



REPUBBLICA ITALIANA

Regione Lombardia

BOLLETTINO UFFICIALE

MILANO - MARTEDÌ, 24 OTTOBRE 2006

1° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO

Sommario

A) CONSIGLIO REGIONALE

DELIBERAZIONE CONSIGLIO REGIONALE 2 OTTOBRE 2006 - N. VIII/216 (3.2.0)
Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale secondo le direttive del Ministero della Salute 2

A) CONSIGLIO REGIONALE

(BUR2006031)

(3.2.0)

D.c.r. 2 ottobre 2006 - n. VIII/216

Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale secondo le direttive del Ministero della Salute

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'art. 1 della L.r. n. 31/97;

Premesso che, negli ultimi anni, è diventato più concreto e persistente il rischio di una pandemia influenzale, da quando cioè i focolai di influenza aviaria da virus A/H5N1 sono divenuti endemici nei volatili nell'area estremo orientale, ed il virus ha causato infezioni gravi anche negli uomini;

Dato atto che l'OMS ha raccomandato a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano Pandemico e di aggiornarlo costantemente seguendo le linee guida concordate;

Visto il documento «Accordo, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, per un Piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale» rep. n. 2479 del 9 febbraio 2006, stilato dal Ministero della Salute secondo le indicazioni dell'OMS del 2005;

Preso atto che tale Piano:

- aggiorna e sostituisce il precedente Piano italiano multifase per una pandemia influenzale, pubblicato nel 2002;
- rappresenta il riferimento nazionale in base al quale saranno messi a punto i Piani operativi regionali;
- si sviluppa secondo le sei fasi pandemiche dichiarate dall'OMS, prevedendo per ogni fase e livello, obiettivi ed azioni;
- contiene, come allegato le linee guida per la stesura dei Piani pandemici regionali;
- prevede come allegati tecnici le linee guida nazionali per la conduzione delle ulteriori azioni che saranno emanate, a cura del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) e saranno periodicamente aggiornate ed integrate;

Atteso che il Piano nazionale individua i seguenti obiettivi:

- identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia;
- minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbilità e la mortalità dovute alla pandemia;
- ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
- assicurare un'adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia;
- garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico;
- monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi;

Preso atto che per il raggiungimento di tali obiettivi sono previste le seguenti azioni:

- migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica;
- attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione);
- garantire il trattamento e l'assistenza dei casi;
- mettere a punto un piano di formazione;
- preparare adeguate strategie di comunicazione;
- monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando ed analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi;

Ritenuto che il Piano regionale che da questo discende deve ricalcare gli stessi obiettivi ed azioni;

Considerato che sulla base di quanto sopra richiamato, la Direzione Generale Sanità, attraverso il coordinamento della U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria e la collaborazione di esperti, ha provveduto a redigere la proposta di «Piano Pandemia Influenzale – Regione Lombardia», che traduce nella realtà lombarda le indicazioni nazionali, evidenziando responsabilità, azioni e tempi di realizzazione;

Ritenuto di dover procedere all'approvazione di detto documento, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali;

Precisato che il Comitato Pandemico Regionale, previsto all'allegato 1, al fine di supportare, sotto il profilo tecnico-scientifico, la Direzione Generale Sanità e di coordinare i diversi interventi, all'interno ed all'esterno dell'Amministrazione regionale, dovrà essere costituito con successivo provvedimento;

Considerata la necessità di disporre di un budget per la copertura dei costi da sostenere al verificarsi dell'evento pandemico, stimato complessivamente in € 54.000.000,00, e ripartito nelle seguenti voci di spesa:

- € 18.000.000,00 acquisto di vaccino pandemico;
- € 10.000.000,00 acquisto di farmaci antivirali;
- € 22.000.000,00 acquisto di prestazioni assistenziali finalizzate al trattamento domiciliare;
- € 3.900.000,00 acquisto Dispositivi di Protezione Individuale da rendere disponibili in caso di obbligo di utilizzo nell'accesso ad ambulatori, strutture sanitarie e sociosanitarie;
- € 100.000,00 allargamento a tutto l'anno solare della sorveglianza influenzale attraverso la rete dei medici sentinella;

Sentita la relazione della III Commissione consiliare;

Con votazione palese, per alzata di mano:

DELIBERA

Di approvare, per le motivazioni in premessa riportate,

1. il «Piano Pandemia Influenzale – Regione Lombardia» di cui all'allegato n. 1;

2. di impegnare la Giunta, qualora si verificasse l'evento pandemico, a sostenere gli oneri derivanti dall'attività per la realizzazione degli obiettivi fissati;

3. di dare atto che la spesa complessiva è stata stimata in € 54.000.000,00 e ripartita nelle seguenti voci di spesa:

- € 18.000.000,00 acquisto di vaccino pandemico;
- € 10.000.000,00 acquisto di farmaci antivirali;
- € 22.000.000,00 acquisto di prestazioni assistenziali finalizzate al trattamento domiciliare,
- € 3.900.000,00 acquisto Dispositivi di Protezione Individuale da rendere disponibili in caso di obbligo di utilizzo nell'accesso ad ambulatori, strutture sanitarie e sociosanitarie;
- € 100.000,00 allargamento a tutto l'anno solare della sorveglianza influenzale attraverso la rete dei medici sentinella.

Il vice presidente: Enzo Lucchini

I consiglieri segretari:

Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Maria Emilia Paltrinieri

———— • ————

PIANO PANDEMIA INFLUENZALE
REGIONE LOMBARDIA

INDICE

- Introduzione
- 1. Assetti organizzativi
 - 2. Strategie di comunicazione
 - 3. Sorveglianza epidemiologica
 - 4. Censimento ed organizzazione della rete regionale di diagnosi e cura
 - 5. Organizzazione delle misure di prevenzione e controllo
 - 6. Azioni connesse con la gestione del periodo pandemico – fase 6
 - 7. Cronoprogramma

SOTTO-ALLEGATI

- a) Reti regionali
- b) Sorveglianza virologica ed epidemiologica
- c) Definizione, individuazione e gestione dei casi sospetti – fase 3
- d) Le misure di controllo dei casi
- e) Vaccinazione
- f) Utilizzo dei farmaci antivirali

Introduzione

Obiettivo del presente piano è dotare la Regione di uno strumento operativo, che traduca nella realtà regionale le indicazioni contenute nel Piano Pandemico Nazionale Influenza, del quale ricalca l’obiettivo generale: rafforzare la preparazione alla possibile pandemia attraverso una adeguata pianificazione, soprattutto sotto il profilo organizzativo, affinché la diffusione dell’eventuale virus pandemico sia rallentata e limitata e l’assistenza ai casi adeguata.

Il Piano regionale dunque:

- definisce i soggetti istituzionali deputati ad assumere le diverse disposizioni e provvedimenti, in relazione alle differenti fasi e situazioni e, di conseguenza, istituisce il Comitato Pandemico Regionale per il raccordo con la sede nazionale ed il coordinamento delle azioni regionali;
- definisce le azioni da porre in atto ai fini della sorveglianza, prevenzione, controllo ed assistenza, i rispettivi soggetti incaricati di provvedervi, i tempi e modalità attraverso cui gli stessi debbono operare.

Poiché gli scenari conseguenti alle diverse fasi di una eventuale pandemia influenzale, così come individuati dall’OMS e riportati nella Tabella sottostante, non sono del tutto definiti, il presente documento entra nel dettaglio delle azioni necessarie sino alla fase 3, rinviando ad ulteriori provvedimenti le azioni delle fasi successive, pur individuando, già da ora, le modalità attraverso le quali procedere.

PERIODO INTERPANDEMICO
Fase 1. Nessun nuovo sottotipo di virus influenzale isolato nell’uomo. Un sottotipo di virus influenzale che ha causato infezioni nell’uomo può essere presente negli animali. Se presente negli animali, il rischio di infezione o malattia nell’uomo è considerato basso
Fase 2. Nessun nuovo sottotipo di virus influenzale isolato nell’uomo. Comunque, la circolazione negli animali di sottotipi virali influenzali pone un rischio sostanziale di malattia per l’uomo Livello 0: assenza di rischio all’interno della Nazione Livello 1: presenza di rischio nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi a rischio
PERIODO DI ALLERTA PANDEMICO
Fase 3. Infezione nell’uomo con un nuovo sottotipo, ma assenza di trasmissione da uomo a uomo, o solo rare prove di trasmissione in contatti stretti Livello 0: assenza di infezioni nella Nazione Livello 1: presenza di infezioni nella Nazione, o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi affetti
Fase 4. Piccoli cluster con limitata trasmissione interumana e con diffusione altamente localizzata, che indicano che il virus non è ben adattato all’uomo Livello 0: assenza di piccoli cluster nella Nazione Livello 1: presenza di piccoli cluster nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati cluster di malattia
Fase 5. Grandi cluster, ma diffusione interumana ancora localizzata, che indicano che il virus migliora il suo adattamento all’uomo, ma non è ancora pienamente trasmissibile (concreto rischio pandemico) Livello 0: assenza di grandi cluster nella Nazione Livello 1: presenza di grandi cluster nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati grandi cluster di malattia
PERIODO PANDEMICO
Fase 6. Aumentata e prolungata trasmissione nella popolazione in generale Livello 0: assenza di casi nella popolazione nazionale Livello 1: presenza di casi nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove la pandemia è in atto Livello 2: fase di decremento Livello 3: nuova ondata
PERIODO POST PANDEMICO
Ritorno al periodo interpandemico

1. Assetti organizzativi

Il Piano Pandemico Nazionale prevede: «... in dettaglio, ciascuna Regione definisce una propria organizzazione di struttura operativa coerente con le funzioni richiamate in questo Piano e definita da un apposito documento di implementazione del Piano di livello regionale».

Regione Lombardia, in considerazione del fatto che tempi e modi di manifestazione della possibile pandemia influenzale non possono essere definiti a priori nel dettaglio e quindi che la costituzione di nuove strutture tecniche o organizzative oltre che di difficile definizione, potrebbe rivelarsi inutilmente dispendiosa, prevede di operare nell’ambito degli assetti organizzativi già esistenti, con le opportune integrazioni per le peculiarità dell’evento pandemico.

Di conseguenza, nei periodi interpandemico e di allerta pandemico – corrispondenti alle fasi 1 – 2 – 3 – 4 – 5 della classificazione OMS – poiché le decisioni e i provvedimenti attengono specificamente l’ambito sanitario, le disposizioni ed il coordinamento degli interventi è in capo alla Direzione Generale Sanità, che si avvale a livello locale delle Aziende Sanitarie Locali.

Al fine di supportare, sotto il profilo tecnico-scientifico, la Direzione Generale Sanità e di coordinare i diversi interventi, all’interno ed all’esterno dell’amministrazione regionale, è costituito il **Comitato Pandemico Regionale**, con la seguente composizione.

ENTE/AMMINISTRAZIONE	COMPONENTI
Direzione Centrale Relazioni esterne, internazionali e comunicazione	Direttore o suo delegato
Esperti in Sanità Pubblica e Veterinaria	Componenti <i>task force</i> «influenza aviaria»
Direzione Generale Sanità: - U.O. Prevenzione e Tutela Sanitaria e veterinaria - U.O. Servizi Sanitari Territoriali - U.O. Programmazione e Sviluppo Piani	Direttore o suo delegato Dirigenti UU.OO.
Direzione Generale Famiglia: - Unità Organizzativa Accreditamento e Qualità - Unità Organizzativa Sistema Socioassistenziale	Direttore o suo delegato Dirigenti UU.OO.
Direzione Generale Protezione Civile, Sicurezza e Polizia Locale	Direttore o suo delegato
Ministero della Salute: Ufficio Sanità Aerea – USMAF Malpensa	Dirigente responsabile

Nel periodo pandemico – fase 6 della classificazione OMS – si innestano problematiche non esclusivamente sanitarie: andandosi quindi a configurare una situazione di carattere emergenziale, interviene l’assetto previsto dalla normativa vigente.

Pertanto, a seguito di **deliberazione dello stato di emergenza ai sensi dell’art. 5, comma 1 della legge n. 225/92** di competenza del Presidente del Consiglio dei Ministri, le attività finalizzate a fronteggiare l’emergenza sono svolte dai Comitati Operativi della Protezione Civile che, sia a livello regionale che provinciale, saranno integrati rispettivamente dalla D.G. Sanità e dalle ASL per quanto riguarda le competenze specialistiche di prevenzione sanitaria e veterinaria.

In sintesi l’assetto organizzativo prevede:

FASI PANDEMICHE	LIVELLO DECISIONALE
Periodo interpandemico (fasi 1 e 2)	Direzione Generale Sanità (si avvale del Comitato Pandemico) ASL (coordina Assistenza sanitaria Primaria e Specialistica)
Periodo di allerta Pandemico (fasi 3, 4, 5)	
Periodo Pandemico (fase 6)	Unità di Crisi Regionale (integrata con Direzione Generale Sanità) Comitati Protezione Civile c/o Prefetture (integrati con ASL)

2. Strategie di comunicazione

Nel periodo interpandemico e nel periodo di allerta pandemico – fase 3, sono stati avviati interventi di informazione/educazione sanitaria per la diffusione nella popolazione della promozione delle misure di prevenzione generale; in particolare sono stati predisposti opuscoli informativi («Più informati e meno influenzati», «Consigli ai viaggiatori internazionali», «Come rendere più sicuri i pollai domestici») ed aggiornato il sito web della D.G. Sanità (Domande e risposte sull’influenza aviaria, normativa e documentazione scientifica).

Con l’evidenziarsi della prosecuzione delle fasi di allerta pandemico, l’informazione dovrà essere intensificata ed ulteriormente mirata: per tale motivo la U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria in collaborazione con la struttura competente in materia di comunicazione sanitaria, predisporrà strumenti informativi *ad hoc* che verranno resi disponibili alle ASL per la diffusione capillare locale.

L’esperienza di passate emergenze conferma l’opportunità di concentrare lo sforzo anche locale sulla diffusione di messaggi uniformi e scientificamente validati, anziché sulla produzione di strumenti informativi «in proprio» che in tal caso non usufruirebbero del vantaggio una forte eco generale.

Inoltre considerata la necessità di evitare confondimenti e discordanze nell’ambito della comunicazione, già nelle fasi interpandemiche, è necessario che siano definiti i rapporti di collaborazione con i media/organi di stampa: a tal fine la Presidenza definisce la partnership con le altre Autorità Istituzionali presenti sul territorio, per un accordo sull’unicità del «comunicatore sanitario»; concorda un protocollo di intesa con gli Organi di Informazione che garantisca, specie nelle fasi 4 – 5 – 6, l’aggiornamento ordinario e straordinario sulla situazione; stipula di accordi con i gestori delle reti telefoniche per l’inoltro di messaggi (sms) contenenti informazioni urgenti ed essenziali.

Oltre a tali interventi di carattere più generale, le ulteriori azioni da realizzare sono:

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
D.G. Sanità U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria	- Definire la rete di comunicazione tra gli operatori sanitari (indirizzario e livelli di attivazione dei Responsabili di ASL, Ospedali e Case di cura, Rappresentanti Medici di assistenza primaria ...) - Realizzare sul sito web della Direzione Generale Sanità un'area riservata agli operatori, comprensiva di materiale documentale, direttive, recapiti telefonici, aggiornamenti epidemiologici e link con siti specifici quali Influnet, CCM ecc.	Entro 60 gg dall'approvazione del Piano Pandemico Regionale; da aggiornarsi mensilmente Entro 90 gg dall'approvazione del Piano Pandemico Regionale; da aggiornarsi mensilmente
ASL	- Definire la rete locale di comunicazione tra gli operatori sanitari (indirizzario, sito web aziendale) - Definire le modalità di diffusione a livello locale del materiale divulgativo predisposto dalla Regione, individuando i terminali (media locali, scuole, associazioni, siti web, mailing list, ecc.)	Entro 60 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale, nell'ambito del Piano Pandemico Locale

Inoltre considerata la necessità di evitare confondimenti e discordanze nell'ambito della comunicazione sia a livello regionale che territoriale, sicuramente nella fase 6, ma preferibilmente anche nelle fasi 4 e 5, **è identificato una unica fonte ufficiale deputata ai rapporti con la stampa e i media locali, per la diffusione delle informazioni di carattere sanitario e precisamente a livello regionale nella Presidenza, e locale nella Direzione Generale delle ASL.**

3. Sorveglianza epidemiologica e virologica

Nelle fasi 1 – 2 è mantenuta l'attuale rete di sorveglianza dell'influenza stagionale, strutturata con i medici sentinella e con il CIRI per la sorveglianza virologica ed epidemiologica.

Nella fase 3 è necessario potenziare la sorveglianza e il controllo, in particolare nei confronti dei soggetti a maggior rischio di contagio.

A tal fine la sorveglianza stagionale viene incrementata con gli interventi previsti dalle Linee guida per la gestione dei focolai di influenza aviaria (Circolare 6/2006/SAN).

Inoltre le successive azioni da implementare sono costituite da:

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
D.G. Sanità – U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria	- Verificare e adeguare il sistema di sorveglianza epidemiologica dell'influenza stagionale (percentuale di popolazione regionale sotto sorveglianza) ed estensione della stessa per tutto l'arco dell'anno - Avviare convenzione con Istituto di Virologia per la realizzazione della sorveglianza virologica su addetti ad allevamenti e macelli avicoli	Adottata Convenzione con CIRI Entro 60 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale
D.G. Sanità U.O. Programmazione e U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria	- Definire la rete dei laboratori individuati per la sorveglianza virologica - Verificare il mantenimento della sorveglianza in ambito veterinario, secondo quanto contenuto nello specifico provvedimento regionale (Circolare 6/2006/SAN)	Adottata (sotto-allegato a) Con l'adozione del Piano Pandemico Regionale
D.G. Sanità U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria	Definire, ed integrare a seguito di emanazione di specifici provvedimenti nazionali, le categorie alle quali estendere la sorveglianza nelle fasi successive alla 2 ed i relativi protocolli di indagine epidemiologica e di sorveglianza dei contatti in caso di segnalazione di casi sospetti	Adottato (sotto-allegato c) per la fase 3 – da integrare entro 30 gg dalla emanazione di provvedimenti nazionali
D.G. Sanità U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria	- Definire le modalità di sorveglianza e indagine epidemiologica di casi sospetti - Definire le modalità di rilevazione di - cluster di sindrome influenzale potenzialmente attribuibili a virus pandemico; - cluster di morti inattese per ILI/IRA in strutture sanitarie sociosanitarie - Identificare sistemi di rilevazione campionaria di: - numero degli accessi in PS e dei ricoveri, - mortalità totale - tassi di assenteismo lavorativo e scolastico	Adottato (sotto-allegato c) e sotto-allegato d) Entro 60 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale, in accordo con Ministero
D.G. Sanità e USMAF	Definire il protocollo per la sorveglianza dei viaggiatori provenienti da aree affette a seguito di indicazioni nazionali	Entro 30 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale, fatte salve eventuali indicazioni nazionali ed internazionali di immediato recepimento
ASL Dipartimento di Prevenzione Veterinario	Attuare la sorveglianza sul serbatoio animale secondo quanto indicato nella Circolare 6/2006/SAN	In essere

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
ASL Dipartimento di Prevenzione Medico	- Attuare gli interventi di sorveglianza negli esposti in caso di epidemie nel serbatoio animale (Circolare 6/2006/SAN) - Verificare la corretta e capillare diffusione ai MMG e PLS e alle strutture sanitarie di diagnosi e cura dei casi/situazioni da sottoporre a sorveglianza sanitaria e indagine epidemiologica - Verificare la conoscenza e l'efficienza dei flussi di segnalazione (es. cluster ospedalieri) - Attivare, ove ci siano casi sospetti, immediata ed approfondita indagine epidemiologica secondo i protocolli regionali allegati	In essere Entro 30 gg dall'adozione del documento regionale specifico e successivi aggiornamenti

4. Censimento ed organizzazione della rete regionale di diagnosi e cura

Al fine di recuperare ed utilizzare in modo etico ed efficiente risorse sanitarie esistenti, le azioni da porre in atto sono:

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
D.G. Sanità – Struttura raccordi affari generali	Stipulare accordi regionali con le Organizzazioni Sindacali dei Medici assistenza primaria sulle modalità di ampliamento delle forme di assistenza ambulatoriale e domiciliare nel periodo pandemico – fase 6	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale
D.G. Sanità – U.O. Servizi Sanitari territoriali	Censire e monitorare i posti letto nelle U.O. di malattie Infettive	Approntato (<i>sotto-allegato a</i>); da aggiornarsi mensilmente
D.G. Famiglia	Stipulare l'accordo regionale con gestori di strutture socio-sanitarie residenziali sulle forme di potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica atte a limitare il ricorso al ricovero ospedaliero	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale
ASL	- Verificare la predisposizione da parte di A.O., Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie – sia accreditate che autorizzate – di un piano per garantire il massimo livello assistenziale durante la fase pandemica (sospensione ferie e permessi, rinvio di ricoveri e attività programmata, sostituzioni e spostamenti tra Reparti...) - Valutare, in accordo con le strutture di ricovero, le possibilità di incremento di posti letto aggiuntivi per tipologia – in U.O. Malattie Infettive e altre degenze in regime di emergenza - Definire le modalità per garantire l'incremento di assistenza domiciliare medica ed infermieristica (es. aumento dei turni di continuità assistenziale; incremento ADP/ADI ...) e le relative risorse - Definire accordi per il monitoraggio dell'assistenza presso le RSA e dell'appropriatezza in caso di ricovero ospedaliero (adesione ai protocolli diagnostico-terapeutici e limitazione dei ricoveri impropri – vedi poi)	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale (nell'ambito del Piano Pandemico Locale)

Un'ulteriore azione preparatoria consiste nella messa a punto di **protocolli diagnostico-terapeutici**, finalizzati ad una gestione uniforme dei casi che si manifestano.

Nel *sotto-allegato c*), si esamina ed affronta il problema sulla gestione dei casi sospetti in fase 3; tuttavia la problematica è più complessa all'avanzare delle fasi e quindi del numero dei soggetti coinvolti, vista anche l'incertezza sulle caratteristiche dei quadri clinici che il virus pandemico determinerà.

In ogni caso è necessario individuare già da ora la sequenza dei diversi provvedimenti:

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
D.G. Sanità – U.O. Servizi Sanitari territoriali / U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria	Diffondere ed aggiornare, su indicazione nazionale, le definizioni di <i>caso</i> ed i conseguenti percorsi diagnostico-terapeutici da seguire sia in ambito domiciliare che di ricovero	In essere per la fase 3; per le fasi successive da approntare non appena pervengano le indicazioni ministeriali
ASL	- Verificare che A.O., Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie – sia accreditate che autorizzate – abbiano recepito i protocolli - Monitorare con i MMG/PLS/CA i percorsi di assistenza domiciliare e la loro applicabilità	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale (nell'ambito del Piano Pandemico Locale)

5. Organizzazione delle misure di prevenzione e controllo

L'attuazione di misure di prevenzione presuppone una programmazione a priori dei diversi interventi da porre in atto; per quanto riguarda le misure di prevenzione generale si procederà come di seguito schematizzato:

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
Presidenza e D.G. Sanità	Definire in base ai differenti livelli di allarme ed in coerenza con le indicazioni nazionali l'adozione delle <i>misure generali</i> : - utilizzo mascherine in ambito sanitario (sale di attesa ambulatori, centri prelievi, pronto soccorso, ecc. ...) - limitazione raduni o accesso a strutture sanitarie e socio-sanitarie da parte dei visitatori - interruzione della frequenza scolastica	Entro 60 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale predisposizione dei provvedimenti regionali – ordinanze, d.g.r. ... – da adottare in fase 6.
ASL	Definire - il fabbisogno dei presidi di protezione - le modalità di approvvigionamento, stoccaggio, distribuzione - le dotazioni di un quantitativo adeguato di scorta per la distribuzione ai MMG/PLS NB: per l'ambiente ospedaliero ciascuna struttura di ricovero dovrà provvedere in proprio	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale (nell'ambito del Piano Pandemico Locale)

Per quanto riguarda le misure di prevenzione specifica, nella fase di preparazione, è necessario predisporre documenti *ad hoc* che valutino a livello locale le specifiche necessità e le risposte conseguenti.

Pertanto per quanto riguarda la **vaccinazione con vaccino pandemico**, i compiti sono dunque:

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
D.G. Sanità – U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria	- Declinare i criteri di priorità per la somministrazione del vaccino definiti nel Piano Pandemico Nazionale, attuando le opportune integrazioni che dovessero essere successivamente emanate - Individuare i criteri di priorità nella riduzione delle attività di istituto delle ASL, per implementare l'attività di vaccinazione	Adottato (<i>sotto-allegato d</i>) Adottato
D.G. Sanità - U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria - U.O. Servizi Sanitari territoriali, - U.O. Programmazione	- Predisporre gli atti per la tempistica e quote di distribuzione del vaccino pandemico alle ASL, stante il fabbisogno da queste definito - Verificare il corretto funzionamento del sistema di farmacovigilanza per la rilevazione degli eventi avversi a vaccino, adeguandolo alla fase pandemia - Rendere disponibile l'estrazione a livello locale dei soggetti eleggibili alla vaccinazione, dalla banca dati assistiti	Entro 30 giorni dalla presentazione dei Piani Locali delle ASL Entro 60 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale
D.G. Sanità – U.O. Prevenzione, Tutela Sanitaria e Veterinaria	Definire il formato, la tempistica e le modalità del report della attività vaccinale, rendendo disponibile sul sito – area riservata la tabella per la registrazione del n. di persone vaccinate	Entro 60 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale
ASL	Contattare i responsabili delle strutture sanitarie e non, individuate quali servizi essenziali e di pubblica utilità (<i>sotto-allegato e</i>) affinché provvedano a: • comporre ed aggiornare costantemente gli elenchi nominativi dei soggetti da vaccinare • comunicare alla ASL la numerosità degli stessi • garantire sotto la propria responsabilità l'appropriatezza della individuazione Acquisire per le categorie non rientranti in attività lavorative, la numerosità dei soggetti, stabilendo di conseguenza il fabbisogno complessivo di vaccini	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale (nell'ambito del Piano Pandemico Locale)

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
ASL	Identificare sulla base della quota di vaccini assegnata: • gli spazi disponibili per lo stoccaggio • la quantità massima conferibile • la rete di distribuzione periferica – punti di somministrazione – coerente con le priorità indicate per le categorie e nel rispetto di equità in caso di disponibilità ridotta • il responsabile dello stoccaggio centrale • i responsabili della ricezione periferica • il responsabile della rete per la somministrazione Predisporre il piano per l'effettuazione rapida della vaccinazione antinfluenzale al maggior numero possibile di soggetti, individuando: • la rete dei propri ambulatori (distribuzione territoriale ed orari) e le relative risorse umane • il nominativo del responsabile di ciascuna struttura/amministrazione di appartenenza delle categorie di soggetti candidati, che dovrà provvedere alla somministrazione del vaccino Disporre la sospensione delle attività di routine nel rispetto dei criteri individuati a livello regionale Predisporre (ove non già disponibile) le modalità per poter registrare in formato elettronico le vaccinazioni eseguite in corso di pandemia, riportando le categorie a rischio: tale strumento di registrazione dovrà essere reso disponibile dalle ASL a strutture/amministrazioni che eseguono le vaccinazioni Individuare il responsabile per la verifica della corretta registrazione periferica e per la rendicontazione alla U.O. regionale	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale (nell'ambito del Piano Pandemico Locale)

Altra problematica è costituita dall'**utilizzo degli antivirali**, sia a scopo di profilassi che di terapia.

Nella fase preparatoria è quindi necessario porre attenzione alla costituzione delle scorte e al piano distribuzione degli antivirali, secondo i seguenti tempi e modalità:

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
D.G. Sanità – Servizi Sanitari Territoriali e U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria	Individuare i siti di immagazzinamento sul territorio regionale (di norma presso le ASL/A.O.) in grado di garantire: • corrette condizioni di immagazzinamento (controllo temperatura, umidità relativa, condizioni igieniche dei locali) • copertura del territorio regionale con possibilità di conferimento del farmaco entro 4 ore dalla richiesta	Entro 30 giorni dalla presentazione dei Piani Locali delle ASL
D.G. Sanità – Servizi Sanitari Territoriali e U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria	Definire, in accordo con le indicazioni nazionali, i protocolli di utilizzo dei farmaci antivirali sia come profilassi <i>pre</i> e <i>post</i> esposizione che per la terapia, dandone adeguata informazione alle componenti sanitarie interessate (strutture sanitarie di diagnosi e cura; MMG/PLS; Dipartimenti di Prevenzione Medici delle ASL)	Approntata (<i>sotto-allegato f</i>); da modificare in caso di nuove disposizioni nazionali
ASL	Verificare la disponibilità logistica di stoccaggio (nel rispetto delle modalità previste) sia presso il proprio Servizio farmaceutico che presso le A.O., comunicando alla D.G. Sanità: – il nominativo del Responsabile – il n. di dosi immagazzinabili – i tempi necessari per rendere disponibili tali spazi dalla richiesta regionale Definire le modalità per garantire il conferimento del farmaco su tutto il territorio della ASL anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali ed i trasportatori intermedi Concordare con le strutture sanitarie di diagnosi e cura e i MMG/PLS le modalità di monitoraggio dell'utilizzo degli antivirali	Entro 180 gg dall'adozione del Piano Pandemico Regionale (nell'ambito del Piano Pandemico Locale)

6. Azioni connesse con la gestione del periodo pandemico – fase 6

Come più sopra indicato in fase 6 sopravviene l'assetto organizzativo delle situazioni emergenziali.

In questa fase come indicato al paragrafo 2 la comunicazione relativa all'andamento della pandemia, sarà di esclusiva competenza della Presidenza a livello regionale e della Direzione generale ASL a livello locale, mentre eventuali provvedimenti interessanti la collettività sociale (chiusura delle scuole, interdizione dei raduni ecc.) saranno comunicati dai livelli di decisionali cui compete l'assunzione di tali provvedimenti.

Attraverso il coordinamento dell'Unità di Crisi Regionale, opportunamente integrata con la componente sanitaria – D.G. Sanità e le Unità di Crisi c/o le Prefetture si dovranno garantire gli interventi di seguito elencati, ferma restando, come già precedentemente

indicato, la necessaria flessibilità nel recepire e successivamente dettagliare in riferimento alla realtà regionale, le indicazioni che deriveranno dalla conoscenza del virus pandemico e del quadro clinico da questi sostenuto.

RESPONSABILE	AZIONE	TEMPI
D.G. Sanità – U.O. Servizi Sanitari Territoriali – U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria	• Aggiornare gli indicatori per la sorveglianza epidemiologica della pandemia inseriti nel sito web regionale a fronte di indicazioni ministeriali • Avviare presso le ASL il monitoraggio degli indicatori (vedi sotto) • Fornire le indicazioni per il mantenimento della sorveglianza virologica su un numero limitato di campioni per monitorare le caratteristiche del virus • Aggiornare le indicazioni relative al percorso diagnostico ed al management clinico, compresa l'indicazione alla ospedalizzazione	In tempo reale
D.G. Sanità – U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria	• Avviare la vaccinazione con vaccino pandemico secondo quanto indicato nel <i>sotto-allegato e)</i> • Avviare il monitoraggio delle coperture vaccinali per i gruppi a rischio • Potenziare il monitoraggio degli eventi avversi a vaccino e la restituzione della lettura dei dati di farmacovigilanza	In tempo reale
D.G. Sanità – U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria	Rendere disponibili per la diffusione da parte di ASL e per loro tramite a tutti i soggetti sanitari e non, le seguenti informazioni: – Adozione delle comuni norme igieniche – Informazioni sanitarie circa le modalità di esordio della patologia per favorire la diagnosi precoce – Isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta, adozione delle norme igieniche per limitare la diffusione (uso di mascherina) e loro assistenza ove possibile al domicilio, limitando il n. di contatti – Necessità di seguire rigorosamente i protocolli di impiego degli antivirali a scopo preventivo e terapeutico al fine di limitare la insorgenza di ceppi virali resistenti – Indicazioni in merito ad eventuale limitazione di viaggi verso aree non infette	In tempo reale
ASL	• Diffondere ai medici di medicina primaria e alle strutture di diagnosi e cura le indicazioni aggiornate relative al percorso diagnostico ed al management clinico, compresa l'indicazione alla ospedalizzazione • Avviare di conseguenza le azioni di potenziamento dell'assistenza sanitaria al domicilio indicate nel Piano Pandemico Locale • Avviare con strutture di diagnosi e cura e con i responsabili dei comuni-aziende-scuole/campione il monitoraggio settimanale di – n. ricoveri ospedalieri suddivisi per classi di patologia – n. ricoveri ospedalieri per sindrome influenzale esitati in decesso – n. dei decessi in un campione rappresentativo di comuni – Presenza nelle aziende/campione per assenteismo lavorativo (e scolastico qualora non sia disposta la chiusura delle scuole) • Effettuare la campagna di vaccinazione con vaccino pandemico • Inserire in tempo reale sul sito web regionale i dati di copertura	In tempo reale

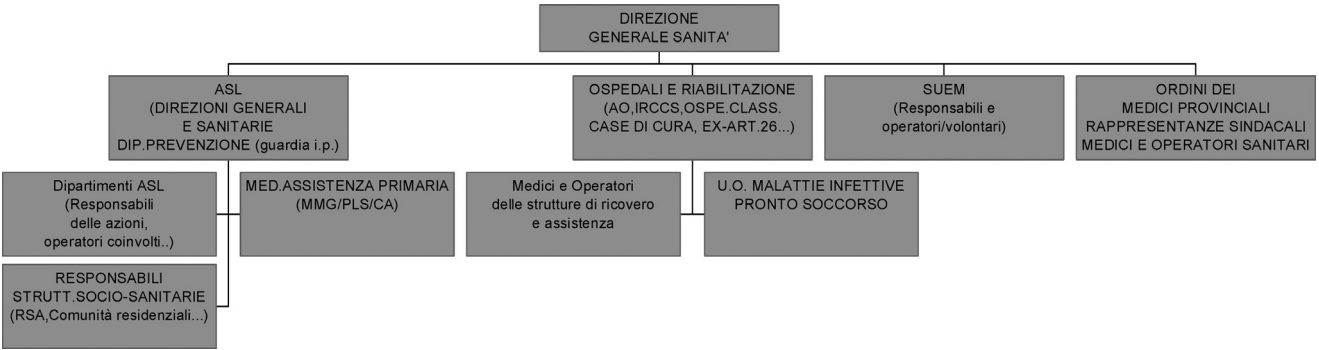
7. Cronoprogramma dell'attuazione del Piano Pandemia Influenzale – Regione Lombardia

<i>Finalità</i>	<i>Tempi dalla Delibera Piano (gg)</i>	<i>Azione Regione</i>	<i>Tempi dalla Delibera Piano (gg)</i>	<i>Azione ASL</i>
Comunicazione	60	Disegnare rete comunicazione soggetti sanitari		
	60	Definire accordo per <i>comunicatore unico</i> (Presidenza) deputato ai rapporti con i media		
	90	Accordo con i gestori telefonia mobile per sms		
	90	Sito web dedicato con accesso riservato		
	In continuo	Predisporre materiale informativo coerente con i livelli di allerta		
			60	Disegnare rete locale di comunicazione
			60	Disegnare rete di diffusione materiale divulgativo
Sorveglianza epidemiologica e virologica	30	Predisporre protocollo per la sorveglianza dei viaggiatori provenienti da aree infette (se non definito dal livello nazionale)		
	60	Definire modalità di rilevazione dei cluster di sindrome influenzale e di morti per ILI/IRA		
	60	Definire modalità di rilevazione campionaria di • Accessi PS e ricoveri • Mortalità • Assenteismo lavorativo e scolastico		
	60	Stipulare convenzione Istituto di Virologia per allargamento sorveglianza virologica agli addetti ad allevamenti e macelli avicoli		
			subito	Diffusione a medicina primaria e strutture sanitarie dei protocolli per il controllo e dei flussi di segnalazione
Censimento e organizzazione della rete regionale di diagnosi e cura	180	Definire accordi con O.S. MMG per ampliamento assistenza in fase 6		
	180	Definire accordo-quadro gestori RSA per aumento assistenza medica ed infermieristica finalizzata al contenimento dei ricoveri		
			subito	Diffondere i protocolli di gestione di <i>casì</i> in fase 3 a medicina primaria e strutture sanitarie e socio-sanitarie
			180	Verificare la predisposizione del Piano emergenziale – fase 6 – per aumento assistenza da parte di strutture sanitarie e socio sanitarie: • sospensione permessi, ferie, ecc. • redistribuzione posti letto • sospensione attività programmata e differibile
			180	Predisporre Piano per l'incremento della assistenza domiciliare medica ed infermieristica in fase pandemia con individuazione delle risorse
			180	Condividere con RSA strategie per l'incremento della assistenza e monitorare il ricorso al ricovero ospedaliero

<i>Finalità</i>	<i>Tempi dalla Delibera Piano (gg)</i>	<i>Azione Regione</i>	<i>Tempi dalla Delibera Piano (gg)</i>	<i>Azione ASL</i>
Organizzazione delle misure di sorveglianza e controllo <i>Misure generali</i>	60	Predisporre gli atti formali da emanare al verificarsi delle condizioni di rischio per attivare le misure generali di controllo: • utilizzo mascherine in ambito sanitario (sale di attesa ambulatori, centri prelievi, pronto soccorso, ecc...), • limitazione raduni o accesso a strutture sanitarie e socio-sanitarie da parte dei visitatori; • interruzione della frequenza scolastica.		
			180	Definire Piano utilizzo presidi di protezione: • fabbisogno • approvvigionamento, stoccaggio • distribuzione a MMG/PLS e ambulatori di sanità pubblica
Organizzazione delle misure di sorveglianza e controllo <i>Vaccinazione</i>	30	Verificare il sistema di farmacovigilanza rispetto alla possibilità di essere stressato in fase pandemica		
	60	Rendere disponibile l'estrazione dalla banca assistiti dei soggetti candidati a ricevere la vaccinazione		
	60	Predisporre format su sito regionale per inserimento dei soggetti individuati e registrazione della vaccinazione		
	30 post Piano locale ASL	Piano distribuzione dei vaccini alle ASL		
			180	Predisporre e aggiornare elenchi suddivisi per categorie degli eleggibili alla vaccinazione (acquisire dalle strutture la segnalazione e l'assunzione di responsabilità nell'individuazione)
			180	Comunicare alla Regione la quota di vaccini necessari
			180	Definire Piano per stoccaggio e distribuzione
			180	Definire Piano per la somministrazione rapida, compresa la sospensione delle attività di routine
			180	Acquisire format per registrazione vaccinazioni
<i>Farmaci antivirali</i>	30 post Piano locale ASL	Individuazione siti di immagazzinamento e del piano di distribuzione per il conferimento entro 4 ore nei siti di richiesta		
			180	Definire Piano di stoccaggio e distribuzione, comprensivo di: • individuazioni dei livelli di responsabilità • accordi con farmacie e distributori intermedi per il conferimento celere dei farmaci
Gli interventi in fase 6 – pandemia sono l’attuazione di quanto definito nel piano regionale, nel piano locale, nei conseguenti documenti attuativi				

Sotto-allegato a

RETE DI CONTATTO OPERATORI/RESPONSABILI SANITARI E LIVELLI DI ATTIVAZIONE



RETE REGIONALE DEI LABORATORI PER LA SORVEGLIANZA DEI VIRUS INFLUENZALI

<i>FASI PANDEMICHE</i>	<i>LIVELLO di sorveglianza</i>	<i>LABORATORI DELLA RETE DI SORVEGLIANZA</i>
Periodo interpandemico (fasi 1 e 2)	Viene effettuata la sorveglianza dell'influenza stagionale (rete medici sentinella)	CIRI – Istituto di Virologia
Periodo di allerta Pandemico (fase 3)	Viene effettuata la sorveglianza sui casi possibili, come definiti e secondo i protocolli ISS-CCM	Laboratorio Microbiologia H Sacco + CIRI per conferma (anche in caso di esito negativo)
Periodo di allerta Pandemico (fasi 4 e 5)	Viene effettuata la sorveglianza sui casi possibili, come definiti e secondo i protocolli ISS-CCM	Laboratori di Microbiologia dei Presidi Ospedalieri sedi di U.O. di Malattie Infettive + CIRI per conferma (anche in caso di esito negativo)
Periodo Pandemico (fase 6)	Viene effettuata la sorveglianza come definita e secondo i protocolli ISS-CCM	Laboratori di Microbiologia dei Presidi Ospedalieri sedi di U.O. di Malattie Infettive + CIRI nei casi selezionati

STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE CON UNITÀ OPERATIVA DI MALATTIE INFETTIVE

<i>Struttura sanitaria</i>	<i>U.O. Malattie infettive</i>	<i>N° posti letto totali</i>
A.O. Ospedale di Circolo – Busto Arsizio	U.O. Malattie Infettive	18
Policlinico San Matteo – Pavia	U.O. Malattie Infettive	70
	U.O. Malattie Infettive e Tropicali	
A.O. Legnano – Ospedale di Cuggiono	U.O. Malattie Infettive	34
A.O. Varese – Ospedale di Circolo e Fond. Macchi	U.O. Malattie Infettive	22
A.O. Ospedale Sacco	U.O. Malattie Infettive I Div.	68
	U.O. Malattie Infettive II Div.	
	U.O. Malattie Infettive III Clinica.	
A.O. Ospedale «A. Manzoni» di Lecco	U.O. Malattie Infettive	12
A.O. Ospedale di Cremona	U.O. Malattie Infettive	19
A.O. di Lodi – Ospedale Dalmati – S.Angelo Lodigiano	U.O. Malattie Infettive	12
A.O. di Como – Ospedale Sant’Anna	U.O. Malattie Infettive	31
A.O. di Mantova – Presidio Osp. «C. Poma» – Mantova	U.O. Malattie Infettive	24
A.O. di Bergamo – Ospedali Riuniti – Bergamo	U.O. Malattie Infettive	82
A.O. Spedali Civili di Brescia	1ª U.O. Malattie Infettive	72
	2ª U.O. Malattie Infettive	
A.O. Niguarda di Milano	U.O. Malattie Infettive	21
A.O. San Gerardo di Monza	U.O. Malattie Infettive	20
Ospedale San Raffaele di Milano	U.O. Malattie Infettive	35

SORVEGLIANZA VIROLOGICA ED EPIDEMIOLOGICA**La sorveglianza dell'influenza stagionale (fasi 1 - 2)**

Il piano per fronteggiare un'eventuale pandemia influenzale prevede la messa a punto di un sistema di sorveglianza articolato e tempestivo per il riconoscimento dell'influenza e dei ceppi virali circolanti nei periodi interpandemici. A tal proposito si sottolinea che la capacità di risposta di un Paese ad una emergenza pandemica è fortemente influenzata dall'esistenza di una attività sistemica di sorveglianza epidemiologica-virologica condotta annualmente, che deve essere mantenuta attiva in anni di circolazione epidemica o sub-epidemica.

Per questo motivo, in seguito all'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 28 settembre 2000 (atto 1031), è stato organizzato un sistema di monitoraggio, denominato «Influnet».

Il sistema di monitoraggio Influnet è su base settimanale e fa capo ad una rete di medici sentinella costituiti da medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) che segnalano i casi di influenza osservati tra i loro assistiti (sorveglianza epidemiologico-clinica). I medici sentinella ed altri medici operanti nel territorio e negli ospedali collaborano inoltre alla raccolta dei campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti (sorveglianza virologica).

La sorveglianza è articolata in due emireti coordinate una dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS; Flu-ISS) e l'altra dal Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza costituito tra il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova e l'Istituto di Virologia dell'Università di Milano (CIRI). La Lombardia è coordinata dal CIRI insieme con Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Puglia, Calabria e Sicilia.

I due Centri di Riferimento Nazionali (ISS e CIRI) hanno il compito di:

- 1) redigere il protocollo operativo in collaborazione con le regioni e il Ministero;
- 2) costruire la base di dati e le procedure per l'invio e la consultazione dei dati aggregati;
- 3) raccogliere e analizzare settimanalmente i dati di sorveglianza nazionali;
- 4) contribuire allo scambio di dati con reti di sorveglianza europee;
- 5) curare il ritorno delle informazioni ai medici partecipanti.

L'Istituto di Virologia dell'Università di Milano rappresenta il centro di riferimento per la sorveglianza della Regione Lombardia.

Sorveglianza epidemiologica*Obiettivo generale*

Costituire una base di dati per la valutazione comparativa dell'incidenza dell'influenza nel corso degli anni.

Popolazione generale da sottoporre a sorveglianza attiva

Poiché l'influenza è una malattia con incidenza elevata, per la stima del suo andamento spazio temporale, è sufficiente garantire la sorveglianza dell'1-2% della popolazione regionale. Il numero dei medici partecipanti non è predefinito, ma è auspicabile che nell'ambito regionale la rete sia costituita da un gruppo di medici i cui assistiti rappresentino almeno l'1,5% della popolazione lombarda.

Flusso di segnalazione dei casi

La gestione locale del sistema di sorveglianza è affidata alla Regione che ha il compito di identificare un referente mediante la compilazione di una specifica scheda predisposta dal centro di riferimento nazionale.

Il referente regionale deve coordinare la rete locale dei medici sentinella, la rilevazione settimanale dei dati, la loro immissione nel database. Nello specifico ha il compito di: promuovere l'iniziativa e invitare i medici a partecipare, controllare la continuità della partecipazione settimanale dei medici, provvedere all'inserimento dei dati, tramite internet, per eventuali medici sprovvisti di connessione.

Ai medici è richiesto di identificare e annotare giornalmente, sul proprio registro cartaceo, ogni nuovo paziente riscontrato affetto da sindrome influenzale nel periodo di sorveglianza (dalla 42^a settimana dell'anno in corso alla 17^a dell'anno successivo).

Ogni settimana il numero aggregato dei casi osservati da ogni medico (divisi per gruppi di età e per categorie a rischio) deve essere trasmesso per via telematica al competente Centro di Riferimento.

All'annuale protocollo operativo vengono allegati l'elenco delle settimane a cui fare riferimento nella segnalazione dei casi e la definizione clinica di ILI (Influenza-Like Illness).

L'analisi dei dati a livello centrale deve essere effettuata con le seguenti modalità:

• settimanalmente

1. Numero dei medici che nella settimana hanno inviato dati e popolazione sorvegliata (totale e per fascia di età);
2. Tassi di incidenza regionali, totali e per fascia di età;
3. Tassi di incidenza nazionali, totali e per fascia di età;
4. Confronto con i dati analoghi delle stagioni precedenti;

• al termine della stagione influenzale

1. Incidenza delle sindromi influenzali per settimana, per età e per regione;
2. Incidenza cumulativa tra i casi vaccinati di età pari o superiore a 65 anni;
3. Descrizione della diffusione geografica dell'influenza nell'arco della stagione;
4. Distribuzione proporzionale delle ILI fra categorie a rischio.

Il Centro di Controllo di Malattie del Ministero della salute (CCM) pubblica ogni settimana sul sito web le informazioni relative all'andamento nazionale dell'influenza.

Sorveglianza virologica*Obiettivi generali*

- verificare la circolazione di virus influenzali, mediante esami di laboratorio su campioni clinici prelevati dai pazienti con ILI;
- caratterizzare, da un punto di vista antigenico e molecolare, i ceppi virali circolanti in periodo epidemico, valutando il grado di omologia antigenica tra ceppi circolanti nella popolazione e ceppi vaccinali;
- mettere a punto metodiche avanzate di diagnostica rapida e differenziale che permettano di identificare tempestivamente eventuali casi italiani di influenza pandemica;
- fornire agli organismi Internazionali (OMS, Agenzia Europea del Farmaco-EMA) dati utili all'aggiornamento della composizione vaccinale.

Nel novembre 2005 il CIRI, l'ISS e il CCM hanno dato avvio ad un progetto di potenziamento della rete di sorveglianza virologica dell'influenza umana al fine di:

- implementare la rete di sorveglianza virologica dell'influenza, in modo da coprire l'intero territorio nazionale e possa monitorare la circolazione dei virus influenzali in tutte le classi di età;
- estendere la sorveglianza ai soggetti in contatto con il serbatoio animale;
- standardizzare le metodologie di rilevamento e caratterizzazione virale;
- effettuare una diagnostica più rapida ed accurata dei cluster di polmoniti e influenza-like illness, che potrebbero rappresentare il primo segnale dell'introduzione di un virus emergente o ri-emergente nella comunità.

L'implementazione dell'attività di sorveglianza permette una più precoce attivazione della risposta di Sanità Pubblica al fine di contenere e controllare il rischio di diffusione della malattia.

La sorveglianza in periodo di allerta pandemico – fasi 3 - 4 - 5

Quando si verificano diversi eventi con potenziale virus pandemico, è necessario rafforzare la sorveglianza epidemiologica e virologica per monitorare meglio lo sviluppo della minaccia.

Il tipo di sorveglianza dipende da dove è stato isolato il virus (uomo o animali) e dove si pensa si diffonderà il nuovo ceppo (area geografica).

In ogni caso, a partire dalla fase 3, è necessario che oltre alla sorveglianza di tipo campionario, venga implementata la rilevazione, epidemiologica e virologica, in modo da individuare tempestivamente i casi/situazioni che rispondono ad una determinata definizione.

La sorveglianza epidemiologica e virologica, intesa come rilevamento e registrazione dei casi possibili, secondo le definizioni previste da ISS-CCM, aumenta il proprio raggio di osservazione in relazione alle diverse fasi.

Sorveglianza epidemiologica

Consiste nella capacità di porre sotto osservazione particolari gruppi di soggetti che presentano un maggior rischio di contagio da virus potenzialmente pandemico, in modo da cogliere tempestivamente l'insorgenza di quadri clinici sospetti.

Allo stato attuale l'unico agente per il quale si sospetta una potenzialità pandemica è H5N1 e, dunque, sono i soggetti che si trovano in condizioni di esposizione a tale virus che debbono essere posti sotto sorveglianza.

Secondo le attuali definizioni OMS e le conoscenze di tipo epidemiologico, le categorie da sottoporre a sorveglianza epidemiologica in fase 3 sono costituite da:

- soggetti professionalmente esposti (allevatori a contatto con focolai animali di I.A. da H5N1, personale adibito all'abbattimento in caso di focolaio da I.A., laboratoristi che debbono processare campioni biologici di soggetti o animali con sospetta infezione da H5N1);
- viaggiatori provenienti da aree con documentata presenza di focolai da H5N1 che siano venuti a stretto contatto con allevamenti/animali;
- contatti stretti di pazienti cui sia stata diagnosticata una patologia da H5N1.

Per quanto riguarda i soggetti professionalmente esposti, ed in particolare allevatori/addetti agli abbattimenti, la Circolare 6/SAN/2006 ha fornito indicazioni: tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, siano venuti a contatto con animali affetti da H5N1 devono essere posti sotto sorveglianza dalla ASL (informazioni, contatti quotidiani sino a 10 gg dopo l'ultima esposizione...).

Per quanto attiene i viaggiatori provenienti da aree infette e che abbiano avuto contatti con volatili (anche nel caso in cui non vi sia documentazione sullo stato sanitario di questi ultimi), è necessario che si provveda ad una capillare informazione, al momento dell'entrata nel nostro Paese, in merito alle misure precauzionali generali da utilizzare nei 10 giorni successivi al rientro e recapiti e riferimenti in caso di sintomatologia sospetta.

Qualora la situazione epidemiologica dei Paesi esteri si aggravi, con estensione dei focolai, è necessario che i soggetti che rispondono alle esposizioni di cui sopra, siano individuati e contattati quotidianamente al pari dei lavoratori esposti.

A partire dalla fase 4 – livello 1, oltre a quanto sopra è necessario estendere la sorveglianza epidemiologica su soggetti che pur non avendo un rischio specifico di esposizione, si trovino in situazioni atipiche che necessitano di essere indagate anche in riferimento al possibile rischio pandemico.

Pertanto dovranno essere attivati, in ambito ospedaliero e tramite gli abituali sistemi di rilevazione, quali i Comitati di lotta alle infezioni ospedaliere-CIO, strumenti per:

- pronta individuazione di cluster intraospedalieri di ILI tra gli operatori sanitari o cluster di morti inattese per ILI/IRA in strutture di assistenza sanitaria;
- indagini epidemiologiche per l'identificazione dell'agente patogeno coinvolto e delle possibili modalità di diffusione dell'infezione,
- attivare le misure di prevenzione e controllo generale per le infezioni respiratorie (protocolli di isolamento, sanificazione e disinfezione, controllo post-dimissione...).

Nella fase di pandemia conclamata – livello 6, è importante che sia la sorveglianza epidemiologica che quella virologica vengano mantenute.

I dati della sorveglianza epidemiologica sono cruciali per pianificare l'utilizzazione delle risorse e l'impiego degli operatori sanitari, mentre la sorveglianza virologica, effettuata su un numero limitato di campioni, è necessaria soprattutto per monitorare le caratteristiche del virus, vista la minore importanza, in questa fase, della conferma di laboratorio dei singoli casi. Tuttavia le modalità della sorveglianza in tale fase, anche in relazione alle dimensioni del fenomeno ed alle caratteristiche virologiche, saranno definite successivamente.

Sorveglianza virologica

I casi soggetti a sorveglianza epidemiologica che manifestino sintomi sospetti saranno sottoposti ad accertamenti secondo i protocolli specifici di cui al seguente allegato.

DEFINIZIONE, INDIVIDUAZIONE E GESTIONE DEI CASI SOSPETTI – FASE 3

Come già segnalato definizioni e modalità di gestione dei casi sono strettamente correlate alle caratteristiche del/i virus potenzialmente pandemico: pertanto le seguenti indicazioni hanno valenza esclusivamente col presupposto che la pandemia sia sostenuta da una mutazione del virus H5N1.

Definizione

Il sospetto di caso di influenza H5N1 in un paziente, in fase 3, deve tenere conto della concomitante presenza del criterio clinico e del criterio epidemiologico.

Criterio clinico

Non esiste al momento attuale una definizione di caso sospetto univocamente approvata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il periodo di incubazione medio della influenza stagionale è di 2-3 giorni (range 1-7), ma non esistono informazioni certe sulla durata effettiva del periodo medio di incubazione della influenza aviaria, che potrebbe essere anche più prolungato: 2-5 (range 1-17).

I sintomi più comunemente riportati nei casi umani affetti da influenza aviaria H5N1, che dunque dovrebbero indurre a porre la diagnosi di sospetto nel caso siano presenti anche gli elementi epidemiologici più sotto riportati, sono:

- febbre > 38°C
- tosse
- dispnea

con presenza di infiltrati polmonari aspecifici alla radiografia del polmone e linfopenia e moderata ipertransaminasemia.

Criterio epidemiologico

In accordo con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le situazioni epidemiologiche che possono comportare un rischio di esposizione al virus influenzale H5N1 sono le seguenti:

Presenza nei 10 giorni precedenti l'esordio dei sintomi di uno dei seguenti rischi epidemiologici	Contatto stretto (< 1 metro) con pollame domestico (polli, anatre, oche, tacchini, faraone) o selvatico vivo o morto, infetto da virus H5N1
	Contatto stretto (< 1 metro) con una persona affetta da patologia respiratoria letale di origine ignota
	Contatto stretto (< 1 metro) con una persona nella quale sia stata diagnosticata l'infezione da H5N1
	Soggetto proveniente da aree con documentata presenza di influenza aviaria ad elevata patogenicità H5N1 nella popolazione animale, con evidenza di contatto stretto con il serbatoio animale
	Aver lavorato in un laboratorio che processa campioni biologici di soggetti o animali con sospetta infezione da H5N1

Management clinico dei pazienti con sospetta infezione H5N1

In questa fase, debbono essere ospedalizzati i casi che soddisfino sia il criterio clinico che il criterio epidemiologico di caso sospetto di influenza H5N1.

La conferma della diagnosi si avvale della positività di almeno uno dei seguenti criteri:

- positività della coltura virale per H5N1
- positività della Polymerase Chain Reaction per H5N1.

I test di coltura richiedono laboratori con criteri di biosicurezza 3 (BSL-3).

I test PCR e sierologici possono essere condotti in laboratori con criteri di biosicurezza 2 (BSL-2) (vedi sotto-allegato a).

Modalità di ospedalizzazione

I soggetti che rispondono alla definizione di caso (possibile/probabile/accertato) di influenza A (H5N1) devono essere ricoverati in Unità Operative di Malattie Infettive dotate di stanze di degenza singole, con garanzia di almeno 6 ricambi d'aria/ora e dotate di servizi igienici indipendenti.

Le modalità di contagio del virus influenzale stagionale prevedono sia la via per droplets che aerogena. È stata segnalata anche la possibilità che il virus influenzale possa trasmettersi per contatto diretto e indiretto.

Il personale sanitario incaricato della assistenza ai casi sospetti di infezione H5N1 dovrà adottare fino a definizione diagnostica avvenuta le seguenti precauzioni standard (comuni a tutti i ricoverati), più le precauzioni da contatto e quelle per trasmissione aerogena:

- precauzioni standard, ad includere
 - i. lavaggio delle mani
 - ii. utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale quando si manipoli sangue, liquidi biologici, secrezioni ed escrezioni
 - iii. attenzione nella manipolazione degli strumenti medici di assistenza individuale e degli effetti lettereci
 - iv. prevenzione delle punture accidentali
 - v. pulizia ambientale
 - vi. appropriata eliminazione dei rifiuti
- precauzioni atte ad evitare la trasmissione per droplets / aerogena, ad includere
 - vii. ricovero del paziente in stanze di degenza singola
 - viii. impiego costante di maschere di livello minimo N-95
 - ix. impiego costante di scudo protettivo del volto
 - x. limitare al massimo gli spostamenti del paziente, che comunque in caso di necessità dovrà indossare una idonea maschera protettiva al di fuori della propria stanza di degenza
- precauzioni da contatto, ad includere
 - xi. impiego costante dei guanti (monouso, non sterili)

- xii. impiego costante di camici protettivi *disposable* a maniche lunghe
- xiii. impiego costante di strumentario medico dedicato esclusivamente al paziente sospetto (stetoscopio, sfigmomanometro, termometro, etc.).

Tali precauzioni dovranno essere proseguite sino a quando esiste il rischio di infettività del paziente, la cui durata varia in rapporto alla età del paziente stesso:

- adulti di età > 12 anni → proseguire sino al 7° giorno dopo la risoluzione della febbre;
- bambini di età < 12 anni → proseguire sino al 21° giorno dall'esordio dei sintomi.

Sotto-allegato d

LE MISURE DI CONTROLLO DEI CASI

Perché la rilevazione di casi si attivi è necessario che tutti i medici che dovessero osservare soggetti nelle condizioni di cui sopra (ILI + esposizione) siano informati sulla necessità di:

- segnalare all'ASL il caso, tramite il flusso informativo delle malattie infettive **(1)** già in essere in ciascuna ASL;
- far adottare al soggetto le misure di prevenzione generale (evitare contatti ravvicinati bocca-bocca con altre persone, lavare frequentemente le mani, non frequentare luoghi affollati, utilizzare fazzoletti monouso, aerare regolarmente l'abitazione, coprirsi la bocca ogni volta che si tossisce e poi lavarsi le mani, coprirsi il naso ogni volta che si starnutisce e poi lavarsi le mani);
- di concerto col medico ASL:
 - inviare il caso sospetto per la valutazione ed eventuale ricovero all'U.O. di Malattie Infettive più vicina (previo contatto diretto e invio con percorso preferenziale); in tal caso:
 - durante il trasporto con comune automezzo al paziente va applicata una mascherina chirurgica; il numero delle persone in auto deve essere limitato e comunque il caso non deve essere affiancato da altre persone;
 - qualora le condizioni cliniche siano gravi il trasporto sarà effettuato in ambulanza con le apposite misure di isolamento respiratorio;
 - il caso seguirà un percorso separato al momento dell'accettazione e sarà alloggiato in una camera singola in regime di isolamento respiratorio;
 - nell'impossibilità di procedere al ricovero, mantenere il caso presso il proprio domicilio, se sussistono le condizioni per garantire l'isolamento respiratorio, ed effettuare il prelievo per gli accertamenti virologici necessari, che sarà inviato a cura dell'ASL, al più vicino Laboratorio di Microbiologia afferente alla rete regionale (vedi *sotto-allegato a*).

Va ricordato che gli operatori sanitari che vengono a contatto col caso – medico curante, personale ASL – debbono adottare le misure di isolamento respiratorio, utilizzando camice, copricapo, guanti e mascherina chirurgica.

Per i casi in cui il soggetto dovesse pervenire direttamente all'osservazione in ambiente ospedaliero, tramite ad esempio il Pronto Soccorso, o per i cluster, le ASL concorderanno con le Strutture di ricovero del proprio territorio, specifici protocolli per la segnalazione, l'eventuale invio di campioni ai Laboratori della rete, il controllo e la sorveglianza sui contatti dei casi accertati.

Per quanto riguarda i contatti dei casi sospetti, l'ASL, a fronte della segnalazione pervenuta dal medico del territorio o ospedaliero, provvederà a:

- in fase di sospetto:
 - individuare i soggetti conviventi del caso, informandoli della necessità di adottare le misure preventive di carattere generale;
- successivamente all'accertamento:
 - valutare l'opportunità di sottoporre i contatti stretti a chemioprophilassi con antivirali;
 - sottoporre a sorveglianza sanitaria per 10 gg. dall'ultima esposizione i soggetti conviventi (effettuando quotidianamente un contatto telefonico)
 - sospendere la frequenza in collettività
 - inviare in caso di insorgenza di sintomatologia all'U.O. di Malattie Infettive più vicina (previo contatto diretto e invio con percorso preferenziale); il trasporto dovrà avvenire secondo le modalità sopraindicate.

(1) In base alla d.g.r. 18853/04 ciascuna ASL deve aver attivato un sistema di recepimento delle segnalazioni di malattia infettiva, attivo 24/24.

Sotto-allegato e

VACCINAZIONE

I Criteri di priorità tra le differenti categorie di soggetti candidati a ricevere la vaccinazione, così come definiti a livello nazionale, sono:

1. Personale sanitario e di assistenza
 - ospedali
 - ambulatori MMG e PLS
 - strutture di assistenza e lunga degenza
 - distretti sanitari e servizi di Sanità Pubblica a contatto col pubblico
 - servizi di ambulanze
 - laboratori di microbiologia
 - farmacie.
2. Personale addetto ai servizi essenziali alla sicurezza e alla emergenza
 - forze di polizia a contatto col pubblico
 - vigili del fuoco
 - decisori chiave in caso di urgenza ed emergenza (dirigenti strutture regionali – sanità e protezione civile; dirigenti ASL, A.O. con responsabilità di organizzazione e coordinamento delle attività di prevenzione e di cura).
3. Personale addetto ai servizi di pubblica utilità
 - persone addette ai trasporti pubblici essenziali e le persone che effettuano il trasporto di prodotti di prima necessità
 - forze armate
 - polizia municipale e le altre forze di polizia non inserite nel gruppo 2 di priorità
 - lavoratori dei servizi di pubblica utilità.
4. Persone ad elevato rischio di complicanze severe o fatali a causa dell'influenza.
In questa categoria sono presenti i gruppi di popolazione che sono già identificati nelle raccomandazioni per la annuale vaccinazione contro l'influenza.
5. Bambini e adolescenti sani di età compresa tra 2 e 18 anni
6. Adulti sani

Di conseguenza, nella redazione dei propri Piani Locali, le ASL dovranno quantificare i soggetti appartenenti a queste categorie, suddividendoli su tre livelli, secondo quanto indicato nella tabella che segue.

Nella organizzazione della attività, ed in particolare per quanto attiene la caratteristica delle tempestività dell'intervento, si procederà a vaccinare i soggetti appartenenti al secondo livello solo dopo aver garantito ed esaurito il primo livello, ecc.

Tipologia soggetti	Primo livello (da garantire immediatamente)	Secondo Livello	Terzo Livello
Personale sanitario e di assistenza	Strutture di ricovero e cura comprese strutture di riabilitazione; personale addetto al contatto diretto coi pazienti (anche in strutture ambulatoriali) o in servizi di laboratorio	Strutture di ricovero e cura comprese strutture di riabilitazione; personale operante all'interno della struttura per servizi di pulizia, ecc...	
	Operatori sanitari (medici, personale infermieristico) di assistenza sanitaria primaria – MMG/PLS// Continuità assistenziale/Medicina fiscale	Operatori di servizi di laboratorio esterni alle strutture di ricovero	
	Strutture socio-sanitarie di tipo residenziale: personale direttamente addetto al contatto coi pazienti		Strutture socio-sanitarie di tipo residenziale: personale non direttamente addetto al contatto coi pazienti
	Personale ASL operante in servizi di tipo ambulatoriale/assistenziali (ADI, Servizi Vaccinali)	Personale ASL di tipo sanitario o adibito a rapporti col pubblico	
	Servizi sanitari di emergenza: personale del SUEM e volontari		
	Farmacie: tutto il personale a contatto col pubblico	Altro personale delle farmacie a supporto	
	Operatori adibiti a servizi sanitari e sociali di tipo domiciliare (ADI, SAD, badanti...)		Famigliari di soggetti in condizioni di fragilità che effettuano assistenza
Personale addetto ai servizi essenziali alla sicurezza e alla emergenza	Forze di polizia (Carabinieri, Polizia di Stato) contingenti minimi addetti ad attività non rinviabili	Dirigenti ASL, A.O. con responsabilità di organizzazione e coordinamento delle attività di prevenzione e di cura Decisori chiave in caso di urgenza ed emergenza (dirigenti strutture regionali – sanità e protezione civile, prefetture, comuni, province)	

<i>Tipologia soggetti</i>	<i>Primo livello (da garantire immediatamente)</i>	<i>Secondo Livello</i>	<i>Terzo Livello</i>
Personale addetto ai servizi di pubblica utilità	Vigili del fuoco	Addetti ai trasporti pubblici e di prodotti di prima necessità (farmaci, alimenti) Personale addetto ai trasporti e servizi di pubblica utilità (energia, igiene urbana) Personale e volontari della protezione civile	Polizia municipale e le altre forze di polizia non già inserite Personale di Servizi Sanitari, non precedentemente inseriti (ASL/A.O./IZS) Personale delle forze armate
Persone ad elevato rischio di complicanze severe o fatali a causa dell'influenza	Soggetti affetti da patologie ricomprese tra quelle che indicano la somministrazione di vaccino stagionale	Soggetti di età > 65 aa Bambini e adolescenti sani di età compresa tra 2 e 18 anni	
Persone suscettibili di ammalare			Personale di servizi scolastici, postali, ristorazione collettiva Adulti sani

Oltre alla previsione numerica dei soggetti da vaccinare, deve essere indicato la sede ed il responsabile della somministrazione vaccinale: di norma il datore di lavoro delle differenti strutture cui afferiscono i diversi addetti, la ASL per le altre categorie.

In tal senso sarà predisposto anche un programma delle sedute vaccinali, in grado di soddisfare in breve tempo le somministrazioni del primo livello.

I criteri per la sospensione di attività programmata, così da potenziare le sedute vaccinali straordinarie, ricorrendo anche a personale abitualmente non addetto ad essa, sono i seguenti:

- Attività di programmazione generale, coordinamento, formazione eccetto quanto correlato alla pandemia
- Attività di certificazione sanitaria e medico-legale
- Attività di educazione sanitaria e iniziative di promozione della salute
- Attività di vigilanza e controllo e rilascio autorizzazioni/pareri.

UTILIZZO DEI FARMACI ANTIVIRALI**Introduzione**

La terapia e la profilassi con farmaci antivirali potrebbe contribuire a raggiungere l'obiettivo di diminuire la morbosità e la mortalità durante una pandemia nonché a ridurre le relative gravi conseguenze sociali ed economiche. I farmaci antivirali rappresentano, verosimilmente, l'unica possibilità di intervento specifico contro il virus pandemico nelle fasi iniziali della sua diffusione, dato che il vaccino non sarà, ancora disponibile nei primi mesi della pandemia.

Le strategie per l'uso degli antivirali durante una pandemia influenzale sono provvisorie giacché non si può fare riferimento ad alcuna esperienza precedente.

Le infezioni da virus influenzali possono essere trattate da due tipi di farmaci: gli inibitori M2 (amantidina e rimantidina) e gli inibitori della neuraminidasi (oseltamivir e zanamivir).

Amantidina e rimantidina, sono farmaci noti da molti anni per il trattamento della sola influenza A. Somministrati entro le prime 48 ore dai sintomi riducono la durata della malattia di circa due giorni. Non ci sono dati circa la prevenzione delle complicanze dell'influenza. Tali farmaci hanno avuto un uso molto limitato nella pratica clinica per il rischio di effetti collaterali a carico del sistema nervoso centrale e apparato digerente soprattutto in soggetti giovani. Sono stati segnalati stipiti virali che si sono dimostrati resistenti a questi farmaci, in particolare i ceppi H5N1 isolati recentemente nel Sud-Est asiatico sembrano essere tutti resistenti.

Oseltamivir e zanamivir, farmaci appartenenti alla classe degli inibitori della neuraminidasi, sono efficaci contro influenza A e B e sono caratterizzati da migliore tollerabilità. Possono ridurre la gravità della malattia e ridurne la durata di circa un giorno. Tuttavia, anche per questi farmaci, l'efficacia dipende in modo cruciale dal tempo di somministrazione, che non dovrebbe superare le 48 ore dall'esordio dei sintomi. Per i casi di infezione umana da virus aviario H5N1, questi farmaci possono aumentare le possibilità di sopravvivenza solo se somministrati molto presto.

Le indicazioni di uso tra i due principi attivi disponibili sono leggermente differenti: infatti l'oseltamivir a differenza dello zanamivir può essere utilizzato per il trattamento di pazienti con almeno un anno di vita e per la profilassi post-esposizione di soggetti dai 12 anni in poi.

Inoltre l'oseltamivir può essere assunto oralmente in una soluzione acquosa, mentre lo zanamivir è disponibile in confezione inalatoria e quindi può essere difficilmente assumibile da alcuni soggetti.

Anche per questi farmaci sono stati descritti ceppi virali resistenti. In una recente segnalazione uno stipite virale resistente all'oseltamivir è risultato sensibile a zanamivir.

Nel momento in cui i farmaci dovranno essere utilizzati sarà essenziale monitorarne l'utilizzo e gli effetti collaterali mediante l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali e il sistema di Farmacovigilanza dell'AIFA. Infatti, l'uso massiccio di questi farmaci aumenta il rischio di insorgenza di ceppi resistenti, che si selezionano in misura proporzionale all'uso dei farmaci, ed il rischio di effetti collaterali.

Utilizzo a scopo di profilassi pre - o post - esposizione

L'uso profilattico degli antivirali può rivelarsi particolarmente utile in presenza dei primi cluster di influenza causati da virus pandemico, quando non sia ancora disponibile il vaccino. Si tratta di una strategia di breve periodo, utile soprattutto in presenza di casi isolati o piccoli cluster in particolare se questi si verificano in comunità chiuse.

La strategia di utilizzo è rapportata alle differenti fasi come segue:

Fase 3

L'utilizzo è limitato a:

- operatori addetti alla fase di abbattimento in focolai accertati di I.A. ad alta patogenicità, quale profilassi pre-esposizione
- soggetti esposti a cariche virali elevate in focolai accertati di I.A. ad alta patogenicità che hanno operato in assenza di DPI

Nei contatti stretti di soggetto con diagnosi di Influenza Aviaria, la decisione circa l'opportunità di chemioprophilassi è soggetta ad una valutazione congiunta dell'ASL e U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria.

Fasi 4 e 5

L'utilizzo è esteso a:

- contatti stretti di casi accertati di influenza aviaria, intesi come conviventi o soggetti che hanno avuto contatti prolungati (indicativamente superiori alle 8 ore/die) in ambienti chiusi;
- operatori sanitari che abbiano assistito il caso, senza essere dotati dei dispositivi di protezione individuale.

In caso di cluster di grandi dimensioni (Fase 5, livello 1), l'uso profilattico di antivirali va considerato per i contatti che appartengono alle categorie prioritarie 1 - 4, individuate per l'offerta del vaccino pandemico (*sotto-allegato e*).

Fase 6

In fase di epidemia conclamata, la profilassi con antivirali è poco utile. Infatti, l'uso massiccio di questi farmaci aumenta il rischio di insorgenza di ceppi virali resistenti ed il rischio di effetti collaterali. Inoltre, le simulazioni sulla pandemia influenzale hanno evidenziato che l'uso di massa di questi farmaci non riduce in maniera importante il numero dei casi di influenza.

Utilizzo a scopo terapeutico

L'utilizzo a scopo terapeutico degli antivirali segue il criterio della limitazione del danno; naturalmente le presenti indicazioni risentono della mancanza di informazioni certe sul virus pandemico e correlati quadri clinici.

Con la disponibilità di indicazioni all'utilizzo degli antivirali a scopo terapeutico da parte degli Organismi internazionali e nazionali competenti si provvederà a recepire e declinare i protocolli terapeutici ed eventuali indicazioni di priorità.

