



PIANO PER LA PANDEMIA INFLUENZALE NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO

Anno 2021

Premessa

Influenza pandemica e pandemia da coronavirus

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 Trenta dello scorso secolo. I virus influenzali sono in grado di infettare uomini, altri mammiferi e 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 concreto rischio di comparsa di nuovi ceppi pandemici di virus influenzali ha indotto l'OMS a stimolare i Paesi membri a preparare piani di risposta a possibili pandemie influenzali dalla fine degli anni Novanta.

San Marino, attraverso il Gruppo di Coordinamento della Pandemia, nel 2009 ha predisposto uno specifico Piano per la gestione della pandemia influenzale.

Nel corso del 2020, è accaduto un evento molto raro. 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. Sebbene altri coronavirus, di origine animale, SARS-CoV e MERS-CoV avessero causato epidemie umane, per la prima volta un coronavirus è stato in grado di determinare un evento pandemico protratto con milioni di casi e di decessi.

Il virus SARS-CoV, causa della malattia SARS (Sindrome Respiratoria Acuta Grave - *Severe Acute Respiratory Syndrome*), aveva già fatto la sua comparsa nel 2002-2003 in Cina, causando focolai epidemici in Paesi dell'Estremo Oriente e a Toronto, ma era stato contenuto ed eradicato grazie a pronte misure quarantenarie.

Rispetto al virus SARS-CoV, il contenimento dell'attuale SARS-CoV-2, il virus che causa COVID-19, si è dimostrato di difficile attuazione per due motivi diversi:

- 1) i casi di SARS erano in gran parte gravi e quindi facilmente identificabili, mentre SARS-CoV-2 è più frequente causa di casi asintomatici o paucisintomatici;
- 2) il picco di contagiosità della SARS avveniva circa una settimana dopo la comparsa dei sintomi (quindi si faceva in tempo a isolare i pazienti prima che diventassero contagiosi), mentre per SARS-CoV-2 coincide con la comparsa dei sintomi o addirittura li anticipa.

Inoltre, SARS-CoV-2 è un virus completamente diverso da quello dell'influenza, anche se il suo comportamento in termini di dinamica epidemica, potenzialità pandemiche, e conseguenze cliniche nei casi gravi ricorda quello delle influenze pandemiche, condividendo il tropismo per l'apparato respiratorio, anche se con una tendenza ad un maggior interessamento delle basse vie respiratorie (sul piano clinico, poi, il coronavirus ha delle specificità che non affrontiamo in questa sede).

Le lezioni apprese dalla inattesa pandemia da un nuovo coronavirus del 2020 possono essere considerate in un Piano Pandemico influenzale che è utile contestualizzare nell'ambito dell'attuale crisi sanitaria globale. In particolare, quanto stiamo apprendendo dalla pandemia SARS-CoV-2 è utile per la messa a punto di piani pandemici influenzali e in prospettiva per la risposta ad altri patogeni capaci di causare 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, nazionale e globale. Per questo è necessario disporre di sistemi di preparazione che si basino su alcuni elementi comuni rispetto ai quali garantire la presenza diffusamente nel Paese e altri più flessibili da modellare in funzione della specificità del patogeno che possa emergere. Tali meccanismi dovrebbero consentire di incrementare le capacità diagnostiche specifiche per il patogeno di riferimento sia in termini di produzione che di vera e propria effettuazione della diagnosi; modulare la fornitura di prodotti terapeutici in funzione delle evidenze scientifiche disponibili per il trattamento e assicurare la disponibilità di DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) al fine di proteggere gli operatori sanitari che operano in prima linea.

Ciò che in pochi mesi è stato fatto per adeguare il sistema e garantire una sua sostanziale autosufficienza di DPI di un programma vaccinale adeguato a fronteggiare lo stato d'emergenza.

Si è visto che le mascherine chirurgiche, quando usate correttamente da tutti, insieme alle altre misure di prevenzione, esplicano un sostanziale effetto di popolazione nel ridurre la trasmissione dell'infezione. Come

suggerisce l'esperienza australiana, le misure di distanziamento fisico sono state in grado di minimizzare l'impatto dell'influenza stagionale e potrebbero quindi mitigare, almeno in parte, il decorso di una pandemia influenzale.

Sempre l'esperienza del 2020 ha dimostrato che si può e si deve essere in grado di mobilitare il sistema per aumentare nel giro di poco tempo i posti letto in terapia intensiva, anche per far sì che non si verifichino disservizi nella assistenza e nella cura delle persone affette da malattie ordinarie (diverse dal COVID-19) quanto comuni.

Infine, e ciò vale per la preparazione nei confronti di tutti gli eventi pandemici, anche quelli dovuti ad una malattia respiratoria non conosciuta che definiremo come malattia respiratoria "X". Mettere a punto un piano di preparazione nazionale 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, nella consapevolezza che queste sono una parte dei potenziali scenari che si possono verificare in relazione ad altri patogeni emergenti. Rimane la consapevolezza che molte delle misure prevedibili in una pianificazione pandemica influenzale sarebbero incluse in una più ampia pianificazione per un patogeno "X", simile a SARS-CoV-2, per cui è sicuramente necessaria, al termine della pandemia in corso, una programmazione in base, se disponibili, a documenti di indirizzo internazionali e che tenga conto di quanto già programmato reattivamente.

Il Piano ha inoltre lo scopo di definire la catena di comando e il coordinamento delle attività per garantire un'adeguata gestione di un'eventuale emergenza sanitaria in tempi rapidi.

Il Piano recepisce le raccomandazioni del WHO/OMS e del Regolamento Internazionale Sanitario (IHR 2005) si sviluppa tenendo conto delle 6 fasi pandemiche dichiarate dal WHO/OMS, prevedendo per ogni fase obiettivi ed azioni.

Ovviamente il Piano è suscettibile di periodiche revisioni o integrazioni attraverso atti formali da parte del gruppo di coordinamento per le emergenze sanitarie in accordo con la Segreteria di Stato alla Sanità e le Segreterie di Stato coinvolte e sulla base di eventuali evoluzioni scientifiche e/o di nuove indicazioni da parte del WHO/OMS.

Il Piano rappresenta un inquadramento e un promemoria delle principali azioni da intraprendere per prepararsi correttamente ad un'eventuale pandemia influenzale 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.

In coerenza con gli obiettivi del Piano, la Segreteria di Stato alla Sanità, con il supporto dell'Authority Sanitaria, si fa carico di mantenere stretti rapporti con gli Organismi Internazionali di riferimento per le problematiche di carattere sanitario.

Il Piano aggiorna e sostituisce i precedenti Piani Pandemici Influenzali.

INTRODUZIONE

Il Piano Pandemico influenzale non può prescindere dal fare riferimento ad alcuni principi e valori di carattere etico e bioetico che devono guidare le politiche pubbliche su salute e sanità e orientare la condotta degli operatori.

Giustizia, equità, non discriminazione, responsabilità sociale, diligenza e appropriatezza sono il fondamento della programmazione e delle azioni volte alla protezione della salute dei cittadini, sia individualmente sia considerati nel contesto sociale.

Questi principi racchiudono, inseriscono o sono correlati ad altri principi e valori etici la cui applicazione nel contesto di una pandemia è particolarmente cogente. Tra questi vale menzionare la trasparenza e il dovere di una comunicazione pubblica puntuale, la coerenza nel perseguimento degli obiettivi, la pertinenza delle misure intraprese, la reciprocità e la cooperazione nell'adempimento dei propri compiti, l'efficienza nell'utilizzazione delle risorse e la rendicontazione pubblica del proprio operato.

Il sistema di valori sopra descritto genera fiducia nell'opinione pubblica attraverso il riconoscimento della affidabilità, adeguatezza e rispondenza delle istituzioni sanitarie.

In base alle rispettive competenze un'attenzione specifica deve essere riservata ai contesti e ai gruppi vulnerabili in ragione dei loro specifici bisogni ed esigenze. Questi ultimi, nel corso di una pandemia, possono risultare significativamente amplificati e di essi è necessario tenere conto ai fini dell'efficacia ed eticità della pianificazione degli interventi.

Diverse sono le categorie che possono essere ricomprese nella condizione di fragilità, tra queste è possibile includere, non esaustivamente e senza che ciò implichi un ordine di priorità, i grandi anziani, particolarmente coloro che sono ospitati in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), le donne in gravidanza, le persone affette da malattie rare, da patologie psichiatriche o in generale da comorbidità severe o immunodeficienze, le persone con disabilità, le persone senza fissa dimora o che vivono in condizioni di particolare fragilità sociale, le persone in detenzione, ecc...

In un contesto di risorse scarse in sanità quale quello che grava sui sistemi sanitari di tutto il mondo, pur con accentuazioni diverse nei diversi Paesi, considerata la particolare scarsità creata dall'impatto sul Sistema Sanitario della pandemia attuale, severa e inattesa, medici e professionisti sanitari potrebbero trovarsi a dover prendere decisioni cliniche eticamente impegnative.

Per approfondire questo tema, si rimanda alle linee di indirizzo contenute nel documento elaborato dal Comitato Sammarinese di Bioetica relativo "*Umanizzazione delle cure e accompagnamento alla morte in scenari pandemici*" pubblicato nel 2021, inoltre si ritiene fondamentale perseguire il contenuto del parere espresso dal Comitato Nazionale Italiano per la Bioetica (PDCM) "Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage" (pag. 5-11; 2020). Il medico (o il professionista sanitario), agendo in scienza e coscienza, valuta caso per caso il bisogno clinico dei pazienti secondo i criteri clinici di urgenza, gravosità e efficacia terapeutica, nel rispetto degli standard dell'etica e della deontologia professionale; gli interventi si basano sulle evidenze scientifiche e sono proporzionati alle condizioni cliniche dei pazienti, dei quali è tutelata la dignità e riconosciuta l'autonomia. Altresì, per un approfondimento sui profili etici e bioetici relativi ai vaccini, si rimanda al parere del Comitato Sammarinese di Bioetica pubblicato nel 2016 "*Valore bioetico delle vaccinazioni (per la persona e per la collettività)*" e al documento pubblicato nel 2021 "*Copertura vaccinale SARS-CoV 2*" pubblicato nel 2021. Ulteriori approfondimenti sul tema della vaccinazione possono essere mutuati dal parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (PDCM) "*I vaccini e Covid-19: Aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*" (2020). I vaccini sono le misure preventive più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo, ed hanno un valore non solo sanitario, ma anche etico intrinseco di particolare rilevanza. La loro distribuzione deve rispondere a criteri trasparenti, motivati e ragionevoli, e deve rispettare i principi etici e costituzionali di uguaglianza ed equità, bilanciando i rischi diretti e indiretti con specifica attenzione a evitare un impatto negativo per chi è più vulnerabile sul piano bio-psico-sociale.

I benefici e gli eventuali limiti della vaccinazione devono essere spiegati con chiarezza ai cittadini, anche sottolineando che i vaccini non sostituiscono la prevenzione mediante altre misure atte a garantire nelle pandemie il contenimento della diffusione e protezione dal virus.

Sulla base delle indicazioni della WHO sono definite 4 fasi, che corrispondono alla progressione dell'epidemia nel territorio nazionale o locale e agli obiettivi di gestione della crisi, che possono essere utilizzati per tenere conto delle diverse situazioni che si possono creare sul territorio sammarinese:

- 1. 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.
- 2. 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.
- 3. 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. Nel corso della fase pandemica si possono osservare diverse sotto-fasi che implicano un diverso grado di impegno dei servizi sanitari assistenziali, sia territoriali che ospedalieri:
 1. fasi acute, con forte incremento del numero di casi e della domanda di assistenza sanitaria;
 2. fasi post-acute, in cui i nuovi casi dopo aver raggiunto un picco hanno un trend in diminuzione, ma sono ancora in numero elevato con elevata domanda di assistenza sanitaria;
 3. fasi di transizione epidemica, in cui i nuovi casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e la domanda di assistenza sanitaria è contenuta
- 4. FASE DI TRANSIZIONE:** Dopo una pandemia il processo di valutazione si realizza con modalità diverse. La valutazione in questi casi, infatti, fornisce preziose informazioni sull'efficacia delle attività di preparazione alla pandemia, di risposta e di recupero e di assegnazione di risorse per informare e migliorare le azioni future. Rende i pianificatori e il personale consapevole di ciò che funziona, di ciò che non funziona e delle conseguenze indesiderate. La valutazione è una parte essenziale delle operazioni pandemiche e l'adozione di brevi cicli di revisione e apprendimento durante una risposta consente di adattare rapidamente i processi e gli interventi alla situazione in evoluzione. Come descritto nella fase di transizione pandemica, dopo una pandemia influenzale, è essenziale effettuare una valutazione approfondita della risposta alla pandemia stessa e della ripresa post pandemica. A tal fine **studi di After Action Review (AAR)** possono permettere di elaborare raccomandazioni da integrare nel successivo aggiornamento del piano pandemico strategico-operativo e di contingenza.

Al contempo è auspicabile:

 1. Valutare l'opportunità di effettuare una **valutazione dell'impatto sociale** della pandemia, compreso l'impatto sulle comunità colpite, sui servizi sanitari e sui servizi essenziali.
 2. Valutare l'opportunità di effettuare una **valutazione dell'impatto economico** della pandemia, compreso l'impatto sugli scambi commerciali e sui viaggi, la perdita di entrate commerciali e i costi finanziari della risposta e della ripresa.

Per stimare l'impatto della pandemia nelle varie fasi è importante che vengano rilevati i seguenti indicatori:

- Numero giornaliero e settimanale dei contagi
- Numero settimanale di ricoveri ospedalieri per quadri clinici (Terapia Intensiva, Isolamento)
- Numero settimanale di ricoveri ospedalieri per sindrome influenzale esitati in decesso
- Monitoraggio dell'assenteismo lavorativo e scolastico,

sarà pertanto fondamentale individuare uno specifico Ufficio per la gestione epidemiologica e statistica di tutte le informazioni inerenti la pandemia.

1.0 Gestione e Coordinamento

La Segreteria di Stato alla Sanità, espressione del Congresso di Stato, assume compiti di costante verifica e monitoraggio della capacità operativa in relazione agli obiettivi strategici del Piano pandemico.

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.

Per il coordinamento operativo delle misure adottate la Segreteria di Stato si avvale della collaborazione del Gruppo di Coordinamento per la Gestione delle Emergenze Sanitarie.

In presenza o in previsione di un evento che in ragione di intensità ed estensione debba essere fronteggiato con mezzi e poteri straordinari, il Congresso di Stato può deliberare lo stato di emergenza nominando un Commissario o Coordinatore Straordinario.

E' istituito con Delibera di Congresso Il Gruppo di Coordinamento per le Emergenze Sanitarie (Delibera Congresso di Stato n.35 del 23 Agosto 2021 "Gruppo di Coordinamento per le emergenze sanitarie")

Il Gruppo di coordinamento per affrontare le emergenze sanitarie è composto:

- Direttore Authority, con funzioni di coordinatore,
- Capo della Protezione Civile o suo delegato
- Direttore Generale I.S.S. o suo delegato
- Un delegato della Segreteria di Stato per la Sanità e Sicurezza Sociale.

Il Gruppo potrà essere integrato, in funzione delle esigenze specifiche, con professionisti interni ed esterni.

Le Funzioni del Gruppo sono:

- Coordinamento di tutti i servizi pubblici coinvolti nelle emergenze sanitarie
- Attivazione gruppi operativi per aree specifiche
- Comunicazione ed informazione alla cittadinanza ed agli operatori
- Predisposizione ed aggiornamento dei documenti ritenuti necessari.

Obiettivi

1. Identificare, confermare e descrivere rapidamente i casi di infezione, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio di eventuali epidemie.
2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla/e epidemia/e
3. Ridurre l'impatto della/e epidemia/e sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali
4. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta agli eventi epidemici
5. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico
6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi

Gli Obiettivi possono essere declinati sulla base dei livelli e delle fasi della pandemia.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Documento sono:

1. Migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica
2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica -tracciamento dei soggetti affetti-, profilassi con antivirali, vaccinazione)
3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi
4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari ed altri servizi essenziali
5. Mettere a punto un Piano di formazione
6. Mettere a punto adeguate strategie di comunicazione
7. Monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando ed analizzando i dati provenienti dai sistemi informativi.
8. Approvvigionamento e stoccaggio di adeguati e sufficienti Dispositivi di Protezione Individuali agli operatori sanitari e al personale di supporto (volontari della Protezione Civile, Forze dell'Ordine, ecc..) al fine di garantire la massima protezione del personale incaricato di pubblica assistenza.

2.0 Misure di prevenzione e controllo dell'infezione

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

- Misure di sanità pubblica quali limitazione degli spostamenti, isolamento e la quarantena dei casi e dei contatti;
- Programma vaccinale

2.1. Misure di sanità pubblica

Gli interventi di sanità pubblica che possono risultare efficaci per limitare e/o ritardare la diffusione dell'infezione sono basati sulla riduzione dei contatti tra persone infette e persone non infette, sulla minimizzazione della possibilità di trasmissione dell'infezione in caso di contatto attraverso comuni norme igieniche e misure di barriera (uso dei D.P.I).

I DPI costituiscono una misura efficace per ridurre il rischio d'infezione, solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che include controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici. La loro azione protettiva può differire per le diverse tipologie, e il loro utilizzo dipende dalle modalità di esposizione: DPI per la protezione delle vie respiratorie, degli occhi e delle mucose, delle mani e del corpo. In particolare, le semi-maschere filtranti (FFP), deputate alla protezione delle vie respiratorie, sono efficaci per evitare la trasmissione dei virus influenzali.

Le mascherine chirurgiche sono dispositivi medici (DM) normalmente deputate a proteggere l'ambiente dalle particelle emesse da chi le indossa. Evidenze scientifiche hanno dimostrato che possono ridurre l'emissione di particelle di virus respiratori.

Tutti i dispositivi devono essere indossati correttamente, cambiati regolarmente secondo indicazioni specifiche, rimossi con attenzione, smaltiti in sicurezza e utilizzati in combinazione con altri comportamenti e procedure igieniche.

L'utilizzo di tali dispositivi implica il rafforzamento di strategie a livello operativo territoriale per garantirne la congrua disponibilità possibile agli operatori maggiormente esposti al rischio di contagio. Queste includono: stoccare correttamente in magazzino una scorta di DPI sufficiente a garantire il fabbisogno in ambito assistenziale nei primi 3-4 mesi di una emergenza pandemica influenzale, assicurare la distribuzione di DPI necessaria alla protezione degli operatori in base alla valutazione del rischio; garantire agli operatori formazione e addestramento al loro uso.

Fase interpandemica:

- Predisporre un'informazione sanitaria della popolazione per promuovere l'adozione di comuni norme igieniche che includono:
 - Lavaggio delle mani
 - Sanificazioni delle superfici domestiche
 - Attenzione nel coprirsi la bocca quando si starnutisce o tossisce
- Adozione di misure per limitare la trasmissione delle infezioni in comunità (suole, case di riposo, luoghi di lavoro) ed evitare l'eccessivo affollamento.
- Dotare gli ambienti di adeguati sistemi di ventilazione.
- Adozione di misure di controllo per limitare la trasmissione dell'influenza pandemica in ambito ospedaliero:
 - Approvvigionamento dei DPI per il personale sanitario,
 - Controllo e funzionamento dei sistemi di sanificazione e disinfezione,
 - Individuazione di appropriati percorsi per i malati o sospetti tali,
 - Censimento delle disponibilità dei posti letto in isolamento e di stanze in pressione negativa,
 - Censimento dei dispositivi meccanici per l'assistenza ai pazienti.

Fase di allerta:

Alla identificazione di una minaccia a carattere pandemico generalmente consegue una dichiarazione da parte dell'OMS di una emergenza di sanità pubblica internazionale (*Public Health Emergency of International Concern*, PHEIC) che di fatto porta al passaggio da una fase inter-pandemica ad una fase di allerta pandemica. Da questo momento, è necessario intensificare la raccolta di informazioni a livello globale e la sorveglianza sul territorio nazionale.

Nella primissima fase di diffusione del virus pandemico devono inoltre essere previste **attività di tracciamento dei contatti** per la realizzazione di studi di valutazione sui primi casi che permettano di caratterizzare la trasmissibilità del virus pandemico e le caratteristiche di gravità clinica delle infezioni. Attività di contenimento o rallentamento della trasmissione attraverso accertamenti diagnostici estesi e tracciamento sistematico dei contatti non sono stati raccomandati in passato per la gestione delle pandemie influenzali. Tuttavia a fronte dell'esperienza maturata nella pandemia da SARS-CoV-2, seppur considerando che a differenza dei coronavirus i virus influenzali tendono a trasmettersi in modo più diffuso e omogeneo nella popolazione, potrebbero essere prese in considerazione misure aggiuntive. Tale scelta dovrà avvenire alla luce dei dati resi disponibili nella fase di allerta pandemica e all'inizio della fase pandemica.

Tutte le misure di cui sopra più:

- Educazione sanitaria e informazione della popolazione sui rischi e sui comportamenti,
- Messa a punto di protocolli di utilizzo dei DPI per le categorie professionali a rischio e loro adeguato approvvigionamento,
- Valutazione dell'opportunità di restrizioni degli spostamenti da e per altre nazioni, ove siano manifestati cluster epidemici,
- Valutazione dell'opportunità e delle modalità di rientro dei cittadini sammarinesi residenti in aree affette,
- Isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta, preferibilmente a livello domiciliare, per ridurre la quantità di risorse impiegate o in apposite aree attrezzate,
- Adozione, da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta delle comuni norme igieniche incluso l'uso delle mascherine chirurgiche per limitare la diffusione di secrezioni nasofaringee,
- Utilizzo di mascherine FFP2 o almeno mascherine chirurgiche per chi effettua l'assistenza medica,
- Campagne informative per promuovere una diagnosi precoce, anche da parte dei pazienti stessi, in modo da ridurre l'intervallo che intercorre fra la comparsa dei sintomi e l'isolamento,
- Quarantena e sorveglianza attiva dei contatti
- Valutazione dell'opportunità di chiusura delle scuole o di altre comunità e/o della sospensione di manifestazioni e di eventi di massa.

Fase Pandemica

Durante una pandemia, si opera in uno stato di emergenza, che viene dichiarato dalla Segreteria di Stato alla Sanità e deliberato dal Congresso di Stato. In tale contesto è quindi auspicabile l'istituzione rapida di un coordinamento che veda la partecipazione di tutti i principali attori sia con ruolo di consulenza tecnico-scientifica che operativa.

Le misure da adottare includono:

- Limitazione dei viaggi verso aree non affette,
- Adozioni delle normali norme igieniche,
- Isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta, preferibilmente a livello domiciliare per ridurre la quantità di risorse o apposite aree attrezzate,
- Adozione, da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta delle comuni norme igieniche incluso l'uso delle mascherine chirurgiche per limitare la diffusione di secrezioni nasofaringee,
- Utilizzo di mascherine chirurgiche per chi effettua l'assistenza medica,
- Campagne informative per promuovere una diagnosi precoce, anche da parte dei pazienti stessi, in modo da ridurre l'intervallo che intercorre fra la comparsa dei sintomi e l'isolamento,
- Quarantena e sorveglianza attiva dei contatti.

Fase di transizione

In questa fase va valutata la capacità di risposta del sistema sanitario alla pandemia e condividere quanto imparato effettuando una valutazione completa di tutti gli interventi realizzati.

Sarà inoltre importante monitorare la situazione per valutare un'eventuale nuova pandemia.

2.2. Programma vaccinale

Nel Periodo interpandemico è importante potenziare le campagne stagionali di vaccinazione con particolare attenzione alla copertura vaccinale alle categorie a rischio ed il monitoraggio degli eventi avversi al vaccino.

Nella fase di allerta è necessario identificare le categorie prioritarie a cui offrire la vaccinazione.

Il presente Piano identifica 6 categorie in ordine di priorità:

- *Personale sanitario e di assistenza:*
 - Ospedali
 - Centri sanitari e ambulatori di medicina di base
 - Servizi di sanità pubblica a contatto con il pubblico
 - Servizio socio-sanitario (Servizio Anziani, Servizio Neuro-psichiatrico, servizio Domiciliare Territoriale)
 - Farmacie
- *Personale addetto ai servizi essenziali e alla sicurezza e alla emergenza:*
 - Polizia civile, Gendarmeria e Guardie di Rocca
 - Vigili del Fuoco
 - Volontari della protezione civile
- *Personale addetto ai servizi di pubblica utilità:*
 - Persone addette ai trasporti pubblici essenziali e coloro che effettuano il trasporto di prodotti di prima necessità
 - Lavoratori dei servizi di pubblica utilità (scuole, poste ecc..)
- *Persone ad elevato rischio complicanze severe o fatali a causa dell'influenza* (vedi gruppi già identificati nelle raccomandazioni per l'annuale vaccinazione)
- *Bambini ed adolescenti di età compresa fra 2 e 18 anni*
- *Adulti sani*

Le categorie di cui sopra possono essere oggetto di revisione, sulla base delle caratteristiche epidemiologiche del virus circolante.

Nella fase di allerta si provvederà inoltre a:

- Stimare il numero di dosi di vaccino pandemico necessario
- Identificare le modalità di approvvigionamento dei vaccini (numero di dosi), loro distribuzione e stoccaggio
- Concordare con le aziende farmaceutiche i tempi di sviluppo, i saggi la registrazione e la disponibilità del vaccino
- Stilare l'elenco dei nominativi delle persone che rientrano nelle categorie prioritarie
- Identificare il personale dell'ISS preposto alla somministrazione del vaccino e di supporto per le attività vaccinali nonché i siti vaccinali per l'erogazione della vaccinazione in minor tempo possibile
- Mettere a punto modalità per la registrazione delle vaccinazioni eseguite
- Mettere a punto un sistema di vigilanza per gli eventi avversi

Nella fase pandemica si predisporrà il monitoraggio delle coperture vaccinali per i gruppi a rischio ed il monitoraggio degli eventi avversi al vaccino.

3.0 GARANTIRE IL TRATTAMENTO E L'ASSISTENZA

In fase interpandemica e di allerta è cruciale mettere a punto le procedure per garantire un razionale accesso alle cure:

- Censire la disponibilità ordinaria e straordinaria di strutture di ricovero e cura, strutture socio sanitarie e socio-assistenziali, operatori di assistenza primaria, medici di medicina generale,
- Censire le strutture di ricovero e cura dotate di dispositivi per la respirazione assistita,
- Definire i livelli di strutture dove i pazienti dovrebbero essere idealmente trattati durante la pandemia,
- Determinare il triage di flusso dei pazienti fra strutture sanitarie a vari livelli,
- Individuare potenziali luoghi alternativi per le cure mediche (strutture socio-sanitarie, RSA, scuole, ambulatori,)
- Definire criteri per la sospensione di ricoveri programmati e la resa in disponibilità di posti letto aggiuntivi,
- Garantire l'adeguato approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione dei farmaci antivirali,
- Fornire linee guida per l'uso di antivirali a scopo profilattico e terapeutico,

- Definire linee guida per il trattamento a domicilio dei casi,
- Individuare misure di supporto di tipo non sanitario, quali incremento dei permessi per assistenza, i servizi di assistenza domiciliare, il riconoscimento di permessi lavorativi volontari.

4.0 METTERE A PUNTO PIANI DI EMERGENZA PER MANTENERE I SERVIZI ESSENZIALI

Per garantire un corretto funzionamento dei servizi essenziali: rete elettrica, idrica, trasporti e le telecomunicazioni, devono essere perseguite le seguenti azioni:

- Sviluppare una lista di servizi essenziali
- Predisporre le procedure per coprire le assenze in caso di epidemia,
- Compilare un elenco di persone la cui assenza pone in serio pericolo la sicurezza o interferisce negativamente nel corso della pandemia,

Il Gruppo di Coordinamento si fa carico di concordare con i vari Uffici coinvolti le azioni di cui sopra.

5.0 METTERE A PUNTO UN PIANO DI FORMAZIONE

La formazione degli operatori impegnati nelle diverse fasi del Piano rappresenta un'attività essenziale da organizzare e realizzare prima del verificarsi della pandemia. La didattica deve prevedere un programma formativo specifico per tutte le figure professionali coinvolte, differenziato in relazione agli ambiti di intervento ai ruoli e responsabilità.

Gli obiettivi generali del programma di formazione sono:

- sviluppare le conoscenze sulla pandemia e sulla sua gestione
- fornire competenze per condurre le attività previste dal Piano al fine di garantire un adeguato livello di protezione di tutta la popolazione,
- perfezionare le abilità di comunicazione del rischio,
- sviluppare competenze comunicative – relazionali.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario sviluppare sinergie con gli Organismi Internazionali quali OMS e OIE ed altri Enti preposti a tale scopo.

6.0 METTERE A PUNTO ADEGUATE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE

Al fine di utilizzare adeguate strategie di comunicazione è necessario prevedere rapporti di collaborazione tra le istituzioni e tra tutti i soggetti sociali coinvolti per garantire un'adeguata circolazione delle informazioni che dovranno essere chiare, omogenee, condivise a tutti i livelli della società.

A tal scopo dovrà essere identificata la struttura organizzativa a cui verrà affidato il processo comunicativo e la funzione di portavoce al fine di garantire la chiarezza, la trasparenza, la tempestività, l'omogeneità e l'affidabilità dell'informazione e rafforzare la credibilità delle istituzioni.

La comunicazione sarà garantita attraverso l'utilizzo di mezzi di informazione unidirezionali o bidirezionali. E' inoltre molto importante sviluppare un rapporto di collaborazione con i media attraverso la costante chiara comunicazione delle informazioni disponibili anche se incerte.

Nell'ambito della fase di allerta pandemica, in base alle caratteristiche del virus influenzale pandemico, una delle attività chiave della comunicazione del rischio rivolta alla popolazione generale consiste nel promuovere interventi non farmacologici da attuare a livello individuale, in particolare:

1. Sviluppare messaggi chiave, materiale informativo, educativo e di comunicazione e una strategia di comunicazione per promuovere interventi personali non farmacologici per ridurre il rischio di trasmissione nella comunità, come la permanenza a casa in caso di malattia, l'isolamento volontario, l'etichetta respiratoria, l'igiene delle mani, l'uso di maschere facciali in ambienti comunitari e/lavorativi e la riduzione dei contatti sociali.
2. Promuovere la pulizia ambientale di routine di superfici e oggetti toccati frequentemente in case, strutture per l'infanzia, scuole, luoghi di lavoro e ambienti pubblici.
3. Monitorare e contenere la divulgazione di disinformazione, fake news, e fughe di notizie che possono portare alla diffusione di comportamenti scorretti, nonché all'emergenza di atteggiamenti e comportamenti discriminatori e di stigma sociale.

7. VERIFICA

Al fine di monitorare l'efficienza e l'efficacia del Piano, tutte le informazioni relative alle specifiche attività previste dal Piano, dovranno pervenire al Gruppo di Coordinamento.