

## LA GIUNTA REGIONALE

- visto il Piano pandemico operativo della Regione autonoma Valle d'Aosta, approvato dal Comitato regionale per la Protezione Civile in data 27 luglio 2009;
- considerato che l'OMS raccomanda a tutti i Paesi di mettere in atto azioni sanitarie e piani operativi per l'emergenza della pandemia da virus influenzali;
- considerato che l'esperienza acquisita a seguito della pandemia da SARS-CoV-2 deve essere tenuta in considerazione in un Piano pandemico influenzale, che si contestualizza nell'attuale crisi sanitaria globale e in prospettiva per la risposta ad altri patogeni capaci di causare epidemie o pandemie;
- visto l'Accordo della Conferenza Stato Regioni in data 25 gennaio 2021 sul documento, recante "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023" (Rep. Atti n.11/CSR);
- rilevato che l'obiettivo generale del suddetto Piano nazionale è di rafforzare la *preparedness* nella risposta ad una futura pandemia influenzale a livello nazionale e locale;
- tenuto conto che il suddetto piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale rappresenta un inquadramento e un promemoria delle principali azioni da intraprendere per prepararsi correttamente ad un'eventuale pandemia influenzale;
- rilevata la necessità di stabilire adeguati strumenti per la prevenzione, l'identificazione rapida e il monitoraggio epidemico, la cura e il trattamento dei pazienti contagiati, limitando il rischio di contagio per gli operatori sanitari e per i cittadini;
- considerato che scopo principale è quello di facilitare, oltre al processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione;
- considerato che il piano è un documento di riferimento e una guida per il processo decisionale nelle varie fasi di una pandemia influenzale che aggiorna e sostituisce i precedenti piani pandemici influenzali;
- considerato che l'Accordo che ha approvato il Piano strategico-operativo nazionale prevede che nei 90 giorni successivi alla sua approvazione, ciascuna Regione e Provincia autonoma approvi un Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in linea con il Piano nazionale, impegnandosi a darne attuazione nei 120 giorni successivi;
- richiamata la nota trasmessa dal Ministero della Salute, a firma congiunta dei Direttori Generali della Programmazione e della Prevenzione Sanitaria dell'8 aprile 2021, con la quale si dava atto che nei 6 mesi successivi all'approvazione Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, ciascuna Regione e Provincia Autonoma dovesse approvare un piano strategico-operativo regionale attuativo in linea con il Piano Nazionale;
- visto il DM del 5 maggio 2021, con il quale è stata costituita la Rete italiana di *preparedness* pandemica influenzale, rete di sanità pubblica estesa sul territorio nazionale con funzioni di

*governance* per tutte le attività di preparazione ad una pandemia influenzale, di risposta pandemica e di recupero post-pandemico, composta da: i Direttori Generali del Ministero della Salute delle Direzioni coinvolte nell'attuazione del Piano pandemico, esperti indicati dallo stesso Ministero, dell'Istituto Superiore di Sanità, di AIFA, del Dipartimento della Protezione Civile, dell'INAIL e dai referenti per il PanFlu 2021-2023, indicati da ciascuna delle Regioni e Province Autonome;

- visto il decreto del Direttore Generale della Prevenzione del 1° giugno 2021, con il quale è stata costituita la Rete DISPATCH, nucleo di esperti con funzioni di *epidemic intelligence*, su scenari pandemici e valutazione del rischio per l'impatto di virus influenzali emergenti a potenziale pandemico con caratteristiche di trasmissibilità e gravità più elevate rispetto a quanto documentato in precedenza tramite studi ad hoc sulla popolazione e sui servizi sanitari italiani, composta da esperti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e da un esperto designato dall'Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) L. Spallanzani;
- visto il decreto del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute del 1° giugno 2021, con il quale è stata istituita la Rete di *Epidemic Intelligence* Nazionale, con il compito di consentire la rapida rilevazione e l'analisi delle informazioni in base alle quali avviare le indagini epidemiologiche e le azioni di controllo sul territorio, composta dai rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, di altri Istituti/Enti tecnico-scientifici di riferimento e di alcune Aziende Sanitarie regionali;
- visto il decreto dei Direttori Generali della Prevenzione Sanitaria, della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari del Ministero della Salute del 6 giugno 2021, con il quale è stata istituita una Rete nazionale dei laboratori pubblici umani e veterinari per l'individuazione precoce della circolazione di ceppi di virus influenzali a potenziale zoonosico, al fine di attivare un sistema di allerta rapida per le epidemie influenzali anche a carattere pandemico;
- visto il decreto dirigenziale del Ministero della Salute del 7 giugno 2021, con il quale è stato istituito il Nucleo permanente di comunicazione del rischio sanitario, successivamente integrato con D.D. 22/6/2021 con i rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome, con l'obiettivo di intensificare il coordinamento delle informazioni tra i vari attori e fungere da raccordo tra le diverse istituzioni e tra le istituzioni e i media;
- richiamata la circolare prot. 0018278 del 30/7/2021 dei Direttori delle Direzioni Generali della Sanità animale e dei Farmaci veterinari, della Prevenzione sanitaria e dell'Igiene e della sicurezza alimentare e per la nutrizione del Ministero della Salute, con la quale è stata definita la procedura di allerta rapida delle informazioni della rete dei laboratori di diagnostica microbiologica e medicina veterinaria;
- stante che l'attuazione del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 comporta la realizzazione di una serie di azioni essenziali connotate da una significativa complessità, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, nella seduta del 16 giugno 2021, ha unanimemente richiesto al Ministero della salute di concedere una proroga per il completamento degli obiettivi di competenza delle Regioni e delle Province Autonome;
- considerato che, a fronte della richiesta di proroga di cui al punto precedente, tale proroga è stata concessa, prevedendo la stesura di un Documento Programmatico entro il 29/10/2021 e di Documenti Attuativi nei successivi 120 giorni, onde avere al termine di tale scadenza il Piano Pandemico Regionale completo approvato con deliberazione della Giunta regionale;

- considerato che le Direzioni Generali della programmazione e della prevenzione sanitaria del Ministero della salute hanno richiesto di acquisire la mappa aggiornata regionale della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e delle strutture da utilizzare come strutture sanitarie “alternative” in situazione di emergenza e che tale mappa è stata fornita a dicembre 2021 dalla struttura competente regionale;
- richiamata la nota del Gabinetto del Ministero della salute prot. n. 0013975 del 30/07/2021 relativa alla documentazione concernente il "Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023";
- considerato che, a giudizio del Dirigente della struttura competente regionale, è opportuno garantire il monitoraggio e l’aggiornamento del PanFlu attraverso il coordinamento delle attività da parte del comitato pandemico regionale istituito ai sensi del “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”, che operi sulla base del Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento di cui al punto precedente;
- richiamata la nota del Gabinetto del Ministero della salute prot. n. 0013981 del 30/07/2021 relativa all’informativa concernente le "Linee di indirizzo per la predisposizione di scorte strategiche di DPI, dispositivi medici, medicinali e forniture", per dare attuazione a quanto previsto dal “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”;
- richiamato il Piano di contingenza operativo in caso di pandemia virale predisposto dal Dipartimento di Protezione civile nazionale, ai sensi del “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale(PanFlu) 2021-2023”, trasmesso con nota della Direzione Generale della Programmazione sanitaria prot. n. 0015355 del 02/08/202;
- richiamato il Piano di formazione nazionale revisione del 10 gennaio 2022, ai sensi del “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu) 2021-2023”;
- richiamato il Protocollo per la realizzazione di studi "The First Few Hundred (FFIOO)" o "First Few Cases (FFX)" del 24 gennaio 2022, di cui al “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”, dove si sottolinea l'importanza di disporre di un protocollo nazionale per la valutazione dei primi casi che permetta di caratterizzare la trasmissibilità del virus pandemico e le caratteristiche di gravità clinica delle infezioni;
- richiamata la nota trasmessa dal Ministero della Salute, a firma congiunta dei Direttori Generali della Programmazione e della Prevenzione Sanitaria del 9/9/2021, con la quale:
  - 1) si dava atto delle azioni realizzate, relativamente a:
    - istituire gli organi previsti nella fase interpandemica del Piano e a designarne i componenti (Rete Dispatch, Rete di Epidemic Intelligence Nazionale, Nucleo permanente di comunicazione del rischio sanitario, Gruppo di esperti per la definizione del funzionamento della rete nazionale dei laboratori pubblici umani e veterinari, Istituzione della rete stessa, ecc.);
    - collaborare con il Dipartimento della Protezione Civile, per la predisposizione del Piano di Contingenza Operativo;

- definire le attività previste per la formazione e per l'adeguamento dei sistemi informativi di supporto al Piano;
  - supportare le Regioni nella stesura dei Piani pandemici regionali, la cui realizzazione era prevista originariamente entro sei mesi dalla pubblicazione e successivamente prorogata al 29 ottobre 2021, con l'attivazione di specifici tavoli tecnici per la definizione condivisa di strumenti e standard di riferimento;
- 2) veniva richiesta un'audizione in Commissione Salute, al fine di un reciproco scambio di informazioni sullo stato dell'arte, tra gli attori individuati, in vista delle imminenti scadenze previste per il PanFlu;
- dato atto che, in esito alla seduta della Commissione Salute del 14/9/2021, convocata per presentare lo stato dell'arte dei Piani pandemici regionali, come previsto dall'accordo sul documento "Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)", è stato dato mandato al Coordinamento interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica di avviare un'interlocuzione con le Regioni e con il Ministero della salute sulla possibilità di:
    - utilizzare un format sintetico standardizzato per facilitare le Regioni nella stesura del Piano e consentire una più agevole disamina da parte del Ministero dei documenti programmatici;
    - rispettare la tempistica definita dal Piano Pandemico Nazionale;
  - preso atto che, in esito all'attività svolta dal sopra citato Coordinamento, nella seduta della Commissione Salute convocata in data 24/9/2021, al fine di standardizzare alcune parti del piano e di facilitarne il percorso di stesura, pur considerando la scadenza prevista per la presentazione del Documento Programmatico (29/10/2021) e per i Documenti Attuativi (successivi 120 giorni), è stata condivisa la proposta di:
    - redigere i Piani regionali secondo uno schema suddiviso in tre parti e con format definito;
    - in relazione alla scadenza, adottare la metodologia utilizzata per i Piani di Prevenzione Regionali 2020-2025, ovvero trasmettere il Piano strategico operativo regionale per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 entro il 29/10/2021 per la successiva fase di interlocuzione con il Ministero della Salute e stesura dei documenti attuativi nei successivi 120 giorni, con adozione del documento completo;
  - considerato che sin da maggio 2021, il Dirigente della struttura regionale competente ha provveduto a istituire un gruppo di coordinamento regionale, costituito da tutti i referenti delle strutture dell'area ospedaliera, dell'area territoriale e dell'area della prevenzione dell'Azienda USL interessati, dai referenti dei laboratori di analisi dell'Azienda USL e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta e dai referenti della Protezione civile regionale, che si è riunito periodicamente con il compito di redigere il "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023";
  - considerato che tale gruppo di coordinamento regionale è pervenuto a predisporre e condividere, per rispettare le scadenze previste, i documenti costituenti il "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023", prevedendo che i documenti di cui trattasi siano da intendere in working in progress, soggetti a rimodulazione e aggiornamento costante;
  - preso atto che in data 29/10/2021 la struttura competente regionale ha provveduto all'invio al Ministero della salute dei documenti costituenti il format di "Piano strategico-operativo

regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023”, secondo lo schema di lavoro suddiviso in tre parti:

- prima parte di introduzione generale in cui si descrivono gli obiettivi, la struttura e gli aspetti operativi generali connessi all’organizzazione regionale con definizione della governance e dei flussi di comunicazione interna ed esterna;
  - seconda parte di definizione delle varie fasi pandemiche e delle azioni di pianificazione da intraprendere su un “ format predefinito” in cui, per ogni singola fase pandemica (interpandemica, allerta, pandemica e di transizione) e per ogni macro-area identificata (servizi sanità pubblica, servizi ospedaliera, ecc), sono riportate in modo descrittivo, oltre all’attività in generale, le azioni principali da attuarsi a livello regionale e declinate a livello aziendale;
  - terza parte (completamento delle singole attività delle macroaree) di definizione di una check-list legata alle azioni descritte con classificazione in “essenziali” ed “auspicabili”.
- considerato che la prevista fase di interlocuzione con il Ministero della Salute è avvenuta a dicembre 2021, a seguito della quale sono state apportate alcune modifiche al Piano concernenti la comunicazione del rischio;
  - ritenuto, in relazione a quanto precedentemente riportato, di recepire e dare attuazione all’Accordo sancito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 25 gennaio 2021, ai sensi dell’art. 4, comma 1, del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento “Piano strategico–operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 – 2023) Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021”;
  - ritenuto di approvare l’allegato Piano strategico–operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 – 2023);
  - richiamato il Piano di emergenza regionale Influenza Aviaria;
  - ritenuto di aggiornare attraverso i Comuni il censimento effettuato nel 2006 degli avicoli di tutti gli allevamenti familiari con meno di 50 capi presenti sul territorio regionale, tipologia per cui non vige l’obbligo di registrazione in Banca Dati Nazionale, come elemento di preparedness in previsione di un eventuale epidemia influenzale di origine aviaria;
  - vista la legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) e, in particolare, l’articolo 34, comma 3, il quale stabilisce che la Regione autonoma Valle d’Aosta provveda al finanziamento del Servizio sanitario nazionale senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa attribuiti e, ad integrazione, le risorse del proprio bilancio;
  - richiamata la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), articolo 1, comma 261, dove si prevede, nelle more dell'adozione da parte delle Regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dei decreti attuativi dei piani pandemici regionali e provinciali, una autorizzazione di spesa di 200 milioni di euro per l'implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, di cui all'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 25 gennaio 2021, a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2022, e che, per le medesime finalità, e nelle more dell'adozione dei decreti attuativi dei piani pandemici regionali e provinciali, sia

autorizzata la spesa massima di 350 milioni di euro, a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2023, il cui importo sarà definito, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul riparto del fabbisogno sanitario, precisando che al suddetto finanziamento, relativo ad entrambi gli anni 2022 e 2023 accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative vigenti in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno sanitario;

- richiamata la legge regionale 22 dicembre 2021, n. 35 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (Legge di stabilità regionale per il triennio 2022/2024). Modificazioni di leggi regionali), che all'articolo 17 stabilisce il finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti per il triennio 2022-2024, le quote di spesa sanitaria e per investimenti in ambito sanitario trasferite all'Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta (Azienda USL);
- richiamato in particolare il comma 7, articolo 17 della suddetta legge regionale 22 dicembre 2021, n. 35, che prevede che la Regione possa trasferire all'Azienda USL le somme versate dallo Stato, da enti o da aziende in attuazione di disposizioni statali finalizzate al contenimento della spesa sanitaria o al finanziamento di specifiche iniziative e attività;
- viste le note del Ministero della Salute n.ri 7411 del 07/04/2021 e 6085 del 09/08/2021, con le quali veniva richiesta alle Regioni la rilevazione delle risorse economiche necessarie, in aggiunta al Fondo sanitario nazionale, a garantire la realizzazione delle attività previste nella fase interpandemica del Piano, al fine di definire un budget a livello nazionale, per una successiva ripartizione a livello regionale;
- richiamata la nota prot. n. 6378/SAN del 17/09/2021, con la quale la Struttura igiene e sanità pubblica e veterinaria dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, trasmetteva la stima delle suddette risorse economiche, la cui rilevazione è stata effettuata in collaborazione con l'Azienda USL della Valle d'Aosta, che ammontano a euro 6.465.000,00 (seimilioni quattrocentosessantacinquemila/00), stabilendo peraltro che il piano delle attività e degli interventi previsti sarà rimodulato e correlato all'entità delle risorse finanziarie effettive che saranno assegnate dallo Stato;
- preso atto che a tutt'oggi la definizione della ripartizione-delle risorse statali di cui alla legge 30 dicembre 2021, n. 234, destinate a tutte le regioni e alla Regione autonoma Valle d'Aosta, non è ancora avvenuta;
- precisato che, oltre che sulle risorse previste dai fondi statali di cui alla legge 30 dicembre 2021, n. 234, non ancora assegnate, la realizzazione degli interventi da attivarsi in caso di una pandemia influenzale che richieda la mobilitazione di risorse economiche (PanFlu 2021-2023), trova copertura finanziaria per il 2022 e il 2023 nei trasferimenti ordinari annuali per il finanziamento della spesa sanitaria e per investimenti in ambito sanitario all'Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta, di cui alla legge regionale 22 dicembre 2021, n. 35;
- ritenuto, in attesa dell'atto di assegnazione delle suddette risorse da parte del Ministero della salute, di procedere al recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021 – 2023) rep. atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021" e

all'approvazione del piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023;

- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1713 in data 30 dicembre 2021, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2022/2024 e delle connesse disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dal dirigente della struttura Igiene e sanità pubblica e veterinaria congiuntamente al Coordinatore del dipartimento sanità e salute dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute, politiche sociali, Roberto Alessandro Barmasse;
- ad unanimità di voti favorevoli,

#### DELIBERA

- 1) di recepire l'Accordo, sancito dalla Conferenza Stato Regioni sul documento, recante "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu 2021 – 2023) rep. atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021";
- 2) di approvare il Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu 2021 – 2023), di cui il documento in allegato 1, in cui si descrivono una parte di introduzione generale, gli obiettivi, la struttura e gli aspetti operativi generali connessi all'organizzazione regionale con definizione della governance e dei flussi di comunicazione interna ed esterna, costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 3) di prendere atto dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu 2021 – 2023), predisposti dal gruppo di coordinamento regionale in collaborazione con la struttura competente regionale: di definizione delle varie fasi pandemiche e delle azioni di pianificazione da intraprendere, in cui, per ogni singola fase pandemica (interpandemica, allerta, pandemica e di transizione) e per ogni macro-area identificata (servizi sanità pubblica, servizi ospedaliera, ecc), sono riportate in modo descrittivo, oltre all'attività in generale, le azioni principali da attuarsi a livello regionale e declinate a livello aziendale USL, e di definizione attraverso una check-list del dettaglio delle azioni descritte con classificazione in "essenziali" ed "auspicabili" in ordine di priorità attuativa;
- 4) di prendere atto della stima delle risorse economiche, che ammontano a euro 6.465.000,00 (seimilioni quattrocentosessantacinquemila/00), di cui si riporta il dettaglio in allegato 2 alla presente deliberazione, necessarie a garantire la realizzazione delle attività previste nella fase interpandemica del Piano, di stabilire peraltro che il piano delle attività e degli interventi previsti sarà rimodulato e correlato all'entità delle risorse finanziarie effettive che saranno assegnate dallo Stato e di prendere atto, inoltre, della mappa aggiornata regionale della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e delle strutture da utilizzare come strutture sanitarie "alternative", predisposte dal gruppo di coordinamento regionale in collaborazione con la struttura competente regionale;
- 5) di stabilire che i documenti di cui ai punti 2), 3) e 4) siano da intendere working in progress, soggetti, quindi, a rimodulazione e aggiornamento costante, con provvedimento dirigenziale del dirigente della struttura regionale competente in materia di igiene e sanità pubblica;

- 6) di recepire i contenuti dei seguenti atti normativi e di disciplina, ritenuti fondamentali per dare attuazione a quanto previsto dal “Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”:
- il DM del 5 maggio 2021, con il quale è stata costituita la Rete italiana di preparedness pandemica influenzale,
  - il decreto del Direttore Generale della Prevenzione del 1° giugno 2021, con il quale è stata costituita la Rete DISPATCH,
  - il decreto del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute del 1° giugno 2021, con il quale è stata istituita la Rete di Epidemic Intelligence Nazionale,
  - il decreto dei Direttori Generali del Ministero della Salute del 6 giugno 2021, con il quale è stata istituita una Rete nazionale dei laboratori pubblici umani e veterinari,
  - il decreto dirigenziale del Ministero della Salute del 7 giugno 2021, con il quale è stato istituito il Nucleo permanente di comunicazione del rischio sanitario,
  - la circolare prot. 0018278 del 30/7/2021 dei Direttori Generali del Ministero della Salute, con la quale è stata definita la procedura di allerta rapida delle informazioni della rete dei laboratori di diagnostica microbiologica e medicina veterinaria,
  - la nota del Gabinetto del Ministero della salute prot. n. 0013975 del 30/07/2021 relativa alla documentazione concernente il "Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023";
  - la nota del Gabinetto del Ministero della salute prot. n. 0013981 del 30/07/2021, relativa all’informativa concernente le "Linee di indirizzo per la predisposizione di scorte strategiche di DPI, dispositivi medici, medicinali e forniture",
  - il Piano di contingenza operativo in caso di pandemia virale predisposto dal Dipartimento di Protezione civile nazionale,
  - il Piano di formazione nazionale,
  - il Protocollo protocollo nazionale per la valutazione dei primi casi che permetta di caratterizzare la trasmissibilità del virus pandemico e le caratteristiche di gravità clinica delle infezioni;
- 7) di dare mandato all’Azienda USL di predisporre entro fine maggio 2022 il Piano attuativo aziendale per la gestione pandemica influenzale 2022/2023, da approvare con deliberazione del Direttore Generale e da trasmettere all’Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
- 8) di dare mandato all’Azienda USL di predisporre entro settembre 2022 un Piano di formazione, sulla base del Piano di formazione nazionale, di cui “Piano strategico–operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu 2021 – 2023)”, da attuare in tempi successivi;
- 9) di dare mandato all’Azienda USL di coordinare entro l’anno 2022, attraverso i Comuni, l’effettuazione di un censimento degli avicoli di tutti gli allevamenti familiari con meno di 50 capi presenti sul territorio regionale, come elemento di preparedness in previsione di un eventuale epidemia influenzale di origine aviaria;
- 10) di garantire il monitoraggio e l’aggiornamento del PanFlu attraverso il coordinamento delle attività da parte del comitato pandemico regionale istituito ai sensi del “Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”, che si riunisce a tal fine con frequenza di incontri in principio bimensili e successivamente con periodicità modulata sulla base delle evidenze e necessità e che operi



secondo gli indirizzi del Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento nazionale;

- 11) di dare atto che, non appena i fondi statali di cui alla legge 30 dicembre 2021, n. 234 saranno assegnati alla Regione Valle d'Aosta/Région autonome de la Vallée d'Aoste si provvederà con successivi atti a istituire i pertinenti capitoli sui quali prenotare/impegnare le spese collegate alle attività del Piano regionale, finanziabili con gli stessi, e ad accertare i contributi relativi alle quote finanziate a valere sulle annualità 2022 e 2023;
- 12) di stabilire che la presente deliberazione non comporta nuovi o maggiori oneri sul bilancio regionale e che le spese di cui trattasi trovano copertura nei trasferimenti ordinari annuali per il finanziamento della spesa sanitaria e per investimenti in ambito sanitario all'Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta, di cui alla legge regionale 22 dicembre 2021, n. 35;
- 13) di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata sul sito web della Regione Autonoma Valle d'Aosta, sezione Sanità, comprendendo nella pubblicazione tutti i documenti attuativi, atti normativi e di disciplina, citati da detta deliberazione;
- 14) di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa, a cura della struttura regionale competente in materia, al Ministero della Salute e all'Azienda USL della Valle d'Aosta.

§



**PIANO STRATEGICO-OPERATIVO  
REGIONALE DI PREPARAZIONE E  
RISPOSTA A UNA PANDEMIA  
INFLUENZALE  
(PanFlu) 2021-2023**

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO**

**Il presente documento è denominato “Piano strategico-operativo  
regionale di preparazione e risposta a una pandemia  
influenzale  
(PanFlu) 2021-2023”**

## **SOMMARIO**

ELENCO DI DIRAMAZIONE ED ENTI INTERESSATI

AGGIORNAMENTO DEL PIANO

### **1. INTRODUZIONE**

1.1. PREMESSE

1.2. GRUPPO DI LAVORO

1.3. La RETE DEI SERVIZI

1.4. INFLUENZA PANDEMICA E PANDEMIA DA CORONAVIRIS

1.5. STRUMENTI GIURIDICI PER LA PIANIFICAZIONE E RISPOSTA ALLE  
EMERGENZE IN SANITA' PUBBLICA

- **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- **DOCUMENTI INTERNAZIONALI PER LA PREPAREDNESS  
DI PIANI PANDEMICI**

1.6. RAZIONALE DEL PIANO NELLA REGIONE

1.7. CONTESTO

1.8. GLOSSARIO

1.9. APPROCCIO ALLA PIANIFICAZIONE ADOTTATO

### **2. IL PIANO**

2.1. FINALITA' DEL PIANO

2.2. TIPOLOGIE

2.3. **Strategia operativa**

### **3. SISTEMA DI COORDINAMENTO**

**3.1. DEFINIZIONE A LIVELLO REGIONALE DELL'ORGANIZZAZIONE**

**3.2 GRUPPI CON PARTICOLARI VULNERABILITÀ**

**3.3 DEFINIZIONE DEL COORDINAMENTO CON ALTRI ENTI E AMMINISTRAZIONI  
PUBBLICHE**

### **4. FASI PANDEMICHE**

**SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA**

**MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'EPIDEMIA**

### **5. MONITORAGGIO, VALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PIANO PANDEMICO INFLUENZALE**

### **6. COMUNICAZIONE**

## **ELENCO DI DIRAMAZIONE ED ENTI INTERESSATI**

### **AMMINISTRAZIONE REGIONALE**

- Presidente della Regione
- Coordinatore Dipartimento Risorse Naturali e Corpo Forestale
- Coordinatore Dipartimento programmazione, risorse idriche e territorio
- Coordinatore dipartimento ambiente
- Coordinatore Dipartimento sanità e salute
- Coordinatore Dipartimento politiche sociali
- Capo della Protezione Civile
- Comandante del Corpo valdostano dei Vigili del Fuoco
- Comandante del Corpo forestale della Valle d'Aosta
- Ufficio Stampa

### **FORZE DELL'ORDINE**

Questura della Valle d'Aosta

Comando del Gruppo Carabinieri di Aosta

Comando regionale Guardia di Finanza della Valle d'Aosta

### **FORZE ARMATE**

Comando Centro Addestramento Alpino

### **ENTI VARI**

Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente – A.R.P.A.

Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta-S.C. Valle d'Aosta - CERMAS

Unità Sanitaria Locale Valle d'Aosta

118 dell'Unità Sanitaria Locale

Comitato Regionale Croce Rossa Italiana

Coordinamento regionale Volontariato di Protezione Civile

### **ENTI LOCALI**

Presidente Consiglio Permanente degli Enti Locali (C.P.E.L.)

**Ciascun ente destinatario del presente piano è tenuto a tenere e ad aggiornare una propria rubrica dei recapiti degli enti, comandi e soggetti interessati dal presente piano.**

## AGGIORNAMENTO DEL PIANO

### Gli Enti destinatari del Piano sono tenuti:

- a comunicare tempestivamente all'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali eventuali errori riscontrati o sopravvenute variazioni relative ai dati riportati nel documento;
- ad apportare al documento le aggiunte/varianti che potranno essere diramate dall'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali per effetto di modificazioni all'attuale normativa o per altri motivi, registrando l'avvenuta operazione sulla tabella di seguito riportata.

### REGISTRAZIONE DELLE REVISIONI

INDICE DI REVISIONE	DATA E PROTOCOLLO DI AGGIORNAMENTO	N. PAGINE/ E VARIATE/ E
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 PREMESSE

Il presente Piano viene redatto nella Regione Valle Aosta sulla base delle indicazioni contenute nell'Accordo 25 gennaio 2021 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)». (Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021), Supplemento ordinario 29.01.2021 n.7 alla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 23 e delle elaborazioni di un gruppo di lavoro composto da professionalità appartenenti a diverse organizzazioni che fanno riferimento all'Azienda USL della Valle d'Aosta, al Dipartimento Protezione civile e vigili del fuoco e all'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali, secondo le seguenti modalità.

Lo stesso Piano nazionale sostituisce il precedente “Piano Italiano Multifase per una Pandemia Influenzale” dell'anno 2002, ricalcando gli obiettivi e le indicazioni delineate dall'OMS e rappresenta uno dei riferimenti nazionali per la definizione dei piani operativi regionali.

In coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale a livello della Regione Valle d'Aosta è stato approvato il Piano pandemico influenzale operativo regionale il 27 luglio 2009, il quale ha assunto principi e obiettivi generali del Piano nazionale con la finalità di disporre di uno strumento operativo per declinare nella specifica realtà organizzativa regionale le indicazioni contenute nel Piano nazionale.

Dal confronto avuto con le Regioni, settori Area Prevenzione, in data 17 settembre 2021 ed in data 23 settembre anche in presenza del Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione e Direzione Generale della Programmazione Sanitaria), con riferimento alle indicazioni contenute nell'appendice A2 del piano pandemico “Indicazioni per la stesura dei Piani pandemici regionali” (pag. 107), al fine di standardizzare alcune parti del piano e facilitare il percorso di stesura dello stesso rendendo i diversi Piani Regionali più confrontabili tra loro, è stata condivisa la seguente proposta:

il Piano è redatto secondo uno schema di lavoro suddiviso in tre parti:

- prima parte di introduzione generale in cui si descrivono gli obiettivi, la struttura e gli aspetti operativi generali connessi all'organizzazione regionale con definizione della governance e dei flussi di comunicazione interna ed esterna;
- seconda parte di definizione delle varie fasi pandemiche e delle azioni di pianificazione da intraprendere; per tale parte è prevista la descrizione delle azioni da elaborarsi su un “format predefinito” in cui, per ogni singola fase pandemica (interpandemica, allerta, pandemica e di transizione) e per ogni macro-area identificata (servizi sanità pubblica, servizi ospedaliera,

ecc), sono riportate in modo descrittivo, oltre all'attività in generale, le azioni principali da attuarsi a livello regionale;

- terza parte (completamento delle singole attività delle macroaree) di definizione di una checklist legata alle azioni descritte con classificazione in “essenziali” ed “auspicabili” esplicitate in base alla propria realtà ed al proprio ordine di priorità attuativa.
- Infine, nella strutturazione dell'indice proposta per la stesura dei Piani pandemici regionali, alcune parti attengono ai Documenti Attuativi e verranno aggiunti successivamente.

**1.2 Per redigere questo documento è stato formato un Gruppo di Lavoro (GdL) composto dalle seguenti figure con i rispettivi incarichi:**

- Direttore Sanitario Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero “U.Parini” Azienda Usl della Valle d'Aosta o suo delegato
- Direttore Area Territoriale Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore SC Analisi cliniche Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore D.E.R.A. Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore S.C. Farmacia Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore della S. C. Sanità Animale Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore della S. C. Igiene e Sanità pubblica Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Capo Dipartimento Protezione Civile e Vigili del fuoco
- Direttore della SC Valle d'Aosta con annesso CERMAS dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta
- Responsabile SS servizio di Prevenzione e Protezione Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Dirigente Struttura Igiene e Sanità Pubblica e Veterinaria Assessorato sanità, salute e politiche sociali



### 1.3 RETE DEI SERVIZI

La rete Ospedaliera della Valle d'Aosta è costituita da un unico presidio articolato su tre sedi diverse. La sede principale è denominata PO «U.Parini» mentre le sedi secondarie sono il PO «Beauregard» e la sede di Via St Martin de Corleans. In tale rete è inserito anche l'unico presidio ospedaliero privato regionale convenzionato ISAV di Saint Pierre.

L'Area Territoriale si articola nei Distretti che rappresentano gli ambiti organizzativi per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria, di tutela e di promozione della salute, di prestazioni socio sanitarie, di erogazione dei servizi e delle prestazioni socio assistenziali e di integrazione tra servizi sanitari e servizi socioassistenziali. L'area Territoriale è formata dalla seguenti strutture :

- 1 Ambulatorio - Cogne
- 2 Ambulatorio - La Thuile
- 4 Centro traumatologico - Ayas - Champoluc
- 5 Centro traumatologico - Cervinia - Breuil
- 6 Centro traumatologico - Courmayeur
- 7 Centro traumatologico - Gressoney-Saint-Jean
- 8 Centro traumatologico - La Thuile
- 9 Centro traumatologico - Pila - Gressan
- 10 Consultorio - Aosta est
- 11 Consultorio - Aosta ovest
- 12 Consultorio - Brusson
- 13 Consultorio - Charvensod
- 14 Consultorio - Nus
- 15 Consultorio - Saint - Pierre
- 16 Consultorio - Sarre
- 17 Consultorio - Valtournenche
- 18 Consultorio - Verrayes
- 19 Consultorio - Verrès
- 20 Consultorio Variney - Gignod
- 21 Distretto 1 - MORGEX
- 22 Distretto 2 - AOSTA
- 23 Distretto 3 - CHÂTILLON
- 24 Distretto 4 - DONNAS
- 25 Ospedale Beauregard
- 26 Ospedale regionale Umberto Parini

- 27 Poliambulatorio - Aosta
- 28 Poliambulatorio - Châtillon
- 29 Poliambulatorio - Donnas
- 30 Poliambulatorio - Morgex
- 31 Presidio - Antey-Saint-André
- 34 Presidio - Villeneuve
- 35 Sportello sociale - Aosta
- 36 Sportello sociale - Châtillon
- 37 Sportello sociale - Gignod
- 38 Sportello sociale - Morgex
- 39 Sportello sociale - Pont-Saint-Martin
- 40 Sportello sociale - Quart
- 41 Sportello sociale - Verrès
- 42 Sportello sociale - Villeneuve

Il Distretto è costituito al fine di garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale mediante il necessario coordinamento tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, medici specialisti ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali ed i presidi ospedalieri ed extra ospedalieri accreditati;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'attività consulenziale per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- l'attività ed i servizi rivolti ai disabili e a gli anziani;
- l'attività ed i servizi di assistenza domiciliare integrata;

Criteri riorganizzativi:

L'area territoriale svolge il suo ruolo sul territorio mediante opportuna attività di filtro verso i Presidi Ospedalieri. In tale ambito si avvale della collaborazione di:

- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera e di continuità assistenziale
- Unità speciali di Continuità Assistenziale (USCA. Ogni USCA è composta, di norma, di un numero di medici pari a quelli già attivati nella sede di Continuità Assistenziale o da un numero congruo rispetto alla casistica,
- L'assistenza infermieristica nell'ambito distrettuale, accanto al mantenimento delle cure

- domiciliari indirizzate alla popolazione fragile, di tutte le fasce di età, provvede a:
- garantire l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali per anziani;
  - l'effettuazione dei tamponi diagnostici presso i presidi sanitari o a domicilio agli utenti sintomatici o paucisintomatici per la presa in carico e il trattamento precoci;
  - mantenere un contatto proattivo secondo le modalità dell'infermiere di Comunità

### Area della Prevenzione

Situazione Attuale :

Attualmente il servizio viene erogato sulle seguenti sedi :

- SEDI PRINCIPALI: Dipartimento di prevenzione e stabile Ex maternità (sono le sedi ove viene effettuata l'attività di contact tracing e sorveglianza sanitaria).
- POLIAMBULATORIO E CONSULTORI: attualmente l'attività di vaccinazione viene effettuata presso le seguenti sedi: Poliambulatorio di Morgex, Poliambulatorio di Aosta, Consultorio di Pont Suaz, Poliambulatorio di Châtillon, Poliambulatorio di Donnas, Consultorio di Nus.
- L'attività ambulatoriale è effettuata presso: Poliambulatorio di Morgex, Poliambulatorio di Aosta, Poliambulatorio di Châtillon.

### Organizzazione Monitoraggio

In considerazione dell'aumento della curva epidemiologica/del contagio, si può prospettare una riduzione dell'attività ordinaria con il principale fine di reindirizzare il personale afferente alla struttura all'attività di contact tracing/sorveglianza sanitaria e vaccinazione.

### Procedure Operative

Al fine di migliorare, e rendere contestualmente più flessibile ed efficace l'attività di sorveglianza sanitaria legata alla pandemia, la S.C. Igiene e Sanità Pubblica propone l'individuazione di un pool di operatori qualificati e formati da impiegare con disponibilità immediata in base all'andamento epidemiologico. Lo schema di "allerta" da utilizzare potrebbe essere il seguente: fino a 12 nuovi casi di positivi 12 medici/operatori sanitari del Dipartimento sono sufficienti per la sorveglianza sanitaria e il contact-tracing. All'aumentare dei nuovi casi sarà necessario incrementare di un operatore ogni 10 nuovi casi positivi.

### Sala Operativa Regionale

Nel caso in cui si prevede la situazione di emergenza possa assumere carattere eccezionale, viene attivata la SOR con le relative funzioni di supporto. Alle attività delle funzioni di supporto – ciascuna con una propria specifica postazione operativa attivata presso la sala operativa – partecipano le diverse componenti e strutture operative della Protezione civile.

### In Valle d'Aosta è attivo il Numero Unico per le Emergenze 112

Al numero 112 risponde la Centrale Unica di Risposta (CUR) che valuta la gravità della situazione e, se necessario, mette in contatto il cittadino/utente con la Centrale Unica del Soccorso (CUS) e con il Soccorso Sanitario (118) che provvede a gestire la missione di soccorso e a inviare personale e mezzi idonei

Per contattare la Centrale Unica del Soccorso, a seconda della tipologia di intervento richiesta, è possibile chiamare i seguenti numeri di telefono:

Soccorso Sanitario (118): **112**

Corpo Valdostano Vigili del Fuoco (115): **112**

Protezione civile regionale: **800.319.319**

Corpo Forestale della Valle d'Aosta: **1515**

Soccorso Alpino Valdostano: **800.800.319**

In Valle d'Aosta il Sistema di Emergenza Sanitaria è composto da 3 strutture operative autonome tra loro integrate, per assicurare il coordinamento e la continuità di cure tra il territorio e l'ospedale.

- Soccorso Sanitario 118 con la Centrale Operativa denominata "Valle d'Aosta Soccorso 118"
- Centrale unica del soccorso (CUS)
- Pronto Soccorso Ospedaliero - Medicina e Chirurgia d'Urgenza

### Centrale unica del soccorso (CUS).

Ubicata a Saint-Christophe presso la sede della palazzina aeroportuale della Protezione Civile regionale, la struttura accoglie gli operatori della Protezione civile, del Soccorso Alpino Valdostano, del Corpo Forestale della Valle d'Aosta, del 118, del Corpo valdostano dei Vigili del Fuoco. Gestisce e coordina i servizi di soccorso.

### Dipartimento Emergenza, Rianimazione e Anestesia

Strutture afferenti al Dipartimento Emergenza, Rianimazione e Anestesia:

S.C. Anestesia e Rianimazione

- S.S. Anestesia e intensiva medicina perioperatoria
- S.S. Terapia intensiva

S.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza (MeCUA) e Emergenza territoriale

- S.S. Osservazione breve intensiva (OBI)
- S.S. Centrale operativa, soccorso sanitario e emergenza territoriale

S.S.D. Terapia del dolore

## 1.4 INFLUENZA PANDEMICA E PANDEMIA DA CORONAVIRIS

Le pandemie influenzali sono eventi imprevedibili, ma ricorrenti che possono avere un impatto significativo sulla salute, sulle comunità e sull'economia di tutto il mondo. Si verificano quando emerge un nuovo virus influenzale contro il quale le persone hanno poca o nessuna immunità e si diffonde in tutto il mondo. L'influenza è una malattia respiratoria acuta conosciuta da molto tempo, ma il virus che ne è causa è stato identificato solo agli inizi degli anni '30 dello scorso secolo. I virus influenzali sono in grado di infettare uomini, altri mammiferi ed uccelli, e si raggruppano in 3 diversi tipi: A, B e C, ma solo i primi due sono importanti per la specie umana. I virus influenzali di tipo A, poi, oltre a causare ricorrenti epidemie stagionali (insieme ai virus di tipo B, con i quali spesso co-circolano), sono stati gli unici a provocare pandemie.

Sia i virus di tipo A che, in minor misura, quelli di tipo B, riproducendosi tendono a mutare e ogni anno accumulano piccole mutazioni (cosiddetti drift), che rendono conto della ricorrenza delle epidemie stagionali (nella stagione fredda, l'influenza ritorna e trova una popolazione suscettibile più o meno ampia) e della necessità di aggiornare il vaccino in base al ceppo mutato.

Il presente piano, oltre a stabilire le azioni da intraprendere per prepararsi nei confronti di un evento pandemico (ad esempio, effettuare esercitazioni, assicurare la disponibilità di DPI per gli operatori sanitari delle strutture dei SSR e per gli USMAF/SASN, provvedere alle scorte/assicurare la disponibilità – e in caso di necessità di piattaforme per il rapido sviluppo di farmaci antivirali antiinfluenzali e vaccini pandemici contro virus influenzali aviari che si dimostrino in grado di passare all'uomo, etc.), prefigura anche le possibili risposte in tempo di epidemia (es. catena di comando, chi fa che cosa, misure di prevenzione e controllo, ecc.), nonché le azioni di monitoraggio dell'attuazione del piano stesso.

Nel corso del 2020, è accaduto un evento del tutto inusuale. Se è vero, infatti, che le pandemie influenzali prima o poi si verificano anche se in termini temporali del tutto imprevedibili, sul finire del 2019 è emerso in Cina un virus diverso da quello influenzale, un nuovo coronavirus, che è stato in grado di determinare un evento pandemico. Quanto stiamo apprendendo dalla pandemia SARS-CoV-2 è utile per la messa a punto di piani pandemici influenzali ed in prospettiva per la risposta ad altri patogeni capaci di causa epidemie/pandemie. La pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 conferma l'imprevedibilità di tali fenomeni e che bisogna essere il più preparati possibile ad attuare tutte le misure per contenerli sul piano locale. Mettere a punto un piano di preparazione regionale per affrontare una pandemia influenzale richiede oggi, anche alla luce della esperienza in corso con SARS-CoV-2, saper contestualizzare le misure rispetto alla specificità delle pandemie da virus influenzali, ed allo stesso tempo la consapevolezza che queste sono una parte dei potenziali scenari che si possono verificare in relazione ad altri patogeni emergenti. Questo piano, pur facendo tesoro di quanto appreso dalla pandemia in corso, –si focalizza sulla preparazione rispetto a scenari pandemici da virus influenzali.

La pianificazione e la preparazione sono fondamentali per contribuire a mitigare il rischio e l'impatto di una pandemia influenzale e per gestire la risposta e la conseguente ripresa delle normali attività.

## **1.5 STRUMENTI GIURIDICI PER LA PIANIFICAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE IN SANITA' PUBBLICA**

### **NORMATIVA DI RIFERIMENTO:**

- gli articoli 32, 117, comma 2, lettera q), e 118 della Costituzione;
- il regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché', alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva n. 95/46/CE;
- la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale» e, in particolare, l'art. 32;
- l'art. 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, in materia di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali;
- l'art. 47-bis del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, che attribuisce al Ministero della salute le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute;
- il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali;
- il decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante «Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché' alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva n. 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)»;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) recante norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, e, in particolare, l'articolo 2, comma 2, che attribuisce alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle Aziende USL;
- la legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica)

e, in particolare, l'articolo 34, comma 3, il quale stabilisce che la Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste provvede al finanziamento del Servizio sanitario nazionale senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa attribuiti e, a integrazione, le risorse dei propri bilanci;

- Accordo 25 gennaio 2021. Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)». (Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021);
- l'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-regioni nella seduta del 6 agosto 2020 - atto rep. n. 127, di adozione del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025;
- l'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-regioni nella seduta del 19 gennaio 2017 - atto rep. n. 10, sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;
- Il Ministero della Salute ha emanato l'8 aprile la Circolare Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2021-2022, elaborata dalla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, in accordo con l'Istituto superiore di sanità. Dopo essere stata sottoposta al Coordinamento Interregionale della Prevenzione, la circolare ha avuto parere favorevole il 6 aprile da parte del Consiglio Superiore di Sanità.
- La vaccinazione costituisce la più efficace strategia di prevenzione dell'influenza. Occorre anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale, a partire dall'inizio di ottobre e, comunque, di offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili, in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione.
- Si raccomanda la vaccinazione antinfluenzale nella fascia di età 6 mesi - 6 anni, anche allo scopo di ridurre la circolazione del virus influenzale fra gli adulti e gli anziani. Inoltre, al fine di facilitare la diagnosi differenziale nelle fasce di età a maggiore rischio di malattia grave, la vaccinazione antinfluenzale è fortemente raccomandata e può essere offerta gratuitamente nella fascia d'età 60-64 anni.
- La vaccinazione è, inoltre, fortemente raccomandata per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, che operano a contatto con i pazienti, e per gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungodegenza.
- La circolare raccomanda l'attivazione di campagne di informazione/educazione della popolazione e degli operatori sanitari coinvolti nella attuazione delle strategie vaccinali;
- La dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020, con la

- quale l'epidemia da nuovo Coronavirus 2019-nCoV, successivamente denominato SARS-CoV-2, è stata valutata come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale;
- la successiva dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come "pandemia" in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;
  - le delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021 e del 21 aprile 2021 con le quali è stato dichiarato e prorogato fino al 31/07/2021 lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;
  - il decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 (Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche), e, in particolare, l'articolo 1, ai sensi del quale "In considerazione del rischio sanitario connesso al protrarsi della diffusione degli agenti virali da COVID-19, lo stato di emergenza dichiarato con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, prorogato con deliberazioni del Consiglio dei ministri del 29 luglio 2020, 7 ottobre 2020, 13 gennaio 2021 e 21 aprile 2021, è ulteriormente prorogato fino al 31 dicembre 2021";
  - Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
  - DGR 1343 del 14/12/2020 di recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020/2025;
  - DGR 785 del 12/06/2017 di Approvazione del Piano Regionale Prevenzione vaccinale 2017/2019 e recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il Piano Nazionale Prevenzione vaccinale (PNPV) 2017/2019; il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017, costituisce il documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. In considerazione delle condizioni eccezionali provocate dalla pandemia di COVID-19, con deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021, la validità del PNPV è stata prorogata a tutto il 2021.



- la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali prodotte ed erogate nella Regione) e in particolare l'articolo 2 che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali e appropriati di assistenza definiti dal Piano socio-sanitario regionale;
- la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 (Approvazione del Piano Regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013);
- la deliberazione della Giunta regionale n. 1241, in data 13 settembre 2019, recante l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nella Regione autonoma Valle d'Aosta. Revoca parziale delle DGR 1902/2014 e 1054/2016 e revoca delle DGR 986/2015, 1109/2016, 896/2017 e 142/2019. Prenotazione di spesa” e, in particolare, l'allegato D “Prestazioni di assistenza sanitaria aggiuntive per i soggetti residenti in Valle d'Aosta;
- con Ordinanza n. 29 del 18 gennaio 2021 del Presidente della Regione è stata istituita l'Unità di supporto e di coordinamento per l'emergenza Covid-19;
- Sentenza 37/2021 (ECLI:IT:COST:2021:37) Corte costituzionale; si richiamano di seguito alcune parti della sentenza, utili come riferimenti normativi.

Il Servizio sanitario nazionale è «costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività [di Stato, Regioni ed enti locali territoriali] destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica» (art. 1, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»). Le autonomie regionali, ordinarie e speciali, non sono quindi estranee alla gestione delle crisi emergenziali in materia sanitaria, in ragione delle attribuzioni loro spettanti nelle materie “concorrenti” della tutela della salute e della protezione civile. In particolare, spetta anche alle strutture sanitarie regionali operare a fini di igiene e profilassi, ma nei limiti in cui esse si inseriscono armonicamente nel quadro delle misure straordinarie adottate a livello nazionale, stante il grave pericolo per l'incolumità pubblica.

Dal punto di vista storico, peraltro, la profilassi delle malattie infettive è sempre stata appannaggio dello Stato. L'art. 112, comma 3, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59) ha da ultimo confermato, quanto alla sorveglianza e al controllo di epidemie di dimensioni nazionali e internazionali, la competenza statale, pur delegata alle Regioni dall'art. 7, comma 1, lettera a), della menzionata legge n. 833 del 1978.

Fin dall'art. 32 della legge n. 833 del 1978, si è stabilito che il potere di adottare ordinanze contingibili e urgenti in materia di igiene e sanità pubblica spetta a Regioni ed enti locali, esclusivamente laddove l'efficacia di tali atti possa essere garantita da questo livello di governo, posto che compete invece al Ministro della salute provvedere quando sia necessario disciplinare l'emergenza sull'intero territorio nazionale o su parti di esso comprendenti più Regioni.

Nel vigore del nuovo Titolo V della Parte II della Costituzione, infine, l'indirizzo volto ad adattare il governo dell'emergenza, anche sanitaria, al carattere locale o nazionale di essa, ha trovato ulteriore sviluppo con il decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1 (Codice della protezione civile).

L'art. 7, comma 1, lettera c), in correlazione con l'art. 24 seguente, radica nello Stato il potere di adottare ordinanze contingibili e urgenti di protezione civile, acquisita l'intesa con le Regioni e le Province autonome «territorialmente interessate», sicché, ancora una volta, è l'eventuale concentrazione della crisi su di una porzione specifica del territorio ad imporre il coinvolgimento delle autonomie quando, pur a fronte di simile localizzazione, l'emergenza assuma ugualmente “rilievo nazionale”

L'art. 36 della legge 16 maggio 1978, n. 196 (Norme di attuazione dello statuto speciale della Valle d'Aosta) sottrae al trasferimento delle funzioni amministrative in favore della Regione quelle attinenti «ai rapporti internazionali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, ivi compresa la profilassi internazionale»,

Al Presidente della Giunta è attribuita una funzione attinente all'ordine pubblico, che gli spetta in via esclusiva ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera h), Cost. e dell'art. 44 legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 4 (Statuto speciale per la Valle d'Aosta). Quest'ultima attribuzione, che pone la Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste sul medesimo piano delle Regioni a statuto ordinario (in forza dell'art. 10 della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante: «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione»).

La competenza esclusiva è statale in tema di profilassi internazionale (art. 117, secondo comma, lettera q, Cost.), a seguito della dichiarazione dello stato pandemico da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), e di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.), oltre che a principi fondamentali della materia tutela della salute, tali da imporsi anche all'autonomia speciale.

La Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste non vanta ulteriori competenze statutarie, anche perché l'art. 36 della legge 16 maggio 1978, n. 196 (Norme di attuazione dello statuto speciale della Valle d'Aosta) eccettua dal trasferimento delle funzioni amministrative in materia di igiene sanità, assistenza ospedaliera e assistenza profilattica i

«rapporti internazionali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, ivi compresa la profilassi internazionale» .

La normativa statale consente alle Regioni di gestire «esclusivamente in via amministrativa» la fase emergenziale.

Tale assetto corrisponderebbe alla necessità di una gestione unitaria della crisi, di carattere internazionale, anche in ragione della allocazione delle funzioni amministrative, da parte del legislatore statale, secondo il principio di sussidiarietà (art. 118 Cost.), e a seguito di una «parziale attrazione allo Stato».

Le Regioni devono «esercitare i propri poteri in materia sanitaria in modo da non contraddire il contenuto delle misure statali, se del caso specificandole a livello operativo». Lo statuto di autonomia, poiché quest'ultimo assegna al solo Presidente della Giunta il compito di mantenere l'ordine pubblico secondo le disposizioni del Governo.

Alla Regione sono attribuite le competenze concorrenti in tema di tutela della salute, istruzione, ordinamento sportivo, valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione delle attività culturali, e quelle residuali in tema di commercio e trasporto pubblico locale.

La «normativa emergenziale statale è immediatamente efficace», e le ordinanze del Presidente della Giunta si limitano «a meglio dettagliare tale disciplina».

In questo quadro, la definizione di quali organi siano competenti, nell'ambito dell'ordinamento regionale, sia a prestare la collaborazione demandata dallo Stato, sia ad esercitare le attribuzioni demandate alla Regione, non può spettare, in linea di principio, che alla Regione stessa, nell'esercizio della competenza legislativa residuale in tema di ordinamento e organizzazione degli uffici (da ultimo, sentenza n. 250 del 2020).

### **Tutela della salute quale “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” e le sue connessioni con il principio di solidarietà sociale**

La tutela della salute, quale “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” (art. 32, Costituzione), è ontologicamente dualista, rilevando, da un lato, in un'accezione individuale e soggettiva e, dall'altro, in una dimensione sociale e oggettiva. Il diritto alla tutela della salute del singolo consta non soltanto del diritto, sociale, alle cure – ossia del diritto “fondamentale e originario” di ciascuno di essere curato –, ma anche del diritto di curarsi nel momento e nel modo che si reputi più appropriato o di non curarsi affatto, declinando l'offerta di cure. Un contesto nell'ambito del quale il diritto alla tutela della salute esige limitazioni di altre libertà del singolo e della collettività è sicuramente quello che si caratterizza per la diffusione di malattie infettive: l'epidemia è un fatto emergenziale, empiricamente individuato e scientificamente provato, che mettendo in pericolo la salute dei singoli e la sopravvivenza della comunità nel suo insieme impone al decisore pubblico di individuare le soluzioni idonee a

neutralizzare o minimizzare i rischi anche attraverso la limitazioni di distinti diritti e libertà fondamentali. La possibilità di introdurre limitazioni alle libertà fondamentali per accadimenti legati alle esigenze di tutela della salute non discende solo dalla sua coesistente natura di “interesse della collettività” che lo riconduce nel novero dei diritti sociali ma anche dal principio fondamentale di solidarietà sociale evincibile dall’art. 2 della Costituzione in forza del quale ciascun consociato è tenuto a rinunciare ad una quota dei diritti della propria sfera di libertà per esigenze superiori connesse alla comune appartenenza ad una comunità organizzata vieppiù quando sia messa in pericolo la sua stessa esistenza. Tuttavia limitazioni in tal senso possono ritenersi compatibili con le garanzie costituzionali dei diritti di libertà solo nella misura in cui siano strettamente necessarie a garantire il diritto fondamentale alla tutela della salute individuale e collettiva, nel rigoroso rispetto del principio di proporzionalità, anche sub specie di adeguatezza della misura limitativa introdotta rispetto alla finalità di tutela.

Da quanto precede risulta che nell’attuale contesto emergenziale è il principio di solidarietà sociale, prima ancora che la dimensione sociale e oggettiva del diritto alla tutela della salute, a giustificare le misure limitative delle libertà fondamentali e ci. anche in ragione del fatto che il diritto alla salute, pur non potendo in alcun caso assumere nei giudizi di bilanciamento dei valori costituzionali i connotati del c.d. diritto tiranno, rappresenta oggettivamente una vera e propria precondizione per il riconoscimento e per la effettiva fruibilità dei diritti di libertà e proprio in ragione della sua natura ambivalente di diritto fondamentale e, al contempo, di interesse della collettività, giustifica, in chiave solidaristica, nelle situazioni di emergenza sanitaria di conclamata gravità, quale quella in corso, la previsione di misure limitative di quei diritti, anche fondamentali, il cui pieno esercizio è incompatibile con le misure di prevenzione e di contrasto della pandemia necessarie, secondo i più accreditati protocolli scientifici, alla tutela della salute individuale e collettiva.

### **Riparto di competenze e le strategie ordinariamente messe in atto per la tutela della salute nell’ambito di una governance multilivello.**

A livello nazionale, come noto, la riforma del Titolo V della Costituzione – realizzata con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 – ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, attuando un pluralismo di centri di responsabilità e rafforzando in modo significativo il ruolo delle Regioni nell’organizzazione dei servizi sanitari.

Come noto restano tuttavia ascrivibili alla competenza legislativa statale la disciplina dei principi fondamentali in materia di tutela della salute, quella dei livelli essenziali di assistenza e la materia della profilassi internazionale. In particolare la Corte costituzionale ha chiarito che il diritto della persona di essere curata in modo efficace, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica deve essere garantito in condizione di eguaglianza in tutto il Paese, attraverso la legislazione generale dello Stato basata

sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. La profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive richiede necessariamente l'adozione di misure omogenee su tutto il territorio nazionale. In questo ambito, ragioni logiche prima che giuridiche, rendono necessario l'intervento del legislatore statale e le Regioni sono vincolate a rispettare ogni previsione contenuta nella normativa statale, incluse quelle che, sebbene a contenuto specifico e dettagliato, per la finalità perseguita si pongono in rapporto di coesistenzialità e necessaria integrazione con i principi di settore. Viene inoltre in rilievo la competenza di «profilassi internazionale» di cui all'art. 117, secondo comma, lettera q), Cost., ogni volta che determinate misure di sorveglianza sanitaria servano a garantire uniformità anche nell'attuazione, in ambito nazionale, di programmi o raccomandazioni elaborati in sede internazionale e sovranazionale. Dinanzi a tali titoli di competenza legislativa dello Stato, le attribuzioni regionali recedono, sebbene continuino a trovare spazi non indifferenti di espressione, ad esempio con riguardo all'organizzazione dei servizi sanitari. Il confronto tra i diversi livelli di governo – statale e regionale - nella gestione dell'emergenza, sia a livello normativo che amministrativo si è costantemente ispirato al principio di leale collaborazione, pur nelle inevitabili difficoltà dovute alla straordinarietà della contingenza ed ha spesso favorito processi virtuosi nella emulazione dei modelli organizzativi e delle iniziative rivelatesi più efficaci nella gestione dell'emergenza sanitaria.

### **Il diritto dell'emergenza: analisi degli strumenti giuridici di gestione delle emergenze sanitarie.**

La Costituzione italiana, a differenza di altre (si pensi all'art. 16 della Costituzione francese vigente, oppure – come riferimento storico – all'art. 48 della Costituzione di Weimar del 1919), non contiene una disciplina specifica degli stati di emergenza o di eccezione, né dei poteri che in tali condizioni possono essere esercitati. I padri costituenti, come noto, hanno scelto di non inserire nella Carta clausole di emergenza che potessero aprire il varco - in situazioni di per sé imprevedibili e non puntualmente definite – a pericolose fratture dell'ordine costituzionale e alla compressione dei diritti delle persone. Se questo è vero, la carta costituzionale contempla comunque almeno due disposizioni per fronteggiare eventi straordinari o di particolare gravità: gli articoli 77 e 120. Il primo, com'è noto, attribuisce al Governo il potere di adottare decreti aventi forza di legge «in casi straordinari di necessità e di urgenza», autorizzando, per la gestione concreta delle situazioni straordinarie, una temporanea “rottura” del principio di separazione dei poteri, al fine di consentire al Governo l'adozione di decreti legge, la cui efficacia è condizionata alla immediata presentazione alle Camere e alla successiva conversione in legge entro il termine di sessanta giorni. L'art. 120 Cost., riformulato nel 2001, attribuisce invece al Governo il potere-dovere di sostituirsi agli enti territoriali in caso «di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità

giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali». Ciò premesso, bisogna ricordare che è in una legge ordinaria, e specificamente nel Decreto Legislativo n. 1 del 2018 (Codice della protezione civile), che l'attuale stato di emergenza trova, comunque, una sua puntuale descrizione e disciplina; ivi si fa riferimento a «emergenze di rilievo nazionale connesse con eventi calamitosi di origine naturale o derivanti dall'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità o estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari» (art. 7). Nonostante non sia specificamente regolata a livello costituzionale, dunque, l'emergenza è già contemplata nel vigente ordinamento, che la assoggetta ad un regime peculiare disciplinato con strumenti giuridici puntualmente definiti (cfr., per le emergenze nazionali, gli artt. 23 e ss. del Decreto Legislativo n. 1 del 2018).

Premesso che l'art. 47-bis, comma 2, del Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 300, attribuisce al Ministero della Salute le funzioni spettanti allo Stato, tra l'altro, in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del sistema sanitario nazionale, nell'ambito e con finalità di salvaguardia e di gestione integrata dei servizi socio-sanitari e della tutela dei diritti alla dignità della persona umana e alla salute, di fronte ad una pandemia di carattere eccezionale quale quella da COVID-19, si può presentare la necessità e l'urgenza di adottare misure relative ad ogni settore e un necessario coordinamento centrale che solo il Presidente del Consiglio dei ministri può svolgere in ragione della sua posizione di garante dell'unità di indirizzo politico e amministrativo che assicura promuovendo e coordinando l'attività dei ministri (art. 95 Cost.). In questo contesto, il tradizionale strumento dell'ordinanza contingibile e urgente adottata dal Ministro della Salute ai sensi dell'art. 32 della legge n. 833 del 1978, pur mantenendo un ruolo centrale nella gestione dell'emergenza, appare non sufficiente per il governo complessivo della molteplicità di interessi e di settori incisi dall'emergenza sanitaria. La scelta del DPCM quale strumento centrale di governo dell'emergenza sanitaria riflette dunque la posizione costituzionale del presidente del Consiglio quale garante dell'unità di indirizzo dell'azione di governo e di bilanciamento dei molteplici interessi pubblici incisi dalle misure di prevenzione della diffusione del virus. Inoltre l'unità di indirizzo è assicurata tenuto conto dei singoli interessi di settore, a cominciare da quello alla tutela della salute individuale e collettiva, tant'è che i DPCM sono adottati su proposta del Ministro della Salute e sentiti i Ministri competenti.

### **Il Piano Pandemico influenzale nell'ambito dei Piani strategici di prevenzione delle malattie umane**

Nonostante i notevoli miglioramenti, come l'esperienza ha ricordato, le malattie infettive rappresentano, ancora oggi, a livello globale, una delle principali cause di infermità, disabilità e morte. Come noto, 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), che è parte integrante del Piano sanitario nazionale. Peraltro, nell'intento di conseguire la migliore efficacia degli strumenti di prevenzione ordinari per far fronte a emergenze sanitarie di livello globale e anche al fine di valorizzare l'esperienza maturata in questi mesi, con il presente documento si intende aggiornare, nel contesto della crisi sanitaria in corso, uno strumento di governo delle emergenze voluto dall'OMS a fini di prevenzione e contrasto: il Piano pandemico influenzale.

Tale iniziativa, partendo dalla attuale contingenza, si colloca anche a livello regionale in una prospettiva temporale di medio termine e individua altresì alcuni elementi strategici e operativi comuni utilizzabili 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. È pertanto necessario al termine di questa pandemia, procedere ad una pianificazione per la preparedness e risposta per un patogeno “X”, alla luce dell'esperienza maturata a livello internazionale, nazionale e regionale e tradotta negli indirizzi che saranno resi disponibili.

## **DOCUMENTI INTERNAZIONALI PER LA PREPAREDNESS DI PIANI PANDEMICI**

Le pandemie influenzali sono eventi imprevedibili, ma ricorrenti che possono avere un impatto significativo sulla salute, sulle comunità e sull'economia di tutto il mondo. Si verificano quando emerge un nuovo virus influenzale contro il quale le persone hanno poca o nessuna immunità e si diffonde in tutto il mondo. Le pandemie si verificano ad intervalli di tempo imprevedibili, e, negli ultimi 100 anni, si sono verificate nel 1918 (Spagnola, virus A, sottotipo H1N1), nel 1957 (Asiatica, virus A, sottotipo H2N2) nel 1968 (HongKong, virus A, sottotipo H3N2) e nel 2009 (Messico, virus A, sottotipo H1N1).

La natura “capricciosa” delle pandemie influenzali le rende una rilevante minaccia per la salute pubblica a cui prepararsi e offre anche l'opportunità di rafforzare la preparazione per gestire altre minacce sanitarie. La pianificazione e la preparazione sono fondamentali per contribuire a mitigare il rischio e l'impatto di una pandemia influenzale e per gestire la risposta e la conseguente ripresa delle normali attività.

### **Sintesi documenti internazionali per la preparedness di piani pandemici**

Il presente Piano si basa sui più recenti documenti emanati dall'OMS nel 2018 “A checklist for pandemic influenza risk and impact management” e “Essential steps for developing or updating a national pandemic influenza preparedness plan”. Il primo aggiorna e sostituisce la checklist OMS del 2005 per la pianificazione della preparazione alla pandemia influenzale. Il secondo descrive gli elementi essenziali del processo di pianificazione della preparedness a una pandemia influenzale, si concentra sui processi di pianificazione nazionale della preparazione

all'influenza -pandemica e fornisce strategie e approcci basati sul rischio, incoraggiando i paesi a sviluppare piani di preparazione alla pandemia sostenibili e resilienti. Per rendere più facile l'applicazione delle strategie e degli approcci nella pratica di preparazione alla pandemia, i due documenti sono stati utilizzati insieme. Inoltre, un ulteriore documento di cui si è tenuto conto, pubblicato nel 2017 da ECDC e destinato ai paesi dell'UE/AEE, è "Guide to revision of national pandemic influenza preparedness plans. Technical report", che individua le aree principali per la preparazione ad una pandemia influenzale. La guida nasce sulla base di quanto occorso sulla scia delle minacce globali poste da malattie (ri) emergenti come l'influenza aviaria A (H5N1) e A (H7N9), l'epidemia di SARS del 2003 e l'epidemia di MERS (sindrome respiratoria Medio Orientale) iniziata nel 2012. Questo documento rispecchia quanto stabilito dal regolamento sanitario internazionale (2005) e dalla decisione dell'UE sulle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero (n. 1082/2013/UE).

Queste sono le fasi che OMS suggerisce:

§ fase 1: preparazione e analisi della situazione.

Include 4 elementi: stabilire un comitato multisettoriale; informare i partecipanti del comitato su ruoli e responsabilità; effettuare un'analisi della situazione per determinare lo scopo e i contenuti principali del Piano; sviluppare un Piano di lavoro.

§ fase 2: sviluppo o aggiornamento del Piano.

Include 3 elementi: preparare una bozza del Piano e raggiungere il consenso sul contenuto; consolidare il Piano pandemico; avviare una consultazione sul Piano pandemico.

§ fase 3: valutazione, finalizzazione e disseminazione del Piano.

Include 5 elementi: condurre un esercizio di simulazione per valutare il Piano; rivedere e valutare il Piano dopo l'esercitazione per identificare aree da migliorare; finalizzare il Piano; sottoporre ad approvazione il Piano; disseminare il Piano.

In precedenza erano stati pubblicati i seguenti documenti:

- Nel 2005 è stato pubblicato da OMS il documento "WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning". Lo scopo del documento è stato quello di fornire una panoramica degli elementi minimi essenziali e degli elementi desiderabili per la preparazione di un Piano pandemico per l'influenza. Molti paesi hanno acquisito esperienza nella pianificazione e risposta alle pandemie affrontando la minaccia o la realtà della SARS e dell'influenza aviaria altamente patogena (highly pathogenic avian influenza – HPAI). Le lezioni apprese durante queste epidemie sono state utilizzate nella preparazione della checklist per la preparedness per il Piano pandemico influenzale.

- Nel 2006 è stato redatto da OMS il documento "WHO strategic action plan for pandemic influenza 2006–2007". Il Piano strategico delineato in questo documento trae origine dall'incontro, svoltosi dal 7 al 9 novembre 2005 sull'influenza aviaria e la pandemia influenzale



umana tra OMS, Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura, Organizzazione mondiale per la salute animale e Banca mondiale.

· Nel 2007 è entrato in vigore il Regolamento Sanitario Internazionale (RSI), uno strumento giuridico internazionale che si prefigge di “garantire la massima sicurezza contro la diffusione internazionale delle malattie, con la minima interferenza possibile sul commercio e sui movimenti internazionali, attraverso il rafforzamento della sorveglianza delle malattie infettive mirante ad identificare, ridurre o eliminare le loro fonti di infezione o fonti di contaminazione, il miglioramento dell’igiene aeroportuale e la prevenzione della disseminazione di vettori”. Il campo di applicazione del nuovo RSI è stato esteso per poter comprendere tutti gli eventi che possano 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. Il principio ispiratore del nuovo RSI è quello di “prevenire la diffusione internazionale di malattie, attraverso un sistema di individuazione precoce (early detection) di eventi che possano costituire una minaccia per la sanità pubblica, con loro tempestiva identificazione attraverso un efficace sistema nazionale di sorveglianza ed una risposta efficace attraverso un coordinamento internazionale ben regolato e accuratamente organizzato”. In sostituzione della notifica delle malattie quarantenarie propriamente dette (colera, febbre gialla, peste) prevista dal vecchio RSI, viene introdotto un nuovo strumento di notifica per le emergenze di sanità pubblica di rilevanza internazionale, nel quale sono identificati i criteri che possono guidare gli Stati Parti nell’individuazione degli eventi notificabili.

· Nel 2009 è stato realizzato ‘Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document’, documento strategico di OMS per la preparazione alla pandemia:

contiene documenti e strumenti con informazioni dettagliate su un'ampia gamma di raccomandazioni e attività, nonché indicazioni chiare per la loro attuazione. Il documento aggiorna e sostituisce il precedente, pubblicato nel 2005 “WHO global influenza preparedness plan: the role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics”. Nello stesso anno sono state predisposte le linee guida “Whole-of-society pandemic readiness WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the nonhealth sector” che affrontano la necessità di preparare l'intera società, oltre al settore sanitario, per l'influenza pandemica.

· Nel 2011 è stato pubblicato “Implementation of the International Health Regulations (2005) Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009”. Si evidenzia che la pandemia A/H1N1 del 2009 è stata la prima emergenza di salute pubblica di interesse internazionale verificatasi successivamente all’entrata in vigore del Regolamento Sanitario Internazionale.

· Nel 2012 è stato redatto da OMS il documento “Key changes to pandemic plans by Member States of the WHO European Region based on lessons learnt from the 2009 pandemic” che riporta le principali modifiche apportate sui piani pandemici degli Stati membri nella regione europea dell'OMS.

· Nel 2013 il documento OMS “Emergency Response Framework” ha fornito uno schema per la risposta alle emergenze (ERF) e chiarisce ruoli e responsabilità dell'OMS nella risposta alle emergenze.

· Nel 2017 l'OMS ha pubblicato “Pandemic Influenza Risk Management”, documento che aggiorna e sostituisce quello del 2009 sulla preparazione e la risposta all'influenza pandemica. Questa revisione tiene conto delle lezioni apprese dalla pandemia di influenza A (H1N1) del 2009 e di altri sviluppi rilevanti. Altro documento pubblicato nello stesso anno è “A Strategic Framework for Emergency Preparedness” che include i tipi di eventi quali focolai epidemici locali e nazionali di malattie infettive che hanno un potenziale transfrontaliero; epidemie e pandemie; e altri tipi di emergenze causate da rischi naturali, tecnologici e sociali che possono avere un impatto significativo sulla salute delle persone e sulla società. L'OMS ha pubblicato il manuale “WHO Simulation Exercise Manual” il cui scopo è quello di supportare lo sviluppo e la gestione di esercizi di simulazione e contiene un kit di strumenti di riferimento pronti per l'uso e ulteriori modelli adattabili alla situazione.

## **1.6 RAZIONALE DEL PIANO NELLA REGIONE**

Questo documento, per la preparazione e risposta nella Regione alle pandemie influenzali, viene predisposto sulla base dell'Accordo 25 gennaio 2021. Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)». (Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021), Supplemento ordinario 29.01.2021 n.7 alla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 23, con gli opportuni ambiti di contestualizzazione a livello regionale.

Il documento viene elaborato considerando:

- i requisiti relativi alle capacità di base del sistema sanitario nazionale nell'ambito del RSI (2005), entrato in vigore nel 2007;
- l'esperienza della pandemia influenzale da virus A (H1N1) del 2009;
- le indicazioni dell'OMS sulla preparazione alla pandemia influenzale e sulla pianificazione delle emergenze sanitarie pubbliche [ii] ed ECDC sulla pianificazione pandemica influenzale;
- il decreto legislativo 4 aprile 2006, n. 191 recante “Attuazione della direttiva 2003/99/CE sulle misure di sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici”;

- la decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 2119/98/CE e la comunicazione (COM 2020, 724 final dell'11.11.20) della Commissione Europea "Costruire un'Unione europea della salute: potenziare la preparazione e la risposta dell'Europa alle crisi";
- l'esperienza sulla risposta alla pandemia da SARS-CoV-2 pur se causata da un diverso e sconosciuto agente eziologico, per quanto applicabile;
- i Piani pandemici per COVID 19 già consolidati nella Regione nel corso dell'anno 2020. L'obbligo di comunicazione ai sensi dell'art. 4 della decisione n. 1082/2013/UE è stato ottemperato in data 7/11/2017 dal Ministero della Salute e non si è ancora provveduto per quanto riguarda il 2020 in quanto il segretariato del Comitato per la Sicurezza Sanitaria ha postposto tale adempimento per tutti i paesi membri a data da destinarsi nelle more della revisione normativa europea in corso.

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. In ambito nazionale, il Piano trae il suo fondamento dai seguenti piani, implementati e monitorati a livello Regionale:

- Piano Nazionale della Prevenzione "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025" adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni.
- Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV)", approvato in Conferenza Stato- Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017 che aggiorna il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014", intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Il Piano rappresenta, un inquadramento e un promemoria delle principali azioni da intraprendere per prepararsi correttamente ad un'eventuale pandemia e la necessità di stabilire adeguati strumenti per la prevenzione, la identificazione rapida e monitoraggio epidemico, la cura e il trattamento dei pazienti contagiati limitando il rischio di contagio per gli operatori sanitari e per i cittadini. Poiché è impossibile prevedere tutti gli scenari, indica gli elementi essenziali di cui i decisori e tutti i professionisti coinvolti devono essere consapevoli e ai quali devono adattarsi al variare della situazione. In particolare, ha lo scopo di facilitare, oltre al processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione. Inoltre, dopo la pandemia, dovrebbe guidare le azioni del governo, degli operatori sanitari, del mondo socioeconomico e della popolazione stessa per consentire un ritorno alle normali attività, tenendo conto della possibilità di nuove ondate dell'epidemia. Sono documenti attuativi del Piano a livello locale il Piano Operativo

Aziendale per la gestione dell'emergenza COVID-19, opportunamente modulato sul tipo di emergenza pandemica influenzale, e il Piano di Emergenza Influenza Aviaria.

## 1.7 CONTESTO

A inizio del 2020 la popolazione residente in Valle d'Aosta è pari a circa 125.500 individui, dei quali circa 61.300 maschi e 64.200 femmine. Il tasso di femminilizzazione risulta in linea con quello dell'anno precedente, attestandosi ancora al di sopra del 50% (51,1%). Pur con le cautele dovute al fatto che i dati del bilancio demografico 2019 secondo l'Istat sono da intendersi come provvisori, rispetto all'inizio del 2019 la popolazione valdostana si è ridotta di circa 600 residenti (-0,47%). Si tratta di un trend analogo a quelli registrati complessivamente per l'Italia e per l'area del nord ovest, ma superiore in termini di variazione relativa. Il risultato del 2019 costituisce nella Regione un fattore di continuità con i trend più recenti, confermando un andamento demografico recessivo che rafforza una situazione che ormai può definirsi di crisi demografica. Prosegue, infatti, per il sesto anno consecutivo la diminuzione della popolazione valdostana: nel complesso del periodo 2015-2020 il numero dei residenti in Valle d'Aosta si è contratto di oltre 3.000 unità (-2,4%). Disaggregando il saldo finale in base alle diverse componenti anagrafiche, si osserva che nel 2019 la contrazione dei residenti valdostani è stata determinata, sia da un nuovo saldo naturale negativo di 551 unità, sia da un saldo migratorio e per altri motivi anch'esso negativo (-46 unità), seppure di modesta entità. In realtà, al netto di iscrizioni e cancellazioni per altri motivi, che di fatto non riguardano effettivi trasferimenti di residenza, il saldo migratorio risulta positivo (+313 unità). In particolare, il saldo migratorio con l'estero è pari a +196 unità, in ragione del fatto che le iscrizioni dall'estero crescono più velocemente delle cancellazioni per l'estero, mentre la differenza tra iscritti e cancellati per altri comuni è positivo per 117 unità. In sostanza, il peggioramento del quadro demografico è dovuto a due specifiche dinamiche: la caduta della natalità e il raffreddamento dei flussi migratori.

L'età media della popolazione valdostana, stimata dall'Istat, ad inizio 2020 supera leggermente i 46 anni, proseguendo una crescita iniziata da tempo, consolidando dunque un trend in costante aumento nel tempo. Basti considerare a questo proposito che l'età media nel 2002 era inferiore di oltre 3 anni rispetto al dato attuale e che soltanto negli ultimi cinque anni è cresciuta di più di un anno. L'analisi comparativa permette di chiarire meglio perché l'età media dei residenti in Valle d'Aosta va considerata elevata. Va infatti evidenziato come quella italiana sia pari a 45,7 anni, mentre quella dell'area del nord ovest sia di 46,3 anni. Anche rispetto alle Province trentine il dato valdostano appare molto distante, considerato che l'età media della Provincia di Bolzano è di 42,8 anni e quella della Provincia di Trento di 44,6 anni. Questo quadro può essere ulteriormente rafforzato con riferimento all'indice di

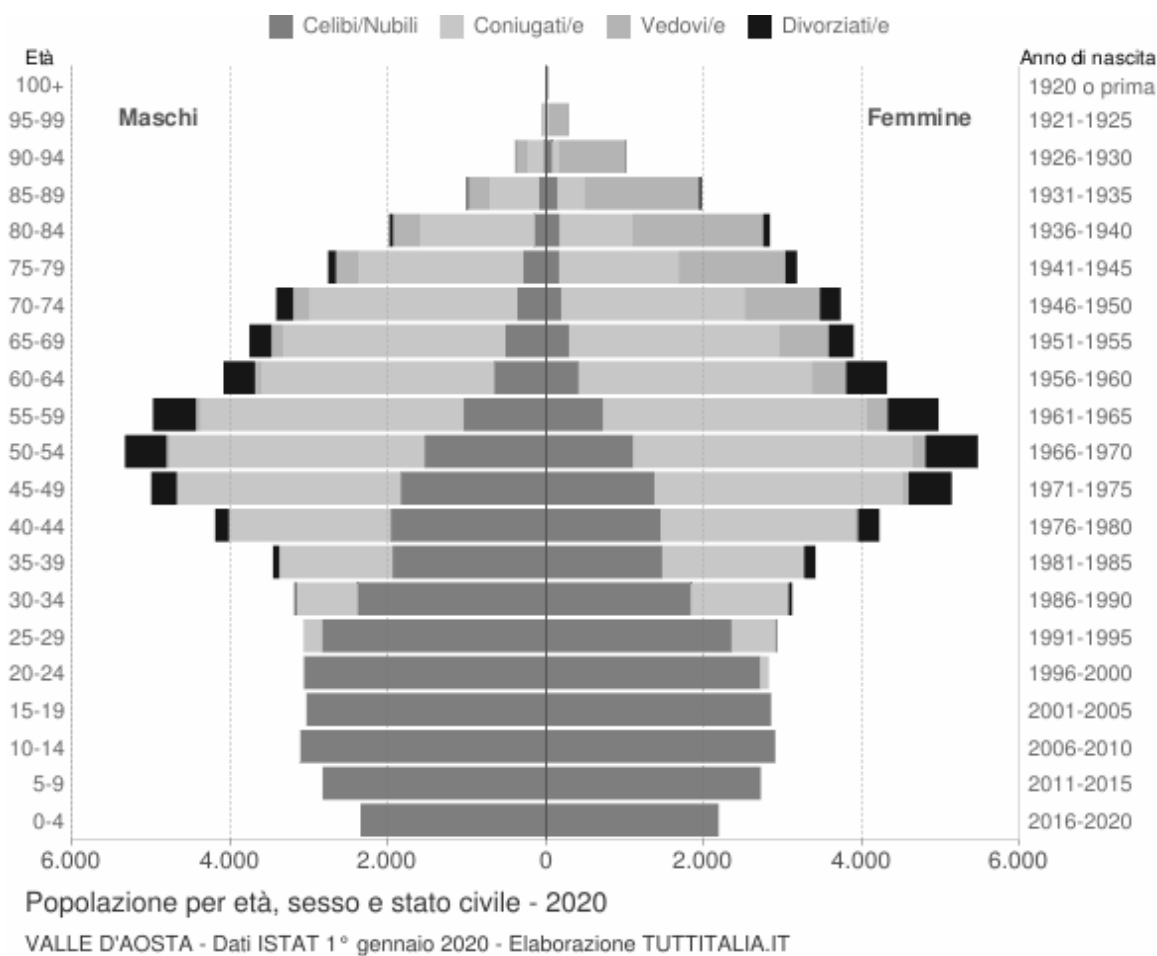
vecchiaia, ovvero una degli indicatori utilizzati per misurare il grado di invecchiamento di una popolazione. Su queste basi, si può osservare come ad inizio 2020 il valore dell'indicatore relativo alla Valle d'Aosta sia stimato essere pari al 188,2%, contro il 178,4% dell'Italia. L'indice per il Nord Ovest (187,9%) mostra un livello più prossimo a quello regionale, spiegato tuttavia soprattutto dal dato della Liguria (260,7%), notoriamente conosciuta come la regione "più vecchia" d'Italia, mentre la Provincia di Bolzano (126,6%) e la Provincia di Trento (158,7%) presentano una situazione migliore. Nel complesso la Valle d'Aosta si colloca su di un livello intermedio rispetto alle altre regioni italiane. Parallelamente, si deve rimarcare come secondo le stime Istat (da considerarsi anche in questo caso come provvisorie), la speranza di vita alla nascita in Valle d'Aosta superi gli 85 anni per le donne (85,4), mentre per gli uomini si attesti attorno agli 80 anni (79,6). Si tratta tuttavia di valori inferiori per entrambi i generi, sia rispetto al dato nazionale, sia di quello dell'area di riferimento. Passando a prendere in esame alcune delle caratteristiche della popolazione al 1 gennaio 2020, con riferimento alle principali classi di età osserviamo che nella nostra regione la quota di anziani con 65 anni ed oltre (24,2%) è decisamente superiore di quella dei giovani con meno di 15 anni (12,9%), mentre la popolazione in età lavorativa (15-64 anni) è pari al 63% del totale. Tale situazione risulta più marcata nel caso della componente femminile, considerato che la classe superiore si attesta al 26,4%, mentre quella inferiore (0-14 anni) è pari al 12,2%, per contro la popolazione maschile evidenzia una percentuale di anziani più bassa (21,9%) e una quota più elevata di giovani (13,6%).

A inizio 2020 la popolazione straniera residente in Valle d'Aosta era pari a circa di 8.270 unità, corrispondente a un'incidenza sulla popolazione totale regionale pari al 6,6%. Si tratta di un valore che risulta inferiore di quello medio nazionale (8,8%) e che si conferma ancora decisamente al di sotto di quello delle regioni del nord-Italia, in particolare della ripartizione Nord Ovest (11,1%). Peraltro, anche in realtà maggiormente assimilabili alla nostra regione, come ad esempio le Province di Trento e Bolzano, si registrano percentuali superiori alla Valle d'Aosta, essendo la quota di stranieri rispettivamente pari all'8,8% ed al 9,6%.

Il numero degli stranieri residenti in Valle d'Aosta ad inizio 2020 è pressoché stabile rispetto ad un anno prima, registrando un lieve calo in termini assoluti (-22 unità), corrispondente ad una variazione del -0,3%. Ne consegue che la loro incidenza sulla popolazione complessiva rimane sostanzialmente immutata. Si tratta di una tendenza che ci differenzia sia dal trend nazionale (+1%), sia da quello del Nord Ovest (+1,6%), sia ancora a quelli delle Province trentine (Bolzano +1,3% e Trento +1%). Tornando ai dati regionali, il maggiore peso delle donne straniere rispetto alla componente maschile ci porta poi a confermare come la popolazione straniera residente in Valle d'Aosta si caratterizzi per un'elevata femminilizzazione (56%).

Rispetto ai Paesi di provenienza, gli ultimi dati disponibili (1/1/2020) mostrano come il Paese di provenienza più diffuso sia la Romania (29,1%), seguito dal Marocco (19,4%), dall'Albania (8,5%), dalla Cina (3,6%) e dalla Ucraina (3,3%). Sebbene i cittadini stranieri di questi cinque Paesi spieghino circa i due terzi del complesso di quelli residenti in Valle d'Aosta, va parallelamente notato che le nazionalità presenti nella nostra regione ammontano complessivamente a circa 120. Nel complesso i cittadini comunitari sono circa 3.180 e rappresentano il 38,5% del totale degli stranieri residenti in regione.

Il grafico riportato di seguito, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Valle d'Aosta per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2020. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.



In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per

guerre o altri eventi. In Valle d'Aosta ha avuto la forma simile ad una piramide fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare anche la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni. Gli individui in unione civile, quelli non più uniti civilmente per scioglimento dell'unione e quelli non più uniti civilmente per decesso del partner sono stati sommati rispettivamente agli stati civili “coniugati\”, “divorziati\” e “vedovi\”.

## 1.8 GLOSSARIO

### Fase di allerta pandemica

corrisponde alla fase in cui l'influenza causata da un nuovo sottotipo è identificata nell'uomo. Una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e un'attenta valutazione del rischio, a livello locale, nazionale e globale, sono le attività caratteristiche di questa fase. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus non si sta trasformando in un ceppo potenzialmente pandemico, può verificarsi una riduzione delle attività (de-escalation) ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase inter-pandemica.

### Fase di transizione pandemica

con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una de-escalation delle azioni, con riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio paese-specifiche.

### Fase inter-pandemica

corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza.

### Fase pandemica

corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo. Il passaggio tra le fasi inter-pandemica, di allerta e pandemica può verificarsi rapidamente o gradualmente, come indicato dalla valutazione del rischio globale, principalmente sulla base di dati virologici, epidemiologici e clinici. All'interno della fase pandemica ciascun Paese può osservare diverse fasi della epidemia a livello nazionale con: fasi acute in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari; fasi post-acute in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione; fasi di transizione epidemica in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole, sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale.

### Preparedness

La *preparedness* nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive ed a mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

### Readiness

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la *readiness* come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella *preparedness*



## 1.9 APPROCCIO ALLA PIANIFICAZIONE ADOTTATO

La presente edizione del Piano strategico-operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale della Regione, pur rimanendo appieno un documento stilato per rafforzare la preparedness e la readiness nei confronti di una possibile futura pandemia da virus influenzale, raccoglie anche le lezioni apprese nel corso della attuale pandemia da SARS-CoV-2 che, sebbene causata da un altro virus, ha messo in evidenza punti di forza e debolezza dei servizi sanitari nel reagire a pandemie da virus respiratori altamente trasmissibili e ad alta patogenicità. Per la preparazione e programmazione pandemica influenzale in fase inter-pandemica vengono considerati come probabili i due scenari documentati nelle serie storiche contemporanee, ovvero:

- pandemie influenzali “classiche”, descritte nel 1968 e 1957 con  $R_0$  nel range 1.3-1.8 e riassunte in questo Piano nello scenario pandemico considerato più probabile con  $R_0=1,7$  e maggiore gravità clinica;
- pandemie influenzali “lievi”, come la pandemia del 2009, riassunte in questo Piano con uno scenario pandemico possibile con  $R_0= 1,4$  e gravità clinica minore.

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

Attività di preparedness per questi scenari, a titolo precauzionale, vengono incluse in questo Piano nella fase di allerta pandemica al fine di sviluppare una flessibilità operativa di upscale funzionale delle capacità di risposta ad eventi altamente improbabili. A tale scopo, sono individuate attività finalizzate a rafforzare nel nostro paese la capacità di valutare rapidamente l’impatto di un virus influenzale emergente a potenziale pandemico con caratteristiche di trasmissibilità e gravità più elevate rispetto a quanto documentato in precedenza tramite studi ad hoc sulla nostra popolazione e sui nostri servizi sanitari. Al contempo si individuano meccanismi per espandere rapidamente in caso di necessità straordinarie, i servizi assistenziali e di approvvigionamento di dispositivi e strumenti, riattivando strumenti operativi, legali e economici realizzati con successo nella risposta a COVID-19, anche nel contesto di una pandemia influenzale finora mai documentata.

E’ opportuno, tuttavia, ricordare che, a differenza di un virus completamente nuovo, una pandemia influenzale si caratterizzerebbe per un iniziale indirizzo delle misure non farmacologiche in base ad evidenze scientifiche ormai consolidate sui target di popolazione che maggiormente contribuiscono alla trasmissione e per una maggiore facilità nel realizzare rapidamente misure di profilassi

farmacologica, per la disponibilità pregressa di antivirali relativamente efficaci e per la rapidità con cui sarebbe possibile procedere ad una campagna vaccinale contro il ceppo pandemico, utilizzando le piattaforme vaccinali esistenti ed approcci consolidati alla vaccinazione influenzale. Rimane la consapevolezza che molte delle misure prevedibili in una pianificazione pandemica influenzale sarebbero incluse in una più ampia pianificazione per un patogeno X simile a Sars-CoV-2 per cui è sicuramente necessaria, al termine della pandemia un corso, una programmazione in base anche a documenti di indirizzo internazionali che saranno resi disponibili nei prossimi mesi e che tenga conto di quanto già programmato reattivamente.

L'Italia si farà parte attiva nei confronti di tali organismi europei e internazionali affinché tali documenti guida siano orientati in tale posizione e per disporre nei tempi più brevi possibili di un Piano pandemico nazionale che comprenda tutte le patologie respiratorie ad alta trasmissibilità e patogenicità.

### **Principi**

Nella Regione in primo luogo, si è tenuto conto del principio di garantire la continuità alla attività di preparedness dei servizi sanitari realizzati ai sensi del RSI e monitorata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ai sensi del medesimo Regolamento. L'RSI stabilisce collegamenti diretti tra le attività di pianificazione delle pandemie e i requisiti di capacità di base del RSI (2005), integrando le capacità essenziali necessarie per gestire l'influenza pandemica con le capacità di base necessarie per gestire le più ampie minacce alla sicurezza sanitaria.

In secondo luogo, nel documento è stato inserito il principio cardine della valutazione del rischio e della severità, per sottolineare l'importanza di effettuare tali valutazioni a livello nazionale. Questo approccio significa che il Paese può determinare le azioni nazionali di risposta alle pandemie nel contesto delle proprie esperienze, risorse e vulnerabilità, piuttosto che essere guidati dalla valutazione globale del rischio e dalle fasi pandemiche.

In terzo luogo, questo documento integra i principi dell'Emergency Risk Management for Health (ERMH) nella pianificazione della preparazione alla pandemia ponendo l'accento su approcci multisettoriali e multidisciplinari.

La revisione 2021 del Piano pandemico influenzale nazionale e regionale parte dagli obiettivi consolidati del Piano pandemico influenzale vigente e identifica per le diverse dimensioni operative e le azioni chiave per i prossimi tre anni. Sulla base dell'esperienza maturata nel periodo trascorso, che ha incluso due pandemie una a bassa gravità causata da un virus influenzale e una ad elevata gravità causata da un altro virus respiratorio, riporta nella struttura delle attuali raccomandazioni internazionali ed alla luce della distinzione delle fasi pandemiche definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la distinzione di dimensioni operative già declinate nel precedente Piano.

Questo documento definisce i ruoli e le responsabilità del Servizio Sanitario nella Regione nella preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, nel contesto della risposta dell'insieme degli organi e delle istituzioni del Governo Nazionale nell'ambito dello stato di emergenza nazionale che un tale evento determinerebbe ai sensi del Decreto Legislativo n. 1 del 2 gennaio 2018.

## **2 IL PIANO**

### Referenti di Piano:

sono i referenti del Piano Strategico-Operativo Regionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale, con funzioni di monitoraggio e aggiornamento del Piano stesso il direttore sanitario dell'Azienda USL e il dirigente della struttura competente dell'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali.

### **2.1. FINALITA' DEL PIANO**

Il piano rappresenta, un inquadramento e un promemoria delle principali azioni da intraprendere per prepararsi correttamente ad un'eventuale pandemia e la necessità di stabilire adeguati strumenti per la prevenzione, la identificazione rapida e monitoraggio epidemico, la cura e il trattamento dei pazienti contagiati limitando il rischio di contagio per gli operatori sanitari e per i cittadini. Poiché è impossibile prevedere tutti gli scenari, indica gli elementi essenziali di cui i decisori e tutti i professionisti coinvolti devono essere consapevoli e ai quali devono adattarsi al variare della situazione. In particolare, ha lo scopo di facilitare, oltre al processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione.

Il Piano si propone di individuare le risorse, definire i compiti, le responsabilità e le modalità d'intervento e di coordinamento al verificarsi di emergenze dei diversi livelli istituzionali responsabili della prevenzione e del controllo delle pandemie influenzali, fino ad arrivare all'attivazione **dell'Unità di Crisi regionale**, struttura articolata e complessa per la gestione delle emergenze che necessita del coordinamento unificato di tutte le risorse umane e strumentali della Regione, coordinata dal Capo del Dipartimento di protezione civile e vigili del fuoco e composta, oltre allo stesso, dal Presidente della Regione, dall'Assessore alla sanità salute e politiche sociali, dal Coordinatore sanitario per l'emergenza (funzione sanità) e dal Direttore Generale dell'Azienda USL.

### **2.2 OBIETTIVI**

L'obiettivo generale del Piano Pandemico Influenzale è rafforzare la preparedness nella risposta ad una futura pandemia influenzale a livello locale, in modo da:

1. Proteggere la popolazione, riducendo il più possibile il potenziale numero di casi e quindi di vittime della pandemia.
2. Tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nell'emergenza.
3. Ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
4. Preservare il funzionamento della società e le attività economiche.

Si propone di attuare questo obiettivo generale attraverso i seguenti obiettivi specifici:

- Pianificare le attività in caso di pandemia influenzale.
- Definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione ed altre eventualmente decise.
- Sviluppare un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del piano per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

### **2.3 STRATEGIA OPERATIVA**

La preparazione a una pandemia influenzale è un processo continuo di pianificazione, esercitazioni, revisioni e traduzione in azioni regionali, dei piani di preparazione e di risposta alla pandemia. Un piano pandemico è quindi un documento dinamico che viene implementato anche attraverso documenti, circolari, rapporti tecnici.

La prossima pandemia influenzale potrebbe differire da quanto pianificato ed è necessario sia preparare ed esercitare le capacità di risposta secondo schemi internazionali codificati e scenari attesi, sia rafforzare competenze di indagine ed analisi che consentano rapidamente e con flessibilità durante la fase di allerta pandemica di adattare e modulare gli strumenti disponibili alle nuove contingenze.

### Elementi chiave del ciclo di pianificazione pandemico



## 3 SISTEMA DI COORDINAMENTO

La Regione Autonoma Valle d'Aosta assicura l'attuazione degli interventi, secondo l'organizzazione definita nel presente piano.

### 3.1. DEFINIZIONE A LIVELLO REGIONALE DELL'ORGANIZZAZIONE

La strategia operativa definisce le azioni da adottare nelle diverse fasi pandemiche per l'attuazione delle misure a tutela della salute pubblica. La strategia operativa è definita dal Ministero della salute di concerto con le Regioni.

#### Sistema di coordinamento

Il Ministero della Salute assume compiti di indirizzo e coordinamento, nonché di costante verifica e monitoraggio della capacità operativa delle Regioni in relazione agli obiettivi strategici del Piano pandemico, fermo restante le incombenze e i compiti che la riforma del titolo V della Costituzione (legge costituzionale 3 ottobre 2001) assegna a Stato e Regioni. Tale azione di monitoraggio e verifica è esercitata anche in relazione agli obblighi internazionali in tema di salute pubblica, prevenzione e controllo delle malattie infettive (art. 168 TFUE, decisione 1082/2013/UE). Per il coordinamento operativo delle misure adottate, il Ministero della Salute si avvale della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del coordinamento delle Regioni/PA per coordinare e affidare compiti di analisi e gestione dei rischi. In presenza o in previsione di un evento che in ragione di intensità ed estensione debba essere fronteggiato con

mezzi e poteri straordinari, il Consiglio dei Ministri può deliberare lo stato di emergenza di rilievo nazionale (art. 24 del Decreto legislativo n.1 del 2 gennaio 2018). In seguito alla deliberazione dello stato di emergenza di rilievo nazionale, il Dipartimento della protezione civile assicura e coordina il concorso delle componenti e delle strutture operative del Servizio nazionale della Protezione Civile all'attuazione della strategia operativa, avvalendosi del Comitato operativo della Protezione Civile. La Regione assicura l'attuazione degli interventi, secondo la programmazione, l'organizzazione e la gestione definiti nel presente Piano regionale. Per quanto riguarda nello specifico la richiesta e la disponibilità di risorse sanitarie regionali, il coordinamento è assicurato tramite la rete dei referenti sanitari (RSR) per le grandi emergenze, di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio del 24 giugno 2016. Per assicurare la ricognizione e l'attivazione speditiva delle risorse disponibili il Dipartimento della protezione civile può avvalersi della Centrale Remota per l'Organizzazione dei Soccorsi Sanitari (CROSS) di cui alla Direttiva sopra menzionata.

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

Il Ministero della Salute pianifica gli interventi, nell'ambito delle prerogative e dei limiti previsti dalla

Costituzione, fornisce alle competenti autorità regionali indicazioni nazionali per una uniforme attività

nei diversi ambiti sub nazionali, sulla base delle raccomandazioni provenienti dagli organismi comunitari e internazionali, e attiva canali specifici di comunicazione verso i cittadini e verso i professionisti sanitari, attiva, inoltre, canali di informazione anche attraverso la messa a disposizione di numeri telefonici gratuiti di riferimento (numero di pubblica utilità 1500), specifiche caselle di posta elettronica, sezioni dedicate del portale ministeriale.

L'evoluzione dell'evento può comportare la necessità di un coordinamento con altri Enti e Amministrazioni pubbliche che non operano in ambito sanitario ma che abbiano competenze rilevanti

ai fini della gestione dell'emergenza pandemica. La pandemia influenzale rientra tra i rischi di cui all'articolo 16, comma 2 del sopra citato Decreto legislativo n. 1 del 2 gennaio 2018. Per tale categoria di rischi rientra l'attività del Servizio nazionale della Protezione Civile (articolo 1 del decreto legislativo n.1 del 2 gennaio 2018), ferme restando le competenze dei soggetti ordinariamente individuati ai sensi della vigente normativa.

Per fronteggiare un'emergenza di sanità pubblica quale una pandemia influenzale, il Capo del Dipartimento Protezione Civile e Vigili del fuoco assicura il coordinamento degli interventi necessari, avvalendosi del medesimo Dipartimento, delle componenti e delle strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile, delle strutture e dipartimenti del SSR, nonché di soggetti attuatori, individuati anche tra gli enti pubblici economici e non economici e soggetti privati, che agiscono sulla base di specifiche direttive.

**I livelli istituzionali coinvolti sono pertanto i seguenti:**

- Presidenza della Regione;
  - Assessore alla sanità, salute e politiche sociali;
  - Ufficio di Gabinetto;
  - Dipartimento legislativo e aiuti di stato;
  - Dipartimento della Protezione Civile e Vigili del fuoco;
  - Corpo Forestale della Valle d'Aosta;
  - Assessorato alla Sanità, salute e politiche sociali e altri Assessorati coinvolti;
  - Dipartimento Emergenza, Rianimazione e Anestesia (DERA);
  - Soccorso Sanitario 118 con la Centrale Operativa denominata "Valle d'Aosta Soccorso 118" ;
  - Centrale unica del soccorso (CUS)
  - Aziende USL della Valle d'Aosta: organizzazione e gestione operativa delle attività;
  - altre Istituzioni e Organizzazioni sanitarie e non sanitarie, con azioni specifiche in base alla funzione
- e al livello di competenza.

**Definizione dei componenti del Comitato Pandemico Regionale**

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

Il Comitato è formato dalle seguenti componenti:

- Direttore Sanitario Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero "U.Parini" Azienda Usl della Valle d'Aosta o suo delegato
- Direttore Area Territoriale Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore SC Analisi cliniche Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore D.E.R.A. Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore S.C. Farmacia Azienda Usl della Valle d'Aosta

- Direttore S.C. Malattie infettive Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore della S. C. Sanità Animale Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore della S. C. Igiene e Sanità pubblica Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Capo Dipartimento Protezione Civile e Vigili del fuoco
- Direttore della SC Valle d'Aosta con annesso CERMAS dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta
- Responsabile SS servizio di Prevenzione e Protezione Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Dirigente Struttura Igiene e Sanità Pubblica e Veterinaria Assessorato sanità, salute e politiche sociali

Il Comitato Pandemico regionale si dota di un proprio regolamento organizzativo.

### **Definizione della catena di comando**

Nell'ambito del Piano influenzale, in base al livello epidemico è definita nella Regione una specifica catena di comando, come di seguito illustrato:

#### Fase inter-pandemica e Fase di allerta pandemica:

la catena di comando è composta da:

- Direttore Sanitario Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore Area Territoriale Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Capo Dipartimento Protezione Civile e Vigili del fuoco

#### Fase pandemica:

la catena di comando è così di seguito rappresentata.

Al fine di un corretto “governo” del sistema occorre tenere presente il seguente schema di competenze dove vengono descritti come si inseriscono i vari attori nella catena decisionale dell'emergenza.

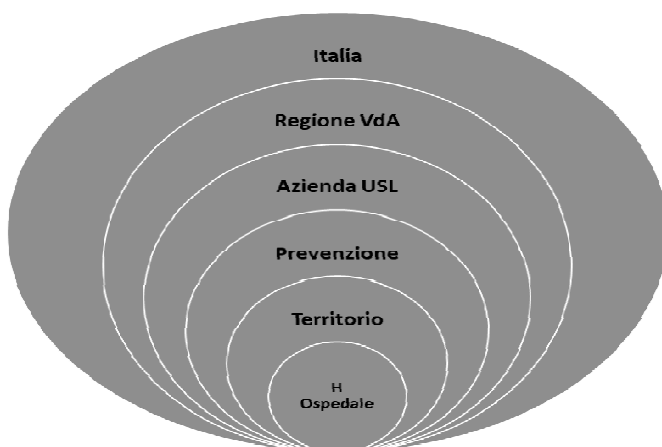


Figura 1 Livello di Competenze



Tenendo conto dello schema la catena decisionale è la seguente:

**Regione :**

o Capo Dipartimento Protezione Civile e Vigili del fuoco, affiancato dal Coordinatore sanitario per l'emergenza (funzione sanità), che opera in distacco presso la Protezione civile. Il Capo Dipartimento Protezione Civile e Vigili del fuoco coordina l'Unità di crisi regionale e si avvale delle struttura del dipartimento di protezione civile e vigili del fuoco, di una struttura temporanea costituita all'interno dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, a cui vengono attribuite tutte le competenze sanitarie relative all'emergenza e di un comitato pandemico regionale o comitato tecnico scientifico (CTS).

o Unità di crisi regionale formato da : Presidente Giunta ; Capo Protezione civile; Assessore Sanità , Direttore Generale AUSL; Coordinatore Sanitario per l'Emergenza

o Comitato Pandemico Regionale composto da :

- Direttore Sanitario Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero "U.Parini" Azienda Usl della Valle d'Aosta o suo delegato
- Direttore Area Territoriale Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore SC Analisi cliniche Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore D.E.R.A. Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore S.C. Farmacia Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore S.C. Malattie infettive Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore della S. C. Sanità Animale Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Direttore della S. C. Igiene e Sanità pubblica Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Capo Dipartimento Protezione Civile e Vigili del fuoco
- Direttore della SC Valle d'Aosta con annesso CERMAS dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta
- Responsabile SS servizio di Prevenzione e Protezione Azienda Usl della Valle d'Aosta
- Dirigente Struttura Igiene e Sanità Pubblica e Veterinaria Assessorato sanità, salute e politiche sociali

Il Comitato Pandemico regionale si dota di un proprio regolamento organizzativo.

## **COMPITI E CATENA DI COMANDO**

- o Organo decisionale e attuativo : Protezione Civile +Coordinatore sanitario per l'emergenza
- o Unità di crisi regionale: organo in cui vengono condivise le decisioni e ripartiti i compiti della decisione
- o Comitato pandemico regionale: organo consultivo scientifico a supporto dell'organo decisionale
- o Struttura temporanea dell'Assessorato sanità: struttura di supporto per la gestione di tutti gli adempimenti amministrativi di carattere sanitario a supporto dell'organo decisionale

**a livello di Azienda USL:** si ha da Piano Operativo Aziendale per la gestione dell'emergenza

- o Direzione Operativa formata dalla Direzione Strategica la quale si avvale del Comitato Tecnico: formato da Direzione Medica di Presidio, Direzione Area Territoriale, Dipartimento Emergenza e Direzione Area Prevenzione;

Il raccordo Regione / ASL è garantito dal Direttore Generale dell'Azienda USL.

### **3.2. GRUPPI CON PARTICOLARI VULNERABILITÀ**

Un'attenzione specifica andrà riservata ai setting e ai gruppi con particolari vulnerabilità (vedi sotto), considerando anche l'utilizzo di linguaggio e di mezzi di comunicazione adeguati. Tali contesti e gruppi sociali, infatti, hanno maggiore difficoltà di accesso alle informazioni sanitarie e agli stessi servizi di assistenza e prevenzione, in ragione dei loro specifici bisogni che, in corso di pandemia, possono essere amplificati e di cui è necessario tenere conto per l'efficacia della pianificazione stessa.

Sono, pertanto, individuati i seguenti gruppi, al fine di tenerne debito conto in ciascuna delle fasi pandemiche:

- Carceri
- Persone con disabilità
- Pazienti con patologie psichiatriche
- Case residenziali per anziani o minori
- Migranti e persone in transito
- Richiedenti asilo
- Persone senza fissa dimora

### **3.3. DEFINIZIONE DEL COORDINAMENTO CON ALTRI ENTI E AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE**

In tale ambito in base alla situazione determinata diventa fondamentale il coordinamento con altri Enti

ed Amministrazioni Pubbliche con specifiche competenze, con particolare riferimento a: Esercito, Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Locale, Vigili del Fuoco, CELVA, Associazioni di volontariato, Altre Istituzioni e Organizzazioni, ecc.

Il luogo di coordinamento ed integrazione degli organismi è rappresentato dalla Unità di Crisi regionale.

#### 4. FASI PANDEMICHE

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

**FASE INTERPANDEMICA:** corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza.

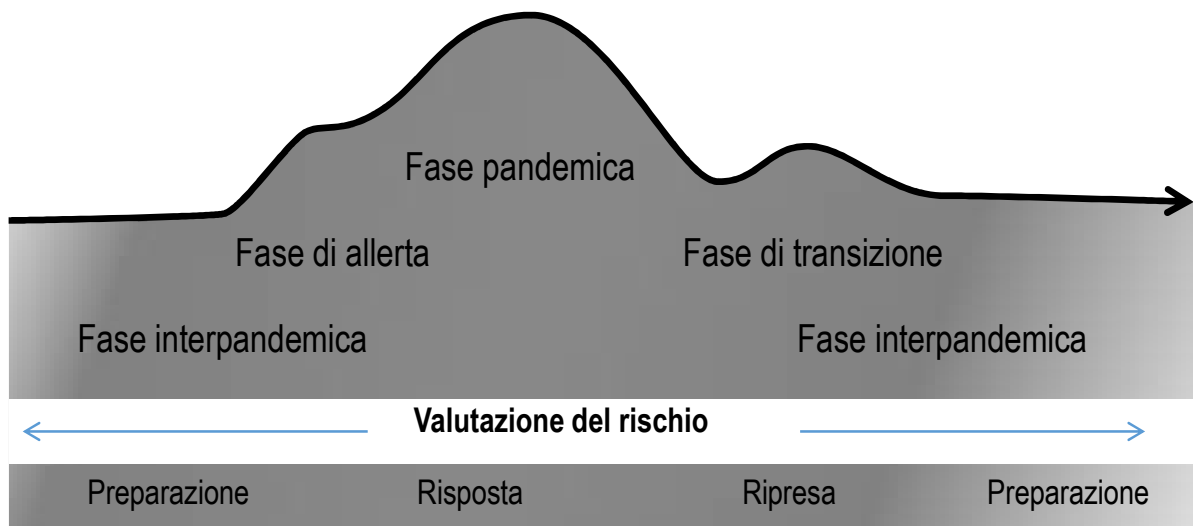
**FASE DI ALLERTA:** corrisponde alla fase in cui l'influenza causata da un nuovo sottotipo è identificata nell'uomo. Una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e un'attenta valutazione del rischio, a livello locale, nazionale e globale, sono le attività caratteristiche di questa fase. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus non si sta trasformando in un ceppo potenzialmente pandemico, può verificarsi una riduzione delle attività (de-escalation) ossia una rimodulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase inter pandemica.

**FASE PANDEMICA:** corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo. Il passaggio tra le fasi inter pandemica, di allerta e pandemica può verificarsi rapidamente o gradualmente, come indicato dalla valutazione del rischio globale, principalmente sulla base di dati virologici, epidemiologici e clinici. All'interno della fase pandemica ciascun Paese può osservare diverse fasi della epidemia a livello nazionale con:

- **fasi acute** in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari;
- **fasi post-acute** in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione;
- **fasi di transizione epidemica** in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale.

**FASE DI TRANSIZIONE:** con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una de-escalation delle azioni, con riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio paese-specifiche.

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



## DEFINIZIONE DEI PERIODI PANDEMICI

### PERIODO INTERPANDEMICO DA OMS

**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 da uomo, o solo rare prove di trasmissione in contatti stretti:

**Livello 0** assenza di infezioni nella Nazione;

**Livello 1** presenza di infezioni nella Nazione, o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi affetti.

**Fase 4** Piccoli cluster con limitata trasmissione interumana e con diffusione altamente localizzata che indicano che il virus non è ben adattato all'uomo:

**Livello 0** assenza di piccoli cluster nella Nazione;

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

**Fase 5** Grandi cluster, ma diffusione interumana ancora localizzata, che indicano che il virus migliora il suo adattamento all'uomo, ma non è ancora pienamente trasmissibile (concreto rischio pandemico):

**Livello 0** assenza di grandi cluster nella Nazione;

**Livello 1** presenza di grandi cluster nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove sono stati rilevati grandi cluster di malattia.

### PERIODO PANDEMICO

**Fase 6** Aumentata e prolungata trasmissione nella popolazione in generale:

**Livello 0** assenza di casi nella popolazione nazionale;

**Livello 1** presenza di casi nella Nazione o presenza di intensi collegamenti o scambi commerciali con Paesi dove la pandemia è in atto;

**Livello 2** fase di decremento;

**Livello 3** nuova ondata.

### PERIODO POSTPANDEMICO

**Ritorno al periodo interpandemico**

## **SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VIROLOGICA**

### **SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA**

La sorveglianza epidemiologica dell'influenza è attiva, in tutto il Paese già da tempo. Il sistema di sorveglianza "Influnet" è un sistema istituzionale, ratificato con Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni, nel 2000. Il sistema è costituito da una rete di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, "medici sentinella", che settimanalmente segnalano all'Istituto Superiore di Sanità i casi di influenza osservati tra i loro assistiti, garantendo anche la raccolta di campioni biologici per l'identificazione dei virus circolanti. Le segnalazioni di dati settimanali sono supervisionate dall'Area Territoriale dell'Azienda USL.

La sorveglianza epidemiologica si basa sulle rilevazioni e segnalazioni di Influenza Like Sindrome a partire dall'inizio della 42° settimana dell'anno fino all'ultima settimana del mese di aprile dell'anno successivo.

Il sistema è tarato in modo da poter essere potenziato, con azioni aggiuntive, nelle fasi crescenti di rischio.

#### **Periodo interpandemico (Fasi 1-2)**

Vanno mantenute la sorveglianza epidemiologica e virologica della sindrome influenzale e la sorveglianza veterinaria dell'influenza nel serbatoio animale.

#### **Fase di allerta (Fasi 3-5)**

Mantenimento e potenziamento del sistema nazionale sentinella della sindrome Influenzale; In caso di allerta pandemica potrebbe essere utile potenziare tale sistema sia attraverso l'ampliamento del periodo di osservazione dei casi che attraverso il numero dei medici sentinella;

Mantenimento e rafforzamento della sorveglianza veterinaria;

Integrazione le informazioni epidemiologiche umane e veterinarie attraverso:

- la definizione e l'attuazione del flusso informativo necessario all'integrazione della sorveglianza epidemiologica e virologica con quella veterinaria;
- l'identificazione degli allevamenti animali (per specie) in cui gli operatori potrebbero essere sottoposti a sorveglianza speciale, provvedendo ad un censimento degli operatori stessi;
- la definizione di protocolli di sorveglianza epidemiologica e virologica ad hoc tra gli esposti ad influenza animale.

Messa a punto ulteriori strumenti per monitorare casi di influenza attribuibili a nuovi ceppi virali, e a un'eventuale pandemia, attraverso :

- l'aggiornamento periodico e la diffusione tra gli operatori sanitari di una definizione di caso possibile, probabile e confermato;
- la messa a punto di protocolli di sorveglianza per:

- o i viaggiatori provenienti da aree affette;
- o gli operatori sanitari che assistono pazienti con sospetta o confermata influenza da ceppo potenzialmente pandemico;
- o i laboratoristi che manipolano campioni clinici a rischio ;
- i contatti dei casi sospetti :
  - o attivare, ove ci siano casi sospetti, immediata ed approfondita indagine epidemiologica, secondo disposizioni ministeriali e regionali.

Definizione di protocolli di sorveglianza per la pronta individuazione di :

- cluster di sindrome influenzale potenzialmente attribuibili a virus pandemico, tramite:
  - la sorveglianza epidemiologica clinica attuata dai medici di medicina generale e dai pediatri di famiglia (INFLUNET);
  - un sistema di sorveglianza sindromica, da implementare su un campione di PP.SS. informatizzati, che attraverso il monitoraggio e l'analisi dei dati di accettazione, consentirà di rilevare tempestivamente, tra gli altri, cluster di infezioni acute febbrili dell'apparato respiratorio (influenza -like illness, ILI; bronchioliti e polmoniti).

In periodo di allerta pandemica è necessario monitorare settimanalmente gli accessi al Pronto Soccorso. Viene individuato un referente nel Pronto Soccorso in accordo con il responsabile che provvede settimanalmente all'invio dei dati in formato elettronico al referente della sorveglianza epidemiologica. Il referente cura che vengano eseguiti, nei pazienti sintomatici per sindrome pandemica, idonei tamponi da inviare al Laboratorio regionale di riferimento. Il referente della sorveglianza epidemiologica provvede all'aggregazione e al controllo della qualità dei dati e li invia alla struttura di epidemiologia, che cura la gestione di un database regionale, per l'analisi dei dati e la redazione dei rapporti periodici, da inviare settimanalmente al CPR, all'Assessorato alla Sanità.

Tale attività di rilevazione deve essere mantenuta e incrementata in fase di pandemica. Durante il periodo interpandemico è prevista la realizzazione di uno studio di fattibilità per testare tale sistema.

- cluster di morti inattese per sindrome influenzale (influenza - like illness, ILI) e infezioni respiratorie acute (IRA) in strutture di ricovero e cura. Tale rilevazione andrà effettuata in un' area (più Comuni) che rappresenti almeno il 50% della popolazione regionale. Per la rilevazione della mortalità totale viene utilizzata la rete che gestisce i Registri Nominativi delle Cause di Morte (RENCAM), in collaborazione con gli Uffici di Stato Civile dei Comuni. Ciascun Servizio provvede ad inviare il numero delle morti avvenute nei comuni afferenti al territorio di competenza alla struttura di epidemiologia che aggrega i dati e li confronta con la mortalità degli anni precedenti. In caso di fase pandemica può essere ampliato il numero dei Comuni costituenti il campione su cui eseguire le rilevazioni della mortalità totale. Tali rilevazioni dovranno essere prodotte con cadenza settimanale;
- tassi di assenteismo lavorativo: viene individuato quale campione il personale dell'Azienda USL con invio dei dati di rilevazione con periodicità che verrà definita dal Comitato Regionale Pandemico;
- tassi di assenteismo scolastico: selezionare scuole che in periodo pandemico invieranno il numero degli studenti assenti per giorno della settimana all'ufficio scolastico regionale che provvederà ad inviare i dati alla struttura di epidemiologia con periodicità che verrà definita dal Comitato Regionale Pandemico.

Nella fase 5 di rischio, le azioni condotte sono finalizzate, altresì, a riorientare qualora fosse necessario, le scelte strategiche, ivi incluso la ridefinizione delle categorie cui erogare prioritariamente la vaccinazione.



## Fase pandemica (Fase 6)

In questa fase, l'obiettivo della sorveglianza è valutare l'impatto della pandemia e descriverne le caratteristiche per orientare le misure di controllo e valutarne l'efficienza.

E' importante sia la sorveglianza epidemiologica che quella virologica, in particolare; la sorveglianza virologica, effettuata su un numero limitato di campioni, è necessaria per monitorare le caratteristiche del virus, vista la minore importanza, in questa fase, della conferma di laboratorio dei singoli casi.

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

- o numero settimanale di ricoveri ospedalieri per quadri clinici;
- o numero settimanale di ricoveri ospedalieri per sindrome influenzale esitati in decesso;
- o numero settimanale di decessi totali su un campione di comuni;
- o monitoraggio sentinella dell'assenteismo lavorativo e scolastico.

## **SORVEGLIANZAVIROLOGICA**

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.

Il laboratorio di riferimento regionale per quanto riguarda le indagini sui virus influenzali nell'uomo è quello dell' Ospedale Parini, in accordo con quanto previsto dalla sorveglianza Influnet.

## MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'EPIDEMIA

Per contenere gli iniziali focolai nazionali attribuibili a virus pandemico e ridurre il rischio di trasmissione vanno adottate:

misure di sanità pubblica quali la limitazione degli spostamenti, l'isolamento e la quarantena dei casi e dei contatti;

strategie di utilizzo di farmaci antivirali sia come profilassi che come terapia;

strategie di vaccinazione.

### INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA

La trasmissione nella popolazione generale del virus influenzale, così come avviene per molti altri virus respiratori trasmessi per via aerea, può essere significativamente ridotta dall'adozione di alcune semplici norme igieniche.

Tali misure sono di particolare importanza nelle fasi prepandemiche 4 e 5, quando la circolazione del virus può essere limitata o ritardata.

Nella fase pandemica, verosimilmente la circolazione del virus è tale da rendere meno efficaci anche queste misure.

L'adozione delle normali precauzioni standard come il lavaggio delle mani eseguito frequentemente e il rispetto delle precauzioni respiratorie come coprire bocca e naso durante tosse o starnuti, riduce il rischio di trasmissione per contatto diretto o indiretto.

L'uso di mascherine chirurgiche da parte dei soggetti malati durante l'isolamento domiciliare, per limitare il contagio delle persone impegnate nell'assistenza, è considerato di probabile efficacia.

Nelle prime fasi di una pandemia, queste misure apparentemente banali potrebbero essere le uniche attuabili dotate di una certa efficacia.

L'Azienda USL, la direzione medica ospedaliera dell'Azienda USL e il CPR predisporranno materiale informativo, da aggiornare periodicamente e da divulgare sia agli operatori direttamente coinvolti nella gestione delle varie fasi pandemiche che alla popolazione generale.

Fasi interpandemiche (Fasi 1-2)

### AZIONI

- Informazione sanitaria della popolazione per promuovere l'adozione delle comuni norme igieniche, che includono:
  - lavarsi spesso le mani;
  - pulire le superfici domestiche con normali prodotti detergenti;
  - coprirsi la bocca e il naso quando si tossisce o starnutisce.
- Adozione di misure per limitare la trasmissione delle infezioni in comunità (scuole, case di riposo, luoghi di ritrovo), quali evitare l'eccessivo affollamento e dotare gli ambienti di adeguati sistemi di ventilazione.
- Preparazione di appropriate misure di controllo della trasmissione dell'influenza pandemica in ambito ospedaliero:
  - approvvigionamento dei DPI per il personale sanitario;
  - controllo del funzionamento dei sistemi di sanificazione e disinfezione;
  - individuazione di appropriati percorsi per i malati o sospetti tali;
  - censimento delle disponibilità di posti letto in isolamento e di stanze in pressione negativa;
  - censimento delle disponibilità di dispositivi meccanici per l'assistenza ai pazienti.

## Fase di allerta (Fasi 3-5)

### AZIONI

Tutte le misure sopra riportate, più:

- Educazione sanitaria e informazione della popolazione sui rischi e sui comportamenti da adottare.
- Definizione di protocolli di utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI) per le categorie professionali a rischio, e loro adeguato approvvigionamento.

In presenza di trasmissione interumana:

- valutazione a livello nazionale dell'opportunità di restrizioni degli spostamenti da e per altre nazioni, ove si siano manifestati cluster epidemici;
- valutazione a livello nazionale dell'opportunità e delle modalità di rientro dei cittadini italiani residenti in aree affette;
- istituzione di controlli sanitari alle frontiere;
- attuazione di protocolli nazionali previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale in caso di presenza a bordo di aerei o navi di passeggeri con sintomatologia sospetta;
- isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta, preferibilmente a livello domiciliare, per ridurre la quantità di risorse impiegate (una sola persona assiste il paziente prendendo le opportune precauzioni di protezione individuale) o in apposite aree attrezzate. In caso di focolai o cluster limitati è opportuno utilizzare le stanze ad alto isolamento presenti nelle strutture ospedaliere mentre nel caso di epidemia in corso è opportuna la gestione, ove le condizioni cliniche lo consentano, del paziente a domicilio.
- adozione, da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta, delle comuni norme igieniche, incluso l'uso di mascherine chirurgiche per limitare la diffusione di secrezioni nasofaringee; l'uso di mascherine chirurgiche va considerato anche per chi ricorre all'assistenza medica ed è raccomandato anche per le persone asintomatiche che si trovano in luoghi pubblici;
- campagne informative per promuovere una diagnosi precoce, anche da parte dei pazienti stessi, in modo da ridurre l'intervallo che intercorre tra l'esordio dei sintomi e l'isolamento;
- quarantena e sorveglianza attiva dei contatti, anche se è in corso la profilassi antivirale.
- valutazione dell'opportunità di chiusura delle scuole o di altre comunità e/o della sospensione di manifestazioni e di eventi di massa, per rallentare la diffusione dell'infezione.

### GESTIONE DEI CASI

Le modalità di contagio del virus influenzale prevedono sia la via per droplets che aerogena; la trasmissione può avvenire sia per contatto diretto che indiretto.

I casi dovranno essere posti in isolamento per ridurre il contatto tra soggetti malati e soggetti sani.

Il personale sanitario di assistenza dovrà osservare le precauzioni standard più le precauzioni da contatto e quelle per trasmissione aerogena :

Precauzioni standard:

- lavaggio delle mani; utilizzo di DPI;
- attenzione nella manipolazione degli strumenti di assistenza individuale e degli effetti indiretti;
- prevenzione delle punture accidentali;
- pulizia ambientale.

Precauzioni atte ad evitare la trasmissione per droplets/aerogena:

ricovero del paziente in stanze a degenza singola con garanzia di almeno 6 ricambi di aria/ora e dotate di servizi igienici indipendenti;  
impiego costante di maschere di livello minimo N-95; impiego costante di scudo protettivo del volto;  
limitare al massimo gli spostamenti del paziente, che dovrà indossare una maschera protettiva al di fuori della propria stanza di degenza.

Precauzioni da contatto:

impiego costante dei guanti (monouso non sterili);  
impiego costante di camici protettivi a maniche lunghe;  
impiego costante di strumentario medico dedicato esclusivamente al paziente sospetto.

Le precauzioni dovranno essere prolungate sino a quando esiste il rischio di infettività del paziente. Linee di indirizzo dettagliate sull'isolamento dei casi verranno fornite secondo le necessità emergenti dall'evoluzione della situazione epidemiologica

### Sorveglianza e quarantena dei contatti

L'isolamento domiciliare dei contatti dei casi, attuato nelle prime fasi dell'epidemia e associato all'uso dei farmaci antivirali, può costituire una misura efficace nel ritardare la diffusione del contagio.

Per l'attuazione dell'isolamento domiciliare volontario è necessario che gli interessati:

- sospendano la frequenza in collettività;
- dormano in camere separate;
- allertino il proprio medico curante per la sorveglianza sanitaria attiva alla comparsa di sintomatologia febbrile con cefalea malessere generale e astenia associata a tosse, faringodinia o congestione nasale;
- adottino le misure preventive di carattere generale;
- vengano opportunamente addestrati sull'uso dei DPI.

Verranno fornite Le procedure da attuare per l'isolamento dei contatti stretti dei casi.

### Fase pandemica (Fase 6)

In fase pandemica l'impatto di misure di restrizione della mobilità della popolazione è limitato. Le misure da adottare includono:

limitazione di viaggi;

adozione delle comuni norme igieniche;

isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta, preferibilmente a livello domiciliare per ridurre la quantità di risorse impiegate (una sola persona assiste il paziente prendendo le opportune precauzioni di protezione individuale) o in apposite aree attrezzate;

adozione da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta delle comuni norme igieniche, incluso l'uso di mascherine chirurgiche per limitare la diffusione di secrezioni naso faringee. L'uso di mascherine chirurgiche va considerato anche per chi ricorre all'assistenza medica ed è anche raccomandato per le persone asintomatiche che si trovano in luoghi pubblici;

campagne informative per promuovere una diagnosi precoce, anche da parte dei pazienti stessi, in modo da ridurre l'intervallo che intercorre tra l'esordio dei sintomi e l'isolamento.

L'Azienda USL. La direzione medica di presidio dell'Azienda USL e il CPR predisporranno materiale informativo, da aggiornare periodicamente e da divulgare sia agli operatori direttamente coinvolti nella gestione delle varie fasi pandemiche che alla popolazione generale sia residente che extracomunitaria.

## **5. MONITORAGGIO, VALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PIANO PANDEMICO INFLUENZALE**

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

Il Piano dovrebbe essere monitorato nella sua implementazione territoriale, regolarmente testato per assicurare che le ipotesi di pianificazione e le relazioni organizzative siano corrette e funzionali ed aggiornato. Il personale dovrebbe avere familiarità con il Piano e le loro responsabilità, e può essere addestrato su come rendere operativo il Piano attraverso esercizi di simulazione. Ogni settore dovrebbe anche essere supportato nello sviluppo di un Piano di continuità aziendale specifico per settore, per assicurare la continuità dei servizi essenziali durante una pandemia.

È quindi considerato essenziale:

1. definire un periodo di tempo per riesaminare e aggiornare regolarmente il grado di preparazione alle pandemie nazionali, e Piano di risposta.
2. rivedere e aggiornare il Piano nazionale di preparazione e risposta in caso di pandemia dopo ogni pandemia influenzale.
3. svolgere regolarmente simulazioni per testare le componenti del Piano nazionale di preparazione e risposta alle pandemie.

È altresì auspicabile:

1. considerare esercitazioni su vasta scala per testare il Piano nazionale di preparazione e risposta e le capacità operative.
2. prendere in considerazione la partecipazione ad esercitazioni transfrontaliere internazionali per testare la risposta ad una pandemia o ad altre emergenze sanitarie pubbliche.
3. considerare la possibilità di condividere le lezioni apprese con l'OMS e con altri partner per migliorare la pianificazione e l'orientamento in caso di pandemia globale.

Il Piano, attraverso le tabelle elencanti elementi essenziali per fase pandemica ed area tematica, prioritizza azioni da realizzare monitorare nel tre anni successivi alla pubblicazione del Piano stesso.

Sono inoltre definiti indicatori alla base del sistema di monitoraggio del Regolamento Sanitario Internazionale e checklist operative per valutare il grado di preparedness alle pandemie e rafforzare la readiness dei servizi sanitari.

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

La modalità di monitoraggio dell'implementazione del Piano si articola sulla base di un ciclo triennale

che prevede:

1. Una valutazione dello stato di implementazione del Piano ad 1 anno dalla sua pubblicazione attraverso una indagine svolta con le Regioni/PA (con target basati sulle tabelle delle attività essenziali riportati per la fase inter-pandemica nel Piano e sul diagramma Gantt in tabella).
2. L'esercitazione del Piano pandemico influenzale nazionale e dei piani regionali due anni dopo la pubblicazione del Piano tramite un esercizio di simulazione che coinvolga i referenti delle Regioni/PA coinvolti nella preparedness pandemica ed attori rilevanti a livello nazionale. Tale esercizio, oltre a testare il Piano, svolge anche una funzione formativa e di consolidamento di una rete di esperti sul territorio nazionali designati alla preparazione e risposta ad emergenza pandemiche influenzali.
3. Revisione del Piano pandemico influenzale entro un1 anno dall'esercizio di simulazione ed in base ai risultati dello stesso in accordo con i referenti regionali.

## **6.0 COMUNICAZIONE**

L'esperienza ha messo in luce la necessità di intensificare la programmazione e il coordinamento delle informazioni tra i vari attori, favorendo la creazione di una catena di comando della comunicazione, e la programmazione di procedure standardizzate e di un Piano di comunicazione, da attivare già in fase inter-pandemica al fine di favorire la promozione di comportamenti sani e corretti nell'ottica della prevenzione e prevenire la diffusione di informazioni scorrette. La comunicazione è una componente essenziale della preparazione e della gestione di situazioni d'urgenza sanitarie e riveste un ruolo centrale sin dalla fase inter-pandemica. Essa è incentrata su due punti fondamentali: la comunicazione con funzione di coordinamento a sostegno dell'esecuzione dei provvedimenti e la comunicazione intesa come informazione e guida comportamentale destinata a vari gruppi target.

La comunicazione del rischio è lo scambio in tempo reale di informazioni e consigli tra le autorità e gli

esperti, le persone e le comunità a rischio. Si tratta di una parte essenziale della risposta della sanità pubblica a qualsiasi evento influenzale o ad altri focolai di malattia. Informazioni accurate, tempestive e costanti - nei formati, nelle lingue e nei diversi canali che le persone utilizzano per informarsi e di cui hanno fiducia - consentiranno alle comunità di comprendere i rischi per la salute che si trovano ad affrontare e renderanno più facile coinvolgerle in azioni e comportamenti corretti di prevenzione, quali ad esempio il ricorso alle vaccinazioni antinfluenzali.

Nella fase inter-pandemica è essenziale garantire la definizione e istituzione di strutture formali, piani

e procedure, chiarendo l'identificazione e allocazione di risorse, ruoli e responsabilità da attivare in eventuali fasi successive - in linea con il Piano della preparedness - per la conduzione della comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità in caso di emergenza e minacce per la salute pubblica.

Una comunicazione efficace costituisce un elemento fondamentale per la gestione delle emergenze. Oltre a coinvolgere il pubblico affinché adotti un comportamento sicuro, la comunicazione proattiva può favorire la segnalazione dei casi e sensibilizzare i soggetti in prima linea, ridurre la confusione e consentire l'uso ottimale delle risorse. Tutto ciò è necessario per assicurare una risposta efficace. Una buona comunicazione aiuta altresì a mantenere la fiducia del pubblico nelle autorità sanitarie nel corso di un evento, riducendo al minimo potenziali disordini di carattere economico e sociale.

Nella comunicazione con gli organi di comunicazione e con il pubblico, devono essere applicati i principi di una buona comunicazione dei rischi.

Sebbene la comunicazione dei rischi e la comunicazione in caso di crisi rappresentino discipline estremamente diverse tra loro, spesso gli obiettivi sono simili. Quando si ha a che fare con un evento di rischio o di crisi, il fattore più importante nella comunicazione è garantire che informazioni tempestive, adeguate e accurate siano effettivamente inviate alle persone giuste.

La comunicazione dei rischi consiste nello scambio e nella divulgazione di informazioni adeguate sui rischi per consentire ai responsabili delle decisioni, alle parti interessate e al pubblico di adottare decisioni appropriate. Essa contribuisce a definire il rischio in maniera più sistematica, a valutare e a considerare i comportamenti delle parti interessate e le prospettive psicosociali nel processo decisionale e nelle comunicazioni, e a incoraggiare una pianificazione e trasmissione efficace delle comunicazioni. I principi della comunicazione dei rischi possono essere applicati anche in maniera diversa o abbreviata alla comunicazione in caso di crisi e di emergenza. Come accade per la comunicazione dei rischi, la funzione di comunicazione in una crisi o in un'emergenza dovrebbe essere parte integrante della gestione dei rischi.

La comunicazione in caso di crisi prevede uno scambio di comunicazioni in una situazione che, in qualche modo, mette in discussione il senso di adeguatezza, le tradizioni, i valori, la sicurezza, la salute, l'incolumità o l'integrità del governo.

La comunicazione in caso di emergenza avviene ogniqualvolta vi sia l'impellenza di comunicare con un gruppo selezionato di persone a fronte di una situazione anomala che



richiede un intervento tempestivo, oltre alle consuete procedure, per poter limitare danni, ferite o la morte di persone, beni o dell'ambiente. Frequentemente, le comunicazioni sono di carattere squisitamente operativo e hanno lo scopo di stimolare o di orientare un'azione immediata.

Più che mai la comunicazione è riconosciuta come indispensabile per consentire a organizzazioni e governi di gestire i rischi in maniera efficace. Per questo motivo la comunicazione deve giocare un ruolo fondamentale nelle diverse fasi della preparazione, prevenzione, risposta e ripristino dello status quo nel corso di un'emergenza o di una crisi sanitaria.

La natura del rischio è notevolmente cambiata, accentuata dall'integrazione delle economie e delle comunicazioni a livello mondiale; a ciò si aggiunga il fatto che la popolazione si aspetta di essere esposta a minori rischi e di poter avere un controllo maggiore sulla loro esposizione ai rischi.

I problemi che emergono a fronte di rischi per la salute pubblica, come l'influenza pandemica, esercitano enormi pressioni sulle risorse. La gestione efficace di questi eventi dipende in larga misura da un pubblico informato, partecipe e collaborativo. Favorendo il dialogo e lo scambio di informazioni essenziali tra parti interessate e autorità, la comunicazione dei rischi promuove la trasparenza e rafforza la fiducia, la credibilità delle autorità e il rispetto reciproco.

È importante coinvolgere gli organi di informazione fin dal principio nella pianificazione delle capacità di intervento. Gli organi di informazione, purché si abbia un rapporto ben consolidato, possono fornire un'assistenza professionale significativa durante la fase di risposta. Il loro contributo è indispensabile per:

- informare i cittadini rapidamente in un linguaggio semplice
- aiutare i cittadini a ridurre i rischi
- mobilitare la società
- spiegare e rafforzare il sostegno a misure di controllo impopolari
- rappresentare la voce dei comuni cittadini
- fornire prospettiva e contesto.

Perché la comunicazione dei rischi o la comunicazione in caso di crisi sia efficace deve essere individuata una squadra di responsabili della comunicazione, con risorse umane adeguate in termini di capacità (conoscenza multidisciplinare, ventaglio di competenze e formazione necessaria).

Tutti i piani devono prevedere una strategia di comunicazione, che deve includere:

### **Fase preventiva**

- Creazione e mantenimento di reti di comunicazione
  - Individuazione del personale chiave addetto alla comunicazione e assegnamento dei ruoli oltre che delle riserve [portavoce per le questioni di salute pubblica durante un'emergenza nei confronti di un pubblico variegato, con modalità diverse (portavoce in rappresentanza di etnie diverse, portavoce dei giornalisti, relatori negli incontri, ecc.)]
  - Sviluppo di un valido sistema interno di informazione e collegamento
  - Definizione del ruolo di comunicatore in una situazione di gestione di una crisi (per esempio, strettamente legato alla squadra responsabile della gestione dell'emergenza, depositario della credibilità e della fiducia organizzative, capace di pianificare strategie di comunicazione, rappresentante del pubblico nelle riunioni della dirigenza)
  - Approvazione delle linee guida per la comunicazione elaborate dall'OMS (fiducia, preavviso, trasparenza) e disponibilità ad agire conformemente alle stesse
  - Creazione di un elenco di messaggi chiave e indicazione delle modalità d'impiego nel corso di una crisi
  - Progetti di comunicati stampa e dichiarazioni stampa (relativi a messaggi chiave)
  - Redazione di FAQ (relative a messaggi chiave)
  - Preparazione di materiale pubblicitario da utilizzare durante una crisi
  - Creazione di informazioni web che possano essere divulgate immediatamente, se del caso
  - Scelta del tipo di informazioni da raccogliere; raccolta e collazione delle informazioni
  - Valutazione e comprensione delle parti interessate e dei timori del pubblico
  - Selezione delle informazioni oggetto della comunicazione; individuazione dei destinatari, preparazione dei messaggi e loro convalida
  - Creazione di un elenco dei principali organi di informazione
  - Miglioramento delle relazioni con gli organi di informazione [creare contatti con il personale chiave, comprendere il loro modo di lavorare, fornire loro istruzioni sul loro ruolo e stabilire in che modo possano collaborare].
- Per poter integrare tutte le attività delle parti interessate è fondamentale che vi siano procedure e protocolli a tutti i livelli di gestione della crisi (locale, regionale).

## **COMUNICAZIONE INTERNA**

A livello Regionale la comunicazione interna rivolta ai livelli decisionali viene assicurata dal Comitato Pandemico Regionale (CPR). A livello territoriale la comunicazione interna rivolta agli operatori direttamente interessati alla problematica (personale dipendente dell'Azienda USL, MMG, PLS) viene gestita dalla Direzione Generale dell'Azienda USL. Il supporto tecnico-operativo per la comunicazione a tutti i livelli è fornito dal CPR.

## **COMUNICAZIONE ESTERNA**

E' assicurata dal Presidenza della Giunta Regionale coadiuvato dall'Assessorato alla Sanità e dalla Protezione Civile, avvalendosi del proprio Ufficio Stampa e delle strutture regionali deputate alla comunicazione.

Nell'ambito del sito internet della Regione viene messo a disposizione uno spazio dedicato per la cui redazione verrà indicato dal CPR un apposito gruppo di lavoro.

A livello territoriale (AUSL) la comunicazione esterna verso i Comuni, le Scuole, gli altri Enti, la popolazione sarà gestita dal Direttore Sanitario o suo delegato che farà da portavoce per tutte le esigenze della AUSL. Il delegato alla comunicazione esterna sarà preferibilmente una figura sanitaria con competenza nel campo delle malattie trasmissibili ed esperienza comunicativa o pregressa formazione in materia, anche se deve essere previsto comunque un percorso formativo regionale. Si dovrà identificare, inoltre, un sostituto che, in caso di necessità possa coadiuvare o sostituire il comunicatore.

In particolare, per quanto riguarda la comunicazione con la popolazione generale si dovrà provvedere a:

- definire messaggi chiari, omogenei, condivisi a livello nazionale e locale, elaborati sulla base della percezione collettiva del rischio;
- consolidare i rapporti con i mezzi di comunicazione di massa a tutti i livelli;
- preparare materiale informativo ad hoc destinato e utilizzabile da soggetti diversi (comunicatori, portavoce organizzativi), e comunicati a uso dei media;
- attivare canali comunicativi con il pubblico attraverso mezzi di comunicazione unidirezionali;
- (siti web, posta elettronica) e mezzi bidirezionali (linee telefoniche dedicate, comunicazione vis a vis tra cittadino e operatori in spazi e tempi differenziati);
- predisporre conferenze audio e/o video tra le strutture nodali a livello centrale e a livello locale.

### **Le simulazioni e la formazione**

Esse devono essere considerati parte integrante del processo di pianificazione delle emergenze. Prima di pianificare una simulazione è importante che i membri adeguati del personale siano formati per poter svolgere adeguatamente il proprio ruolo. La formazione destinata alle figure chiave responsabili della comunicazione e ai loro sostituti potrebbe comprendere:

- Redazione di testi (per esempio, preparazione di istruzioni, redazione di comunicati stampa, dichiarazioni ecc.)
- Redazione di testi per siti web
- Valutazione della copertura mediatica
- Uso efficace di Internet
- Uso di social network per la comunicazione
- Esistenza di procedure e protocolli

### **Durante l'evento**

Il responsabile delle relazioni con i media coordina anche le informazioni destinate al pubblico e risponde direttamente al responsabile delle operazioni di emergenza. Il coordinatore delle informazioni

è tenuto a:

- mantenere linee di autorità e responsabilità per la squadra addetta all'informazione pubblica;
- interpellare le autorità responsabili della gestione dell'emergenza per individuare le problematiche principali e le priorità, per raccogliere informazioni aggiornate e suggerimenti sulle informazioni destinate alla pubblicazione, sulle politiche relative, sugli sviluppi scientifici e sulla situazione e predisporre un profilo del pubblico bersaglio;
- redigere un calendario per la divulgazione delle informazioni di emergenza, compresi i messaggi pubblicitari per le procedure di allarme d'emergenza (su radio e televisione) e i simboli;
- presentare messaggi sotto forma di pacchetto mediatico tra cui articoli, informazioni generali e messaggi, con registrazioni audio e/o video, se possibile e appropriato;
- predisporre un calendario di lavoro per la squadra responsabile dell'informazione al pubblico, in modo da garantire il funzionamento ininterrotto del servizio per almeno più giorni consecutivi.

Nell'attività di informazione ai media sono anche compresi il controllo dei mezzi di informazione e

l'assicurazione della capacità di reazione. Questa attività comprende:

- smistamento delle richieste e delle domande dei media
- risposta alle richieste dei media (per esempio, conferenze stampa giornaliere, aggiornamenti dei siti web)
- produzione di avvisi per i media, comunicati stampa, schede informative, b-roll
- monitoraggio dei mezzi d'informazione attraverso un'analisi ambientale e dell'andamento (per esempio, monitoraggio della copertura delle notizie attuali) per stabilire quali messaggi sono necessari, quali informazioni non corrette devono essere rettifiche, per individuare i timori degli organi d'informazione e il loro interesse durante la crisi
- risposta al pubblico che chiede informazioni direttamente all'agenzia al telefono (per esempio, sulla linea di soccorso), per iscritto o tramite posta elettronica

- tempestività e accuratezza delle informazioni pubbliche sui siti Internet
- monitoraggio del pubblico tramite un'analisi ambientale e dell'andamento per stabilire quale tipo di messaggi sono necessari, quali informazioni non corrette devono essere rettificate, per individuare i timori degli organi d'informazione e il loro interesse durante la crisi
- pronta disponibilità dei servizi di traduzione
- siti web da attivare (domande e risposte, analisi della situazione, notifiche, mappe).

### **Fase successiva all'emergenza**

Il piano di comunicazione deve prevedere anche la possibilità di informare in merito ai vari aspetti dell'evento, nonché di analizzarli, e di fare tesoro degli insegnamenti appresi per ottimizzare il piano di comunicazione d'emergenza.

Per esempio, sarà necessario:

- capire ciò che ha funzionato e quali piccoli interventi hanno fatto veramente la differenza o avrebbero potuto farla se fossero stati attivati
- capire se il piano di comunicazione ha funzionato bene
- valutare la copertura delle notizie e il suo impatto.

Stima dei costi del Piano strategico–operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu 2021 – 2023):

<b>PERSONALE</b>	
<b>sanitario</b>	1.800.000
<b>tecnico</b>	50.000
<b>amministrativo</b>	150.000
<b>TOTALE</b>	2.000.000
<b>DISPOSITIVI MEDICI (*) (mascherine chirurgiche, sovrascarpe, camici monouso, copricapo, etc)</b>	1.270.000
<b>DPI (*) (maschere/respiratori FFP2 – FFP3, tute di sicurezza protezione agenti biologici/chimici; occhiali protettivi)</b>	1.000.000
<b>REAGENTI E KIT DI LABORATORIO (*) stimati - 250 test/die</b>	280.000
<b>ATTREZZATURE DI LABORATORIO</b>	450.000
<b>TOTALE</b>	3.000.000
<b>FARMACI (*)</b>	
<b>ospedalieri</b>	125.000
<b>territoriali</b>	40.000
<b>ossigenoterapia domiciliare</b>	50.000
<b>Vaccini anti-influenzali (**)</b>	300.000
<b>TOTALE</b>	515.000
<b>(*) fabbisogno per i primi 3 mesi di pandemia;</b>	
<b>(**) per i vaccini sono state calcolate 30000 dosi ovvero la stima del 25% della popolazione regionale (corrispondente ai soggetti a rischio per motivi sanitari, ed ai gruppi di lavoratori a rischio)</b>	
<b>ATTREZZATURE BIOMEDICALI (comprensivo di manutenzione ed assistenza)</b>	150.000
<b>STRUTTURA DI EPIDEMIOLOGIA (adeguamento infrastrutturale e tecnologico)</b>	300.000
<b>MATERIALE PER ATTIVITA' STRUTTURE VETERINARIE</b>	100.000
<b>ATTIVITA' DI FORMAZIONE (corsi, esercitazioni)</b>	50.000
<b>COMUNICAZIONE</b>	50.000
<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>	300.000
<b>TOTALE</b>	950.000
<b>TOTALE DEI TOTALI</b>	6.465.000