Allegato 1

Piano strategico–operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023) ASST di Mantova

Versione del 23/03/2023

Sommario

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO E RIFERIMENTI NORMATIVI 3
SUDDIVISIONE IN FASI EPIDEMIOLOGICHE E MECCANISMI DI ATTIVAZIONE 5
SCHEDE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO 7
1.MACROAREA DI INTERVENTO: "ORGANIZZAZIONE GENERALE" 8
1.1 Unità di Crisi Aziendale 8
1.2 Formazione 8
1.3 Piano di comunicazione 8
1.4 Azioni in fase interpandemica 8
1.5 Azioni in fase di allerta pandemica 9
1.6 Azioni in fase pandemica 10
1.7 Azioni in fase di transizione 10
2.MACROAREA DI INTERVENTO: "IGIENE EDILIZIA E DEGLI AMBIENTI" 11
2.1 Azioni in fase interpandemica 14
2.2 Azioni in fase di allerta pandemica 14
2.3 Azioni in fase pandemica 15
2.4 Azioni in fase di transizione 15
3.MACROAREA DI ATTIVITÀ: "GESTIONE E SICUREZZA DEI LAVORATORI" 16
3.1 Gestione del personale 16
3.2 DVR e DUVRI 17
3.3 Idoneità e sorveglianza sanitaria 17
3.4 Misure di prevenzione e protezione del personale 17
3.5 Azioni in fase interpandemica 17
3.6 Azioni in fase di allerta pandemica 17
3.7 Azioni in fase pandemica 18
3.8 Azioni in fase di transizione 18
4.MACROAREA DI ATTIVITÀ: "GESTIONE PAZIENTI/UTENTI" 19
4.1 Ingresso pazienti/utenti 19
4.2 Sorveglianza sanitaria su pazienti/utenti 19
4.3 Azioni in fase interpandemica 19

4.4 Azioni in fase di allerta pandemica 19
4.5 Azioni in fase pandemica 20
4.6 Azioni in fase di transizione 20
5.MACROAREA DI ATTIVITÀ: "REGOLAMENTAZIONE ACCESSO VISITATORI ED ALTRI ESTERNI" 21
5.1 Regolamentazione accesso visitatori/parenti 21
5.2 Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni 21
5.3 Azioni in fase interpandemica 21
5.4 Azioni in fase di allerta pandemica 21
5.5 Azioni in fase pandemica 21
5.6 Azioni in fase di transizione 22
6.MACROAREA DI ATTIVITÀ "APPROVVIGIONAMENTO E LOGISTICA" 23
6.1 Azioni in fase interpandemica 23
6.2 Azioni in fase di allerta pandemica 23
6.3 Azioni in fase pandemica 23
6.4 Azioni in fase di transizione 24

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO E RIFERIMENTI NORMATIVI

Il concreto rischio di comparsa di nuovi ceppi pandemici di virus influenzali ha indotto la WHO a stimolare i Paesi Membri nella preparazione di piani di risposta a possibili pandemie influenzali sin dalla fine degli anni Novanta. Il nostro Paese ha prodotto un piano pandemico anti-influenza nel 2002 ed uno successivo nel 2006. Nel corso del 2020, per la prima volta un coronavirus è stato in grado di determinare un evento pandemico protratto con milioni di casi e di decessi.

Nell'esercizio delle proprie funzioni in materia di pianificazione, il Ministero della Salute adotta – previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome (PA) – il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) e il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV).

In tale contesto il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 (S.O. n.7 della G.U. Serie Generale n.23 del 29/01/2021) si colloca in una prospettiva temporale di medio termine e individua alcuni elementi strategici e operativi comuni utilizzabili in caso di pandemia influenzale, ma anche per i casi di circolazione di agenti patogeni che, sebbene diversi dal virus influenzale, siano nella stessa misura potenzialmente capaci di causare, in maniera del tutto imprevista e imprevedibile, delle vere e proprie pandemie.

La pianificazione di meccanismi di risposta a una pandemia influenzale ripercorre, infatti, come paradigma i passaggi essenziali per la preparazione nei confronti di tutti gli eventi pandemici, anche quelli dovuti ad una malattia respiratoria non conosciuta che definiremo come malattia respiratoria "X". È ormai diffusa 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.

Quanto appreso dalla pandemia SARS-CoV-2 è quindi utile alla messa a punto di piani pandemici influenzali e, in prospettiva, per la risposta ad altri patogeni capaci di causare epidemie/pandemie, confermando il basso livello di prevedibilità di tali fenomeni e la conseguente necessità di essere il più preparati possibile ad attuare tutte le misure per contenerli sul piano globale, nazionale e locale.

Tali piani devono consentire di incrementare le capacità diagnostiche specifiche per il patogeno, di modulare la fornitura di prodotti terapeutici in funzione delle evidenze scientifiche disponibili per il trattamento, di assicurare la disponibilità di dispositivi di protezione individuale (DPI) al fine di proteggere gli operatori sanitari, di mobilitare il sistema per aumentare nel giro di poco tempo i posti letto in terapia intensiva, le degenze subintensive e per acuti dedicabili, anche per far sì che non si verifichino disservizi nella assistenza e nella cura delle persone affette da malattie ordinarie (diverse dal COVID-19).

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.

OBIETTIVI GENERALI DI UN PIANO PANDEMICO
Proteggere la popolazione, riducendo il più possibile il potenziale numero di casi e quindi di vittime della pandemia
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.
Facilitare il processo decisionale
Favorire un uso razionale delle risorse
Coordinare e integrare tutti gli attori coinvolti
Uniformare la gestione della comunicazione

Tra gli atti più significativi adottati dall'OMS possono essere menzionate le International Health Regulations. Tali regole sono state aggiornate e raccolte nel Regolamento Sanitario Internazionale (RSI, 2005) che, declinato anche da ECDC, suggerisce:

- Fase 1: preparazione e analisi della situazione;
- Fase 2: sviluppo o aggiornamento del piano;
- Fase 3: valutazione, finalizzazione e disseminazione del piano;
- Formazione continua finalizzata al controllo delle infezioni e in generale un rafforzamento della *preparedness* nel settore della prevenzione e controllo delle infezioni.

Il Regolamento, in particolare, rientra a pieno titolo nei meccanismi metodologici del ciclo della *preparedeness* e della *readiness*, ovverosia in un dinamico approccio ciclico di valutazione e aggiornamento anche in relazione alla eventuale acquisizione di nuove conoscenze ed evidenze scientifiche, integrato da studi di revisione ex post in seguito ad emergenze pandemiche.

Preparedness	Nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive e 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.
Readiness	Definita dall'OMS come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella *preparedness*.

Il campo di applicazione del nuovo RSI è stato esteso per poter comprendere tutti gli eventi che possono costituire un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e non solo le malattie infettive, includendo così, almeno nelle prime fasi del loro manifestarsi, anche eventi di eziologia sconosciuta o causati da agenti di natura chimica e fisica (*early detection*).

È in quest'ottica che le Regioni sono tenute ad adottare un piano pandemico in grado di declinare a livello locale le indicazioni nazionali sulla base dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni-Provincie Autonome il 25/01/2022 sul già citato "Piano Strategico-Operativo Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale (PanFlu) 2021-2023". Regione Lombardia con la DGR N° XI/6005 del 25/02/2022 ha determinato la proposta del "Piano Pandemico Regionale (PANFLU) 2021-2023", successivamente approvato dal Consiglio Regionale con la DCR N° XI/2477 del 17/05/2022.

È poi prevista la realizzazione di Piani Operativi Locali a cura delle ATS e delle strutture di ricovero e cura e delle UDO sociosanitarie.

Il Piano Operativo locale delle ATS include i piani operativi locali delle strutture presenti sul proprio territorio ed è in quest'ottica che è stato realizzato il presente "Piano strategico operativo aziendale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023) per la ASST di Mantova".

Poiché gran parte della risposta operativa a una pandemia in un Paese si svolge a livello subnazionale, è 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 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.

SUDDIVISIONE IN FASI EPIDEMIOLOGICHE E MECCANISMI DI ATTIVAZIONE

La WHO ha definito 4 fasi di una pandemia che corrispondono da un lato alla progressione dell'epidemia nel territorio nazionale o locale e dall'altro agli obiettivi di gestione della crisi utili per tenere conto delle diverse situazioni che si possono creare sul territorio nazionale.

Dal punto di vista epidemiologico, le fasi globali (interpandemica, di allerta, pandemica e di transizione) descrivono la diffusione del nuovo sottotipo di virus influenzale nel mondo e le sue conseguenze cliniche:

<table>
<tr><td>FASE INTERPANDEMICA</td><td>Corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali</td><td colspan="2">In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza</td></tr>
<tr><td>FASE DI ALLERTA</td><td>Corrisponde alla fase in cui l'influenza causata da un nuovo sottotipo è identificata nell'uomo</td><td colspan="2">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 interpandemica</td></tr>
<tr><td rowspan="2">FASE PANDEMICA</td><td rowspan="2">Corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo</td><td rowspan="2">Il passaggio tra le fasi interpandemica, 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</td><td>FASI ACUTE: in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari</td></tr>
<tr><td>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</td></tr>
<tr><td>FASE DI TRANSIZIONE</td><td>Corrisponde alla fase 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</td><td colspan="2">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</td></tr>
</table>

L'analisi dei dati è di fondamentale importanza nella gestione di tutte le fasi pandemiche e prevede più sistemi concomitanti per identificare segnali potenzialmente utili ad identificare una nuova minaccia pandemica, tali sistemi vengono anche denominati di *epidemic intelligence*. Obiettivi essenziali sono: il rilevamento quali-quantitativo di circolazione virale e la potenziale funzione da sistema di allarme precoce.

I principali sistemi di riferimento per la Lombardia che interessano con azione diretta la ASST di Mantova sono:

- sistema sorveglianza delle malattie infettive →sistema nazionale di sorveglianza delle malattie infettive (DM 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive diffusive") basato sull'attività di segnalazione di pazienti sospetti per una patologia infettiva;
- sistema INFLUNET→ sistema nazionale di sorveglianza dell'influenza (rilevazione epidemiologica e virologica) basato sull'attività di MMG/PLS;
- sistema di sorveglianza delle terapie intensive → sistema regionale di sorveglianza dei casi gravi di influenza, aggiornato *ad hoc* per COVID-19 che viene strutturato quotidianamente;
- sistemi di sorveglianza in Pronto Soccorso → nuova attivazione di un sistema di sorveglianza campionaria per garantire durante tutto l'anno la rilevazione nei Pronto Soccorso di virus in pazienti con Influenza Like Illness (ILI);
- sistemi di sorveglianza da flussi informativi correnti → sono sistemi di sorveglianza che si basano su informazioni già registrate dal SSR (ricoveri ospedalieri, accessi in PS, AREU) che, opportunamente analizzati, possono fornire informazioni utili anche nell'ambito della sorveglianza delle malattie infettive (attività di sorveglianza e attività di approfondimento epidemiologico).

In particolare, il sistema InfluNet si è dimostrato uno strumento utile per il monitoraggio dell'andamento dell'epidemia stagionale delle sindromi simil-influenzali e dei virus influenzali circolanti, ma al tempo stesso uno strumento flessibile e facilmente adattabile alle diverse situazioni epidemiologiche occorse.

È prevista la realizzazione di un sistema SARR (Sistema di Allerta Rapida e Risposta) nazionale che prevederà una piattaforma che consenta, in modo sicuro, la segnalazione di potenziali emergenze di sanità pubblica ad impatto internazionale o nazionale. Si è inoltre evidenziata la necessità di disporre di un sistema di allerta rapida basato sulla sorveglianza sindromica dei dati di accesso in PS in quanto il sistema informativo attualmente a disposizione non consente un ritorno informativo abbastanza tempestivo per le finalità di sorveglianza.

SCHEDE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO

Nelle pagine seguenti sono indicate le più importanti macroaree di intervento per l'attuazione del PANFLU 2021-2023 specifiche per la ASST di Mantova. In particolare, si distinguono le macroaree di intervento in:

1) Organizzazione generale, articolata in:
    a) Unità di Crisi Aziendale;
    b) Formazione;
    c) Piano di comunicazione;
2) Igiene edilizia e degli ambienti;
3) Gestione e sicurezza dei lavoratori, articolata in:
    a. Gestione del personale
    b. DVR e DUVRI
    c. Idoneità e sorveglianza sanitaria
    d. Misure di prevenzione e protezione del personale
4) Gestione pazienti/utenti, articolata in:
    a. Ingresso pazienti/utenti
    b. Sorveglianza sanitaria su pazienti/utenti
5) Regolamentazione accesso visitatori ed altri esterni, articolata in:
    a. Regolamentazione accesso visitatori/parenti;
    b. Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni;
6) Approvvigionamento e logistica

Gli elaborati descrivono sinteticamente le azioni pianificate nelle diverse fasi prevedendone aggiornamenti periodici in funzione dell'andamento pandemico e delle indicazioni nazionali e regionali, secondo le caratteristiche del Polo Ospedaliero (articolato in tre Presidi) e del Polo Territoriale.

Alcune azioni sono in conclusione di definizione e continuo aggiornamento tenuto conto della complessità dell'offerta sanitaria e sociosanitaria della ASST di Mantova, come da nuovo POAS approvato ed in previsione del prossimo trasferimento del Dipartimento di Cure Primarie dalla ATS della Val Padana.

Prevedendo il continuo aggiornamento del presente piano, per quanto non qui già indicato, si rimanda alla procedura aziendale IO07PRCIO014 "*MISURE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-CoV-2 PER "CORONAVIRUS" COVID-19*".

1.MACROAREA DI INTERVENTO: "ORGANIZZAZIONE GENERALE"

1.1 Unità di Crisi Aziendale

E' stato previsto con decreto Direttore Generale ASST Mantova n.846 del 29 settembre 2022 ad oggetto "PIANO STRATEGICO-OPERATIVO DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUNZALE (PANFLU 2021-2023) DELL'ASST DI MANTOVA E INDIVIDUAZIONE DELL'ORGANIGRAMMA DELL'EMERGENZA PANDEMICA" uno specifico Organigramma di Emergenza Pandemica (Unità di Crisi Aziendale) dettagliandone compiti e responsabilità (catena di comando), individuando per ciascun componente due sostituti.

Il succitato Decreto ha altresì approvato il Piano Strategico-Operativo di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale (PANFLU 2021-2023) ASST di Mantova, prevedendone periodica revisione / aggiornamento, da recepire mediante nuovo decreto del Direttore Generale ASST.

Tra i componenti dell'Unità di Crisi Aziendale è individuato come Responsabile dell'Emergenza Pandemica (REP) il Direttore Sanitario Aziendale Nelle sue funzioni potrà avvalersi del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere).L'Unità di Crisi Aziendale individua gli operatori per l'inserimento dei dati negli applicativi regionali per assolvere al debito informativo funzionalmente alle rendicontazioni richieste.

1.2 Formazione

Devono essere assicurate attività formative con periodici *refresh* in ambito di *infection prevention and control* (IPC) rivolte a tutto il personale e focalizzate su prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e gestione delle emergenze pandemiche, previa ricognizione dei fabbisogni formativi) rilevate mediante report ad hoc in capo al Responsabile della Formazione Aziendale.

1.3 Piano di comunicazione

L'Unità di Crisi, funzionalmente all'andamento epidemiologico, individua:

- Un addetto per la comunicazione interna affinché siano diffuse informazioni circa il quadro pandemico in atto e le decisioni aziendali assunte per il contenimento e la gestione dei contagi;

Un referente per la comunicazione esterna con particolare riferimento a: pazienti/utenti, visitatori/familiari e altri esterni, enti istituzionali (ATS, Regione, Prefettura, ecc.).

Si rimanda alla procedura aziendale PrS05SDI "Gestione della continuità operativa" per le modalità tecniche di comunicazione straordinaria in caso di emergenza.

1.4 Azioni in fase interpandemica

In questa fase rimane vigente l'Organigramma ed il Funzionigramma aziendali derivanti dal POAS, inclusi i componenti del CIO.

Il REP, come sopra individuato, sovrintende alla stesura e alla revisione / aggiornamento (almeno con scadenza annuale) del PANFLU aziendale declinato nei vari scenari epidemiologici.

Rimane in capo alla S.C. Affari Generali e Controlli Interni la verifica semestrale della composizione dell'Organigramma e dei recapiti dei componenti.

Sono regolarmente svolte le attività proprie del CIO, con particolare riferimento al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA.

È effettuata la valutazione delle competenze necessarie alla gestione della pandemia e la loro mappatura con periodica ricognizione (almeno con scadenza annuale).

Si deve prevedere nel Piano Formativo Aziendale specifica formazione sulle ICA, sulle ICP e per le emergenze pandemiche.

Si deve provvedere all'aggiornamento annuale del piano aziendale di comunicazione del rischio con recepimento dell'omologo piano nazionale e successiva diffusione interna, nonché all'aggiornamento delle procedure di comunicazione istituzionale e comunicazione interna.

L'Unità di Crisi Aziendale, funzionalmente all'andamento epidemiologico, identifica un pool di referenti della comunicazione istituzionale in risposta ad eventi e comportamenti che costituiscono una minaccia per la sanità pubblica da individuare nell'ambito del Servizio URP, della Psicologia Clinica e della Direzione Medica di Presidio con il coordinamento dell'area Ufficio Stampa e Comunicazione dell'ASST, che provvederà poi ad alimentare il flusso di informazioni attraverso i vari canali istituzionali.

Per il mantenimento delle comunicazioni tra operatori e familiari, il Direttore / Responsabile di ogni reparto di degenza e dei Pronto Soccorsi individuano una figura che assicuri la trasmissione di informazioni puntuali e periodiche sullo stato di salute dei pazienti.

Lo svolgimento delle visite da parte dei familiari avverrà secondo regole definite dalle Direzioni Mediche di Presidio, tenuto conto dell'andamento epidemiologico, consultabili sul sito internet aziendale, mediante cartellonistica e attraverso tutti i canali mediatici ufficiali dell'ASST. In ogni reparto si individua come ambiente adibito alla visita parenti in prima scelta la sala soggiorno in condizioni di sicurezza (es. schermo in plexiglass o assicurando l'utilizzo dei DPI di efficacia riconosciuta).

L'adozione di modalità alternative alle visite in presenza, quali videochiamate, è promossa e garantita con l'ausilio degli Operatori di Reparto.

1.5 Azioni in fase di allerta pandemica

A seguito della dichiarazione ministeriale di allerta pandemica, il Direttore Generale attiva l'Unità di Crisi Aziendale.

Il REP, in relazione agli scenari epidemiologici, procederà a graduare, con modulazione di priorità, le azioni successive del PANFLU, prevedendo convocazioni periodiche dei componenti l'Unità di Crisi.

Il CIO fornisce supporto al REP nell'analisi della documentazione scientifica ed epidemiologica mediante revisione della letteratura nazionale/internazionale e proveniente da WHO, Ministero, ISS, Regione Lombardia, Comitato pandemico Regionale e ATS della Val Padana.

Si attivano corsi di aggiornamento per il personale, relativamente alla specifica allerta pandemica, con contenuti aggiornati sull'agente patogeno di interesse, sulle modalità di trasmissione, sulla prevenzione e sulle terapie, con coordinamento in capo al Servizio Formazione Aziendale.

Tramite applicativo Talete si assicura la diffusione delle aggiornate procedure aziendali in relazione al corretto uso dei DPI e, se necessario, si attivano percorsi formativi di addestramento all'uso, sia frontali che a distanza.

Si deve allertare il pre-identificato *pool* di esperti di comunicazione in risposta ad eventi e comportamenti minaccianti per la sanità pubblica e coinvolgerli nelle prime comunicazioni del rischio relativo all'allerta, attivando sin da subito i canali predisposti per la comunicazione interna, dando adeguata informazione delle condizioni di allerta.

È necessario attuare *refresh* e sensibilizzazione a tutti gli operatori relativamente alle modalità organizzative per la garanzia di comunicazione e informazione ai familiari dei parenti in tutti i *setting*, verificando la disponibilità di quanto predisposto a tale scopo in fase interpandemica.

1.6 Azioni in fase pandemica

A seguito della dichiarazione di emergenza pandemica da parte degli organi competenti e in base agli impatti degli scenari epidemiologici sulle attività aziendali, il REP dispone e monitora l'attuazione delle azioni in tutte le ulteriori Macroaree del Piano.

L'Unità di Crisi e il REP forniscono rendicontazione costante delle attività intraprese.

Il REP attiva e supervisiona il processo di comunicazione interna anche mediante l'emanazione di un "Bollettino dell'Unità di Crisi", che dovrà essere messo a disposizione di tutte le articolazioni aziendali, avvalendosi dell'Area Comunicazione.

Il REP attiva e supervisiona anche il processo di comunicazione esterna e la gestione dei flussi informativi con le Autorità e gli Enti esterni, attivando tutti gli strumenti di comunicazione istituzionale previsti in collaborazione anche con altri organi sanitari e di protezione civile.

In relazione alle misure decise dall'Unità di Crisi sulla eventuale limitazione agli accessi per visitatori e parenti vanno massimamente rafforzate le comunicazioni mediante strumenti alternativi sia di comunicazione con il paziente che di informazione sulle condizioni di salute.

1.7 Azioni in fase di transizione

In questa fase il REP predispone un graduale ritorno alla regolarità delle attività aziendali in relazione all'andamento epidemico.

Il REP, anche mediante confronto con il CIO, promuove eventuali aggiornamenti e revisioni del PANFLU.

Si devono effettuare continui *refresh* formativi aggiornando i percorsi alla specifica evoluzione pandemica e alla conseguente revisione graduale di utilizzo di DPI.

Seguendo sia le disposizioni nazionali e regionali che le valutazioni del REP, deve essere favorita ed accompagnata con campagne di formazione e comunicazione la rimodulazione degli accessi a favore delle visite in presenza di familiari o aventi diritto. È altresì necessario che la regolamentazione e la riattivazione di visite in presenza sia accompagnata da un'adeguata comunicazione del rischio e delle necessità di rispetto di misure elevate di IPC con contestuale mantenimento in funzione delle modalità alternative alla presenza.

2.MACROAREA DI INTERVENTO: "IGIENE EDILIZIA E DEGLI AMBIENTI"

I percorsi, gli spazi, i locali e le relative destinazioni d'uso devono essere riorganizzati in modo da garantire l'erogazione di attività anche per i pazienti non infetti, in condizioni di sicurezza prevenendo, quindi, la diffusione dei contagi. Specifica riorganizzazione delle procedure deve essere definita anche per le attività erogate a domicilio, pur trovandosi gli operatori ad intervenire in ambienti non in capo ad ASST, così da limitare il più possibile la pressione sulle strutture sanitarie di ricovero e cura.

Una pandemia influenzale, infatti, 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 domiciliare e il fabbisogno di posti letto nei vari livelli di intensità assistenziale ospedalieri 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 e 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 grandi anziani;
- le donne in gravidanza;
- le persone affette da malattie rare;
- le persone affette da patologie psichiatriche o nell'area delle dipendenze;
- i minori con disturbi nell'ambito della neuropsichiatria;
- le persone con comorbidità severe, neoplasie maligno immunodeficienze;
- le persone con disabilità motoria o sensoriale;
- le persone senza fissa dimora o che vivono in condizioni di particolare fragilità sociale;
- le persone in detenzione o in residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS);
- i migranti e i richiedenti asilo;
- le persone in fase terminale della vita.

Le eventuali riorganizzazioni dei reparti e servizi devono prevedere aree e percorsi "puliti" destinati alle suddette fattispecie di pazienti/utenti non affetti da influenza pandemica.

Tutelate quindi:

- la diagnostica e la cura (chirurgia/chemioterapia/radioterapia) per le neoplasie maligne oltre ai percorsi di screening (colon retto, mammella, cervice uterina);
- il percorso di gravidanza e nascita e di interruzione di gravidanza, anche mediante i servizi consultoriali;
- le attività di dialisi;
- la presa in carico nei consueti setting (sia ospedalieri che territoriali) della salute mentale dell'adulto e del paziente pediatrico, nonché delle dipendenze (SERD);
- le cure palliative sia residenziali che domiciliari;
- l'assistenza domiciliare integrata (ADI) con integrazione dei servizi sociali (es. SAD a favore dei pazienti non trasportabili e/o senza rete familiare);

L'attività di emergenza-urgenza, cui può seguire anche eventuale attività riabilitativa (es. frattura femore, ictus, intervento cardiochirurgico o toracico,…) dovrà essere garantita sia per pazienti positivi al patogeno che negativi con percorsi separati.

Ai sensi dell'art. 2 del DL n. 34/2020 e s.m.i. è programmato un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere sino al raggiungimento dello standard obiettivo regionale di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva.
Le regioni, inoltre, devono riqualificare i loro posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento di questi posti letto, è prevista la possibilità di immediata conversione in posti letto di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Per quanto sopra indicato, nelle more della riclassificazione dell'accreditamento delle Terapie Intensive / Semintensive, si dispone quanto segue:

I. Scenario di gravità dell'epidemia: R0<1,4: rimane in uso l'attuale dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva:
   a. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. di Mantova: 14 posti letto (di cui 8 in isolamento respiratorio);
   b. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Borgo Mantovano: 4 posti letto (di cui 1 in isolamento respiratorio)
   c. Semintensive: tot. 18 posti letto
      i. da UTIR P.O. Mantova: 5 posti letto,
      ii. da UTIC P.O. Mantova: 8 posti letto,
      iii. da STROKE P.O. Mantova: 5 posti letto

II. Scenario di gravità dell'epidemia: R0 ≥ 1,4 e <1,7: si incrementa la dotazione di posti letto di terapia intensiva di 6 posti letto:
   a. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. di Mantova: 18 posti letto (incremento di +4 presso gli attuali locali di T.I.)
   b. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Borgo Mantovano: 6 posti letto (incremento di +2 presso gli attuali locali di T.I)
   c. Semintensive: tot. 18 posti letto
      i. da UTIR P.O. Mantova: 5 posti letto,
      ii. da UTIC P.O. Mantova: 8 posti letto,
      iii. da STROKE P.O. Mantova: 5 posti letto

III. Scenario di gravità dell'epidemia: R0≥1,7: si incrementa la dotazione di posti letto di terapia intensiva di 19 posti letto e di semintensiva di 4 posti letto:
   a. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Mantova: 40 posti letto (ulteriore incremento di + 13 in ex TIN e +5 da conversione di UTIR + 4 da postazioni presso recovery room del Blocco Operatorio 2)
   b. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Borgo Mantovano: 8 posti letto (ulteriore incremento di +2 presso gli attuali locali di T.I.)
   c. Semintensive: tot. 17 posti letto
      i. da UTIC P.O. Mantova: 8 posti letto,
      ii. da STROKE P.O. Mantova: 5 posti letto
      iii. da UTIC P.O. Borgo Mantovano: 4 posti letto (incremento di + 4 presso gli attuali locali di cardiologia)

Le suddette attivazioni/trasformazioni sono da intendersi modulari e progressive e subordinate alla disponibilità di personale e all'esigenza contingente di coortizzazione ed eventuale integrazione di apparecchiature potrà realizzarsi anche mediante noleggi. Le attività ordinarie ed in urgenza dovranno essere garantite con la possibilità di accogliere sia pazienti infetti che non infetti modulando le degenze a disposizione in base alla domanda e tenuto conto dei profili di rischio di contagio (ad esempio: pazienti in ossigenoterapia o con ridotta compliance alle misure igieniche, ecc.),

piuttosto che limiti strutturali (ad esempio: stanze con servizio igienico in condivisione o strutture con impossibilità agli isolamenti, ecc.).

	I Scenario	*II Scenario*	*III Scenario*
Indicatore R0	**R0<1,4**	**R0 ≥ 1,4 e <1,7**	**R0≥1,7**
Posti letto di T.I. ASST	**18**	**24**	**48**
PP.LL. T.I. Presidio Mantova	14	18	40
PP.LL. T.I. Presidio Borgo Mantovano	4	6	8
Posti Letto Semintensivi ASST	**18**	**18**	**17**
PP.LL. Semintensivi Presidio Mantova	18	18	13
PP.LL. Semintensivi Presidio Borgo Mantovano	0	0	4

In particolare, potranno essere rivisti:

- percorsi per ingressi/uscite;
- percorsi pulito/sporco;
- percorsi accessi visitatori/parenti/altri soggetti esterni;
- locali/aree per visite parenti con idoneo distanziamento;
- locali destinati a degenze per isolamento e quarantene;
- locali/spazi per vestizione/svestizione.

Salvo diverse indicazioni ministeriali, per le sale d'attesa si prevede un distanziamento delle sedute di almeno un metro e per le stanze di degenza si prevede un distanziamento "sponda-sponda" dei letti di almeno un metro.

Saranno predisposti accessi e varchi per tutte le strutture (anche territoriali) e sarà previsto presidio nelle fasce diurne di maggior accesso dal personale (di vigilanza o altro personale tecnico o volontari appositamente formati) al fine di individuare eventuali soggetti sintomatici o con condizioni di rischio per infezione da agente in oggetto (es. misurazione temperatura) e distribuzione DPI previsti.

Le attività domiciliari saranno garantite sia per i pazienti positivi che negativi al patogeno secondo procedure a tutela della sicurezza di operatori e pazienti (vestizione/svestizione agli accessi, sanificazione dei mezzi di trasporto, triage telefonico) e, laddove disponibili, con equipés di operatori differenziate.

Devono essere coordinate dalle Direzioni Mediche di Presidio le necessarie attività, con eventuali modifiche in caso di emergenze pandemiche, in tema di:

- manutenzioni impiantistiche;
- sanificazione e disinfezione ambientale, automezzi aziendali e strumentario;
- smaltimento rifiuti;
- attività lavanolo;
- preparazione e distribuzione pasti, trattamento stoviglie.

Devono essere aggiornate e attivate procedure di gestione e trattamento delle salme in relazione allo specifico agente patogeno con l'ausilio della S.S. Medicina Legale.

Deve essere previsto, per numerosità di decessi superiore alla consueta capienza delle camere mortuarie, l'ampliamento temporaneo in sicurezza delle stesse anche per accoglienza di decessi avvenuti in pubblica via.

Si individuano in prima battuta i seguenti spazi in emergenza:

- locale culto / cappella adiacente alle Camere Mortuarie (capienza massima sino a 50 salme)
- locali n.41 e n. 42 presso il piano interrato (-1) del Blocco A (capienza massima sino a 100 salme)

Entrambi i suddetti spazi sono dotati di ventilazione naturali e possono essere climatizzati con apparecchiatura portatile. Per quanto riguarda i locali presso il piano interrato si precisa che gli stessi sono raggiungibili con montacarichi del blocco A e dall'esterno. In via emergenziale ulteriore potrà essere valutato il ricorso a morgue esterne.

2.1 Azioni in fase interpandemica

In questa fase permangono attive e vigenti planimetrie e distribuzione spazi e percorsi come da assetto di accreditamento aziendale.

È necessario procedere agli eventuali aggiornamenti organizzativi con particolare riferimento a:

1) Predisposizione di posti letto di Terapia Intensiva e Subintensiva come sopra indicato;
2) Revisione dei percorsi, favoriti da costante attività formativa degli operatori sulle ICP, garantendo in ogni reparto o *setting* di cura la possibilità di accogliere sia pazienti infetti che non infetti. Ciò considerando:
    a. posti letto di degenze e locali per attività ambulatoriali da rendere disponibili in base all'andamento della domanda di prestazioni sia per i casi che per i soggetti negativi;
    b. profili di rischio di contagio;
    c. limiti strutturali dei locali interessati.

3) graduale implementazione degli spazi dedicati all'accoglienza salme e aggiornamento delle procedure di gestione delle salme come sopra indicato

Tutto quanto sopra deve essere valutato per ciascuna Struttura/Unità di Offerta e devono essere elaborati i piani di rimodulazione affiancando alle azioni previste:

- elaborati grafici planimetrici coerenti (Eleborati Grafici di Emergenza - EGE), la cui predisposizione verrà ultimata a conclusione dei cantieri attualmente attivi in più sedi aziendali,
- variazioni conseguenti sui fabbisogni di personale ed eventuali rimodulazioni dei profili di rischio,
- aggiornamento coerente dei piani di: manutenzione impiantistica, sanificazione e disinfezione ambientale, smaltimento rifiuti, attività di lavanolo, preparazione pasti e trattamento stoviglie.

È essenziale una reportistica a frequenza quotidiana relativa al tasso di occupazione di posti letto di terapia intensiva, semintensiva, di reparti per acuti e subacuti oltre ad una determinazione in tempo reale di parametri utili alla stima del sovraffollamento dei PS dei tre Presidi Ospedalieri (National Emergency Department Overcrowding Study - NEDOCS e tempo di *boarding*). La stessa reportistica dovrà includere anche i nuovi posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva come da DL n. 34/2020.

2.2 Azioni in fase di allerta pandemica

In questa fase, in base alla tipologia di allerta ed alle specifiche caratteristiche del patogeno coinvolto, sentito il REP e l'Unità di Crisi, si predispongono, con attivazioni parziali e adeguamenti progressivi, ulteriori posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva, nonché l'aggiornamento dei percorsi di ricovero e dell'offerta ambulatoriale oltreché per la medicina necroscopica (vedi sopra)

Le attività di reportistica vengono richieste a una frequenza maggiore.

2.3 Azioni in fase pandemica

In questa fase è prevista un'attuazione modulare, governata da REP e Unità di Crisi, circa le azioni possibili e predisposte nella fase precedente. Tutte le azioni saranno attivate a livelli di allerta e di criticità sostenibili così come previsto dal PANFLU aziendale.

2.4 Azioni in fase di transizione

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *descalation*, guida il modulare rientro verso l'assetto organizzativo pre-pandemico con chiusure o riconversioni di eventuali percorsi o posti letto attivati in fase pandemica.

3.MACROAREA DI ATTIVITÀ: "GESTIONE E SICUREZZA DEI LAVORATORI"

3.1 Gestione del personale

Sono definiti gli standard qualitativo e quantitativo minimi necessari per la gestione delle attività essenziali, prevedendo piani di continuità operativa in base alla percentuale di assenza degli operatori. In particolare, devono essere individuate le modalità, anche in via straordinaria, per il reperimento di personale sul mercato del lavoro o mediante accordi con altri Enti, qualora non possibili trasferimenti intra-aziendali.

Devono essere definite procedure per la gestione dei volontari anche al fine di fornire da parte loro interventi supplementari in sicurezza.

Per quanto sopra indicato, si dispone quanto segue:

I. Scenario di gravità dell'epidemia: R0<1,4: si mantiene lo standard qualitativo e quantitativo del personale come da criteri di accreditamento per i servizi normalmente in attività,
II. Scenario di gravità dell'epidemia: R0 ≥ 1,4 e <1,7: ricalcolo del fabbisogno di personale secondo un criterio di priorità, in particolare:
    a. area dell'emergenza-urgenza e area della rianimazione e terapia intensiva e di sala operatoria: mantenere invariato lo standard qualitativo e quantitativo
    b. rimanenti attività: riduzione fino ad un massimo del 25% dello standard quantitativo del personale sanitario e di interesse sanitario, secondo criteri che tutelino la sicurezza per pazienti e operatori in accordo con il Responsabile di Struttura Complessa e il DAPSS
III. Scenario di gravità dell'epidemia: R0≥1,7: ricalcolo del fabbisogno di personale secondo un criterio di priorità, in particolare:
    a. area dell'emergenza-urgenza e area della rianimazione e terapia intensiva e di sala operatoria: potrà essere valutata la riduzione dello standard quantitativo fino ad un massimo del 20% secondo criteri che tutelino la sicurezza per pazienti e operatori in accordo con il Responsabile di Struttura Complessa e il DAPSS
    b. rimanenti attività: potrà essere valutata la riduzione dello standard quantitativo fino ad un massimo del 33%, secondo criteri che tutelino la sicurezza per pazienti e operatori in accordo con il Responsabile di Struttura Complessa e il DAPSS

Sarà altresì possibile prevedere una rimodulazione delle attività sanitarie in elezione salvaguardando quelle ritenute essenziali / improcrastinabili (vedi sopra) con recupero di operatori sanitari e di interesse sanitario da destinare alle attività non sospendibili.

Il trasferimento del personale così recuperato dovrà essere adeguatamente formato per le nuove attività a cui verrà destinato (vedi piano formativo Panflu), privilegiando, dove possibile, assegnazioni in aree con intensità di cure e discipline omogenee ovvero prevedendo sempre l'affiancamento in turno con operatori esperti e previa verifica dell'idoneità alla mansione.

Per progressiva riduzione delle risorse umane a causa di contagi, dovranno essere previste nell'ordine:

1. riassegnazione degli Operatori secondo i criteri sopra indicati
2. attivazione di contratti di lavoro temporanei mediante cooperative o contratti di libera professione / co.co.co.
3. attivazione di convenzioni con altri Enti Pubblici del SSN, Protezione Civile e Forze Armate
4. attivazione di convenzioni con Enti Privati Sanitari e Socio-Sanitari
5. reperimento di personale dall'estero previo riconoscimento di Regione Lombardia dei titoli professionali acquisiti in Paesi non Europei

In tutte le articolazioni di lavoro sanitario e amministrativo/tecnico deve essere favorito il supporto da volontari, garantendone formazione (vedi piano formativo Panflu) e sicurezza (fornitura DPI e informazioni al loro utilizzo e alle principali IPC,…)

3.2 DVR e DUVRI

Devono essere appositamente aggiornati il DVR e il DUVRI per eventi pandemici (virus dell'influenza stagionale o per un patogeno "X" simile a SARS-CoV-2).

3.3 Idoneità e sorveglianza sanitaria

Oltre a verificare i criteri di idoneità degli operatori devono essere previste schedule di sorveglianza sanitaria modulate secondo il livello di rischio professionale e gli scenari del rischio pandemico.

Si prevedono campagne informative / formative per la promozione delle vaccinazioni rivolte al personale ospedaliero.

3.4 Misure di prevenzione e protezione del personale

Devono essere assicurate tutte le misure di prevenzione e protezione del personale modulate secondo il livello di rischio professionale e gli scenari del rischio pandemico ovvero secondo le raccomandazioni ministeriali e le disposizioni regionali. Oltre alla formazione al corretto utilizzo dei DPI forniti dalla ASST, deve essere fatta adeguata formazione per la prevenzione delle ICA e quindi al rispetto delle precauzioni standard negli ambiti assistenziali sia del Polo Ospedaliero che quello Territoriale, incluso il domiciliare (vedi piano formativo Panflu).

3.5 Azioni in fase interpandemica

In questa fase devono essere garantiti i requisiti di minutaggio e il mix di figure professionali come da accreditamento, aggiornando il fabbisogno per volumi e tipologia dell'offerta e definendo, in casi di assenze impreviste di personale, la riorganizzazione dei turni per garantire la continuità dell'assistenza (vedi sopra).

Devono essere inoltre disponibili DVR e DUVRI aggiornati come da normativa e deve essere assicurato quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

L'RSPP, con il contributo del Medico Competente, assolve alle funzioni di prevenzione e protezione del personale, aggiornando i DPI necessari secondo le attività svolte dagli operatori e prevedendo l'uso di mascherina in periodi di influenza stagionale.

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti di personale esterno che effettua attività presso la ASST.

3.6 Azioni in fase di allerta pandemica

Deve essere attivata una costante ricognizione delle potenziali criticità di personale con sufficiente margine di garanzie degli standard, per garantire la continuità operativa e l'eventuale rafforzamento del personale collocato presso i servizi essenziali specificamente individuati.

Elaborando prospetti cumulativi e nel rispetto della privacy, il Medico Competente ed il RSPP devono tenere informata l'Unità di Crisi circa l'andamento delle assenze per malattie superiori alla media del periodo ed attivare sistemi di costante aggiornamento delle situazioni di eventuali contagi tra il personale.

Devono essere attuate a favore del personale le campagne di educazione sui possibili rischi e promozione di misure preventive e protettive, comprensive di eventuali vaccinazioni (vedi piano formativo Panflu).

Il Medico Competente potrà valutare rafforzamenti di percorsi di sorveglianza sanitaria e, in collaborazione con l'RSPP, valutare le condizioni di potenziale maggiore esposizione a rischi professionali.

Devono essere coordinate eventuali predisposizioni di scorte di DPI/DM a rafforzamento della protezione dei lavoratori (vedi oltre)

3.7 Azioni in fase pandemica

A garanzia della continuità operativa dei servizi essenziali e in base alla percentuale di assenza degli operatori, devono essere attivate tutte le misure per l'attuazione di trasferimenti intra-aziendali di personale, di urgente e straordinario reperimento di ulteriori figure professionali sul mercato del lavoro o mediante accordi con altri Enti (vedi sopra). Deve essere, altresì, promosso il coinvolgimento dei volontari.

Il Medico Competente dovrà fornire aggiornamenti, possibilmente settimanali, relativamente all'andamento dei contagi tra il personale. Con il contributo dell'Ufficio rilevazione presenze devono essere monitorate le assenze non programmate con livello di approfondimento almeno per età, genere e Strutture di appartenenza.

Oltre all'aggiornamento delle verifiche dei criteri di idoneità, devono essere governate, in maniera modulare rispetto al livello di rischio professionale ed allo scenario epidemico specifico, le schedule di sorveglianza sanitaria, favorendo tutte le misure di protezione, prevenzione e screening per i lavoratori con dimostrata efficacia in coerenza con le disposizioni nazionali e regionali ovvero con le linee guida delle Società Scientifiche di riferimento.

3.8 Azioni in fase di transizione

In accordo con il REP e sulla base dell'aggiornamento delle procedure rispetto alle indicazioni ministeriali e regionali, in questa fase è di fondamentale importanza graduare nuovamente strumenti e modalità di protezione dei lavoratori e di sorveglianza sanitaria. Le disposizioni normative devono essere contestualizzate agli effettivi livelli di esposizioni differenziati al rischio per *setting* di cura e suscettibilità individuale nel rispetto del principio di precauzione. Il Medico Competente e l'RSPP possono avvalersi del supporto scientifico del CIO.

4.MACROAREA DI ATTIVITÀ: "GESTIONE PAZIENTI/UTENTI"

4.1 Ingresso pazienti/utenti

Sono definite procedure per l'ingresso di pazienti/utenti che afferiscono sia al Polo Ospedaliero che al Polo Territoriale con particolare riferimento ai seguenti setting:

- pronto soccorso;
- ambulatori;
- ricoveri diurni;
- ricoveri ordinari (in emergenza e in elezione);
- comunità d'offerta residenziale sociosanitaria.

Individuare accessi/varchi distinti per le entrate e le uscite laddove possibile oppure prevederne modalità di alternanza. In riferimento ai varchi si richiama quanto sopra espresso sul tema nella macroarea 2.

Se disponibili, test diagnostici/ di screening per l'identificazione di casi, nell'eventualità non fossero disponibili i suddetti test si dovrà regolamentare l'ingresso dei pazienti/utenti secondo criteri esclusivamente anamnestici (es. criteri epidemiologici e esposizione ad altri casi,…) e/o clinici (es. segni e sintomi sospetti).

Anche l'eventuale copertura vaccinale del paziente / utente potrà essere elemento di riferimento per organizzare ricoveri in coorti, oltre che per il trasferimento di pazienti tra setting/reparti diversi e per assicurare eventuali uscite temporanee programmate dei pazienti.

Analogamente potranno essere avviate procedure per la presa in carico di nuovi pazienti nel setting domiciliare (ADI e UCPDom).

4.2 Sorveglianza sanitaria su pazienti/utenti

Deve essere prevista la sorveglianza sanitaria in caso di contatti stretti o sintomatologia sospetta di infezione, con eventuale gestione di *cluster* intraospedalieri, tenuto conto delle indicazioni ministeriali e dei test diagnostici disponibili, aggiornando costantemente le relative procedure con contestuale formazione degli operatori (vedi piano formativo Panflu).

4.3 Azioni in fase interpandemica

In questa fase, ingressi/uscite devono essere coerenti con la planimetria dell'assetto accreditato, prevedendo eventuali modifiche nell'elaborato grafico di emergenza (vedi sopra 2.1)

Viene assicurata l'ordinaria attività di segnalazione di casi sospetti o confermati all'Ente preposto per i casi previsti.

4.4 Azioni in fase di allerta pandemica

Interpretando la specifica allerta diramata e quindi in base alle conoscenze scientifiche in questa fase disponibili, devono essere attivate progressivamente le tre procedure già citate:

1) Procedure per l'ingresso di pazienti/utenti che afferiscono sia al Polo Ospedaliero che al Polo Territoriale,
2) Procedure per il trasferimento di pazienti tra setting o reparti diversi e previsione di modalità di uscite temporanee programmate dei pazienti,
3) Procedure per la presa in carico di nuovi pazienti nel setting domiciliare.

4.5 Azioni in fase pandemica

In base alle indicazioni di REP e Unità di Crisi, devono essere pienamente attuate le procedure avviate nella precedente fase, con modulazioni funzionali all'andamento epidemiologico.
Quanto sopra deve essere effettuato in conformità alla Macroarea di attività "Igiene edilizia ed ambientale" e con adeguamenti per lo specifico patogeno.

È necessaria, anche in questo ambito, la formazione del personale a garanzia della conoscenza e consapevolezza delle procedure citate.

4.6 Azioni in fase di transizione

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *descalation*, guida il modulare rientro verso l'assetto organizzativo normale con graduale ripresa della gestione dei pazienti e utenti come in fasi pre-pandemiche.

5.MACROAREA DI ATTIVITÀ: "REGOLAMENTAZIONE ACCESSO VISITATORI ED ALTRI ESTERNI"

5.1 Regolamentazione accesso visitatori/parenti

Devono essere definiti i criteri per l'accesso in sicurezza di visitatori/parenti in coerenza con la normativa vigente e gli scenari pandemici, rimandando alle attività di controllo previsti ai varchi (vedi sopra). L'Area Comunicazione provvede a mantenere aggiornate le informazioni in questo ambito sul sito aziendale e mediante i canali informativi istituzionali.

Quanto sopra deve essere effettuato con particolare riguardo per alcune categorie quali, ad esempio: pazienti nel fine vita, persone con disabilità, minori, donne in gravidanza, persone in detenzione o in residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), utenti con barriere linguistiche, ecc.

L'impedimento dell'accesso ai visitatori deve ritenersi un evento straordinario e comunque devono essere assicurate modalità alternative di comunicazione a distanza, fornendo adeguata informazione circa le decisioni assunte e la loro durata.

5.2 Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni

Si prevede la regolamentazione degli accessi esterni (es. fornitori, ISF, *specialist*, ecc.) seguendo percorsi possibilmente dedicati ed orari di ingresso regolamentato, rimandando alle attività di controllo previsti ai varchi (vedi sopra).

5.3 Azioni in fase interpandemica

L'ingresso di visitatori/parenti e di altri soggetti esterni avviene secondo indicazioni aziendali articolate per fasce orarie, reparti di degenza e servizi sanitari e anche di altri locali non sanitari, rimandando alle attività di controllo previsti ai varchi (vedi sopra).

La comunicazione ai parenti dei pazienti o agli aventi diritto prevede chiara organizzazione in orari e modalità. L'Area Comunicazione provvede a mantenere aggiornate le informazioni in questo ambito sul sito aziendale e mediante i canali informativi istituzionali.

5.4 Azioni in fase di allerta pandemica

Devono essere continuamente aggiornati i percorsi e le misure di protezione e prevenzione per eventuali visitatori/parenti o soggetti esterni sulla base delle conoscenze relative allo specifico patogeno, nel rispetto delle indicazioni del REP.

5.5 Azioni in fase pandemica

Nel rispetto delle misure rafforzate di IPC e della rimodulazione dei percorsi igienici secondo gli scenari pandemici, l'impedimento dell'accesso ai visitatori deve ritenersi un evento straordinario, temporaneo e concordato con il REP. Tali impedimenti devono essere giustificati dall'evidenza di assenza di garanzie di percorso sicuro o per situazioni di *cluster* interni in fase di definizione o non controllati e affiancate da rafforzamento di misure di comunicazione e informazione alternative alle forme in presenza (vedi sopra).

Le misure di prevenzione e protezione, sia fisiche che organizzative, da applicarsi agli accessi di visitatori e soggetti esterni devono essere chiare, accompagnate da percorsi di comunicazione esterna e da visibile e comprensibile cartellonistica.

5.6 Azioni in fase di transizione

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *descalation*, delle specifiche informazioni relative ai singoli reparti, servizi e Unità di Offerta sociosanitarie (ad esempio tasso di contagi nel personale o ricorrenza e frequenza episodi di *cluster* interni), guida il modulare rientro verso l'assetto normale di gestione e regolamentazione di accessi con l'applicazione del generale principio di precauzione per IPC e usi di DPI/DM. Le valutazioni fatte dal REP terranno conto dei pareri dell'Unità di Crisi, del CIO, del RSPP e del Medico Competente.

6.MACROAREA DI ATTIVITÀ "APPROVVIGIONAMENTO E LOGISTICA"

Tenuto conto dei dati scientifici disponibili in merito alla modalità di diffusione e virulenza dell'agente patogeno, devono essere assicurate e monitorate scorte di DPI/DM (inclusi i test diagnostici), anche avvalendosi di logistica centralizzata, utili ai fabbisogni di almeno di 3 mesi.
Devono essere assicurate e monitorate le disponibilità di scorte di ossigeno da impianto gas medicale, prevedendo anche eventuali integrazioni mediante bombole di ossigeno o il ricorso a concentratori d'ossigeno.

Quanto sopra in accordo con RSPP, Medico Competente e Risk Manager e in coerenza di quanto previsto all'art. 1 comma 264 della L. 30 dicembre 2021, n. 234 in riferimento alla scorta nazionale di DPI, mascherine chirurgiche, di reagenti e di kit di genotipizzazione.

Con riferimento ad eventuali scorte di farmaci specifici e altri dispositivi sulla base di definite attività (esempio test diagnostici), l'approvvigionamento dovrà avvenire mediante confronto con il C.I.O. e tenuto conto delle indicazioni scientifiche e/o ministeriali/regionali.

6.1 Azioni in fase interpandemica

Tenuto conto di quanto sopra indicato, in questa fase devono essere definite le scorte minime per almeno 3 mesi calcolate in riferimento al consumo medio mensile rivalutato semestralmente di:

- mascherine chirurgiche/FFP2/FFP3;
- visiere;
- calzari;
- camici monouso;
- guanti;
- disinfettanti;
- gel idroalcolico.

Per le scorte dei materiali sopra indicati si prevedono le necessarie azioni di monitoraggio affinché non siano erose.

6.2 Azioni in fase di allerta pandemica

In base allo specifico patogeno di cui all'allerta, ma anche valutandone le caratteristiche di trasmissività e patogenicità che le conoscenze scientifiche rendono disponibili, devono essere costantemente monitorate le scorte di cui al punto 6.1 e devono essere preallertate le catene di distribuzione a servizi e reparti.

In capo al REP e all'Unità di Crisi, supportati da CIO, da S.C. Farmacia e da S.C. Gestione Acquisti, nonché da RSPP e Medico Competente, sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, resta la possibilità di ulteriore incremento degli ordini in fornitura.

Qualora per il patogeno di cui all'allerta già esistesse un vaccino con efficacia nota, in base a indicazioni ministeriali, regionali e di ATS, il REP, supportato dalla S.C. Vaccinazioni e dalla S.C. Farmacia, provvederà al governo di approvvigionamento e custodia in sicurezza, nonché alla predisposizione di un modello di distribuzione.

6.3 Azioni in fase pandemica

In questa fase devono essere predisposte azioni quotidiane di monitoraggio di tutte le scorte di cui al punto 6.1 ed eventualmente del vaccino.

A fronte di carenza e comunque raggiungimento di livelli di allerta, il REP autorizza la catena aziendale di aumento di fornitura in quantitativi di consegna e frequenze.

In caso di assoluta indisponibilità dei materiali di protezione sul mercato nazionale e mondiale, si dovrà valutare il ricorso al razionamento per classi di rischio professionale e/o di strumenti alternativi (esempio: mascherine di comunità) con un potenziamento di altre misure (esempio: incremento del distanziamento sociale), in accordo con RSPP, Medico Componente, CIO e Risk Manager.

L'indisponibilità assoluta di test diagnostici determina scelte di cura sul solo dato clinico e di *link* epidemiologico, con coortizzazioni di cautela.

In assenza di farmaci e vaccini efficaci, si devono avviare specifici *trial* clinici oltre a valutare il ricorso a trattamenti sintomatici.

6.4 Azioni in fase di transizione

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *descalation*, guida il ritorno graduale alla fase interpandemica, modulando comunque meccanismi di pronta disponibilità di incrementate scorte per fronteggiare eventuali recrudescenze