

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

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	12
2.2 Azioni in fase di allerta pandemica.....	13
2.3 Azioni in fase pandemica	13
2.4 Azioni in fase di transizione	13
3 MACROAREA DI ATTIVITA’: “GESTIONE E SICUREZZA DEI LAVORATORI”	14
3.1 Gestione del personale.....	14
3.2 DVR e DUVRI	14
3.3 Idoneità e sorveglianza sanitaria	14
3.4 Misure di prevenzione e protezione del personale.....	14
3.5 Azioni in fase interpandemica	14
3.6 Azioni in fase di allerta pandemica.....	15
3.7 Azioni in fase pandemica	15
3.8 Azioni in fase di transizione	15
4 MACROAREA DI ATTIVITA’: “GESTIONE PAZIENTI/UTENTI”	16
4.1 Ingresso pazienti/utenti.....	16
4.2 Sorveglianza sanitaria su pazienti/utenti	16
4.3 Azioni in fase interpandemica	16

4.4 Azioni in fase di allerta pandemica.....	16
4.5 Azioni in fase pandemica	16
4.6 Azioni in fase di transizione	17
5 MACROAREA DI ATTIVITA': "REGOLAMENTAZIONE ACCESSO VISITATORI ED ALTRI ESTERNI"	18
5.1 Regolamentazione accesso visitatori/parenti	18
5.2 Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni	18
5.3 Azioni in fase interpandemica	18
5.4 Azioni in fase di allerta pandemica.....	18
5.5 Azioni in fase pandemica	18
5.6 Azioni in fase di transizione	19
6 MACROAREA DI ATTIVITA': "APPROVVIGIONAMENTO E LOGISTICA"	20
6.1 Azioni in fase interpandemica	20
6.2 Azioni in fase di allerta pandemica.....	20
6.3 Azioni in fase pandemica	20
6.4 Azioni in fase di transizione	21

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 imprevedibile 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 globale.

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 in Italia e nei cittadini italiani che vivono all'estero.
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 in materia, 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 *preparedness* e della *readiness*, ovvero 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.

<i>Preparedness</i>	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.
<i>Readiness</i>	Definita dall'OMS come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella <i>preparedness</i> .

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, che possono essere utilizzati 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:

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 (<i>de-escalation</i>) ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase interpandemica	
FASE PANDEMICA	Corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo	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	<p>FASI ACUTE: in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari</p> <p>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</p>
FASE DI TRANSIZIONE	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	Con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una <i>de-escalation</i> 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'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 1990) 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 corso di definizione tenuto conto della complessità dell'offerta sanitaria e sociosanitaria della ASST di Mantova come da nuovo POAS in via di autorizzazione ed in previsione del prossimo trasferimento del Dipartimento di Cure Primarie dalla ATS della Val Padana.

Prevedendo il completamento del presente Piano entro il mese di febbraio 2023, per quanto non qui già indicato, si rimanda alla procedura aziendale IO07PRCIO014 (rev. 18 del 19/07/2022) *"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

Deve essere previsto con atto aziendale uno specifico Organigramma di Emergenza Pandemica (Unità di Crisi Aziendale) dettagliandone compiti e responsabilità (catena di comando).

Si devono acquisire le accettazioni formali degli incarichi da parte dei componenti, individuandone per ciascuno almeno due sostituti.

Tra i componenti dell'Unità di Crisi Aziendale si deve individuare formalmente il Responsabile dell'Emergenza Pandemica (REP). Nelle sue funzioni potrà avvalersi del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere).

Oltre all'Unità di Crisi Aziendale, devono essere individuati anche gli operatori per l'inserimento dei dati negli applicativi regionali per assolvere al debito informativo nei tempi definiti.

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 (al riguardo si rimanda a specifico report di prima rilevazione).

1.3 Piano di comunicazione

Deve essere prevista l'individuazione di un addetto per la comunicazione interna affinché siano diffuse informazioni circa l'andamento pandemico e le decisioni assunte dall'Unità di Crisi Aziendale per il contenimento e la gestione dei contagi.

Deve, altresì, essere individuato un referente per la comunicazione esterna con particolare riferimento a:

- pazienti/utenti;
- visitatori/familiari e altri esterni;
- enti istituzionali (ATS, Regione, Prefettura, ecc.).

Deve essere prevista una modalità tecnica 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 Direttore Generale istituisce con atto aziendale l'Unità di Crisi e, fra i componenti, individua il Responsabile dell'Emergenza Pandemica (REP) per il suo coordinamento, prevedendo la catena di comando con compiti e responsabilità. Il REP sovrintende alla stesura e aggiornamento (almeno con scadenza annuale) del PANFLU aziendale declinato nei vari scenari epidemiologici.

Per ogni componente è prevista l'individuazione di due sostituti con accettazione formale degli incarichi.

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.

Deve essere identificato un pool di esperti di comunicazione in risposta ad eventi e comportamenti minaccianti per la sanità pubblica.

Si devono predisporre modalità organizzative per assicurare anche in corso di pandemia:

- il mantenimento delle comunicazioni tra operatori e familiari, garantendo a questi ultimi la possibilità di ricevere informazioni puntuali e periodiche sullo stato di salute del proprio familiare attraverso una figura appositamente designata, all'interno dell'unità operativa di degenza, compreso il pronto soccorso;
- lo svolgimento delle visite da parte dei familiari, secondo regole prestabilite consultabili da parte dei familiari ovvero, in subordine o in caso di impossibilità oggettiva di effettuare la visita o come opportunità aggiuntiva, l'adozione di strumenti alternativi alla visita in presenza, quali videochiamate organizzate dalla ASST;
- l'individuazione di ambienti dedicati che, in condizioni di sicurezza, siano adibiti all'accesso di almeno un familiare.

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 devono organizzare 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.

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.

Devono essere attivati 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.

Il REP attiva e supervisiona anche il processo di comunicazione esterna e la gestione dei flussi informativi con le Autorità e gli Enti esterni.

Si devono attivare tutti gli strumenti di comunicazione istituzionale previsti in collaborazione anche con altri organi sanitari e di protezione civile.

Deve essere attuato quanto previsto in merito alla comunicazione interna, in collaborazione con il REP e l'Unità di Crisi, al fine di garantire la massima diffusione delle informazioni relative all'aggiornamento quotidiano sulla situazione pandemica, alle misure organizzative attuate a livello aziendale ed alle misure preventive e di protezione.

Per le comunicazioni interne ed esterne è fortemente consigliato il massimo coinvolgimento del *pool* di esperti di comunicazione in risposta ad eventi e comportamenti minaccianti per la sanità pubblica.

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 sia domiciliare che ospedaliera, con notevole incremento del fabbisogno di posti letto nei vari livelli di intensità assistenziale 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 o 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.

Ai sensi dell’art. 2 del DL n. 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). Nel medesimo DL, inoltre, è programmato un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere sino al raggiungimento dei seguenti standard obiettivi:

- 1) 0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva;
- 2) 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.

Oltre alle citate misure strutturali, l’art. 2 del medesimo DL prevede anche misure di riorganizzazione interna agli ospedali, volte a rendere disponibile una quota parte dei posti letto ordinari di area medica di acuzie e post-acuzie per la gestione dell’emergenza.

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.).

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.

Devono essere assicurate 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 specifiche di gestione e trattamento delle salme in relazione allo specifico agente patogeno.

Deve essere previsto, per numerosità di decessi superiore alla capienza delle camere mortuarie, l'ampliamento temporaneo in sicurezza delle stesse o il ricorso a morgue esterne.

2.1 Azioni in fase interpandemica

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

È necessario procedere ad una costante revisione e conseguente riorganizzazione di spazi, locali e relative destinazioni d'uso con separazione igienica dei percorsi e previsione di espansione e modulazione degli specifici percorsi per scenari potenziali di gravità.

È necessario procedere alle attuazioni locali di quanto previsto nel DL n. 34/2020 e nei sopra espressi elementi cardine della macroarea. In particolare:

- 1) Predisposizione di posti letto di Terapia Intensiva non utilizzati in questa fase, ma utilizzabili in pandemia, previ adeguamenti strutturali ed impiantistici. Nello specifico, è prevista la predisposizione di posti letto dedicabili alla patologia infettivo-diffusiva presso la Struttura di Anestesia e Rianimazione del Presidio di Mantova, la creazione di nuovi posti letto di Terapia Intensiva presso il Presidio di Borgo Mantovano, la predisposizione di posti letto UTIR e postazioni di *recovery room* nel blocco operatorio di Mantova per l'utilizzo, al bisogno, di ulteriori letti di Terapia Intensiva;
- 2) Predisposizione, nel rispetto dei requisiti strutturali/tecnologici dei posti letto aggiuntivi di Sub Intensiva dedicabili al Piano Pandemico presso il Presidio Ospedaliero di Mantova;
- 3) 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.

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 (Elaborati Grafici di Emergenza - EGE),
- 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.

Sempre in questa fase, è necessario prevedere dei piani di ampliamento aziendale (strutturale ed impiantistico) o di accordi con *morgue* esterne, in caso si dovesse affrontare una situazione di carenza di disponibilità di spazi nelle camere mortuarie della ASST di Mantova.

Devono essere aggiornate e attivate procedure specifiche di gestione e trattamento delle salme in relazione allo specifico agente patogeno.

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 determinaione 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.

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 normale di accreditamento con chiusure o riconversioni di eventuali percorsi o posti letto attivati in fase pandemica.

3 MACROAREA DI ATTIVITA': "GESTIONE E SICUREZZA DEI LAVORATORI"

3.1 Gestione del personale

Devono essere 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, dovranno 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.

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 con particolare riferimento alle vaccinazioni obbligatorie, ovvero alla promozione per altre vaccinazioni (es: antinfluenzale, ecc.), devono essere previste schedule di sorveglianza sanitaria modulate secondo il livello di rischio professionale e gli scenari del rischio pandemico.

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.

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.

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 deve 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) del personale.

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.

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. Deve essere, altresì, promosso il coinvolgimento dei volontari.

Il Medico Competente dovrà fornire aggiornamenti 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 con particolare riferimento alle vaccinazioni obbligatorie ovvero alla promozione per altre vaccinazioni (es: antiinfluenzale, ecc.), 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 specifici 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 ATTIVITA': "GESTIONE PAZIENTI/UTENTI"

4.1 Ingresso pazienti/utenti

Devono essere 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.

Devono essere definite procedure per il trasferimento di pazienti tra setting/reparti diversi e previste le modalità di uscite temporanee programmate dei pazienti.

Devono, altresì, essere definite procedure per la presa in carico di nuovi pazienti nel setting domiciliare (ADI e UCPDom).

Tutte le procedure devono essere definite tenendo in considerazione lo stato vaccinale del paziente/utente ovvero assicurando e promuovendo campagne vaccinali.

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.

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.

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

4.4 Azioni in fase di allerta pandemica

Interpretando la specifica allerta diramata e quindi in base alle conoscenze 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 *deescalation*, 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 ATTIVITA': "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.

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.

5.2 Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni

Deve essere prevista la regolamentazione degli accessi esterni (es. fornitori, ISF, *specialist*, ecc.) seguendo percorsi possibilmente dedicati ed orari di ingresso regolamentato.

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.

La comunicazione ai parenti dei pazienti o agli aventi diritto prevede chiara organizzazione in orari e modalità.

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.

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 *deescalation*, 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.

6 MACROAREA DI ATTIVITA': "APPROVVIGIONAMENTO E LOGISTICA"

Devono essere assicurate e monitorate scorte di DPI/DM (inclusi i test diagnostici) e farmaci specifici, anche avvalendosi di logistica centralizzata, utili ai fabbisogni di almeno 3 mesi (calcolato con l'ipotesi di massimo consumo teorico).

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.

6.1 Azioni in fase interpandemica

In questa fase devono essere definite le scorte minime per almeno 3 mesi di:

- mascherine chirurgiche/FFP2/FFP3;
- visiere;
- calzari;
- camici monouso;
- guanti;
- disinfettanti e gel idroalcolico;
- altri dispositivi sulla base delle attività specifiche (esempio test diagnostici).

Vanno quindi definite le necessarie azioni di monitoraggio delle scorte, individuando soglie minime di criticità.

Devono essere analogamente definite anche le scorte di ossigeno (impianto e bombole) da monitorare.

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, supportata da CIO e 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 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.S. Vaccinazioni e dalla S.C. Farmacia, provvederà al governo di approvvigionamento e custodia in sicurezza, nonché alla predisposizione di un modello lineare 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).

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