e non
 - 4.2 - APPROVVIGIONAMENTO
 - 5 FORMAZIONE - Attività di Formazione
 - 6 COMUNICAZIONE - Comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità
 - 7 RICERCA - Attività di ricerca e sviluppo - Analisi delle risorse
 - PERSONALE
- **N.-** Numero progressivo dell’azione chiave per tabella specifica (la codifica riporta il numero che corrisponde alla tabella di riferimento del piano nazionale e la lettera progressiva per elencare progressivamente le azioni della tabella stessa. Nel caso l’azione venga dettagliata in più attività la lettera è seguita da un numero progressivo)
- **Fase** – identifica la fase Interpandemica o le fasi di Allerta e Pandemica
- **Azioni Chiave** – riporta un’azione chiave derivata dal PanFlu Nazionale
- **Riferimenti Tabellari del PanFlu** - riporta la tabella e l’Azione Chiave del PanFlu con cui è collegata l’Azione Chiave del punto precedente
- **Declinazione Regionale** individua le specifiche dell’azione chiave personalizzate a livello regionale
- **Descrizione Standard Essenziale** – le azioni di pianificazione “essenziali” sono personalizzate a livello regionale
- **Descrizione Standard Auspicabile** - le azioni di pianificazione “auspicabili” sono personalizzate a livello regionale
- **Attore Principale dell’attività** – è individuato la struttura/servizio principale regionale/aziendale/di altro livello responsabile dell’attività
- **Riferimento Regionale**- è inserito la Struttura/Servizio/Sezione regionale coinvolto
- **Atti di Indirizzo Regionale di Riferimento** – viene citato l’atto di riferimento per l’azione chiave



Regione Umbria - PanFlu 2021-2023

- **Scadenza/Operativo dalla Pubblicazione del Piano** – viene indicata la data di realizzazione dell'azione chiave
- **Fase di Allerta Pandemica** – Viene definita l'attività specifica da attivare in fase di allerta per la stessa azione chiave definita in fase interpandemica
- **Fase Pandemica** – Viene definita l'attività specifica da attivare in fase pandemica per la stessa azione chiave definita in fase interpandemica
- **Fase Transazionale** – Viene definita l'attività specifica da attivare in fase di transizione pandemica per la stessa azione chiave definita in fase interpandemica

TABELLA	N.	Fase	Obiettivi/Azioni chiave derivate dal profilo nazionale	Riferimenti tabulari del PAVELU della azione chiave	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Decisione standard essenziale	Decisione standard auspicabile	Attore principale dell'azione (Assenti/ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo riferimento	Sistema/Operativo di riferimento del piano	Fase di piena pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
1 GOVERNANCE	1A	Interpandemica	Revisi/Aloni chiave derivate dal profilo nazionale Influenzale	Revisi/Aloni chiave derivate dal profilo nazionale Influenzale	Di livello nazionale (a Regione partecipata alle attività della rete)	Decisione standard essenziale	Decisione standard auspicabile	Attore principale dell'azione (Assenti/ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo riferimento	Sistema/Operativo di riferimento del piano	Fase di piena pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
1 GOVERNANCE	1B	Interpandemica	Risorse economiche per attività base Inter-pandemica	Revisi/Aloni chiave derivate dal profilo nazionale Influenzale	Di livello nazionale (a Regione partecipata alle attività della rete)	Decisione standard essenziale	Decisione standard auspicabile	Attore principale dell'azione (Assenti/ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo riferimento	Sistema/Operativo di riferimento del piano	Fase di piena pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
1 GOVERNANCE	1C1	Interpandemica	Piani pandemici regionali per preparazione e risposta a pandemie influenzali	Revisi/Aloni chiave derivate dal profilo nazionale Influenzale	Di livello nazionale (a Regione partecipata alle attività della rete)	Decisione standard essenziale	Decisione standard auspicabile	Attore principale dell'azione (Assenti/ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo riferimento	Sistema/Operativo di riferimento del piano	Fase di piena pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
1 GOVERNANCE	1C2	Interpandemica	Piani pandemici regionali per preparazione e risposta a pandemie influenzali	Revisi/Aloni chiave derivate dal profilo nazionale Influenzale	Di livello nazionale (a Regione partecipata alle attività della rete)	Decisione standard essenziale	Decisione standard auspicabile	Attore principale dell'azione (Assenti/ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo riferimento	Sistema/Operativo di riferimento del piano	Fase di piena pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
1 GOVERNANCE	1D	Interpandemica	Piano di contingenza nazionale	Revisi/Aloni chiave derivate dal profilo nazionale Influenzale	Di livello nazionale (a Regione partecipata alle attività della rete)	Decisione standard essenziale	Decisione standard auspicabile	Attore principale dell'azione (Assenti/ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo riferimento	Sistema/Operativo di riferimento del piano	Fase di piena pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
1 GOVERNANCE	1E	Interpandemica	Valutazione del rischio pandemico (rete DISPATCI)	Revisi/Aloni chiave derivate dal profilo nazionale Influenzale	Di livello nazionale (a Regione partecipata alle attività della rete)	Decisione standard essenziale	Decisione standard auspicabile	Attore principale dell'azione (Assenti/ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo riferimento	Sistema/Operativo di riferimento del piano	Fase di piena pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica

TABELLA	N.	FASE	Obiettivi/Ascoli chiave derivati dal piano nazionale	Riferimenti tabulari del FANUCO della azione chiave	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Definizione standard essenziale	Descrizione standard applicabile	Attività principale dell'azione (fonti del, ospitali, servizi di riferimento, agenzie, etc.)	Ministero regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operatività dalla pubblicazione del piano	Fase di Attiva pandemia	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
3.1	1A	Interpandemica	Realizzare studi FXK	3.1.5 - Sviluppo di un protocollo standardizzato di contatto tra barile nazionale (in Regione Umbria) partecipando agli studi FXK trasmissione di un virus influenzale pandemico	Di barile nazionale (in Regione Umbria) partecipando agli studi FXK							Partecipazione agli studi FXK		
3.1	1C	Interpandemica	Realizzare studi FXK	3.1.5 - Aver sviluppato la capacità e le competenze tecnico-scientifiche di tutti i FXK (compensi) durante la fase di attesa della cura futura (pre-pandemica operativa)	Di livello nazionale (in Regione Umbria) partecipando agli studi FXK							Partecipazione agli studi FXK		
3.1	1B	Interpandemica	Realizzare studi FXK	3.1.5 - Disporre di un software per la realizzazione di studi FXK adatti al contesto di implementazione italiano	Di barile nazionale (in Regione Umbria) partecipando agli studi FXK							Partecipazione agli studi FXK		
3.1	1D	Interpandemica	Realizzare studi FXK	3.1.5 - Identificare attività di rafforzamento dei servizi territoriali di prevenzione in base a criteri possibili (tra i parametri) influenzali.	Di livello nazionale (in Regione Umbria) partecipando agli studi FXK	3.1.5 - Realizzare un modello che preveda la costituzione di un team per ciascuno dei 12 ambiti territoriali, composto da un medico (o infermiere) e un infermiere (o assistente sociale) con esperienza nell'assistenza del territorio.	3.1.5 - Realizzare un modello che preveda la costituzione di un team per ciascuno dei 12 ambiti territoriali, composto da un medico (o infermiere) e un infermiere (o assistente sociale) con esperienza nell'assistenza del territorio.	Assistenza alla sanità (Divisione Regionale Salute e Azienda Sanitaria)	Servizio Economico Finanziario	Griglia dei costi (tramessa al Ministero)	Ente agosto 2021	Disponibilità a utilizzare risorse per l'attuazione dei sistemi	Disponibilità a utilizzare risorse (ore) per l'attuazione dei sistemi	Disponibilità a utilizzare risorse (ore) per l'attuazione dei sistemi
3.1	1E	Interpandemica	Realizzare studi FXK	3.1.5 - Definire risorse e esecuzioni per la mobilitazione dell'istesso per rafforzare in modo adeguato i servizi in caso di emergenza sanitaria dovuta ad una pandemia influenzale. 3.1.5 - Definire risorse e esecuzioni per la mobilitazione dei servizi di sorveglianza, di diagnosi, di prevenzione, di cura e di controllo, in collaborazione tra gli USMIR-SSM e le Regioni geograficamente competenti. Inoltre, le attività di accorpamento (logistico e organizzativo) per la gestione delle attività di sorveglianza (di fronte) e per la gestione delle attività di prevenzione (di fronte) (UMIR e tra i servizi territoriali) che sarà necessario dettagliare in apposite e condotte procedure.	La Regione prevede alla stesura di un piano per la redistribuzione del personale interno ai SSU o di personale esterno (ad esempio, volontari, agenzie di assistenza) in altri settori come la sanità militare (da addebi e all'attività di accertamento diagnostico, stampa tracciati, quarantena, isolamento in funzione dei diversi scenari pandemici).	3.1.5 - Realizzare un modello che preveda la costituzione di un team per ciascuno dei 12 ambiti territoriali, composto da un medico (o infermiere) e un infermiere (o assistente sociale) con esperienza nell'assistenza del territorio.	3.1.5 - Realizzare un modello che preveda la costituzione di un team per ciascuno dei 12 ambiti territoriali, composto da un medico (o infermiere) e un infermiere (o assistente sociale) con esperienza nell'assistenza del territorio.	Assistenza alla Sanità (Divisione Regionale Salute e Azienda Sanitaria)	Direttore Regionale	Piano per la redistribuzione del personale interno ai SSU o di personale esterno (ad esempio, volontari, agenzie di assistenza)	Ente 120 giorni dalla pubblicazione del Piano Pandemico regionale	• esigibilità agenzia delle risorse in capo ai Servizi SSU- • valutazione rafforzamento resilienza territoriale • provvedimenti a processi per necessità, in base a indagini epidemiologiche	• Impiegare il personale delle risorse per attività di Contact Tracing attivando, se necessario, le risorse personali tra le strutture territoriali • Reclutamento personale aggiuntivo • Operazione della Centrale Regionale di Sorveglianza	Verifica delle risorse per valutare adeguamento per le risorse disponibili (analisi dei dati e valutazione del rischio per il territorio) • Valutazione dell'adeguatezza dei livelli informativi per prendere decisioni documentate e di gestione per il territorio alla fase inter-pandemica

3.1 - Numero progressivo dell'azione chiave per tabella specifica (la codifica riporta il numero che corrisponde alla tabella di riferimento del piano nazionale e la lettera preceduta da un numero progressivo che indica la lettera e la sequenza di un numero progressivo)

TABELLA	N.	Fase	Azioni chiave derivate dal piano nazionale	Riferimenti tabellari del PANEU della azione chiave	Deduzione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard aspirabile	Attore principale dell'attività (inviare a: Ospedale, società di servizi, ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operativo dalla pubblicazione del piano	Fase di Allerta pandemica	Fase pandemica	Fase di Transizione pandemica
8 TERRITORIO OSPEDALE	8A	Interpandemica	Mappatura servizi sanitari	TAB 8 - Acquisire la mappa aggiornata della rete dei servizi sanitari territoriali ospedalieri e dei loro requisiti organizzativi strutturali e tecnologici e delle strutture "alternative" sintesi recepita dal piano regionale	Mappatura della rete di servizi sanitari territoriali ospedalieri e dei loro requisiti organizzativi strutturali e tecnologici e delle strutture "alternative" sintesi recepita dal piano regionale	Definizione della mappatura nel rispetto del tracciato record predispeso dal livello nazionale. Le strutture sono censite con i flussi ISV, STS e RIA. La mappatura dei Servizi è effettuata con la riflessione del tracciato centrale: rilevazione flussi informativi NOS (dati strutture) ultimo aggiornamento, Conto annuale (dati personale (dati anno 2020)), rilevazioni ai fini (dati strutture) ultimi con flussi NCS ultimo aggiornamento disponibile, per i centri vaccinali la rilevazione dei dati è al 30.6.2021.	Definizione della mappatura con raccolta dati e soddisfacimento debito informativo predisposto a livello nazionale	Ministero della Salute, Ministero Sanità, Società. Direzione regionale Salute e Welfare. Azienda Sanitaria	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Atti di recepimento delle indicazioni nazionali Circolari applicative				
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 B.1	Interpandemica	Integrazione flussi informativi	TAB 8 - Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi.	Implementazione a regime del flusso delle informazioni (formati, tecnologie, generalizzazioni, etc.).	Sistema informativo integrato a livello regionale per la gestione delle attività e dei servizi di riferimento effettuati da qualunque tipo di struttura (rete laboratori pubblici e privati, farmacie, test rapidi) - il sistema dovrà utilizzare dove possibile gli standard di interscambio dei FSE e deve prevedere la circolazione del referto strutturato.	Sistema informativo integrato a livello regionale per la gestione delle attività e dei servizi di riferimento effettuati da qualunque tipo di struttura (rete laboratori pubblici e privati, farmacie, test rapidi) - il sistema dovrà utilizzare dove possibile gli standard di interscambio dei FSE e deve prevedere la circolazione del referto strutturato.	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Direzione Sanitarie Regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Atti di approvazione del progetto di adeguamento del sistema di sorveglianza fase 2	1 anno	Attivazione dei processi di adeguamento del sistema in relazione alla specificità dell'allerta e del patogeno di riferimento.	Attivazione del flusso per tutti gli interscambi necessari alla gestione della pandemia	Manutenimento gestionale del sistema, verifica delle profiloni e degli accessi, verifica periodica dell'efficienza, mantenimento dei dati, scambi di dati necessari all'attività della Fase Interpandemica in attesa di minimizzazione dei dati trattati per le finalità di sorveglianza e alimentazione del sistema di allerta
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 B.2	Interpandemica	Integrazione flussi informativi	TAB 8 - Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi.	Implementazione a regime del flusso per i flussi (formati, tecnologie, generalizzazioni, etc.).	Realizzazione del flusso ed integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza con flussi standard amministrativi (dimensioni trasferimenti ADT)	Realizzazione del flusso ed integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza con flussi standard amministrativi (dimensioni trasferimenti ADT alimentate in real time con integrazione di informazioni contruite nella CCE	Aziende sanitarie regionali/regionali, società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Atti di approvazione del progetto di adeguamento del sistema di sorveglianza prodotto integrazione flussi ricoveri	1 anno	Attivazione dei processi di adeguamento del sistema in relazione alla specificità dell'allerta e del patogeno di riferimento.	Attivazione del flusso per tutti gli interscambi necessari alla gestione della pandemia	Manutenimento gestionale del sistema, verifica delle profiloni e degli accessi, verifica periodica dell'efficienza, scambi di dati necessari all'attività della Fase Interpandemica in attesa di minimizzazione dei dati trattati per le finalità di sorveglianza e alimentazione del sistema di allerta
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 B.3	Interpandemica	Integrazione flussi informativi	TAB 8 - Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi.	Implementazione del flusso per l'acquisizione dei flussi per l'acquisizione dei flussi BSA/ISSD	Realizzazione del flusso ed integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza.	Realizzazione del flusso ed integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza con flussi dati real time	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Azienda Sanitaria Regionali, Società in house regionali	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Atti di approvazione del progetto di adeguamento del sistema di sorveglianza-prodotto integrazione flussi ricoveri e flussi	1 anno	Attivazione dei processi di adeguamento del sistema in relazione alla specificità dell'allerta e del patogeno di riferimento.	Attivazione del flusso per tutti gli interscambi necessari alla gestione della pandemia	Manutenimento gestionale del sistema, verifica delle profiloni e degli accessi, verifica periodica dell'efficienza, mantenimento dei dati, scambi di dati necessari all'attività della Fase Interpandemica in attesa di minimizzazione dei dati trattati per le finalità di sorveglianza e alimentazione del sistema di allerta

TABELLA	N.	Fase	Azioni chiave derivate dal piano nazionale	Riferimenti tabellari del PIANO della azione chiave	Definizione regionale della specificità dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard auspicabile	Altre principali attività (inoltre Regioni, Copert, ASL, Ospedali, etc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operatività dalla pubblicazione del piano	Fase pandemica	Fase di Transizione pandemica
B TERRITORIO OSPEDALE	B.B.4	interpandemica	Integrazione flussi informativi	TAB 8 - Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi.	Implementazione a flusso per l'espulsione operatori (RSA/RSO).	Realizzazione del flusso di integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza.	Realizzazione del flusso di integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza integrato con contatti operatori e integrazione su sistema CRM.	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Atti di approvazione del progetto di adeguamento del sistema di sorveglianza prodotto integrazione flussi sistema Regionale	1 anno	Attivazione del flusso per tutti gli intercomunicatori necessari alla gestione della pandemia	Mantenimento gestionale del sistema informativo delle profilassi e degli accessi, verifica periodica dell'efficacia, mantenimento dati, scarsi di dati necessari alla gestione della fase interpandemica, in attesa di principi di minimizzazione dei dati trattati per le finalità di sorveglianza e alimentazione dei sistemi di allerta.
B TERRITORIO OSPEDALE	B.B.5	interpandemica	Integrazione flussi informativi	TAB 8 - Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi.	Implementazione a regime del flusso per l'acquisizione e decodi dalle Aziende sanitarie	Realizzazione del flusso di integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza.	Realizzazione del flusso di integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza.	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Atti di approvazione del progetto di adeguamento del sistema di sorveglianza prodotto integrazione flussi sistema Regionale	1 anno	Attivazione del flusso per tutti gli intercomunicatori necessari alla gestione della pandemia	Mantenimento gestionale del sistema informativo delle profilassi e degli accessi, verifica periodica dell'efficacia, mantenimento dati, scarsi di dati necessari alla gestione della fase interpandemica, in attesa di principi di minimizzazione dei dati trattati per le finalità di sorveglianza e alimentazione dei sistemi di allerta.
B TERRITORIO OSPEDALE	B.B.6	interpandemica	Integrazione flussi informativi	TAB 8 - Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi.	Implementazione del flusso degli accessi in Pronto soccorso	Realizzazione del flusso di integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza.	Realizzazione del flusso di integrazione con il sistema informativo della Sorveglianza, con il sistema di interscambio del FSE, prevede la raccolta di dati strutturati e non strutturati, comprese le patologie definite per il sistema di allerta precoce, flusso in real time	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Atti di approvazione del progetto di adeguamento del sistema di sorveglianza prodotto integrazione flussi sistema Regionale	1 anno	Attivazione del flusso per tutti gli intercomunicatori necessari alla gestione della pandemia	Mantenimento gestionale del sistema informativo delle profilassi e degli accessi, verifica periodica dell'efficacia, mantenimento dati, scarsi di dati necessari alla gestione della fase interpandemica, in attesa di principi di minimizzazione dei dati trattati per le finalità di sorveglianza e alimentazione dei sistemi di allerta.
B TERRITORIO OSPEDALE	B.C	interpandemica	Sistemi di Monitoraggio	TAB 8 - Definizione di un sistema di monitoraggio nazionale	Predispensione di piattaforme web-based per il monitoraggio dei servizi sanitari da attivati rapidamente in caso di pandemia pandemica	Implementazione di sistema web-based per il monitoraggio dei servizi sanitari secondo indicazioni del livello centrale	Implementazione di sistema web-based per il monitoraggio dei servizi sanitari secondo indicazioni del livello centrale	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Documento di verifica di integrazione			
B TERRITORIO OSPEDALE	B.D.1	interpandemica	Analisi delle risorse.	TAB 8 - Definire i fabbisogni di sistema e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali.	Mappatura della struttura della popolazione, relativamente alle caratteristiche demografiche e al profilo di rischio (es. popolazione assente per patologie, invalidi).	Implementazione del sistema di mappatura con flussi standard	Implementazione del sistema di mappatura con flussi standard	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Documento di verifica	Mappatura popolazione articolata con i flussi sistemi per l'evoluzione del sistema	Utilizzo della mappatura per la gestione della pandemia	Definizione della mappatura con flussi regionali
B TERRITORIO OSPEDALE	B.D.2	interpandemica	Analisi delle risorse.	TAB 8 - Definire i fabbisogni di sistema e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali.	Mappatura della rete di servizi sanitari territoriali e ospedalieri con dettaglio dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici.	Presenza di mappatura	Presenza di mappatura	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento annuale	Disponibilità della mappatura e degli aggiornamenti.	Disponibilità della mappatura e degli aggiornamenti
B TERRITORIO OSPEDALE	B.D.3	interpandemica	Analisi delle risorse.	TAB 8 - Definire i fabbisogni di sistema e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali.	Mappatura delle strutture pubbliche e private che possono essere utilizzate alternative (es. strutture intermedie, scuole, alberghi, case private), determinando il livello di assistenza che può essere fornito in ogni struttura in modo praticabile e sicuro.	Presenza di mappatura	Presenza di mappatura	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali, Società in house regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento annuale	Disponibilità della mappatura e degli aggiornamenti.	Disponibilità della mappatura e degli aggiornamenti

TABELLA	N.	Fase	Azioni chiave derivate dal piano nazionale	Riferimenti tabellari del PATSLU della azione chiave	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard suscipibile	Attività principali dell'attività (invece ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operatività della pubblicazione del piano	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione pandemica
8 TERRITORIO OSPEDALE	B.D.1	interpandemica	Analisi delle risorse	TAB 8 - Definire i fabbisogni di assistenza e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali.	0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia intensiva, la Regione definisce per ogni struttura il numero di posti letto identificabili a livello locale sentite le strutture ospedaliere	Presenza di 0,14 posti letto complessivi di codice 49 con indicazione di staff dedicato (anche compresi i riservisti). Adeguamento della dotazione base di 69 posti letto con la realizzazione di 58 posti letto nei DEA di I e II livello la cui struttura definitiva e quella indicata nella DGR 483/2020 redatta ai sensi dell'art. 2 DL 34/2020 - legge 77/2020) (invece di posti letto) e non utilizzati in momenti interpandemici.	Presenza di 0,14 posti letto di Terapia intensiva codice 94, con indicazione di staff dedicato (anche compresi i riservisti). Non impiego di staff dedicati (anche compresi i riservisti). Adeguamento della dotazione con la realizzazione di 62 posti letto con 31 convertibili in terapia intensiva nei DEA di I e II livello la cui struttura definitiva e quella indicata nella DGR 483/2020 redatta ai sensi dell'art. 2 DL 34/2020 - legge 77/2020)	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzione regionale Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali	Ricerca tecnologica edifica sanitaria patrimonio e investimenti delle Aziende Sanitarie Programmazione Assistenza Ospedaliera	Delibere di Giunta Regionale	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita dai piani di riferimento. Attivazione del Piano di utilizzo dei posti letto e monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto con attivazione in base alla valutazione del rischio e dell'andamento epidemico del piano di aumento se necessario	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto e reversione progressiva in base all'andamento di transizione epidemica
8 TERRITORIO OSPEDALE	B.D.2	interpandemica	Analisi delle risorse	TAB 9 - Definire i fabbisogni di assistenza e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali.	0,07 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia intensiva, la Regione definisce per ogni struttura il numero di posti letto identificabili a livello locale sentite le strutture ospedaliere	Presenza di 0,07 posti letto di Terapia intensiva codice 94, con indicazione di staff dedicato (anche compresi i riservisti). Non impiego di staff dedicati (anche compresi i riservisti). Adeguamento della dotazione con la realizzazione di 62 posti letto con 31 convertibili in terapia intensiva nei DEA di I e II livello la cui struttura definitiva e quella indicata nella DGR 483/2020 redatta ai sensi dell'art. 2 DL 34/2020 - legge 77/2020)	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzione regionale Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali	Ricerca tecnologica edifica sanitaria patrimonio e investimenti delle Aziende Sanitarie Programmazione Assistenza Ospedaliera	Delibere di Giunta Regionale	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita dai piani di riferimento. Attivazione del Piano di utilizzo dei posti letto e monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto con attivazione in base alla valutazione del rischio e dell'andamento epidemico del piano di aumento se necessario	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto e reversione progressiva in base all'andamento di transizione epidemica	
8 TERRITORIO OSPEDALE	B.D.3	interpandemica	Analisi delle risorse	TAB 10 - Definire i fabbisogni di assistenza e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali.	0,17 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia intensiva, la Regione definisce per ogni struttura il numero di posti letto identificabili a livello locale sentite le strutture ospedaliere	Presenza di 0,17 posti letto di Terapia intensiva codice 94, con indicazione di staff dedicato (anche compresi i riservisti). Non impiego di staff dedicati (anche compresi i riservisti). Adeguamento della dotazione con la realizzazione di 62 posti letto con 31 convertibili in terapia intensiva nei DEA di I e II livello la cui struttura definitiva e quella indicata nella DGR 483/2020 redatta ai sensi dell'art. 2 DL 34/2020 - legge 77/2020)	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzione regionale Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali	Ricerca tecnologica edifica sanitaria patrimonio e investimenti delle Aziende Sanitarie Programmazione Assistenza Ospedaliera	Delibere di Giunta Regionale	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita dai piani di riferimento. Attivazione del Piano di utilizzo dei posti letto e monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto con attivazione in base alla valutazione del rischio e dell'andamento epidemico del piano di aumento se necessario	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto e reversione progressiva in base all'andamento di transizione epidemica	
8 TERRITORIO OSPEDALE	B.E	interpandemica	Misure organizzative per l'adattamento veloce della rete assistenziale e della disponibilità dei servizi	TAB 8 - Predispozione di strutture, percorsi, separazioni, segrezioni	Definizione della rete regionale dei servizi sanitari operativi (Hub e Spoke) in base alle specificità del territorio di riferimento. Definizione del tipo di strutture ospedaliere in base alle caratteristiche logistiche, organizzative e strutturali (ubicazione, percorsi, separazioni, segrezioni, dotazioni).	Definizione della rete regionale dei servizi sanitari operativi (Hub e Spoke) in base alle specificità del territorio di riferimento. Definizione del tipo di strutture ospedaliere in base alle caratteristiche logistiche, organizzative e strutturali (ubicazione, percorsi, separazioni, segrezioni, dotazioni).	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzione regionale Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali	Programmazione Assistenza Territoriale Assistenza Ospedaliera	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita dai piani di riferimento. Attivazione del Piano di monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto con attivazione in base alla valutazione del rischio e dell'andamento epidemico del piano di aumento se necessario	Monitoraggio dell'utilizzo e della disponibilità dei posti letto e reversione progressiva in base all'andamento di transizione epidemica	

TABELLA	N.	Fase	Aloni chiave derivate dai piani nazionali	Riferimenti tabellari del PANSU della azione chiave	Descrizione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard auspicabile	Attore principale dell'attività (inoltre: SOI, Ospedali, società di riferimento regionale, etc)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operativo della pubblicazione del piano	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fine di Transizione Pandemica
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 F.1	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi (Servizi e funzioni essenziali)	TAB B - Predispozione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Individuazione di servizi/funzioni essenziali.	Mappatura dei servizi e delle funzioni essenziali.	Mappatura dei servizi e delle funzioni essenziali.	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali	Servizio Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Programmazione Assistenza Territoriale, Assistenza Ospedaliera	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione dei piani di aumento della continuità operativa per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio. Attivazione delle procedure di gestione delle salmme.	Monitoraggio dell'utilizzo dell'attività operativa per la continuità operativa in base all'andamento di fase pandemica	Monitoraggio dell'utilizzo dell'attività operativa per la continuità operativa in base all'andamento di fase pandemica
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 F.2	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi (Integrazione territorio-ospedale)	TAB B - Predispozione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Definizione di procedure per la rimodulazione delle attività sanitarie di elezione	Definizione di procedure per la rimodulazione delle attività sanitarie di elezione	Definizione di procedure per la rimodulazione delle attività sanitarie di elezione	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali	Servizio Prevenzione, Sanità Alimentare, Programmazione Assistenza Territoriale, Assistenza Ospedaliera	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione dei piani di aumento della continuità operativa per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio. Attivazione delle procedure di gestione delle salmme.	Attivazione delle procedure per la rimodulazione delle attività sanitarie. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni elettivambulatoriali	Monitoraggio e riconversione
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 F.3	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi (Fabbaglio personale minimo)	TAB B - Predispozione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Suma del fabbisogno di personale minimo necessario a livello di singola struttura per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali, prevedendo piani di continuità operativa in base alle strutture sanitarie in base agli scenari di assenza degli operatori a causa di contagi.	Definizione del fabbisogno minimo necessario per garantire i servizi e le funzioni essenziali e censimento delle dotazioni base per adeguamento delle risorse.	Definizione del fabbisogno minimo necessario per garantire i servizi e le funzioni essenziali e censimento delle dotazioni base per adeguamento delle risorse. Definizione delle procedure per dare continuità operativa alle strutture e funzioni essenziali in relazione agli scenari e alle assenze.	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali	Servizio amministrativo regionale (gestione del personale), Servizio di Programmazione Ospedale, Territorio	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione dei piani di aumento della continuità operativa per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio. Attivazione delle procedure per dare continuità ai servizi.	Monitoraggio del personale in servizio e delle procedure per il contatto con la comunità funzionale e servizi essenziali. In base alla valutazione del rischio e dell'andamento epidemico regressione del piano di aumento se necessario	Monitoraggio del personale in servizio e delle procedure per il contatto con la comunità funzionale e servizi essenziali. In base alla valutazione del rischio e dell'andamento epidemico regressione del piano di aumento se necessario
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 F.4	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi (Fabbaglio personale aggiuntivo)	TAB B - Predispozione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Stima del fabbisogno di personale aggiuntivo, con identificazione dei ruoli che possono essere mobilitati da altri settori (es. sanità militare) o da volontari.	Definizione del fabbisogno di personale aggiuntivo, in considerazione con altri settori (Sanità Militare, Forze di Polizia, Vigili del Fuoco, etc.). Definizione delle procedure per assicurare e dello scenario epidemico	Definizione del fabbisogno di personale aggiuntivo, in considerazione con altri settori (Sanità Militare, Forze di Polizia, Vigili del Fuoco, etc.). Definizione delle procedure per assicurare e dello scenario epidemico	COV-SOR, Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Aziende sanitarie regionali	Servizio amministrativo regionale (gestione del personale), Servizio di Programmazione Ospedale, Territorio	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione dei piani di aumento della continuità operativa per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio. Attivazione delle procedure per mobilitare personale da altri settori	Attivazione del piano di aumento se necessario	Regressione del piano di aumento se attivato

TABELLA	N.	Fase	Aloni chiave/risorse del piano nazionale	Riferimenti tabellari del PANFU della azione chiave	Declinazione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard auspicabile	Attore principale dell'attività (inserire ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operativo della pubblicazione del piano	Fase di Azione pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione pandemica
8 F.5	8 F.5	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi. Coordinamento del personale	TAB 8 - Predisporsi di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Elaborazione di procedure per coordinare e trasferire il personale fra le strutture sanitarie	Definizione di procedure per coordinare e trasferire il personale fra le strutture sanitarie	Definizione di procedure per coordinare e trasferire il personale fra le strutture sanitarie	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzioni regionali Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali	Servizio Amministrativo regionale (gestione del personale) Servizi di Programmazione Welfare e Formazione (COPRED, FORTICOD)	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione del piano predisposti di aumento della capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie in base alle necessità assistenziali nel rispetto delle procedure	Monitoraggio del personale in servizio e attivazione del coordinamento regionale per il trasferimento delle risorse in base alle necessità assistenziali nel rispetto delle procedure	Graduale ripristino dei servizi/strutture con il personale assegnato
8 F.6	8 F.6	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi. Accordi tra operatori privati	TAB 9 - Predisporsi di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Sviluppo di procedure degli accordi istituzionali per la gestione di emergenze sanitarie durante una pandemia.	Definizione di procedure per coordinare e trasferire il personale fra le strutture sanitarie	Definizione di procedure per coordinare e trasferire il personale fra le strutture sanitarie	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzioni regionali Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali	Direzione Salute e Welfare	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione del piano predisposti di aumento della capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie in base alle necessità assistenziali nel rispetto delle procedure	Monitoraggio dell'andamento epidemico e rilevamento della necessità di attivazione dell'Accordo	Monitoraggio
8 F.7	8 F.7	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi. Gestione personale vicariato	TAB 8 - Predisporsi di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Definizione di procedure per mobilitare, addebiitare, accreditare e gestire i volontari per fornire, se necessario, capacità di intervento supplementare.	Definizione di procedure per la formazione del volontariato	Definizione di procedure per la formazione del volontariato	COV-50R Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzioni regionali Salute e Welfare	Servizio Amministrativo regionale (gestione del personale) Servizi Formazione aziendale	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione del piano predisposti di aumento della capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie in base alle necessità assistenziali nel rispetto delle procedure	Formazione e addebiitamento	Formazione e addebiitamento
8 F.8	8 F.8	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi. Telemedicina	TAB 9 - Predisporsi di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Predisposizione di procedure di assistenza per triage e per attività assistenziali sanitarie ai pazienti non in emergenza (ad esempio, consultazioni telefoniche o on-line)	Definizione di procedure per la formazione del volontariato	Definizione di procedure per la formazione del volontariato	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzioni regionali Salute e Welfare	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	DGR recepimento indicazioni nazionali per le erogazioni di prestazioni in telemedicina	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione del piano predisposti di aumento della capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio. Formazione e addebiitamento	Attivazione delle attività individuali con triage telefonico e/o telemedicina (teleassistenza, teleconsulto) nel rispetto delle procedure e dei protocolli attivati di telemedicina in particolare il pre-triage telefonico per l'individuazione precoce dei soggetti a della telemedicina per il controllo che assicura essere effettuati a distanza al fine di evitare la sospensione di attività gestibili con tale modalità, evitare assembramenti nei servizi, rimodulare le modalità di erogazione delle prestazioni da garantire presso i servizi.	Monitoraggio della piattaforma e mappatura delle prestazioni e dei processi di assistenza che possono essere offerti in modalità a distanza.
8 F.9	8 F.9	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi. Cure primarie	TAB 9 - Predisporsi di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Organizzazione del sistema delle cure primarie, con riferimento alla presa in carico precoce a domicilio dei pazienti autonomi e piano automatico.	Organizzazione delle Cure Primarie in aderenza al Piano del Territorio recepito con DGR 915/2020 redatto ai sensi dell'art.1 del DL 34/2020 poi legge 77/2020 che comporta potenziamento del ruolo organizzativo dell'ASL e incrementare la capacità di ricevere di Famiglie/Comunità	Organizzazione delle Cure Primarie in aderenza al Piano del Territorio recepito con DGR 915/2020 redatto ai sensi dell'art.1 del DL 34/2020 poi legge 77/2020 che comporta potenziamento del ruolo organizzativo dell'ASL e incrementare la capacità di ricevere di Famiglie/Comunità	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzioni regionali Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali	Servizi di Programmazione Sanitaria Territoriale	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione del piano predisposti di aumento della capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio. Monitoraggio e verifica dell'organizzazione in tutti gli ambiti territoriali. Formazione e addebiitamento	Monitoraggio dell'andamento epidemico e rilevamento della necessità emergenti per l'addebiitamento organizzativo	Monitoraggio

TABELLA	N.	Fase	Azioni chiave derivate dai piani nazionali	Riferimenti tabellari del PANFU della azione chiave	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard estendibile	Descrizione standard applicabile	Aziende principali dell'istituto (Inferie ASL, Ospedali, Locali e c.s.) riferite a strutture e servizi	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionali di riferimento	Schema/Operativo della pubblicazione del piano	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione pandemica
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 F 10	Interpandemica	Aumento della capacità e della continuità operativa dei servizi Integrato territorio-ospedale	TAB 9 - Predizione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi.	Sviluppo e rafforzamento delle attività di assistenza territoriale e distrettuale e dell'integrazione ospedale-territorio (anche con riferimento al ruolo delle strutture sanitarie a bassa intensità assistenziali)	Organizzazione in territorio ricetto con OGR 916/2020 redatto ai sensi dell'art.1 del DL 34/2020 poi Legge 77/2020 della COT con piena operatività per la gestione delle dimissioni protette verso le strutture territoriali di bassa intensità.	Organizzazione in territorio ricetto con OGR 916/2020 redatto ai sensi dell'art.1 del DL 34/2020 poi Legge 77/2020 della COT con piena operatività per la gestione delle dimissioni protette verso le strutture territoriali di bassa intensità.	Aziende sanitarie regionali (Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Amministrazioni sanitarie regionali Distretti).	Servizi di Programmazione Sanitaria Regionale	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione dei piani di risposta in aumento della capacità operativa delle strutture sanitarie per la gestione all'incremento dei ricoveri in base alla valutazione del rischio. Operatività della COT e monitoraggio delle dimissioni protette e dei tempi di attivazione della presa in carico.	Operatività della COT e monitoraggio delle dimissioni protette e dei tempi di attivazione della presa in carico. Garanzia piena operativa della rete. Applicazione del protocollo collegamento fra le strutture ospedaliere e territoriali in fase di ricovero che prevede la presa in carico. Operatività del sistema di dimissioni protette con accoglienza in strutture intermedie dedicate o a domicilio con percorso di presa in carico.	Operatività della COT e monitoraggio delle dimissioni protette e dei tempi di attivazione della presa in carico.
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 G	Interpandemica	Strumenti di monitoraggio	TAB 8 - Definizione di strumenti per il monitoraggio della tenuta dei servizi sanitari.	Preposizione di un sistema di sorveglianza web based per il monitoraggio dei servizi sanitari da attivarsi automaticamente in caso di pandemia	Sistema regionale di allineamento dei flussi informativi - definizione di specifici indicatori di tenuta e resilienza dei servizi sanitari - sistema web-based da attivare per la raccolta di dati non compresi nei flussi - dashboard giornaliere	Sistema regionale di allineamento dei flussi informativi già descritti ai punti precedenti - definizione di specifici indicatori di tenuta e resilienza dei servizi sanitari - sistema web-based da attivare per la raccolta di dati non compresi nei flussi - dashboard giornaliere	Aziende sanitarie regionali/Regionale/ società inhouse regionale	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	ATTI di approvazione progetto biovigilanza e sistema di regionale	6 mesi	Attivazione della piattaforma informativa web-based. Attivazione nuovi flussi e scambio di indicatori specifici	Mantenimento gestionale del sistema, verifica delle produzioni e degli accessi, verifica periodica dell'efficienza, mantenimento dei sali (scambi di dati necessari) alla gestione della fase interpandemica in ottemperanza al principio di minimizzazione dei dati forzati per le finalità di sorveglianza e alimentazione del sistema di allerta	Monitoraggio del personale e dei mezzi per i trasferimenti e trasporti in emergenza, monitoraggio dei posti letto, ripristino della dotazione base dei mezzi e del personale
8 TERRITORIO OSPEDALE	8 H	Interpandemica	Trasporti di emergenza e trasferimenti	TAB 8 - Definizione di procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza	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 (in particolare monitoraggio centralizzato dei posti letto, distribuzione centralizzata dei pazienti e centralizzata dei pazienti ai centri)	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 (in particolare monitoraggio centralizzato dei posti letto, distribuzione centralizzata dei pazienti e centralizzata dei pazienti ai centri)	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 (in particolare monitoraggio centralizzato dei posti letto, distribuzione centralizzata dei pazienti e centralizzata dei pazienti ai centri). Acquisto delle Barrele di bloccaggio per trasporto Etascon	Assessorato Salute e Politiche Sociali, Direzione regionale Salute e Welfare, Centrali Operative 138 Aziende sanitarie regionali	Servizio Programmazione Referenziale Centrale operativa 138	Documento descrittivo	6 mesi Aggiornamento periodico	Attivazione procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza. Monitoraggio del personale e dei mezzi per i trasferimenti e trasporti di emergenza, monitoraggio del sistema complessivo. Trasferimento dei pazienti sospetti o accertati verso i punti HUB e SPOKE della rete ospedaliera individuati per il ricovero e l'accertamento diagnostico secondo il modello di interità. Trasferimenti secondari ospedalieri e territoriali individuati per l'accoglienza secondo il modello predelimitato. Applicazione del protocollo dei trasporti primari e secondari. Attivazione del piano di potenziamento delle risorse umane e dei mezzi se necessario in relazione	Operatività delle procedure per trasferimenti e impiego di risorse strumentali e umane predefinite nei trasporti di emergenza per l'attivazione del sistema complessivo. Trasferimento dei pazienti sospetti o accertati verso i punti HUB e SPOKE della rete ospedaliera individuati per il ricovero e l'accertamento diagnostico secondo il modello di interità. Trasferimenti secondari ospedalieri e territoriali individuati per l'accoglienza secondo il modello predelimitato. Applicazione del protocollo dei trasporti primari e secondari. Attivazione del piano di potenziamento delle risorse umane e dei mezzi se necessario in relazione	

TABELLA	N.	Fase	Azioni chiave derivate dal piano nazionale	Riferimenti tabellari del PANLU della azione chiave	Deduzione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard auspicabile	Aziende principali dell'attività (Inviare ASL, Ospedali, società di riferimento regionale etc)	Ritorno regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scienza/Operativo dalla pubblicazione del piano	Fase pandemica	Fase di Transizione pandemica
8 TERRITORIO OSPEDALE	8.1.1	Interpandemica	Scorte	TAB E - Definizione di procedure per gli approvvigionamenti di DPI, farmaci e dispositivi medici.	Stima dei fabbisogni per le procedure per gli approvvigionamenti di DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici).	Stima dei fabbisogni per i DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici).	Stima dei fabbisogni per i DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici).	Servizio Programmazione Assistenza Sanitaria Territoriale - Referente Assistenza Farmaceutica	Documento descrittivo di riferimento	6 mesi - Aggiornamento periodico	Attivare le procedure per gli approvvigionamenti e la distribuzione di DPI, farmaci, dispositivi medici; Monitoraggio e approvvigionamenti regionali di DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici) e altre forniture (verifica delle procedure); Monitoraggio delle scorte e dell'utilizzo dei DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici) nel rispetto della tempistica definita dal piano pandemico; Approvvigionamento dei DPI, farmaci e dispositivi medici per mantenere il livello di scorta	Monitoraggio delle scorte e dell'utilizzo dei DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici) nel rispetto della tempistica definita dal piano pandemico; Approvvigionamento dei DPI, farmaci e dispositivi medici per mantenere il livello di scorta	Monitoraggio delle scorte e dell'utilizzo dei DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici) nel rispetto della tempistica definita dal piano pandemico; Approvvigionamento dei DPI, farmaci e dispositivi medici per mantenere il livello di scorta
8 TERRITORIO OSPEDALE	8.1.2	Interpandemica	Scorte	TAB E - Definizione di procedure per gli approvvigionamenti di DPI, farmaci e dispositivi medici.	Individuazione presso le Aziende ospedaliere e territoriali dei magazzini di DPI da distribuire e dei DPI da approvvigionare; Monitoraggio delle scorte di DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici).	Individuazione presso le Aziende ospedaliere e territoriali dei magazzini di DPI da distribuire e dei DPI da approvvigionare; Monitoraggio delle scorte di DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici).	Individuazione presso le Aziende ospedaliere e territoriali dei magazzini di DPI da distribuire e dei DPI da approvvigionare; Monitoraggio delle scorte di DPI, farmaci e dispositivi medici (antivirali, vaccini, antibiotici).	Assessorato Salute e Politiche Sociali; Direzione regionale Salute e Welfare; Aziende sanitarie regionali	Atto di locazione di un spazio di 3500 mq, alto 7/8 metri, ristrutturato e climatizzato per la formazione di un magazzino centralizzato	6 mesi - Aggiornamento periodico	Piena funzionalità del magazzino centralizzato con procedure di consegna dei DPI alle Aziende	Piena funzionalità del magazzino centralizzato con procedure di consegna dei DPI alle Aziende	Piena funzionalità del magazzino centralizzato con procedure di consegna dei DPI alle Aziende
8 TERRITORIO OSPEDALE	8.1.1	Intra pandemica	Ripristino attività	TAB B - Pianificazione del ripristino delle ondate successive attività dopo la pandemia	Definizione di procedure per la tempistica, normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi	Definizione di procedure per la tempistica, normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi	Definizione di procedure per la tempistica, normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi	Assessorato Salute e Politiche Sociali; Direzione regionale Salute e Welfare; Aziende sanitarie regionali	Documento descrittivo	6 mesi - Aggiornamento periodico	Monitoraggio della resilienza dei sistemi	Monitoraggio della resilienza dei sistemi	Monitoraggio della resilienza dei sistemi
8 TERRITORIO OSPEDALE	8.1.2	Interpandemica	Ripristino attività	TAB B - Pianificazione del ripristino delle ondate successive attività dopo la pandemia	Definizione di procedure per la tempistica, normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi	Definizione di procedure per la tempistica, normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi	Definizione di procedure per la tempistica, normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi	Assessorato Salute e Politiche Sociali; Direzione regionale Salute e Welfare; Aziende sanitarie regionali	Documento descrittivo	6 mesi - Aggiornamento periodico	Monitoraggio della resilienza dei sistemi	Monitoraggio della resilienza dei sistemi	Monitoraggio della resilienza dei sistemi
8 TERRITORIO OSPEDALE	8.1.3	Interpandemica	Ripristino attività	TAB B - Pianificazione del ripristino delle ondate successive attività dopo la pandemia	Definizione di procedure per la verifica dei risultati ottenuti, l'analisi e la valutazione delle modalità di gestione della pandemia e della loro resilienza in funzione delle revisioni del piano pandemico (vedere fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica)	Definizione di procedure per la verifica dei risultati ottenuti, l'analisi e la valutazione delle modalità di gestione della pandemia e della loro resilienza in funzione delle revisioni del piano pandemico (vedere fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica)	Definizione di procedure per la verifica dei risultati ottenuti, l'analisi e la valutazione delle modalità di gestione della pandemia e della loro resilienza in funzione delle revisioni del piano pandemico (vedere fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica)	Assessorato Salute e Politiche Sociali; Direzione regionale Salute e Welfare; Aziende sanitarie regionali	Documento descrittivo	6 mesi - Aggiornamento periodico	Monitoraggio della resilienza dei sistemi	Monitoraggio della resilienza dei sistemi	Monitoraggio della resilienza dei sistemi

TABELLA	N.	Fase	Azioni chiave descritte dal profilo nazionale	Riferimenti tabulari del PANPLU della azione chiave	Declinazione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard ospitoriale	Attore principale dell'attività (inserire ASL, Ospedali, società di riferimento regionale etc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operativo dalla pubblicazione del piano	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
---------	----	------	---	---	--	---------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------	--	--	---------------------------	----------------	-------------------------------

N = Numero progressivo dell'azione chiave per tabella specifica (la codifica riporta il numero che corrisponde alla tabella di riferimento sul piano nazionale e la lettera che precede il numero che indica la lettera a seguito da un numero progressivo)

Nota Bene = per quanto attiene agli attori coinvolti in fase inter-pandemica è presente il Comitato Pandemico ed è predefinita l'UCRESP che diventa operativa in fase di allerta

TABELLA	N.	Fase	Obiettivi/azioni da svolgere dal piano nazionale	Riferimenti scabari del DMU della salute della	Pubblicazione regionali e/o specifiche del piano d'azione	Descrizione standard estendibile	Attività principali da svolgere (in riferimento regionale per)	Responsabile regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/periodo di pubblicazione del piano	Fase di allerta pandemica	Fase pandemica	Fase di Termini Pandemica
4.1 CONTROLLO	10A/B	Interpandemica	Implementare programmi di prevenzione contro all'infelice in ambito sanitario a livello ospedaliero	TAB 9 - Programmi nazionali e regionali per PC/Linee guida e raccomandazioni di PC in ambito ospedaliero da implementare da ospedali e strutture sanitarie	Approvazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Implementazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Intensificare le misure di prevenzione delle IPC		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	9B	Interpandemica	Attivazione sistemi di monitoraggio della ICA	TAB 10 - Programmi nazionali e regionali per PC/Linee guida e raccomandazioni di PC in ambito ospedaliero da implementare da ospedali e strutture sanitarie	Implementazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Implementazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	9C	Interpandemica	Pianificare e attivare protocolli di prevenzione contro all'infelice a livello nazionale	TAB 9 - Programmi nazionali e regionali per PC/Linee guida e raccomandazioni di PC in ambito ospedaliero da implementare da ospedali e strutture sanitarie	Implementazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Implementazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare il rispetto delle procedure a livello nazionale		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	10C	Interpandemica	Implementare programmi di prevenzione contro all'infelice a livello nazionale	TAB 10 - Programmi nazionali e regionali per PC/Linee guida e raccomandazioni di PC in ambito ospedaliero da implementare da ospedali e strutture sanitarie	Implementazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Implementazione di linee guida e procedure operative standard (protocolli) di lavoro clinico, utilizzo di indicatori, algoritmi medici e DPI	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	13A	Interpandemica	Gestire la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale	TAB 13 - Gestione e disponibilità di risorse annuali di vaccino contro l'infelice stagionale da (non) utilizzare (in riferimento)	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	14A	Interpandemica	Gestire la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale	TAB 14 - Promuovere la vaccinazione antinfluenzale in ogni contesto alle	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	14B	Interpandemica	Gestire la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale	TAB 14 - Promuovere la vaccinazione antinfluenzale in ogni contesto alle	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	14D	Interpandemica	Gestire la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale	TAB 14 - Promuovere la vaccinazione antinfluenzale in ogni contesto alle	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	15A.1	Interpandemica	Gestire la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale	TAB 15 - Sviluppare un piano nazionale di distribuzione e di influenza pandemica e di prevenzione, basato sulle	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione
4.1 CONTROLLO	16A	Interpandemica	Gestire la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale	TAB 16 - Promuovere la vaccinazione antinfluenzale in ogni contesto alle	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	Attività principali da svolgere in caso di emergenza pandemica	ASL, Regioni, CO, AO e ASL	Atti di disposizione	1 anno	Verificare l'implementazione della sorveglianza a livello nazionale e di comunità		Verifica, valutazione e revisione

TABELLA	N.	Fase	Obiettivi/azioni chiave derivate dal piano nazionale	Riferimenti legislativi dei PIANI di azione chiave	Descrizione strategica essenziale	Descrizione standard suscitabile	Attività principali dell'attività (inserirle ASL, Dipartimenti, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20A.1	Interpandemica	Approvvigionamento	Tabella 20 - Disporre di una appropria strategia	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave di livello nazionale	Descrizione strategica essenziale	Attività principali dell'attività (inserirle ASL, Dipartimenti, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20A.2	Interpandemica	Approvvigionamento	Tabella 20 - Disporre di una appropria strategia	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave di livello nazionale	Descrizione strategica essenziale	Attività principali dell'attività (inserirle ASL, Dipartimenti, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20A.3	Interpandemica	Approvvigionamento	Tabella 20 - Disporre di una appropria strategia	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave di livello nazionale	Descrizione strategica essenziale	Attività principali dell'attività (inserirle ASL, Dipartimenti, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20A.4	Interpandemica	Approvvigionamento	Tabella 20 - Disporre di una appropria strategia	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave di livello nazionale	Descrizione strategica essenziale	Attività principali dell'attività (inserirle ASL, Dipartimenti, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20A.5	Interpandemica	Approvvigionamento	Tabella 20 - Disporre di una appropria strategia	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave di livello nazionale	Descrizione strategica essenziale	Attività principali dell'attività (inserirle ASL, Dipartimenti, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20A.6	Interpandemica	Approvvigionamento	Tabella 20 - Disporre di una appropria strategia	Definizione regionale delle specifiche dell'azione chiave di livello nazionale	Descrizione strategica essenziale	Attività principali dell'attività (inserirle ASL, Dipartimenti, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20B	Interpandemica	Stoccaggio	Tabella 20 - Strutture di stoccaggio per un fabbisogno di 4 mesi	Ambienti che rispettino i requisiti strutturali e microclimatici di stoccaggio	Infrastruttura strutture di stoccaggio	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20C	Interpandemica	Produzione	Tabella 20 - Aree disponibili a procedure di farmore, dispositivi medici e DPI	Procedure di farmore, dispositivi medici e DPI	Procedure di farmore, dispositivi medici e DPI	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	20D	Interpandemica	Criteri per l'utilizzo delle riserve	Tabella 20 - Livelli gestionali DPI	Procedure di farmore, dispositivi medici e DPI	Procedure di farmore, dispositivi medici e DPI	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	17A	Interpandemica	Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non	TAB 17 - Disporre e mantenere una riserva nazionale/regionale di farmaci	di livello nazionale	di livello nazionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	17B	Interpandemica	Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non	TAB 17 - Disporre e mantenere una riserva nazionale/regionale di farmaci	di livello nazionale	di livello nazionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	17C	Interpandemica	Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non	TAB 17 - Stare su efficacia e sicurezza farmaci	di livello nazionale	di livello nazionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	17D	Interpandemica	Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non	TAB 17 - Individuare centri clinici per la somministrazione di farmaci ad uso ospedaliero	di livello nazionale	di livello nazionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	18A	Interpandemica	Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non	TAB 18 - Stare sul fabbisogno di farmaci	di livello nazionale	di livello nazionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	18B	Interpandemica	Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non	TAB 18 - Promuovere per indicazioni cliniche di urgenza l'uso di farmaci	di livello nazionale	di livello nazionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
4.2 APPROVVIGIONA MENTO	18C	Interpandemica	Misure di prevenzione controllo dell'infezione, farmacologiche e non	TAB 18 - Stabilire accordi normativi per accelerare l'importazione di farmaci per	di livello nazionale	di livello nazionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Stadema/Operativo (data pubblicazione del piano)	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica

N = Numero progressivo dell'azione chiave per tabella specifica (la sigla indica il numero che corrisponde alla tabella di riferimento del piano nazionale e la lettera progressiva per indicare progressivamente le azioni della tabella stessa. Nel caso l'azione venga dettagliata in più attività la lettera è seguita da un numero progressivo)

TABELLA	Fase	Obiettivi/Azioni chiave derivate dal piano nazionale	Riferimenti tabellari del PAVTU della azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard aspirabile	Attore principale dell'attività (Inserire ASI, Ospedal, società di riferimento, ecc.)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza/Operatività della pubblicazione del piano	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
5 FORMAZIONE 21A	Interpandemica	Piano di formazione	Tabella 21-1: Disporre di un piano di formazione per rafforzare la preparazione pandemica a livello regionale e locale concordato con gli attori istituzionali nazionali e regionali	Piano di formazione definito e approvato	Piano di formazione definito e approvato	Direzione regionale salute e servizi sanitari, Azienda Ospedaliera Umbra, Azienda Ospedaliera Umbra, Azienda Ospedaliera Umbra	Servizio Formazione e Sviluppo Professionale, Direzione Regionale Umbra, Direzione Regionale Umbra, Direzione Regionale Umbra	DOG di approvazione del piano di formazione	entro 60 gg	Disporre ed erogare tempestivamente moduli formativi in base alle esigenze formative della fase pandemica	Disporre ed erogare moduli formativi in base alle esigenze formative della fase pandemica	Valutazione e revisione della formazione
5 FORMAZIONE 21B	Interpandemica	Monitorare l'impatto a breve termine della formazione	Tabella 21-2: Disporre di protocolli e strumenti per la realizzazione tempestiva di studi KAIG per la valutazione dell'impatto percepito della formazione a breve termine	Protocollo per la valutazione rapida dell'impatto della formazione in fase pandemica adottato	Protocollo per la valutazione rapida dell'impatto della formazione in fase pandemica adottato	Direzione regionale salute e servizi sanitari, Azienda Ospedaliera Umbra, Azienda Ospedaliera Umbra	Servizio Formazione e Sviluppo Professionale, Direzione Regionale Umbra, Direzione Regionale Umbra	Protocollo di approvazione	entro 60 gg	Applicare i protocolli e gli strumenti per la realizzazione tempestiva di studi KAIG per valutare l'impatto percepito della formazione della fase pandemica	Applicare i protocolli e gli strumenti per la realizzazione tempestiva di studi KAIG per valutare l'impatto percepito della formazione della fase pandemica	Valutazione e revisione della formazione
5 FORMAZIONE 21C	Interpandemica	Piano di formazione Ministero Salute	Tabella 21-3: Integrare nel piano di formazione del Ministero della Salute relativo agli uffici centrali e periferici aspetti relativi alla formazione in preparazione pandemica influenzabile									
5 FORMAZIONE 21D	Interpandemica	Modulo FAD per preparedness	Tabella 21-4: Disporre di un modulo formativo aggiornato per la preparazione pandemica influenzabile									
5 FORMAZIONE 21E.1	Interpandemica	Tettare beni e procedure predisposte	Tabella 21-5: Disporre di una esercitazione (a table-top) volta a simulare una pandemia e l'applicazione del piano pandemico influenzabile regionale da realizzare con i referenti e gli attori a livello nazionale									

N. = Numero progressivo dell'azione chiave per tabella specifica. Il codice indica il numero che corrisponde alla tabella di riferimento del piano nazionale e la lettera progressivamente le azioni della tabella stessa. Nel caso l'azione venga dettagliata in più attività la lettera è seguita da un numero progressivo.

TABELLA	N.	Fase	Obiettivi/Attività chiave rilevanti di pianificazione strategica	Rifornimenti tabellari del PAVI della chiave	Decisione strategica/Decisione chiave	Decisione standard/Decisione operativa	Attore principale dell'attività (Inserire ASL, Ospedali, società di riferimento regionale ecc.)	Riferimento regionali	Atti di indirizzo/regione di riferimento	Scadenza/Orientamento della pubblicazione del piano	Fase di Allerta pandemica	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
6 COMUNICAZIONE	22.A.1	Interpandemica	Definizione e attuazione di strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio	Tab. 22: Definizione di un piano di comunicazione del rischio pandemico.	Definizione del piano di comunicazione regionale	Relazione del Piano di Comunicazione Regionale con i piani di comunicazione regionali	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Referente: Direzione Regionale Salute e Welfare. Ufficio stampa della Giunta regionale	Adozione Piano di Comunicazione del rischio	entro 30 gg dall'approvazione del Piano di Comunicazione Regionale	Messa in azione degli atti e delle procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Potenziare e gestire il sistema di comunicazione del rischio regionale e nazionale, in modo da assicurare la comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	22.A.2	Interpandemica	Definizione e attuazione di strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio	Tab. 22: Identificare e definire di un sistema di comunicazione del rischio pandemico.	Identificare le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Identificare le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Referente: Direzione Regionale Salute e Welfare. Ufficio stampa della Giunta regionale	Adozione Piano di Comunicazione del rischio	entro 30 gg dall'approvazione del Piano di Comunicazione Regionale	Messa in azione degli atti e delle procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Potenziare e gestire il sistema di comunicazione del rischio regionale e nazionale, in modo da assicurare la comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	22.A.3	Interpandemica	Definizione e attuazione di strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio	Tab. 22: Definire all'interno della struttura un sistema di comunicazione del rischio pandemico.	Definire le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Definire le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Referente: Direzione Regionale Salute e Welfare. Ufficio stampa della Giunta regionale	Adozione Piano di Comunicazione del rischio	entro 30 gg dall'approvazione del Piano di Comunicazione Regionale	Messa in azione degli atti e delle procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Potenziare e gestire il sistema di comunicazione del rischio regionale e nazionale, in modo da assicurare la comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	22.A.4	Interpandemica	Definizione e attuazione di strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio	Tab. 22: Implementare un quadro di riferimento per la comunicazione del rischio pandemico.	Implementare le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Implementare le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Referente: Direzione Regionale Salute e Welfare. Ufficio stampa della Giunta regionale	Adozione Piano di Comunicazione del rischio	entro 30 gg dall'approvazione del Piano di Comunicazione Regionale	Messa in azione degli atti e delle procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Potenziare e gestire il sistema di comunicazione del rischio regionale e nazionale, in modo da assicurare la comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	22.B	Interpandemica	Definizione e attuazione di strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio	Tab. 22: Definire e definire che garantiscono l'attivazione e il coordinamento delle strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio pandemico.	Definire le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Definire le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Referente: Direzione Regionale Salute e Welfare. Ufficio stampa della Giunta regionale	Adozione Piano di Comunicazione del rischio	entro 30 gg dall'approvazione del Piano di Comunicazione Regionale	Messa in azione degli atti e delle procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Potenziare e gestire il sistema di comunicazione del rischio regionale e nazionale, in modo da assicurare la comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	22.C	Interpandemica	Definizione e attuazione di strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio	Tab. 22: Disporre delle risorse professionali ed economiche finalizzate alla realizzazione del piano di comunicazione del rischio pandemico.	Disporre delle risorse professionali ed economiche finalizzate alla realizzazione del piano di comunicazione del rischio pandemico	Disporre delle risorse professionali ed economiche finalizzate alla realizzazione del piano di comunicazione del rischio pandemico	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Referente: Direzione Regionale Salute e Welfare. Ufficio stampa della Giunta regionale	Adozione Piano di Comunicazione del rischio	entro 30 gg dall'approvazione del Piano di Comunicazione Regionale	Messa in azione degli atti e delle procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Potenziare e gestire il sistema di comunicazione del rischio regionale e nazionale, in modo da assicurare la comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	22.D	Interpandemica	Definizione e attuazione di strutture formali e procedure per la comunicazione del rischio	Tab. 22: Definire di un sistema strutturato di comunicazione del rischio pandemico.	Definire le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Definire le strutture formali e procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Referente: Direzione Regionale Salute e Welfare. Ufficio stampa della Giunta regionale	Adozione Piano di Comunicazione del rischio	entro 30 gg dall'approvazione del Piano di Comunicazione Regionale	Messa in azione degli atti e delle procedure necessarie all'applicazione del piano di comunicazione del rischio da attivare in caso di emergenza nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Potenziare e gestire il sistema di comunicazione del rischio regionale e nazionale, in modo da assicurare la comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un piano multistrutturale e coordinato	Valutazione e revisione della comunicazione

TABELLA	N.	Fase	Obiettivi/azioni chiave previste dal piano pandemico	Riferimenti tabellari del PANLU della azione chiave	Descrizione standard estesa	Direzione standard applicabile	Attività specifiche del Piano Operativo ASL (riferimento regionali e L. 11)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scadenza Operativa della pubblicazione del piano	Fase pandemica	Fase di Transizione Pandemica
6 COMUNICAZIONE	22 E	Interpandemica	Partire e testimoniare	Tab. 22- Disporre di un elenco di partner e contatti da utilizzare in modo proattivo e diffuso dei messaggi comunicativi, in attesa della promozione di comportamenti corretti (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Identificare i partner e testimoniare possono essere utili nella diffusione del messaggio comunicativo, in attesa della promozione di comportamenti corretti (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Identificare i partner e testimoniare che possono essere utili nella diffusione del messaggio comunicativo, in attesa della promozione di comportamenti corretti (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Riferimento regionale: Direzione Salute e Welfare Ufficio stampa della Giunta regionale	Piano regionale di comunicazione del rischio	Tri anni	Convergenza del partner e dei testimoni alla diffusione dei messaggi comunicativi per la promozione di comportamenti corretti e per l'asportamento della consapevolezza del rischio che si sta manifestando	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	22 F	Interpandemica	Contattare i news	Tab. 22- Stabilire e utilizzare sistemi e reti per monitorare e intervenire in modo proattivo e coerente nei casi di divulgazione di notizie false, smentite, non verificate e fake news.	Adoptare sistemi e reti per il monitoraggio dei casi di divulgazione di notizie false, smentite, non verificate e fake news che possono creare forti stereotipi sulle persone e sui comportamenti, al fine di adottare comportamenti discriminatori e di stigma sociale	Adozione del piano di comunicazione regionale del rischio e trasferimento in coerenza agli elementi rilevanti nel piano di contingenza pandemico	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Riferimenti: Direzione regionale salute e welfare Ufficio stampa della Giunta regionale	Piano regionale di comunicazione del rischio	Tri anni	Sviluppare e integrare l'informazione e la comunicazione in modo proattivo e coerente nei casi di divulgazione di notizie false, smentite, non verificate e fake news, considerando le differenze economiche, sociali, di genere e di età delle audience coinvolte, in base alle risorse disponibili	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	23 G	Interpandemica	Indagini di efficacia delle comunicazioni per la prevenzione	Tab. 23- Considerare la possibilità di definire e proporre indagini e misure su dati sociali, culturali, relativi all'impatto ed efficacia degli interventi di comunicazione sulla popolazione e a verificare l'efficacia della comunicazione e l'influenza delle indicazioni del rischio.	Realizzazione di uno studio sull'impatto degli interventi di comunicazione sulla popolazione e verificazione l'efficacia sulla prevenzione del rischio pandemico	Realizzazione di uno studio sull'impatto degli interventi di comunicazione sulla popolazione e verificazione l'efficacia sulla prevenzione del rischio pandemico	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Riferimenti: Direzione regionale salute e welfare Ufficio stampa della Giunta regionale	Protocollo di studio nazionale	Tri anni	Aggiornamenti della comunicazione in maniera tempestiva rispetto alle necessità derivate dalla fase pandemica per l'informazione interna ed esterna • Attivi e diffusi di informazioni settimanali e/o periodici di aggiornamento sulla situazione epidemiologica • Appointe comunicati stampa in relazione alle comunicazioni di emergenza • Aggiornare i messaggi tempestivi	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	23 H	Interpandemica	Esercizi di simulazione	Tab. 23- Condurre esercizi di simulazione per valutare la capacità di attivazione di processi di comunicazione del rischio in caso di emergenza (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Condurre esercizi di simulazione per valutare la capacità di attivazione di processi di comunicazione del rischio in caso di emergenza (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Condurre esercizi di simulazione per valutare la capacità di attivazione di processi di comunicazione del rischio in caso di emergenza (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Riferimenti: Direzione regionale salute e welfare Ufficio stampa della Giunta regionale	Protocollo di studio nazionale	Tri anni	Aggiornamenti della comunicazione in maniera tempestiva rispetto alle necessità derivate dalla fase pandemica per l'informazione interna ed esterna • Attivi e diffusi di informazioni settimanali e/o periodici di aggiornamento sulla situazione epidemiologica • Appointe comunicati stampa in relazione alle comunicazioni di emergenza • Aggiornare i messaggi tempestivi	Valutazione e revisione della comunicazione
6 COMUNICAZIONE	23 I	Interpandemica	Pro di esperti	Tab. 23- Addivvere e disporre di un pool di esperti e personale in comunicazione del rischio e coinvolgimento di comunità in grado di supportare la risposta agli eventi di salute pubblica.	Condurre esercizi di simulazione per valutare la capacità di attivazione di processi di comunicazione del rischio in caso di emergenza (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Condurre esercizi di simulazione per valutare la capacità di attivazione di processi di comunicazione del rischio in caso di emergenza (in merito l'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali).	Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare	Riferimenti: Direzione regionale salute e welfare Ufficio stampa della Giunta regionale	Protocollo di studio nazionale	Tri anni	Aggiornamenti della comunicazione in maniera tempestiva rispetto alle necessità derivate dalla fase pandemica per l'informazione interna ed esterna • Attivi e diffusi di informazioni settimanali e/o periodici di aggiornamento sulla situazione epidemiologica • Appointe comunicati stampa in relazione alle comunicazioni di emergenza • Aggiornare i messaggi tempestivi	Valutazione e revisione della comunicazione

Ma l'numero progressivo dell'azione chiave per tabella (colonna 1) è codifica (colonna 2) numero che corrisponde alla tabella di riferimento del piano nazionale e la lettera progressiva per indicare progressivamente le azioni di tabella stessa. Nel caso l'azione venga dettata in più attività è sempre da un numero progressivo

TABELLA	N.	Fase	Obiettivi/Azioni chiave derivate dal patto nazionale	Riferimenti tabellari del PANBU della azione chiave	Dedicazione regionale delle specifiche dell'azione chiave	Descrizione standard essenziale	Descrizione standard auspicabile	Aziende principali dell'attività (Inferie ASL, Ospedali, società di riferimento regionale etc)	Riferimento regionale	Atti di indirizzo regionale di riferimento	Scienze/Operativo dalla pubblicazione del piano	Fase Pandemica	Fase di Transizione Pandemica
7 RICERCA E SVILUPPO	8 B	Interpandemica	Attività di ricerca e sviluppo. Le informazioni derivanti dalle attività di ricerca e di sviluppo sono utilizzate per migliorare l'efficacia dei trattamenti e poter aumentare l'efficienza di strategie di controllo delle pandemie.	TAB.8 - Revisione strategica delle necessità di implementazione sui sistemi informativi.	Implementazione a regime del flusso delle prestazioni di laboratorio (temporari, serologico, generalizzazioni etc)	Sistema informativo integrato a livello regionale per la circolazione temporale e dei referti dei test effettuati da qualunque tipo di struttura (laboratori pubblici, privati, ospedali, farmacie, test rapidi).	Sistema informativo integrato a livello regionale per la circolazione temporale e dei referti dei test effettuati da qualunque tipo di struttura (laboratori pubblici, privati, ospedali, farmacie, test rapidi).	Assessorato Salute e Politiche Sociali Direzione regionale Salute e Welfare Aziende sanitarie regionali Società in house regionale	Servizio gestione flussu del sistema informativo sanitario	Atti di approvazione del progetto di adeguamento del sistema di sorveglianza Infez.2	1 anno	Attivazione del flusso per tutti gli interventi necessari alla gestione della zoonomia	Mantenimento gestionale del sistema, verifica delle procedure e degli accessi, verifica periodica dell'efficienza. Mantenimento dei dati necessari alla gestione della fase interepidemica in relazione al periodo di sorveglianza e ai trattamenti per le fasce di sorveglianza e implementazione dei sistemi di allerta.
7 RICERCA E SVILUPPO	24 A	Intrapandemica	Sistema di sorveglianza e diagnostica influenza	TAB. 24. Disporre di un sistema nazionale di sorveglianza virologica dell'influenza, in grado di monitorare i virus influenzali stagionali, allo scopo di valutare l'andamento pandemico.	Realizzazione collegamento con il sistema nazionale secondo la tipologia, data e il rispetto della procedura di allerta rapida	Collegamento in rete dei laboratori regionali, manutenzione delle dotazioni strumentali e mantenimento della loro efficienza	Collegamento in rete dei laboratori regionali, manutenzione delle dotazioni strumentali e mantenimento della loro efficienza	Reparti dei laboratori di riferimento per la rete Influenza: -AO PG -IZUM	Servizio Prevenzione	Relazioni periodiche di attività	Annuali	Produzione di dati utili per pianificare appropriate misure di controllo (es. vaccinazione) e indagini mirate	Verifica delle attività effettuate per eventuali aggiornamenti/revisione
7 RICERCA E SVILUPPO	24 B	Intrapandemica	Sistema di sorveglianza e diagnostica influenza	TAB. 24. Disporre in ogni laboratorio della rete di sorveglianza e diagnostica, adeguata e personalizzata, in grado di permettere lo svolgimento degli obiettivi preposti	Disporre sul territorio regionale delle tecnologie e delle risorse sui laboratori della rete	Individuare le carenze e colmare le mancanze: • 3 Patologie di lista • 1 PCR (1 contrattori + 1 laboratorio) di cui 2 per il test di riferimento e 1 per quello di backup • 1 sistema di biobanca • 5 Tecnici di Laboratorio (1 Spoletto, 2 Città di Castello e 1 Perugia) • 2 Dirigenti Biologi (1 Perugia e 1 Spoletto)	Disporre delle risorse identificate entro fine 2022	Direzioni Aziende Sanitarie e CUS	Assessorato e Direzione Salute	Piano di adeguamento/implementazione della rete dei laboratori con adeguamento delle risorse attraverso finanziamento specifico	Entro dicembre 2022	Sviluppare strategie e azioni di miglioramento metodologico su indicazione del laboratorio di riferimento	Verifica della organizzazione per il mantenimento livelli adeguati
7 RICERCA E SVILUPPO	24 C	Intrapandemica	Studio esattometrico vece correlato al fine di individuare varianti	TAB. 24. Disporre sul territorio nazionale di capacità di analisi di sequenza adeguata, personale specializzato e strumentazioni ad alta tecnologia	Disporre sul territorio regionale di capacità di analisi di sequenza adeguata, personale specializzato e strumentazioni ad alta tecnologia	Individuare le carenze e colmare le mancanze: • 1 sequenziatore; • 1 Serve per analisi e storage dei dati di sequenziamento; • 1 sistema di manutenzione e preparazione delle librerie Genomiche • 2 Dirigenti Biologi • 3 Tecnici di Laboratorio • 1 Tecnico bio-informatico	Disporre delle risorse identificate entro fine 2022 e garantire la partecipazione agli studi epidemiologici promossi dal SS	Direzioni Aziende Ospedaliere di Perugia e CRAS	Assessorato e Direzione Salute	Piano di adeguamento del sequenziamento con adeguamento delle risorse attraverso finanziamento specifico	Entro dicembre 2022	Finalizzare studi epidemiologici mirati per l'individuazione di possibili mutazioni	Verifica dello stato delle attività di ricerca utili al miglioramento dell'efficacia dei trattamenti nonché delle strategie di controllo delle pandemie.

N.B. Numero progressivo dell'azione chiave per tabella specificata la codifica (ipotesi) e numero che corrisponde alla tabella di riferimento del piano nazionale e la lettera progressiva per indicare progressivamente le azioni della tabella stessa. Nel caso l'azione venga dettagliata in più attività la lettera è seguita da un numero progressivo

ELENCO ALLEGATI:

- ALLEGATO 1A - Mappatura della Struttura della Popolazione Umbra Relativamente alle Caratteristiche Demografiche e al Profilo di Rischio
- ALLEGATO 1B - Individuazione Membri Ucresp
- ALLEGATO 1C - Individuazione Membri Comitato Pandemico
- ALLEGATO 1D - Ciclo di Monitoraggio
- ALLEGATO 1E - Lista di Autovalutazione
- ALLEGATO 2A - Sorveglianza Epidemiologica e Virologica in Fase Interpandemica
- ALLEGATO 2B - Approccio One Health
- ALLEGATO 3.1A - Definizione Strumenti per Rafforzare la Resilienza dei Servizi di Prevenzione
- ALLEGATO 3.1B - Sicurezza sul lavoro e Indicazioni per la Continuità Aziendale
- ALLEGATO 3.2A - Mappatura dei Servizi
- ALLEGATO 3.2B - Definizione dei Fabbisogni di Assistenza e della capacità di risposta dei Servizi Sanitari Regionali in base agli Scenari di gravità Dell'epidemia
- ALLEGATO 3.2C - Definizione della Rete Regionale dei Servizi Sanitari
- ALLEGATO 3.2D - Piani di Aumento della capacità di continuità Operativa dei Servizi
- ALLEGATO 3.2E - Definizione Strumenti per il Monitoraggio della tenuta dei Servizi Sanitari
- ALLEGATO 3.2F - Definizione Procedure Trasferimenti e Trasporti
- ALLEGATO 3.2G - Definizione Procedure di approvvigionamento
- ALLEGATO 3.2H - Pianificazione del Ripristino delle Attività
- ALLEGATO 4A - Prevenzione e controllo delle Infezioni

ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

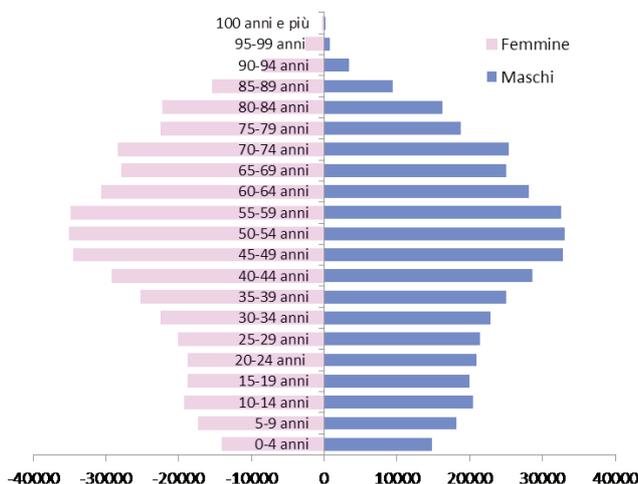
Caratteristiche demografiche

La popolazione residente in Umbria al 01/01/2021 era pari a 865.013 abitanti, con un decremento rispetto al 1/1/2020 di 5.9 x 1000 residenti, pari a 5.152 unità.

Nel 2020, infatti, si è osservato un ulteriore calo delle nascite (6,0 x 1000 abitanti rispetto a 6,4 del 2019) e un massimo di decessi (12,8 x 1000 abitanti rispetto a 11,7 del 2019), con una dinamica naturale negativa di 5.884 unità.

Di seguito (fig. 1) si riporta la distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età quinquennali (piramide delle età) che evidenzia lo spostamento della popolazione verso le classi di età più avanzate. La fascia di età più rappresentata è 50-54 anni per entrambi i sessi.

Fig. 1 - Popolazione residente per sesso e fasce d'età al 01/01/2021. Umbria



Complessivamente la popolazione è composta per il 48,3% da maschi e 51,7% da femmine.

La fascia di età tra 0-14 anni rappresenta il 12,0% del totale, quella di 15-64 anni il 61,8% mentre la popolazione anziana (65 anni e +) è arrivata al 26,2% (23,5% dato medio nazionale). L'età media è 47,5 anni, superiore rispetto a quella media italiana (46,0 anni).

In tabella 1 si riportano i principali indicatori di bilancio demografico.

Tab. 1 -Indicatori di bilancio demografico anno 2020 Tassi x 1000 residenti. Confronto Umbria Italia.

Ripartizioni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio totale
Umbria	6,0	12,8	-6,8	0,6	1,8	2,4
ITALIA	6,8	12,6	-5,8	0,0	1,3	1,3

ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

La densità abitativa

Il territorio dell'Umbria è pari a 8.450,47 Km² con un'importante variabilità orogeografica.

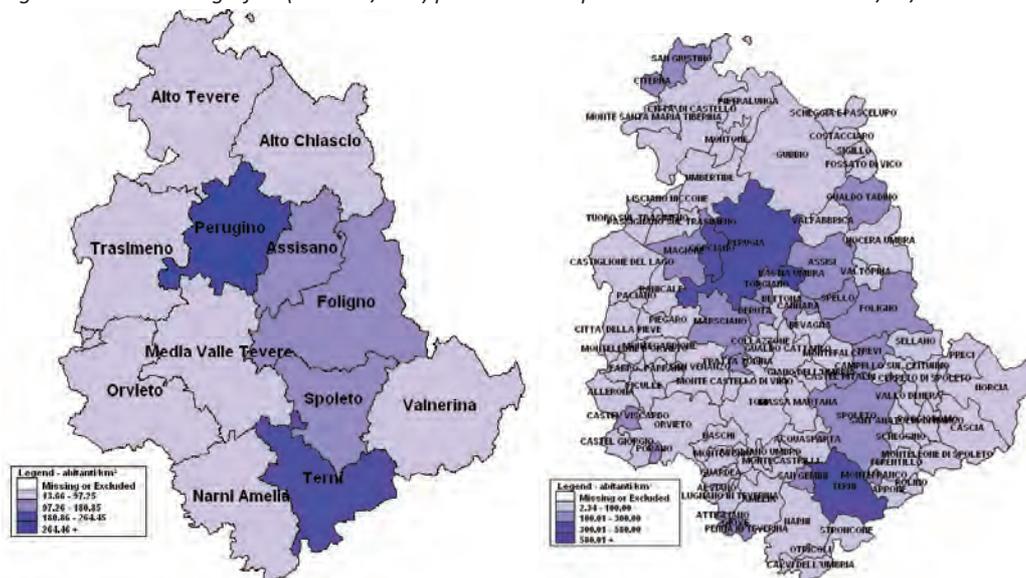
Dal punto di vista sanitario è ripartito in 12 Distretti socio-sanitari. La densità demografica sul territorio regionale è pari a 102,2 abitanti/km², circa la metà del valore medio nazionale (196,2); nella provincia di Perugia essa si attesta a 101,5 e in quella di Terni a 104,2.

Tuttavia i singoli territori mostrano una diversa densità demografica passando da 348 abitanti/km² nel Perugino a 13,7 in Valnerina. Anche tra i comuni si osserva una grande variabilità passando dai 771 abitanti/km² di Bastia Umbra ai 2,34 di Poggiodomo (tab. 2 e fig. 2).

Tab. 2 - Popolazione residente al 1° gennaio 2021 in Umbria per Distretto e per USL

DISTRETTI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
DISTRETTO – PERUGINO	191.777	551,49	347,74
DISTRETTO – ASSISANO	61.066	384,37	158,87
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	55.304	781,16	70,80
DISTRETTO - TRASIMENO	56.146	777,95	72,17
DISTRETTO - ALTO TEVERE	74.309	987,25	75,27
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	53.194	816,16	65,18
AZIENDA USL Umbria n.1	491.796	4.298,38	114,41
DISTRETTO TERNI	129.223	530,01	243,81
DISTRETTO FOLIGNO	95.769	901,77	106,20
DISTRETTO NARNI-AMELIA	50.197	645,58	77,75
DISTRETTO SPOLETO	46.548	466,41	99,80
DISTRETTO ORVIETO	40.090	775,89	51,67
DISTRETTO VALNERINA	11.390	832,43	13,68
AZIENDA USL Umbria n.2	373.217	4.152,09	89,89
REGIONE	865.013	8.450,47	102,36

Fig. 2 - Densità demografica (abitanti/Km²) per distretto e per comune di residenza al 01/01/2021. Umbria



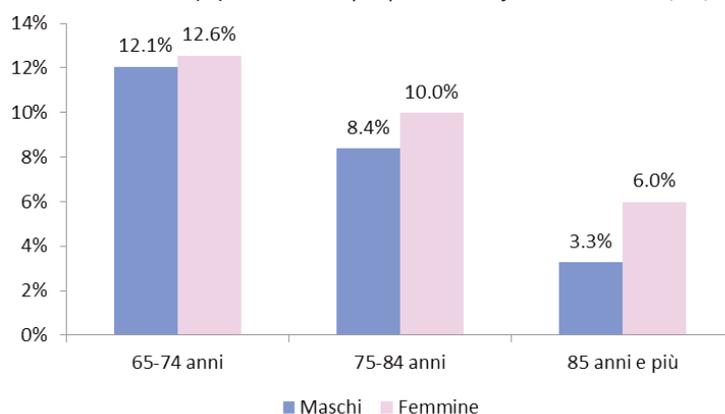
ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

La popolazione anziana

La popolazione umbra di 65 anni e più è costituita da 226.502 soggetti, pari al 26,2% della popolazione residente totale, il 43,7% sono maschi e il 56,3% da femmine. Questa percentuale, in costante aumento, colloca l'Umbria tra le regioni più anziane.

Di seguito (fig. 3) si riporta la distribuzione di questa parte di popolazione per sesso e fasce di età che conferma la prevalenza del sesso femminile.

Fig. 3 - Popolazione residente (%) di 65 anni e più per sesso e fasce di età al 01/01/2021. Umbria



Anche la percentuale di popolazione di 65 anni e più presenta una grande variabilità sul territorio regionale, andando dal 23,9% del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (29,9%)(tab. 3 e fig. 4).

Tab. 3 - Popolazione residente ≥ 65 anni al 1° gennaio 2021 in Umbria per Distretto e per USL

DISTRETTI	POPOLAZIONE ≥ 65 ANNI	% ≥ 65 ANNI	% ≥ 75 ANNI
DISTRETTO - PERUGINO	46.222	24,1	12,8
DISTRETTO - ASSISANO	14.598	23,9	12,6
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	14.428	26,1	14,1
DISTRETTO - TRASIMENO	14.995	26,7	13,9
DISTRETTO - ALTO TEVERE	19.054	25,6	13,1
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	14.466	27,2	14,7
AZIENDA USL Umbria n.1	123.763	25,2	13,3
DISTRETTO TERNI	35.194	27,2	14,6
DISTRETTO FOLIGNO	25.518	26,6	14,2
DISTRETTO NARNI-AMELIA	14.219	28,3	14,8
DISTRETTO SPOLETO	12.812	27,5	14,7
DISTRETTO ORVIETO	12.000	29,9	15,8
DISTRETTO VALNERINA	2.996	26,3	13,3
AZIENDA USL Umbria n.2	102.739	27,5	14,6
REGIONE	226.502	26,2	13,9

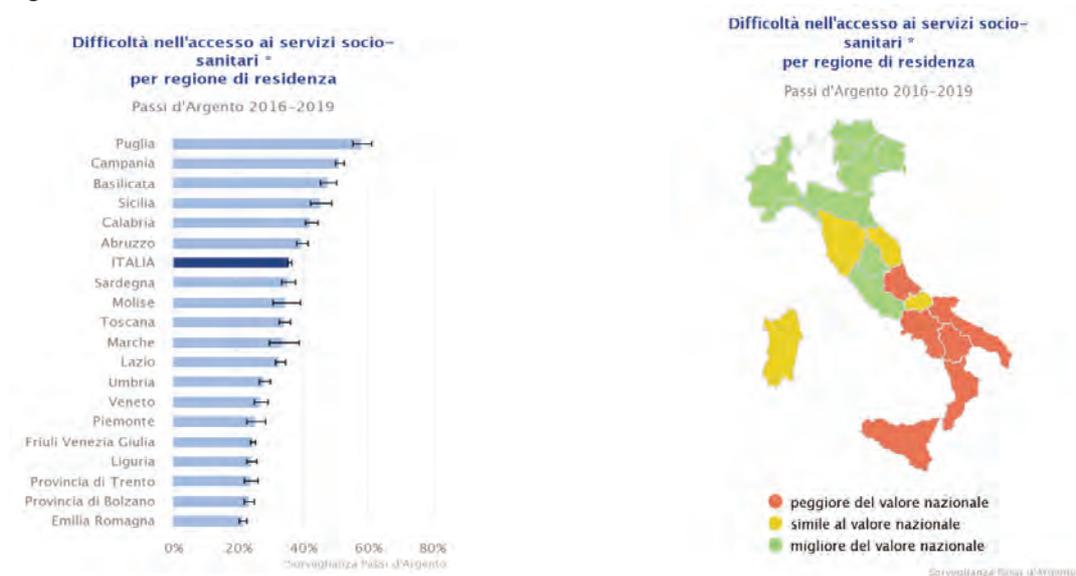
ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

Fig. 4 - Popolazione residente (%) di 65 anni e più per distretto di residenza al 01/01/2021. Umbria



I dati del sistema di sorveglianza Passi d'Argento evidenziano come, nel confronto con le altre regioni, l'accesso ai servizi sanitari della popolazione di 65 anni e più in Umbria è migliore che nella media nazionale e con un trend in diminuzione dal 2016 al 2019. Tuttavia dimostrano più difficoltà di accesso ai servizi le donne, le persone più anziane e quelle con basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche.

Fig.5 Difficoltà di accesso ai servizi



ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

Profilo di rischio

Esenzioni

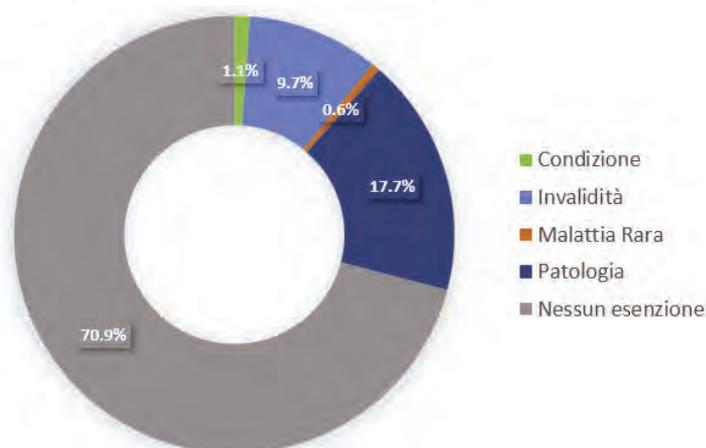
In Umbria il 29% della popolazione (pari a 251.569 soggetti) ha almeno una esenzione.. Le tipologie di esenzioni sono per: Condizione; Invalidità; Malattie rare; Patologie.

I soggetti senza nessuna esenzione sono 613.444 ossia il 70,9% della popolazione residente in Umbria. La percentuale più elevata di esenzioni è per patologie, riguardando oltre il 17% della popolazione.

Tab. 4 - Popolazione residente per tipologia di esenzioni – Umbria 2021

Esenzione	Totale Esenzioni	% sulla Popolazione
Condizione	9.775	1.1%
Invalidità	83.757	9.7%
Malattia Rara	5.272	0.6%
Patologia	152.765	17.7%
Nessun esenzione	613.444	70.9%

Fig. 6 – Percentuale di esenzione per tipologia – Umbria 2021

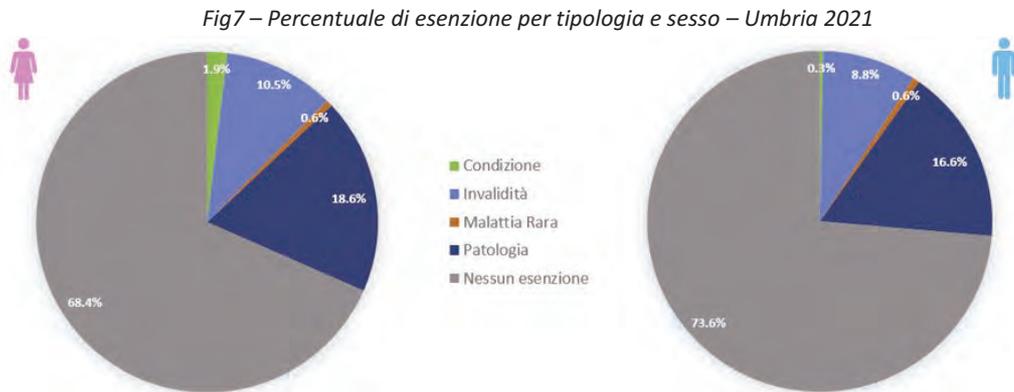


Tab. 5 - Popolazione residente e tipologia di esenzioni per sesso – Umbria 2021

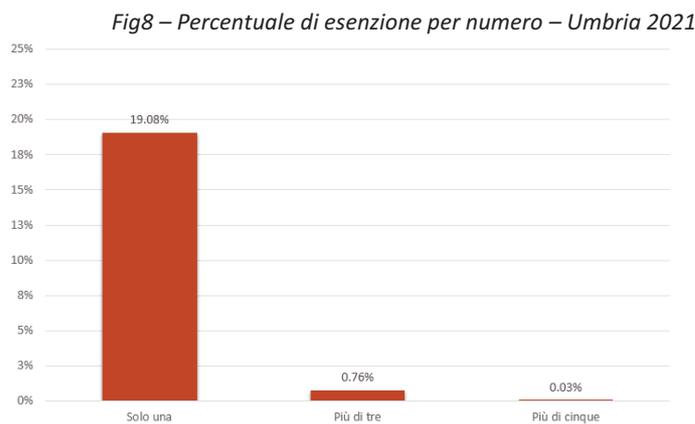
Esenzione	Femmine		Maschi	
	Totale Esenzioni	% sulla Popolazione	Totale Esenzioni	% sulla Popolazione
Condizione	8.450	1,9%	1.325	0,3%
Invalidità	46.964	10,5%	36.793	8,8%
Malattia Rara	2.679	0,6%	2.593	0,6%
Patologia	83.314	18,6%	69.451	16,6%
Nessun esenzione	306.008	68,4%	307.436	73,6%

Oltre il 31% delle donne ha almeno una esenzione, il 18,6% è riconducibile a patologie e il 10,5% ad invalidità. Tra gli uomini il 73,6% non ha esenzioni sanitarie mentre il 16,6% ha almeno una esenzione per patologie e l'8,8% per invalidità.

ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO



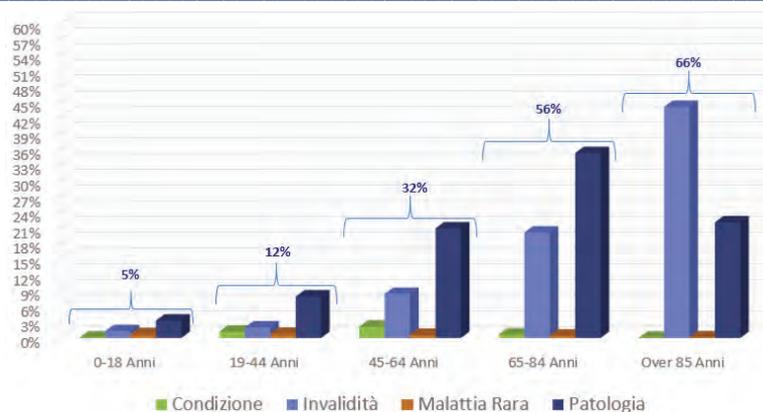
La popolazione con 1 esenzione è pari al 19,8% (165.052 soggetti) mentre lo 0,76% (6.579 soggetti) della popolazione umbra ha più di 3 esenzioni e lo 0,03% (290 soggetti) oltre 5 esenzione.



Analizzando il dato per fascia di età si evidenzia che le esenzioni da patologie sono sempre le più frequenti tranne che per la fascia d'età over 85, dove le esenzioni da invalidità sono maggiori. Il 66% della popolazione residente in Umbria con età superiore a 85 anni ha almeno una esenzione che nel 44% dei casi è per invalidità. Tra 0-18 anni 7.337 soggetti hanno almeno una esenzione e prevalentemente per patologia. Le malattie rare sono più frequenti tra i 19-44enni mentre la percentuale più alta di esenzioni da patologie è tra i 65-84enni, dove il 56% ha almeno una esenzione.

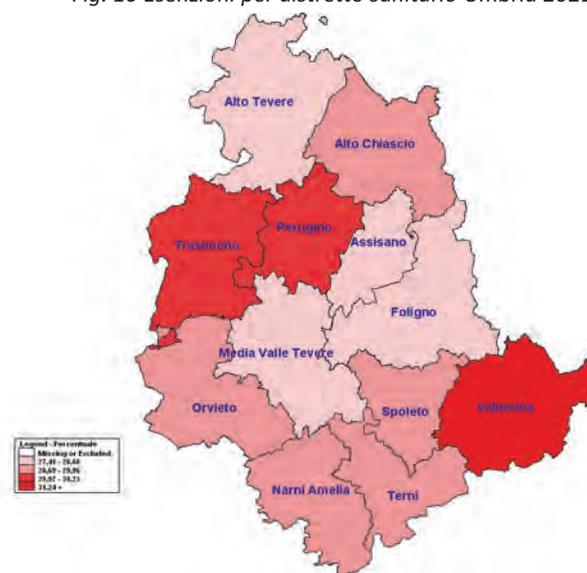
Fig 9 – Percentuale di esenzione per tipologia e classe di età – Umbria 2021

ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO



Il 29% della popolazione residente nella USL Umbria 1 ha almeno una esenzione, percentuale molto simile all'Azienda USL Umbria 2 (28,9%). Il Distretto con percentuale più alta di esenzioni è Valnerina (32,5%) mentre la più bassa è Foligno (27,4%)

Fig. 10 Esenzioni per distretto sanitario Umbria 2021



Tab. 6 - Popolazione residente e percentuale di esenzione per distretto territoriale – Umbria 2021

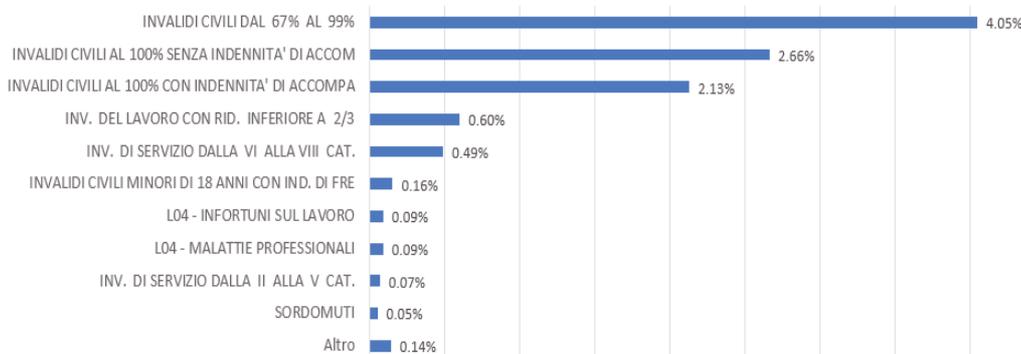
Distretti	Totale Esenzioni	% sulla Popolazione
Azienda USL Umbria 1	143.775	29,23%
Alto Chiascio	15.328	28,82%
Alto Tevere	21.064	28,35%
Assisi	17.217	28,19%
Perugino	57.557	30,01%
Media Valle del Tevere	15.754	28,49%
Trasimeno	16.855	30,02%
Azienda USL Umbria 2	107.794	28,88%
Foligno	26.250	27,41%
Narni Amelia	14.759	29,40%
Orvieto	11.563	28,84%
Spoletto	13.684	29,40%
Terni	37.836	29,28%
Valnerina	3.702	32,50%

ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

Complessivamente le esenzioni per malattie rare in Umbria attualmente sono 7.210.

Le tipologie di esenzioni da invalidità più frequenti sono le seguenti:

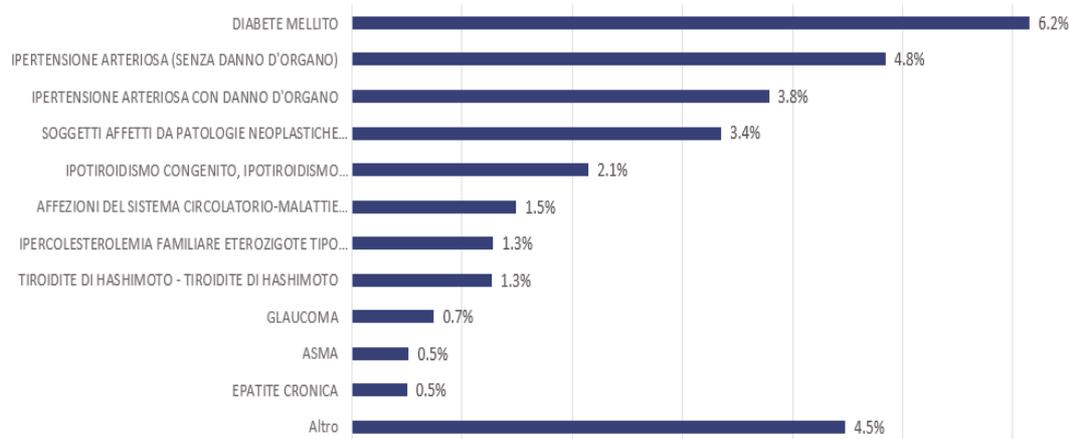
Fig. 11 Tipologia di esenzioni da **invalidità** Umbria 2021



Il 4% (34.996 soggetti) della popolazione ha una invalidità civile riconosciuta dal 67% al 99%, gli invalidi civili al 100% senza indennità di accompagnamento sono 23.022 soggetti, gli invalidi civili al 100% con indennità di accompagnamento sono 18.417.

Le 10 esenzioni per patologie più frequenti sono riportate nel seguente grafico:

Fig. 12 Tipologia di esenzioni da **Patologia** Umbria 2021



Al primo posto c'è l'esenzione per Diabete mellito (53.212 soggetti) seguita da ipertensione arteriosa senza danno d'organo con 41.888 soggetti.

Mortalità

Nel 2018 i decessi in Umbria sono stati 9.986 con un tasso standardizzato di mortalità di 75,7 per 10mila residenti (10.299 decessi nel 2012, con un tasso di 88,03 per 10mila abitanti).

Quindici sono le cause principali che spiegano il 71% del totale dei decessi in Umbria.

Al primo posto si collocano, per maggiore frequenza, le malattie ischemiche del cuore (1.113 decessi, poco più dell'11% dei decessi totali). Seguono, in seconda posizione le malattie cerebrovascolari (926 decessi) e subito dopo le altre malattie del cuore con 795 decessi in un anno. Alla terza posizione si collocano le malattie ipertensive con il 7% dei decessi totali dell'anno 2018. Proseguendo la classifica si ritrovano i decessi per demenza e malattia Alzheimer seguiti dai tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni. In settima

ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

posizione si collocano le malattie croniche delle basse vie respiratorie con 393 decessi in 365 giorni ricoprendo circa il 4% dei decessi totali. Dall'ottava posizione in poi ritroviamo: malattie dell'apparato digerente (3,3% di 9.986 decessi); tumori maligni del colon-retto (304 decessi in un anno); diabete mellito; altri tumori maligni; sintomi, segni risultati anomali e cause mal definite; polmonite e influenza; malattie infettive e parassitarie. L'ultima posizione della classifica è occupata dalle malattie del sistema respiratorio che non comprendono né le malattie delle basse vie respiratorie né polmoniti ed influenze, la frequenza di questa causa di morte è pari al 2,2% del totale dei decessi in Umbria nel 2018 (218 decessi).

I decessi maschili in Umbria nel 2018 sono stati pari a 4.648, con un tasso standardizzato di mortalità di 94 per 10mila abitanti.

Dall'analisi dei tassi standardizzati per 100.000 residenti dal 2009 al 2020 per mortalità generale ed evitabile disaggregati per genere emerge che l'Umbria, insieme a Trentino Alto Adige, Marche, Veneto e Toscana, nel corso degli anni è posizionata quasi costantemente nelle prime 5 posizioni.

La disaggregazione della mortalità evitabile in "trattabile" e "prevenibile" evidenzia come l'Umbria sia fra le posizioni migliori sia in termini di mortalità evitabile legata alla prevenzione che quella legata al trattamento.

Malattie croniche

In Umbria circa 6 anziani su 10 (dati PASSI d'Argento 2016-2019) riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti: ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie croniche del fegato, cirrosi. Più di ¼ degli ultra 64enni riferisce invece la diagnosi di 2 o più tra le patologie indagate, in linea con la media nazionale.

Il 20% degli intervistati tra **18 e 69 anni** riferiscono una diagnosi di ipertensione, il 20% di ipercolesterolemia, il 30% sono sedentari, il 30% fumatori, il 40% risultano in eccesso ponderale ($Imc \geq 25$). Inoltre, quasi il 4% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

L'ipertensione è più frequente all'aumentare dell'età, tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono in eccesso ponderale. Circa l'80% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa. L'Umbria ha una quota di ipertesi maggiore rispetto alla media nazionale.



Più di 8 intervistati su 10 tra i 18 e 69 anni riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi circa 1/4 riferisce di essere ipercolesterolemico. L'ipercolesterolemia è più frequente all'aumentare dell'età, fra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche e tra coloro che sono in eccesso ponderale. Anche la percentuale di ipercolesterolemici in Umbria è superiore alla media nazionale

Il 28% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto i consigli comportamentali da parte di un operatore sanitario.

ALLEGATO 1A - MAPPATURA DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE UMBRA RELATIVAMENTE ALLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E AL PROFILO DI RISCHIO

Poco meno del 5% degli umbri di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici cresce con l'età (è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni ma sfiora il 10% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini, nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, e tra le persone obese.

La prevalenza di persone con diabete sale al 18.5% invece tra gli ultra 64enni.

Tra i diabetici ipertesi, circa il 91% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre circa il 64% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Tumori

Nel 2019 in Umbria i nuovi casi di tumore attesi, sulla base delle stime AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), sono circa 6.400: 3.500 tra gli uomini (688 ogni 100mila abitanti) e 2.900 tra le donne (514 per 100mila). Il tumore più frequente in termini assoluti è quello del colon-retto (850 casi nell'anno), seguito dalla mammella (800), dalla prostata (750) e dal polmone (650) (tab. 12).

Nel contesto nazionale, l'Umbria è tra le regioni con incidenza più elevata negli uomini, seconda solo al Friuli Venezia Giulia; in particolare negli uomini umbri l'incidenza di tumore dello stomaco e della cute (melanomi) è la più alta a livello nazionale.

Il tumore più letale è quello del pancreas, sopravvive a 5 anni meno di un umbro su 10 (7%), seguito dal polmone (16%) e fegato (18%). Rispetto al contesto nazionale, l'Umbria mostra i valori più elevati di sopravvivenza per stomaco (37%) e cervice (76%).

Nel 2018, ultimo dato disponibile, i tumori hanno causato in Umbria 1.501 decessi tra gli uomini e 1.254 tra le donne. Tra gli uomini, circa 1 decesso su 5 è dovuto al tumore del polmone (20,7% del totale dei decessi oncologici), seguito dal colon-retto (11,7%) e prostata (8,7%). Tra le donne i tumori che incidono di più sulla mortalità sono quello della mammella e del polmone (14%) e colon-retto (10,2%).

ALLEGATO 1B - INDIVIDUAZIONE MEMBRI UCRESP

Viene istituita l'Unità di Crisi Regionale di Emergenza di Sanità Pubblica (U.C.R.E.S.P.) nell'ambito della Direzione Salute e Welfare con funzioni di supporto tecnico-operative, che, in caso di dichiarazione di emergenza, opera all'interno della funzione 2.

L' U.C.R.E.S.P. risulta composta come di seguito indicato:

U.C.R.E.S.P.	DESCRIZIONE FUNZIONE
Direttore regionale Salute e Welfare	Presiede l'U.C.R.E.S.P.
Dirigente regionale maxi-emergenze Direzione Salute e Welfare	Supporto alla Direzione regionale Salute e Welfare per la gestione delle maxi-emergenze. Azioni di vigilanza e verifica conseguenti a supporto della Direzione Sanità per la gestione delle maxi-emergenze fra cui quelle infettive. Le attività di valutazione e di monitoraggio dell'attuazione del Piano al fine della messa in atto delle azioni preventive e correttive avvengono sulla base della autovalutazione periodica e sistematica delle Aziende Sanitarie Regionali, che dovranno raccordarsi con il referente Sezione Maxi-Emergenza regionale per la Direzione dell'Assessorato alla Sanità ed i Settori competenti per eventuali criticità riscontrate nell'applicazione del Piano. Coordina l' U.C.R.E.S.P. delegato dal Direttore
Dirigente Regionale Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Supporto tecnico-operativo alla Direzione regionale Salute e Welfare per la gestione delle tematiche di competenza nelle maxi-emergenze
Dirigenti regionali della Direzione Salute e Welfare	Specifiche competenze
Referente regionale Centrale Operativa 118 – già presente	La Regione Umbria ha una sola Centrale Operativa 118 con sede a Perugia. La Centrale Operativa 118 svolge la propria funzione a valenza regionale supportando le strutture di emergenza territoriali dal punto di vista logistico, organizzativo e di coordinamento nelle situazioni di "maxiemergenza" Mass Casualty tipo 1 – tipo 2 e disastri ed opera, con l'EMT2, a livello nazionale/internazionale in connessione con il Meccanismo Europeo di Protezione Civile. L'attivazione della CROSS spetta al referente sanitario regionale individuato.
Referente regionale Centrale Operativa delle Transizioni (COT) – entrerà nella composizione non appena nominato	La realizzazione del Progetto di attivazione del Numero Unico 116117, nella regione Umbria, in aderenza ai dettami dell'Accordo Stato Regioni del 24.11.2016 destinato al servizio di Guardia Medica non urgente. Si ritiene utile attivare la COT (Centrale Operativa delle Transizioni) a cui affidare anche le funzioni del 116117 relativamente al Servizio di Guardia Medica non urgente.
Referente regionale Centrale Operativa di Sorveglianza per le emergenze infettive - entrerà nella composizione non appena nominato	La Centrale Operativa svolge la propria funzione a valenza regionale coordinando i Team di sorveglianza aziendali
Referenti Direzione Protezione Civile:sono individuati con tale ruolo il Dirigente Servizio Protezione Civile ed Emergenza con il supporto dei funzionari delle sezioni in cui è articolato il servizio	Supporto tecnico - operativo alla governance dello stato di allerta/emergenza, attraverso il pre-allertamento delle strutture operative e componenti del Sistema Regionale di Protezione Civile che in caso di emergenza operano direttamente nella Sala Operativa Regionale - SOR.
Referenti Comitati/Unità di Crisi Aziendali sono individuati con tale ruolo i Direttori Sanitari pro-tempore delle Aziende Sanitarie Regionali	Le Aziende Sanitarie Regionali e le altre Strutture del SSR sono tenute a mettere in atto le indicazioni del Piano, e le disposizioni dell'UCRESP. I referenti aziendali trasferiscono a cascata le indicazioni nelle aziende di riferimento.

ALLEGATO 1B - INDIVIDUAZIONE MEMBRI UCRESP

L' U.C.R.E.S.P. al rilevarsi di uno stato di allerta/emergenza nel territorio regionale, comunica al Presidente della Regione le necessità di intervento da attuare in base agli scenari che si stanno presentando.

Il Coordinatore dell'Unità si rapporta con il Comitato pandemico per le attività operative.

L'U.C.R.E.S.P. riporta al Comitato Pandemico regionale le esigenze emerse per fronteggiare l'allerta/emergenza, fornendo ogni informazione utile all'implementazione delle attività connesse all'attuazione del Piano.

In fase di allerta pandemica il Direttore Regionale attiva l'U.C.R.E.S.P. e in sede di prima riunione si definisce il piano operativo specifico.

ALLEGATO 1C - INDIVIDUAZIONE MEMBRI COMITATO PANDEMICO

Con il Piano Pandemico regionale si definisce la struttura del Comitato Pandemico Regionale che viene supportato dal Comitato Tecnico Scientifico e dal Nucleo Epidemiologico

Questa struttura operativa, di supporto al decisore politico, è deputata al coordinamento delle fasi pandemiche, dei diversi interventi e dei diversi soggetti, appartenenti ad assetti organizzativi già esistenti in ambito sanitario, deputati agli adempimenti prioritari individuati secondo obiettivi ed azioni specificati dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.

Il Comitato Pandemico regionale è la struttura di riferimento per le funzioni di progettazione, attuazione, monitoraggio e miglioramento del Piano nell'ambito di una situazione di emergenza nazionale.

È prevedibile, secondo necessità emergenti, l'integrazione con apporti esterni in funzione alle fasi pandemiche.

Il Comitato Pandemico Regionale è formato dalle seguenti componenti:

- Direttore regionale Salute e Welfare – presiede Comitato
- Direttore regionale Governo del Territorio, Ambiente e Protezione Civile
- Direttore regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo
- Direttore regionale Sviluppo economico, Agricoltura, Lavoro, Istruzione, Agenda Digitale
- Dirigenti regionale Prevenzione, Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare
- Dirigenti regionali Programmazione Sanitaria Territorio e Programmazione Sanitaria Ospedaliera
- Referente Regionale Maxi-Emergenza – coordina l'Unità di Crisi Regionale per le Emergenze di Sanità Pubblica
- Dirigente regionale Protezione Civile ed Emergenza di Sanità Pubblica
- Direzioni Aziende Sanitarie regionali
- Direttori Dipartimenti di Prevenzione aziendali
- Dirigenti Responsabili dei Servizi di sanità Pubblica e Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie
- Responsabili Malattie Infettive Aziende Ospedaliere
- Responsabile Laboratorio di Riferimento della rete nazionale InFluNet - Direttore del Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia
- Responsabile della Rete laboratori e Centri di Riferenza Nazionali degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali - Direttore Sanitario dell'Istituto Zooprofilattico Umbria Marche
- Rappresentanti Medici di Medicina Generale – i nominativi sono individuati dai 2 Ordini dei Medici
- Rappresentanti Pediatri di Famiglia – i nominativi sono individuati dai 2 Ordini dei Medici
- Responsabili Servizi Farmaceutici aziendali
- Rappresentanti Prefetture – i nominativi sono individuati dalle 2 Prefetture

L'elenco dei nominativi dei professionisti che fanno parte del Comitato Pandemico Regionale viene recepito con atto specifico

Il Comitato Pandemico Regionale si avvale di:

- **Comitato Tecnico Scientifico (CTS)** così come definito nella DGR n. 313 del 9/4/2021 con la funzione di fornire indicazioni e strategie a supporto dell'attività regionale in relazione alle scelte e alle azioni che dovranno essere adottate dalla Giunta Regionale per il superamento delle emergenze sanitarie nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della salute;
- **Nucleo Epidemiologico (NE)** così come definito nella DGR n. 890 del 7/10/2020 (Allegato n. 2) con la funzione di garantire la raccolta dei dati e delle informazioni per perfezionare i modelli di previsione e per elaborare misure mirate per la salute pubblica, nonché realizzare il monitoraggio dell'andamento delle epidemie, programmare gli interventi ed eseguire proiezioni statistiche di scenari futuri.

Entrambi continueranno ad operare e saranno rinnovati specificamente per il supporto la Comitato Pandemico entro 60 gg dalla scadenza dell'attuale emergenza pandemica.

ALLEGATO 1D - CICLO DI MONITORAGGIO

Ciclo di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del Piano Strategico-Operativo Regionale di risposta ad una pandemia influenzale

Il Piano è una guida fondamentale per la gestione di una pandemia influenzale.

Il Piano infatti deve essere monitorato nella sua implementazione territoriale, regolarmente testato per assicurare che le ipotesi di pianificazione e le relazioni organizzative siano corrette e funzionali e aggiornato periodicamente. Il personale deve avere familiarità con il piano e le loro responsabilità, e deve essere addestrato su come rendere operativo il piano attraverso esercizi di simulazione.

In linea di principio, ogni settore deve anche essere supportato nello sviluppo di un piano di continuità aziendale specifico per settore, per assicurare la continuità dei servizi essenziali durante una pandemia.

È quindi considerato essenziale:

1. Definire un periodo di tempo per riesaminare e aggiornare regolarmente il grado di preparazione alle pandemie nazionali e il piano di risposta.
2. Rivedere e aggiornare il piano regionale di preparazione e risposta in caso di pandemia dopo ogni pandemia influenzale, in aderenza alla revisione nazionale.
3. Svolgere regolarmente simulazioni per testare le componenti del piano nazionale e di quello regionale di preparazione e risposta alle pandemie.

È altresì auspicabile:

1. Considerare esercitazioni su vasta scala per testare il piano di preparazione e risposta e le capacità operative.
2. Prendere in considerazione la partecipazione anche ad esercitazioni transfrontaliere internazionali per testare la risposta ad una pandemia o ad altre emergenze sanitarie pubbliche.
3. Prendere in considerazione la revisione del piano nazionale di preparazione e risposta in caso di pandemia sulla base dei risultati di un ECM RSI.
4. Considerare la possibilità di condividere le lezioni apprese con l'OMS e con altri partner per migliorare la pianificazione e l'orientamento in caso di pandemia globale.

Questo Piano regionale, in aderenza la nazionale, attraverso le tabelle elencanti elementi essenziali e auspicabili per fase pandemica e area tematica, individua come prioritarie le azioni da realizzare e monitorare nei tre anni successivi all'adozione del piano stesso. Nel Piano è inserita una checklist di auto-valutazione per valutare il grado di preparedness alle pandemie e rafforzare la readiness dei servizi sanitari regionali.

Ciclo triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del Piano pandemico influenzale

La modalità di monitoraggio dell'implementazione del piano si articola sulla base di un ciclo triennale (figura 8) che prevede:

1. Una valutazione dello stato di implementazione del piano ad 1 anno dalla sua adozione attraverso una indagine specifica sulla base delle attività e riportati nelle tabelle delle attività essenziali della fase inter-pandemica e nel Gantt di iter attuativo. Lo scopo dell'indagine sarà di definire una roadmap per il periodo successivo. Le modalità e gli strumenti di valutazione sono definiti nel piano operativo triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano pandemico influenzale 2021-2023 in aderenza a quello nazionale.
2. L'esercitazione del piano pandemico influenzale nazionale e dei piani regionali due anni dopo la pubblicazione del piano tramite un **esercizio di simulazione** che coinvolga i referenti delle Regioni/PA coinvolti nella preparedness pandemica e attori rilevanti a livello nazionale. Tale esercizio, oltre a testare il piano, svolge anche una funzione formativa e di consolidamento di rete di esperti sul territorio nazionale designati alla preparazione e risposta ad emergenze pandemiche influenzali.
3. Revisione del piano pandemico influenzale entro 1 anno dall'esercizio di simulazione e in base ai risultati dello stesso in accordo con i referenti regionali.

ALLEGATO 1D - CICLO DI MONITORAGGIO

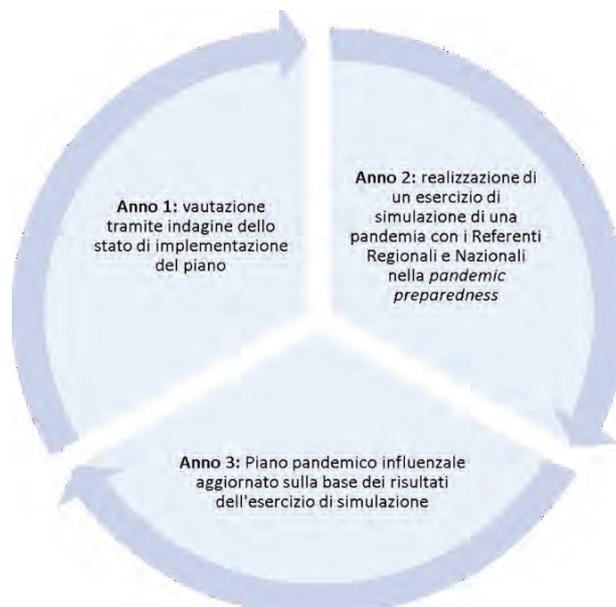


Figura Ciclo triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano pandemico influenzale 2021-2023

Monitoraggio, valutazione e aggiornamento del Piano in fase inter-pandemica

Nella fase inter-pandemica, per ogni azione sono individuati anche gli attori responsabili, gli atti attestanti la realizzazione e i tempi della stessa in modo da facilitare le attività di monitoraggio dell'implementazione del piano prevista con rilevazione delle azioni realizzate a partire dal primo anno dalla pubblicazione del Piano. Questa rilevazione formale verrà realizzata a partire dal primo anno dalla pubblicazione del Piano.

Il secondo anno, sarà realizzata una valutazione di tipo funzionale/operativa in particolare delle azioni previste nelle fasi di allerta e pandemica, attraverso un esercizio di simulazione che, a sua volta, contribuirà al lavoro di revisione del piano stesso.

Sarà essenziale complementare questa attività con i risultati di eventuali valutazioni dell'efficacia delle azioni di risposta nelle singole aree tematiche realizzate durante il ciclo triennale di monitoraggio e valutazione.

Gli obiettivi e le azioni previsti dal Piano Nazionale (rif. Tab. 51 PanFlu 2021-2023):

- Obiettivo** - Disporre di una pianificazione finanziata e condivisa per il monitoraggio, la valutazione e l'aggiornamento del piano Pandemico influenzale – **Azione 1** – Sviluppare e approvare un piano operativo e finanziato triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del Piano, La pianificazione e la squadra operativa devono essere definiti in fase inter-pandemica con compiti istituzionali coerenti con quanto riportato nel Piano. Stesura del Piano di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano pandemico. – **A livello Nazionale** è stato istituito il Gruppo di Lavoro per il coordinamento delle attività di monitoraggio previste dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 che ha provveduto a redigere il "Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021". (Rep. Atti n. 158/CSR del 4 agosto 2021 - Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano). **A livello regionale** – Partecipazione al gruppo di lavoro nazionale per la stesura del documento. **Azione 2** – Disporre di team di esperti identificato per guidare il processo di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano pandemico influenzale 2021-2023– **A livello Nazionale** – Il Ministero della Salute (DGPREV) con Decreto Dirigenziale nominerà un team di esperti per ogni ciclo triennale di monitoraggio, valutazione aggiornamento del piano che interagisca regolarmente con la rete nazionale di preparedness pandemica influenzale e guidi le attività secondo i tempi previsti. **A livello regionale** – Si farà riferimento al panel di esperti nominati dal Ministero

ALLEGATO 1D - CICLO DI MONITORAGGIO

- Obiettivo** - Verifica della preparedness dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri per livello di intensità assistenziale. La verifica consisterà in una verifica dello stato di implementazione formale e sostanziale del piano pandemico nazionale e avverrà tramite due linee di azione: il monitoraggio e l'esecuzione di esercizi di simulazione. **Azione 1** - Analisi della implementazione delle attività essenziali nei tempi e nei modi descritti dal piano. Verifiche annuali a partire dal primo anno di implementazione tramite questionari di valutazione agli attori responsabili dei procedimenti – **A livello Nazionale** Analisi della implementazione delle attività essenziali nei tempi e nei modi descritti dal piano con verifiche annuali a partire dal primo anno di implementazione tramite questionari di valutazione agli attori responsabili dei procedimenti. L'attività sarà coordinata dal Ministero della Salute (DG PREV in collaborazione con le DG competenti) tramite un sistema di valutazione esterno. Nel "Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021" è previsto nel primo anno del ciclo triennale di monitoraggio e valutazione la definizione della metodologia e degli strumenti per eseguire il monitoraggio, l'implementazione del monitoraggio con cadenza annuale e la elaborazione e consegna del report di monitoraggio. **A livello regionale** – Anche a livello regionale si procederà con l'analisi della implementazione delle attività nei tempi e nei modi descritti dal piano con verifiche annuali a partire dal primo anno di implementazione tramite le check list di autovalutazione agli attori e soggetti target. **Azione 2** - Esercizio di simulazione per verifica di strutture e procedure. Esercizio di simulazione (es SIMEX table-top) da realizzare a 24 mesi dalla pubblicazione del Piano – **A livello Nazionale** L'esercizio di simulazione andrà pianificato, realizzato e valutato al termine delle attività. Nel "Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021" nel secondo anno del ciclo triennale di monitoraggio e valutazione è prevista la realizzazione di tale esercizio di simulazione. Nel Piano sono identificati i motivi e le tipologie degli esercizi di simulazione e fra i 5 possibili è stato identificato quello più indicato che risulta essere il "Table/desktop (sa tavolo) in quanto anche in considerazione della pandemia COVID-19 in corso dovrà essere disegnato in modo da permettere anche interazioni virtuali. Il tipo di esercizio necessita di 1-3 mesi di preparazione e si articola in 3 fasi. Le Attività previste consistono in: elaborazione di una proposta per la realizzazione della simulazione, descrizione della metodologia operativa per realizzare la simulazione (dal livello nazionale alla rete preparedness dei referenti regionali e altri attori regionali), preparazione dei materiali didattici e della logistica, realizzazione dell'Esercizio di Simulazione, valutazione dell'Esercizio di Simulazione - **A livello regionale** – Attraverso il Referente regionale della rete preparedness dei referenti regionali si parteciperà all'esercizio di simulazione ei tempi e nelle modalità previste dall'esercizio stesso coinvolgendo tutti gli attori interessati.
- Obiettivo** - Aggiornare il piano pandemico influenzale entro la fine del 2023– **Azione** - Disporre di un piano pandemico influenzale aggiornato in base ai risultati delle attività di monitoraggio e valutazione. Aggiornamento del Piano in collaborazione con la rete di italiana preparedness pandemica operativa. - **A livello Nazionale** - Strettamente collegate alle attività di monitoraggio e valutazione dell'implementazione del PanFlu 2021-2023 sono le attività rivolte a fornire indicazioni sulle priorità nell'aggiornamento del piano finalizzate a disporre di un piano pandemico influenzale aggiornato in base ai risultati delle attività di monitoraggio e valutazione. Nel "Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021" nel terzo anno del ciclo triennale di monitoraggio e valutazione è previsto l'aggiornamento del piano sulla base dell'esperienza realizzata con l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione del PanFlu 2021-2023 e seguendo le vigenti linee guida internazionali e metodologie rilevanti (WHO, ECDC). Il Piano sarà aggiornato dal Ministero della Salute, Rete italiana di preparedness pandemica e tutti gli attori principali citati nel piano- **A livello regionale** – Il piano regionale sarà aggiornato in aderenza all'aggiornamento del

ALLEGATO 1D - CICLO DI MONITORAGGIO

Piano Nazionale e la tabella successiva, riporta una rappresentazione in forma di diagramma Gantt delle scadenze di implementazione del Piano pandemico regionale.

Primo anno di implementazione	Iter di approvazione del Piano Pandemico regionale strategico-operativo per la preparazione e risposta ad una pandemia influenzale													
	Mesi dalla pubblicazione del Piano Nazionale													
Azioni	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	24	36
Stesura del Piano Pandemico Regione Umbria strategico-operativo per la preparazione e risposta ad una pandemia influenzale														
Approvazione del Piano Pandemico Regione Umbria strategico-operativo per la preparazione e risposta ad una pandemia influenzale corredato di documenti attuativi														
Attuazione del Piano Pandemico Regione Umbria strategico-operativo per la preparazione e risposta ad una pandemia influenzale														
Realizzazione del Piano Pandemico regionale e delle altre attività descritte per la fase inter-pandemica nel piano, con scadenza nel primo anno di implementazione (autovalutazione)														
Valutazione formale del processo di implementazione e ritorno di informazione alla rete Italiana preparedness pandemica (Ceck list del Piano Pandemico regionale e Liste di autovalutazione)														
Predisposizione e realizzazione di un esercizio di simulazione														
Aggiornamento del Piano Pandemico strategico-operativo sulla base dell'aggiornamento di quello nazionale														

Studi di valutazione post-pandemici

Dopo una pandemia il processo di valutazione si realizza con modalità diverse. La valutazione in questi casi, infatti, fornisce preziose informazioni sull'efficacia delle attività di preparazione alla pandemia, di risposta e di recupero e di assegnazione di risorse per informare e migliorare le azioni future. Rende i pianificatori e il personale consapevole di ciò che funziona, di ciò che non funziona e delle conseguenze indesiderate. 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.

Come descritto nella fase di transizione pandemica, dopo una pandemia influenzale, è essenziale effettuare una valutazione approfondita della risposta alla pandemia stessa e della ripresa post pandemica. A tal fine studi di After Action Review (AAR) possono permettere di elaborare raccomandazioni da integrare nel successivo aggiornamento del piano pandemico strategico-operativo e di contingenza.

ALLEGATO 1D - CICLO DI MONITORAGGIO

Al contempo è auspicabile:

1. Valutare l'opportunità di effettuare una valutazione dell'impatto sociale della pandemia, compreso l'impatto sulle comunità colpite, sui servizi sanitari e sui servizi essenziali.
2. Valutare l'opportunità di effettuare una valutazione dell'impatto economico della pandemia, compreso l'impatto sugli scambi commerciali e sui viaggi, la perdita di entrate commerciali e i costi finanziari della risposta e della ripresa.
3. Considerare la possibilità di commissionare una valutazione esterna della pianificazione e della gestione della risposta alla pandemia.
4. Considerare la condivisione dei risultati della valutazione con l'ECDC e l'OMS e altri partner per migliorare la pianificazione e l'orientamento della preparazione alla pandemia globale.

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

Lista di Autovalutazione

Di seguito si riportano la lista di autovalutazione da utilizzare nelle Aziende Ospedaliere e nelle Aziende Territoriali per la verifica dei requisiti previsti nelle 6 sezioni in cui si articola:

- Sezione 1 - Potenziamento della rete ospedaliera per emergenza da Patogeno emergente
- Sezione 2 – Modello e percorso organizzativo dell’offerta ospedaliera
- Sezione 3 – Area territoriale
- Sezione 4 – Sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica
- Sezione 5 – Politiche di prevenzione e controllo delle infezioni legate all’assistenza
- Sezione 6 – Formazione degli operatori sanitari

La lista riportata di seguito è quella complessiva di raccordo generale. Le Aziende utilizzeranno la lista a livello di dettaglio organizzativo come indicato.

SEZIONE 1 Potenziamento della rete ospedaliera per emergenza da Patogeno emergente	LIVELLO ORGANIZZATIVO				
	AO PG	AO TR	USL 1 (1)	USL 2 (1)	REGIONE
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	AO PG	AO TR	USL 1 (1)	USL 2 (1)	REGIONE
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	AO PG	AO TR	USL 1 (1)	USL 2 (1)	REGIONE
Attivati/disponibili protocolli di collaborazione interdisciplinare adeguati alla criticità e complessità del paziente, anche in ambito pediatrico.					
Dotazione di posti letto – Area medica	AO PG	AO TR	USL 1 (1)	USL 2 (1)	REGIONE
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.					

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

Rete emergenza urgenza ospedaliera	AO PG	AO TR	USL 1 (1)	USL 2 (1)	REGIONE
Riorganizzati e ristrutturati i Pronto Soccorso con separazione dei percorsi e creazione di aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano 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	AO PG	AO TR	USL 1	USL 2	REGIONE
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.					
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	AO PG	AO TR	USL 1	USL 2	REGIONE
Disponibile un piano per la redistribuzione 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.					

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

Risorse strutturali e tecnologiche	AO PG	AO TR	USL 1 (1)	USL 2 (1)	REGIONE
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					

(1) Le Aziende Territoriali USL Umbria 1 e USL Umbria 2 distribuiranno la lista di autovalutazione alle strutture ospedaliere coinvolte nella rete ospedaliera per emergenza di patogeno emergente

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE 2] Modello e percorso organizzativo dell'offerta ospedaliera	LIVELLO ORGANIZZATIVO				
	AO PG	AO TR	USL 1 (1)	USL 2 (1)	REGIONE
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.					

(1) Le Aziende Territoriali USL Umbria 1 e USL Umbria 2 distribuiranno la lista di autovalutazione alle strutture ospedaliere coinvolte nella rete ospedaliera per emergenza di patogeno emergente

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE 3] Area territoriale	LIVELLO ORGANIZZATIVO				
	AO PG	AO TR	USL 1 (2)	USL 2 (2)	REGIONE
Presa 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					
Costituita la reti 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.					

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

Personale	AO PG	AO TR	USL 1 (3)	USL 2 (3)	REGIONE
Disponibile almeno 1 persona /10.000 abitanti per supportare le funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, contact tracing, quarantena.					
Disponibile un piano per la redistribuzione del personale in funzione dei diversi scenari per supportare le funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, contact tracing, 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, contact tracing, quarantena in caso di un aumento di trasmissione.					
Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Case di Riposo	AO PG	AO TR	USL 1 (4)	USL 2 (4)	REGIONE
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/confirmati 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.					

(2) Le Aziende Territoriali USL Umbria 1 e USL Umbria 2 distribuiranno la lista di autovalutazione ai 6 Distretti Socio-Sanitari in cui si articola ognuna al fine di valutare la Presa in carico dei pazienti affetti da Patogeno emergente, dei contatti e dei pazienti fragili in tutti gli ambiti territoriali della Regione

(3) Le Aziende Territoriali USL Umbria 1 e USL Umbria 2 distribuiranno la lista di autovalutazione nei rispettivi Dipartimenti di Prevenzione operativamente attivi in tutti gli ambiti territoriali

(4) Le Aziende Territoriali USL Umbria 1 e USL Umbria 2 distribuiranno la lista di autovalutazione per gli item di interesse a tutte le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Case di Riposo presenti nel territorio.

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE 4] Sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica	LIVELLO ORGANIZZATIVO				
	AO PG	AO TR	USL 1 (5)	USL 2 (5)	REGIONE
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.					

(5) Le Aziende Territoriali USL Umbria 1 e USL Umbria 2 distribuiranno la lista di autovalutazione alle articolazioni territoriali interessate per gli item specifici

SEZIONE 5] Politiche di prevenzione e controllo delle infezioni legate all'assistenza	LIVELLO ORGANIZZATIVO				
	AO PG	AO TR	USL 1 (6)	USL 2 (6)	REGIONE
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 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.					

(6) Le Aziende Territoriali USL Umbria 1 e USL Umbria 2 distribuiranno la lista di autovalutazione alle articolazioni territoriali interessate

SEZIONE 6] Formazione degli operatori sanitari	LIVELLO ORGANIZZATIVO				
	AO PG	AO TR	USL 1	USL 2	REGIONE
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					

ALLEGATO 1E -LISTA DI AUTOVALUTAZIONE

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					

ALLEGATO 2A - SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA IN FASE INTERPANDEMICA

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA in FASE INTERPANDEMICA

Considerati gli obiettivi generali che caratterizzano la fase inter pandemica:

- **generare informazioni sull'andamento dell'influenza stagionale** che possono essere usate per pianificare appropriate misure di controllo e interventi.
- rendere operativo un sistema di sorveglianza attivo e aggiornato che possa anche **identificare eventi inusuali/inattesi** rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza (sia dovuti a virus influenzali noti che a nuovi virus influenzali emergenti).

PIANO DI SORVEGLIANZA PER L'INFLUENZA UMANA

Le indicazioni operative per le principali AZIONI DA REALIZZARE a livello regionale e aziendale sono le seguenti.

1) Entro 60 giorni dall'approvazione del PANFLU da parte della Giunta regionale dell'Umbria, definire e approvare il **PROTOCOLLO OPERATIVO "QUADRO" per l'integrazione e l'utilizzo dei dati raccolti dai diversi sistemi di sorveglianza** (umana e animale) integrati – Approccio ONE HEALTH.

Immediatamente dopo l'approvazione del PANFLU verranno date indicazioni alle Aziende USL e all'IZSUM affinché provvedano a nominare i referenti che comporranno il Gruppo di lavoro misto con il compito di condividere ed elaborare le informazioni disponibili:

- Az. Sanitarie Locali: Responsabili dei Servizi ISP e/o della Sorveglianza tramite I medici sentinella, Responsabili Servizi Veterinari (IAOA), Responsabili Servizi Informatici, Responsabili Epidemiologia
- Responsabili Laboratorio ed Epidemiologia dell'IZSUM

A livello regionale verrà quindi attivato e coordinato il suddetto Gruppo di lavoro con il compito di definire i dati utili al lavoro del gruppo stesso, le modalità per lo scambio tempestivo e sistematico di informazioni tra le unità di sorveglianza della fauna animale o selvatica (IZSUM) e di sorveglianza della salute umana in risposta a potenziali eventi di zoonosi, compresa l'influenza, per lo scambio di informazioni costante (rete), al fine di rilevare eventi inattesi/ inusuali per tipologia di agente o per gravità della malattia.

2) Immediatamente dopo il ricevimento delle **indicazioni annuali alle aziende per la sorveglianza sui casi umani (PROTOCOLLO NAZIONALE INFLUNET & COVIDNET) che declinano le modalità operative della Sorveglianza Epidemiologica e Virologica** dei casi di sindrome simil-influenzale, di influenza e di Sars-CoV-2 la regione provvederà a trasmettere alle Aziende Sanitarie:

a) Nota Circolare regionale annuale su sorveglianza influenza per le Az. USL contenente:

- Indicazioni per l'attivazione dei medici sentinella secondo il protocollo annuale approvato a livello nazionale (entro il 25 di settembre);
- Invio dell'elenco dei medici sentinella delle due Az. USL trasmesso dai Referenti Aziendali in regione per la trasmissione all'ISS finalizzato all'accesso alla specifica piattaforma;
- Indicazione per l'organizzazione di incontri con i medici sentinella, i referenti aziendali e il laboratorio di Virologia (entro il 15 ottobre) per condividere l'organizzazione sulla base delle rispettive competenze;
- Indicazioni per la valutazione periodica, da parte dei referenti aziendali, sulla partecipazione dei medici al fine di spingere più possibile la collaborazione;
- Comunicazione dell'Impegno di spesa annuale per coprire i costi sostenuti delle ASL per la sorveglianza con impegno alla rendicontazione.

ALLEGATO 2A - SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA IN FASE INTERPANDEMICA

- b) **Nota Circolare per le Az. Ospedaliere e i Presidi Ospedalieri delle Az. USL in attuazione delle indicazioni della circolare annuale** del Ministero della Salute sul **monitoraggio** dell'andamento delle **forme gravi e complicate** di influenza, con indicazione alla individuazione di un referente aziendale che assicuri la partecipazione alla sorveglianza delle strutture di T.I. coinvolte.
- 3) **Elaborazione di indicazioni ai competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione per l'elaborazione di un programma di sorveglianza virologica attiva sui lavoratori** professionalmente **esposti** (allevatori, veterinari, ecc..) **a passaggi di specie, comprensivo di** materiale informativo destinato alle Aziende e agli operatori del settore

PIANO DI SORVEGLIANZA PER L'INFLUENZA AVIARIA REGIONE UMBRIA

La Regione Umbria redige annualmente ed attua, attraverso i Servizi veterinari delle Az. USL, il Piano di sorveglianza regionale per l'Influenza Aviaria, in attuazione di quello nazionale, emanato dal Ministero della Salute.

Il sistema di sorveglianza è modulato in maniera diversificata alla luce dell'analisi della pregressa situazione epidemiologica e dei fattori di rischio; ambedue le provincie dell'Umbria sono classificate a medio rischio.

Il Piano regionale prevede specifica attività di sorveglianza passiva sui volatili selvatici ritrovati morti e sugli allevamenti rurali, mentre negli allevamenti industriali e negli svezzatori viene effettuata una sorveglianza attiva, attraverso l'esecuzione di campionamenti.

Con l'entrata in applicazione, a decorrere dal 21 aprile 2021, del regolamento (UE) 2016/429 (Animal Health Law - AHL), e i conseguenti regolamenti di esecuzione, l'influenza aviaria ad alta patogenicità e l'infezione da virus dell'influenza aviaria a bassa patogenicità continuano ad essere considerate malattie oggetto di piani di sorveglianza obbligatoria da mettere in atto su tutto il territorio di ogni Stato membro.

In caso di insorgenza di focolai di Influenza Aviaria le azioni da porre in essere sono specificatamente individuate dalla normativa di settore, dall'AHL e dai Regolamenti di esecuzione.

Inoltre è vigente il "Piano nazionale per le emergenze di tipo epidemico" del Ministero della Salute – Direzione della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari – Versione 1.0 – 2014, il quale individua le risorse e definisce i compiti, le responsabilità e le modalità di intervento e di coordinamento dei diversi livelli istituzionali responsabili della prevenzione e del controllo di talune malattie animali (compresa l'influenza aviaria) mediante l'attività di sorveglianza ed eradicazione, nonché di gestione delle emergenze in caso di focolai a carattere epidemico.

Altresì, come appendice al "Piano nazionale per le emergenze di tipo epidemico" è in vigore il "Manuale operativo Influenza Aviaria" Versione 1.0 -2019 il quale fa riferimento e descrive le istruzioni e le procedure operative da attuare in caso di comparsa dell'influenza aviaria, per controllare ed eradicare la malattia. È strutturato in schede tecniche, ciascuna relativa ad una specifica tematica o attività.

FASE di ALLERTA PANDEMICA

In fase di allerta l'Unità di Crisi (UCRESP) da indicazioni ai competenti servizi regionali i cui Dirigenti sono membri dell'UCRESP di provvedere all'elaborazione di Atti e Circolari regionali (anche in attuazione della normativa nazionale) per dare indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per:

- **la gestione del sistema di rilevazione dell'infezione** tramite:
 - la diagnosi di laboratorio con l'attivazione di 4 laboratori delle Az. Sanitarie e dell'Università

ALLEGATO 2A - SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA IN FASE INTERPANDEMICA

- la relativa registrazione nel sistema di biosorveglianza,
- individuazione, se necessari, di laboratori privati accreditati (testati dal lab. Di riferimento), come già fatto per le diagnosi di COVID-19
- **la definizione di accordi** aziendali sulla base dell'accordo annuale regionale con MMG e i PLS
- **la sorveglianza e la gestione dei casi, dei focolai e delle persone in isolamento** in base alla organizzazione già messa in atto per il COVID-19
- **l'organizzazione e la registrazione delle attività di vaccinazione, nel sistema SIAVR**, previo accordo con le Organizzazioni di categoria di MMG E PLS , le vaccinazioni potranno essere effettuate con gli stessi criteri utilizzati per l'influenza stagionale e per il COVID-19 e quindi saranno registrate nel sistema in uso

ALLEGATO 2B - APPROCCIO ONE HEALTH

L'approccio "One and Global Health"

Global Health è stata definita come l'area di studio e di ricerca che ha come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità nella salute per tutti e la livello mondiale.

Non una disciplina a sé quanto piuttosto un campo di esperienza dove si intrecciano ricerca e pratica sui determinanti di salute e sui fattori di equità e giustizia. In particolare, può essere definita come «un'area di studi, ricerca e pratiche interdisciplinari che considera gli effetti della globalizzazione sulla salute, facendo proprio l'obiettivo dell'equità nel perseguimento della salute per tutti, con particolare attenzione alle questioni inerenti alla salute, ai suoi determinanti e alle iniziative di carattere transnazionale, e alla loro interazione con i sistemi nazionali e locali» (Tediosi, Missoni, 2013).

Quello della Global Health è perciò uno sguardo che si dilata lungo "due assi principali": geografico, in quanto analizza l'interdipendenza esistente tra fenomeni locali e globali (al Nord come al Sud del mondo); disciplinare, perché si avvale del contributo di molte discipline, oltre a quelle sanitarie (scienze sociali e umane, economia, diritto, ecc.).

La Global Health rappresenta quindi un nuovo paradigma interdisciplinare per la salute e l'assistenza sanitaria, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche (OMS, 2008a). Oltre a ciò, con Global Health, si intendono pertanto anche politiche di salute pubblica e pratiche di prevenzione e di promozione della salute.

One Health La visione olistica-globale One Health parte dall'assunto che la salute delle persone è intrinsecamente legata a quella degli animali e dell'ambiente, pertanto qualsiasi modello sanitario ad essa ispirato deve prevedere un'integrazione interdisciplinare, coordinata e trasparente delle professionalità che operano in settori diversi della sanità pubblica, ma che condividono gli stessi interessi ed obiettivi sanitari. L'interrelazione tra animali, ecosistemi e salute umana è la chiave per comprendere l'epidemiologia delle infezioni umane, in quanto 6 su 10 malattie infettive nell'uomo hanno un'origine animale (zoonosi). One Health, pertanto, promuove l'applicazione di un approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi umani. Il tema comune è la collaborazione in tutti i settori che hanno un impatto diretto o indiretto sulla salute lavorando attraverso modalità trasversali e ottimizzando le risorse e gli sforzi nel rispetto dell'autonomia di ognuno. Per migliorare l'efficacia dell'approccio "One Health", vi è la necessità di stabilire un migliore equilibrio settoriale tra i gruppi e le reti esistenti, in particolare tra veterinari e medici, e per aumentare la partecipazione degli operatori ambientali e del settore faunistico, così come di sociologi, architetti, decisori istituzionali ed esperti dello sviluppo sostenibile.

L'aumentato contatto con animali domestici e selvatici o con ambienti "infetti", i cambiamenti climatici, la globalizzazione di persone, animali, vettori, alimenti, gli interventi umani di deforestazione, costruzione di dighe, abbandono delle aree montagnose, sono tutti elementi che stanno modificando profondamente la salute dell'ambiente, degli animali e dell'uomo, sottolineando quindi l'importanza di un approccio One Health nella ricerca e nella promozione della salute odierna.

Le sfide principali che l'approccio One Health si propone di affrontare sono legate ad alcuni ambiti principali quali: la modifica dell'ecologia degli agenti infettivi e quindi dell'epidemiologia delle malattie infettive; l'incremento dei consumi a fronte di un incremento della popolazione che deve tener conto del sovrasfruttamento delle risorse, delle modificazioni ambientali, della carenza idrica ed alimentare, della perdita di biodiversità, dell'incremento delle farmaco resistenze, dei cambiamenti climatici.

La pandemia da COVID-19 ha sottolineato come la salute umana e la salute degli animali siano interdipendenti e legate alla salute degli ecosistemi in cui esistono. Inoltre, la situazione mondiale causata da COVID-19 è molto più di un'emergenza sanitaria, in quanto si tratta piuttosto di una crisi politica, sociale ed economica che avrà un impatto a lungo termine sul benessere delle persone, sulle loro abitudini e sul ruolo della politica nella gestione delle complesse emergenze globali.

ALLEGATO 2B - APPROCCIO ONE HEALTH

La pandemia mostra chiaramente, pertanto, come One e Global Health abbiano molti punti in comune: globalità, multidisciplinarietà, attenzione alla dimensione locale, determinanti di salute, scambio continuo tra ricerca e azione. Lunghi dall'essere opposte, in realtà One e Global Health sono figlie di un comune orientamento culturale e scientifico che trova il proprio humus nelle teorie salutogeniche quelle che si pongono il problema di rendere concreta l'idea che la salute non possa esistere nella vecchia accezione in negativo, come "assenza" della malattia, quanto piuttosto come un "concetto positivo che valorizza le risorse individuali e sociali come pure le capacità fisiche".

Un possibile framework teorico, esempio anche di tale integrazione, potrebbe venire dal metodo dei "co-benefits of climate action" che discute della possibilità di integrare le strategie politiche di mitigazione, perseguite soprattutto da governi e istituzioni pubbliche, con approcci di breve periodo finalizzati a

correggere processi produttivi e comportamenti umani che comunque concorrono ai fenomeni di alterazione del clima, secondo una logica "win-win". Tali approcci possono impattare non solo sulla salute ambientale ma anche su quella umana; si pensi, ad esempio, ai consumi alimentari, motivo per cui secondo tale visione, le stesse politiche volte a mitigare il cambiamento climatico possono anche aiutare a prevenire il cancro e altre malattie croniche non trasmissibili.

La visione globale della salute, quindi, esce dal campo scientifico, ormai ricco di evidenze, e diventa oggetto di confronto culturale e politico. Di politica della salute e della sanità, dunque, ed è in questa direzione che bisognerà lavorare ancora di più nel prossimo futuro.

Tutto ciò, che sembra lontano dalle problematiche locali, in realtà, in un mondo globalizzato, è dietro l'angolo ed è un esempio la Pandemia da SARS COV 2 (zoonosi da spillover) che ha cambiato la vita di tutta la popolazione mondiale fino nei più piccoli villaggi o paesini.

(Fonte dei dati: Centro Regionale per la Salute Globale monografia "one and global health" rivista Salute Umana Special Issue n° 267, 2017).



ALLEGATO 3.1A -DEFINIZIONE STRUMENTI PER RAFFORZARE LA RESILIENZA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

La Centrale operativa di sorveglianza Regionale

La presa in carico tempestiva dei nuovi casi positivi e un'accurata ricerca dei contatti risultano prioritarie per interrompere prontamente tutte le possibili catene di contagio.

La pandemia da SARS-CoV 2 ha evidenziato come, per superare alcune criticità evidenziate nella gestione della sorveglianza, è necessario realizzare un sistema centralizzato con funzioni di coordinamento e pianificazione.

In Umbria infatti l'andamento della pandemia da SARS-CoV 2 ha dimostrato che, nei momenti di progressione dell'incidenza, la circolazione è stata sostenuta, in parte, dalla popolazione scolastica, prevalentemente quella che era al di sotto dell'età di vaccinazione, con Cluster e livelli elevati di incidenza anche in persone immigrate o di origine straniera. A fronte di una buona situazione di controllo quando la progressione di incidenza è bassa nel passaggio a moderata-grave si profila la minaccia di un aumento della pressione anche in parte proveniente dall'esterno dei confini regionali. Un andamento che fornisce indicazione all'adozione di misure preventive per ridurre il rischio di trasmissione e arginare i contagi in caso di necessità (preparedness).

Il sistema di contact tracing si basa sull'identificazione di casi sintomatici e sul loro isolamento seguito dalla ricostruzione dei contatti a rischio che vengono messi in quarantena e possono essere testati (CT iterativo) o meno per l'infezione. Il sistema CT, come avvenuto nel corso della pandemia da Sars-CoV 2, può perdere parte del suo ruolo a causa dell'emergere di varianti virali con un indice di riproduzione sempre più elevato, legato anche alla trasmissione pre-sintomatica, all'aumento della quota di casi nei giovani e nei vaccinati con conseguente aumento della frazione di casi asintomatici o pauci-sintomatici, e in senso opposto, per il ruolo assunto dalla protezione vaccinale. Proprio in funzione di questi quadri epidemici, le risorse dedicate al CT non si dovrebbero ridurre ma al contrario essere potenziate tempestivamente per proporzionale all'impegno richiesto.

L'identificazione tempestiva di casi di infezione nel contesto scolastico, ad esempio, serve a prevenire una super-diffusione comunitaria e a garantire lo svolgimento delle attività scolastiche in presenza preservando la formazione. L'attenzione al contesto scolastico è confermata dall'introduzione di procedure dedicate e dalla combinazione del CT con una strategia di *testing* più aggressiva nei contatti e, in presenza di casi, nell'intero plesso scolastico. L'adozione delle misure e la possibilità di preservare le attività di formazione in presenza sono condizionate dalla tempestività delle procedure affidate al CT e dalle risposte del laboratorio di microbiologia oltretutto dall'interazione scuola - CT. E' evidente dunque come la circolazione in ambito scolastico abbia la potenzialità di mandare in crisi il sistema CT.

Proprio in relazione a quanto sopra detto è importante realizzare un sistema centralizzato regionale e-CT (*enhanced contact tracing*) al fine di ottenere i vantaggi derivanti da una centralizzazione e riarrangiamento del sistema CT regionale

Gli obiettivi:

- **Miglioramento delle prestazioni che deriva da un sistema centralizzato integrato con le strutture periferiche esistenti**
 - La realizzazione di un sistema centralizzato o in rete può facilitare l'adozione di uno standard unico di funzionamento, la qualità e tempestività del sistema ed un elevato livello di coordinamento
 - Garantire il funzionamento flessibile del sistema in presenza di una diffusione eterogenea del SARS CoV 2. In presenza di una circolazione diseguale dell'infezione sul territorio regionale, che è stata la regola più che l'eccezione nelle precedenti ondate epidemiche, il sistema centralizzato consente di distribuire il carico di lavoro degli operatori almeno per quanto riguarda il CT, evitando il sovraccarico locale di operatori e la conseguente perdita di tempestività e qualità del sistema.
 - L'informazione circa lo stato epidemico e la sua progressione può essere meglio condivisa consentendo l'adozione tempestiva di misure di controllo e il superamento di divisioni amministrative e organizzative.

ALLEGATO 3.1A -DEFINIZIONE STRUMENTI PER RAFFORZARE LA RESILIENZA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

- **Espansione delle funzioni e miglioramenti conseguenti alla tempestività del sistema CT.** La tempestività del sistema di CT derivante da centralizzazione, adozione del nuovo sistema informatico, miglior uso delle risorse, ridefinizione di protocolli operativi, rende possibile:
 - la riduzione della trasmissione familiare con identificazione di persone a rischio rappresentate da non vaccinati, vaccinati in ritardo con la terza dose, vaccinati affetti da patologie associate ad aumentato rischio di fallimento vaccinale; tale identificazione tempestiva può avere le finalità di
 - preservare dal contagio le persone a rischio
 - individuare l'infezione nelle fasi precoci in cui è possibile somministrare trattamenti efficaci quali anticorpi e farmaci antivirali
 - la riduzione della diffusione scolastica e in ambienti lavorativi con minor impatto sulle attività
- **Potenziamento della raccolta di informazioni e integrazione dei dati con funzione di indagine epidemiologica.** Accentuare la funzione di informazione epidemiologica sui canali di circolazione dell'infezione in modo da adottare interventi mirati:
 - Indicatori
 - Analisi su severità malattia, impatto su servizi e altre funzioni epidemiologiche
- **Espansione delle capacità e delle modalità operative del sistema in funzione della circolazione virale (sistema flessibile).** Dal punto di vista geografico creando zone di allerta (individuazione di aree in base alla presenza di casi, contatti stretti, incrementi di incidenza) dove poter introdurre interventi tempestivi per interrompere la circolazione virale

A tal fine è prevista pertanto la creazione di una **Centrale Operativa di Sorveglianza Regionale**, che deve garantire:

- l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili al fine di intervenire tempestivamente per ridurre la circolazione virale: il sistema centralizzato consente infatti una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse, che possono essere dislocate sulla base della diffusione della circolazione virale nelle aree geografiche o in specifici contesti (es. strutture sanitarie, scuola);
- l'applicazione di procedure di gestione della sorveglianza uniformi sul territorio regionale: la centrale collabora con il livello regionale all'aggiornamento delle procedure e linee di indirizzo per la sorveglianza epidemiologica e la gestione dei casi e dei contatti adottando procedure omogenee per le suddette attività, al fine di migliorare la qualità, ridurre le problematiche di tipo organizzativo e dare certezza ai cittadini rispetto alle misure previste quali ad esempio:
 - Diffusione di allerta tra MMG, PLS
 - Diffusione di allerta e raccomandazioni nella popolazione
 - Indicazioni differenziali sull'indicazione all'esecuzione del tampone da parte di MMG/PLS (ad esempio in soggetti paucisintomatici o con sintomi iniziali)
 - Introduzione di iniziative di screening specifico o di popolazione
 - Introduzione di misure di limitazione dei contatti
 - Identificazione precoce e protezione di persone a rischio mediante esclusione dal contatto o, in caso di infezione iniziale, trattamento tempestivo
- l'ottimizzazione del tempo e della qualità delle operazioni portate a termine nell'ambito del Contact Tracing svolte dagli operatori, con l'obiettivo di migliorare la velocità di presa in carico e tracciamento;
- avere relazione con i sistemi informativi per dare indicazioni sui dati da rilevare;
- la possibilità di collaborare o reclutare professionisti (ingegneri, statistici) per definire analisi mirate in funzione dell'agente infettivo;
- la possibilità di intervenire tempestivamente in aree territoriali a maggior incidenza, a prescindere dalle risorse umane e materiali delle stesse;
- la pianificazione e attuazione delle attività formative dei neo-assunti e del personale eventualmente reclutato in forma aggiuntiva, anche attraverso corsi in FAD;
- il collegamento con il numero di pubblica utilità regionale;

ALLEGATO 3.1A -DEFINIZIONE STRUMENTI PER RAFFORZARE LA RESILIENZA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

- il monitoraggio e la valutazione della circolazione di varianti con particolare attenzione a quelle definite "immune escape" o a maggior rilevanza epidemiologica;
- l'individuazione di environment predisponenti alla diffusione e circolazione del Virus con l'obiettivo di evidenziare, tutelare ed eventualmente isolare precocemente popolazioni e comunità a rischio;
- l'identificazione precoce delle categorie di fragili, ricoveri e altri parametri legati alla salute (vaccinazione, terapia domiciliare, ex-positivi), influenti sul contact tracing.
- la creazione di DB per ricerca e sviluppo di dati per poter lavorare su modelli previsionali sull'epidemia da sottoporre a valutazione;
- l'introduzione di metodi e mezzi operativi che permettano attraverso uno studio qualitativo e di project management lo sviluppo di:
 - armonizzazioni del dato informativo in uso per il contact tracing
 - perfezionamento delle procedure e valorizzazione delle informazioni raccolte
 - valutazione e valorizzazione del carico di lavoro sul sistema sanitario e dell'operatore di sanità pubblica.
 - creazione e supporto sulle user usability degli strumenti a disposizione per monitorare l'utilizzo e l'efficienza degli stessi
 - percorso di empowerment degli operatori e della popolazione sull'epidemia e le funzioni legate al contact tracing ed alla salute pubblica a tutela della persona e dell'economia locale.
 - studio su un sistema di qualità e performance delle prestazioni erogate alla popolazione, monitorando le tempistiche dei provvedimenti ed operazioni correlate.

La Centrale Operativa di sorveglianza Regionale è così composta:

CENTRALE OPERATIVA REGIONALE	DESCRIZIONE FUNZIONE
Un professionista individuato fra ISP e Epidemiologia	Coordina la Centrale
Responsabile Sorveglianza Servizio Prevenzione Direzione Salute e Welfare	Supporto per le materie di competenza
Responsabili Servizio ISP USL Umbria 1 e 2	Supporto per le materie di competenza e raccordo con i Team di USL
Responsabili Epidemiologia USL Umbria 1 e 2	Supporto per le materie di competenza e raccordo con i Team di USL
Responsabile Servizio PSAL USL Umbria 1 e 2	Supporto per le materie di competenza
Responsabile Laboratorio di riferimento Regionale	Supporto per le materie di competenza
Rappresentante MMG/PLS	Garantisce il coordinamento e la comunicazione
Rappresentante Direttori di Distretto	Collabora alla miglior gestione operativa delle procedure di testing
Scuola di Specializzazione Igiene e Sanità Pubblica(*)	Definisce le attività di ricerca e collabora per le attività di formazione, sviluppo e inserimento Specializzandi nelle Centrali aziendali e nelle strutture aziendali

(*) La partecipazione è regolamentata da apposito Accordo con l'Università degli Studi di Perugia

La Centrale Operativa di Sorveglianza Regionale coordina le due **Centrali operative per la sorveglianza Aziendali**, collocate presso il Dipartimento di Prevenzione di ciascuna Azienda USL.

ALLEGATO 3.1A -DEFINIZIONE STRUMENTI PER RAFFORZARE LA RESILIENZA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

Centrale operativa di sorveglianza Aziendale

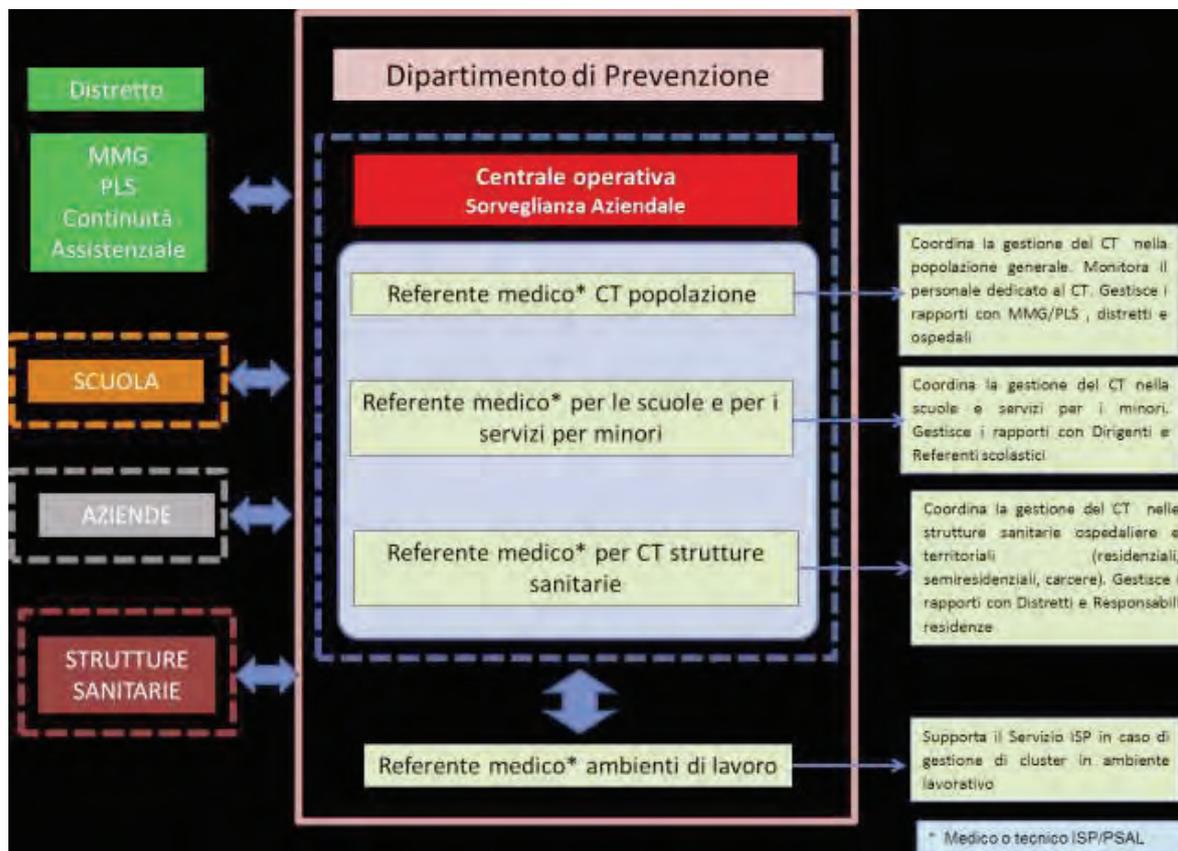
La **Centrale operativa per la sorveglianza Aziendale** deve garantire:

- le attività di sorveglianza 7 giorni su 7 su tutto il territorio di competenza aziendale;
- la presa in carico dei casi positivi e il tracciamento dei contatti attraverso l'indagine epidemiologica, in stretta connessione con la medicina territoriale, la medicina del lavoro e il mondo della scuola;
- l'individuazione e classificazione dei focolai;
- la disposizione delle misure di contenimento;
- il coinvolgimento dei MMG/PLS;
- il coinvolgimento dei servizi distrettuali;
- le modalità organizzative per le collaborazioni inter-istituzionali necessarie;
- l'utilizzo degli strumenti informativi impiegati nelle attività di contact tracing.

La Centrale Operativa di sorveglianza Aziendale è così composta:

	DESCRIZIONE FUNZIONE
Referente (Medico del Servizio ISP) per CT popolazione	Coordina la gestione del CT nella popolazione generale In base all'andamento epidemiologico gestisce un gruppo di lavoro (più o meno numeroso e modulabile sulla base del carico di lavoro) dedicato all'attività specifica di tracciamento e gestione dei casi/contatti- Monitora la situazione del personale dedicato al CT con report almeno mensile Gestisce i rapporti con MMG/PLS , distretti e ospedali
Referente (Medico o Tecnico del Servizio ISP) per CT per le scuole e servizi per i minori	Coordina la gestione del CT nelle scuole e servizi per i minori In base all'andamento epidemiologico gestisce un gruppo di lavoro (più o meno numeroso e modulabile sulla base del carico di lavoro) dedicato all'attività specifica di tracciamento e gestione dei casi/contatti Gestisce i rapporti con Dirigenti e Referenti scolastici
Referente (Medico o Tecnico del Servizio ISP) CT per le Strutture sanitarie	Coordina la gestione del CT nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali (residenziali, semiresidenziali, carcere) In base all'andamento epidemiologico ha un gruppo di lavoro (più o meno numeroso e modulabile sulla base del carico di lavoro) dedicato all'attività specifica di tracciamento e gestione dei casi/contatti Gestisce i rapporti con Distretti e Responsabili residenze
Referente (Medico o Tecnico del Servizio PSAL) CT negli ambienti di lavoro.	Supporta il Servizio ISP in caso di gestione di cluster in ambiente lavorativo

ALLEGATO 3.1A -DEFINIZIONE STRUMENTI PER RAFFORZARE LA RESILIENZA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

**Risorse umane e organizzazione del personale**

In fase interpandemica il personale della Centrale Operativa Aziendale è rappresentato dal personale aggiuntivo dei Servizi ISP, previsto dall'adeguamento regionale agli standard minimi di base, come sotto riportato.

USL Umbria 1			USL Umbria 2		
Ambito territoriale	Medici	Assistenti sanitari	Ambito territoriale	Medici	Assistenti sanitari
Alto Chiascio	1	3	Spoletto	1	3
Alto Tevere	1	3	Narni- Amelia	1	3
Trasimeno	1	3	Orvieto	1	3
Media Valle del Tevere	1	3	Valnerina	1	1
Assisano	1	3	Foligno	2	5
Perugino	2	5	Terni	2	5
TOTALE	7	20	TOTALE	8	20

Pertanto sarà necessario adeguare le risorse per un totale complessivo 15 medici e 40 assistenti sanitari. Tale personale viene sottoposto a procedure di training/retraining annuale, sia per quanto riguarda le procedure di lavoro, che rispetto all'utilizzo delle funzionalità del sistema informativo e gestionale del CT (portale regionale CRM).

Il team di operatori impiegati nella Centrale Operativa Aziendale, a seguito di un potenziale aumento dell'incidenza rilevato dal monitoraggio epidemico, devono essere integrati da ulteriore personale del SSR e da personale aggiuntivo (specializzandi, volontari, personale mobilitato da altri settori come la sanità militare), secondo il piano regionale per la redistribuzione del personale.

In fase pandemica è necessario arrivare ad un **pool di 40 persone per ciascuna Centrale Operativa Aziendale**, in maniera da permettere una adeguata turnazione oraria, compresi i giorni festivi, allo scopo di

ALLEGATO 3.1A -DEFINIZIONE STRUMENTI PER RAFFORZARE LA RESILIENZA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

mantenere elevati standard di performance 7 giorni su 7 e, contemporaneamente, garantire il necessario ristoro psico-fisico.

Ulteriore personale sarà individuato ricorrendo alle procedure di reclutamento ordinarie e straordinarie, preferendo contratti a tempo determinato e utilizzando anche gli eventuali finanziamenti specifici legati all'emergenza pandemica.

Il collegamento con gli enti formatori universitari permetterà, attraverso specifici accordi, l'utilizzo degli studenti degli ultimi due anni dei corsi attivi per tutte le figure professionali previste (medici, assistenti sanitari, infermieri, tecnici della prevenzione) e degli Specializzandi nella Centrale Operativa.

ALLEGATO 3.1B - SICUREZZA SUL LAVORO E INDICAZIONI PER LA CONTINUITÀ AZIENDALE

Sicurezza sul Lavoro e indicazioni per la continuità aziendale

Nel corso di una pandemia influenzale tutte le attività lavorative possono essere esposte al rischio di infezione, anche se con livelli variabili. Ciò pone la necessità che le aziende si preparino tempestivamente ad adottare piani di contenimento del contagio tenendo conto delle loro dimensioni, della loro specifica importanza economica e assumendosi le responsabilità delle strategie da adottare. In particolare il datore di lavoro deve definire le misure da adottare al fine di adempiere a due finalità:

- garantire la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, per limitare il rischio di contagio e sviluppare le competenze specifiche affinché tutti siano preparati al meglio a svolgere i loro compiti in caso di pandemia;
- organizzare risorse, strutture e procedure di lavoro per garantire la continuità delle attività aziendali; infatti a seconda della gravità della pandemia si possono verificare fenomeni di assenteismo dei lavoratori a causa di malattie, assistenza a familiari o isolamento, con riduzione della possibilità di garantire tutte le attività dell'azienda o, in alcuni casi, causare interruzioni dell'attività aziendale.

Durante la pandemia da SARS CoV 2 le imprese hanno avuto necessità di un costante confronto con il livello regionale e con le ASL anche attraverso le Associazioni Datoriali e sindacali per chiarire aspetti applicativi delle misure di prevenzione e della normativa. Pertanto in fase di pandemia accanto a documenti di indirizzo ("Piano ad interim per il contenimento del contagio e la tutela della salute dei lavoratori durante l'epidemia da virus SARS-Cov 2 in ambienti di lavoro non sanitari", "Indicazioni per l'esecuzione dei test sierologici per Sars-Cov 2 in ambito lavorativo", "DPI nel contesto lavorativo non sanitario"), sono stati previsti momenti formativi e di confronto con il mondo delle imprese.

Indicazioni per luoghi di lavoro non sanitari

In fase interpandemica il Datore di Lavoro dovrà redigere un piano per il contenimento del contagio e la tutela della salute dei lavoratori, adeguato al contesto di esposizione specifico della propria unità produttiva. Le misure di prevenzione dovranno seguire i principi di priorità espressamente previsti dal D.Lvo 81/08, privilegiando le misure collettive rispetto a quelle individuali e mirando al "distanziamento" tra lavoratori e tra questi ed eventuali utenti per eliminare o ridurre al minimo, per quanto tecnicamente possibile, i contatti e le occasioni di aggregazione. Qualora il rischio infettivo sia specifico dell'attività lavorativa (es. attività sanitarie) oppure le misure di prevenzione da adottare comportino una modifica del processo produttivo o dell'organizzazione del lavoro significative ai fini della sicurezza e della salute del lavoratore, il datore di lavoro, come previsto dall'art. 29 comma 3 del DLvo 81/08, dovrà aggiornare il documento di valutazione del rischio.

Il piano per il contenimento del contagio e la tutela della salute dei lavoratori dovrà prevedere, tra l'altro, le seguenti misure di prevenzione, che potranno essere implementate progressivamente in relazione agli scenari pandemici.

Misure per limitare i contatti

- rimodulare gli spazi al fine di garantire il più possibile il distanziamento dei lavoratori, anche riposizionando le postazioni di lavoro;
- assicurare un piano di turnazione dei dipendenti dedicati alla produzione al fine di diminuire al massimo i contatti fra i lavoratori;
- adottare misure organizzative per favorire orari di ingresso/uscita scaglionati, al fine di limitare al massimo le occasioni di contatto nelle zone di ingresso/uscita;
- favorire, ove possibile, il massimo utilizzo delle modalità del lavoro a distanza (cosiddetto "lavoro agile" o "smart working") e supportare il lavoratore garantendo assistenza nell'uso delle apparecchiature, modulazione dei tempi di lavoro e delle pause;
- limitare al massimo gli spostamenti all'interno dei siti produttivi;
- limitare al massimo l'accesso ai visitatori; se strettamente necessario, gli stessi dovranno rispettare le misure aziendali di prevenzione previste;

ALLEGATO 3.1B - SICUREZZA SUL LAVORO E INDICAZIONI PER LA CONTINUITÀ AZIENDALE

- individuare procedure di ingresso, transito e uscita di fornitori esterni, mediante modalità, percorsi e tempistiche predefinite, al fine di ridurre le occasioni di contatto con il personale aziendale, anche contingentando l'accesso degli autisti dei mezzi di trasporto;
- evitare l'organizzazione e la partecipazione a incontri collettivi in situazioni di affollamento in ambienti chiusi (es. congressi, convegni), privilegiando soluzioni di comunicazione a distanza;
- privilegiare, nello svolgimento di incontri o riunioni, le modalità di collegamento da remoto o, in alternativa, dare disposizioni di rispettare il "criterio di distanza droplet" (almeno 1 metro di separazione con uso di mascherine chirurgiche);
- regolamentare l'accesso a spazi comuni, spogliatoi/docce, aree ristoro o spazi simili (es. aree relax, sala caffè, aree fumatori, ascensori), limitando il numero di presenze contemporanee, il tempo di permanenza massima e dando in ogni caso disposizioni di rispettare il "criterio di distanza droplet" (almeno 1 metro di separazione con uso di mascherine chirurgiche) utilizzando, se possibile, anche barriere protettive (ad es. divisori in policarbonato, ...);
- dare disposizioni di rispettare il "criterio di distanza droplet" (almeno 1 metro di separazione con uso di mascherine chirurgiche) laddove presente un servizio di trasporto organizzato dall'azienda;
- revisionare tutte le procedure di lavoro ove sia prevista una interazione fisica tra i lavoratori.

Misure per la pulizia e sanificazione

Per quanto riguarda la pulizia devono essere stabilite le procedure e la frequenza delle pulizie degli ambienti e seguire le eventuali ulteriori indicazioni del Ministero della Salute.

Misure generali di comportamento ed igiene

Si devono prevedere misure rafforzative delle ordinarie norme di comportamento e corretta prassi igienica, sia a tutela dei lavoratori, sia degli utenti esterni (anche occasionali), come a titolo di esempio l'informazione dei lavoratori sulla necessità di astenersi dal lavoro in presenza di sintomatologia o sensibilizzare al rispetto delle corrette indicazioni per l'igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie, mettendo altresì a disposizione idonei mezzi detergenti e disinfettanti per le mani, collocati in punti facilmente individuabili e accessibili da tutti i lavoratori. Si potranno prevedere anche ulteriori misure quali il controllo della temperatura corporea prima dell'accesso al luogo di lavoro.

Formazione

Il Datore di lavoro deve prevedere l'informazione e formazione del personale e di tutti coloro che accedono in azienda (fornitori, manutentori, addetti alle pulizie, vigilanza etc.) rispetto alle misure adottate con il piano e alle procedure per il contenimento del contagio e dell'obbligo del rispetto delle indicazioni impartite. Dovrà essere prevista anche la possibilità di garantire la formazione obbligatoria in modalità videoconferenza sincrona fatta eccezione per i moduli formativi che prevedono addestramento pratico (quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la parte pratica dei corsi per addetti al primo soccorso).

Dispositivi di protezione individuali per la prevenzione del contagio

L'uso razionale e corretto dei DPI per le vie respiratorie è importante per evitare inutili sprechi di risorse preziose e per non aumentare paradossalmente il rischio da contagio in caso di manipolazione e/o smaltimento incongruo. In una situazione ambientale di tipo epidemico, ipotizzando la presenza di soggetti asintomatici, è consigliato che tutti i lavoratori, in particolare se condividono spazi comuni, indossino la mascherina chirurgica in maniera tale da ottenere una protezione reciproca.

Ulteriori DPI (camice, guanti e occhiali) dovrebbero essere attentamente valutati in relazione all'attività lavorativa svolta, al risultato della valutazione da parte del datore di lavoro e al tipo di esposizione che i lavoratori hanno sul lavoro, non dimenticando la necessaria protezione dagli altri fattori di rischio specificatamente correlati al lavoro (agenti chimici e fisici). Nell'ambito delle attività sanitarie i DPI dovranno essere adeguati rispetto al livello di rischio.

Il Datore di lavoro, il RSPP ed il MC dovranno sempre valutare la possibile interferenza dei DPI e dei dispositivi medici da utilizzare per prevenire il contagio, con i DPI che userebbero per prevenire i rischi connessi alla specifica attività lavorativa. Evidentemente, laddove il lavoratore in relazione al profilo di rischio della mansione svolta utilizzi già dispositivi di protezione analoghi a quelli previsti per il virus, gli aspetti da valutare riguarderanno soprattutto le loro modalità d'uso (vestizione/svestizione, sostituzione, pulizia, manutenzione, smaltimento..) in relazione alle ipotesi di contaminazione virale.

ALLEGATO 3.1B - SICUREZZA SUL LAVORO E INDICAZIONI PER LA CONTINUITÀ AZIENDALE

Nell'ambito delle attività degli operatori sanitari i DPI dovranno essere adeguati rispetto al livello di rischio.

Gestione delle problematiche sanitarie alla luce del rischio di contagio**Sorveglianza sanitaria**

In corso di pandemia tenendo conto delle scenario epidemiologico e della connessa esigenza di contenere al massimo la diffusione dell'epidemia il Medico Competente, può disporre, per un periodo di tempo congruo rispetto all'emergenza in atto e tenendo conto del rischio derivante dall'attuale livello di circolazione virale, modifiche temporanee del programma di controllo sanitario nel senso di un allungamento della periodicità, registrando il tutto nel documento di valutazione del rischio e nelle cartelle sanitarie dei lavoratori interessati. In tale ambito, resta inteso che debbono essere svolte le attività necessarie ad esprimere il giudizio di idoneità alla mansione nel caso di visita medica pre-assuntiva, preventiva, a richiesta del lavoratore, per cambio mansione, per rientro dopo assenza per motivi di salute superiore a 60 giorni continuativi, o altre situazioni specifiche.

Quando non procrastinabile, l'attività di sorveglianza sanitaria deve essere svolta garantendo al Medico Competente i dispositivi di protezione necessari (mascherina chirurgica e guanti) e gli stessi dispositivi dovranno essere messi a disposizione anche alle figure sanitarie eventualmente a supporto del medico. Il lavoratore al momento della visita dovrà essere dotato di mascherina chirurgica. Le visite dovranno essere scaglionate per evitare assembramenti in fase di attesa e per consentire la pulizia degli ambienti e una congrua areazione nonché sanificazione delle attrezzature e degli strumenti utilizzati da parte dell'Azienda, se effettuate presso la struttura aziendale. Analoghe procedure di sanificazione e fornitura dei DPI dovranno essere sempre garantite anche presso l'ambulatorio medico.

I dispositivi di protezione, monouso, dovranno essere raccolti in un apposito sacco e smaltiti come da procedure previste in ogni Comune da parte dell'azienda che ne effettua la raccolta e lo smaltimento.

Il Medico Competente potrà prevedere, se sviluppati, a test per identificare l'infezione, indicandone al Datore di Lavoro, al RSPP ed ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (in assenza RLST) le motivazioni, le finalità, il protocollo operativo, il tipo di test prescelto, le modalità di informazione ed acquisizione del consenso da parte dei lavoratori, le modalità di registrazione e comunicazione dei dati ed i provvedimenti conseguenti al risultato degli stessi.

Gestione dei lavoratori "fragili"

Tenuto conto del disposto dell'art. 18 del D.L.vo 81/2008, laddove si prevede che il Datore di Lavoro "deve, nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza", i lavoratori potranno rivolgersi al Medico Competente segnalando la loro condizione di eventuale "fragilità" se del caso anche attraverso una istanza di visita a richiesta, in conformità all'art. 41 D.L.vo 81/08, o potranno anche essere identificati direttamente dal Medico Competente sulla base delle informazioni già in suo possesso.

Ravvisata la condizione di fragilità, anche correlata con l'età del lavoratore, il Medico Competente segnalerà tali lavoratori al Datore di Lavoro per l'adozione delle misure di prevenzione e protezione volte alla loro tutela.

Gestione di possibili situazioni a rischio

E' necessario valutare anche, in relazione a possibili scenari che si dovessero evidenziare, le indicazioni operative ritenute appropriate per una loro corretta gestione (es. gestione di lavoratori con sintomatologia, gestione dei lavoratori che rientrano al lavoro Etc.)

Nel caso degli ambiti lavorativi sanitari si prevede inoltre:

- Identificare gli OS che hanno fornito assistenza ai pazienti con infezione da influenza pandemica (casi confermati o probabili) o che si sono ripresi dall'influenza pandemica (casi confermati o probabili).
- Avere un sistema per monitorare l'assenteismo sul lavoro per motivi di salute, specialmente negli OS che forniscono assistenza diretta ai pazienti critici ai fini di garantire la continuità assistenziale.
- Scoraggiare il presenzialismo in presenza di malattia negli OS.
- Garantire una continua formazione al personale sanitario sui rischi specifici e sulle misure di prevenzione e protezione da adottare e rafforzare le campagne di vaccinazione.

ALLEGATO 3.1B - SICUREZZA SUL LAVORO E INDICAZIONI PER LA CONTINUITÀ AZIENDALE

- Prevedere per il personale ospedaliero e territoriale azioni volte al miglioramento dell'organizzazione del lavoro e strategie per incrementare una corretta comunicazione e percezione del rischio, prevedendo formazione sulle procedure di risk management.
- In caso di pandemia valutare la possibilità di verificare la presenza di sintomi specifici negli OS che forniscono assistenza a pazienti affetti da influenza pandemica prima del turno lavorativo.
- Predisporre per gli OS un sistema di sorveglianza delle malattie simil-influenzali raccogliendo informazioni specifiche per ogni setting al fine di migliorare, ove ce ne fosse bisogno, le procedure e i dispositivi di protezione adottati, e incoraggiare gli OS a segnalare loro eventuali stati febbrili.
- Avviare programmi di screening periodico dei lavoratori;
- attivare prioritariamente i programmi di vaccinazione in queste popolazioni lavorative.

Discipline e materie	Prestazioni linguistiche e culturali in lingua italiana	Cognome e Nome N. di Matricola	Indirizzo di residenza C.A.P. e Città	Indirizzo di nascita C.A.P. e Città	Indirizzo di domicilio C.A.P. e Città	Indirizzo di residenza C.A.P. e Città	Indirizzo di nascita C.A.P. e Città	Indirizzo di domicilio C.A.P. e Città	Indirizzo di residenza C.A.P. e Città	Indirizzo di nascita C.A.P. e Città	Indirizzo di domicilio C.A.P. e Città	Indirizzo di residenza C.A.P. e Città	Indirizzo di nascita C.A.P. e Città	Indirizzo di domicilio C.A.P. e Città	Indirizzo di residenza C.A.P. e Città	Indirizzo di nascita C.A.P. e Città	Indirizzo di domicilio C.A.P. e Città	Indirizzo di residenza C.A.P. e Città
----------------------	--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Laboratori diagnostici						
ASL	Denominazione	Codice	Termociclatore PCR	Adesione rete influenet		
usl Umbria 1	Laboratorio 1_Poliambulatorio osp.C.Castello	010101	7	SI		
usl Umbria 1	Laboratorio 2_Poliambulatorio Ospedale Umbertide	010101	2	NO		
usl Umbria 1	Laboratorio 3_centro citologia	030601	0	NO		
usl Umbria 1	Laboratorio 4_stab. Osp. Assisi	040101	0	NO		
usl Umbria 1	Laboratorio 5_stab.osp. Castiglione del Lago	060201	0	NO		
usl Umbria 1	Laboratorio 6_stabilimento ospedaliero Media Valle del Tevere	070001	0	NO		
usl Umbria 1	Laboratorio 7_poliambulatorio ospedale di Gubbio e Gualdo Tadino	AA20303	3	NO		
usl Umbria 1	Usl Umbria 1 (subtotale)		12			
usl Umbria 2	Poliambulatorio Ospedale di Foligno	050101	0	NO		
usl Umbria 2	Poliambulatori Stabilimento Ospedaliero Narni	110100	0	NO		
usl Umbria 2	Poliambulatori Stabilimento Ospedaliero Amelia	110400	0	NO		
usl Umbria 2	S. MARIA DELLA STELLA	100806	0	NO		
usl Umbria 2	Presidio Ospedaliero di Spoleto	080101	4	SI		
usl Umbria 2	Poliambulatori Via Bramante	120200	0	NO		
usl Umbria 2	CONSULTORIO di Terni Via Montegrappa	123401	0	NO		
usl Umbria 2	STABILIMENTO OSPEDALE NORCIA	090101	0	NO		
usl Umbria 2	Usl Umbria 2		4			
AO PERUGIA		100901	111	SI		
AO TERNI		100902	0	SI		
Regione Umbria			127			

Centri Riabilitazione						
ASL	Denominazione struttura	Codice NSIS	Posti letto medi	Posti letto riabilitazione pneumologica	Percorso isolamento	Protocolli di prevenzione infezioni
Usl Umbria 1	Centro 1 comunità capodarco residenziale RIA11	0100A01	20	No	si	si
Usl Umbria 1	Centro 2 comunità capodarco semires RIA11	100A03	10	No	si	si
Usl Umbria 1	Centro 3 Istituto Serafico RIA11	100B01	84	No	si	si
Usl Umbria 1	Centro 4 centro Speranza RIA11	100B02	6	No	si	si
Usl Umbria 1	Centro 5 CRSereni,Opera Don Guanella RIA11	100B03	60	No	si	si
Usl Umbria 1	Centro 6 istituto Padre L. da Casoria RIA11	100B04	16	No	no	si
Usl Umbria 1	Villa Cecilia	069960	24	No	si	si
Usl Umbria 1	Usl Umbria 1 (subtotale)		220			
Usl Umbria 2	Unità Speciale Stati Vegetativi KOS CARE SRL	054704	20	No	si	si
Usl Umbria 2	Usl Umbria 2 (subtotale)		20	No		
Regione Umbria			240			

Strutture residenziali di assistenza agli anziani		Denominazione struttura	Codice NSIS	Posti letto medi	Possibilità di utilizzo come struttura alternativa	Percorso isolamento	Protocolli di prevenzione infezioni
ASL							
Usl Umbria 1		RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA (R.S.A.) Città di Castello	010109	11	no	si	si
Usl Umbria 1		Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.) Umbertide	010110	5	no	si	si
Usl Umbria 1		RESIDENZA CASA DELL'AMICIZIA SEPPILLI	032801	27	si	si	si
Usl Umbria 1		R.S.A. ASSISI	040104	9	si	si	si
Usl Umbria 1		R.S.A. CITTA' DELLA PIEVE	060605	17	no	si	si
Usl Umbria 1		R.S.A. Pantalla	070004	8	si	si	si
Usl Umbria 1		R.S.A. MARSCIANO	070404	20	si	si	si
Usl Umbria 1		RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA (R.S.A.) BRANCA	A20905	12	si	si	si
Usl Umbria 1		RP Seppilli	032801	36	no	si	si
Usl Umbria 1		RP San Sebastiano	060604	27	no	si	si
Usl Umbria 1		RP Panicale	60603	29	no	si	si
Usl Umbria 1		Usl Umbria 1 (subtotale)		201			
Usl Umbria 2		Residenza Protetta VILLA FANTOZZI Spello	051103	20	no	si	si
Usl Umbria 2		Casa Serena Ex ONPI	052001	70	no	si	si
Usl Umbria 2		Casa Serena di Capodacqua Confraternita della Misericordia di Foligno	053201	81	no	si	si
Usl Umbria 2		Residenza Protetta Opera Pia Bartolomei Castori	053301	57	no	si	si
Usl Umbria 2		Residenza Protetta 'Carlo Amici'	053701	20	no	si	si
Usl Umbria 2		Residenza Protetta Bevagna	054501	20	no	si	si
Usl Umbria 2		RP Santo Stefano - KOS CARE SRL	054705	18	no	si	si
Usl Umbria 2		RSA Santo Stefano - KOS CARE SRL	054703	25	no	si	si
Usl Umbria 2		Residenza Protetta Nocera Umbra	055100	20	no	si	si
Usl Umbria 2		Residenza Protetta SAN PAOLO	081601	25	no	si	si
Usl Umbria 2		Pensionato Casa Marini	082101	20	no	si	si
Usl Umbria 2		Pensionato Nazzareno	082201	25	no	si	si
Usl Umbria 2		Residenza Protetta 'Il Cerchio'	082601	25	no	si	si
Usl Umbria 2		Residenza Protetta - RP Cascia	092202	10	No	si	si
Usl Umbria 2		RP VILLA VITTORIA	100061	20	No	si	si
Usl Umbria 2		VILLA SABRINA	100063	24	No	si	si
Usl Umbria 2		Villa Rosalba Residenza Protetta	100064	53	No	si	si
Usl Umbria 2		RP VILLA MARIA SANITER	100065	20	No	si	si
Usl Umbria 2		RP VILLA FLAMINIA	100067	20	No	si	si
Usl Umbria 2		Villa Canali Residenza Protetta	100068	47	No	si	si
Usl Umbria 2		VILLA ANNA	100069	20	No	si	si
Usl Umbria 2		RP VALLE SERENA	100070	20	No	si	si
Usl Umbria 2		SAN GIOVANNI BOSCO	100072	59	No	si	si
Usl Umbria 2		NON TI SCORDAR DI ME	100073	48	No	si	si
Usl Umbria 2		RP GRANDE ALBERGO AMERINO	100074	74	No	si	si

Usl Umbria 2	CASA NATIVITA' DI MARIA	100076	40	No	Si	Si
Usl Umbria 2	CASA DI RIPOSO SAN GIORGIO	100077	20	No	Si	Si
Usl Umbria 2	CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA	100078	45	No	Si	Si
Usl Umbria 2	BD SERVICE Gbr	100079	20	No	Si	Si
Usl Umbria 2	RP ANIMAZIONE SOGGIORNO TERZA ETA'	100080	20	No	Si	Si
Usl Umbria 2	Residenza Villa Serena srl	110601	29	No	Si	Si
Usl Umbria 2	Residenza Protetta Nuova Villa Maria Luisa	120901	20	No	Si	Si
Usl Umbria 2	RP Collierolletta - SALUS UMBRIA TERNI S.R.L.	122601	90	No	Si	Si
Usl Umbria 2	Residenza Sanitaria Assistita San Paolo	080105	16	No	Si	Si
Usl Umbria 2	RSA COVID	080106	16	No	Si	Si
Usl Umbria 2	RSA COVID 2	080107	19	No	Si	Si
Usl Umbria 2	Residenza Sanitaria Assistenziale - RSA Cascia	092201	6	No	Si	Si
Usl Umbria 2	RSA Le Grazie	122900	15	Si	Si	Si
Usl Umbria 2	RSA Le Grazie COVID	122903	29	Si	Si	Si
Usl Umbria 2	Usl Umbria 2 (subtotale)		1.226			
Regione Umbria			1.427			

Centri vaccinali					
ASL	Denominazione	codice NSIS	Centro di vaccinazione ordinario	Postazioni strutturalmente attivabili	Possibilità stoccaggio vaccini
Usl Umbria 1	Azienda Ospedaliera di Perugia	100901	si	2	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 TRESTINA	01001P	si	2	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Città di Castello	01002P	si	2	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Umbertide	01180P	si	2	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Solomeo	03003P	si	1	si solo per stoccaggio temporaneo
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Polizia di Stato	03005P	no	1	si solo per stoccaggio temporaneo
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Comando Legione Carabinieri Umbria 03006P	03006P	no	1	si solo per stoccaggio temporaneo
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 San Marco 03008P	03008P	si	14	si solo per stoccaggio temporaneo
Usl Umbria 1	Centro Polispecialistico c/o Casa Circondariale di Capanne 037701	037701	si	1	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Assisano 04001P	04001P	si	4	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Tuoro sul Trasimeno 06001P	06001P	si	1	Sono presenti frigoriferi esclusivamente per le dosi programmate
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Tavernelle 06002P	06002P	si	1	Sono presenti frigoriferi esclusivamente per le dosi programmate
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Marsciano 07001P	07001P	si	3	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Comuneodi 07002P	07002P	no	1	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 GUBBIO A2001P	A2001P	si	2	si
Usl Umbria 1	PUNTO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 Gualdo Tadino A2002P	A2002P	si	1	si
Punti Vaccinali ospedalieri					
Usl Umbria 1	Ospedale I H.Città di Castello_Umbertide 100801	100801	si	1	si
Usl Umbria 1	Ospedale 2 H.Gubbio_Gualdo 100810	100810	si	1	si
Usl Umbria 1	Ospedale 3 POU 100803	100803	si	1	si
Usl Umbria 1	Usl Umbria 1			42	
Usl Umbria 2	052300 - Foligno - ENAC Foligno - Punto Vaccinale Territoriale	052300	Si	3	No
Usl Umbria 2	055200 - Foligno - Centro polifunzionale Ca' Rapillo Spello - Punto Vaccinale Territoriale	055200	Si	4	No
Usl Umbria 2	080500 - Spoleto - Palatenda Spoleto - Punto Vaccinale Territoriale	080500	Si	4	No
Usl Umbria 2	081800 - Spoleto - Istituto per Sovrintendenti della Polizia di Stato Ufficio Sanitario - Punto Vaccinale Territoriale	081800	NO	1	No
Usl Umbria 2	084703 - Spoleto - Casa di Reclusione Maiano - Punto Vaccinale Territoriale	084703	NO	1	No
Usl Umbria 2	090104 - Vainerina - PES Norcia - Punto Vaccinale Territoriale	090104	SI	1	No
Usl Umbria 2	092400 - Vainerina - Centro Comunità Cascia - Punto Vaccinale Territoriale	092400	SI	1	No
Usl Umbria 2	100211 - Orvieto - Distretto Orvieto - Punto Vaccinale Territoriale	100211	SI	2	No
Usl Umbria 2	100402 - Orvieto - Casa di Reclusione Orvieto Ambulatori - Punto Vaccinale Territoriale	100402	NO	1	No
Usl Umbria 2	101400 - Orvieto - Distretto Orvieto PVT Fabri - Punto Vaccinale Territoriale	101400	SI	1	No
Usl Umbria 2	112600 - Narni Amelia - Zona Bocciodromo Amelia - Punto Vaccinale Territoriale	112600	NO	2	No
Usl Umbria 2	112601 - Narni Amelia - Palestra Istituto Geometri - Punto Vaccinale Territoriale	112601	NO	2	No

UsI Umbria 2	120203 - Terni - Poliambulatori Terni - Punto Vaccinale Territoriale	120203	SI	3	No
UsI Umbria 2	120802 - Terni - Ambulatorio Casa Circondariale Terni - Punto Vaccinale Territoriale	120802	NO	1	No
UsI Umbria 2	124000 - Terni - Questura di Terni Ufficio Sanitario - Punto Vaccinale Territoriale	124000	NO	1	No
UsI Umbria 2	124100 - Terni - Casagrande Terni Punto Vaccinale Territoriale	124100	NO	8	No
UsI Umbria 2	202_UsI Umbria 2			36	
Regione Umbria				78	

Strutture alternative			
ASL	Denominazione struttura	Tipologia	Posti letto medi
USL Umbria 1	Centro 1 Hotel Melody	Hotel	52 PL convenzionati di cui 24 operativi e 28 attivabili in caso di necessità
USL Umbria 1	Centro 2 Villa Muzi	Residenza della diocesi	17
USL Umbria 2	NO	NO	0

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA**PREMESSA**

Il Piano strategico-operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale della Regione Umbria, pur rimanendo appieno un documento stilato per rafforzare la preparedness e la readiness nei confronti di una possibile futura pandemia da virus influenzale, raccoglie anche le lezioni apprese nel corso della attuale pandemia da SARS-CoV-2 che, sebbene causata da un altro virus, ha messo in evidenza punti di forza e debolezza dei servizi sanitari nel reagire a pandemie da virus respiratori altamente trasmissibili e ad alta patogenicità.

La Pandemia da COVID-19 nel 2020 è stato un evento senza precedenti causato da un virus diverso dall'influenza che ha manifestato, pur se con modalità di trasmissione simili, una maggiore trasmissibilità e gravità, che hanno portato pertanto ad una sovrapposizione solo parziale delle misure di prevenzione e risposta che si sono rese necessarie rispetto a quelle previste per una pandemia di tipo influenzale.

Al contrario di quanto atteso, ci si è trovati di fronte non ad un'epidemia dovuta a un virus influenzale di origine zoonotica, bensì ad un fenomeno pandemico causato da un virus diverso, nella fattispecie un coronavirus. A questo proposito, è il caso di ricordare come altri due coronavirus avessero effettuato il salto di specie dal pipistrello all'uomo nel corso degli ultimi 20 anni. Innanzitutto, il coronavirus della SARS, emerso nella provincia cinese del Guandong, la cui diffusione era però stata circoscritta grazie a tempestivi interventi di contenimento (isolamento e quarantena), e il coronavirus della MERS, circoscritto alla penisola arabica, che però sembra avere un limitato potenziale epidemico.

SARS-CoV-2, a differenza dei due precedenti coronavirus, avendo un picco di escrezione virale precoce ed essendo trasmesso anche da persone asintomatiche o paucisintomatiche, passa efficientemente da persona a persona ed è difficilmente contenibile, se non attraverso pesanti interventi di lock-down.

Rispetto all'influenza stagionale e pandemica, SARS-CoV-2 presenta un coefficiente di riproduzione di base (il cosiddetto R0) più elevato e, trattandosi di un virus che presenta un tropismo sia per i recettori che si trovano nelle basse vie respiratorie che a livello dell'endotelio vascolare, con maggior frequenza richiede il ricorso a cure intensive. Per questi motivi, COVID-19 può rappresentare l'esempio paradigmatico di una pandemia da virus respiratorio emergente "X".

La gestione della pandemia da COVID-19 ha fornito elementi che saranno utili in una pianificazione per la preparedness e risposta di virus respiratori emergenti non influenzali.

La strategia italiana per la gestione dell'emergenza sanitaria, in uno scenario del tutto nuovo e imprevedibile, si è incentrata sulla massima collaborazione tra le Istituzioni e gli organismi tecnico-scientifici, che si sono avvalsi delle fonti informative, dei rapporti e dei documenti di studio ritenuti di volta in volta maggiormente attendibili.

La preparazione e risposta a COVID-19 in Italia è stata realizzata come descritto nel documento "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale", trasmesso con Circolare ministeriale n. 2007 dell'11 agosto 2020. Con successiva Circolare ministeriale n. 32732 del 12 ottobre 2020 "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", sono stati forniti ulteriori elementi per rafforzare la preparedness e fronteggiare in modo ottimale le nuove infezioni da SARS-CoV-2 nella stagione autunno-inverno 2020-2021 alla luce di tutti i possibili scenari epidemici che dovessero delinearsi.

Elemento indispensabile della preparedness è risultata la flessibilità del sistema sanitario: le organizzazioni impegnate nella gestione della pandemia/dell'emergenza hanno dovuto attivare una serie di processi di riorganizzazione dei servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali in risposta ad un incremento della domanda massiccio e rapidissimo. In generale, sia per i servizi ospedalieri, sia per quelli territoriali è emersa la necessità di definire meccanismi per il tempestivo incremento delle dotazioni organiche, con particolare riferimento ad alcune figure specialistiche (anestesisti, igienisti, pneumologi): il potenziamento strutturale della rete ospedaliera ed il rafforzamento delle dotazioni organiche territoriali programmati con il Decreto- Legge 34/2020, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020, consolidati a regime nella legge di bilancio 2021, rappresentano un primo e importante passo in questa direzione.

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

Tutto quanto realizzato e l'esperienza maturata con la pandemia da COVID-19 sono elementi utili per la preparazione e la risposta d una pandemia influenzale

Alla luce della recente esperienza pandemica con virus diversi dall'influenza, tuttavia, non è possibile ignorare la possibilità per quanto remota e non documentata solidamente che possano emergere virus influenzali caratterizzati da una più elevata trasmissibilità (es $R_0=2$) e alta patogenicità. Questa evenienza è considerata altamente improbabile e di fatto gli unici dati sulla esperienza pandemica influenzale più grave mai documentata, nel 1918, sono limitati e legati a contesti sanitari molto diversi da quello attuale.

Sono necessarie attività di preparedness per gli scenari ipotizzati nella fase di allerta pandemica al fine di sviluppare una flessibilità operativa di upscale funzionale delle capacità di risposta anche ad eventi altamente improbabili. A tale scopo, devono essere individuate attività finalizzate a rafforzare a livello nazionale la capacità di valutare rapidamente l'impatto di un virus influenzale emergente a potenziale pandemico con caratteristiche di trasmissibilità e gravità più elevate rispetto a quanto documentato in precedenza tramite studi ad hoc sulla nostra popolazione e sui nostri servizi sanitari. Al contempo vanno individuati meccanismi per espandere rapidamente in caso di necessità straordinarie, i servizi assistenziali e di approvvigionamento di dispositivi e strumenti, al pari di quanto realizzato con successo nella risposta a COVID-19, anche nel contesto di una pandemia influenzale finora mai documentata.

E' opportuno, tuttavia, ricordare che, a differenza di un virus completamente nuovo, una pandemia influenzale si caratterizzerebbe per un iniziale indirizzo delle misure non farmacologiche in base ad evidenze scientifiche ormai consolidate sui target di popolazione che maggiormente contribuiscono alla trasmissione e per una maggiore facilità nel realizzare rapidamente misure di profilassi farmacologica, per la disponibilità pregressa di antivirali relativamente efficaci e per la rapidità con cui sarebbe possibile procedere ad una campagna vaccinale contro il ceppo pandemico, utilizzando le piattaforme vaccinali esistenti ed approcci consolidati alla vaccinazione influenzale.

Rimane la consapevolezza che molte delle misure prevedibili in una pianificazione pandemica influenzale sarebbero incluse in una più ampia pianificazione per un patogeno X simile a Sars-CoV-2 per cui è sicuramente necessaria, al termine della pandemia in corso, una programmazione in base anche a documenti di indirizzo internazionali che saranno resi disponibili nei prossimi mesi e che tenga conto di quanto già programmato reattivamente.

SCENARI

Nella Tabella 6 del Piano Nazionale sono riportati alcuni scenari di impatto sui servizi sanitari stimati in base ai parametri che regolano la trasmissione delle passate pandemie influenzali, e a riferimenti di letteratura italiana.

Tabella 6. Stime di numero di casi, ospedalizzazioni e terapie intensive in diversi scenari di influenza pandemica senza interventi con controllo/mitigazione

Scenario	Tasso d'attacco clinic	Tasso di ospedalizzazione	Tasso di terapie intensive fra ospedalizzati	Numero di casi stimato	Numero di ospedalizzazioni stimato	Numero di ammissioni in terapia intensiva stimato
Stagionale	12%	0,3%	12%*	4.704.480	14.113	1.694
Stagionale	24%	0,3%	12%*	9.408.960	28.227	3.387
Stagionale	12%	1,10%	12%*	7.200.000	79.200	9.504
Stagionale	24%	1,10%	12%*	14.400.000	158.400	19.008
Pandemia 2009	7%	0,20%	12%	4.200.000	8.400	1.008
Pandemia 2009	15%	0,20%	12%	9.000.000	18.000	2.160
Pandemia 1968	10%	0,58%	12%*	6.000.000	34.800	4.176
Pandemia 1968	46%	0,58%	12%*	27.600.000	160.080	19.210
Pandemia 1957	40%	0,94%	12%*	15.600.000	146.640	17.597

* Tasso di ospedalizzati che richiedono il ricovero in terapia intensiva stimato da Bassetti et al. [30] per H1N1

In queste serie storiche non sono documentati scenari caratterizzati da maggiore trasmissibilità (es. $R_0=2$).

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

Questa evenienza è considerata altamente improbabile e di fatto gli unici dati sull'esperienza pandemica influenzale più grave mai documentata, nel 1918, sono limitati e legati a contesti sanitari molto diversi da quello attuale.

Sulla scorta di questa evidenza, per la programmazione dei servizi sanitari da effettuare in fase inter-pandemica vengono considerati come probabili i due scenari documentati nelle serie storiche contemporanee, ovvero:

- Pandemie influenzali "classiche", descritte nel 1963 e nel 1957 con R_0 compreso nel range 1.3-1.8 e riassunto nel Piano Nazionale nello scenario pandemico considerato più probabile, **con $R_0=1,7$ e maggiore gravità clinica;**
- Pandemie influenzali "lievi", come la pandemia del 2009, riassunte nel Piano Nazionale con uno scenario pandemico possibile **con $R_0=1,4$ e gravità clinica minore.**

Alla luce della recente esperienza pandemica con virus diversi dall'influenza, si ritiene peraltro prudente non escludere dalle ipotesi programmatiche la possibilità, per quanto improbabile, che possano emergere virus influenzali caratterizzati da una elevata trasmissibilità e alta patogenicità (es. determinata da future mutazioni di H5N1).

Gli scenari ipotizzabili:

SCENARIO 1

Pandemie influenzali con valore di R_0 inferiore a 1.4 e bassa incidenza, con trasmissione prevalentemente associata a focolai identificati, in cui le scuole abbiano un impatto modesto sulla trasmissibilità e i sistemi sanitari Provinciali riescano a tracciare e tenere sotto controllo i nuovi focolari, compresi quelli scolastici.

Le azioni avranno come obiettivo il mantenimento del quadro dei contagi, con misure meno stringenti, caratterizzate da isolamento dei casi, quarantena dei contatti stretti e applicazione delle precauzioni standard (DPI, distanziamento).

SCENARIO 2

Pandemie influenzali con valori di R_0 compreso tra 1.4 e 1.7, in cui si riesca limitatamente a tenere traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici, ma si riesca comunque a limitare il potenziale di trasmissione del virus pandemico, con misure di mitigazione/contenimento ordinarie o straordinarie; un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità, oltre alla concreta difficoltà di contenere tutti i focolai, è caratterizzata da una costante crescita dell'incidenza di casi e corrispondenti ospedalizzazioni e ammissioni in terapia intensiva.

Le azioni che si prediligono in questo scenario sono volte alle applicazioni di misure più o meno stringenti a seconda dell'andamento della curva dei casi (escalation e descalation). Le azioni principali, a fronte di un R_0 compreso tra 1.4 e 1.7, sono caratterizzate da interventi ordinari di isolamento dei casi, quarantena dei contatti stretti e l'obbligo dell'uso dei DPI, a cui si andrà ad aggiungere azioni straordinarie di rimodulazione delle attività con misure più stringenti, come la chiusura dell'attività, la sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in specifiche aree geografiche.

SCENARIO 3

Pandemie influenzali a più alta patogenicità e elevata trasmissibilità, con valori di R_0 superiori a 1.7. Uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente ad un aumento elevato della numerosità di casi e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità, o con scarsa capacità, di tracciare l'origine dei nuovi casi. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro tempi brevi, a questo proposito, si rimarca che appare piuttosto improbabile riuscire a proteggere le categorie più fragili in presenza di un'epidemia caratterizzata da questi valori di trasmissibilità. Con un valore di R_0 di 1.7, si vede necessario iniziare ad adottare misure di contenimento più aggressive, con rimodulazione più stringente (escalation) delle attività, con distanziamento fisico, e rimodulazione delle attività.

SCENARIO 4

Pandemie influenzali a più alta patogenicità e elevata trasmissibilità, con valori di R_0 superiori a 2.0.

Incidenza dei casi e gravità clinica elevate; trasmissione comunitaria diffusa con cluster non più distinti tra loro; il numero di nuovi casi non si correla a catene di trasmissione note; l'aumento della pressione per i DdP e per i servizi assistenziali è elevata e si riduce ulteriormente la limitazione del potenziale di trasmissione.

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

Con un valore di R_0 superiore a 1,7, si vede necessario adottare misure di contenimento più aggressive, con rimodulazione più stringente (escalation) delle attività, con distanziamento fisico, chiusura di attività, limitazioni della mobilità e restrizioni locali temporanee su scala provinciale o sub-provinciale.

STIMA DEL FABBISOGNO DI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E DI POSTI LETTO OSPEDALIERI PER INTENSITÀ DI CURE IN RELAZIONE ALLA POPOLAZIONE E AGLI SCENARI DI GRAVITÀ DELL'EPIDEMIA

Nella Tabella 7, così come estratta dal Piano Nazionale, si riportano le ipotesi di impatto sui servizi sanitari basate su uno studio di modellistica che considera diversi scenari di trasmissione: i due scenari considerati probabili (in quanto rispondenti ai parametri di pandemie documentate in epoca recente), con valori di R_0 rispettivamente uguali a 1,4 e 1,7.

Si precisa che le stime riportate in Tabella 7A assumono un'epidemia mitigata col trattamento dei casi accertati con farmaci antivirali e la profilassi offerta ai familiari dei casi accertati, mentre le stime riportate in tabella 7B assumono anche l'aggiunta di misure non farmacologiche per il solo scenario $R_0=1,7$.

È dimostrato che sia il tasso di attacco clinico che il tasso di attacco clinico al picco (e quindi anche il numero di ospedalizzati e il numero di ammessi in terapia intensiva al picco) possono essere ridotti considerando l'introduzione di altre misure farmacologiche (come la profilassi antivirale nelle scuole) e di distanziamento sociale (es. quarantena dei nuclei familiari e chiusura reattiva delle scuole).

In base ad altre evidenze di letteratura, tassi di attacco al picco simili a quelli riportati in Tabella 7A possono essere ottenuti con strategie di chiusura reattiva delle scuole, senza l'utilizzo di trattamenti farmacologici

Tabella 7. Stime di fabbisogno di PL in Terapia intensiva al picco pandemico negli scenari pandemici più probabili

R0	Tasso d'attacco		Tasso d'attacco clinico	Tasso d'attacco clinico al picco	Tasso d'ospedalizzazione	Tasso T.I.	N. Ospedalizzazioni		Stima del numero di ospedalizzazioni al picco**	Stima del numero di posti letto di T.I. occupati al picco**
	(50% sintomatici)						stimato	in terapia intensiva stimato		
7A: Stime basate sull'ipotesi che vengano applicate misure farmacologiche di controllo (somministrazione di 1 ciclo di antivirali a scopo di terapia entro 1gg dall'a comparsa dei sintomi (caso indice) e a scopo profilattico (contatti stretti). Si ipotizza una riduzione del 70% dell'infettività del caso indice e nei contatti stretti una riduzione della suscettibilità all'infezione del 30%, dell'infettività del 70%, e della comparsa di infezioni sintomatiche del 60%										
	1,4	9,20%	4,60%	0,03%	1,10%	12,00%	30.228,00	3.627,36	1.386,00	166,32
(scenario pandemico blando)										
	1,7	30,90%	15,50%	0,27%	1,10%	12,00%	102.102,00	12.252,24	12.474,00	1.496,88
(scenario più probabile)										
7B: Stime basate sull'ipotesi che vengano applicate misure farmacologiche (descritte in precedenza) in aggiunta alle seguenti misure non farmacologiche: 70% dei nuclei familiari sottoposti a quarantena nel caso della presenza di casi confermati di infezione, chiusura reattiva delle scuole e chiusura reattiva del 10% dei posti di lavoro.										
	1,7	20,50%	10,30%	0,17%	1,10%	12,00%	67.716,00	8.125,92	7.854,00	942,48
(scenario più probabile)										

* Tasso di ospedalizzati che richiedono il ricovero in terapia intensiva stimato da Bassetti et al. [25] per H1N1;

** Stime basate sull'assunzione che la durata dell'ospedalizzazione duri 7 giorni in media.

Sulla base di quanto previsto dal Piano Nazionale sono stimati gli scenari a livello della Regione Umbria come di seguito riportato. E' stato introdotto anche lo scenario ad alta trasmissibilità $R_0=2$.

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

R0	Numero ospedalizzazioni stimato	Numero ospedalizzazioni in TI stimato	Stima del numero di ospedalizzazioni al picco	Stima del numero di posti letto TI occupati al picco
1.4	444	53	20	3
1.7	1500	180	183	22
1.7 (70%)	995	119	115	14
2	2416	290	516	62

Ciofi degli Atti, Marta Luisa, et al. "Mitigation measures for pandemic influenza in Italy: an individual based model considering different scenarios." *PLoS one* 3.3 (2008): e1790.

La regione Umbria, sulla scorta dell'esperienza della pandemia Covid-19, ha sviluppato un modello [Antonini et al., 2021] che sulla base dei dati giornalieri delle ospedalizzazioni aggiorna le predizioni su orizzonte temporale di previsione settimanale, mensile, trimestrale e semestrale. Il modello viene calibrato sulla base dei dati specifici dell'epidemia e pertanto adattabile ad evoluzioni non facilmente prevedibili. Il modello utilizza il parametro di intervento ossia una stima cumulativa percentuale dell'effetto delle misure introdotte per contenere la diffusione della circolazione del virus tra cui le misure di lockdown e la somministrazione del vaccino rispetto all'evoluzione naturale dell'epidemia (assenza di mitigazione della diffusione e di vaccino). Di seguito riportiamo in caso di scenario con $R_0 > 2$, poco probabile in scenari di diffusione dell'influenza, ma a cui il sistema sanitario deve essere pronto a rispondere. In tale scenario infatti, la calibrazione settimanale del modello permette di supportare le decisioni di programmazione delle risorse ospedaliere con una risposta modulare e adattativa in relazione all'evoluzione della pandemica e alle predizioni sui picchi di ospedalizzazioni e TI prodotte dal modello calibrato.

Parametro di intervento	Numero ospedalizzazioni stimato (in un anno)	Numero ospedalizzazioni in TI stimato (in un anno)	Stima del numero di ospedalizzazioni al picco	Stima del numero di posti letto TI occupati al picco
Riduzione 50%	4736	2747	474	28
Evoluzione libera senza intervento $R_0 > 2$	7712	4555	990	58

Antonini C, Calandrini S, Bianconi F. A Modeling Study on Vaccination and Spread of SARS-CoV-2 Variants in Italy. *Vaccines (Basel)*. 2021 Aug 17;9(8):915. doi: 10.3390/vaccines9080915. PMID: 34452040; PMCID: PMC8402493.

Di seguito le possibili misure da adottare per i 4 scenari possibili da valutare sempre in base al contesto epidemico e al livello di progressione di incidenza (bassa, moderata, alta).

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

	SCENARIO 1 Trasmissione limitata	SCENARIO 2 Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal SSR nel breve-medio periodo	SCENARIO 3 Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del SSR nel medio periodo	SCENARIO 4 Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del SSR nel breve periodo
DESCRIZIONE GENERALE	<p>Pandemie influenzali con valore di R0 inferiore a 1.4 e bassa incidenza, valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting.</p> <p>Bassa incidenza, con trasmissione limitata a cluster con catene di trasmissione note</p>	<p>Pandemie influenzali con valori di R0 compreso tra 1.4 e 1.7 a media incidenza valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting.</p> <p>Crescita dell'incidenza di casi con riduzione della percentuale di casi asintomatici; poche catene di trasmissione non note, ancora si riesca a mantenere la limitazione del potenziale di trasmissione e a tenere traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici.</p> <p>Per mantenere la limitazione del potenziale di trasmissione del virus pandemico, si valuta la necessità di introdurre misure di mitigazione/contenimento ordinarie o straordinarie.</p>	<p>Pandemie influenzali a più alta patogenicità e elevata trasmissibilità, con valori di R0 tra 1.7 e 2.0 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting.</p> <p>Rapida crescita dell'incidenza di casi e gravità clinica; il numero di cluster non più distinti tra loro supera il numero di quelli distinti; sale il numero di nuovi casi spesso non correlati a catene di trasmissione note; graduale aumento della pressione per i DdP e per i servizi assistenziali; modesta limitazione del potenziale di trasmissione.</p> <p>Uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente ad un aumento elevato della numerosità di casi e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità, o con scarsa capacità, di tracciare l'origine dei nuovi casi.</p>	<p>Pandemie influenzali a più alta patogenicità e elevata trasmissibilità, con valori di R0 superiori a 2.0. valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting.</p> <p>Incidenza dei casi e gravità clinica elevate; trasmissione comunitaria diffusa con cluster non più distinti tra loro; il numero di nuovi casi non si correla a catene di trasmissione note; l'aumento della pressione per i DdP e per i servizi assistenziali è elevata e si riduce ulteriormente la limitazione del potenziale di trasmissione.</p>

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

OBIETTIVO GENERALE	Mantenimento del quadro dei contagi e riduzione della circolazione virale	Mantenimento del quadro dei contagi	Mitigazione della diffusione del virus	Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa
INTERVENTI	<p>Criteri minimi – Interventi Ordinari con misure meno stringenti, caratterizzate da isolamento dei casi, quarantena dei contatti stretti e applicazione delle precauzioni standard (DPI, distanziamento).</p> <p>Interventi Ordinari come quelli di scenario 1 cui associare interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate. Le azioni che si prediligono in questo scenario sono volte alle applicazioni di misure più o meno stringenti a seconda dell'andamento della curva dei casi (e sciation e descalation).</p>	<p>Interventi straordinari più estesi: restrizioni locali temporanee a livello di Comune o di Area Geografica più estesa di livello distretto o sub-provinciale. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro tempi brevi, a questo proposito, si rimarca che appare piuttosto improbabile riuscire a proteggere le categorie più fragili in presenza di un'epidemia caratterizzata da questi valori di trasmissibilità. Senza interventi straordinari.</p>	<p>Interventi straordinari più estesi: restrizioni locali temporanee a livello di livello provinciale o dell'intera Regione.</p>	<p>Possibilità di restrizioni regionali di livello provinciale o dell'intera Regione.</p>
1. Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	<ul style="list-style-type: none"> - Ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - Possibile semplificazione sorveglianza attiva - Isolamento dei contatti stretti e a rischio - Contact tracing, - Applicazione delle precauzioni standard (DPI, distanziamento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - Possibile semplificazione sorveglianza attiva - Isolamento dei contatti stretti e a rischio - Attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività - Attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione - Rafforzamento ricerca attiva con screening su specifiche categorie target - Reclutamento strutture recettive per isolamento casi 	<ul style="list-style-type: none"> - Semplificazione contact tracing - Semplificazione sorveglianza attiva - Isolamento per coorte dei pazienti - Priorità delle azioni associate alla pandemia sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione - Attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività legate alla pandemia - Rivalutazione attività di testing per individuazione casi sospetti, contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - Rimodulazione screening con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) potenziamento alberghi per isolamento casi 	<ul style="list-style-type: none"> - Semplificazione contact tracing - Semplificazione sorveglianza attiva - Isolamento per coorte dei pazienti - Priorità delle azioni associate alla pandemia sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione - Attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività legate alla pandemia - Tamponamento offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - Rimodulazione ricerca attiva del patogeno con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) potenziamento alberghi per

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

isolamento casi

<p>2. Comunità</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - Rafforzamento del distanziamento - Zone rosse locali - Valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di DPI anche all'aperto - Valutare azioni straordinarie di rimodulazione delle attività con misure più stringenti. - Possibilità di rimodulazione di alcune attività maggiormente a rischio anche su base oraria - Favorire il lavoro agile soprattutto per i soggetti fragili 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico - Adozione di misure di contenimento più aggressive, con rimodulazione più stringente (escalation) delle attività, - Distanziamento fisico - Restrizioni locali temporanee di livello distrettuale o sub-provinciale. - Possibile restrizione della mobilità interregionale ed intraregionale - Favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative
<p>3. Scuole e Università</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale - Possibilità di rimodulare le lezioni anche con rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi - Possibilità di attivare, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale 	<ul style="list-style-type: none"> - Chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile - Valutare la sospensione delle attività di insegnamento o la chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile - Chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

- Sospendere alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

Valutazione del rischio e della severità

Strumenti per analisi del rischio e per definizione obiettivi azioni finalizzate a gestire e ridurre le conseguenze negative dell'epidemia.

La regione Umbria intende utilizzare per la valutazione del rischio il modello del quantitative risk assessment supportato da dati qualitativi.

Hazard identification – Hazard characterization – Exposure assessment – Risk (identification - risk evaluation – risk characterization) assessment – Risk management and Risk communication.

Raccomandazioni Ministero della Salute:

Nella fase di allerta l'attenzione si focalizza sulla raccolta e analisi quanto più dettagliata e aggiornata sulle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dei primi casi documentati in modo da poter fornire stime iniziali relative alla trasmissibilità e alla gravità attesa da cui dedurre il rischio potenziale sui servizi sanitari italiani e regionali. Tipicamente le informazioni provengono da fonti molteplici con diverso livello di attendibilità e la letteratura scientifica, in forma peer reviewed o nelle più recenti forme in pre-print, diviene sempre più copiosa e varia nella tipologia degli argomenti trattati e qualità degli studi proposti.

Possono essere utili in questa fase report di situation awareness che sintetizzano giornalmente l'evoluzione del quadro a livello globale. Si considera inoltre essenziale in questa fase lo sviluppo di modelli predittivi con lo scopo di redigere verosimili scenari di trasmissione a cui adattare piani di contingenza esistenti.

In Umbria:

Obiettivo 1 Situation Awareness – Garantire una comune consapevolezza della situazione in rapida evoluzione:

Disporre di aggiornamenti regolari sulla evoluzione dell'evento a potenziale pandemico.

In Umbria si è deciso di utilizzare l'"epidemic intelligence" che è un sistema di allerta precoce (Early WARNING - Ewar) cioè un sistema rapido di rilevazione e analisi che consente di definire livelli di allerta e allarme in base ai quali avviare indagini epidemiologiche e azioni di controllo sul territorio. L'epidemic intelligence integra una componente basata su indicatori e una componente basata su eventi. È un approccio "Multi Rischio", nel nostro caso su 4 fonti:

1. sorveglianza epidemiologica umana convenzionale basata sulla conferma biologica dei casi
2. dati su casi umani basati su una definizione sindromica
3. dati e informazioni relative alla salute umana (per esempio: articoli di giornale, sorveglianza degli assenteismi, sorveglianza sulla vendita di farmaci, dati sui movimenti delle popolazioni, dati sull'instabilità sociale, ecc)
4. sorveglianza veterinaria (zoonosi), sorveglianza ecologico-ambientale (per esempio: meteorologia, densità di vettori, qualità dell'aria e dell'acqua, ecc).

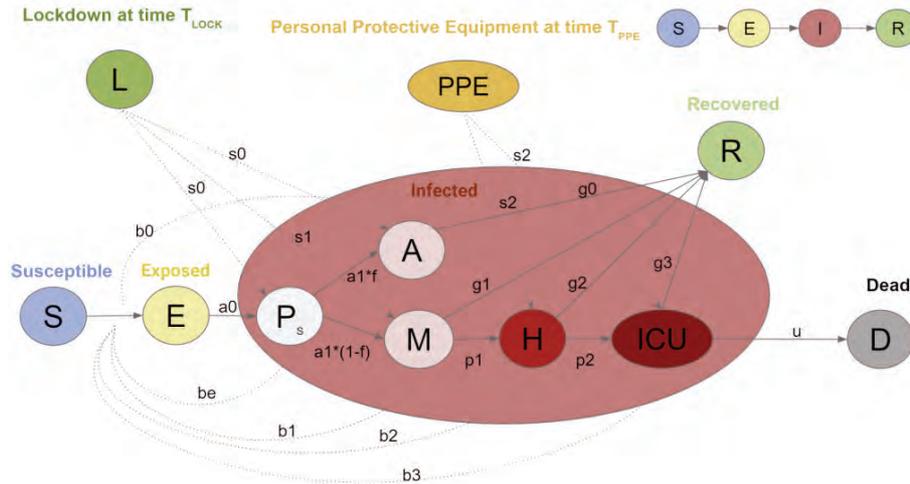
Il punto di riferimento in questo caso è l'ECDC sono 46 le malattie dove la sorveglianza è basata su indicatori. La sorveglianza basata sugli indicatori presso l'EcDC viene effettuata attraverso l'analisi dei dati epidemiologici ufficiali immessi da ogni Stato Membro attraverso la piattaforma Tessy la componente dell'Ei basata su eventi ha il compito di ricercare attivamente su internet e sui media in generale qualsiasi informazione che possa essere correlata con una minaccia per la salute degli Stati membri da fonti ufficiali e non.



ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

Obiettivo 2 Studi esplorativi - Stimare la potenziale diffusione e il potenziale impatto del nuovo patogeno in Italia e in Umbria: Disporre di modelli predittivi realizzati sui dati disponibili sul nuovo virus influenzale con lo scopo di redigere verosimili scenari di trasmissione a cui adattare piani di contingenza esistenti e fornire dati ai decisori per modulare le misure di risposta pandemica.

Il Modello predittivo ufficiale per la nostra regione è un modello SEIRL che ha una struttura complessa come da schema seguente:

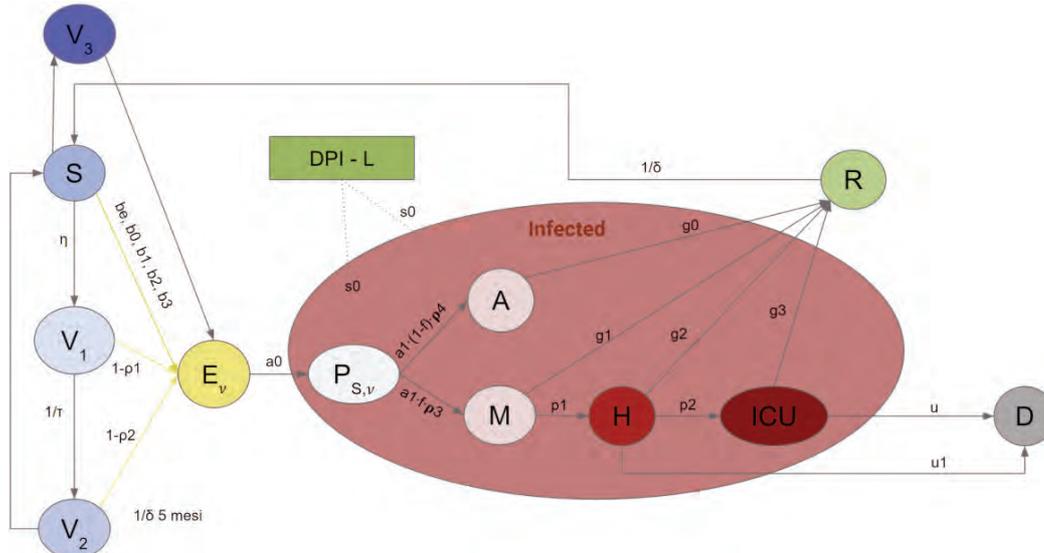


Antonini C, Calandrini S, Stracci F, Dario C, Bianconi F. Mathematical Modeling and Robustness Analysis to Unravel COVID-19 Transmission Dynamics: The Italy Case. *Biology* (Basel). 2020 Nov 11;9(11):394. doi: 10.3390/biology9110394. PMID: 33187109; PMCID: PMC7697740.

Nel modello si parte da una popolazione suscettibile che è esposta all'evento epidemico che si infetta (diverse fonti con l'esito dell'infezione tra cui ospedalizzazione e ospedalizzazione in TI) corretto per lock down, degenza media, e prossimamente integrato anche con la vaccinazione) fino all'evento dei rimossi (guariti) e dei decessi.

Il modello verrà utilizzato sia in fase pre pandemica o inter pandemica, sia in fase pandemica con il fine di prevedere scenari futuri ma in modo anche retroattivo misurare l'effetto delle misure di contenimento compresa la vaccinazione.

Il modello può essere esteso anche in relazione alla disponibilità di vaccino SEIRLV nonché della perdita della riduzione dell'immunità acquisita.



Antonini C, Calandrini S, Bianconi F. A Modeling Study on Vaccination and Spread of SARS-CoV-2 Variants in Italy. *Vaccines* (Basel). 2021 Aug 17;9(8):915. doi: 10.3390/vaccines9080915. PMID: 34452040; PMCID: PMC8402493.

ALLEGATO 3.2B - DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DI ASSISTENZA E DELLA CAPACITA' DI RISPOSTA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI IN BASE AGLI SCENARI DI GRAVITA' DELL'EPIDEMIA

In fase pandemica l'Umbria introduce l'utilizzo del modello MADE elaborato dalla Associazione Italiana di Epidemiologia soprattutto come modello predittivo di trend basato su:

- Trend lineari
- Trend esponenziali
- Ciclo trend

Obiettivo 3 Valutazione e caratterizzare il rischio virologico al fine di una corretta gestione dello stesso: L'OMS ha messo a punto uno strumento per la valutazione del rischio pandemico influenzale (TIPRA) 63 che viene utilizzato per valutare il rischio di pandemia da virus influenzale con potenziale pandemico e la sua severità.

Gli obiettivi generali del Tools per la valutazione del rischio sono:

- sostenere una valutazione tempestiva e aggiornabile del rischio per virus influenzali con potenziale pandemico;
- documentare in modo trasparente le caratteristiche dei virus e delle infezioni da essi causate che potrebbero costituire una minaccia per la popolazione umana;
- identificare le carenze di conoscenza e sollecitare ulteriori indagini tra cui ricerca e sorveglianza;
- facilitare la condivisione delle informazioni tra scienziati, medici e altri operatori sanitari delle reti di assistenza, responsabili politici e altre parti interessate.

Gli obiettivi essenziali in fase pandemica della valutazione del rischio sono

- Identificare e caratterizzare rapidamente il virus responsabile dell'infezione umana, in collaborazione con i centri di riferimento OMS – interfaccia per l'Umbria con l'ISS e i centri WHO di riferimento e potenziamento della capacità di identificazione molecolare del virus. Adeguamento rapido dei laboratori regionali a capacità di diffusione dei dati su reti internazionali.
- Studiare le caratteristiche di trasmissibilità del nuovo patogeno tramite studi epidemiologici finalizzati a definire il quadro epidemiologico e definire i parametri di diffusione della malattia: Un metodo condiviso è la capacità di interpretare o sviluppare studi "First Few Hundred (FF100)". Per l'Umbria si fa affidamento ad interpretazioni di organismi internazionali e necessita una formazione specifica.
- Raccogliere e condividere gli isolati virali e le informazioni necessarie per: adattare la diagnostica, adattare i candidati vaccinali: Per l'Umbria si tratta avere un sistema di implementazione rapido di isolamento virale per la caratterizzazione antigenica a seguito di segnalazioni di epidemic intelligence in collaborazione con la rete Influnet ma anche con i sistemi rapidi di allerta su virus animali dopo salto di specie anche se sporadico.
- Collaborare a livello internazionale per valutare la patogenicità del virus nell'uomo attraverso rapporti con l'ISS e la rete Influnet.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI PER LA GESTIONE DELLA PANDEMIA, CON PRECISA INDIVIDUAZIONE DEL TIPO DI RUOLO DELLE STRUTTURE NELLA RETE STESSA IN BASE ALLE CARATTERISTICHE LOGISTICHE, ORGANIZZATIVE E STRUTTURALI (UBICAZIONE, SEPARAZIONE NEI PERCORSI, DOTAZIONI).

Premessa

Per la programmazione dei servizi sanitari da effettuare in fase inter-pandemica vengono considerati come probabili i due scenari documentati nelle serie storiche contemporanee, ovvero:

- Pandemie influenzali “classiche”, descritte nel 1963 e nel 1957 con R_0 compreso nel range 1.3-1.8 e riassunto nel Piano Nazionale nello scenario pandemico considerato più probabile, con $R_0=1,7$ e maggiore gravità clinica;
- Pandemie influenzali “lievi”, come la pandemia del 2009, riassunte nel Piano Nazionale con uno scenario pandemico possibile con $R_0=1,4$ e gravità clinica minore.

Sulla base di quanto previsto dal Piano Nazionale sono stimati gli scenari a livello della Regione Umbria per definire la rete assistenziale (vedi documento di riferimento Allegato 3.2B).

Gli scenari più probabili individuano le seguenti necessità di posti letto:

R_0	Stima del numero di ospedalizzazioni al picco	Stima del numero di posti letto TI occupati al picco
1.4	20	3
1.7	183	22

Le attuali dotazioni di posti letto di area medica e di terapia intensiva e ancor di più considerando il progressivo incremento fino al regime dei posti letto strutturali di terapia intensiva e subintensiva in via di realizzazione ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 34/2020, ambedue gli scenari di trasmissione considerati più probabili ($R_0=1,4$ o $R_0=1,7$) potrebbero essere fronteggiati con le dotazioni strutturali disponibili, limitando al minimo l'eventuale ricorso a strumenti straordinari quali la progressiva mobilitazione dell'offerta strutturale di posti letto, l'attivazione dei piani per la rimodulazione delle attività di elezione e la riconversione in posti letto di terapia intensiva di spazi con caratteristiche idonee (es. sale operatorie).

Il ricorso a tali strumenti potrebbe risultare indispensabile in caso di necessità straordinarie, causate da un patogeno influenzale pandemico con caratteristiche di più elevata trasmissibilità e gravità clinica. In particolare, ipotizzando uno scenario estremamente grave e mai documentato, considerato altamente improbabile, di una pandemia influenzale con $R_0=2$ e alta patogenicità con un tasso di ospedalizzazione dell'1,1% (quest'ultimo tra i peggiori mai osservati), si stima un numero di ospedalizzazioni a livello nazionale al picco di 27.720 e un fabbisogno al picco di posti letto in terapia intensiva pari a 3.326, per il quale potrebbe essere richiesta l'attivazione di misure di potenziamento straordinarie, anche con la mobilitazione di altri settori (es sanità militare), e di riorganizzazione interna degli ospedali volte a rendere disponibile una quota parte di posti letto ordinari dell'area medica di acuzie e post-acuzie per la gestione dell'emergenza.

Uno scenario epidemiologico caratterizzato dal rapido diffondersi della pandemia rende necessario, a livello Centrale e Regionale, attuare ogni procedura ritenuta necessaria a tutela e garanzia della salute pubblica e mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione sia in ambito ospedaliero che territoriale.

E' necessario definire un'ingente trasformazione dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie da parte delle strutture pubbliche e delle private accreditate, potendo arrivare alla definizione delle attività non procrastinabili e dei servizi che comunque devono garantire la normale attività anche in presenza di una condizione pandemica.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

Indubbiamente la pandemia da SARS-CoV-2 ha molto contribuito alla costruzione di una organizzazione che necessariamente ha dovuto adattarsi alle 3 ondate pandemiche ed alle intercorrenti fasi di ripresa delle attività programmate.

In tale contesto In Regione Umbria sono state adottate da parte della Presidente della Giunta Regionale Ordinanze contingibili e urgenti ex art. 32, co. III della L 833/1978 per individuare le strutture ospedaliere atte a ricevere i pazienti COVID e nello specifico:

- Ordinanza 12 marzo 2020, n. 5 recante *“Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoVID-19. Riconversione temporanea dello stabilimento ospedaliero Media Valle del Tevere sito in Pantalla (PG)”*;
- Ordinanza 13 marzo 2020, n. 6, recante *“Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoVID-19. Riconversione parziale e temporanea dello stabilimento ospedaliero di Città di Castello (PG)”*;
- Ordinanza 23 marzo 2020, n. 9, recante *“Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoVID-19. Riconversione parziale e temporanea dello stabilimento ospedaliero di Foligno (PG)”*;
- Ordinanza n. 66 del 22.10.2020 – *“Riconversione temporanea e parziale dell'Ospedale della Media Valle del Tevere in struttura dedicata COVID-19”*;
- Ordinanza 22 ottobre 2020, n.67 recante *“Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto (PG) in struttura dedicata COVID”*.

La DGR n. 180 del 19.03.2020 ha consentito di approvare il *Piano di gestione dei posti letto della rete ospedaliera emergenza Coronavirus*, con cui è stata definita una strategia, in via straordinaria e temporanea, strettamente legata al periodo emergenziale, volta a differenziare gli stabilimenti per gestire l'emergenza Coronavirus in modo separato dalle altre patologie (in particolare quel tempo dipendenti e le urgenze chirurgiche).

In Regione Umbria quindi l'adattamento della rete ospedaliera è stato stabilito in successione con le Delibere di Giunta Regionale:

- **DGR 924 del 16.10.2020** *“Strategie nell'utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica”*, è stato definito il cosiddetto **“Piano di Mantenimento”**
- **DGR 1006 del 2.11.2020** *“Piano di contenimento”*, che ha previsto la progressione organizzativa-funzionale in relazione alle necessità dettate dall'emergenza facendo riferimento ai posti letto della rete ospedaliera e della rete territoriale.
- **DGR 1096 del 16.11.2020** è stato adottato il cosiddetto **“Piano di salvaguardia”**, prevedendo l'ampliamento progressivo della dotazione di posti letto, sia i posti letto ordinari sia i posti letto di terapia intensiva dedicati COVID. L'operatività dei posti letto si sarebbe sviluppata in maniera progressiva con l'allestimento tecnologico necessario e il reclutamento del personale dedicato.

Sono stati individuati Ospedali COVID, che sono stati particolarmente impegnati in una riconversione temporanea:

- Ospedale della Media Valle del Tevere (Ospedale di base interamente riconvertito)
- Ospedale di Perugia (DEA di II livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Terni (DEA di II livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Città di Castello (DEA di I livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Foligno (DEA di I livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Spoleto (DEA di I livello interamente convertito)

L'obiettivo era quello di creare una sinergia funzionale di tutta la rete ospedaliera per acuti, per gestire separatamente ed in condizioni di sicurezza i pazienti con infezione da CoVID-19 e quelli in attesa di diagnosi.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

A partire dalle due Aziende Ospedaliere che hanno gestito i primi casi SARS-CoV-2 alle strutture dedicate parzialmente o totalmente, nei limiti del perdurare dello stato di emergenza, alla gestione dei pazienti affetti, già possedevano o hanno acquisito caratteristiche strutturali per garantirlo.

Tutte le Strutture Ospedaliere, anche quelle non dedicate parzialmente o totalmente a pazienti infetti, hanno “aree grigie” di osservazione, di regola posizionate nel Pronto Soccorso per lo stazionamento dei Pazienti sospetti per il patogeno pandemico, in attesa di definizione diagnostica.

Accanto alle Strutture per acuti sono state previste “strutture intermedie territoriali”, con lo scopo di garantire un percorso assistenziale completo al paziente fragile/non autosufficiente nella fase di bassa intensità di cura.

Le loro finalità infatti sono state:

- Accogliere pazienti anziani e/o fragili non autosufficienti positivi non gestibili al proprio domicilio
- Accogliere pazienti anziani e/o fragili non autosufficienti ricoverati, ancora positivi, non gestibili al proprio domicilio consentendo un adeguato turn over nei reparti ospedalieri

La permanenza dei pazienti in tali strutture è legata alla negativizzazione laboratoristica.

Con DGR 469 del 20.5.2021 è stato adottato il “Piano Assistenza Ospedaliera – Dotazione Posti Letto e Ripresa attività”

Con DGR 1381 del 31.12.2021 “Emergenza covid-19. Rafforzamento delle misure organizzative per la gestione dell'attuale fase pandemica” è stato approvato il documento ““Rafforzamento delle misure organizzative per la gestione dell'attuale fase pandemica””.

La strategia complessiva delle misure predisposte con l’atto è stata orientata ai seguenti obiettivi:

- Salvaguardare il Servizio Sanitario in maniera tale da tutelare coloro che vi ricorrono e la operatività del sistema
- Gestire le attività socio-sanitarie assistenziali territoriali al fine di evitare il ricovero ospedaliero nei casi positivi pauci-sintomatici con adeguate terapie domiciliari e, laddove indicati, con anticorpi monoclonali.
- Gestire le attività di Tracking e Testing con l’obiettivo di contenere l’aumento del numero dei casi positivi.

Per la rete dei servizi territoriali sono state adottate misure contingenti con le diverse fasi epidemiche con reclutamento di posti letto in RSA destinati a soggetti positivi provenienti dalla dimissione ospedaliera o dal domicilio che avevano bisogno ricoveri a bassa intensità assistenziale non gestibili a domicilio.

Sono state date soprattutto in fase pandemica, pur nel rispetto delle varie fasi dei PDTA implementati specifiche indicazioni e raccomandazione per gli accessi, per la sorveglianza degli ospiti e degli operatori, per l’accesso dei fornitori e dei visitatori, per la definizione dei percorsi formativi, per la formazione, ecc., per la vaccinazione.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI**Contesto attuale**

La rete regionale dei servizi sanitari si compone di strutture ospedaliere e strutture territoriali.

La rete ospedaliera

L'offerta dei posti letto per l'anno 2022 suddivisa per acuti e post-acuti (riabilitazione e lungodegenza) per Presidio Ospedaliero e Stabilimento è riportata nella tabella successiva:

Posti Letto (escluso Nido) al 1.1.2022 (Fonte HSP 12 e HSP13)

PRESIDIO OSPEDALIERO	CODICE STABILIMENTO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	PL ACUTI	PL POST-ACUTI	PL TOTALI
Presidio Ospedaliero Alto Tevere	10080101	Città di Castello	175	4	179
	10080102	Umbertide	35	2	37
Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	100810	Gubbio-Gualdo Tadino	131	4	135
Presidio Ospedaliero Unificato	10080301	Castiglione del Lago	47	4	51
	10080303	Passignano	0	32	32
	10080304	Assisi	50	2	52
	10080307	Media Valle Tevere	75	13	88
Azienda USL Umbria n.1			513	61	574
Azienda Ospedaliera di Perugia	100901	Perugia	786	25	811
SPDC* (sede fisica A.O. Terni)	100602	Terni	11	0	11
Presidio Ospedaliero Foligno	10080901	Foligno	293	30	323
	10080902	Trevi	0	48	48
Presidio Ospedaliero Spoleto	10080501	Spoleto	133	14	147
	10080502	Norcia	22	0	22
	10080503	Cascia	0	20	20
Presidio Ospedaliero Narni/Amelia	10080701	Narni	79	0	79
	10080702	Amelia	33	17	50
	10080703	Domus Gratiae	0	32	32
Presidio Ospedaliero Orvieto	100806	Orvieto	147	28	175
Azienda USL Umbria n.2			718	189	907
Azienda Ospedaliera di Terni	100902	Terni	506	43	549
REGIONE UMBRIA PUBBLICO			2.523	318	2.841
	100702	Porta Sole	71	0	71
	100704	Liotti	60	6	66
	100701	Villa Fiorita	40	10	50
	100703	Lami	50	15	65
	100705	Villa Aurora	30	0	30
		Prosperius	0	112	112
REGIONE UMBRI PRIVATO			251	143	394
REGIONE UMBRI TOTALE			2.774	461	3.235

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

La distribuzione dei posti letto complessiva è riportata in figura successiva.



Dal punto di vista della programmazione dei servizi sanitari ospedalieri, è necessario fare una premessa relativa alle misure di potenziamento del sistema sanitario nazionale adottate nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 con il già citato Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020 [56]. In particolare, all'art.2 del richiamato Decreto, è programmato un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere come segue:

- 0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva, che porterà a regime a 8.679 posti letto complessivi, di cui 3.500 di nuova attivazione
- 0,07 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia semintensiva, di cui il 50% dei posti letto dotati di strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio per l'immediata conversione in posti letto di Terapia Intensiva, che porterà a regime a 4.225 posti letto complessivi, di cui 2.113 convertibili in posti letto di Terapia Intensiva.

Per la Regione Umbria la programmazione per la definizione di tale dotazione è stata stabilita con la DGR 483/2020 che ha previsto:

Terapie Intensive

Terapia Intensiva (cod.49)	PERUGIA	TERNI	CITTA' DI CASTELLO	GUBBIO GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Dotazione iniziale	21	19	6	6	8	4	5	69
Incremento	12	20	10	8	5	2	1	58
TOTALE A REGIME	33	39	16	14	13	6	6	127

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI**Terapie Semintensive**

DISCIPLINA cod.94	PERUGIA	TERNI	CITTA' DI CASTELLO	GUBBIO GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Posti letto di semi- intensiva	14	7	14	0	15	6	6	62
di cui trasformabili in T.I.	7	0	14	0	10	0	0	31

A tali dotazioni si aggiungono quelle complessive di area medica di cui fanno parte le dotazioni di Malattie Infettive (cod. 24) e Pneumologia (cod.68).

Nel piano è stato previsto anche la realizzazione di un Ospedale da Campo con posti letto intensivi, semintensivi e di area medica allo stato già collaudato

Si riporta di seguito una breve sintesi dello stato di attuazione degli interventi previsti dal Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi dell'art. 2 del DL n. 34/2020

Azienda Ospedaliera di Perugia:

- Ristrutturazione del dismesso reparto di terapia intensiva per la realizzazione di n. 12 posti letto TI: contrattualizzazione dell'operatore economico per l'affidamento dei servizi tecnici
- Realizzazione di n. 14 posti letto per terapia semintensiva: completato
- Riorganizzazione e ristrutturazione del PS: contrattualizzazione dell'operatore economico per l'affidamento dei servizi tecnici

Azienda Ospedaliera di Terni:

- Ampliamento della disponibilità di n. 10 posti letto all'interno dell'area di terapia intensiva: progetto di fattibilità tecnica ed economica in corso. Ampliamento della disponibilità di n. 1 posti letto all'interno dell'area di terapia intensiva e di 1 posto letto in UTIC: completato
- Lavori di ristrutturazione ed ampliamento del reparto di malattie infettive per Covid-19 e altre forme infettive per n. 8 posti letto di terapia intensiva: lavori in corso
- Ristrutturazione del reparto di Malattie dell'Apparato Respiratorio, per la realizzazione di n. 7 posti letto di terapia semintensiva: progettazione esecutiva e verifica della stessa terminate, lavori da avviare
- Riorganizzazione e ristrutturazione del PS: progetto di fattibilità tecnica ed economica in corso

Azienda USL Umbria n. 1:

- Città di Castello - trasformazione dell'area destinata ad ambulatorio protetto per la realizzazione di n. 6 pl per terapia intensiva: progettazione definitiva in corso
- Città di Castello - Realizzazione all'interno della attuale terapia intensiva di n. 6 posti letto di T.I. mediante lavori di ristrutturazione edile e adeguamento impiantistico: progettazione definitiva in corso
- Città di Castello - Adeguamento di n.6 posti letto nel reparto di malattie infettive e n.8 posti letto nel reparto pneumologia per terapia semintensiva: progettazione definitiva in corso
- Ospedale Gubbio Gualdo - Ampliamento della disponibilità di posti letto all'interno dell'attuale area di terapia intensiva mediante acquisizione di dotazioni strumentali: completato
- Gubbio Gualdo - Trasformazione dell'ambulatorio di emodinamica allo scopo di realizzare di n. 4 posti letto di terapia intensiva: progettazione definitiva in corso
- Città di Castello - Riorganizzazione e ristrutturazione del PS: progettazione definitiva in corso
- Città di Castello - Realizzazione di percorsi separati per oncologia medica e radioterapia: progettazione definitiva in corso
- Gubbio Gualdo - Riorganizzazione e ristrutturazione del PS: progettazione definitiva in corso

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

Azienda USL Umbria n. 2:

- Foligno - Trasformazione dell'area destinata a Sala Operatoria Piccoli Interventi (SOPI) per la realizzazione di n. 5 pl per terapia intensiva e adeguamento di n. 15 posti letto all'attività di semintensiva: progettazione definitiva in corso
- Spoleto - Ampliamento della disponibilità di n. 2 posti letto all'interno dell'attuale area di terapia intensiva mediante acquisizione di dotazioni strumentali: completato. Adeguamento di n. 6 posti letto di area medica all'attività di semintensiva: progettazione definitiva in corso.
- Orvieto - Ampliamento della disponibilità di n. 1 posto letto all'interno dell'attuale area di terapia intensiva mediante acquisizione di dotazioni strumentali: completato. Adeguamento di n. 6 posti letto di area medica all'attività di semintensiva: progettazione definitiva in corso.
- Foligno – Ampliamento del PS e riorganizzazione dell'intera area: progettazione definitiva in corso
- Spoleto - Ampliamento del PS e riorganizzazione dell'intera area: progettazione definitiva in corso
- Orvieto - Ampliamento del PS e riorganizzazione dell'intera area: progettazione definitiva in corso

La rete territoriale

La rete dei servizi territoriali è operativa nei 12 Distretti Socio-sanitari articolati nel territorio regionale.

Nella tabella successiva è riportata l'organizzazione dei Centri di Salute e il numero delle AFT distrettuali.

AZIENDA USL	DISTRETTO	CENTRI DI SALUTE	PUNTI DI EROGAZIONE SERVIZI (PES)	PUNTI UNICI DI ACCESSO	n. AFT
USL UMBRIA 1	Distretto del Perugino	5	10	1	7
	Distretto dell'Assisano	1	6	1	2
	Distretto della MVT	2	8	1	3
	Distretto del Trasimeno	2	6	1	3
	Distretto dell'Alto Tevere	2	8	1	3
	Distretto dell'Alto Chiascio	2	6	1	2
	TOTALE (6 Distretti)	14	44	6	20
USL UMBRIA 2	Distretto Terni	3	9	1	5
	Distretto Foligno	4	13	1	4
	Distretto Narni Amelia	2	7	1	2
	Distretto Spoleto	2	8	1	2
	Distretto Orvieto	2	5	1	2
	Distretto Valnerina	2	9	1	1
	TOTALE (6 Distretti)	15	51	6	16
UMBRIA		29	95	12	36

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

Nelle tabelle successive sono riportata la numerosità di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie operative nei Distretti individuate per tipologia di assistenza come individuate dal flusso STS 11.

Strutture a gestione diretta

Tipo Struttura	Tipo Assistenza											
	1 Attività Clinica	2 Diagnostica Strumentale e Per Immagini	3 Attività di Laboratorio	4 Attività di Consultorio Familiare	5 Assistenza Psichiatrica	6 Assistenza per Tossicodipendenti	7 Assistenza Aids	8 Assistenza Idrotermale	9 Assistenza agli Anziani	10 Assistenza ai Disabili Fisici	11 Assistenza ai Disabili Psichici	12 Assistenza ai Malati Terminali
Ambulatorio Laboratorio	124	22	16									
Struttura Residenziale					38	1			17	2	1	3
Struttura Semi Residenziale					23	2			14	9	21	
Altro tipo di Struttura	30	5	1	30	45	19	1					1

Strutture a gestione indiretta

Tipo Struttura	Tipo Assistenza											
	1 Attività Clinica	2 Diagnostica Strumentale e Per Immagini	3 Attività di Laboratorio	4 Attività di Consultorio Familiare	5 Assistenza Psichiatrica	6 Assistenza per Tossicodipendenti	7 Assistenza Aids	8 Assistenza Idrotermale	9 Assistenza agli Anziani	10 Assistenza ai Disabili Fisici	11 Assistenza ai Disabili Psichici	12 Assistenza ai Malati Terminali
Ambulatorio Laboratorio	24	19										
Struttura Residenziale					30	32	1		45	8	12	
Struttura Semi Residenziale					6	5			3	7	10	
Altro tipo di Struttura	1				2			2				

Nella tabella successiva l'offerta dei posti letto nelle strutture residenziali comprese le strutture ex art. 26

AZIENDA	Tipologia di Assistenza	Numero strutture	Posti Letto
	Residenze Protette Anziani	21	988

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

USL UMBRIA 1	RSA	6	122
	Assistenza ai disabili fisici	2	96
	Assistenza ai disabili psichici	7	85
	Assistenza psichiatrica	30	295
	Assistenza per tossicodipendenti	5	82
	Assistenza ai malati terminali Hospice	1	10
	Assistenza AIDS	1	12
	Ex art. 26 residenziale	5	188
	Totale	78	1.878
USL UMBRIA 2	Residenze Protette Anziani	32	1.234
	RSA	3	146
	Assistenza ai disabili fisici	8	36
	Assistenza ai disabili psichici	6	78
	Assistenza psichiatrica	38	294
	Assistenza per tossicodipendenti	28	239
	Assistenza ai malati terminali Hospice	2	20
	Totale	117	2.047
UMBRIA	195	3.925	

L'attuale configurazione della rete dei servizi territoriali è in evoluzione in base a quanto previsto:

- dalla DGR 916 del 14/10/2020- Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale della Regione Umbria. Aggiornamento della D.G.R. n. 710 del 05/08/2020
- dal PNRR che individua le strutture secondo i criteri del DM 71.
- dall'evoluzione dei Servizi che potrà prevedere il nuovo PSR in fase di completamento di stesura

Per quanto attiene la realizzazione del Piano del territorio nel rispetto della **DGR 916 del 14/10/2020** la Regione Umbria ha definito il suddetto Piano nel rispetto delle indicazioni e nel rispetto del tetto di risorse assegnate dal Ministero della Salute alla Regione con lo scopo per l'anno 2020 di rafforzare l'offerta sanitaria e socio sanitaria territoriale necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione dell'infezione SARS-CoV-2 e che in sintesi prevede di:

- Rafforzare la rete dei servizi territoriali in particolare l'ADI anche con l'utilizzo della tecnologia a domicilio
- Creare Strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione
- Il Potenziamento dei Servizi Infermieristici territoriali con adeguamento del numero di IF/IC di 8 ogni 50.000 abitanti
- Il rafforzamento delle USCA
- L'attivazione della COT

Per quanto attiene al **PNRR**

L'assetto del Territorio secondo gli orientamenti del modello di assistenza Territoriale definito da Agenas e dal DM 71 è stato definito in Umbria nel rispetto di una serie di criteri.

Tali criteri, definiti a seguito di indicazioni Ministeriali, che hanno portato alla dislocazione territoriale di Ospedali di comunità, Case di Comunità e Centrali Operative Territoriali sono i seguenti:

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

2. Copertura territoriale rispetto agli standard normativi,
3. Dislocazione geografica in funzione di una corretta programmazione sanitaria,
4. Verifica fattibilità tecnica lavori,
5. Coerenza con l'orizzonte temporale delineato per gli interventi del PNRR.

Casa di comunità: punto di riferimento continuativo per la popolazione che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento, in cui opera un'équipe multiprofessionale (Fonte Agenas DM71: modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio).

Per la Regione Umbria il target Regionale: n.17 CdC per il PNRR alle quali si aggiungono altre 4 CdC finanziate con altri finanziamenti Aziendali e Regionali per un totale di 21 Case della Comunità come in figura successiva.

Azienda	Comune	Localizzazione
AUSL Umbria 1	Città di Castello	Via Vasari
	Umbertide	Largo Cimabue
	Magione	Piazza Simoncini
	Città della Pieve	Casa della Salute
	Gubbio	Piazza 40 Martiri
	Bastia Umbra	Palazzo della Salute
	Perugia	Via XIV Settembre
	Perugia – Ponte San Giovanni	Via Cestellini
	Marsciano	Casa della Salute
	Todi	Via Giacomo Matteotti, 123
AUSL Umbria 2	Montefalco	Via Ringhiera Umbra
	Spoletto	Via Aldo Manna
	Nocera Umbra	Via Martiri della libertà snc
	Norcia	Viale dell'ospedale
	Cascia	Via Giovanni XXIII
	Trevi	Casa della Salute
	Terni	Viale Trieste
	Amelia	Via I° Maggio
	Narni	Fuori porta ternana
	Orvieto	Piazza Duomo
Fabro	Via Gramsci	



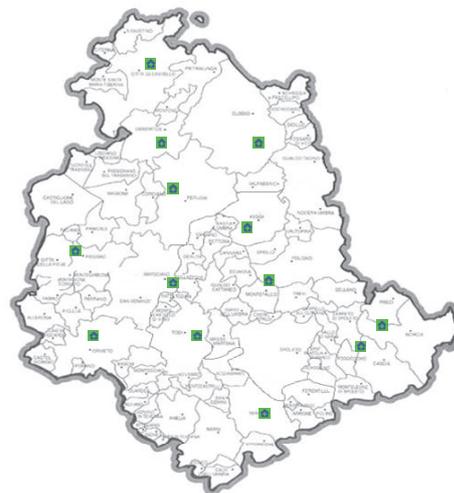
Ospedale di Comunità: fattispecie riconducibile alle attuali RSA (struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale). Le caratteristiche degli ospedali di comunità sono le seguenti:

- 1 ospedale di Comunità (20 posti letto) ogni 50.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo. Può avere sede propria, essere collocato in una CdC in strutture sanitarie polifunzionali o presso presidi ospedalieri riconvertiti;
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti (c.a. 350 p.l. in totale Regione Umbria);
- Personale minimo: 9 infermieri, 6 operatori socio-sanitari e un medico per almeno 4 ore al giorno 7 giorni su 7.

Per la Regione Umbria il target Regionale: n.5 OdC per il PNRR ai quali si aggiungono altri 8 OdC finanziati con altri finanziamenti Aziendali e Regionali per un totale di 13 Ospedali di Comunità distribuiti come in figura successiva.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

Azienda	Comune	Localizzazione
AUSL Umbria 1	Città di Castello	Ospedale
	Umbertide	Ospedale
	Città della Pieve	Casa della Salute
	Gubbio	Ospedale Branca
	Assisi	Ospedale
	Perugia	Centro servizi Grocco
	Marsciano	Casa della Salute
AUSL Umbria 2	Pantalla	Ospedale MVT
	Montefalco	Via Ringhiera umbra
	Norcia	Via dell'Ospedale
	Cascia	Via Giovanni XXIII
	Terni	Viale Trento
Orvieto	Piazza Duomo	



COT- Infine le Centrali operative territoriali aventi la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli Ospedali e con la rete di emergenza-urgenza. Da PNRR sono previste 9 COT una ogni 100.000 abitanti, la strutturazione prevede 1 Hub e 5 Spoke, in ogni sede Spoke verranno strutturati 2 moduli come in figura successiva.

Azienda	Comune	Localizzazione	Tipologia
AUSL Umbria 1	Perugia	Via XIV settembre	HUB
	Città di Castello	Via Vasari	SPOKE 2 moduli
	Perugia	Via XIV settembre	SPOKE 2 moduli
AUSL Umbria 2	Spoletto	Via Aldo Manno	SPOKE 2 moduli
	Terni	Viale Trieste	SPOKE 2 moduli

Da Piano Sanitario Regionale la strutturazione della COT prevede 1 Hub e 5 Spoke ma da PNRR sono previste 9 COT, una ogni 100.000 ab. Pertanto le sedi Spoke verranno strutturate in due moduli ciascuna.



LEGENDA CASE DI COMUNITÀ
 Spoke
 Hub

Definizione della rete dei servizi per gestire una pandemia influenzale

Sulla base dell'esperienza matura per la preparazione e risposta ad una pandemia influenzale si confermano la rete ospedaliera Hub & Spoke e la rete territoriale utilizzata nel corso della pandemia COVID in attesa della configurazione definitiva prevista dalla DGR 483/2020 e dell'assetto territoriale previsto dal completamento del Piano del territorio DGR 916/2020 e dalle strutture individuate nel PNRR.

Per la programmazione dei servizi sanitari da effettuare in fase inter-pandemica vengono considerati come

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

probabili i due scenari documentati nelle serie storiche contemporanee, ovvero:

- Pandemie influenzali “classiche”, descritte nel 1963 e nel 1957 con R0 compreso nel range 1.3-1.8 e riassunto nel Piano Nazionale nello scenario pandemico considerato più probabile, con R0=1,7 e maggiore gravità clinica;
- Pandemie influenzali “lievi”, come la pandemia del 2009, riassunte nel Piano Nazionale con uno scenario pandemico possibile con R0=1,4 e gravità clinica minore.

Sulla base di quanto previsto dal Piano Nazionale sono stimati gli scenari a livello della Regione Umbria per definire la rete assistenziale.

Inoltre la Regione Umbria sta redigendo il PSSR di cui si dovrà tener conto per la revisione del Piano Pandemico

Allo stato attuale quindi tenendo conto della rete dei servizi attuale per gestire un'emergenza pandemica vengono individuati i seguenti ospedali della rete

STRUTTURA	TIPO
OSPEDALE PERUGIA	HUB
OSPEDALE TERNI	HUB
OSPEDALE CITTA' DI CASTELLO	SPOKE
OSPEDALE GUBBIO GUALDO	SPOKE
OSPEDALE FOLIGNO	SPOKE
OSPEDALE SPOLETO	SPOKE
OSPEDALE ORVIETO	SPOKE
OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE	SPOKE

Tali strutture in rete fra loro possono garantire l'accoglienza dei pazienti che necessitano di isolamento e assistenza in terapia intensiva, semintensiva e di area medica con diverse intensità di cura.

La scelta cade su tali strutture perché sono le stesse individuate per la dotazione strutturale a regime prevista dalla DGR 483/2020 con aggiunta dell'Ospedale della Media Valle del Tevere che ha maturato molta esperienza e attivato procedure per la gestione dei pazienti di area medica in trasferimento dagli HUB.

Queste strutture ospedaliere garantiscono sicurezza nella gestione del percorso del paziente con adeguata organizzazione dei servizi e delle procedure di separazione dei percorsi, di gestione delle attività e della loro rimodulazione. La rimodulazione dell'attività deve essere flessibile in relazione all'andamento epidemico e nel rispetto dei piani di rimodulazione,

Per la presa in carico territoriale delle persone dimesse dal ricovero ospedaliero sono previsti, come già in essere, specifici percorsi di continuità ospedale-territorio con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza offrendo assistenza alla persona ed evitando che questo passaggio diventi occasione di contagio.

L'offerta di 127 posti letto di Terapia Intensiva è realizzata anche sfruttando appieno i **moduli eSterni prefabbricati** forniti dalla struttura Commissariale che potranno essere utilizzati in alternativa alle strutture interne dove si sta provvedendo alla realizzazione dei lavori per l'adeguamento previsto dalla DGR 483/2020 o in caso di scenari catastrofici anche come aggiuntivi superando il target di 127 posti.

STRUTTURA	POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA
Ospedale di Perugia	10
Ospedale di Terni	12
Ospedale di Città di Castello	10
Ospedale di Foligno	12

A questi letti si aggiungono anche le disponibilità dei posti letto previsti nell'Ospedale da Campo della Regione Umbria.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

L'attivazione di 127 posti letto complessivi o ulteriori necessita del reclutamento di personale, in relazione ai posti attivabili in quanto strutturalmente adeguati.

L'attivazione immediata può essere realizzata solo con il trasferimento di personale e quindi allo stato attuale con riduzione delle attività chirurgiche elettive e recupero di personale Anestesista dalle Sale Operatorie.

Per la risposta ad una pandemia influenzale è previsto il reclutamento delle strutture in base al verificarsi dei 3 scenari con un modello progressivo di reclutamento dei posti letto di Terapia Intensiva, di Semintensiva e di Area Medica e anche delle strutture territoriali in base a 3 scenari di riferimento.

Sulla base di quanto previsto dal Piano Nazionale sono stimati gli scenari a livello della Regione Umbria come di seguito riportato:

SCENARIO 1 con $R_t = 1.4$

- Ospedale Perugia
- Ospedale Terni
- RSA Terni
- RSA Perugia
- Covid Hotel

SCENARIO 2 con R_t tra 1.4 e 1.7

- Ospedale Perugia
- Ospedale Terni
- Ospedale Città di Castello
- Ospedale Foligno
- RSA Terni
- RSA Perugia
- Covid Hotel

SCENARIO 3 con $R_t > 1.7$

- Ospedale Perugia
- Ospedale Terni
- Ospedale Città di Castello
- Ospedale Foligno
- Ospedale Gubbio- Gualdo Tadino
- Ospedale Spoleto
- Area Medica Media Valle del Tevere
- Ospedale da Campo Regione Umbria
- RSA Terni
- RSA Perugia
- Covid Hotel

Di seguito si riporta lo sviluppo dei posti letto nel dettaglio

SCENARIO 1 – livello base

A questo livello sono coinvolti i 2 HUB e si definisce con 13 posti letto di Terapia Intensiva e 72 posti letto di area medica dedicati

- Ospedale Perugia
- Ospedale Terni

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

La dotazione riportata in tabella precedente è quella che sarà attiva per lo scenario 1

OSPEDALE	POSTI LETTO T.I. COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO T.I. DEDICATI	POSTI LETTO AREA MEDICA DEDICATI	Di cui POSTI LETTO SEMINTENSIVA DEDICATI (1)	TOTALE POSTI LETTO DEDICATI
Perugia	21	7	35	9	42
Terni	26	6	37	4	43
Città di Castello	6	0	0	0	0
Gubbio-Gualdo	6	0	0	0	0
Foligno	10	0	0	0	0
Spoletto	5	0	0	0	0
Orvieto	5	0	0	0	0
Media Valle del Tevere	0	0	0	0	0
TOTALE	79	13	72	13	85

(1) = rientrano nel totale dei posti letto di area medica

A livello di strutture territoriali nell'ambito delle 2 strutture di RSA di Perugia e Terni sono attivabili posti letto per gli isolamenti di pazienti che necessitano di cure di bassa intensità assistenziali in dimissioni dai reparti per acuti dedicati, o provenienti dal domicilio o da strutture territoriali

RSA	POSTI LETTO COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO ATTIVABILI PER ISOLAMENTO
Perugia	32	12
Terni	32	12
TOTALE	64	24

Sono attivabili le due strutture già adibite a Hotel reclutando un numero di posti per gestire le situazioni che necessitano di isolamento

HOTEL di ISOLAMENTO	POSTI ATTIVABILI PER NECESSITA' DI ISOLAMENTO
Hotel Umbria Area Nord	24
Struttura Umbria Area Sud	16
TOTALE	40

SCENARIO 2

A questo livello aumentano le necessità di posti letto per incremento dell'incidenza dell'infezione in atto. Il monitoraggio costante dell'occupazione dei posti letto consente di attivare lo scenario quando l'occupazione arriva a 60 posti letto di area medica e/o di 9 di Terapia Intensiva

A questo livello sono coinvolti:

- Ospedale Perugia
- Ospedale Terni
- Ospedale Città di Castello
- Ospedale Foligno
- RSA Terni
- RSA Perugia
- Covid Hotel

L'attivazione avviene in maniera progressiva passando per due sub-scenari successivi al fine di mantenere l'operatività delle altre attività non infettive, nonché prestazioni di più alta intensità di cura presso i DEA di secondo livello.

La dotazione riportata in tabella precedente è quella che sarà attiva per lo sub-scenario 2a

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

OSPEDALE	POSTI LETTO T.I. COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO T.I. DEDICATI	POSTI LETTO AREA MEDICA DEDICATI	Di cui POSTI LETTO SEMINTNSIVA DEDICATI (1)	TOTALE POSTI LETTO DEDICATI
Perugia	25	10	53	9	63
Terni	26	6	37	4	43
Città di Castello	7	0	16	0	16
Gubbio-Gualdo	8	0	0	0	0
Foligno	10	0	14	4	14
Spoletto	5	0	0	0	0
Orvieto	5	0	0	0	0
Media Valle del Tevere	0	0	0	0	0
TOTALE	86	16	120	17	136

(1) = rientrano nel totale dei posti letto di area medica

Nei 2 DEA di II livello vengono attivati posti dedicati di Ostetricia per la garanzia del percorso nascita e posti letto dedicati in Pediatria.

In tutte le strutture Ospedaliere sono attivi posti di isolamento diagnostico, percorsi dedicati di accesso ai pazienti sospetti covid e i percorsi dedicati alle diverse tipologie di pazienti già operative (dialisi, oncologia, ematologia, patologie tempo-dipendenti)

Tutti i pazienti che accedono al ricovero programmato devono essere sottoposti a testing:

- Garanzia dei percorsi per tutte le patologie con separazione dei percorsi per le patologie infettive
- I ricoveri programmati vanno testati 24/48 ore prima e se positivi vanno rinviati salvo valutazione rischio-beneficio che indica il ricovero ma in reparto covid
- I pazienti di accesso al pronto soccorso solo se destinati al ricovero
- Disposizioni specifiche per utilizzo dei previsto DPI per operatori, pazienti, fornitori, visitatori.....
- Obbligo di garantire il mantenimento della distanza di sicurezza individuale
- Obbligo di garantire la accurata igienizzazione delle superfici di contatto
- Disposizioni per il triage e la gestione degli accessi dei pazienti, degli accompagnatori, dei visitatori dei fornitori....
- Disposizioni specifiche per ingresso minori, disabili gravi e pazienti terminali
- Definizione dei percorsi ambulatoriali

A livello si strutture territoriali nell'ambito delle 2 strutture di RSA di Perugia e Terni sono attivabili posti letto per gli isolamenti di pazienti che necessitano di cure di bassa intensità assistenziali in dimissioni dai reparti per acuti dedicati, o provenienti dal domicilio o da strutture territoriali

RSA	POSTI LETTO COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO ATTIVABILI PER ISOLAMENTO
Perugia	32	12
Terni	32	12
TOTALE	64	24

Sono attivabili le due strutture già adibite a Hotel reclutando un numero di posti per gestire le situazioni di isolamento

HOTEL di ISOLAMENTO	POSTI ATTIVABILI PER NECESSITA' DI ISOLAMENTO
Hotel Umbria Area Nord	24
Struttura Umbria Area Sud	16
TOTALE	40

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

Con occupazione di 110 posti letto di area medica e/o di 12 di Terapia Intensiva si attiva il sub-scenario 2b

La dotazione riportata in tabella precedente è quella che sarà attiva per lo scenario 2b

OSPEDALE	POSTI LETTO T.I. COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO T.I. DEDICATI	POSTI LETTO AREA MEDICA DEDICATI	Di cui POSTI LETTO SEMINTNSIVA DEDICATI (1)	TOTALE POSTI LETTO DEDICATI
Perugia	25	10	53	9	63
Terni	26	6	37	7	43
Città di Castello	7	0	30	0	30
Gubbio-Gualdo	8	0	0	0	0
Foligno	10	0	30	8	30
Spoletto	5	0	0	0	0
Orvieto	5	0	0	0	0
Media Valle del Tevere	0	0	0	0	0
TOTALE	86	16	150	24	166

(1) = rientrano nel totale dei posti letto di area medica

Nei 2 DEA di II livello vengono attivati posti dedicati di Ostetricia per la garanzia del percorso nascita e posti letto dedicati in Pediatria.

A questo livello vengono rimodulate le attività programmate in base alla valutazione rischio beneficio per livelli progressivi.

La C.O. 118 adegua la necessità di mezzi di trasporto sia primari che secondari nel rispetto di quanto già indicato nella DGR 924/2020.

A livello di strutture territoriali nell'ambito delle 2 strutture di RSA di Perugia e Terni sono attivabili posti letto per gli isolamenti di pazienti che necessitano di cure di bassa intensità assistenziali in dimissioni dai reparti per acuti dedicati, o provenienti dal domicilio o da strutture territoriali

RSA	POSTI LETTO COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO DEDICATI
Perugia	32	18
Terni	32	18
TOTALE	64	36

Sono sempre attivi le due strutture adibite a Hotel che ampliano l'offerta

HOTEL di ISOLAMENTO	POSTI TOTALI
Hotel Umbria Area Nord	40
Struttura Umbria Area Sud	16
TOTALE	56

SCENARIO 3 - si attiva con occupazione di 130 posti letto di area medica e/o di 12 di Terapia Intensiva

A questo livello sono coinvolti:

- Ospedale Perugia
- Ospedale Terni
- Ospedale Città di Castello
- Ospedale Foligno
- Ospedale Gubbio- Gualdo Tadino
- Ospedale Spoleto
- Area Medica Media Valle del Tevere

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

- Ospedale da Campo Regione Umbria
- RSA Terni
- RSA Perugia
- Covid Hotel

L'attivazione avviene in maniera progressiva passando per due sub-scenari successivi al fine di mantenere sempre l'operatività in tutte le strutture a garanzia dei livelli essenziali di assistenza in tutti i territori rimodulando le attività sempre in base alla valutazione rischio/beneficio ma senza mai arrivare a condizioni di sospensione completa delle stesse.

La dotazione riportata in tabella precedente è quella che sarà attiva per lo scenario 3a

OSPEDALE	POSTI LETTO T.I. COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO T.I. DEDICATI	POSTI LETTO AREA MEDICA DEDICATI	Di cui POSTI LETTO SEMINTENSIVA DEDICATI (1)	TOTALE POSTI LETTO DEDICATI
Perugia	25	10	78	13	88
Terni	26	6	47 (2)	17 (2)	53
Città di Castello	10	0	30	0	30
Gubbio-Gualdo	8	0	16	6	16
Foligno	10	5	38 (2)	20 (2)	43
Spoletto	5	0	0	0	0
Orvieto	5	0	0	0	0
Media Valle del Tevere	0	0	0	0	0
TOTALE	89	21	209	56	230

(1) = rientrano nel totale dei posti letto di area medica

(2) = sono posti di codice 94 di cui 10 a Terni e 12 a Foligno attivati nel modulo fornito dalla struttura commissariale, se necessario trasformabili in terapia intensiva

Con occupazione di 190 posti letto di area medica e/o di 16 di Terapia Intensiva si attiva il sub-scenario 3b

Per lo scenario 3 in base allo scenario epidemico si possono attivare due soluzioni organizzative funzionali alle necessità di ricovero

La dotazione riportata in tabella precedente è quella che sarà attiva per lo scenario 3b

PRIMA SOLUZIONE

La dotazione riportata in tabella precedente è quella che sarà attiva per lo scenario 3b

OSPEDALE	POSTI LETTO T.I. COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO T.I. DI CUI DEDICATI	POSTI LETTO AREA MEDICA DEDICATI	Di cui POSTI LETTO SEMINTENSIVA DEDICATI (1)	TOTALE POSTI LETTO DEDICATI
Perugia	35 (3)	20 (3)	78	13	98
Terni	26	10	47 (2)	17(2)	57
Città di Castello	10	0	30	0	30
Gubbio-Gualdo	8	0	16	6	16
Foligno	10	0	38 (2)	20 (2)	38
Spoletto	10 (3)	5 (3)	24	0	29
Orvieto	5	0	0	0	0
Media Valle del Tevere	0	0	24	0	24
TOTALE	104	35	257	56	292

(1) = rientrano nel totale dei posti letto di area medica

(2) = sono posti di codice 94 di cui 10 a Terni e 12 a Foligno attivati nel modulo fornito dalla struttura commissariale, se necessario trasformabili in terapia intensiva

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

(3) = i posti letto in questo scenario diventano attivi solo se la situazione lo richiede al fine di non dedicare risorse a moduli di terapia intensiva se non vi è necessità di occupazione, le strutture interessate devono rendere disponibili i posti letto nelle tempistiche richiesto dal Commissario Covid.

SECONDA SOLUZIONE

La dotazione riportata in tabella precedente è quella che sarà attiva per lo scenario 3b

OSPEDALE	POSTI LETTO T.I. COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO T.I. DI CUI DEDICATI	POSTI LETTO AREA MEDICA DEDICATI	Di cui POSTI LETTO SEMINTENSIVA DEDICATI ⁽¹⁾	TOTALE POSTI LETTO DEDICATI
Perugia	35 (3)	20 (3)	78	13	98
Terni	26	10	47 (2)	17(2)	57
Città di Castello	10	0	30	0	30
Gubbio-Gualdo	8	0	14	6	14
Foligno	22 (3)	12 (3)	30	8	42
Spoletto	10 (3)	5 (3)	24	0	29
Orvieto	5	0	0	0	0
Media Valle del Tevere	0	0	24	0	24
TOTALE	116	47	247	44	294

⁽¹⁾ = rientrano nel totale dei posti letto di area medica

⁽²⁾ = sono posti di codice 94 di cui 10 a Terni attivati nel modulo fornito dalla struttura commissariale, se necessario trasformabili in terapia intensiva

⁽³⁾ = i posti letto in questo scenario diventano attivi solo se la situazione lo richiede al fine di non dedicare risorse a moduli di terapia intensiva se non vi è necessità di occupazione, le strutture interessate devono rendere disponibili i posti letto nelle tempistiche richiesto dal Commissario Covid.

Restano tutte le indicazioni del livello precedente.

Per la rimodulazione delle attività mediche e chirurgiche programmate in questo scenario va attuato il II° livello e se necessario, in funzione dell'andamento pandemico, il III° livello.

RSA	POSTI LETTO COMPLESSIVI	Di cui POSTI LETTO DEDICATI (***)
Perugia	32	12
Terni	32	12
TOTALE	64	24

^(***) = la trasformazione da non covid a covid avviene solo se la situazione le strutture interessate devono rendere disponibili i posti letto nelle tempistiche richieste dall'Unità di Crisi

Sono sempre attivi le due strutture adibite a Hotel

HOTEL	POSTI TOTALI
Hotel Umbria Area Nord	40
Struttura Umbria Area Sud	20
TOTALE	60

IN PREVISIONE DEL SUPERAMENTO DELLO SCENARIO 3 SI PROVVEDE AL RECLUTAMENTO DI STRUTTURE OSPEDALIERE DEDICATE E DI STRUTTURE ALTERNATIVE

L'elemento indispensabile resta la flessibilità del sistema sanitario. L'impatto in termini di domanda di assistenza e di servizi sanitari, superiore a quelli stimabili in questo ultimo anno ha richiesto rapidi interventi per incrementare il numero di posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva e per adeguare le dotazioni di personale destinate all'assistenza ospedaliera.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

Per quanto riguarda la programmazione della rete ospedaliera, infatti l'esperienza della pandemia Covid-19 ha evidenziato l'importanza dei seguenti aspetti di intervento:

- riconversione dell'offerta dei presidi ospedalieri individuati per la gestione dei pazienti affetti dalla patologia emergente e conseguente riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera in modo da garantire la gestione delle altre patologie;
- riorganizzazione dei posti letto dei presidi ospedalieri, tradizionalmente strutturati in base a criteri di specializzazione clinica, in specifiche aree per intensità clinica e complessità assistenziale crescente;
- adeguato dimensionamento del servizio di soccorso territoriale di emergenza-urgenza attraverso un modello omogeneo sia in termini di numero mezzi di soccorso in rapporto alla popolazione, sia in termini di tipologia di mezzi, professionalità impiegate ed equa disponibilità di risorse umane;
- previsione di una adeguata rete logistica, organizzata per la manutenzione e allocazione delle attrezzature e delle strumentazioni.
- acquisizione di attrezzature sanitarie necessarie per migliorare l'assistenza respiratoria sub-intensiva (Ventilazione Non-Invasiva) aumentando la flessibilità organizzativa e acquisizione di telemetrie in grado migliorare la connettività interna delle tecnologie sanitarie e la gestione dei pazienti a distanza (CRF Missione 6 C2 PNRR)
- revisione degli impianti di condizionamento e di ventilazione sia degli Hub che degli Spoke ospedalieri in modo tale da consentire la separazione e la filtrazione dei locali a rischio infettivo in modo flessibile ad adeguato alle variabili necessità di isolamento ; quanto sopra in linea con quanto previsto dalle Linee Guida ECDC "Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - sixth update, 9 February 2021"
- revisione dei contratti in condizioni di emergenza nei confronti delle Ditte di erogatrici dei servizi di Pulizia allo scopo di flessibilizzare l'intervento e migliorare la sicurezza degli operatori
- revisione del Prontuario dei Disinfettanti in essere presso gli Hub e gli Spoke ospedalieri in modo tale da flessibilizzare ed articolare meglio la risposta preventiva alla contaminazione virale e batterica
- acquisizione di tecnologie sanitarie aggiornate allo scopo di migliorare la disinfezione dei locali destinati ad accogliere pazienti infettivi anche in modo transitorio
- adeguato dimensionamento e piani di potenziamento dei posti letto – dotati delle necessarie professionalità, di tecnologie e di servizi;
- riallocazione delle competenze specialistiche, ordinariamente accentrate nei vari reparti, in modo da poter disporre del personale necessario e conseguente flessibilità organizzativa al fine di una rapida destinazione del personale ad altre funzioni/attività rispetto a quelle normalmente svolte;
- necessità di un coordinamento regionale per la gestione delle disponibilità e miglior utilizzo delle risorse e per la gestione del personale e di un coordinamento regionale della rete dei posti letto per acuti e post acuti al fine di consentire un monitoraggio ed una pianificazione delle attività necessarie a garantire sia l'assistenza nelle Terapie Intensive sia l'operatività delle Sale Operatorie per l'emergenza/urgenza, e per le attività elettive;
- adeguata strutturazione dei servizi di Pronto Soccorso (separazione dei percorsi, istituzione di aree di pre-triage distinte, area di attesa dedicata, ambulatorio per casi sospetti in attesa di diagnosi, accesso diretto e percorsi dedicati per mezzi di soccorso con spazi di attesa per casi sospetti barellati, diagnostica radiologica dedicata);
- adeguato dimensionamento del servizio di soccorso territoriale di emergenza-urgenza attraverso un modello omogeneo sia in termini di numero mezzi di soccorso in rapporto alla popolazione, sia in termini di tipologia di mezzi, professionalità impiegate ed equa disponibilità di risorse umane;
- previsione di una adeguata rete logistica, organizzata per la manutenzione e allocazione delle attrezzature e delle strumentazioni.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

In previsione del superamento dello scenario 3, determinato dalle previsioni del contesto epidemico, l’UCRESP con il supporto del Comitato Pandemico pianificano gli interventi per mitigare l’evoluzione della pandemia e parallelamente per adeguare la rete dei servizi sanitari alle necessità assistenziali e il reclutamento di ulteriori strutture recettive.

STRUTTURE RECETTIVE PER SOGGETTI POSITIVI

Considerata l’emergenza rappresentata dalla diffusione di una pandemia influenzale si rende necessario individuare strutture ricettivo-alberghiere per ospitare le persone asintomatiche o paucisintomatiche risultate positive al patogeno emergente, che per condizioni socio-abitative non hanno la possibilità di permanere a domicilio in sicurezza.

Si sottolinea che sono già attive in tal senso, fin dalla prima fase dell’emergenza, la struttura di Villa Muzi a Città di Castello con 20 posti e, successivamente, l’Hotel Melody a Deruta, con una potenzialità di 54 posti. La Protezione Civile ha già individuato in corso di emergenza Covid altre strutture che andranno verificate al momento dell’emergenza per il loro reale reclutamento.

I covid hotel, in Umbria, sono stati individuati su disposizione del COR a seguito di apposita ricognizione e sopralluoghi da parte di squadre multidisciplinari composte da prefettura competente, ASL, Vigili del Fuoco, Protezione Civile, Anci, Comune interessato.

Le caratteristiche necessarie oggetto di verifica sono state considerate principalmente:

- 1) regolarità da un punto di vista degli aspetti di sicurezza statica e antincendio degli edifici;
- 2) posizione geografica e raggiungibilità dalle infrastrutture viarie principali e secondarie;
- 3) aspetti logistici generali legati alla possibilità di avere più ingressi separati, piu' piani per possibile utilizzo differenziato;
- 4) disponibilità di possibili locali "ad hoc" per gli operatori sanitari;
- 5) numero e tipologia di camere;
- 6) servizi igienici;
- 7) presenza o meno di cucine e spazi comuni e loro caratteristiche;
- 8) aspetti legati alla sanificabilità delle superfici (materiali impiegati per camere, corridoi, ecc..);
- 9) impianti e logo gestione.

A seguito di verbale di sopralluogo di idoneità, georeferenziazione e acquisizione planimetrie, scelta strutture da utilizzare e contrattualizzazione per i tempi necessari, individuando soggetto deputato alla gestione.

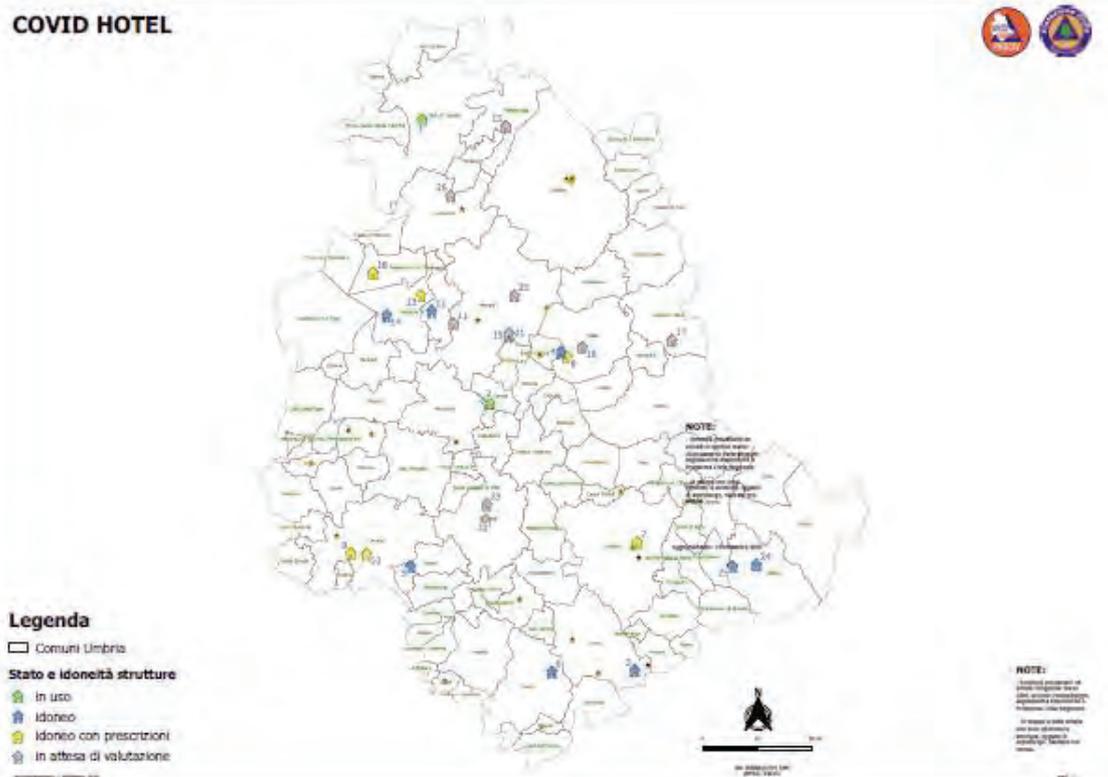
La mappatura in tabella e figura successiva

NUMERO	COMUNE	RECAPITO	NUMERO	TEL.	V. INFO.	INFO. SITO	NUMERO CAMERE
1	Castello	07431	1	07431			20
2	Deruta	07451	2	07451			54
3	Assisi	07551	3	07551			12
4	Perugia	07551	4	07551			12
5	Assisi	07551	5	07551			12
6	Assisi	07551	6	07551			12
7	Assisi	07551	7	07551			12
8	Assisi	07551	8	07551			12
9	Assisi	07551	9	07551			12
10	Assisi	07551	10	07551			12
11	Assisi	07551	11	07551			12
12	Assisi	07551	12	07551			12
13	Assisi	07551	13	07551			12
14	Assisi	07551	14	07551			12
15	Assisi	07551	15	07551			12
16	Assisi	07551	16	07551			12
17	Assisi	07551	17	07551			12
18	Assisi	07551	18	07551			12
19	Assisi	07551	19	07551			12
20	Assisi	07551	20	07551			12
21	Assisi	07551	21	07551			12
22	Assisi	07551	22	07551			12
23	Assisi	07551	23	07551			12
24	Assisi	07551	24	07551			12
25	Assisi	07551	25	07551			12
26	Assisi	07551	26	07551			12
27	Assisi	07551	27	07551			12
28	Assisi	07551	28	07551			12
29	Assisi	07551	29	07551			12
30	Assisi	07551	30	07551			12
31	Assisi	07551	31	07551			12
32	Assisi	07551	32	07551			12
33	Assisi	07551	33	07551			12
34	Assisi	07551	34	07551			12
35	Assisi	07551	35	07551			12
36	Assisi	07551	36	07551			12
37	Assisi	07551	37	07551			12
38	Assisi	07551	38	07551			12
39	Assisi	07551	39	07551			12
40	Assisi	07551	40	07551			12
41	Assisi	07551	41	07551			12
42	Assisi	07551	42	07551			12
43	Assisi	07551	43	07551			12
44	Assisi	07551	44	07551			12
45	Assisi	07551	45	07551			12
46	Assisi	07551	46	07551			12
47	Assisi	07551	47	07551			12
48	Assisi	07551	48	07551			12
49	Assisi	07551	49	07551			12
50	Assisi	07551	50	07551			12

NUMERO	SITUAZIONE	SITUAZIONE	NOTE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

COVID HOTEL



TIPOLOGIA DI PAZIENTI E DI ASSISTENZA

Gli Hotel sono destinati a:

- soggetti (non necessariamente residenti nel territorio del Distretto dove si trova la struttura) positivi, asintomatici o paucisintomatici, impossibilitati a restare in isolamento domiciliare presso la propria abitazione
- soggetti positivi (anche in questo caso, non necessariamente residenti nel territorio del Distretto dove si trova la struttura) dimessi da un ospedale della Regione clinicamente guariti, ma non ancora negativizzati o con dichiarazione di fine isolamento, che non possono continuare la quarantena a domicilio.

Gli Hotel devono prevedere anche forme di accoglienza per livelli assistenziali diversi, in particolar modo dedicati alla presa in carico di particolari categorie di pazienti non riconducibili al domicilio per le condizioni socio-sanitarie che necessitano di livello assistenziale di base in ADI e alto impegno tutelare e che quindi possano ospitare anche un care giver, evitando di aumentare la pressione in ingresso a strutture intermedie con livelli assistenziali per post-acuti (100% sanitario) quando non necessario o di ritardare una dimissione ospedaliera da reparti per acuti.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo setting è quello di garantire il doppio standard di:

1. isolamento delle persone che per condizioni socio-abitative non possono permanere presso il loro domicilio;
2. monitoraggio medico e infermieristico continuo di persone positive al patogeno emergente, al fine di individuare tempestivamente possibili segni premonitori di peggioramento clinico, nonostante la asintomaticità/paucisintomaticità al momento dell'ingresso nell'albergo sanitario.

ALLEGATO 3.2C - DEFINIZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

L'albergo sanitario è una struttura ricettivo-alberghiera, a norma in materia di prevenzione incendi, con certificato di agibilità e collaudo statico e con tutti i requisiti previsti per l'esercizio di tale attività. Integra le proprie funzioni implementando una rete di collegamenti ai servizi sanitari di riferimento per eventuali consulenze e/o supporto.

L'accesso alla struttura potrà avvenire, con modalità predefinite, sia dall'ospedale sia dal territorio e sarà governata dalla COT.

La struttura, dotata di camere individuali con accesso a bagno personale, dovrà garantire l'isolamento del soggetto positivo, la pulizia, la lavanderia e la sanificazione, oltre alle attività alberghiere e di ristorazione.

L'assistenza sanitaria sarà garantita dai MMG, anche tramite l'USCA, con il supporto dei servizi distrettuali. Il paziente permarrà nella struttura fino alla dichiarazione di guarigione e/o di fine isolamento secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Va garantito il trasporto in sicurezza ed è per questo che la distribuzione delle strutture nell'ambito del territorio regionale favorisce trasporti più brevi sia dal domicilio che dalla dimissione ospedaliera.

RECLUTAMENTO STRUTTURE

La Protezione Civile nel momento di necessità verificherà l'idoneità delle diverse strutture che si sono rese finora disponibili e che potranno essere reclutate progressivamente in base alle esigenze che potranno emergere.

In fase di allerta pandemica in ambito di COR si provvederà a verificare l'elenco delle strutture per confermare le disponibilità

ALLEGATO 3.2D- PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI**PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI**

Scopo del documento è la pianificazione della risposta regionale ad un'emergenza di tipo infettivo che coinvolga i vari livelli sanitari, sia ospedalieri che territoriali, che consenta:

- l'accoglimento di un numero di pazienti affetti da patologia infettiva eccedente il normale flusso di accessi;
- il mantenimento di un livello di assistenza adeguato a questi pazienti;
- l'adozione di misure di prevenzione volte a contenere la diffusione della patologia;
- la capacità di adattare e modulare la risposta all'emergenza in base all'andamento epidemiologico e alle indicazioni emanate dagli organi istituzionali;
- la capacità di garantire comunque una risposta adeguata ai bisogni ordinari del bacino di utenza delle Strutture sanitarie aziendali coinvolte nelle operazioni di assistenza dell'emergenza.

Nello specifico il presente documento:

- a) determina ruoli e funzioni dell'Unità di Crisi regionale per l'emergenza di Sanità Pubblica;
- b) individua i servizi/funzioni essenziali in caso di pandemia;
- c) definisce le modalità operative per la gestione dei casi a livello ospedaliero e territoriale e la rimodulazione delle attività sanitarie di elezione;
- d) definisce la stima di personale minimo necessario per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali, compreso il personale mobilitato da altri settori (es. sanità militare) o da volontari;
- e) definisce le modalità operative per coordinare e trasferire il personale tra le strutture sanitarie regionali;
- f) rafforza gli accordi istituzionali con gli operatori sanitari privati per coordinare l'erogazione dei servizi sanitari durante una pandemia;
- g) definisce le modalità per mobilitare, addestrare, accreditare e gestire i volontari per fornire capacità di intervento supplementare;
- h) predispone metodi a distanza per triage e per offrire assistenza sanitaria ai pazienti non in emergenza (es. teleconsulto, telemedicina, ecc.);
- i) definisce le modalità organizzative del sistema delle cure primarie, con riferimento alla presa in carico precoce a domicilio dei pazienti asintomatici e paucisintomatici;
- j) definisce le modalità di sviluppo e rafforzamento delle attività di assistenza territoriale e distrettuale e dell'integrazione ospedale-territorio (anche con riferimento al ruolo delle strutture sanitarie a bassa intensità assistenziale).

Al fine dell'implementazione operativa nella Regione Umbria del Piano strategico di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, sono state strutturate le procedure operative.

Tali procedure sono in continua evoluzione ed aggiornamento, nonchè suscettibili di periodiche revisioni, in funzione dell'analisi di contesto organizzativo.

I tempi di attuazione si riferiscono agli anni 2021-2022-2023 e sono specifiche a seconda delle azioni da effettuare.

CAMPO DI APPLICAZIONE

I contenuti del documento si applicano alla Direzione Salute della Regione Umbria ed a tutte le Strutture sanitarie ospedaliere e territoriali regionali

ALLEGATO 3.2D- PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

RESPONSABILITA' E GLI ATTORI DEL SISTEMA PAN-FLU REGIONALE

Soggetto	Responsabilità
Direzione Regionale Salute e Welfare	Supervisione di tutte le attività previste dal Pan-Flu
Comitato pandemico	Coordinamento e indirizzo delle attività
Unità di Crisi Regionale per le Emergenze di Sanità Pubblica	Supporto tecnico-operativo e attivazione del sistema a cascata
Aziende Sanitarie	Elaborazione dei piani aziendali ed attuazione del programma delle azioni di competenza, monitoraggio e rendicontazione
Comitati aziendali/Unità di crisi aziendale	Supporto operativo alle direzioni aziendali

1. INDIVIDUAZIONE SERVIZI/FUNZIONI ESSENZIALI

A seconda delle caratteristiche del nuovo virus pandemico, aumenta in misura massiccia la domanda di assistenza sia domiciliare che ospedaliera, con notevole incremento del fabbisogno di posti letto nei reparti di cure sub-intensive ed intensive e di servizi sanitari territoriali.

In tutte le fasi della pandemia la funzionalità dei servizi sanitari deve essere garantita al miglior grado possibile, in modo da limitare, per quanto consentito dalle dimensioni del fenomeno, il suo impatto diretto ed indiretto sullo stato di salute della popolazione.

Oltre ai servizi per il trattamento dei pazienti affetti da influenza pandemica, devono essere garantiti i servizi sanitari per altri tipi di cure critiche ed essenziali, in particolare per i gruppi vulnerabili come i bambini, le donne in gravidanza, gli anziani, le persone con malattie croniche e oncologiche, le persone con disabilità.

La pianificazione dei servizi sanitari è basata su ipotesi in merito al numero stimato di casi che necessitano di cure primarie, ospedaliere e di livello intensivo, al numero stimato di decessi e di assenze dal lavoro degli operatori sanitari, in relazione ai dati demografici locali e secondo diversi scenari di intensità, gravità e impatto.

I servizi e le funzioni essenziali inizialmente di partenza sono quelli già operativi nella gestione dell'emergenza Covid.

Al di là delle disposizioni rivolte a tutte le attività che il livello Nazionale può assumere, è importante in ambito sanitario mappare le strutture e le funzioni che devono essere mantenute attive. Oltre che per le specifiche funzioni l'articolazione della rete e dei servizi va individuata anche in base all'esperienza maturata e alle criticità affrontate.

La mappatura disponibile merita ulteriori approfondimenti e condivisioni per cui verrà resa disponibile successivamente.

Tale mappatura potrà essere progressivamente aggiornata in relazione alle reali caratteristiche dell'evento epidemico

2. DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER LA RIMODULAZIONE DELLE ATTIVITA' SANITARIE DI ELEZIONE –

Modello organizzativo - Il Sistema Sanitario Regionale è composto dalle due Aziende Sanitarie Territoriali, la USL Umbria n. 1 e la USL Umbria n. 2 e dalle due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

La **Rete Ospedaliera Regionale** si compone di strutture Pubbliche, Aziende ospedaliere e Presidi di ASL, e Private Accreditate per le quali si riporta di seguito la tipologia di Struttura e la dotazione dei

ALLEGATO 3.2D- PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

Posti letto alla luce della DGR 212/2016 “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” in attuazione del regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, di cui al D.M. 70 del 2 aprile 2015 e successive integrazioni ed atti.

L’organizzazione della **Rete di Assistenza Territoriale** si basa sulla presenza delle due Aziende Sanitarie Territoriali ognuna articolata in 6 Distretti, 1 Dipartimento di Prevenzione e 1 Dipartimento della Salute Mentale ed 1 Dipartimento delle Dipendenze.

Si definisce il piano generale di rimodulazione delle attività e a cascata quello di Azienda e di Struttura/Servizio partendo dal Piano di Continuità.

ALLEGATO 3.2D- PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

La gestione del piano avviene secondo il modello organizzativo descritto nella tabella sottostante

Fase	Situazione	Dip prev	Ospedali Hub	Ospedali spoke	Distretti e Servizi territoriali	Dip dipendenze	Dip salute mentale
INTERPANDEMICA	Periodo tra le pandemie influenzali	Normale attività sorveglianza epidemiologica	Normale attività e preparazione	Normale attività e preparazione	Normale attività e preparazione	Normale attività e preparazione	Normale attività e preparazione
ALLERTA	Identificazione di un nuovo sottotipo di virus influenzale	Risposta ed espansione	Attivazione	Preparazione all'attivazione	Preparazione all'attivazione	Preparazione all'attivazione	Preparazione all'attivazione
PANDEMICA Attivazione strutture straordinarie Reclutamento strutture alternative	Periodo di diffusione totale Supporto esterno (protezione civile / esercito /..)	Risposta ed espansione Reclutamento risorse aggiuntive	Espansione Risposta come da piano di continuità	Attivazione Risposta come da piano di continuità	Presenza in carico, gestione domiciliare e risposta come da piano di continuità	Supporto all'emergenza, presa in carico sul territorio con attivazione di percorsi specifici	Supporto all'emergenza, presa in carico sul territorio con attivazione di percorsi specifici
FASI ACUTE Attivazione strutture straordinarie Reclutamento strutture alternative	Aumento evidente e sovraccarico dei servizi Verifica della resilienza dei servizi	Risposta ed espansione Reclutamento risorse aggiuntive	Espansione e rimodulazione attività Risposta come da piano di aumento della capacità	Attivazione e rimodulazione attività Risposta come da piano di aumento della capacità	Presenza in carico, gestione domiciliare e risposta come da piano di aumento della capacità	Supporto all'emergenza, presa in carico sul territorio con attivazione di percorsi specifici	Supporto all'emergenza, presa in carico sul territorio con attivazione di percorsi specifici
TRANSIZIONE	Riduzione del rischio de-escalation	Ripresa come da piano	Ripresa come da piano	Ripresa come da piano	Ripresa come da piano	Ripresa come da piano	Ripresa come da piano

Servizi Sanitari

Piano Strategico-Operativo di Preparazione e Risposta ad un Pandemia Influenzale 2021-2023 – REGIONE UMBRIA

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

3. STIMA DEL FABBISOGNO DI PERSONALE MINIMO NECESSARIO A LIVELLO DI SINGOLA STRUTTURA PER LA GESTIONE DEI SERVIZI E DELLE FUNZIONI ESSENZIALI, PREVEDENDO PIANI DI CONTINUITA' OPERATIVA DELLE STRUTTURE SANITARIE IN BASE AGLI SCENARI DI ASSENZA DEGLI OPERATORI A CAUSA DI CONTAGI

In questa fase è opportuno predisporre gli strumenti necessari per un eventuale rafforzamento della resilienza territoriale ed ospedaliera il potenziamento delle risorse umane.

I soggetti coinvolti sono:

- ✓ Assessorato alla Salute e Politiche Sociali mediante la Direzione Salute e Welfare- Servizio Amministrativo
- ✓ Aziende Sanitarie mediante il Servizio Gestione delle risorse umane

Per le risorse aggiuntive straordinarie da mobilitare esterne al SSR si prevede il coinvolgimento della Protezione Civile, delle Forze Armate-Min. Difesa e del Volontariato.

La stima del personale necessario viene calcolata sulla base delle attuali dotazioni, dei piani assunzionali presentati dalle Aziende Sanitarie e delle risorse umane impiegate nel biennio 2020-2021 per l'emergenza da Covid 19, in particolare i numeri sono da ricondursi ai contingenti minimi essenziali dei servizi in caso di Sciopero.

E' in corso a livello ministeriale un lavoro con AGENAS per definire gli standard delle dotazioni di personale per i servizi e le strutture del Sistema Sanitario cui si farà riferimento per l'aggiornamento delle stime.

Il piano delle azioni e le relative responsabilità sono descritte nella matrice sottostante.

	Azioni specifiche	Coordinamento	Attori/ Responsabilità	Attività di Monitoraggio e Aggiornamento	Evidenza
1	Predisposizione di un piano per la definizione del numero minimo di personale per ciascuna azienda sanitaria a garanzia delle funzioni essenziali (definizione del razionale)	Assessorato Salute e Politiche Sociali	Direzione regionale Salute e Welfare Aziende Sanitarie	Aziende Sanitarie	Piano aziendale aggiornato annualmente da inviare all'Assessorato alla Sanità
2	Disponibilità di un piano per l'assunzione straordinaria di personale sanitario, prontamente impiegabile per rafforzare la dotazione degli organici del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi territoriali (USCA, infermieri di comunità/famiglia, ecc...)	Assessorato Salute e Politiche Sociali	Aziende Sanitarie	Aziende Sanitarie	Piano aggiornato annualmente da inviare all'Assessorato alla Sanità
3	Disponibilità di graduatorie per il reclutamento di personale medico infermieristico, tecnico sanitario e OSS, con contratto di lavoro autonomo, mediante manifestazione di interesse	Assessorato Salute e Politiche Sociali	Aziende Sanitarie	Aziende Sanitarie	Graduatorie aggiornate

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

4	Proroga conferimento di incarichi di lavoro a tempo determinato o autonomo per emergenze infettive	Assessorato Salute e Politiche Sociali	Aziende Sanitarie	Aziende Sanitarie	DRG specifiche e Delibere Direzioni aziendali
5	Definizione accordi con altri settori per mobilità del personale da tali settori	Assessorato Salute e Politiche Sociali	Assessorato alla Sanità Aziende Sanitarie	Aziende Sanitarie	DRG specifiche e Delibere Direzioni aziendali
6	Aggiornamento protocolli per la prevenzione delle malattie infettive	Assessorato Salute e Politiche Sociali	Assessorato alla Sanità Aziende Sanitarie	Aziende Sanitarie	DRG specifiche e Delibere Direzioni aziendali

4. STIMA DEL FABBISOGNO DI PERSONALE AGGIUNTIVO, CON IDENTIFICAZIONE DEI RUOLI CHE POSSONO ESSERE SUPPORTATI DA PERSONALE MOBILITATO DA ALTRI SETTORI (ES. SANITÀ MILITARE) O DA VOLONTARI

La definizione del fabbisogno di personale aggiuntivo è stata prevista al momento per le strutture maggiormente coinvolte nella gestione della pandemia:

- personale sanitario terapie intensiva e semintensiva per l'ampliamento dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva
- personale medico dei servizi di prevenzione per il potenziamento del CT
- personale sanitario per la sorveglianza
- personale della rete emergenza-urgenza
- medici di assistenza primaria e USCA
- personale di laboratorio per il potenziamento delle attività di testing
- farmacisti
- personale per i trasporti
- personale di area informatica
- trasporti

5. ELABORAZIONE DI PROCEDURE PER COORDINARE E TRASFERIRE IL PERSONALE TRA LE STRUTTURE SANITARIE.

Al fine di rafforzare ulteriormente la resilienza territoriale ed ospedaliera, è opportuno avere a disposizione strumenti idonei a favorire e disciplinare il trasferimento di personale tra le varie strutture sanitarie regionali, da attivare, nel rispetto degli istituti contrattuali, in caso di necessità di potenziamento delle risorse umane.

La gestione dell'emergenza Covid 19 ci ha restituito un'opportunità di miglioramento.

In tema di governo del personale si è preso atto della necessità, soprattutto in caso di emergenza pandemica, di avere a disposizione gli strumenti essenziali conoscitivi per assumere in tempi rapidi le necessarie determinazioni, nello specifico:

- dati certi e aggiornati in tempo reale in ordine alla mappatura del personale rispetto all'organizzazione e alle informazioni giuridiche, economiche, previdenziali, nonché alle competenze professionali di ciascuno operatore
- procedure già condivise volte ad allocare con immediatezza, in relazione dell'evoluzione dello scenario epidemiologico, le diverse figure professionali nelle strutture sanitarie regionali interessate dall'emergenza.

L'evidenza riscontrata ha determinato l'assunzione di provvedimenti conseguenti.

La cabina di regia regionale e le singole Aziende si avvarranno di un sistema unico per la gestione economico-giuridica del personale delle Aziende Sanitarie della Regione Umbria, completo di cruscotto per il monitoraggio regionale, finalizzato al governo delle risorse impiegate nel servizio sanitario, un

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

servizio di gestione informatizzata del personale a qualsiasi titolo impiegato nelle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere della Regione Umbria personale dipendente, assimilato, personale convenzionato (Medici Specialisti Ambulatoriali, Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi, emergenza sanitaria territoriale), universitari, borsisti, personale religioso, medici specializzandi, contratti di vario tipo in convenzione con Università, contratti di collaborazione, liberi professionisti, ed ogni altra forma di contratto o rapporto di lavoro prevista dalle norme di legge e contrattuali. Il sistema renderà disponibile in tempo reale alla Cabina di regia regionale tutte le informazioni registrate dalle singole Aziende, comprese le graduatorie vigenti e il loro utilizzo progressivo, con ampia possibilità di effettuare elaborazioni e analisi propedeutiche ad azioni programmatiche e strategiche nonché, in caso di necessità, il coordinamento della gestione delle disponibilità delle figure professionali.

E' in corso di completamento la redazione del capitolato per la procedura di gara regionale da pubblicare entro l'anno corrente.

Al contempo è stato costituito il gruppo di lavoro paritetico composto da rappresentanti del SSR e rappresentanti le Organizzazioni sindacali del personale dipendente per addivenire alla sottoscrizione, entro il 30 giugno 2022, di accordi sindacali che recepiscano le procedure di mobilità e immediata assegnazione, seppur temporanea, del personale tra aziende sanitarie regionali in caso di emergenza pandemica e il graduale ritorno del personale alle unità operative di appartenenza.

Tavoli regionali saranno dedicati alla stesura di:

- accordi con l'Università per la formazione di elenchi disponibilità di studenti, professioni sanitarie e medici in formazione specialistica
- convenzioni che regolano l'apporto volontario degli operatori libero professionisti iscritti ai rispettivi ordini (Medici e Odontoiatri, Psicologi, Tecnici Sanitari, Infermieri, etc.), pensionati inclusi in base alla normativa vigente.

I soggetti coinvolti sono:

- ✓ Assessorato alla Salute e Politiche Sociali mediante la Direzione Salute e Welfare- Servizio Amministrativo
- ✓ Aziende Sanitarie mediante il Servizio Gestione delle risorse umane
- ✓ O.O.S.S.

Il piano delle azioni e le relative responsabilità sono descritte nella matrice sottostante

	Azioni specifiche	Coordinamento	Attori/Responsabilità	Attività di Monitoraggio e Aggiornamento	Evidenza
1	Analisi dei fabbisogni per tipologia di figura professionale nelle strutture Hub e spoke fabbisogno	Assessorato alla Salute e Politiche Sociali	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie O.O.S.S.	Aziende Sanitarie	DRG specifiche e Delibere Direzioni aziendali
2	Analisi accordi di mobilità esistenti e definizione dello schema di accordo tipo	Assessorato alla Salute e Politiche Sociali	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie O.O.S.S.	Aziende Sanitarie	DRG specifiche e Delibere Direzioni aziendali
3	Sottoscrizione accordi di mobilità e trasferimento di personale tra aziende sanitarie regionali	Assessorato alla Salute e Politiche Sociali	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie O.O.S.S.	Aziende Sanitarie	DRG specifiche e Delibere Direzioni aziendali

6. SVILUPPO O RAFFORZAMENTO DEGLI ACCORDI ISTITUZIONALI CON GLI OPERATORI SANITARI PRIVATI PER COORDINARE L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DURANTE UNA PANDEMIA

Al fine di rafforzare ulteriormente la resilienza territoriale ed ospedaliera, in questa fase è opportuno mettere in atto strategie mirate e predisporre accordi contrattuali quadro in merito alla collaborazione

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

con gli operatori sanitari privati, da attivare in caso di necessità di potenziamento dell'erogazione dei servizi sanitari.

In riferimento ai volumi di attività, per ciascuna linea di servizi e prestazioni sanitarie si fa riferimento allo storico sulla base dei dati della pandemia da Covid 19 e agli scenari individuati.

Le Strutture private sono 6 di cui una mista pubblica-privata. La configurazione ottimale della rete ospedaliera in fase emergenziale necessita di integrare queste strutture nella gestione facendo riferimento all'Accordo Quadro già sottoscritto per la pandemia COVID.

Nelle Strutture private si attiveranno le attività previste dall'Accordo Quadro di cui alle lettere a), b) e c) al fine di mantenere le attività chirurgiche elettive non procrastinabili e decongestionare le degenze ospedaliere degli Ospedali dedicati alla gestione della pandemia accogliendo le patologie mediche in ingresso da Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera per alcuni tipi di casistiche e in dimissione per le patologie medico e/o riabilitative che non possono rientrare a domicilio ma che non necessitano più di un'assistenza ospedaliera di I o di II livello.

Nelle stesse strutture possono essere garantite le prestazioni chirurgiche non procrastinabili riferibili alla lettera a). Possono essere altresì garantite, al pari delle strutture pubbliche, le prestazioni di propria pertinenza non procrastinabili nell'ambito degli Accordi già vigenti.

I soggetti coinvolti sono:

- ✓ Assessorato alla Salute e Politiche Sociali
- ✓ Direzione Regionale Salute e Welfare
- ✓ Aziende Sanitarie mediante il direzione generale
- ✓ Associazioni sanità privata

Il piano delle azioni e le relative responsabilità sono descritte nella matrice sottostante

	Azioni specifiche	Coordinamento	Attori/ Responsabilità	Attività di Monitoraggio e Aggiornamento	Evidenza
1	Analisi dei fabbisogni per tipologia di prestazione	Assessorato alla Salute e Politiche Sociali	Direzione regionale Salute e Welfare	Direzione regionale Salute e Welfare	DRG specifiche
2	Definizione impegno di spesa risorse economiche	Assessorato alla Salute e Politiche Sociali	Direzione regionale Salute e Welfare	Direzione regionale Salute e Welfare	Assessorato alla Sanità
3	Definizione dello schema di accordo tipo e sottoscrizione dei soggetti interessati	Assessorato alla Salute e Politiche Sociali	Direzione regionale Salute e Welfare	Direzione regionale Salute e Welfare	Assessorato alla Sanità
Indicatori per il monitoraggio		N° documenti redatti entro i tempi stabiliti			

7. DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER MOBILITARE, ADDESTRARE, ACCREDITARE E GESTIRE I VOLONTARI PER FORNIRE, SE NECESSARIO, CAPACITÀ DI INTERVENTO SUPPLEMENTARE

Le Organizzazioni di volontariato di Protezione civile, per la prima volta, sono individuate come strutture operative del Servizio Nazionale di Protezione Civile nella Legge n. 225 del 24 febbraio 1992.

Il D. Lgs n. 1 del 2018 (Codice della Protezione civile) ha mantenuto questo ruolo andando a definire ulteriormente questa componente fondamentale del Sistema nazionale e regionale di Protezione civile nel Capo V "Partecipazione dei cittadini e volontariato organizzato di protezione civile".

Il Volontariato di Protezione civile è una forza libera e organizzata, rappresenta una risorsa straordinaria in termini di competenze e capacità operativa. Affianca le autorità di protezione civile in un'ampia gamma di attività, integrandosi con le altre strutture del sistema di protezione civile.

Le Organizzazioni di volontariato di Protezione civile, in base alla loro forma giuridica, si distinguono in

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

Associazioni o Gruppi comunali, entrambe sono enti del terzo settore (Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, Codice del terzo settore) e sono tali se hanno alcune caratteristiche definite nel Codice della Protezione civile e se sono iscritte all'elenco centrale o ad uno degli elenchi territoriali, come definito a livello nazionale dalla Direttiva del 9 novembre 2012 "Indirizzi operativi volti ad assicurare l'unitaria partecipazione delle organizzazioni di volontariato all'attività di protezione civile" o, per quanto riguarda l'elenco territoriale o regionale della Regione Umbria, dall'art. 28 della Legge Regionale n. 8 del 2013 e dalla DGR n. 1444 del 2011 "Organizzazioni di volontariato che partecipano al sistema regionale di protezione civile. Approvazione Disciplinare".

Il Volontariato di Protezione civile organizzato ed iscritto può intervenire a supporto della popolazione o delle Amministrazioni, negli scenari e per i compiti definiti dal Decreto del Capo Dipartimento del 12 gennaio 2012, e può essere attivato dal Sindaco, autorità locale di Protezione civile, per quello che riguarda le Organizzazioni di Volontariato ricadenti nel suo territorio di competenza, oppure dalla struttura regionale, per quello che concerne invece l'ambito regionale.

L'impiego del Volontariato è regolamentato dal D. Lgs n.1/2018 artt. 39 e 40, che garantisce, tra l'altro, il mantenimento del posto di lavoro e del trattamento economico/previdenziale del lavoratore, nonché il reintegro delle spese sostenute dalle Organizzazioni di Volontariato.

Queste ultime devono essere impiegate nelle attività previa formale attivazione ad opera dell'Istituzione che ha il coordinamento e la responsabilità dell'intervento. In ogni caso, per usufruire dei benefici di cui agli artt. 39 e 40 e della corretta copertura assicurativa, occorre che l'attivazione sia regolamentata da un atto amministrativo e/o da una nota a firma del Dirigente del Servizio regionale di Protezione civile. L'intervento a supporto delle Organizzazioni di Volontariato può essere chiesto da tutti gli Enti o Amministrazioni locali attraverso la Sala Operativa Regionale, che a sua volta, per il tramite della Funzione Volontariato, fornisce le risorse umane o strumentali necessarie.

In base al tipo di evento, il coordinamento sul posto può essere a capo di un funzionario della Struttura regionale di Protezione civile o di un delegato dell'Ente o Amministrazione che ha richiesto il supporto, quest'ultimo avrà anche il compito di verificare l'impiego e l'effettiva presenza dei volontari inviati dalla SOR.

La tipologia degli interventi formativi da realizzare in questa fase deve essere finalizzata non solo al trasferimento di informazioni, ma deve essere in grado di determinare l'adozione di comportamenti di prevenzione e di protezione per un cambiamento su larga scala, sia da parte del personale in ambito sanitario sia, indirettamente, da parte degli assistiti. La formazione, quindi, deve anche fornire agli operatori gli strumenti per mettere in atto interventi di educazione sanitaria verso gli assistiti basati sulla comunicazione del rischio.

I soggetti coinvolti sono:

- ✓ Assessorato alla Sanità
- ✓ Aziende Sanitarie mediante il Servizio formazione
- ✓ Protezione civile
- ✓ Villa umbra

Il piano delle azioni e le relative responsabilità sono descritte nella matrice sottostante

	Azioni specifiche	Coordinamento	Attori/Responsabilità	Attività di Monitoraggio e Aggiornamento	Evidenza
1	Progettare corsi di formazione per il mantenimento e/o acquisizione delle competenze necessarie	Assessorato alla sanità	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra	Documento
2	Inserire nel piano annualmente di formazione i corsi di formazione specifici ed	Assessorato alla sanità	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra	Piano formativo regionale

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

	obbligatori per il personale sanitario in modo tale da mantenere le competenze necessarie				
3	Valutare il grado di apprendimento della formazione realizzata mediante simulazioni	Assessorato alla sanità	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra	Esercitazioni e simulazioni
4	Re-training annuale	Assessorato alla sanità	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra Aziende Sanitarie	Direzione Salute e Welfare Scuola Villa Umbra	Piano formativo regionale
Indicatori per il monitoraggio		N° corsi di formazione erogati/progettati			

8. PREDISPOSIZIONE DI METODI A DISTANZA PER TRIAGE E PER OFFRIRE ASSISTENZA SANITARIA AI PAZIENTI NON IN EMERGENZA (AD ESEMPIO, CONSULTAZIONI TELEFONICHE O ONLINE)

In fase inter-pandemica occorre definire criteri omogenei di indirizzo, finalizzati a potenziare le capacità di risposta territoriali in caso di evento pandemico.

Gli aspetti da verificare riguardano la presenza di sistemi anamnestici e diagnostici di telemedicina ed informatici in grado di supportare:

- l'assistenza ed il monitoraggio a domicilio di coloro che vengono colpiti dalla pandemia, ma non presentano quadri che necessitino il ricorso alle cure ospedaliere;
- l'assistenza ed il monitoraggio ospedalieri di coloro che vengono colpiti dalla pandemia durante il ricovero ospedaliero per poter portare nel territorio le competenze tramite teleconsulto.

In particolare per rispondere a tali esigenze si ritiene indispensabile un governo dell'assistenza e del monitoraggio sia a domicilio che ospedaliero che, a partire dalla definizione di protocolli di approccio relativi alle diverse situazioni, preveda una registrazione ed un monitoraggio dei percorsi messi in atto. L'approccio utilizzato è quello di implementazione della telemedicina in funzione del percorso del paziente per cui sarà quest'ultimo aspetto che definisce l'utilizzo della tecnologia per definire come questa possa agevolare i nuovi percorsi di cura.

Per sviluppare questo approccio sono necessari una cabina di regia gestionale ed una serie di gruppi lavoro tecnico scientifici.

La cabina di regia gestionale potrà essere costituita da:

- ✓ Assessorato alla Salute e Politiche Sociali
- ✓ Direzione regionale Salute e Welfare - Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario
- ✓ Direzione delle Aziende Sanitarie
- ✓ Società in House

I gruppi di lavoro tecnico scientifici dovranno essere costituiti da:

- ✓ Clinici interessati dai percorsi PDTA dei pazienti
- ✓ Dirigente interessato della Direzione regionale Salute e Welfare
- ✓ Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie
- ✓ Società in House

Il meccanismo di funzionamento e di collegamento tra i gruppi di lavoro tecnico scientifici e la cabina di regia gestionale è rappresentato da una serie di incontri dove è necessario:

- definire i PDTA prioritari;
 - le esigenze e le capacità organizzative da sviluppare con l'utilizzo della tecnologia.
- Il piano delle azioni e le relative responsabilità sono descritte nella matrice sottostante

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

	Azioni specifiche	Coordinamento	Attori/ Responsabilità	Attività di Monitoraggio e Aggiornamento	Evidenza
1	Analisi dei fabbisogni Predisposizione della piattaforma	Assessorato alla Sanità Società in house	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	Servizio gestione flussi del sistema informativo sanitario	
2	Sviluppo sistemi	Assessorato alla Sanità Società in house			
3	Piano degli acquisti	Assessorato alla Sanità			
4	Implementazione in funzione dei PDTA prioritari	Assessorato alla Sanità Società in house			
5	Formazione	Assessorato alla Sanità Villa Umbra			
6	Attuazione e mantenimento competenze	Assessorato alla Sanità Villa Umbra Società in house			
Indicatori per il monitoraggio		N° di pazienti che utilizzano la telemedicina nel PDTA % di miglioramento dell'aderenza del PDTA da parte dei pazienti			

9. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE, CON RIFERIMENTO ALLA PRESA IN CARICO PRECOCE A DOMICILIO DEI PAZIENTI ASINTOMATICI E PAUCI-SINTOMATICI

L'esperienza dell'emergenza connessa alla fase più acuta della pandemia da Covid 19 ha evidenziato anche carenze strutturali del sistema delle cure primarie e ha dimostrato la diversa capacità di risposta del territorio in relazione all'organizzazione dei servizi e alle risorse disponibili. Non va tralasciato che molte risorse sono state reclutate da servizi che hanno ridotto e/o sospese le attività.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale la sinergia Distretto-Dipartimento di Prevenzione va ancora più rafforzata per proteggere la salute e il benessere della popolazione tutelando le fasce più fragili e vulnerabili della popolazione (pazienti cronici, pazienti oncologici e terminali, pazienti affetti da malattie rare ...).

Sono considerati prioritari quindi i seguenti obiettivi:

- A. potenziare i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende in particolare I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e dei Servizi di Epidemiologia.
- B. riorganizzare e potenziare i servizi vaccinali
- C. rafforzare la rete dei servizi territoriali in particolare l'ADI
- D. creare Strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione

I soggetti coinvolti sono:

- ✓ Assessorato alla Salute e Politiche Sociali
- ✓ Direzione regionale Salute e Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Sanitaria
- ✓ Aziende Sanitarie mediante Direzione Sanitaria e Direzione Distretti
- ✓ MMG/PLS/CA

Il piano delle azioni e le relative responsabilità sono descritte nella matrice sottostante

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

SVILUPPO DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

	Azioni specifiche	Coordinamento	Attori/ Responsabilità	Attività di Monitoraggio e Aggiornamento	Evidenza
1	Sistema cure primarie	Presidenza Regione Assessorato Salute e Politiche Sociali	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie MMG/PLS/CA	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie	
2	Sorveglianza sanitaria: Definizione compiti e ruolo di MMG, PLS, AFT, USCA e Pool di Sorveglianza	Direzione regionale Salute e Welfare	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie MMG/PLS/CA	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie	Documento di organizzazione e gestione dei Servizi Assistenza Primaria
3	Attivazione Unità speciali di continuità assistenziale, AFT e USCA e Pool di Sorveglianza	Aziende Sanitarie	Direzione Salute e Welfare Az. Sanitarie MMG/PLS/CA	Aziende Sanitarie	
5	Elaborazione di protocolli strutturati per la gestione dei pazienti nei vari setting assistenziali dei servizi della rete delle cure primarie	Direzione regionale Salute e Welfare	Aziende Sanitarie MMG/PLS/CA	Aziende Sanitarie	Protocolli formalmente approvati da direzioni aziende sanitarie per il collegamento tra sistema cure primarie e DIP
Indicatori per il monitoraggio		n. UdS e USCA attivate n. pz in carico a domicilio n. pz in carico a USCA n. pz in carico a MMG/PLS			

Il Piano coinvolge l'intera organizzazione della rete del sistema delle Cure Primarie, comprese le strutture residenziali, semiresidenziali e riabilitative.

Il piano di emergenza deve essere predisposto per la gestione dei pazienti critici e consente di:

- garantire idonee misure di isolamento sia per i casi asintomatici che per i casi sintomatici
- garantire idonee misure di sorveglianza sanitaria
- soddisfare il potenziale incremento della necessità di sorveglianza in tale ambito assistenziale
- garantire in sicurezza e con flussi separati tutte le attività ordinarie territoriali.

Il gruppo di lavoro Regione, Aziende, Medici di Assistenza primaria provvederà a definire tutte le procedure partendo da quelle attuate in corso di emergenza Covid-19 e che hanno riguardato:

RETE DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

La rete comprende:

- i servizi e le prestazioni riferibili alla medicina generale (medici di famiglia e pediatri) ed alla continuità assistenziale (Guardia medica), ed il relativo superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del Medico di Medicina Generale, attraverso l'istituzione delle AFT (istituite con DGR n. 903 del 2017);
- la specialistica ambulatoriale, compresi i Consultori familiari,
- la medicina riabilitativa territoriale e l'assistenza protesica ed integrativa,
- le cure domiciliari e la realizzazione di interventi multiprofessionali con figure come l'infermiere di famiglia e di comunità (istituiti con DGR n. 835 del 08/09/2021)
- la residenzialità e semi-residenzialità ed la assistenza farmaceutica di cui i cittadini fruiscono a livello territoriale.

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

SORVEGLIANZA SANITARIA

Le Direzioni delle Aziende Sanitarie devono strutturare le Centrali Operative Aziendali e i Pool di Sorveglianza costituite da Medici di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente, cui affiancare un pool di operatori per il monitoraggio dell'andamento del contagio.

I Pool così costituiti, devono provvedere ad alimentare quotidianamente la piattaforma informatizzata per il monitoraggio con i dati derivanti dalla sorveglianza sanitaria sia per quanto riguarda i casi e i contatti, sia nel caso che questi siano sintomatici o asintomatici.

Per la sorveglianza clinica dei soggetti fragili e critici, sono strutturate le Unità Speciali di Continuità Assistenziale ai sensi dell'art.8 del D.L. n. 14 del 9.3.2020.

CURE DOMICILIARI (SANITARIE E SOCIO-SANITARIE)

Le Direzioni delle Aziende Sanitarie insieme alle direzioni dei Distretti devono programmare l'attività delle cure domiciliari erogata da ogni Distretto con il personale infermieristico ed infermiere di famiglia, al fine di garantire la presa in carico tutti i pazienti già assistiti. Ciascun infermiere che svolge tale attività dovrà ricordare ai familiari degli stessi, che debbono avvisare il Servizio qualora nel nucleo familiare si dovessero inserire persone provenienti da aree a maggior rischio o persone che a loro volta possono essere esposte a contagio e che nel caso è opportuno che le stesse non entrino in contatto con il paziente fragile.

Nel caso di nuovi pazienti da prendere in carico, in occasione del contatto telefonico preliminare all'accesso domiciliare, dovrà essere effettuato il TRIAGE mirato.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) contribuisce alla sorveglianza sanitaria in quanto parte integrante delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) previste dall'art.8 del D.L. n. 14 del 9.3.2020 e istituire con Determina Direttoriale n. 2525 del 20/03/2020.

Il servizio di continuità assistenziale deve sospendere l'accesso diretto in ambulatorio solo se disposto dall'UCRESP e in tali casi i cittadini dovranno sempre contattare preventivamente il servizio telefonicamente. Il medico di CA valuterà la necessità dell'accesso all'ambulatorio o al domicilio e, nel caso di sospetto, attiverà il "Protocollo gestione del caso nel territorio" adottato a livello regionale.

La copertura del servizio tramite deve essere garantita 7 giorni su 7 dalle ore 8.00 alle 20.00. Di notte sofferirà la Continuità assistenziale in collegamento con i servizi di emergenza urgenza.

AMBULATORI MEDICI

Restano attivi salvo disposizioni, in caso di andamento con progressione alta dell'incidenza, di passare dall'accesso diretto a quello programmato invitando l'assistito a contattare preventivamente il servizio telefonicamente. Il medico valuterà la necessità dell'accesso all'ambulatorio o al domicilio e nel caso di sospetto attiverà il PROTOCOLLO GESTIONE DEL CASO NEL TERRITORIO (triage telefonico) adottato a livello regionale.

PIANI TERAPEUTICI

In fase pandemica i Piani terapeutici seguiranno le indicazioni AIFA e potrebbero essere automaticamente rinnovati per il periodo connesso con l'emergenza, con particolare attenzione ai pazienti anziani, fragili e/o con malattie croniche, al fine di limitare l'affluenza negli ambulatori specialistici per ottenere il rinnovo di piani terapeutici di medicinali soggetti a monitoraggio AIFA web-based o cartaceo.

CONSULTORIO FAMILIARE – SERD – SERVIZI PSICHIATRICI TERRITORIALI (CSM) – SERVIZI TUTELA MINORI

In caso di progressione alta dell'incidenza potranno essere emesse disposizioni per sospendere le attività, considerando comunque che le attività ambulatoriali con carattere di urgenza devono sempre essere garantite.

Sarà cura dei Responsabili definire le sedi di erogazione delle prestazioni urgenti al fine di minimizzare i contatti ma a garantire la continuità delle cure.

COMMISSIONI

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

In caso di progressione alta dell'incidenza potranno essere emesse disposizioni per sospendere le attività.

GESTIONE CLINICA DEI PAZIENTI

Molto importante in fase pandemica è anche la gestione clinica dei pazienti e dei trattamenti praticati. 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.

Nel definire le linee guida e i protocolli di cura viene considerato essenziale sviluppare o adattare le linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione da influenza pandemica, affrontando:

- dove 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.

A livello regionale sarà attivato un gruppo multidisciplinare anche facendo riferimento ai professionisti clinici presenti nel Comitato Pandemico, nel CTS, nel NE, nel Servizio di Farmacovigilanza....., Medici di Assistenza Primaria, per definire le linee guida e i protocolli per la gestione clinica, anche partendo da quelli sviluppati a livello nazionale, dei pazienti in ambito domiciliare, nelle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere, nonché definire i percorsi di presa in carico tempestiva nel rispetto dei criteri previsti per il reclutamento rispetto a specifici trattamenti.

10. SVILUPPO E RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE E DELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO (ANCHE CON RIFERIMENTO AL RUOLO DELLE STRUTTURE SANITARIE A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE)

L'esperienza della pandemia COVID ha dimostrato il ruolo principale della assistenza territoriale nel contenimento dell'infezione e per le attività di monitoraggio e sorveglianza in tutti gli ambiti assistenziali, mettendo in atto drastiche misure di contenimento e avviare processi di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza.

I soggetti coinvolti sono:

- ✓ Assessorato alla Salute e Politiche Sociali
- ✓ Direzione regionale Salute e Welfare – Servizi di Programmazione Assistenza Sanitaria
- ✓ Aziende Sanitarie mediante Direzione sanitaria e Direzione Distretti
- ✓ MMG.

Il piano delle azioni e le relative responsabilità sono descritte nella matrice sottostante

	Azioni specifiche	Coordinamento	Attori/ Responsabilità	Attività di Monitoraggio e Aggiornamento	Evidenza
1	Individuazione della rete di assistenza integrazione ospedale-territorio e definizione linee di indirizzo e PDTA del Piano della cronicità	Presidenza della Regione Assessorato Salute e Politiche Sociali	Direzione Salute e Welfare	Direzione Salute e Welfare Aziende Sanitarie	Documento di programma

PIANI DI AUMENTO DELLA CAPACITA' DI CONTINUITA' OPERATIVA DEI SERVIZI

2	Attuazione PDTA ed elaborazione di protocolli strutturati per la gestione dei pazienti nelle strutture residenziali	Direzione regionale Salute e Welfare	Direzione Salute e Welfare Aziende Assistenza Territoriale MMG	Aziende Sanitarie	Protocolli formalmente approvati da direzioni aziende sanitarie
3	Attuazione PDTA ed elaborazione di protocolli strutturati per la gestione dei pazienti nelle strutture semi-residenziali	Direzione regionale Salute e Welfare	Direzione Salute e Welfare Aziende Assistenza Territoriale MMG	Aziende Sanitarie	Protocolli formalmente approvati da direzioni aziende sanitarie
4	Elaborazione di protocolli strutturati per la gestione dei pazienti nelle strutture penitenziarie	Direzione regionale Salute e Welfare	Direzione Salute e Welfare Aziende Assistenza Territoriale MMG	Aziende Sanitarie	Protocolli formalmente approvati da direzioni aziende sanitarie
Indicatori per il monitoraggio		n. casi registrati n. prese in carico da vari attori			

Per l'integrazione Ospedale-Territorio è fondamentale seguire il percorso del paziente nei vari momenti di esperienza della sua cura. Lo strumento metodologico principale è il PDTA (Percorso Diagnostico-Terapeutico ed Assistenziale). I PDTA sono il fulcro intorno al quale devono ruotare servizi e risorse umane; rappresentano i percorsi lungo i quali agiscono i servizi sanitari e quelli sociali, dove vengono "presi in carico" soggetti che hanno bisogno di interventi "mixed", divenendo così "PDTA integrati", ovvero Piani di "presa in carico globale" del paziente. Si sostanziano conseguentemente in Piani Assistenziali Individuali, poi definiti nel PNRR Piani di Salute Individualizzati.

Le strutture coinvolte nell'integrazione ospedale-territorio, sono tutte quelle già descritte nel sistema delle cure primarie, oltre le Case della comunità e gli ospedali di comunità dei singoli Distretti sanitari.

STRUTTURE RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E RIABILITATIVE

In fase pandemica, pur nel rispetto delle varie fasi dei PDTA implementati, tutte le strutture territoriali residenziali (sia quelle a conduzione diretta che in convenzione) dovranno rispettare le indicazioni provenienti dall'Unità di Crisi:

- gestione accessi
- gestione visitatori
- predisposizione percorsi
- sorveglianza operatori e ospiti
- gestione fornitori
- gestione casi, contatti e cluster
- pianificazione attività di prevenzione e sicurezza

In fase interpandemica è importante, sulla base delle procedure già adottate per l'emergenza pandemica da SARS-COV2, preimpostare il sistema documentale costituendo un team di lavoro Regione, Aziende e MMG.

ALLEGATO 3.2E - DEFINIZIONE STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO DELLA TENUTA DEI SERVIZI SANITARI**Definizione della piattaforme web-based per il monitoraggio dei servizi sanitari da attivarsi rapidamente in caso di pandemia e del sistema di sorveglianza regionale****Sistema informativo regionale di sorveglianza a supporto del Panflu**

La Regione Umbria sta implementando nuovi strumenti digitali nell'ambito del percorso di reingegnerizzazione dei sistemi informativi utilizzati a supporto della pandemia da Covid 19. Il sistema *informativo Covid19*, nato da una situazione emergenziale, supporta a tutt'oggi gli aspetti gestionali la gestione della pandemia ma mostra diverse debolezze e lacune. Esso infatti è stato messo a punto nei momenti di emergenza, con progressivi adattamenti ed integrazioni di software verticali e prodotti già esistenti sia a livello delle aziende sanitarie ed ospedaliere che a livello regionale. E' stato quindi recentemente avviato un percorso di revisione e reingegnerizzazione delle componenti tecnologiche che devono essere riprogettate per diventare strutturali, conformi alle direttive GDPR per il trattamento dei dati e più robuste rispetto alle crescenti minacce di cybersicurezza. In questo percorso di revisione si intende recuperare l'esperienza della pandemia Covid19 per realizzare un sistema completo di sorveglianza, conforme ed integrato alla progettazione nazionale a supporto del piano pandemico (*Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023*). Il progetto prevede obiettivi di breve termine correlati all'attuale fase pandemica e obiettivi di medio termine che consentiranno di adattare il sistema a supporto degli obiettivi del Panflu. Il Piano nazionale infatti, partendo dall'esperienza della pandemia da Sars cov-2, che ha mostrato l'imprevedibilità delle epidemie, prevede una strategia di preparazione e definisce le misure per contenere i rischi sul piano locale, nazionale e globale. Per attuarla è necessario disporre di sistemi di preparazione che si basino su strumenti informativi flessibili, capaci di modellare le risposte in funzione della specificità dei patogeni che potrebbero emergere e progettati per sopportare rapidi cambiamenti ed evoluzioni.

La Regione Umbria ha quindi avviato la progettazione di un sistema informativo che, attraverso l'acquisizione dei dati da numerose fonti fornirà supporto alle decisioni per la prevenzione, il contenimento e la gestione delle epidemie. Il sistema prevede lo sviluppo di diverse componenti funzionali interconnesse finalizzate alla raccolta dati, alla modellazione delle analisi e alla rappresentazione di indicatori. La rete complessiva viene inoltre supportata da una piattaforma di gestione dei *touch point*, identificati nei diversi processi, basata su sistema CRM (Citizen Relationship Management). Questo sistema consentirà quindi di ottimizzare le interconnessioni della rete di monitoraggio e di allerta. Nella fase pandemica vera e propria inoltre il CRM abilita le relazioni multicanale con la popolazione, in modo molto efficace.

Il sistema si sviluppa in quattro componenti fondamentali: raccolta dati, analisi e visualizzazione, modellazione e previsione, allerta e comunicazione: Un ruolo fondamentale sarà svolto dalla componente CRM come componente che abilita e presidia le interconnessioni e le comunicazioni della rete di monitoraggio, allerta e gestione della pandemia.

Una base dati consistente, flessibile, scalabile

Il sistema regionale di sorveglianza che intendiamo sviluppare si basa su un sistema interconnesso, a livello regionale di servizi per lo scambio dati. L'esperienza Covid ha dimostrato che in una dimensione come quella della Regione Umbria è possibile implementare flussi di raccolta real-time dai software clinici e dai verticali dipartimentali.

Questa modalità, se sviluppata su un'architettura standardizzata e coerente, amplifica le potenzialità di raccolta di informazioni, superando, o meglio ampliando, la base informativa dei flussi amministrativi e del data warehouse regionale. L'Umbria ha iniziato ad avvalersi di un proprio ecosistema di interfacce API che permettono l'accesso a servizi standardizzati sul livello regionale. L'idea alla base del progetto è rendere progressivamente integrati nell'ecosistema regionale, i sistemi verticali che concorrono alla produzione di dati utili-

L'attuale sistema regionale di acquisizione dei flussi, sviluppato nel corso della pandemia da Covid 19 sarà aggiornato e progressivamente implementato per garantire la gestione dei flussi informativi previsti dal Panflu di Regione Umbria. Particolare attenzione sarà data alla garanzia della qualità dei dati raccolti

ALLEGATO 3.2E - DEFINIZIONE STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO DELLA TENUTA DEI SERVIZI SANITARI

mediante introduzione di nuove procedure ETL e di algoritmi di correlazione dei dati dalle diverse fonti. Il sistema dovrà garantire inoltre la coerenza con le procedure e le tempistiche previste dal livello nazionale. Il data-lake che costituisce la base informativa può essere quindi continuamente ampliato e gestito in modo flessibile in coerenza con la fase in essere (interpandemica, allerta, pandemia). Il sistema nel suo complesso infatti è sempre attivo. Coerentemente con la fase saranno mantenuti attivi i soli scambi di dati necessari. Ad esempio nella fase interpandemica sono attivi i dati necessari per le finalità di sorveglianza e alimentazione dei sistemi di allerta, e profilati i relativi utenti, in ottemperanza al principio di minimizzazione dei dati trattati. Di seguito sono elencate le principali fonti dati previste con indicazione dell'attuale disponibilità o della previsione progettuale.

Base Dati/flusso	Titolare/Fornitore	Disponibilità		Note progettuali
		Sì	No	
Rete Influnet	MMG Aziende sanitarie	x		
Dati da cartella clinica elettronica MMG/PLS	MMG/PLS		X	definizione accordo con MMG per integrazione real time con-il sistema di accoglienza regionale
Laboratori riferimento salute animale	Aziende sanitarie IZSUM		X	flussi richiesti da Panflu
Monitoraggio forme gravi e complicate di influenza	Aziende sanitarie	X		flussi richiesti da Panflu
Monitoraggio scorte/ raccolta fabbisogni e verifica approvvigionamenti	Aziende sanitarie		X	evoluzione funzionalità della ERP regionale
Mappatura strutture	Aziende sanitarie	x		revisione sistema informativo web based per raccolta dati da flussi standard
Anagrafe sanitaria	Aziende Sanitarie	X		disponibile
Anagrafe esenzioni	Aziende Sanitarie	X		disponibile
Anagrafe vaccinale	Aziende Sanitarie	X		disponibile
Sistema di stratificazione popolazione	Regione Umbria/Aziende Sanitarie	X		disponibile
Ricoveri ADT	Aziende Sanitarie	X		Disponibile real time
Ricoveri lettera dimissione e ulteriori dati CCE	Aziende Sanitarie			Da realizzare
Accessi e dati di Pronto Soccorso	Aziende Sanitarie	X		Disponibile flusso mensile; nuovo sviluppo progetto raccolta real time
Occupazione/Disponibilità Posti Letto	Aziende Sanitarie	X		Da sviluppare per rendere disponibile realtime
Base dati assistenza territoriale/cronicità	Aziende Sanitarie	X		Strutture residenziali, salute mentale, assistenza domiciliare, diabete, nefrologia, SERD sistema Atlante
farmaceutica (identificazione terapie prescritte/erogate dal SSN, dossier farmaceutico)	Regione Umbria/Aziende Sanitarie	X		Disponibili consumi territoriali e ospedalieri, da sviluppare real time il dossier del paziente con dati di prescrizioni/erogazioni

ALLEGATO 3.2E - DEFINIZIONE STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO DELLA TENUTA DEI SERVIZI SANITARI

Rete dei laboratori	Regione Umbria/Aziende Sanitarie/Farmacie/ IZS/ altre strutture		X	Reingegnerizzare la rete regionale di interscambio referti (portale webcovid19)
Ulteriori fonti dati: assenze scolastiche	Scuole provinciali/comunali		X	Verificare specifico progetto scuole

Sistema di analisi e visualizzazione modellazione e previsione

L'attuale sistema di analisi utilizzato per la pandemia Covid19 è composto da diversi sistemi di calcolo degli indicatori e da diverse piattaforme di rappresentazione ed è basato su più componenti sviluppate a partire dai sistemi di datawarehouse regionali esistenti, con alcune attività ancora automatizzate solo parzialmente.. Il progetto che si prevede di sviluppare, basato su una logica più ampia di datalake dovrà avere una componente Bi per il calcolo indicatori e per la creazione delle dashboard che sarà aggiornata con strumenti più avanzati al fine di implementare anche logiche di analytics, machine learning, analisi predittiva. Particolare attenzione sarà data al calcolo di indicatori di processo, correlati alle fasi previste dal piano pandemico.

Sistema di comunicazione e allerta

Questa componente del sistema supporta i processi di segnalazione tempestiva di situazioni sospette ed è basato su invio rapido di segnalazioni agli attori della rete. La rete viene modellata nella componente CRM con i propri touch point e con i rispettivi canali. Il sistema dovrà garantire adeguato supporto logistico con scambio rapido e completo di informazioni tra le figure rilevanti rivolgendosi sia al coordinamento del livello interno regionale che all'ambito sovra regionale che sarà definito dai protocolli nazionali.

La componente CRM ha il ruolo di orchestratore dei contatti negli specifici touch point. Questo ruolo deve essere esercitato in tutte le fasi del piano pandemico. Nel periodo interpandemico è fondamentale infatti che il sistema mantenga attivi tutti i meccanismi di raccolta informazioni, collaborazione e allerta. Va evitato il rischio che ci siano ruoli non occupati, avvicendamento di personale, mancanza di formazione, perdita dell'attenzione o attività che non vengono correttamente presidiate. A tal fine si intende inserire configurazione del software CRM con il compito di mantenere correttamente attiva tutta la rete. Questo obiettivo sarà realizzato mediante continue verifiche dei processi con strumenti automatici, definizione di touch point e sistemi di allarme che consentiranno, di ottenere indicatori di verifica dell'effettiva efficienza e vitalità della rete di sorveglianza.

Nella fase di allerta il CRM consentirà un immediato ampliamento della rete dei referenti e della raccolta dati, ampliando i punti di contatto e fornendo gli strumenti per una immediata circolazione delle comunicazioni. In questa fase il CRM fornisce gli strumenti operativi per la raccolta, la distribuzione delle comunicazioni e delle informazioni.

Infine nella fase pandemica il CRM diventa lo strumento di gestione del tracciamento, dell'isolamento, e della comunicazione con la popolazione intera, presidiando la gestione multicanale e la relazione con i cittadini e con i pazienti. Questa fase è già in corso di realizzazione in quanto primo aggiornamento del sistema attuale per la gestione del Covid 19.

Gli obiettivi specifici di questa prima fase progettuale sono relativi al consolidamento della gestione del contact tracing con l'introduzione di strumenti innovativi al fine di

- Avere un processo di contact tracing più efficace e più rapido, in grado di tenere il passo con numeri elevati,
- Riduzione a zero dei casi non tracciati
- Riduzione del tempo di contatto, del tempo di testing, e di inizio isolamento, riduzione del tempo di tracciamento dei contatti.
- Aumento della collaborazione nel tracing, e aumento del numero di contatti segnalati e rintracciati
- Contatto continuo con la scuola, ad esempio in orario serale e giorni festivi,
- Aumento del rapporto di fiducia con genitori e famiglie
- Strutturare la comunicazione con i referenti covid scuola in merito al continuo aggiornamento delle regole nazionali e regionali

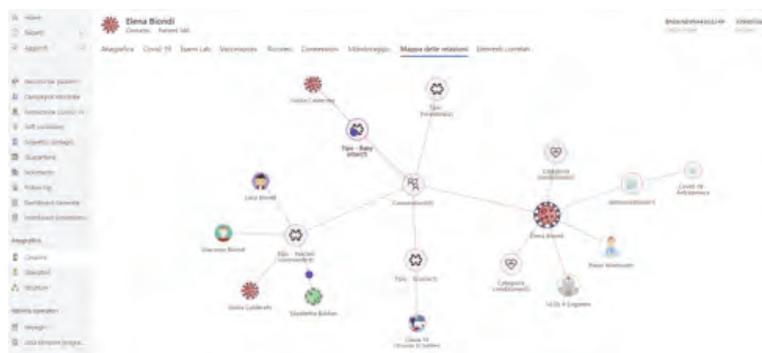
ALLEGATO 3.2E - DEFINIZIONE STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO DELLA TENUTA DEI SERVIZI SANITARI

– Migliorare la qualità e la tempestività dei dati scambiati mediante massivo utilizzo di canali digitali E' quindi in corso di reingegnerizzazione la componenti del sistema di tracciamento dei contatti e la gestione del tracciamento nelle comunità scolastiche.

In questa fase del progetto è prevista la sperimentazione di algoritmi che agiscono nella logica degli small world networks, identificando gli elementi essenziali delle relazioni sociali (come nucleo familiare, lavoro, scuola) e permettendo così di fornire supporto nelle previsioni dell'andamento dei contagi per gestire la situazione dei possibili contatti in maniera preventiva, con una logica di continuo apprendimento da parte del sistema.

Il sistema crea delle mappe delle reti sociali, identificando con un grafo il livello di relazione tra individui e con semplici icone alcuni attributi e condizioni significative dei componenti della rete (quali la fragilità, la vaccinazione, la pregressa infezione).

Inoltre il sistema dovrebbe suggerire al medico epidemiologo la presenza di possibili relazioni tra due



positività contigue, quindi suggerire al medico la possibile relazione tra due casi di contagio, facilitando l'individuazione precoce di possibili cluster sociali o territoriali.

ALLEGATO 3.2F -DEFINIZIONE PROCEDURE TRASFERIMENTI E TRASPORTI**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)****Situazione attuale:**

In Umbria esiste una CO 118 unica Regionale dal 2013 per un bacino di utenza di circa 900.000 abitanti.

La CO risponde a circa 250.000 telefonate/anno in entrata, effettua circa 72.000 eventi/anno (dati riferiti all'epoca pre-covid 2019) e dispone ad oggi di 43 ambulanze, 6 automediche, un natante in convenzione per le isole del Trasimeno, un elicottero comune con la Regione Marche.

Tutti i trasporti primari sono gestiti dalla CO 118 con i mezzi **suddetti inoltre** gestisce e si fa carico anche dei trasferimenti inter-ospedalieri per le patologie tempo dipendenti o gravi (che pongono il paziente in pericolo di vita) e per i trapianti di organo.

I trasferimenti secondari non urgenti attualmente sono gestiti dalle singole Aziende con risorse proprie e non coinvolgono la CO 118. **Nella riorganizzazione del sistema urgenza-emergenza è prevista l'attivazione di un coordinamento unitario in quanto i singoli trasferimenti comportano la mobilitazione e l'utilizzo di maggiore personale e numero di mezzi in quanto non c'è sinergia tra i vari ospedali nell'organizzare i trasporti di trasferimento.**

In caso di maxi-emergenze vengono richieste ulteriori ambulanze tramite la Protezione Civile con le Associazioni e le Croci sul territorio.

In occasione della recente pandemia si è reso necessario un aumento delle ambulanze nei vari distretti per far fronte alle ulteriori esigenze dettate dalla pandemia stessa.

La Regione Umbria si avvale dell'eliambulanza Icaro 02 con base a Fabriano (AN), attraverso un protocollo di Intesa con la Regione Marche, che ha attivato una media di 40 interventi/anno nelle ultime annualità.

Gestione emergenze di tipo infettivo:

Alla luce di quanto sopra, per fronteggiare ulteriori eventi pandemici, anche sulla scorta dell'esperienza maturata, si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione sui seguenti punti:

- La CO 118 deve poter avere un sistema di monitoraggio in tempo reale dei posti letto ospedalieri e del movimento pazienti nei PS regionali così da permettere al bed manager/medico di centrale operativa di indirizzare i pazienti nelle strutture adeguate e con disponibilità di posti letto. E' essenziale che il sistema di monitoraggio dei posti letto sia in tempo reale altrimenti la sua funzionalità risulta compromessa.
- La CO 118 deve prevedere un numero di postazioni di lavoro incrementabile di almeno 2-3 unità e comunque in modo flessibile, per poter meglio gestire i flussi di richieste che inevitabilmente aumenteranno.
- Il sistema informatico/informativo deve poter assicurare la gestione dei seguenti processi:
 1. Rilevazione dati
 2. Gestione della flotta,
 3. Gestione dei trasporti secondari
 4. Gestioni dei maxi eventi
 5. Gestione delle maxi emergenze
 6. Gestione dei report
 7. Gestione dei flussi informativi
 8. Gestione armadi farmaceutici
 9. Gestione magazzino materiali
 10. Gestione anagrafe
 11. Gestione utenti e sistema
 12. Gestione indicatori
 13. Possibilità di gestione e di integrazione di nuove funzionalità.

ALLEGATO 3.2F -DEFINIZIONE PROCEDURE TRASFERIMENTI E TRASPORTI

- Devono essere rimarcate le procedure per i trasferimenti interospedalieri che saranno a carico del sistema dell'emergenza nei seguenti casi:
 1. Pazienti affetti da patologie tempo dipendenti ove l'accertamento diagnostico / trattamento definitivo siano da considerarsi di emergenza o di urgenza.
 2. Pazienti critici per tipologia (es. rianimazione, UTIC).
 3. Pazienti pediatrici che necessitano di trasferimento in culla termica o **assistiti dal rianimatore**, in relazione al grado di urgenza presentato.
- Nel caso di trasferimenti **di pazienti non critici** deve essere previsto un coordinamento **unico regionale** tramite una centrale unica per i trasferimenti secondari con un numero di operatori e di mezzi idoneo a gestire le varie situazioni. **La centrale unica gestendo tutti i trasporti suddetti ha la possibilità di razionalizzare uomini e mezzi per trasporti spoke hub e viceversa così da decongestionare i DEA di II livello e contribuire ad avere posti letto di alta specialità per le acuzie con elevata appropriatezza organizzativa.**

Tale centrale deve comunque essere in rapporto funzionale con la CO 118 e possibilmente risiedere in spazi adiacenti a quelli della CO 118. Tutti i protocolli gestionali devono essere pianificati e concordati tra le due centrali e deve essere garantita una adeguata e capillare diffusione delle procedure in essere per i trasferimenti a tutto il personale sanitario che assicuri l'ottimizzazione dei tempi.

- In relazione al quadro di pandemia vanno incrementati i mezzi a disposizione per i trasporti anche ricorrendo ad accordi e convenzioni con le varie Associazioni prevedendo oltre al personale volontario anche quello dipendente.
- E' inoltre necessario prevedere un numero sufficiente di dispositivi di trasporto in biocontenimento per trasferire in sicurezza pazienti infetti. Attualmente la Regione Umbria dispone di 4 barelle di trasporto in alto biocontenimento situate nel territorio dell'Alto Tevere, presso la COUR 118 a Perugia, presso la postazione 118 di Terni e presso l'Ospedale della Media Valle del Tevere.

In sintesi la Centrale Operativa 118 deve pertanto lavorare in sinergia e in coordinamento con quella dei trasporti e in prospettiva anche con la centrale 116/117 per poter ottimizzare i seguenti punti:

1. Trasporti secondari (razionalizzazione delle risorse)
2. Trasporto organi e sangue (razionalizzazione delle risorse) **e trasporto trapiantandi**
3. Amministrazione dei posti di terapia intensiva (area centralizzata delle risorse) e conoscenza in tempo reale dei posti letto disponibili regionali
4. Interrelazione con la continuità assistenziale e medicina generale territoriale (management delle chiamate con indirizzo dei pazienti presso la struttura idonea, con riduzione di accessi impropri)
5. Telemedicina per i pazienti critici dimessi (sorveglianza h 24 con mobilitazione delle risorse d'emergenza necessarie con riduzione occupazione dei posti ospedalieri)
6. Gestione delle maxi emergenze e dei grandi eventi (amministrazione e controllo e coordinamento delle risorse disponibili)
7. Gestione di emergenze epidemiologiche (coordinamento delle criticità anche legate ai flussi di malati ed al loro trasporto con possibilità di **interrelazione** e coordinamento con gli enti militari per far fronte a grandi numeri di pazienti).

La Regione Umbria si è impegnata a dotare il territorio **regionale** di un servizio di elisoccorso autonomo con base logistica in Umbria. Per questo ha predisposto ed approvato un progetto per la sua realizzazione **ipotizzando** l'effettuazione di almeno 250 voli per il primo anno di attività con possibilità di ampliamento successivo in base ai fabbisogni, in modo da **arrivare a regime** anche a 400-500 voli/anno.

Tale obiettivo può essere raggiunto anche attraverso l'adeguamento al volo notturno della elisuperficie presente presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia

ALLEGATO 3.2F -DEFINIZIONE PROCEDURE TRASFERIMENTI E TRASPORTI

CENTRALE REGIONALE DI BED MANAGEMENT

Viene strutturata la Centrale di Bed Management all'interno della Centrale Operativa 118 coordinata dalla figura del Bed Manager per la gestione dei posti letto e dei trasporti secondari che risponderà al Responsabile della CO 118. Le strutture ospedaliere inviano le disponibilità di posti letto alla Centrale per la gestione unitaria dei posti letto ospedalieri con particolare ma non esclusivo riferimento per i posti letto di terapia intensiva.

Gli interventi previsti per la realizzazione della Centrale di bed management si riferiscono a:

1° Livello

Definizione di un format per la raccolta da parte di tutti gli ospedali dei dati relativi alla disponibilità di posti liberi per le diverse discipline da trasmettere alla Centrale Operativa (CO) 118

2° Livello

Le Direzioni Mediche Ospedaliere di tutti gli ospedali trasmetteranno i dati relativi alla disponibilità di posti liberi per le diverse discipline alla Centrale Operativa (CO) 118 alle ore 14.00 alle ore 20.00 di ogni giorno in attesa di un sistema informatizzato automatico che in tempo reale possa aggiornarsi alla situazione dei posti disponibili. La CO effettuerà i trasporti in relazione alla tipologia di caso e alla disponibilità di posti letto.

3° Livello

Viene strutturata la Centrale di Bed Management per la gestione complessiva dei posti letto in ambito di ricovero urgente e la gestione dei trasporti secondari.

MONITORAGGIO POSTI LETTO

Il sistema informativo web based prevede la raccolta dati da flussi standard per la mappatura delle strutture e de servizi fra i quali la mappatura dinamica dei posti letto ospedalieri e territoriali disponibili e occupati per tutte le necessità assistenziali comprese quelli da dedicare all'emergenza pandemica.

Il sistema di monitoraggio deve garantire in tempo reale la disponibilità dei posti letto ospedalieri e del movimento pazienti nei PS regionali così da permettere:

- al bed manager/medico di centrale operativa di indirizzare i pazienti nelle strutture adeguate e con disponibilità di posti letto
- la rilevazione dei pazienti ricoverati nelle diverse strutture.

ALLEGATO 3.2G - DEFINIZIONE PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO

Stima dei fabbisogni e procedure per monitoraggio, uso e distribuzione delle scorte di DPI, DM, medicinali e forniture

Obiettivo

Stabilire criteri omogenei a livello regionale finalizzati ad implementare la predisposizione di scorte strategiche di DPI, DM, medicinali e forniture nella fase inter pandemica

Scorte strategiche

le scorte dovranno riguardare:

- *Dispositivi di protezione individuale*: come mascherine FFP2 ed FFP3, occhiali, visiere, guanti, tute, camici, calzari,
- *Dispositivi medici*: mascherine, disinfettanti per dispositivi medici (Direttiva93/42/CEE o Regolamento 2017/745), reagenti e test molecolari per l'identificazione di geni altamente conservati e kit di genotipizzazione da parte dei laboratori,
- *Biocida/presidio medico chirurgico*: disinfettanti (DPR392-1988, Regolamento UE 2012/528,
- *Farmaci antivirali*: Oseltamivir (la scorta nazionale è attualmente conservata nel deposito SNAF Srd 25 (MCMP),
- *Altri farmaci*: cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia,
- *Vaccini*.

Stima del fabbisogno di DPI per gli Operatori Sanitari

I DPI costituiscono una misura efficace per ridurre il rischio d'infezione, solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che include controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici

Si riporta di seguito i criteri per la stima dei fabbisogni regionali.

Le scorte regionali non devono comprendere le scorte del Ministero della Salute a livello centrale e periferico.

Esempio di stima minima dei bisogni di approvvigionamento di DPI in pz con infezione respiratoria a trasmissione da contatto/droplets/aerea (adattato da Sars-CoV-2, fonte ECDC)

Personale	CASO SOSPETTO N°Kit di DPI/caso	Caso confermato sintomi lievi N°kit al giorno per pz	Caso confermato sintomi gravi N°kit al giorno per pz
Infermieri	1-2	6	6-12
Medici	1	2-3	3-6
Addetti alle pulizie	1	3	3
Altri Operatori	0-2	3	3
TOTALE	3-6	14-15	15-24

Un kit di DPI minimo secondo le indicazioni ECDC comprende dispositivi di protezione respiratoria e per la protezione degli occhi, del corpo e delle mani. Bisogna prevedere una maggiore disponibilità di guanti che possono essere sostituiti più volte rispetto ai kit. La tabella non tiene conto di alcuni DPI che possono essere riutilizzati se appositamente trattati (es. occhiali, visiere) e che i DPI possono essere differenziati secondo le modalità e le intensità di cura (es. FFP2-FFP3) e sulla base della valutazione dei rischi.

A livello Regionale sono in approvazione delle "raccomandazioni per tipologia di DPI-DM da usare nel contesto Covid-19 in relazione al setting, target e tipo di attività" condiviso dai quattro RSPP delle aziende, da utilizzare anche in altre situazioni infettive.

Tutti i dispositivi devono essere indossati correttamente, cambiati regolarmente secondo indicazioni specifiche, rimossi con attenzione, smaltiti in sicurezza e utilizzati in combinazione con altri comportamenti e procedure igieniche.

ALLEGATO 3.2G - DEFINIZIONE PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO

Farmaci

Per la tipologia dei medicinali di veda la Tabella 1

FARMACO	Forma Farmaceutica	Dosaggio	Fabbisogno a 1 mese (espresso in unità posologiche)	Fabbisogno a 3 mesi (espresso in unità posologiche)	Commenti e note	CATEGORIA
Amoxicillina	compresse	1 g	1090	3270		Antibiotici
Amoxicillina	fiale		0	0		Antibiotici
Amoxicillina	sospensione	250mg/5ml	22	66		Antibiotici
Amoxicillina/Acido Clavulanico	compresse	875mg+125mg	14310	42930		Antibiotici
Amoxicillina/Acido Clavulanico	fiale	2g	485	1425		Antibiotici
Amoxicillina/Acido Clavulanico	sospensione	400mg+57mg /70 ml	91	273		Antibiotici
Azitromicina	compresse	500 mg	1810	5430		Antibiotici
Azitromicina	sospensione	200 mg/5 ml	38	114		Antibiotici
Azitromicina	flaconi	500 mg	226	678		Antibiotici
Aztreonam	fiale	1g	106	318		Antibiotici
Aztreonam	polvere e solvente per inalazione	75 mg	84	252		Antibiotici
Ceftarolina	flaconi contenenti polvere per uso	600 mg	504	1512		Antibiotici
Ceftazidime/ Avibactam	polvere e solvente per uso endovenoso	2g+500mg	1330	3990		Antibiotici
Ceftobripolo	flaconi contenenti soluzione per uso	500 mg	190	570		Antibiotici
Ceftolozane/ Tazobactam	flaconi contenenti soluzione per uso	1 g/ 0,5 g	790	2370		Antibiotici
Ceftriaxone	polvere e solvente per uso endovenoso	1 g	1430	4590		Antibiotici
Ceftriaxone	polvere e solvente per uso intramuscolare	2 g	5000	15000		Antibiotici
Fosfomicina	buste	3 g	190	570		Antibiotici
Levofloxacin	compresse	500MG	4125	12375		Antibiotici
Levofloxacin	soluzione per infusione	500 MG	1730	5190		Antibiotici
Linezolid	compresse	600MG	1680	12040		Antibiotici
Linezolid	sospensione	100 mg/5 ml	9	27		Antibiotici
Linezolid	sacche	2 mg/ml 300 ml	1930	5790		Antibiotici
Meropenem	flaconi contenente polvere per uso	500 mg	990	4050		Antibiotici
Meropenem	flaconi contenente polvere per uso	1 g	7690	21990		Antibiotici
Piperacillin/ Tazobactam	flacone contenente polvere per uso endovenoso	4,5 g	10160	39480		Antibiotici
Piperacillin/ Tazobactam	flacone contenente polvere per uso endovenoso	2,25 g	1615	11515		Antibiotici
Vancomicina (IV)	fiale	500 mg	3350	10050		Antibiotici
Vancomicina (IV)	fiale	1 g	1000	3000		Antibiotici
Vancomicina (IV)	flacone	0,5g 1g	360	1080		Antibiotici
Caspofungina	flaconi contenente polvere per soluzione	50 mg	282	836		Antifungini
Caspofungina	fiale per uso endovenoso	70 mg	15	55		Antifungini
Isovuconazolo	compresse	100 mg	576	1728		Antifungini
Voriconazolo	compresse	200 MG	2640	8020		Antifungini
Voriconazolo	flaconi endovenosi	200 MG	77	231		Antifungini
Voriconazolo	sospensione					Antifungini
Remdesivir	flacone contenente polvere per uso endovenoso	100mg	76	210		Antivirali
Dexametasone	compresse	0,5 mg	2136	6408		Steroidi
Dexametasone	fiale	4mg	33141	105123		Steroidi
Dexmedetomidine	fiale	100mcg/ml	1457	4371		Steroidi
Metilprednisolone	compresse	4 mg	930	2790		Steroidi
Metilprednisolone	compresse	16 mg	1980	5940		Steroidi
Metilprednisolone	fiale	20 mg	4654	12693		Steroidi
Metilprednisolone	fiale	40 mg	2020	7145	emisuccinato	Steroidi
Metilprednisolone	fiale	40 mg	505	1515	acetato	Steroidi
Metilprednisolone	fiale	125 mg	240	715		Steroidi
Metilprednisolone	fiale	500 mg	270	810		Steroidi
Metilprednisolone	fiale	1000 mg	1090	713		Steroidi

ALLEGATO 3.2G - DEFINIZIONE PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO

Organizzazione

L'utilizzo dei DPI implica un rafforzamento di strategie a livello Regionale per garantire la congrua disponibilità agli operatori maggiormente esposti al rischio contagio.

Quindi le strategie da adottare saranno:

- stoccare correttamente in magazzini gestiti con criteri FIFO (first in first out) una scorta di DPI sufficiente a garantire il fabbisogno in ambito assistenziale nei primi 3-4- mesi di emergenza pandemica influenzale,
- definire meccanismi per il monitoraggio regolare delle capacità nel settore dell'assistenza sanitaria delle scorte,
- assicurare la distribuzione di DPI necessaria alla protezione degli operatori in base alla valutazione del rischio,
- garantire agli operatori formazione e addestramento all'uso.

Stima Scorte Regione Umbria**Stima dei fabbisogni dei DPI per 4 mesi**

DPI	Quantità
Tute	82.085
Camici	423.476
Occhiali	24.501
Calzari	547.979
Mascherini FFP2/FFP3	956.978
Guanti	14.309.977

Stima dei fabbisogni dei DM per 4 mesi

Dispositivi Medici	Quantità
Mascherine chirurgiche	935.914
Disinfettanti	59.024
Kit (reagenti, tamponi)	452.455
Genotipizzazione	667

Stima dei fabbisogni dei farmaci per 4 mesi

Farmaci	Quantità
Antibiotici	38.902
Cortisonici	25.597
Ossigeno	79.739

Attualmente tutti i DPI e DM sono stoccati con moltissima difficoltà nei singoli magazzini delle quattro aziende.

Si sta definendo, a livello regionale, la creazione di un magazzino centralizzato con ambienti che rispettino i requisiti strutturali e microclimatici ed eventualmente dotati di frigoriferi. In relazione alla scelta, successivamente sarà definita una procedura per il monitoraggio, uso, distribuzione delle scorte DPI, DM, Farmaci

Inoltre va considerato che sarà anche definita a livello centrale nazionale, una procedura operativa con la Struttura di Protezione Civile per definire una attivazione della rete di distribuzione delle scorte ed un eventuale approvvigionamento.

E' affidata a CRAS la stipula di contratti di prelazione/acquisti centralizzati per le Aziende.

Attualmente tutti i DPI e DM sono stoccati con moltissima difficoltà nei singoli magazzini delle quattro aziende. Si sta definendo, a livello regionale, la creazione di un magazzino centralizzato con ambienti che rispettino i requisiti strutturali e microclimatici ed eventualmente dotati di frigoriferi. In relazione alla scelta, successivamente sarà definita una procedura per il monitoraggio, uso, distribuzione delle scorte DPI, DM, Farmaci

CRAS stipula di contratti di prelazione/acquisti.

Monitoraggio

- **Fase interpandemica:** Monitoraggio mensile delle scorte ed eventuale reintegro secondo criteri FIFO (First In First Out).
- **Fase di allerta:** Monitoraggio almeno quindicinale delle scorte ed eventuale reintegro secondo criteri FIFO (First In First Out).
- **Fase pandemica:** Monitoraggio almeno settimanale delle scorte e reintegro secondo criteri FIFO (First In First Out).

ALLEGATO 3.2G - DEFINIZIONE PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO

Distribuzione

La distribuzione di farmaci, DPI e DM verrà effettuata in relazione all'andamento del monitoraggio dei consumi e della evoluzione della fase di allerta.

Inoltre va considerato che sarà anche definita a livello centrale nazionale, una procedura operativa con la Struttura di Protezione Civile per definire una attivazione della rete di distribuzione delle scorte ed un eventuale approvvigionamento.

ALLEGATO 3.2H - PIANIFICAZIONE DEL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA'

PREDISPOSIZIONE DI MODALITÀ DI GESTIONE DI UNA O PIÙ ONDATE SUCCESSIVE

Criteria e percorsi organizzativi

In attesa della realizzazione di tutti gli investimenti/lavori previsti dalla DGR 483 del 19/06/2020, e della realizzazione di quanto previsto dal PNRR, si definiscono le linee di intervento evolutive per soddisfare le necessità di ricovero ospedaliero legato all'attuale contesto dell'epidemia e mantenere il più possibile le altre attività assistenziali.

La gestione dei Pazienti positivi o sospetti al patogeno emergente, compatibilmente con il necessario impegno di risorse per fronteggiare le ondate dell'epidemia, dovrà salvaguardare non solo le reti cliniche tempo dipendenti e le attività chirurgiche di emergenza e quelle rivolte al trattamento delle patologie cd. "maggiori" ma fino a che possibile tutte le altre attività assistenziali e di screening per la popolazione.

Tutte le strutture della rete ospedaliera regionale dovranno mantenere la necessaria sicurezza nella gestione del percorso del paziente positivo o sospetto; si dovranno garantire percorsi formativi specifici per il personale, nella scia di quanto già fatto anche in corso di emergenza covid, con adeguata organizzazione dei servizi dedicati e, laddove non dedicati, prevedendo procedure strutturate di accesso e sanificazione.

E' per tale motivo che è stata definita una strategia di attivazione progressiva degli Ospedali e dei Posti Letto delle Discipline candidate a far fronte all'epidemia prendendo in considerazione anche quanto previsto per l'evoluzione futura la rete HUB e SPOKE costituita dai DEA di I e di II livello.

La strategia prevede che i livelli di attivazione dei p.l. sono specifici per ciascuna tipologia di posto letto (Terapia intensiva, Semintensiva, Degenza ordinaria medica): uno scenario epidemiologico può infatti comportare il livello I per quanto riguarda la Terapia intensiva e il livello II per quanto riguarda la degenza ordinaria in Malattie infettive, Pneumologia e Area Medica.

La configurazione vede nello sviluppo degli scenari e finché non vi è necessità di superare il terzo:

- Ospedali HUB DEA di II livello parzialmente dedicati (Perugia e Terni oltre alle attività dell'emergenza pandemica garantiranno le prestazioni di II livello, le prestazioni per la rete delle patologie tempo-dipendenti, le attività di urgenza anche rapportandosi con i DEA di I livello, nonché le attività programmate in relazione all'andamento epidemico)
- Ospedali Spoke DEA di I livello parzialmente dedicati (Città di Castello, Foligno, Gubbio-Gualdo Tadino, Spoleto oltre alle attività COVID garantiranno le prestazioni di I livello, le prestazioni per la rete delle patologie tempo-dipendenti, le attività di urgenza anche rapportandosi con gli altri DEA di I livello, nonché le attività programmate in relazione all'andamento epidemico)
- Ospedali di base parzialmente dedicati (Ospedale della Media Valle del Tevere con posti letto dedicati di area medica a bassa intensità assistenziale e posti letto sub-acuti sia di lungodegenza ospedaliera cod.60 e posti letto estensivi extraospedaliera per accogliere i positivi trasferiti dagli ospedali per acuti non ancora dimissibili a domicilio in diversi livelli assistenziali di cura)
- Ospedali che vanno messi in relazione prioritariamente con gli Ospedali parzialmente dedicati come di seguito dettagliato:
 - Castiglione del Lago e Media Valle del Tevere con Perugia
 - Umbertide con Città di Castello
 - Assisi con Foligno
 - Orvieto, Narni e Amelia con Terni

ALLEGATO 3.2H - PIANIFICAZIONE DEL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA'

In questi Ospedali devono essere resi disponibili posti letto per le necessità di dimissione o di ricovero dell'Ospedale per casi non infettivi a più bassa intensità assistenziale al fine di ridurre la pressione sugli Ospedali parzialmente dedicati e decongestionare le aree di degenza e di pronto Soccorso. In tutti gli Ospedali della rete ospedaliera vanno attivati posti letto per consentire l'isolamento e la definizione diagnostica.

Per garantire al meglio l'isolamento di pazienti sospetti in attesa della definizione diagnostica ma necessitanti di cure tempestive negli Ospedali parzialmente dedicati si dovranno individuare anche stanze di isolamento nelle altre discipline (Cardiologia, Neurologia, Pediatria, Ostetricia....) al fine di offrire il setting assistenziale più appropriato per la patologia di ricovero gestendo il paziente, dal punto di vista della sicurezza, come positivo.

Stesso atteggiamento per la gestione delle patologie tempo-dipendenti e le urgenze/emergenze chirurgiche laddove la gestione della condizione clinica è prevalente rispetto alla definizione diagnostica.

Vanno continuati a programmati **percorsi formativi** per tutto il personale sanitario sulla gestione dell'emergenza e sulla corretta adozione dei DPI e corsi specifici per il personale sanitario destinato all'utilizzo dei sistemi di ventilazione. Al pari di quanto avvenuto durante l'emergenza COVID vanno individuati in ogni Ospedale dei **Referenti sanitari per la Sicurezza Emergenza Infettiva**, con la funzione di monitorare la netta separazione dei percorsi pulito/sporco e mettere in evidenza eventuali criticità che dovranno seguire un percorso di aggiornamento continuo.

Il monitoraggio dell'incidenza dei casi consente di fare previsione sulle necessità di ricovero ospedaliero e di posti letto territoriali e quindi di attivare progressivamente i posti letto necessari dedicati alle esigenze pandemiche così come previsto per livelli successivi. E' sempre l'andamento epidemico che detta i tempi del ripristino dei posti letto e del ritorno della rete al livello base.

Questo consente anche la gestione di ondate successive in quanto la rete dei servizi è organizzata al livello base, in caso di allerta la rete si predispone per l'incremento progressivo dei posti come previsto e il ripristino delle stessa quando l'ondata regredisce per riattivarsi in caso di ondata successiva.

La flessibilità del sistema è garantita, oltre che da quanto previsto a livello strutturale, dal sistema di alert e monitoraggio che consente di recepire le allerte e monitorare l'andamento in caso di pandemia, la presenza di centrali operative (118, 112, COT, 116-117, sorveglianza) attive h 24, la definizione della catena di comando con la presenza di Unità di Crisi di livello regionale e aziendale attive dal momento di primo alert e predisposte per gestire l'evoluzione di una pandemia con precisa definizione di ruoli e responsabilità così come illustrato nella parte generale.

DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER LA TEMPESTIVA NORMALIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E IL RIPRISTINO DELLO STATO DI FUNZIONALITA' DI STRUTTURE E PROCESSI

La ripresa da una pandemia richiederà una collaborazione di tutta la società, governo, imprese, organizzazioni comunitarie e pubblico. Essa comprenderà anche sforzi per risollevare le economie locali e regionali a breve, medio e lungo termine. Le pandemie tendono a verificarsi in una serie di due o tre ondate di diffusione nazionale ed internazionale. Pertanto, le azioni di ripresa pandemica devono essere bilanciate anche da attività di preparazione delle potenziali ondate successive. È considerato essenziale:

- 1. Istituire un coordinamento centrale** incaricato di armonizzare e sorvegliare le operazioni per il ripristino di tutte le attività (ad esempio, il comitato nazionale di recupero *ad hoc*). Individuare analoghe autorità di coordinamento a livello regionale.

- 2. Stabilire criteri per ridurre le operazioni di risposta alle emergenze e avviare il recupero di servizi e attività** normali, ivi compresa l'identificazione delle attività di sanità pubblica veterinaria che devono essere garantite ai fini della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare.

- 3. Elaborare piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali.**

- 4. Sviluppare servizi e programmi di sostegno alle comunità** colpite dalla pandemia, compresi il sostegno finanziario, il sostegno sociale, gli alloggi di emergenza e la consulenza.

ALLEGATO 3.2H - PIANIFICAZIONE DEL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA'

Gli obiettivi e le azioni previste a livello regionale sono:

1. **Permettere un ripristino armonizzato di tutte le attività colpite dalla pandemia:**
 - a. **Disporre di un coordinamento centrale incaricato di armonizzare e sorvegliare le operazioni per il ripristino di tutte le attività.**

Sarà attivo un gruppo tecnico Regione-Aziende con il supporto del Comitato Pandemico, CTS e NE per continuare a valutare l'andamento pandemico, pianificare ed approvare le azioni per il ripristino graduale delle attività sospese/interrotte in fase pandemica fino al ripristino funzionale completo, monitorare le azioni di ripresa.
 - b. **Disporre di piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali**

Il gruppo tecnico avrà il compito di predisporre i piani e realizzare gli strumenti di ripresa dei servizi sanitari e di quelli essenziali, il gruppo tecnico avrà anche il compito di identificare le criticità emerse che possono interferire con una ottimale ripresa delle attività al fine di attivare azioni correttive e/o di miglioramento per garantire tutte le attività ed aggiornare i piani e gli strumenti per la ripresa delle attività in fase post-pandemica.
2. **Informare in modo sistematico gli organi decisionali sull'andamento dell'epidemia, in modo da permettere una de-escalation delle misure di sicurezza.**

La raccolta dei dati di sorveglianza proseguirà in questa fase rispettando criteri e tempistiche nel debito informativo definite dal livello centrale, il sistema di monitoraggio del rischio di epidemia non controllata e non gestibile sarà attivo fino a quando la pandemia non sarà dichiarata conclusa
3. **Definire le misure necessarie a prepararsi alle future pandemie sulla cui base aggiornare piani pandemici influenzali e di contingenza.**

Si parteciperà agli studi insieme al Ministero oltre che valutare il disegno di studi interni per raccogliere gli elementi necessari per migliorare le attività di risposta a pandemie influenzali.

La ripresa delle attività in fase di transizione pandemica è dettata dalle indicazioni del Comitato Pandemico supportato dal Nucleo Epidemiologico e dal Comitato Tecnico Scientifico.

Nel caso in cui vi fosse stata una riduzione delle attività vanno definiti i criteri per la gestione della ripresa delle attività, seguendo quanto attuato in corso di pandemia da virus SARS-CoV2, così come sono stati indicati nella DGR 711/2020, nella DGR. 647/2021 e nel Piano Nazionale di recupero delle Liste di Attesa ai sensi dell'art.1, commi 276 e 279 della legge n.234 del 30 dicembre 2021

L'obiettivo è quello di garantire tutte le attività assistenziali magari rimodulandole nell'articolazione e potenziando la telemedicina ma se la progressione dell'epidemia necessitasse di interventi di riduzione delle attività, le prestazioni non erogate andranno tempestivamente recuperate appena le condizioni di andamento epidemico lo consentiranno.

In caso di necessità di recupero le Aziende Sanitarie dovranno predisporre un Piano Operativo, e relativo cronoprogramma, per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica che dovrà essere trasmesso alla Regione entro 15 giorni dalla richiesta del Piano Operativo.

Tale programmazione avverrà seguendo i criteri definiti dal Piano Operativo Nazionale di recupero delle liste di attesa.

Il Piano Operativo costituirà un obiettivo prioritario dei Direttori Generali e dei Direttori Sanitari delle Aziende e verrà monitorato trimestralmente dalla Regione.

Ciascuna Azienda dovrà prevedere la riorganizzazione delle risorse interne a favore dell'attività di recupero delle prestazioni non erogate, sia dei ricoveri ospedalieri che delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, al fine di ottenere la massima efficienza del sistema. Tale riorganizzazione deve prendere in considerazione prioritariamente l'utilizzo del personale non più impiegato nelle attività di contrasto all'epidemia. I Direttori Generali dovranno assegnare obiettivi di governo delle liste di attesa alle Strutture Eroganti (Direttori di Macroarticolazione, Direttori di Struttura Complessa, Direttori di Struttura Semplice) definendo uno specifico piano di recupero delle prestazioni di pertinenza di ciascuna di esse.

ALLEGATO 3.2H - PIANIFICAZIONE DEL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA'

Il Piano dovrà prevedere inoltre la stipula di accordi interaziendali tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che contengano un programma specifico delle attività. Potrà essere prevista la stipula di convenzioni con le Strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni numericamente più rilevanti.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Per il recupero le prestazioni di specialistica ambulatoriali vengono distinte in:

- prime visite oncologiche,
- visite di controllo oncologiche, per le patologie croniche, le patologie rare e la salute mentale
- eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)
- altre prestazioni monitorate dal PNGLA
- altre prestazioni che non rientrano nelle categorie precedenti

Ogni Azienda ha a sua disposizione un "cruscotto informatico" che consente un'analisi dei dati dettagliata per distretto, tipologia di prestazione, tipo di accesso (primo accesso-classe RAO, accesso successivo) che viene aggiornata settimanalmente.

Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere inoltre:

- l'ampliamento dell'offerta erogativa attraverso l'estensione dei giorni di apertura degli ambulatori (nei giorni prefestivi e festivi) e degli orari (dalle 8 alle 20);
- la riorganizzazione delle agende di prenotazione: in applicazione di nuove indicazioni relative al passo delle prestazioni e alla riduzione del tempo fra una prestazione ed un'altra per consentire l'areazione dell'ambiente e la pulizia delle apparecchiature e suppellettili con cui il paziente è venuto a contatto, ciascuna Azienda provvederà a riorganizzare le agende CUP, tenendo conto dell'eventuale recupero di attività sospesa ancora da riprogrammare, dei percorsi di tutela e dell'accesso in prenotazione di nuove prestazioni. Dovranno inoltre essere utilizzati tutti gli strumenti utili a garantire la massima efficienza (ad es. la possibilità di prenotazione in "overbooking");
- la "ripulitura delle liste", in particolare per le prenotazioni inserite nei percorsi di tutela;
- la valutazione delle condizioni di appropriatezza clinica delle prescrizioni, anche allo scopo di sensibilizzare sull'importanza dell'appropriatezza all'uso delle risorse sanitarie e di garantire le prestazioni erogate prioritariamente alle esigenze di diagnosi per sintomi emergenti e alla presa in carico delle patologie con veloce variabilità nel tempo. Tale lavoro dovrà essere effettuato attraverso il confronto e la collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Medici Specialisti. È necessario inoltre promuovere una campagna informativa di sensibilizzazione verso i cittadini sul tema della appropriatezza all'uso delle risorse sanitarie;
- l'uso di strumenti e una modalità di gestione delle prestazioni a distanza e di telemedicina, laddove non è richiesto un contatto fisico o comunque ravvicinato tra il paziente ed il medico;
- la garanzia della continuità terapeutica e la massima sicurezza dei pazienti con patologie rilevanti (patologie croniche o malattie rare), ad alto rischio di instabilità clinica e riacutizzazione; a tale scopo dovranno essere effettuate consulenze telefoniche da parte dello specialista al fine di monitorare lo stato di salute del paziente e verificare l'appropriatezza della terapia in atto e l'eventuale conferma/rettifica dell'appuntamento già fissato.

Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà provvedere ad una nuova pianificazione delle attività valutando:

- la propria domanda in lista di attesa;
- l'ampliamento dell'offerta, rispetto a quella garantita nel periodo precedente alla fase pandemica, necessario al recupero sia delle prestazioni sospese che di quelle inserite nei percorsi di tutela;
- Le Aziende dovranno inoltre completare i **progetti regionali già avviati**, che forniscono strumenti utili a semplificare l'intero percorso del paziente, dalla prescrizione all'erogazione;
 - **CUP di I livello:**
 - Progetto smartCUP il quale prevede che la prescrizione specialistica dematerializzata del MMG/PLS venga trasmessa direttamente dal prescrittore al sistema di prenotazione smartCUP: in tal modo il cittadino non deve provvedere in maniera

ALLEGATO 3.2H - PIANIFICAZIONE DEL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA'

attiva alla prenotazione perchè l'appuntamento viene gestito in remoto dagli operatori di SmartCUP ed inviato all'assistito;

○ **CUP di II livello:**

- Progetto di prenotazione da parte dei medici specialisti delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: il paziente alla fine della visita, riceve dal Medico Specialista la data del controllo successivo e la relativa prenotazione, in tal modo il Professionista può individuare con esattezza il momento del controllo successivo e il Cittadino non deve provvedere in maniera attiva alla prenotazione in quanto viene prenotato al termine della visita;
- Progetto della Piastra Ambulatoriale: per un numero minimo di ambulatori (es. 6-8) viene predisposta una postazione di un operatore CUP per prenotare le prestazioni prescritte dal medico specialista (diverse dai controlli).

Le Aziende Sanitarie dovranno portare a termine i tre Progetti sopra descritti in base ai cronoprogrammi già condivisi nel gruppo costituito dai responsabili sanitari della specialistica ambulatoriale e quelli del Back Office CUP di ciascuna Azienda e dai rappresentanti della Regione. Anche tali attività dovranno essere inserite negli obiettivi che verranno assegnati alle Strutture Eroganti per il recupero delle liste di attesa.

VACCINAZIONI

Durante la fase pandemica vengono garantite le attività vaccinali, che non devono essere sospese per evitare ritardi nei cicli vaccinali, se necessario si potranno rimodulare quelle non obbligatorie con predisposizione di un programma di recupero fin dalla fase di sospensione.

SCREENING

Durante la fase pandemica vengono garantite le attività di screening.

Laddove tale continuità non potrà essere garantita, le Aziende dovranno predisporre specifici piani di recupero che dovranno essere inviate al livello regionale che provvederà al monitoraggio degli stessi.

Le chiamate di screening sospese e le prestazioni di II livello sospese vanno recuperate progressivamente fino ad allineare i tempi di chiamata.

RICOVERI

Durante la fase pandemica, la sospensione/riduzione delle attività chirurgiche è legata a due condizioni: necessità di letti da dedicare ai ricoveri medici non infettivi; impegno degli Anestesisti/Rianimatori nelle Terapie Intensive. Rimarrà il principio di garantire, fin che possibile, la chirurgia oncologica ed, in ogni caso, le urgenze chirurgiche e i trattamenti interventistici per le patologie tempo dipendenti.

La gestione dell'epidemia da SARS-CoV 2 nelle sue diverse ondate ha definito i criteri di resilienza e flessibilità che deve avere il sistema per rimodulare le attività e riorganizzarle in base alla valutazione rischio-beneficio senza dover ricorrere alla sospensione se non in maniera residuale e solo per attività procrastinabili.

Nel caso di necessità di recupero di prestazioni sospese il piano di recupero delle liste di attesa chirurgiche seguirà i criteri definiti dal Piano Operativo Nazionale di Recupero delle attività chirurgiche.

Ogni Azienda dovrà predisporre un prospetto sugli interventi chirurgici in lista di attesa, ricomprendendo anche le attese generate dal quadro pandemico. Il prospetto dovrà essere ottenuto dai gestionali di sala operatoria, comune per le quattro Aziende, e gli interventi saranno classificati in base ai criteri di gravità clinica (classi A, B, C, D) ed in base alla complessità assistenziale (Classi I, II, III).

Le Aziende provvederanno innanzi tutto alla ripulitura delle liste e, quindi, definiranno il cronoprogramma di recupero delle liste di attesa.

Per la riprogrammazione si dovrà considerare l'intera rete di offerta, sia delle strutture pubbliche che di quelle private convenzionate.

I Direttori Sanitari, coordinandosi con i Direttori dei Dipartimenti Chirurgici, con i Responsabili delle Unità Operative chirurgiche e i Responsabili dei Presidi Ospedalieri, provvederanno a verificare negli elenchi delle liste di attesa i pazienti da programmare di settimana in settimana. Tale attività dovrà essere effettuata:

- tenendo conto sia della classe di priorità, sia della data di inserimento in lista più lontana nel tempo (principio di equità nell'accesso);

ALLEGATO 3.2H - PIANIFICAZIONE DEL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA'

- prevedendo la riattribuzione della classi di priorità inizialmente assegnata, nel caso le condizioni cliniche del paziente si fossero modificate: il Direttore Sanitario, unitamente ai Direttori delle Unità Operative, dovrà valutare la necessità di riprogrammare ed attribuire la corretta priorità ai pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico. Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere inoltre:
- la revisione della gestione complessiva delle sale operatorie sulla base dei principali criteri di efficientamento presenti anche in letteratura (es: anticipazione di inizio intervento, riduzione degli intervalli di turnover, ottimizzazione dei tempi di posizionamento, efficientamento dell'utilizzo della pre-sala operatoria);
- la definizione di percorsi di gestione e di presa in carico post-intervento (per esempio PDTA frattura di femore, PDTA protesi anca o ginocchio), che prevedano una semplificazione del percorso di cura post-operatorio ed una riduzione dei tempi di degenza.

ALTRE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Durante la fase pandemica devono essere garantite tutte le attività sanitarie e socio-assistenziali, in quanto tutti i servizi/strutture devono essere in grado di attivare percorsi separati di accesso e garantire idonee misure di prevenzione e sicurezza al fine di non interrompere i percorsi sanitari e socio-sanitari degli assistiti. L'obiettivo è quello di garantire tutte le attività magari rimodulandole nell'articolazione e potenziando la telemedicina e il triage telefonico.

Laddove tale continuità non potrà essere garantita in relazione alla progressione dell'andamento epidemico e alla disponibilità di personale verranno date precise indicazioni dal Comitato Centrale sia per le sospensioni che per la ripresa delle attività con recupero delle prestazioni. A livello regionale si provvederà al monitoraggio delle attività.

CAMPAGNA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Verrà approntata idonea campagna di informazione e comunicazione interna ed esterna in tutte le fasi di sviluppo del progetto fin dalla fase di adozione allo scopo di informare Operatori ed Utenti circa le modalità di recupero delle prestazioni sospese.

DEFINIZIONE DI PROCEDURA PER LA VERIFICA DEI RISULTATI OTTENUTI, L'ANALISI E LA VALUTAZIONE DELLE MODALITA' DI GESTIONE DELLA PANDEMIA E DELLE LORO REALE EFFICACIA IN FUNZIONE DELLA REVISIONE DEI PIANI PANDEMICI (VEDERE FASE DI TRANSIZIONE PANDEMICA CON RITORNO ALLA FASE INTER-PANDEMICA)

Si fa riferimento a quanto previsto da:

- Ciclo di Monitoraggio (Appendice 1D)
- Lista di Autovalutazione (Appendice 1E) e suo utilizzo periodico

ALLEGATO 4A - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI**PANFLU E PIANO REGIONALE DI CONTRASTO ALLA ANTIMICROBICO-RESISTENZA****Linee Guida/raccomandazioni per il buon uso degli antibiotici
Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza**

Nelle more del **nuovo Piano Nazionale di Contrasto alla Antimicrobico Resistenza (PNCAR 2022-2025)** di cui, attualmente, è disponibile solo una bozza il riferimento operativo a livello regionale, le indicazioni regionali rimangono quelle inserite (nello specifico) nel Piano Regionale di Prevenzione che, di fatto, tocca tutti i principali punti necessari ad un efficace contrasto delle resistenze e che possono essere riassunti come di seguito

- 1. GOVERNANCE** : Riattivazione, dopo il periodo dell'emergenza (subito dopo il 31 marzo) del Tavolo Tecnico Regionale di coordinamento che coinvolge professionisti operanti nell'ambito medico e veterinario e nel quale individuare di nuovo i Responsabili per i seguenti campi di intervento (a seconda della specifica competenza medico e/o veterinaria) :
 - a. Monitoraggio antimicrobico resistenza
 - b. Monitoraggio consumo degli antibiotici
 - c. Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e delle zoonosi.
 - d. Buon Uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)
 - e. Formazione ed Informazione
 - f. Ricerca
- 2. MONITORAGGIO DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI E DELLA EPIDEMIOLOGIA DELLE RESISTENZE (sia in ambito umano che veterinario)**. Le principali azioni per le quali saranno date indicazioni alle aziende sanitarie sono le seguenti:
 - a) Riattivare rapidamente la **Rete informatica di Monitoraggio dei consumi** degli antibiotici e della antimicrobico-resistenza (la cui attività ha subito una grave battuta di arresto nel corso della pandemia) che prevede per gli antibiotici l'applicazione nei flussi di consumo dei dati forniti non solo in termini di spesa ma anche di DDD (includendo in questo processo anche il settore veterinario).
 - b) le Aziende sanitarie, in particolare, dovranno avviare l'attività di monitoraggio in ambito umano prevedendo, al più presto, il coinvolgimento dei Servizi Farmaceutici (regionale ed aziendali) per il monitoraggio dei flussi di consumo territoriale ed ospedaliero degli antimicrobici, nonché dei laboratori pubblici (ed eventualmente privati) per la sorveglianza delle resistenze in ambito ospedaliero, Residenze Protette e Comunità.
 - c) coinvolgimento della Azienda in house che opera nella gestione dei flussi informativi regionali allo scopo di definire strategie di raccolta dati ed elaborazione efficaci all'ottenimento di informazioni utili per la gestione della problematica delle resistenze.
- 3. MONITORAGGIO PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)** : In questo innanzitutto sarà riattivato il coordinamento a livello regionale dei CIO per garantire la partecipazione alle attività di sorveglianza delle ICA come da indicazioni emanate dal Ministero della Salute e per la definizione di un piano di sviluppo progressivo delle attività di sorveglianza. In questo ambito verrà data indicazione Aziende sanitarie per una riorganizzazione dell'attività di prevenzione delle ICA finalizzata **all'adesione dell'Umbria al sistema di sorveglianza nazionale che sarà individuato dal nuovo PNCAR 2022-2025**, in corso di stesura, partendo da:
 - a. recepimento di un sistema di sorveglianza unico secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Sorveglianza delle ICA .
 - b. partecipazione del 100% dei laboratori di microbiologia delle Az. Sanitarie alla segnalazione degli "alert organisms" e principalmente delle Enterobacteriaceae carbapenamasi resistenti (CRE).
 - c. nelle more dell'adesione al **sistema di sorveglianza delle ICA che sarà individuato dal Ministero della Salute, la stessa Regione sceglierà tra uno di quelli già esistenti a livello nazionale, disincentivando lo sviluppo di sistemi locali Aziendali che non siano compatibili** con il sistema

ALLEGATO 4A - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

regionale/nazionale, affinché sia in grado di fornire dati omogenei, rappresentativi, tempestivi e adeguati.

- d. successivamente, adesione all'obbligo di raccolta e trasmissione dei dati per le sorveglianze delle ICA previste secondo modi e tempi stabiliti dal prossimo PNCAR.
- e. Riattivazione del Comitato per il Controllo delle ICA in ogni Azienda Sanitaria Locale/Azienda Ospedaliera
- f. Stesura di un Report annuale dedicato alle ICA da parte dei Comitati per Aziendali per il Controllo delle ICA
- g. Contributo alla partecipazione attiva delle Az. Sanitarie della Regione ai programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari (p.e. lavaggio delle mani, monitoraggio consumi soluzioni idro-alcoliche).

4. USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI (Antimicrobial Stewardship)

Nel triennio sono previsti: elaborazione di un Piano Regionale collegato PNCAR 2022-2025 in corso di stesura e adesione dell'Umbria alle Linee Guida nazionali per il corretto utilizzo degli antibiotici e pertanto si declinano di seguito le principali attività regionali e le indicazioni per i livelli Aziendali

Dovranno essere rinominati i **referenti regionali** (ambito umano e veterinario) per questo ambito di intervento ed oltre a ciò sarà necessario, per i due ambiti, realizzare le seguenti attività:

Ambito Umano:

- a. **Acquisire a livello regionale, non appena disponibili, le linee-guida nazionali per il corretto uso degli antibiotici** e nelle more di indicazioni nazionali contribuire, a livello regionale, alla stesura ed alla condivisione inter-aziendale di raccomandazioni sul corretto uso degli antibiotici nei principali ambiti di utilizzo (p.e. profilassi delle infezioni della ferita chirurgica, approccio terapeutico empirico sia in ambito delle infezioni comunitarie che di quelle ospedaliere).
- b. dare indicazioni per la costituzione, in ogni Azienda Sanitaria **un Gruppo di professionisti, adeguatamente formati, dedicato alla "Stewardship Antimicrobica"** (come richiesto dal PNCAR stesso), definendone compiti e composizione e modalità di azione.
- c. **Studiare l'applicazione di sistemi esperti per il supporto nella prescrizione degli antibiotici** (p.e. alert su cartella clinica informatizzata) a livello Aziendale.
- d. Sulla base dell'analisi dei dati di consumi degli antibiotici e dell'epidemiologia locale delle resistenze, **organizzare programmi Regionali/Aziendali tesi al miglioramento della prescrizione utilizzando la metodologia dell'audit** sia a livello ospedaliero che territoriale.

Ambito Veterinario:

- a. Recepire ed adottare le Linee Guida nazionali di volta in volta prodotte (con atto formale) nonché predisporre raccomandazioni regionali specifiche (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale).
- b. Predisporre l'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario quali iniziative Aziendali indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali ed agli "stakeholders".

5. INFORMAZIONE E FORMAZIONE

A questo scopo, oltre ad individuare un referente regionale che coordini i programmi di informazione/comunicazione e formazione le **altre azioni previste**, che coinvolgono contemporaneamente ambito umano e veterinario sono:

- a. la organizzazione (almeno una volta l'anno), in ambito regionale e/o delle singole Aziende Sanitarie, di un **corso** inerente varie problematiche dell'antimicrobico resistenza e la prevenzione e controllo delle infezioni (comprese le ICA) utilizzando sia la metodologia tradizionale residenziale sia corsi FAD, focalizzando l'attenzione di volta in volta su problematiche prioritarie (p.e. controllo delle infezioni ospedaliere, lavaggio delle mani etc.);
- b. l'attuazione di accordi con gli Uffici scolastici regionali per la organizzazione, coordinata a livello regionale, di incontri e corsi (ad es. FAD) per le scuole primarie e secondarie, con coinvolgimento di insegnanti e alunni;

ALLEGATO 4A - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

- c. L'inserimento formale di un **core curriculum specifico per il personale addetto al controllo delle infezioni ed ai programmi di "antimicrobial stewardship"** tra i criteri di assunzione a livello regionale e aziendale.

6. RICERCA ED INNOVAZIONE

In questo ambito l'obiettivo strategico è rappresentato dal promuovere la ricerca sull'AMR, con particolare attenzione alla valutazione dell'efficacia di interventi di sorveglianza e controllo.

Obiettivi a regionali da porsi a breve termine

- Promuovere la partecipazione a bandi europei sui temi dell'AMR.
- Assicurare il coordinamento delle azioni previste dal PNCAR con le attività portate avanti in ambito nazionale/regionale su temi di ricerca relativi all'AMR.
- Formazione di un gruppo ristretto regionale per la definizione di progetti di ricerca specifici nell'ambito delle tematiche "One Health" al quale dovrebbero aderire sia professionalità di area medica che veterinaria. Il progetto dovrebbe essere impostato in modo da poter accedere a finanziamenti specifici proposti a livello nazionale e comunitari. (p.e ricerca finalizzata).

Linee Guida/raccomandazioni per il buon uso degli antibiotici

La selezione di microrganismi antibioticoresistenti è strettamente correlata alla pressione antibiotica. In tutti gli ambiti nei quali questa classe di farmaci viene utilizzata, l'introduzione di ogni nuovo antimicrobico è stata accompagnata, dopo un periodo di tempo più o meno lungo, dalla comparsa di microrganismi resistenti a quello stesso antimicrobico. Rispetto ad altri farmaci, l'uso inappropriato di antimicrobici pone questioni particolari di natura clinica ed etica, poiché contribuisce alla selezione di ceppi resistenti e a rendere inefficace il farmaco stesso con conseguenze sui pazienti e sull'intera collettività. Per tale ragione, il ruolo dei professionisti che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica e prescrittiva e pertanto va promosso e sviluppato; nello stesso tempo è diventata sempre più rilevante per i cittadini l'acquisizione della consapevolezza dei rischi connessi all'abuso di antibiotici. È possibile ridurre l'uso inappropriato di antibiotici, sia in ambito umano che veterinario, attraverso programmi nazionali di contrasto all'antibiotico-resistenza, basati su attività di sorveglianza, strumenti di governo della prescrizione (stewardship), formazione degli operatori e informazione dei cittadini, il tutto accompagnato dalla definizione delle risorse necessarie, del mandato e della infrastruttura coinvolta. Come evidenziato da esperienze già esistenti i programmi di intervento devono includere diverse componenti, quali:

- il monitoraggio dei consumi degli antibiotici sia a livello umano che veterinario (da questo punto di vista, sul versante umano, gli strumenti di misurazione dei consumi degli antimicrobici OsMed- AIFA disponibili in Italia rappresentano un sistema di importanza strategica);
- la definizione di linee guida supportate da evidenze scientifiche e il relativo recepimento a livello locale;
- l'attivazione di programmi tesi a favorire un uso razionale ed appropriato della terapia antibiotica ("antimicrobial stewardship") e la disponibilità di risorse dedicate per tali programmi;
- il coinvolgimento dei cittadini attraverso campagne di informazione sull'uso prudente degli antibiotici;
- la sorveglianza delle reazioni avverse da antibiotici (incluso la mancata efficacia);
- la messa in atto di interventi regolatori per promuovere l'uso appropriato e prudente degli antimicrobici sia in ambito umano che veterinario.

Un ambito nel quale sono imprescindibili interventi specifici per l'utilizzo appropriato di antibiotici è sicuramente quello ospedaliero. Numerose società scientifiche e istituzioni internazionali hanno emanato indicazioni per l'attivazione di programmi di "antimicrobial stewardship" in ospedale.

Gli elementi essenziali per la messa in atto di questi programmi a livello nazionale e locale secondo vari organismi scientifici (p.es. IDSA ed ECDC) sono:

ALLEGATO 4A - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

- la istituzione di gruppi professionali multidisciplinari con la responsabilità di definire le politiche di governo dell'uso responsabile di antibiotici, in armonia con le politiche di controllo delle infezioni, e di team operativi per la loro attuazione pratica;
- l'implementazione di raccomandazioni e linee guida nazionali per la profilassi, la diagnosi e la terapia delle infezioni, periodicamente aggiornate con un sistema di valutazione della loro adozione;
- la registrazione nella documentazione sanitaria della indicazione, del farmaco, della dose e durata del trattamento antibiotico;
- il monitoraggio del consumo degli antibiotici sulla base dei dati ottenuti dai flussi amministrativi;
- i programmi di "audit" e "feed-back" dell'appropriatezza delle prescrizioni;
- il coinvolgimento di tutte le competenze e servizi essenziali coinvolti ed interessati ed in particolare gli specialisti in Malattie Infettive, microbiologia clinica e gli stessi farmacisti sia ospedalieri che delle farmacie territoriali;
- il potenziamento dei servizi diagnostici microbiologici per attivare una diagnostica rapida nell'identificazione dei patogeni e delle eventuali resistenze;
- la formazione di tutto il personale sanitario (medici ospedalieri e di famiglia, infermieri, farmacisti e personale di laboratorio) sull'uso appropriato dei farmaci antimicrobici in modo tale da consentire il coinvolgimento attivo degli stessi professionisti nel processo di cambiamento del comportamento prescrittivo;
- la definizione di chiare responsabilità e modalità di valutazione che siano fondate sulla base di indicatori precisi di cui facciano parte l'entità di consumo degli antibiotici ed il tipo di epidemiologia delle resistenze.

Partendo da questi presupposti, le **principali azioni da intraprendere a livello regionale**, previste dal PNCAR in questo ambito, sono le seguenti:

- Individuazione di un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche.
- Acquisizione a livello regionale, quando disponibili, le linee-guida nazionali per il corretto uso degli antibiotici e, nelle more di indicazioni nazionali, contribuire alla stesura ed alla condivisione inter-aziendale di raccomandazioni sul corretto uso degli antibiotici nei principali ambiti di utilizzo (p.e. profilassi delle infezioni della ferita chirurgica, approccio terapeutico empirico sia in ambito delle infezioni comunitarie che di quelle ospedaliere).
- Emanazione di un documento regionale sull'organizzazione delle attività favorenti il buon uso degli antibiotici ("antimicrobial stewardship").
- Partecipazione attiva della Regione ai programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari.
- Predisposizione di un piano regionale collegato con il Piano nazionale (integrato con il PRP e il programma di controllo delle infezioni correlate all'assistenza), con standard e indicatori, da aggiornare ogni 3 anni.
- Partecipazione alla individuazione degli indicatori per l'uso appropriato di antibiotici da introdurre nella griglia LEA.
- Promozione della diffusione nella pratica di tecnologie informatiche utili a supportare una prescrizione appropriata della terapia antimicrobica (p.e. a livello ospedaliero: alert, sistemi esperti, cartelle cliniche informatizzate con sistemi di prescrizione elettronica, ecc.).
- Implementazione, a livello territoriale, di sistemi per il monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica a livello di singolo prescrittore attraverso la pratica della metodologia dell'audit (clinica ed organizzativa) sulla prescrizione di antibiotici.
- Organizzazione di un programma formativo annuale inerente le diverse problematiche dell'antimicrobico resistenza

A questo scopo, dovrà essere utilizzata, a livello regionale, nell'ambito di un triennio, una **metodologia di approccio** al problema condivisa che oltre ad adottare tutte le **indicazioni che verranno emanate dal nuovo PNCAR** metta comunque in pratica i seguenti punti:

ALLEGATO 4A - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

- a. **Definizione in ogni realtà Aziendale/Ospedaliera di un team/gruppo di lavoro multidisciplinare** dedicato all'attuazione di programmi di miglioramento della pratica prescrittiva inerente gli antibiotici basata sull'uso prudente ed appropriato degli antibiotici stessi.
- b. Nelle more di indicazioni nazionali e di specifiche linee guida ed a supporto di programmi di "stewardship" antimicrobica, stesura di **raccomandazioni regionali** sull'uso corretto degli antibiotici nel trattamento delle principali sindromi infettive ospedaliere e nella prevenzione (p.e. infezioni polmonari, addominali, sepsi, profilassi delle infezioni della ferita chirurgica),
- c. Utilizzazione dei **sistemi informatici per supportare la prescrizione corretta** degli antibiotici o tracciarne gli usi inappropriati (p.e. segnali di "alert" da parte di sistemi informatici esperti all'atto della prescrizione nella cartella elettronica ospedaliera o trascrizione della diagnosi nella ricetta elettronica, da parte del MMG e del PLS, ogni qualvolta venga prescritto un antibiotico).
- d. Organizzazione di **programmi di monitoraggio dei consumi degli antibiotici** allo scopo di migliorarne la qualità di prescrizione utilizzando la metodologia dell'audit sia a livello ospedaliero che territoriale.

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Le infezioni correlate all'assistenza sono sempre più frequentemente sostenute da microrganismi resistenti ai farmaci di "prima linea", e spesso anche da germi multi-resistenti alla maggior parte delle classi di antibiotici oggi disponibili. La sorveglianza è una componente essenziale di programmi mirati a promuovere la qualità dell'assistenza e a ridurre il rischio di infezioni per i pazienti e per gli operatori sanitari. Infatti, sia in Italia che in altri paesi è stato dimostrato empiricamente che la partecipazione a sistemi di sorveglianza attiva delle infezioni correlate all'assistenza si associa nel tempo alla riduzione dell'incidenza di infezioni. A differenza di altre malattie infettive acquisite in comunità, le infezioni correlate all'assistenza non possono essere rilevate attraverso sistemi di notifica "passiva", ossia tramite la segnalazione spontanea da parte del medico curante. Infatti, numerose evidenze sperimentali dimostrano che tale sistema di notifica è gravato da un certo grado di inaccuratezza. Per tale ragione, i sistemi di sorveglianza delle ICA si basano sull'utilizzo di dati amministrativi e su sistemi di sorveglianza attiva, con la collaborazione di referenti dei reparti ospedalieri interessati e di personale addetto al controllo delle infezioni. Attualmente i sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza si caratterizzano per il fatto di utilizzare in modo combinato fonti informative correnti, quali il laboratorio, l'archivio della farmaceutica, le schede di dimissione ospedaliera, e sistemi di sorveglianza attiva mirati a pazienti a rischio o a problemi specifici. Sebbene i sistemi di sorveglianza della ICA siano più frequentemente applicati in ambito ospedaliero, bisogna sottolineare che sempre più spesso l'assistenza viene prestata anche in ambiti diversi dall'ospedale, quali le strutture residenziali per anziani o l'assistenza domiciliare. Questi ambiti hanno caratteristiche organizzative molto diverse dall'ospedale per acuti, per cui i sistemi di sorveglianza devono necessariamente considerare anche queste specificità. In conclusione, la disponibilità di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio delle ICA di elevata qualità e accuratezza, supportati da sistemi informativi integrati, è essenziale per:

- mantenere alto il livello di attenzione su questa problematica;
- definire dimensioni e caratteristiche del problema;
- indirizzare gli interventi;
- monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici

A livello Regionale sono previste le seguenti Azioni tese a monitorare e prevenire le ICA secondo quanto previsto dal PNCAR 2017-2021:

A. Segnalazione "alert organisms" (Indicatore PP10_OS01_IS10)

- Garantire l'adesione della Regione al sistema di sorveglianza nazionale che sarà individuato dal PNCAR.
- Partecipazione del 100% dei laboratori di microbiologia alla segnalazione degli "alert" e principalmente delle Enterobacteriaceae carbapenamasi resistenti (CRE).

ALLEGATO 4A - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

- Obbligo di segnalazione degli “alert organisms” per le Aziende Sanitarie che, secondo quanto stabilito a livello Ministeriale, dovranno, eventualmente, dichiarare formalmente il caso dello “ZERO REPORTING”.
- Continuare ad utilizzare l’Incrocio dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza della AMR regionali con quelli provenienti dalle segnalazione diretta degli “alert organisms” per verificare eventuali fallimenti nel sistema di segnalazione.

B. Sorveglianza delle ICA

- Adesione della Regione al sistema di sorveglianza delle ICA che sarà individuato dal Ministero della Salute. Nelle more, la stessa Regione dovrà scegliere tra uno di quelli già esistenti a livello nazionale, disincentivando lo sviluppo di sistemi locali che non siano compatibili con il sistema regionale/nazionale.
- Secondo quanto richiesto dal Ministero, adesione all’obbligo di raccolta e trasmissione dei dati per le sorveglianze delle ICA previste nei modi e tempi stabiliti dal prossimo piano (Indicatore PP10_OS01_IS11).
- Costituzione di un Comitato per il Controllo delle ICA in ogni Azienda Sanitaria/Ospedale Regionale (Indicatore PP10_OS01_IS16) che provveda annualmente alla stesura di un Report dedicato alle ICA (Indicatore PP10_OS01_IS12)

C. Prevenzione delle ICA

- Garantire l’adesione della Regione al Piano Nazionale di prevenzione delle ICA.
- Partecipazione attiva della Regione ai programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari (p.e. lavaggio delle mani, monitoraggio consumi soluzioni idro-alcoliche).
- Definire in maniera esplicita quale siano le attività regionale tese al monitoraggio e controllo degli obblighi individuati in questo ambito per le Aziende Sanitarie regionali.

MARIA BALSAMO - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2007 - Composizione ed impaginazione S.T.E.S. s.r.l. - 85100 Potenza
