

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Aggiornamento del Piano Pandemico Regionale di cui alla DGR 1371 del 26/11/2007 “Piano pandemico regionale – Linee guida”.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla PF Prevenzione e Promozione della Salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all’articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001 n.20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del dirigente della PF Prevenzione e Promozione della Salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro e l’attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, un impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità;

VISTO l’articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell’allegato “Verbale di seduta”

DELIBERA

- **di aggiornare** il Piano Pandemico Regionale, di cui alla DGR 1371 del 26/11/2007 “Piano Pandemico Regionale. Linee guida”, come riportato in Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

(Deborah GIRALDI)

(Luca CERISCIOLI)

Documento informatico firmato digitalmente

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento:

- DPGR n. 30 del 13/02/2006 Costituzione del Comitato Pandemico Regionale (CPR) e Unità di crisi regionale per l'influenza aviaria (URCIA);
- DGR 1371 del 26/11/2007 Piano pandemico regionale – Linee guida;
- DGR 1515 del 28/09/2009 Piano operativo per la risposta alla pandemia influenzale nella Regione Marche;
- DPGR n. 286 del 25/11/2019 Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria (G.O.R.E.S.). Revoca D.P.G.R. n.60/2012 e n.152/2014 – Nuove disposizioni. Adottato ai sensi dell'art. 7, 1° comma della L.R. n. 32/2001;
- Delibera del Consiglio dei Ministri 31/1/2020 “Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”;
- Ordinanza n. 3 del 3/3/2020 del Presidente della Giunta Regionale Marche “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19”;
- DGR n. 272 del 09/03/2020 “Piano Regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- DGR n. 320 del 12/03/2020. “Aggiornamento del "Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19" di cui alla DGR 272 del 09.03.2020”;
- DGR 523 del 05/05/2020 Epidemia COVID-19: Piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate del Sistema Sanitario Regionale;
- DGR n. 627 del 25/5/2020 “Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (fase 2)”.

Motivazione ed esito dell'istruttoria

La Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome nella seduta del 9 febbraio 2006 ha approvato il Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una Pandemia influenzale (PPN): tale documento traccia le linee generali per l'identificazione e il controllo di una eventuale pandemia influenzale, con l'obiettivo generale di limitarne l'impatto negativo sulla popolazione italiana.

Il Piano Pandemico, stilato secondo le indicazioni dell'OMS del 2005, aggiorna e sostituisce il precedente Piano Italiano Multifase per una Pandemia Influenzale, pubblicato nel 2002. Rappresenta quindi il riferimento nazionale per la strutturazione dei Piani regionali. Lo strumento utilizzato è basato sulla identificazione di una serie di azioni chiave mediante le



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

quali il Sistema Sanitario, inteso nella sua interpretazione più estensiva, possa essere messo in condizione di dare una risposta adeguata ed efficace. Il ruolo delle Regioni, nell'ambito di quanto stabilito dal titolo quinto della Costituzione, viene ribadito spesso nel PPN, che prevede "azioni condivise e coordinate" fra Stato e Regioni. Il PPN indica infine che "le azioni sanitarie a livello territoriale sono garantite dalle Regioni" fornendo in allegato le istruzioni per la compilazione dei Piani pandemici regionali, strumenti necessari per l'attuazione pratica degli indirizzi nazionali.

L'obiettivo del Piano è rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

1. Identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali o da altri agenti biologici, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia;
2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia;
3. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
4. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia;
5. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico;
6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

1. Migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica;
2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, 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 e 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 e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi;
8. Migliorare la sorveglianza: la sorveglianza epidemiologica e virologica è attiva in tutto il Paese già da tempo, così come ratificato con Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il sistema è tarato in modo da poter essere implementato, con azioni aggiuntive, nelle fasi crescenti di rischio. Pertanto, nell'aggiornamento del Piano Pandemico Regionale sono riportate le azioni individuate nella progettazione del sistema.

La Regione Marche ha approvato con DGR 1371 del 26/11/2007 il Piano di preparazione e controllo di una pandemia influenzale della Regione Marche. Successivamente, nel giugno 2009 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato lo stato di pandemia, causata dal sottotipo H1N1 del virus dell'influenza A; la Regione Marche quindi ha approvato con DGR 1515 del 28/09/2009 il Piano operativo per la risposta alla pandemia influenzale nella Regione Marche.

Più recentemente, in data 30/1/2020, l'OMS ha stabilito che l'epidemia Covid-19 è una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC). Il Consiglio dei Ministri ha dichiarato, con apposita deliberazione del 31/1/2020, per 6 mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale a causa del rischio sanitario connesso alla propagazione di agenti virali trasmissibili. Il giorno 11 marzo 2020 l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia dovuto alla diffusione del nuovo coronavirus SARS-CoV-2. A livello regionale sono stati diffusi diversi atti tecnici e normativi per contrastare la diffusione della pandemia.

Il PPN ed il relativo PPR, pur essendo rivolti al contrasto di una pandemia da virus influenzale, hanno rappresentato un utile riferimento nella prima fase di insorgenza della attuale pandemia da coronavirus ed anche un'utile guida per la revisione del Piano Pandemico Regionale, per focalizzare le azioni da mettere in atto sul territorio regionale per fronteggiare eventuali emergenze da agenti biologici.

Quindi, sulla base della recente esperienza di contrasto alla pandemia, che ha richiesto numerose azioni diversificate, si è proceduto ad un aggiornamento del Piano Pandemico Regionale, in allegato alla presente deliberazione, che si pone come strumento operativo per affrontare pandemie da agenti biologici, con particolare riferimento a quelli respiratori.

Il presente Piano verrà revisionato periodicamente in un'ottica di continuo miglioramento ed adattamento dell'organizzazione regionale al contesto epidemiologico che andrà progressivamente proponendosi.

Per quanto sopra esposto, si propone l'adozione del presente atto.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014

Il responsabile del procedimento
(Fabio FILIPPETTI)

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P. F. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DELLA P. F.
(Fabio FILIPPETTI)

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

La sottoscritta propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRIGENTE
(Lucia DI FURIA)

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATI

ALLEGATO A

AGGIORNAMENTO PIANO PANDEMICO REGIONALE
di cui alla DGR 1371 del 26/11/2007 “Piano pandemico regionale – Linee guida”



ALLEGATO A

AGGIORNAMENTO PIANO PANDEMICO REGIONALE
di cui alla DGR 1371 del 26/11/2007
“Piano pandemico regionale – Linee guida”

1 – Introduzione

La Conferenza Permanente per i rapporti fra Stato, Regioni e Province Autonome nella seduta del 9 febbraio 2006 ha approvato il Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una Pandemia influenzale (PPN): tale documento traccia le linee generali per l'identificazione e il controllo di una eventuale pandemia influenzale con l'obiettivo generale di limitarne l'impatto negativo sulla popolazione italiana.

Il Piano Pandemico, stilato secondo le indicazioni dell'OMS del 2005, aggiorna e sostituisce il precedente Piano Italiano Multifase per una Pandemia Influenzale, pubblicato nel 2002. Rappresenta quindi il riferimento nazionale per la strutturazione dei Piani operativi regionali.

Il PPN indica che “le azioni sanitarie a livello territoriale sono garantite dalle Regioni” fornendo in allegato le istruzioni per la compilazione dei piani pandemici regionali, strumenti necessari per l'attuazione pratica degli indirizzi nazionali.

L'obiettivo del Piano è rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

1. Identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali o da altri agenti biologici, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia;
2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia;
3. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
4. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia;
5. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico;
6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

1. Migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica;
2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, 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 e 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 e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi;

8. Migliorare la sorveglianza: la sorveglianza epidemiologica e virologica è attiva in tutto il Paese già da tempo, così come ratificato con Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni.

Il sistema è tarato in modo da poter essere implementato, con azioni aggiuntive, nelle fasi crescenti di rischio. Pertanto, nell'aggiornamento del Piano Pandemico Regionale sono riportate le azioni individuate nella progettazione del sistema.

La Regione Marche con DGR 1371 del 26/11/2007 ha approvato le Linee guida per il Piano Pandemico Regionale (PPR) e, successivamente, a seguito della dichiarazione dell'OMS di pandemia nel giugno 2009, con DGR 1515 del 28/9/2009 ha approvato il Piano operativo per la risposta alla pandemia influenzale da virus A/H1N1.

Più recentemente, il giorno 11 marzo 2020 l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia dovuto alla diffusione del nuovo coronavirus SARS-CoV-2. A livello regionale sono stati diffusi diversi atti tecnici e normativi per contrastare la diffusione della pandemia.

Il PPN ed il relativo PPR, pur essendo rivolti al contrasto di una pandemia da virus influenzale, hanno rappresentato un utile riferimento nella prima fase di insorgenza della attuale pandemia da coronavirus e la gestione dell'emergenza pandemica ha fornito indicazioni per la revisione del Piano Pandemico Regionale, mirato a focalizzare le azioni da mettere in atto sul territorio regionale per fronteggiare eventuali emergenze da agenti biologici.

Quindi, sulla base della recente esperienza di contrasto alla pandemia, che ha richiesto numerose azioni diversificate, si è proceduto ad un aggiornamento del Piano Pandemico Regionale, che si pone come strumento operativo per affrontare pandemie da agenti biologici, con particolare riferimento a quelli respiratori.

Il presente Piano verrà revisionato periodicamente in un'ottica di continuo miglioramento ed adattamento dell'organizzazione regionale al contesto epidemiologico che andrà progressivamente proponendosi.

1.1 – Scenari di impatto nelle Marche

In caso di emergenza di un virus pandemico, sono ipotizzabili molti scenari di diffusione, che dipendono da una serie di fattori imprevedibili (stagionalità, caratteristiche dell'agente biologico, origine geografica della pandemia, ecc.); pertanto un'accurata e dettagliata previsione di quello che potrà accadere in corso di pandemia risulta essere molto complessa. L'utilizzo di modelli matematici consente di effettuare stime sui livelli di impatto di una pandemia indicando anche un *range* di minima e massima dei parametri esaminati. Queste stime sono molto utili nella programmazione anche se costituiscono una previsione basata su assunzioni teoriche e la realtà potrebbe differire di molto dai modelli elaborati.

Nell'occasione della stesura del PPN, un gruppo di lavoro coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ha prodotto un documento (Scenari di diffusione e controllo di una pandemia influenzale in Italia – *Rapporti ISTISAN 06/33*) in cui viene sviluppato un modello matematico per una possibile pandemia influenzale in Italia. Il modello è in grado di approfondire gli aspetti legati alla eventuale diffusione di una nuova pandemia non solo in termini di casi attesi, ma anche valutando l'impatto degli interventi delineati nel Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.

È stato assunto un R_0 (numero riproduttivo di base = numero medio di nuovi casi di infezione causati da un singolo soggetto infetto nel corso del suo intero periodo di

infettività quando la popolazione è completamente suscettibile) della influenza pandemica pari a 1,8 e un tasso di attacco complessivo del 35%. Le misure preventive considerate hanno incluso la vaccinazione (due dosi di vaccino pandemico, o una dose di un vaccino antigenicamente simile pre-pandemico seguito da una dose di vaccino pandemico), la profilassi con antivirali e la riduzione delle distanze sociali attraverso la chiusura di scuole, luoghi di lavoro, altri luoghi di ritrovo.

Tali misure sono state valutate in termini di impatto, sia singolarmente che in maniera combinata, in modo da stimarne l'effetto in termini di riduzione del numero di casi e di numero di persone trattate.

Applicando alla struttura di popolazione delle Marche i tassi di attacco in assenza di intervento per classi di età, così come riportati nello studio in questione, è stato possibile stimare l'impatto regionale di un'eventuale pandemia, con le medesime assunzioni fatte per il modello nazionale rispetto a quei parametri che vengono fissati a priori ma che potrebbero assumere nella realtà valori molto differenti, scostando notevolmente l'impatto teorico da quello reale (Tabella 1.1).

I risultati dello studio nazionale mostrano che, in assenza di interventi, il picco epidemico verrebbe raggiunto dopo circa quattro mesi dalla importazione dei primi casi e, ipotizzando che la diffusione avvenga in un'unica ondata, l'epidemia si estinguerebbe nell'arco di circa 7 mesi. Di fatto, l'esperienza europea e nazionale di precedenti pandemie influenzali mostra che l'influenza si è diffusa in due ondate, che hanno interessato due stagioni invernali, con il maggiore impatto durante la seconda.

Il risultato principale scaturito dalle simulazioni è la necessità di combinare tra di loro le diverse strategie. Infatti, nessuno degli interventi utilizzati individualmente è risultato davvero efficace nel contenere la pandemia, visto che il tasso di attacco cumulativo, nella migliore delle ipotesi (cioè l'associazione del vaccino pre-pandemico e pandemico), diminuisce solo dal 35% al 24%. Al contrario, associando tutte le misure e utilizzando il vaccino pre-pandemico, il tasso di attacco si riduce al 10%, simile, quindi, a quanto osservato durante le epidemie stagionali.

Le simulazioni presentate nel rapporto nazionale indicano che è possibile mitigare l'effetto della pandemia con le misure descritte, ma solo ed esclusivamente in presenza di una precisa organizzazione al livello territoriale e regionale, poiché tempistica e qualità degli interventi risultano essenziali.

Applicando il software *FluSurge* (elaborato dai CDC statunitensi) è possibile la stima dell'impatto di una pandemia sulla capacità assistenziale degli ospedali per acuti (numero di ospedalizzazioni, mortalità ospedaliera, ricoveri in terapia intensiva e utilizzo di ventilatori meccanica). Per l'utilizzo del software alcuni parametri sono stati supposti al fine di stimare l'impatto di una pandemia nel caso del peggior scenario consentito dal programma stesso, ipotizzando una singola ondata pandemica di 12 settimane con lo stesso tasso di attacco del 35%.

Il modello applicato alla realtà regionale mostra il picco di ospedalizzazioni nel corso della settima settimana di pandemia, con un numero massimo di ricoveri che superano le 1300 unità. Si stimano complessivamente circa 9000 ospedalizzazioni. Nella settimana di maggiore afflusso circa 300 persone necessiterebbero del ricovero in terapia intensiva e molte di queste ammissioni richiederebbero l'utilizzo di respiratori meccanici. Una simile pandemia potrebbe essere responsabile di circa 2000 morti (numero minimo 1362, numero massimo 2998).

Sulla base di queste stime, si può supporre che, nel corso di una pandemia a impatto grave, il Sistema Sanitario Regionale (SSR) e, in particolare le unità di terapia intensiva, potrebbe

trovarsi in difficoltà durante il picco epidemico per la durata di 2-3 settimane e sarebbe costretto a ricorrere alle strategie previste per le emergenze di grande impatto.

Tabella 1.1 – Ipotesi teorica di scenario pandemico. Numero di casi settimanali nella regione Marche in assenza di intervento per classi di età applicando i tassi di attacco settimanali del modello nazionale.

Settimana	Classi di età						Tot
	0-2	3-14	5-18	19-39	40-64	> 65	
5	0	0	0	0	0	0	0
6	0	16	5	43	0	0	64
7	4	48	16	43	50	0	161
8	12	143	38	172	149	34	548
9	28	349	98	429	398	102	1404
10	67	809	240	1030	994	272	3412
11	142	1586	491	2190	2137	578	7124
12	264	2776	879	4122	4026	1121	13188
13	457	4711	1501	7084	6908	1971	22633
14	760	7630	2462	11678	11481	3296	37307
15	1158	10786	3625	17646	17495	5131	55841
16	1512	12595	4460	22928	23061	6967	71522
17	1658	12119	4514	24903	25397	8020	76611
18	1532	9882	3837	22799	23658	7782	69490
19	1228	7106	2839	18076	19036	6525	54809
20	886	4679	1900	12881	13718	4860	38923
21	587	2903	1190	8458	9095	3330	25563
22	366	1697	704	5238	5666	2141	15813
23	217	952	398	3091	3380	1291	9329
24	122	523	218	1760	1938	748	5310
25	67	270	115	945	1044	408	2847
26	35	143	60	515	547	238	1538
27	20	79	33	258	298	136	824
28	12	32	16	129	149	68	406
29	4	16	11	86	99	34	250
30	4	16	5	43	50	34	152
31	0	0	0	0	0	0	0
Totale	11138	81866	29657	166546	170773	55087	515067

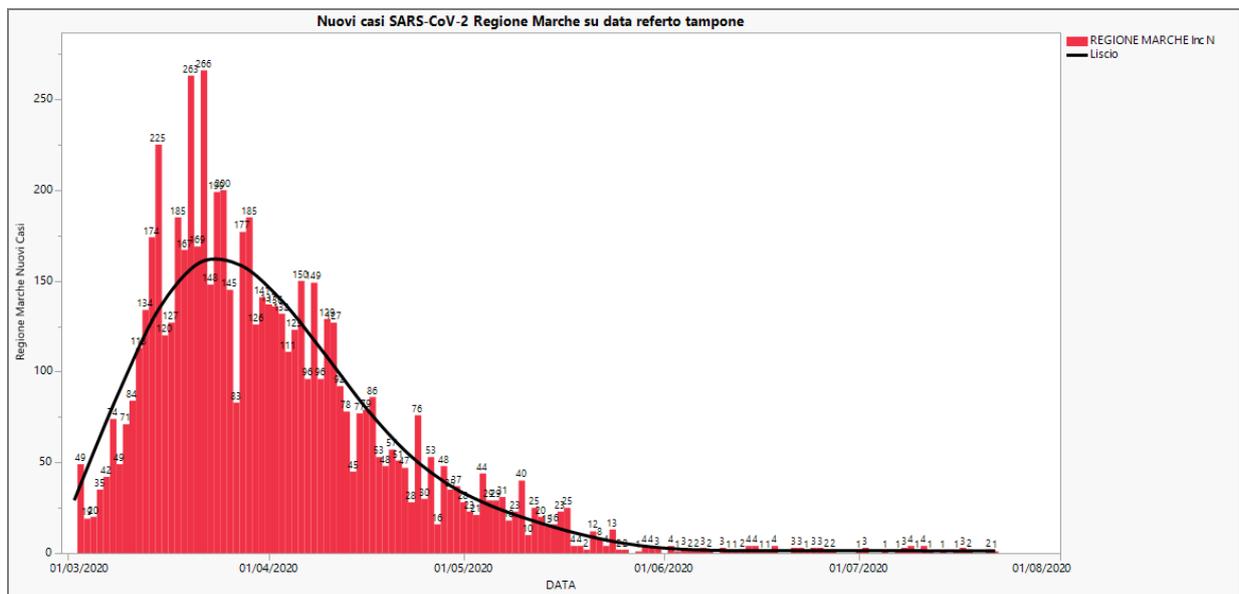
A questo punto, risulta rilevante analizzare alcuni dati relativi alla pandemia in atto da virus SARS-CoV-2, che descrivono una pandemia ad alto impatto sulla popolazione e sul Sistema sanitario, per la quale sono state messe in atto importanti misure restrittive, incluso il *lockdown* che ha avuto come effetto l'appiattimento della curva epidemica con relativo contenimento dei ricoveri ospedalieri e dei decessi.

Infatti lo sviluppo dell'attuale pandemia da virus SARS-CoV-2 è diversificato da quello della pandemia influenzale del 2009, che non ha avuto tempi di diffusione così rapidi e un impatto così rilevante in termini di morbosità e letalità. La prima fase della diffusione della epidemia COVID 19 ha creato immediatamente una situazione di maxi emergenza, tanto che il Governo ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale il 31/1/2020 (quindi prima della dichiarazione di pandemia da parte di OMS).

Le misure di contenimento e mitigazione adottate nella prima fase della diffusione della pandemia Covid-19 hanno contribuito in misura determinante all'appiattimento della curva epidemica, con riduzione dei nuovi casi e conseguente alleggerimento della risposta assistenziale a carico del servizio sanitario.

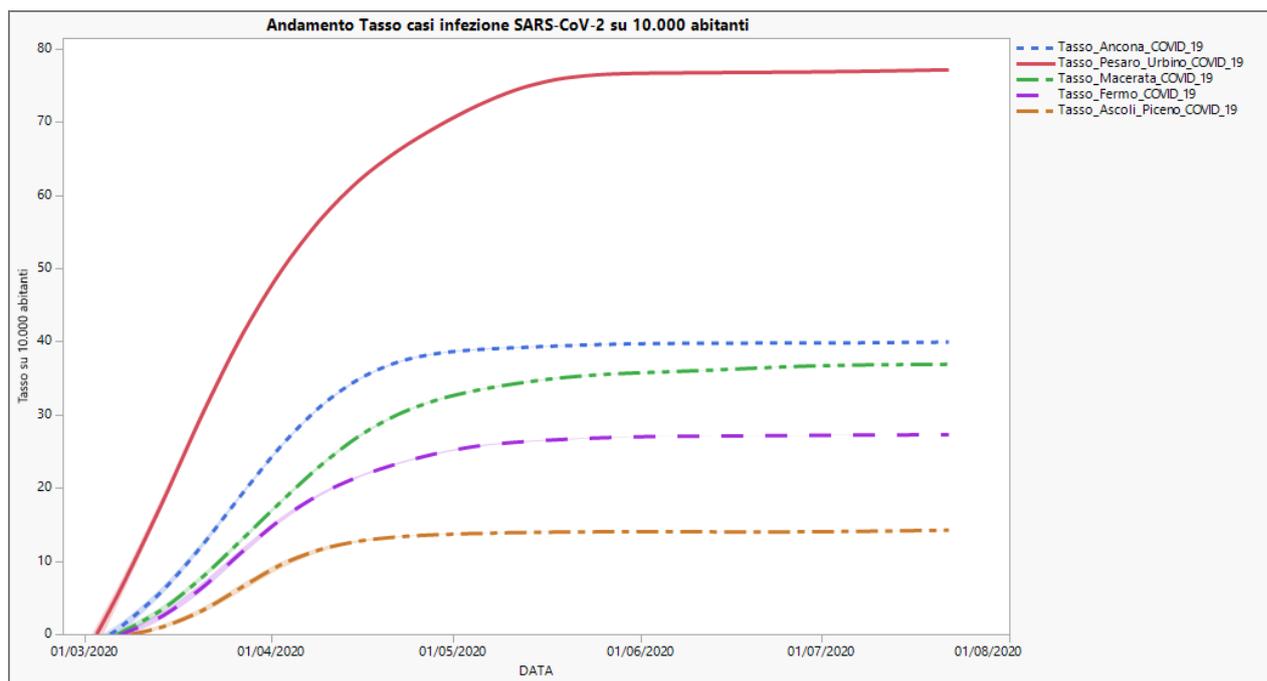
Nel Territorio Regionale alla data del 22 luglio 2020 si sono registrati complessivamente n. 6.814 casi Positivi per infezione SARS-CoV-2 (Prevalenza alla data di rilevazione); di questi: n. 2768 nella provincia di Pesaro-Urbino (40,6%), n.1883 nella provincia di Ancona (27,6%), n.1158 nella provincia di Macerata (17%), n. 474 nella provincia di Fermo (7,0%), n. 294 nella provincia di Ascoli Piceno (4,3%) e n. 237 in residenti fuori regione (3,5%).

Grafico 1.1 Nuovi casi SARS-CoV-2 su data referto tampone. Regione Marche, data referto tampone dal 01/03/2020 al 22/07/2020



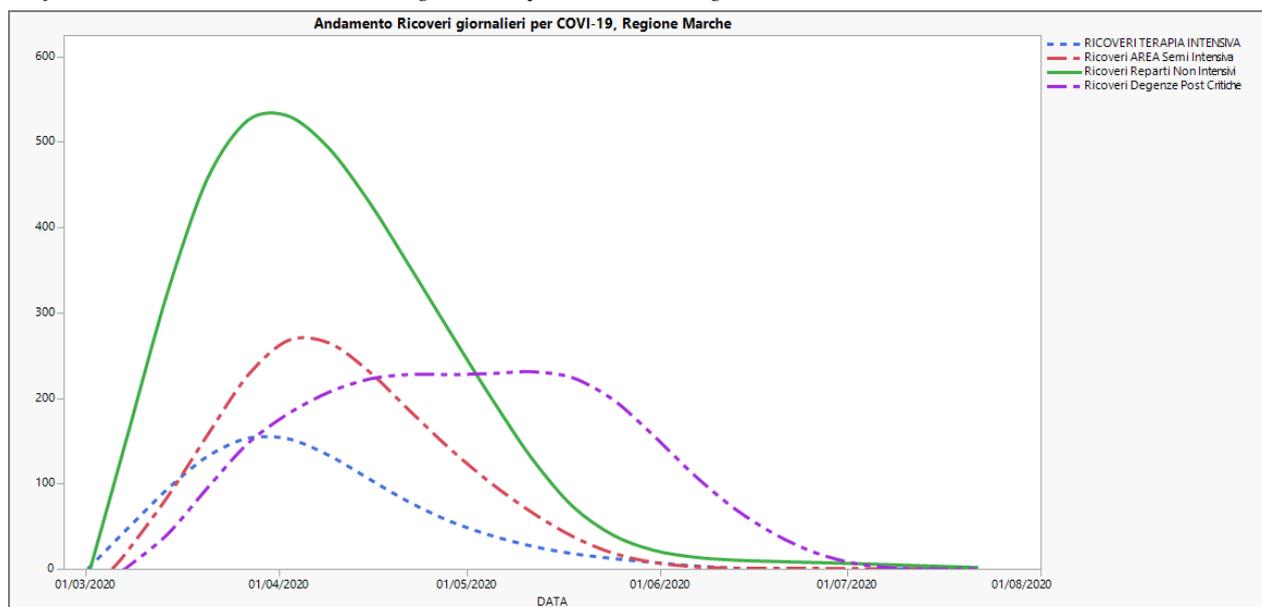
L'andamento del Tasso su 10.000 abitanti dei casi diagnosticati SARS-CoV-2 e stratificati per data referto tampone, rileva alla data del 22 luglio 2020 nella Regione Marche un tasso complessivo di prevalenza di 44,88 su 10.000 abitanti, la ripartizione territoriale indica: per la provincia di Pesaro-Urbino un Tasso di 77,13 casi su 10.000 abitanti, per la provincia di Ancona un Tasso di 39,96 su 10.000 abitanti, la provincia di Macerata un Tasso di 36,86 su 10.000, la provincia di Fermo un Tasso di 27,27 su 10.000 e la provincia di Ascoli Piceno un Tasso di 14,19 su 10.000 abitanti.

Grafico 1.2 Andamento Tasso casi infezione SARS-CoV-2 su 10.000 abitanti., distribuzione per territorio, data referto 22/07/2020



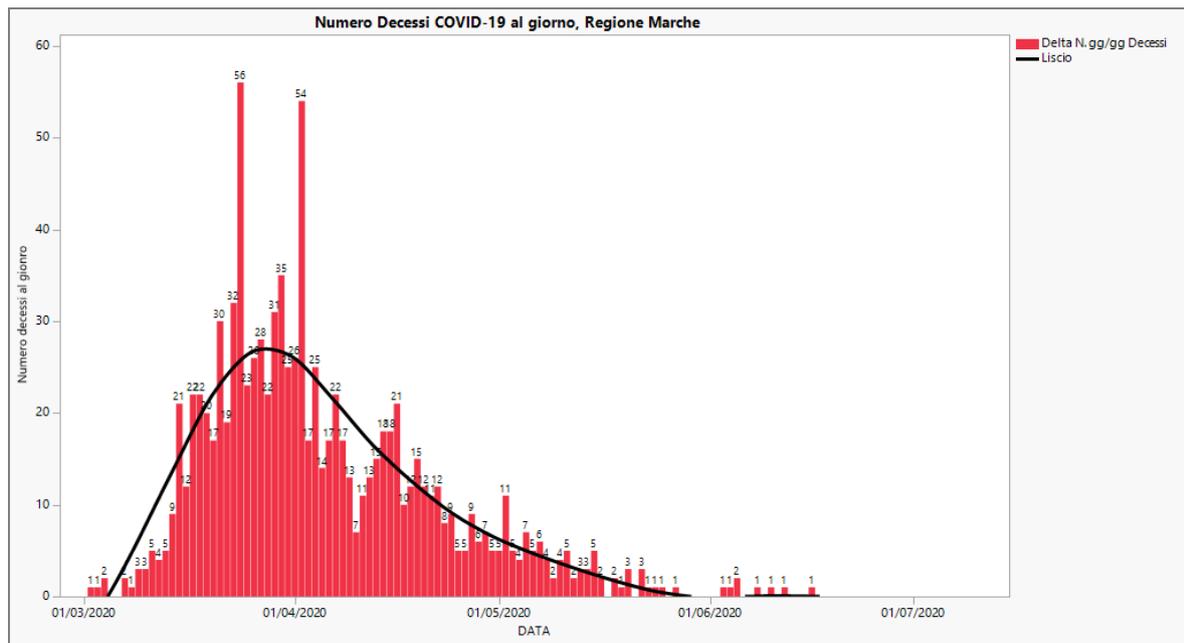
L'andamento dei ricoveri nella Regione Marche per COVID-19 distribuiti per tipologia di intensità di cure, rileva: nei reparti di Terapie Intensive un picco di n 169 ricoveri in data 31/03/2020, nei reparti di Semi-Intensiva n.315 ricoveri il giorno 30/03/2020, nei reparti Non-Intensivi n. 592 ricoveri il giorno 23/03/2020 e i ricoveri in Degenza post critica n.244 ricoveri il 16/05/2020.

Grafico 1.3 Andamento Numero Ricoveri giornalieri per COVID-19, Regione Marche



Nel Territorio Regionale alla data del 22 luglio 2020 si sono registrati complessivamente n.987 decessi per causa COVID-19, un Tasso di 64,96 decessi su 100.000 residenti. La distribuzione territoriale rileva: la provincia di Pesaro-Urbino n. 523 decessi (il 53% dei decessi COVID-19), la provincia di Ancona n. 214 decessi (il 22% sul totale), la provincia di Macerata n. 164 decessi (il 17% sul totale), la provincia di Fermo n. 65 decessi (il 6,6% sul totale), la provincia di Ascoli Piceno n. 13 decessi (l'1,3% sul totale) e n. 8 decessi di residenti fuori regione.

Grafico 1.4 Andamento Numero Decessi giornalieri per COVID-19, Regione Marche, data rilevazione 22/07/2020



2 - Aspetti organizzativi

L'esperienza dell'attuale pandemia da virus SARS-CoV-2, anche nei confronti di quella del 2009, ha permesso di valutare l'efficacia di un modello organizzativo di risposta che si è basato su un modello già sperimentato.

Gli aspetti organizzativi per affrontare una pandemia si basano quindi su una struttura consolidata, che di seguito viene descritta nelle varie componenti.

2.1 - Servizio Sanità - Regione Marche

Il Servizio Sanità della Regione svolge il ruolo di indirizzo delle attività legate alla pandemia per quanto riguarda l'ambito sanitario. Il Servizio Sanità mantiene i contatti con il livello centrale: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. Nell'ambito della Regione mantiene i contatti con la Giunta Regionale, con la Protezione Civile regionale, con le Direzioni degli Enti del SSR, con le Prefetture e tutte le altre Istituzioni, per quanto di competenza, favorendo una efficace comunicazione interna.

Il Servizio Sanità della Regione, ai sensi della Legge 833/1978, propone al Presidente della Giunta Regionale la adozione di provvedimenti rivolti a tutti gli Enti o Aziende della Regione.

Il Servizio si avvale del GORES, il Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie.

2.2 Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie (GORES)

Il GORES, costituito dal DPGR 17 febbraio 2004 n. 49, è stato recentemente ricostituito con decreto presidenziale del 25 novembre 2019, n. 286.

A seguito dell'emergenza COVID 19, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 3 del 3 marzo 2020 ha inoltre indicato le azioni di competenza del GORES, come di seguito indicato:

- coordinare le attività di prevenzione, formazione e informazione al personale sanitario;
- provvedere al coordinamento delle azioni con la medicina territoriale;
- provvedere al monitoraggio dell'avvenuta attivazione delle misure previste;
- centralizzare e supervisionare la comunicazione istituzionale relativa all'emergenza;
- provvedere alla definizione delle strategie per il governo dei percorsi di caso sospetto, probabile, confermato e della sorveglianza dei contatti stretti;
- provvedere al monitoraggio della capacità di risposta attuale;
- predisporre eventuali piani supplementari e di adeguamento in ambito sanitario;
- supportare il Servizio di Protezione Civile in tutti gli interventi volti al soccorso e all'assistenza della popolazione eventualmente interessata dal contagio, al potenziamento dei controlli nell'aeroporto e nelle aree portuali delle Marche, anche attraverso il contributo ad attività di pianificazione di interventi, che potranno prevedere l'attivazione dell'intero sistema regionale di protezione civile e delle sue componenti;
- provvedere alla regolamentazione degli accessi per i visitatori alle aree di degenza negli ospedali, nelle RSA e comunque in tutte le unità di offerta socio-sanitaria;
- provvedere a disporre misure a tutela degli operatori sanitari.

2.3 Comitato Pandemico Regionale (CPR)

Per il tempo di gestione della emergenza pandemica, viene attivato il Comitato Pandemico Regionale. Il Comitato è coordinato dal Servizio Sanità della Regione Marche, supportato dall'Agenzia Regionale Sanitaria e si avvale anche del GORES. Il CPR può strutturare gruppi di lavoro, con l'apporto delle aziende del SSR, finalizzati alla definizione di procedure operative ed al relativo monitoraggio delle stesse per le seguenti macrotematiche:

- sorveglianza epidemiologica e virologica
- trattamento ed assistenza malati
- isolamento malati e quarantena contatti
- formazione operatori
- pianificazione della organizzazione della futura vaccinazione di massa.

Può inoltre avvalersi di una Unità di Crisi Regionale, che può essere composta da esperti regionali od extra-regionali in caso di situazioni specifiche che ne richiedano l'attivazione.

2.4 Servizio Protezione Civile

Il Servizio Protezione Civile, a seguito della Dichiarazione di stato di emergenza pandemica svolge le seguenti attività:

- coordinare le attività di protezione civile in tutti gli interventi volti al soccorso e all'assistenza della popolazione eventualmente interessata dal contagio, al potenziamento dei controlli nell'aeroporto e nelle aree portuali delle Marche, anche attraverso il contributo ad attività di pianificazione di interventi, che potranno prevedere l'attivazione dell'intero sistema regionale di protezione civile e delle sue componenti, quali le Prefetture – UTG
- garantire il raccordo con il Servizio nazionale di PC anche attraverso i collegamenti con il CON e con la Commissione speciale PC;
- garantire il flusso delle informazioni con il sistema regionale di PC, anche attraverso la SOUP
- garantire il supporto amministrativo contabile relativo agli interventi di competenza, il supporto con la logistica CAPI, il volontariato regionale di PC, le telecomunicazioni/informatica e l'attivazione delle SOI per il supporto a specifiche funzioni, quali il coordinamento a livello regionale della funzione "SOCIALE".,

2.5 Osservatorio Epidemiologico Regionale

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale governa i flussi informativi anche in ambito emergenziale pandemico, attraverso Piattaforme regionali specifiche progettate ad hoc, dove sono raccolti i dati relativi ai risultati diagnostici, ai ricoveri ospedalieri ed alla mortalità. Inoltre è responsabile per l'inserimento dei dati di monitoraggio richiesti a livello nazionale (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità) per il monitoraggio della pandemia.

Una fonte dati è rappresentata dal software gestionale di tutti i casi e di tutti i contatti stretti che detiene l'ASUR ai fini di sorveglianza epidemiologica.

2.6 Azienda Sanitaria Unica Regionale, delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA

L'ASUR, per quanto di competenza, è titolare di tutte le attività di prevenzione, diagnosi e terapia della pandemia da virus Sars-CoV-2 a livello territoriale, anche in raccordo con USCA, MMG e PLS.

Inoltre l'ASUR, per il tramite dei Presidi Unici di Area Vasta, risponde alle necessità di ricovero.

Le Aziende Ospedaliere (AO) e l'INRCA hanno funzione di ricovero e cura dei pazienti nei casi in cui questo risulti necessario e applicando le specifiche indicazioni regionali.

3 - Azioni di Sorveglianza

3.1 - Sorveglianza epidemiologica

La finalità delle azioni di sorveglianza epidemiologica è quella di tutelare la salute dei cittadini, limitando la diffusione della malattia e consentendo alle autorità sanitarie la migliore gestione dell'emergenza, anche al fine di riprendere le attività economiche e sociali nella modalità più adeguata.

Gli obiettivi della sorveglianza sono:

- consentire il rilevamento rapido, l'isolamento, la diagnosi e la gestione dei casi sospetti;
- identificare e sorvegliare i contatti;
- guidare l'implementazione delle misure di controllo;
- rilevare e contenere cluster di casi tra le popolazioni vulnerabili;
- valutare l'impatto della pandemia sul servizio sanitario;
- monitorare i trend epidemiologici e l'evoluzione della malattia;
- comprendere eventuale co-circolazione di diversi agenti biologici.

Considerando la rapidità con cui una pandemia può diffondersi nella popolazione è essenziale che i singoli casi di malattia siano identificati e immediatamente notificati.

I SISP dei Dipartimenti di Prevenzione, con la collaborazione delle Direzioni Mediche di Presidio e delle Direzioni Sanitarie Ospedaliere per la raccolta dati dei pazienti ospedalizzati, sono responsabili dell'inserimento dei dati essenziali che saranno raccolti nel corso delle indagini epidemiologiche.

Rappresenta un modello di sorveglianza epidemiologica di rilievo strategico la sorveglianza *Influnet*, con i medici sentinella, per quanto riguarda i virus influenzali stagionali, sorveglianza che può essere attivata in caso di evento pandemico.

3.2 - Sorveglianza virologica

La sorveglianza virologica rappresenta un elemento fondamentale per tracciare la diffusione virale e per diagnosticare i nuovi casi.

Il laboratorio regionale di riferimento diagnostico è quello della SOD Virologia della AO Ospedali Riuniti di Ancona.

In caso di necessità, possono essere validati ed autorizzati laboratori pubblici territoriali, con il coinvolgimento di tutte le Aziende del SSR.

Per quanto riguarda i virus aviari, il laboratorio di riferimento è quello dell'Istituto Zooprofilattico Umbria e Marche.

4 - Azioni per ridurre l'impatto della pandemia

Le due più recenti pandemie, da virus A/H1N1 e da virus SARS-CoV-2 hanno evidenziato come i virus respiratori si propagano principalmente da una persona all'altra in due modi:

mediante goccioline (*droplets*) di maggiori dimensioni che passano da un soggetto all'altro con la tosse o gli starnuti, e mediante contatto diretto e indiretto. Per contatto diretto si intende toccando con le mani contaminate le mucose di bocca, naso e occhi, raramente la via fecale-orale e, non ultimo, il contatto mani-mucose con superfici contaminate. La trasmissione per contatto si verifica, ad esempio, quando una persona infetta tossisce o starnutisce nel palmo della sua mano e successivamente stringe la mano ad altre persone che poi si toccano il viso (occhi, naso, bocca).

La sopravvivenza dei virus sulle superfici varia in relazione al tipo di virus e al tipo di superficie considerata.

La diffusione del virus mediante *droplets* sottili o aerosol si può verificare ma è più rara e meno importante. Verosimilmente è limitata ai servizi sanitari dove è provocata dalle procedure mediche che generano aerosol.

Sulla base delle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche, le azioni chiave per ridurre l'impatto di una pandemia ritenute efficaci sono le seguenti:

- Trattamento ed isolamento dei malati (ospedaliero o domiciliare)
- Quarantena dei contatti
- Aumento delle distanze sociali
- Vaccinazione di massa
- Utilizzo di farmaci antivirali
- Adozione di precauzioni personali di sanità pubblica (non farmacologiche)

Sulla scorta di quanto indicato nel Piano Pandemico Nazionale e recepito nel Piano Pandemico Regionale (DGR 1371 del 26/11/2007 Piano Pandemico Regionale – Linee guida), e sulla base delle esperienze maturate con la pandemia da virus A/H1N1 (DGR 1515 del 28/09/2009 Piano operativo per la risposta alla pandemia influenzale nella Regione Marche) e con la pandemia da virus SARS-CoV-2 (DGR 523 del 05/05/2020 Epidemia COVID-19: Piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate del Sistema Sanitario Regionale; DGR n. 627 del 25/5/2020 “Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (fase 2)” ed altri atti normativi specifici), a livello operativo i campi d'azione per ridurre e contenere l'impatto di una pandemia sono i seguenti:

- Azioni a livello territoriale (Piano operativo Prevenzione e Territorio)
- Piano organizzativo per il governo delle attività di ricovero ospedaliero
- Vaccinazione di massa
- Farmaci antivirali
- Precauzioni personali di sanità pubblica (non farmacologiche)
- Misure nei confronti degli Operatori sanitari
- Distanziamento fisico.

4.1 Azioni a livello territoriale (Piano Operativo Prevenzione e Territorio)

Gli elementi strategici per una risposta complessiva all'emergenza sono rappresentati dal potenziamento della capacità di presa in carico, a partire da una efficace e precoce attività di identificazione dei casi e tracciamento dei contatti, finalizzata all'applicazione delle conseguenti misure di quarantena. Le azioni previste sono in coerenza con la DGR n. 627

del 25/5/2020 “Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (fase 2)”.

Gestione dei casi e dei contatti stretti

Nella fase precoce dell'emergenza pandemica obiettivo centrale del sistema di prevenzione e controllo regionale è quello di limitare la trasmissione interumana, riducendo e possibilmente evitando che si verifichino casi secondari di infezione tra i contatti stretti dei casi confermati e tra il personale sanitario. Questi risultati di contenimento delle possibili infezioni possono essere garantiti attraverso la migliore implementazione di una combinazione delle seguenti misure di sanità pubblica:

- identificazione rapida dei casi sospetti ed isolamento;
- diagnosi e corretta gestione dei casi;
- identificazione e follow-up dei contatti ed isolamento;
- prevenzione e controllo delle infezioni negli ambienti sanitari;
- attuazione di appropriate misure sanitarie per i viaggiatori;
- sensibilizzazione della popolazione generale e attività di comunicazione del rischio.

L'isolamento dei casi rappresenta una procedura fondamentale per la gestione dell'evento pandemico, sia in ambito domiciliare che ospedaliero.

L'obiettivo dell'isolamento è quello di ridurre la trasmissione del virus riducendo il contatto tra soggetti malati e soggetti sani.

Nelle fasi inter-pandemica e di allerta pandemico va considerato:

- che non è accettabile che un caso sospetto possa rimanere in stretto contatto con altre persone;
- che in queste fasi il numero di casi sospetti è limitato;
- se si dispongono di sistemi di diagnosi di esclusione e accertamento rapidi;
- che in ambiente ospedaliero la effettuazione dei prelievi di campioni clinici nel rispetto delle misure di prevenzione è più agevole in quanto effettuata da personale appositamente addestrato.

Quindi, in fase pandemica iniziale, il supporto per l'isolamento è garantito dalle strutture ospedaliere, se necessario in stanze a pressione negativa.

In fase pandemica conclamata, i malati che non richiedano ospedalizzazione dovranno essere necessariamente isolati per ridurre al minimo il rischio potenziale di diffusione della malattia mettendo in atto, qualora ciò avvenga al domicilio del paziente, un adeguato supporto e follow-up per garantire che i malati non abbiano contatti sociali. Saranno isolati in struttura dedicata in caso di domicilio inadeguato.

Questo tipo di isolamento riguarda anche i pazienti dimessi dagli ospedali clinicamente guariti, ma che non rispondono ancora ai criteri diagnostici di guarigione.

In questi casi sarà fondamentale il compito del personale di assistenza territoriale e dei MMG/PLS che dovranno garantire in modo coordinato l'informazione e l'assistenza ai soggetti in isolamento e ai loro familiari facilitando la soluzione dei problemi che tale pratica comporta. In caso di necessità, va previsto il sostegno sociale. La presa in carico dei casi confermati deve proseguire fino al termine del cosiddetto “*percorso guarigione*”, che

si attiva dalla data di scomparsa dei sintomi e che termina con la procedura diagnostica di controllo specifica per l'agente biologico coinvolto nella pandemia.

Altra azione fondamentale è il contact tracing e la quarantena dei contatti stretti di caso accertato, per evitare che i contatti, pur se asintomatici o in fase pre-sintomatica, possano avere occasione di diffondere il contagio.

Il periodo di isolamento domiciliare fiduciario, con la relativa imposizione di un'interruzione nelle libertà individuali, può rappresentare un'esperienza stressante e deve quindi essere garantito un adeguato supporto sociale e psicologico alle persone in quarantena.

Il Territorio è il "luogo" dove focalizzare i massimi sforzi organizzativi e gestionali per il coordinamento delle azioni messe in atto dai Dipartimenti di Prevenzione e dai Distretti Sanitari in stretto coordinamento e con il supporto della rete dei Medici di Medicina Generale, dei PLS e delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), istituite in occasione della pandemia da virus SARS CoV-2 e che anche nella nostra regione hanno rappresentato un utile modello organizzativo.

Quando un caso confermato viene notificato al Dipartimento di Prevenzione competente per territorio, l'attivazione tempestiva degli operatori del Dipartimento di Prevenzione è finalizzata all'effettuazione di un'indagine epidemiologica attraverso contatto (anche telefonico) con il caso sospetto o uno dei suoi familiari più stretti.

Gli obiettivi dell'indagine epidemiologica sono:

- raccogliere informazioni su ambienti di vita e di lavoro che il caso confermato ha frequentato nei giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;
- definire la lista dei contatti stretti e relativi recapiti telefonici.

Il tracciamento dei contatti è il processo di identificazione, valutazione e gestione delle persone che hanno avuto contatti a rischio con un caso confermato, per prevenire la trasmissione dell'infezione che potrebbe conseguire; se applicato sistematicamente, il tracciamento dei contatti è uno strumento essenziale per la tutela della salute pubblica, poiché in grado di interrompere la catena di trasmissione di una malattia infettiva.

La ricerca dei contatti richiede identificazione di persone che potrebbero essere state esposte all'infezione, l'applicazione della misura della quarantena e la sorveglianza sanitaria che ne consegue (follow-up giornaliero per il periodo necessario). L'evidenza della trasmissione dell'infezione, anche in fase pre-sintomatica o asintomatica, rende necessaria la quarantena, fondamentale per ridurre una potenziale trasmissione secondaria.

La definizione di contatto stretto sarà conseguente all'agente biologico all'origine dell'evento pandemico.

Il team che si occupa del *contact-tracing* ha il compito di raggiungere telefonicamente o di persona ogni contatto stretto, per confermare la necessità metterlo in quarantena ed attivare la sorveglianza sanitaria.

Ogni contatto stretto deve essere informato in merito a:

- processo e logica del tracciamento dei contatti;
- limitazioni imposte durante la quarantena e obbligo di rimanere raggiungibile per le attività di sorveglianza attiva;
- modalità di sorveglianza attiva;
- sintomi da segnalare;
- cosa fare in caso di malessere/insorgenza sintomi.

L'isolamento previsto per i contatti stretti di un caso confermato è un isolamento domiciliare di natura fiduciaria, se non diversamente specificato.

Qualora l'isolamento domiciliare non fosse possibile o raccomandabile, si valuterà di volta in volta una soluzione adeguata per la gestione del caso.

Successivamente, in una fase epidemica dove i casi sono contenuti, è indispensabile identificare rapidamente i casi e testare rapidamente la coorte dei contatti, specie nelle comunità chiuse quali i nuclei familiari e le strutture residenziali, per identificare tempestivamente i soggetti positivi e bloccare gli eventuali cluster.

Pertanto, sarà necessario rafforzare le misure di “*contact tracing*” affinché:

- i casi confermati siano prontamente ed efficacemente isolati e ricevano le cure più adeguate;
- i contatti stretti dei casi confermati siano tempestivamente identificati, messi in quarantena, sottoposti a sorveglianza sanitaria attiva e a procedura diagnostica.

Nel corso della pandemia da virus SARS-CoV-2, l'ASUR Marche, dopo una fase iniziale che ha visto gli Operatori territoriali telefonare giornalmente alle persone in isolamento per rilevare eventuale sintomatologia, ha adottato un sistema automatico di chiamata telefonica, finalizzato a raccogliere le segnalazioni del cittadino in quarantena, in merito all'insorgenza di sintomi meritevoli di approfondimento diagnostico.

Inoltre su tutto il territorio nazionale è stata attiva l'*App Immuni*, che è stata sperimentata nelle Marche (una delle quattro regioni pilota). Una volta installata, l'app genera in automatico un codice identificativo univoco da assegnare al telefono. Durante gli spostamenti l'app, tramite il bluetooth installato sul telefono, registra gli identificativi dei cellulari delle persone che entrano in contatto. In caso di positività viene inviata segnalazione ai contatti. Questi strumenti risultano utili supporti per l'identificazione, la sorveglianza e l'isolamento dei contatti

Unità Speciali di Continuità Assistenziale

Nel corso di una situazione emergenziale, vanno attivate le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), previste dall'art. 8 del D.L. 14 del 9/3/2020, che hanno avuto una rilevante operatività anche nella nostra regione per il contrasto alla pandemia da SARS-CoV-2, risultando strategico rinforzare le attività assistenziali presso il domicilio dei pazienti ammalati o sospetti. Per i dettagli si rimanda alla DGR n. 347 del 16/03/2020 “Emergenza COVID-19: Applicazione decreto legge n.14 del 09/03/2020 – Art. 8 – Unità speciali di continuità assistenziale” ed alla DGR n. 384 del 27/03/2020 “Emergenza COVID-19 – Decreto legge n. 14/2020 (Art. 8) e DGR n. 347 del 13/03/2020 – Unità speciali di continuità assistenziale – Linee di indirizzo e uniforme attuazione”. Le Unità speciali di Continuità assistenziale (USCA), operano con modalità definite di trattamento dei casi individuati e prevedono la figura di un MMG coordinatore, convenzionato da più di 10 anni che, volontariamente, anche mediante disponibilità telefonica, fornisce un supporto ai medici USCA e garantisce i necessari raccordi con gli altri MMG e il Dipartimento di prevenzione. È inoltre contemplata la figura di un pediatra di libera scelta che, mediante la medesima disponibilità, fornisce il necessario supporto per il trattamento dei casi pediatrici. Le USCA garantiscono nel corso delle visite domiciliari anche l'esecuzione delle procedure diagnostiche del paziente e dei familiari.

Specifiche USCA, se necessario, possono essere dedicate prevalentemente alla presa in carico di pazienti ospitati nelle strutture residenziali (RSA, RP e Case di riposo).

Attività di diagnosi

Per garantire maggiore tempestività nell'identificazione dei casi di malattia, possono essere promosse altre attività, come ad esempio l'attivazione del “*drive through*”, già sperimentate con la pandemia da SARS-CoV-2 quale modalità aggiuntiva per l'effettuazione di interventi diagnostici, oltre a quelle già operanti nelle strutture sanitarie (ospedaliere e residenziali) e a domicilio, mediante i “micro-team” dell'ASUR, cui si affiancano gli operatori delle USCA (Circolare regionale n. 0333963|GRM|SAN|P del 23/03/2020 “Guida per organizzazione di punti Diagnostic Drive Through (DDT) nelle Marche).

Le diverse fasi di una pandemia necessitano di suddividere i percorsi di diagnostica, in tre tipologie distinte: diagnostici (D), percorso guarigione (G) e screening (S), con differenti livelli di priorità. Agli interventi diagnostici va assegnata la priorità assoluta e il tempo che intercorre tra data di effettuazione e data di refertazione deve essere ridotto al minimo possibile. Le richieste di approfondimento diagnostico sul territorio devono provenire dagli operatori delle cure primarie (MMG, PLS e CA). Tutti i casi sospetti, secondo la definizione che sarà definita, continueranno ad essere sottoposti ad approfondimenti urgenti. L'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico può rendere più agevole il percorso di restituzione del referto virologico al MMG e al paziente.

Le modalità organizzative alla base delle attività diagnostiche variano a seconda dello scenario:

- *limitata diffusione virale* (es. casi sporadici/isolati o focolai contenuti): esame diagnostico in caso di insorgenza di sintomi (anche forme paucisintomatiche) oppure, sulla base dello scenario epidemiologico, eventuale esame di screening;
- *diffusione sostenuta della malattia* (numero di casi incidenti elevato e incapacità di ricostruire le catene di trasmissione): i contatti stretti di casi confermati, divenuti sintomatici, potranno essere considerati confermati su base esclusivamente clinica, e pertanto non immediatamente testati, ma sottoposti ad isolamento e al percorso guarigione dopo i giorni stabiliti dalla scomparsa dei sintomi, con effettuazione del percorso diagnostico di guarigione.

Il percorso guarigione viene gestito attraverso la verifica clinica e diagnostica, secondo la definizione che sarà adottata.

Il percorso di screening va garantito periodicamente agli operatori sanitari e sociosanitari delle strutture ad alto rischio ed a popolazioni appartenenti a comunità chiuse (es. strutture residenziali, case di riposo, etc.).

Centrale Operativa Territoriale

Per una efficace azione territoriale anche in casi emergenza pandemica è necessario rivedere e potenziare le attività territoriali tramite la costituzione di una centrale operativa territoriale, che garantisca la funzione di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali e che svolga le proprie funzioni in raccordo con tutti servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante una piattaforma informativa in fase di implementazione e strumenti di telemedicina.

I Distretti sanitari, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici della continuità assistenziale rivestono un ruolo centrale nella presa in carico territoriale, domiciliare e residenziale sia nella fase iniziale di un'emergenza pandemica, sia nella fase successiva con il compito di coordinamento delle attività delle USCA.

4.2 Piano organizzativo per il governo delle attività di ricovero ospedaliero

Il piano organizzativo per il governo delle attività di ricovero ospedaliero in fase di pandemia, approvato con DGR n. 523/2020 nell'occasione della pandemia da coronavirus, intende fornire indicazioni che possano orientare e rendere omogenei ed armonici i percorsi ospedalieri degli Enti del SSR in fase pandemica.

Il modello indicato, utilizzato per fronteggiare l'emergenza pandemica da Covid-19, è utilizzabile in generale in tutte le situazioni pandemiche. Quindi di seguito si ripercorrono i diversi passaggi, che hanno permesso di affrontare con efficacia le diverse fasi pandemiche.

Per fronteggiare una pandemia da virus respiratorio ad alto impatto sulla popolazione, al fine di potenziare l'offerta sanitaria di posti letto e l'ottimizzazione della rete ospedaliera regionale, sono state avviate, con DGR n. 415/2020, le attività necessarie alla realizzazione e messa in esercizio di una Struttura temporanea di degenza e terapia intensiva/subintensiva/internistica presso i locali della Fiera di Civitanova. Tale struttura rappresenta un elemento strategico nell'ambito delle attività di assistenza ospedaliera regionale sia per l'incremento della dotazione dei posti letto marchigiani per l'acuzie, particolarmente dedicati e che necessitano di un setting intensivo, semi-intensivo o di acuzie a specializzazione infettivologico/pneumologico/internistica, sia per consentire la riduzione del sovraffollamento delle altre strutture pubbliche. Le caratteristiche logistiche della suddetta struttura, distribuita su un unico piano, dotata di 6 moduli di 14 p.l. (totale 84 p.l.), attivabili anche in altre strutture ospedaliere limitrofe, consentono l'aggregazione in parallelo dei pazienti, limitando pertanto il numero di operatori sanitari da impiegare per l'assistenza e facilitando le necessarie attività di monitoraggio clinico. Inoltre, una struttura ex-novo senza barriere architettoniche né muri interni o divisori, ha facilitato enormemente l'allestimento di "unità paziente" di Terapia Intensiva/Semi-Intensiva/Acuzie non intensiva e Post-critica, con annessa sala chirurgica per interventi in emergenza. Tale risorsa, finanziata con donazioni private, sarà messa a disposizione per eventuali situazioni di emergenza sanitaria (epidemie, sisma, etc.), sia per il territorio marchigiano che per altre regioni, vista la modularità della struttura.

In coerenza con l'expertise maturato nel corso dell'epidemia da Covid-19 e all'efficacia delle misure di contenimento della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2, percorsi specifici in caso di pandemia vanno previsti prioritariamente nelle strutture ospedaliere dove insiste una U.O. di malattie infettive, per garantire le migliori competenze specialistiche necessarie per la gestione dei pazienti in fase di pandemia:

- **Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" – Presidio di Pesaro**
- **Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" – Presidio di Ancona**
- **Azienda Sanitaria Unica Regionale – Presidio Unico di Area Vasta 4 stabilimento di Fermo**

Presso le suddette strutture ospedaliere sarà garantita la presa in carico completa del paziente: posti letto, in isolamento a pressione negativa o, in subordine e se necessario, in logica di coorte, di terapia intensiva, terapia semi-intensiva e di malattie infettive, da modulare numericamente sulla base dell'espansione epidemiologica e fino a soddisfare le necessità di ricovero, garantendo al contempo le restanti attività assistenziali non procrastinabili, mantenendo attiva, o tempestivamente riattivabile, in caso di recrudescenza epidemica, una quota del 30% di posti letto aggiuntivi, rispetto alla dotazione standard, per ogni *setting* di ricovero (terapia intensiva, sub-intensiva, acuzie non intensiva). Verrà gestito presso AO "Marche Nord" il Punto nascita dedicato.

In caso di ulteriore peggioramento della pandemia sul territorio regionale, saranno tempestivamente riorganizzati percorsi dedicati (positivo, negativo, accesso e

sospetto/dubbio) presso le seguenti strutture che hanno già sviluppato specifiche competenze durante la prima fase dell'epidemia:

- Azienda Sanitaria Unica Regionale – Presidio Unico di Area Vasta 2 **stabilimento di Senigallia/Jesi**
- Azienda Sanitaria Unica Regionale – Presidio Unico di Area Vasta 3 **stabilimento di Camerino/Civitanova** e sezione distaccata (ex malattie infettive) presso **stabilimento di Macerata**
- Azienda Sanitaria Unica Regionale – Presidio Unico di Area Vasta 5 **stabilimento di San Benedetto del Tronto** e sezione distaccata (ex malattie infettive) presso **stabilimento di Ascoli Piceno**
- **INRCA – stabilimento di Ancona.**

In caso di sovraffollamento delle strutture pubbliche, potranno essere temporaneamente rivisti anche gli Accordi in essere col privato accreditato.

In fase di ripresa pandemica, sarà opportuno riattivare, fino al termine della fase emergenziale o al perdurare delle necessità assistenziali, anche strutture dedicate al ricovero extra-ospedaliero dei pazienti in fase post-critica:

- Azienda Sanitaria Unica Regionale – **Strutture di Fossombrone e Galantara** (Area Vasta 1)
- Azienda Sanitaria Unica Regionale – **Struttura di Chiaravalle** (Area Vasta 2)
- INRCA – **Struttura “Villa Maria” di Fermo** (Area Vasta 4).

Inoltre, va rilevato che per fronteggiare un evento pandemico si rende necessario attivare, presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza, l'attività di pre-triage finalizzata ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti/positivi, mantenuti in aree riservate, ed indirizzarli verso i percorsi specificamente dedicati. Tali azioni sono necessarie al fine di ridurre al minimo il rischio di contaminazione intraospedaliera, sia tra i soggetti in attesa di approfondimento diagnostico sia tra quelli in valutazione o attesa di ricovero. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria deve garantire il rispetto delle distanze di almeno 1,5 mt tra un paziente e l'altro ed il rigoroso rispetto di tutte le misure igienico-sanitarie previste (lavaggio delle mani, mascherina chirurgica, etc.). Sarà inoltre raccomandata la presenza di accompagnatori, anch'essi muniti di adeguati dispositivi di protezione individuale, solo se necessari. In linea di principio, presso le Aree interne al Pronto Soccorso, destinate all'accoglienza delle diverse tipologie di utenti, sarà necessario identificare, il prima possibile, secondo i criteri dettati dalla normativa nazionale e regionale:

- positivi possono permanere negli stessi ambienti;
- negativi possono permanere negli stessi ambienti;
- dubbi/sospetti possono permanere negli stessi ambienti alle seguenti condizioni: mantenimento della distanza di almeno 1,5 mt, interposizione di barriere fisiche tra i pazienti e adozione di tutte le precauzioni igienico sanitarie necessarie durante l'assistenza (mascherina, guanti, etc.).

Inoltre, dovranno essere garantite procedure di sanificazione in tutti i casi in cui si renda necessario modificare l'area di collocazione del paziente in attesa, a seguito di approfondimento diagnostico e/o clinico, secondo i protocolli adottati dalla struttura, in coerenza con la normativa nazionale.

Per ogni ricovero presso la struttura ospedaliera è necessario eseguire la misurazione della temperatura corporea del paziente, oltre alla compilazione del questionario di screening, sottoscritto dal paziente stesso e da allegare in cartella. In caso di insorgenza di sintomatologia sospetta, si eseguirà l'accertamento diagnostico. Nel caso in cui il paziente, in fase di pre-ricovero, risultasse sintomatico/positivo ad uno o più item del questionario o

contatto stretto di un caso confermato, sarà necessario che il medico specialista responsabile esegua un'attenta analisi del rapporto rischio/beneficio e, a suo giudizio, valuti la possibilità di un eventuale posticipo del ricovero.

Qualora fosse indicato programmare il trasporto sanitario di un paziente positivo, è necessario comunicare, al personale che gestisce i trasporti, tale positività, in modo da poter predisporre il viaggio in modalità dedicata e singola, e successiva sanificazione del mezzo.

Il personale sanitario deve sempre adottare tutte le idonee misure di prevenzione, secondo le linee di indirizzo nazionali e regionali, e deve invitare il paziente ad indossare la mascherina ed effettuare l'igiene delle mani, o altri dispositivi ritenuti necessari, per tutta la durata della permanenza presso la struttura sanitaria. Nel caso in cui, eccezionalmente, il paziente si presenti all'appuntamento senza i dispositivi sopra citati, sarà cura della struttura accettante provvedere. Dovranno inoltre essere sempre disponibili, all'ingresso della struttura, dispenser di gel idroalcolico destinati all'utenza.

Sono da privilegiare tutte le attività di monitoraggio e controllo che possono essere effettuate in remoto (visite di follow-up, rivalutazione di pazienti non in progressione già noti, consultazione documentazione sanitaria, colloquio con il paziente, ove possibile) con modalità di televisita o teleconsulto, con contestuale documentazione in cartella clinica e registrazione negli appositi flussi informativi. Si rende opportuno ricorrere, quando possibile, a modalità in remoto per la garanzia della multidisciplinarietà delle consultazioni. Si rende opportuno prevedere, ove possibile in base alla tipologia di farmaco e sotto la responsabilità dello specialista di riferimento, modalità di somministrazione di chemioterapia alternative a quelle effettuata nel setting ospedaliero (es. strutture territoriali, domicilio).

Gli interventi di riorganizzazione della rete di offerta, per la pandemia Covid-19, previsti dal D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, prevedono la rimodulazione dei percorsi di erogazione, garantendo in particolare le reti tempo-dipendenti e salvaguardando le attività chirurgiche in emergenza. L'assistenza in ambito ospedaliero dovrà necessariamente essere integrata con la presa in carico territoriale, al fine di favorire un corretto percorso di continuità ospedale-territorio, migliorando l'appropriatezza ed offrendo assistenza alla persona, evitando che questo passaggio diventi occasione di contagio. Gli interventi previsti dall'art. 2, del suddetto D.L., riguardano la possibilità di incrementare la dotazione regionale di posti letto per Terapia Intensiva (TI), fino ad un massimo di 0,14 p.l./1000 abitanti, e di rimodulare strutturalmente e tecnologicamente una quota parte di p.l. acuti in ambito medico in p.l. di terapia sub-intensiva. Tale disposizione consente di adeguare le strutture ospedaliere regionali a rispondere ad eventuali recrudescenze della situazione epidemica ed evitare, pertanto, le possibili criticità per far fronte ad una consistente richiesta di ricovero ospedaliero per pazienti che giungono in Pronto Soccorso in gravi condizioni cliniche. La norma, definita nel suddetto D.L., consente di amplificare le capacità di ricovero in ambiente intensivo e sub-intensivo, sia strutturalmente che in ambito di risorse umane, e potrà evitare, o comunque contenere, il ricorso alla sospensione delle attività chirurgiche procrastinabili, sia per la trasformazione di alcune sale operatorie in spazi per il posizionamento di letti di terapia intensiva sia per la necessità di riorientare le attività assistenziali degli operatori sanitari verso i pazienti infetti.

Nell'ambito dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, con DGR n. 751/2020, la Regione Marche ha fatto richiesta al Ministero della Salute di incrementare, in ambito regionale, la dotazione complessiva regionale di p.l. di terapia Intensiva con 105 unità aggiuntive, distribuite prioritariamente, in coerenza con quanto definito dal DL n. 34, in ospedali Hub che garantiscano percorsi separati e unità operative di pneumologia e malattie

infettive, strutture con posti letto di terapia intensiva già attivati in fase emergenziale, ospedali che possono essere interamente dedicati alla gestione del paziente infetto.

Il Servizio Sanità, in sede di Coordinamento degli Enti, ha concordato con gli stessi, a seguito di valutazioni organizzative e strutturali, in coerenza con la DGR n. 523/2020 e con il succitato D.L., la distribuzione dei suddetti p.l. aggiuntivi di Terapia intensiva presso:

- **AOU “Ospedali Riuniti” di Ancona** (strutture ospedaliere “Umberto I” Ancona e “Salesi” Ancona)
- **AO “Marche Nord”** (struttura ospedaliera di Pesaro)
- **ASUR** (strutture ospedaliere di Fermo-PU AV4, S. Benedetto Tr.-PU AV5 e Jesi-PU AV2).

Il D.L. n. 34 ha previsto, inoltre, la possibilità di adeguare strutturalmente e tecnologicamente un totale, per la Regione Marche, di 107 p.l. di area medica in p.l. di terapia sub-intensiva, di cui il 50% immediatamente convertibili in terapia intensiva, in caso di necessità. A seguito di specifiche valutazioni, gli Enti del SSR hanno previsto la ristrutturazione dei suddetti p.l. di Terapia semi-intensiva presso:

- **AOU “Ospedali Riuniti” di Ancona** (strutture ospedaliere “Umberto I” Ancona e “Salesi” Ancona)
- **AO “Marche Nord”** (Struttura ospedaliera di Pesaro)
- **ASUR** (strutture ospedaliere di Fermo-PU AV4, Senigallia-PU AV2, Jesi-PU AV2, S. Benedetto Tr.-PU AV5)
- **INRCA** (struttura ospedaliera di Ancona).

Al fine di ridurre la diffusività e il rischio di contagio, è stato inoltre definito un piano finalizzato a rendere strutturali percorsi separati, in area di emergenza-urgenza, per la permanenza di pazienti sospetti o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi. In base alle caratteristiche della struttura di emergenza-urgenza, così come indicate nel flusso ministeriale NSIS, vengono previsti specifici finanziamenti per DEA II Livello (AOU “Riuniti” Ancona struttura Umberto I), DEA I Livello (AO “Marche Nord” strutture di Pesaro e Fano), ASUR (strutture di San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata, Civitanova Marche, Camerino, Senigallia, Jesi, Fabriano, Urbino) e Pronto Soccorso (INRCA struttura di Osimo e AOU “Riuniti” Ancona struttura Salesi). Tali adeguamenti strutturali ed organizzativi, in parte già attivati in fase di emergenza anche con strutture campali, necessitano di consolidamento al fine di garantire la separazione dei percorsi dei pazienti positivi/sospetti/negativi.

4.3 Vaccinazione di massa

La vaccinazione è sicuramente l’azione più efficace per limitare l’impatto di una pandemia, tuttavia è poco probabile che un vaccino efficace sia disponibile precocemente.

Inoltre, anche quando il vaccino sarà pronto, verosimilmente il quantitativo disponibile sarà limitato ed insufficiente per l’intera popolazione.

Le procedure di acquisto dei vaccini, vengono gestite direttamente dal Ministero della Salute.

Il PPN identifica 6 categorie cui offrire la vaccinazione con vaccino pandemico elencandole in ordine di priorità.

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono responsabili per la gestione e la somministrazione del vaccino a livello territoriale basandosi sulle indicazioni regionali. Va prevista l’organizzazione di Centri Vaccinali di Massa (CVM), attraverso i quali possano essere messe in atto attività vaccinali straordinarie con la finalità di garantire l’erogazione straordinaria di un elevato numero di dosi vaccinali in un periodo di tempo limitato, nel rispetto degli standard qualitativi dell’offerta vaccinale e nel pieno rispetto delle misure preventive anti-Covid-19.

Alle Aree Vaste dell'Asur, con il coordinamento operativo dei SISP dei Dipartimenti di Prevenzione e con la collaborazione dei Sindaci, in qualità di autorità locale di protezione civile, è demandata l'organizzazione dei CVM.

Riguardo lo stoccaggio dei vaccini, sedi idonee allo stoccaggio di sufficienti quantitativi di vaccino sono già presenti presso le Aree Vaste. L'ASUR ha il compito di identificare da due a quattro sedi idonee allo stoccaggio di grandi quantitativi di vaccino da utilizzare nel momento in cui questo si renda necessario.

L'ASUR si occuperà di predisporre un database per la registrazione delle vaccinazioni; i dati di farmacovigilanza relativi al vaccino utilizzato in caso di pandemia saranno monitorati a livello regionale secondo le modalità e l'organizzazione già in vigore.

Quando sarà disponibile il vaccino, il Comitato Pandemico Regionale definirà le procedure per l'utilizzo.

4.4 Farmaci antivirali

L'uso di farmaci antivirali, sia come profilassi che come trattamento, nelle fasi pre-pandemiche è ritenuto efficace nel ritardare la diffusione del virus.

Nel corso della pandemia conclamata i farmaci antivirali sono invece poco utili per la profilassi.

L'utilizzo dei farmaci antivirali a scopo profilattico è ulteriormente complicato dalla necessità di somministrarli in fase molto precoce, dalla verosimile rapida insorgenza di resistenze e dalla loro disponibilità limitata.

L'acquisto dei farmaci antivirali è di competenza del Ministero della Salute.

Le indicazioni per il loro utilizzo verranno date dal Ministero della Salute tenendo in considerazione la disponibilità e le caratteristiche farmacologiche degli antivirali e le caratteristiche del virus.

Il CPR, sulla base delle indicazioni nazionali fornirà le linee guida per l'utilizzo dei farmaci antivirali a scopo profilattico e terapeutico.

Sedi idonee allo stoccaggio di sufficienti quantitativi di farmaci antivirali sono già presenti presso le Aree Vaste. L'ASUR ha il compito di identificare da due a quattro sedi idonee allo stoccaggio di grandi quantitativi di antivirali da utilizzare nel momento in cui questo si renda necessario.

Il quantitativo stoccato a livello regionale viene concordato con il Ministero della Salute tenendo conto della disponibilità e del livello di rischio. La distribuzione dei farmaci avverrà utilizzando le modalità organizzative dell'ASUR e degli altri Enti del SSR in base alle indicazioni del CPR.

4.5 – Precauzioni personali di sanità pubblica

La trasmissione nella popolazione generale di agenti biologici respiratori può essere significativamente ridotta dall'adozione di alcune semplici norme igieniche e dall'utilizzo di DPI.

Esiste una forte evidenza, anche se indiretta, che il lavaggio delle mani eseguito frequentemente riduca il rischio di trasmissione per contatto diretto o indiretto di tutte le infezioni respiratorie, oltre che di quelle trasmesse per via oro-fecale.

Per prevenire il contagio e limitare il rischio di diffusione del nuovo coronavirus è fondamentale la collaborazione e l'impegno di tutti a osservare alcune norme igieniche.

Per quanto riguarda la pandemia da virus SARS-CoV-2 il DPCM 4/3/2020 specificava le raccomandazioni per la popolazione generale riguardo una pandemia a trasmissione respiratoria:

1. Lavarsi spesso le mani. Si raccomanda di mettere a disposizione in tutti i locali pubblici, palestre, supermercati, farmacie e altri luoghi di aggregazione, soluzioni idroalcoliche per il lavaggio delle mani.
2. Evitare il contatto ravvicinato con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute.
3. Evitare abbracci e strette di mano.
4. Mantenimento, nei contatti sociali, di una distanza interpersonale di almeno un metro.
5. Igiene respiratoria (starnutire e/o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie).
6. Evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri, in particolare durante l'attività sportiva.
7. Non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani.
8. Coprirsi bocca e naso se si starnutisce o tossisce.
9. Non prendere farmaci antivirali e antibiotici, a meno che siano prescritti dal medico.
10. Pulire le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol.
11. Usare la mascherina solo se si sospetta di essere malati o se si presta assistenza a persone malate.

Per quanto riguarda le mascherine possono essere obbligatorie negli spazi confinati o all'aperto in cui non è possibile o garantire la possibilità di mantenere il distanziamento fisico. Le mascherine rappresentano una misura complementare per il contenimento della trasmissione del virus e non possono in alcun modo sostituire il distanziamento fisico, l'igiene delle mani e l'attenzione scrupolosa nel non toccare il viso, il naso, gli occhi e la bocca.

Le precauzioni personali possono variare a seconda dell'agente biologico all'origine della pandemia.

4.6 – Misure nei confronti degli Operatori sanitari

L'uso appropriato dei DPI in corso di pandemia con trasmissione respiratoria (in particolare delle mascherine chirurgiche o di quelle filtranti) è di estrema importanza per tutelare la salute degli operatori sanitari e delle persone esposte. Il loro corretto utilizzo deve essere conosciuto ed esercitato.

Resta di fondamentale importanza che il personale, compresi i soggetti che prestano temporaneamente assistenza a familiari e congiunti, vengano adeguatamente addestrati al corretto utilizzo dei DPI e al loro smaltimento.

I dispositivi di protezione (guanti, mascherine, camici, calzari, occhiali/visiera) devono essere disponibili nei principali contesti in cui si trovano gli operatori sanitari che entrano in contatto con i pazienti e in tutte le occasioni a rischio, se implicati agenti respiratori, è raccomandato l'uso delle mascherine con filtranti facciali (FFP2 e FFP3).

La fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI- kit completo) ai propri operatori/dipendenti è compito del datore di lavoro ai sensi del D.Lgs n.81/2008 e ss.mm.ii.

Ogni Ente del SSR è tenuto ad assicurare una procedura sull'utilizzo di presidi e dei dispositivi di protezione individuale (kit completo), disponendo una verifica mensile delle scorte, pari almeno a tre mesi di autonomia, basata sull'analisi del fabbisogno organizzativo e sulle modalità di riassortimento continuo degli stessi DPI.

Tale disposizione è prevista anche nelle strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, come previsto nel Manuale di autorizzazione (DGR 937 del 20/07/2020).

Le misure specifiche per l'utilizzo dei DPI vengono predisposte dal CPR ad ogni variazione del livello di allerta.

4.7 Distanziamento fisico

L'aumento del distanziamento fisico ha come obiettivo quello di ridurre la possibilità di contatto, e quindi di contagio, tra le persone, riducendo o eliminando le occasioni in cui si può verificare un'alta densità sociale.

L'ambiente con la più elevata densità sociale è rappresentato dalle scuole, a partire da quelle di grado inferiore: materne, elementari, ecc. I trasporti pubblici rappresentano un altro momento di stretto contatto sociale così come eventi sportivi, spettacoli ma anche luoghi di lavoro.

Per misure di distanziamento si intendono diversi tipi di intervento, che vanno ad aggiungersi ad altri provvedimenti come la promozione di una maggiore igiene delle mani o l'utilizzo di mascherine: i più comuni sono l'isolamento dei pazienti, l'individuazione e la sorveglianza dei contatti, la quarantena per le persone esposte, la chiusura delle scuole e dei luoghi di lavoro o l'adozione di metodi per lezioni scolastiche/universitarie e lavoro a distanza. Inoltre vanno anche considerati i provvedimenti che limitano l'assembramento di persone, come le manifestazioni sportive, fino ad arrivare alla restrizione dei viaggi internazionali.

Tutte queste misure, con provvedimenti specifici, sono state messe in atto nella pandemia da virus SARS-CoV-2.

Il distanziamento fisico, in una situazione emergenziale come quella che si è verificata nel nostro Paese ha permesso di ridurre la velocità di diffusione del virus, spostando in avanti nel tempo il picco epidemico e riducendone l'altezza. Le misure di *Lockdown* hanno portato notevoli benefici riducendo la pressione sul sistema sanitario.

5 – Formazione degli Operatori sanitari

Il PNP precisa che “La formazione è finalizzata non solo all'acquisizione di elementi cognitivi e di abilità pertinenti alle attività e ai compiti svolti, ma anche alla loro utilizzazione pratica, continua e verificata, soprattutto per consentire risposte pronte e corrette alle richieste semplici e abituali, ma anche interventi più elaborati in situazioni operative insolite o complesse poste dalla realtà professionale”... “l'attività formativa ha, pertanto lo scopo di sviluppare la motivazione e il coinvolgimento degli operatori nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità, di potenziare le competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali, di favorire la condivisione del Piano e la sua applicazione operativa”.

Secondo il PNP gli obiettivi formativi specifici “devono essere definiti sulla base dei compiti e dei bisogni formativi di ogni specifico target per il quale verrà progettato un programma di formazione ad hoc”.

Nella fase emergenziale della pandemia vanno fornite dal CPR istruzioni operative per prevenire la diffusione della pandemia nei diversi contesti assistenziali, tra cui indicazioni in merito all’utilizzo appropriato dei Dispositivi di Protezione Individuale da adottare nella gestione dei pazienti con sospetta o confermata diagnosi della patologia in oggetto.

Potranno inoltre essere individuati operatori di ogni realtà territoriale/aziendale che dovranno successivamente gestire corsi di livello locale.

I corsi locali potranno essere organizzati a livello di ciascuna Area vasta e di ciascuna Azienda Ospedaliera, con l’obiettivo di raggiungere un numero più elevato possibile di soggetti appartenenti alle categorie individuate in accordo con i Piani regionali. Utile e sperimentata anche la Formazione a Distanza.

6 – Strategie di comunicazione

Nel corso dell’emergenza pandemica gli aspetti di comunicazione sono gestiti e governati dalla Regione Marche, Ufficio informazione e comunicazione istituzionale.

Emerge la necessità di facilitare la costruzione di una comunicazione a due vie tra le autorità sanitarie e la popolazione, con particolare riferimento alle categorie ad alto rischio di sviluppare le forme più severe di malattia, seguendo le indicazioni tecniche dell’OMS (WHO – RCCE *Action Plan Guidance. Covid-19 preparedness and response*) con la finalità di implementare sul territorio regionale azioni di “*Risk Communication and Community Engagement*”, quali parti integranti delle azioni di preparazione e risposta ad una eventuale seconda ondata pandemica.

Si conferma dunque la strategia di gestione degli aspetti comunicativi attraverso i media da parte degli Uffici Regionali addetti alla comunicazione, in collaborazione con tutti i referenti a vario titolo coinvolti nell’ambito della pandemia e al contempo si stabilisce di perseguire i seguenti obiettivi di comunicazione del rischio:

- Raggiungere i cittadini con le informazioni di cui hanno bisogno per proteggere se stessi e gli altri (particolari categorie a rischio e popolazione generale);
- Assicurare una comunicazione bidirezionale tra le articolazioni del SSR, gli altri stakeholder e la popolazione generale;
- Assicurare una comunicazione e una informazione coerente da parte di tutti i partner ed evitare disinformazione/rumours/fake news/incoerenze comunicative;
- Informare la popolazione su come si sta rispondendo alla pandemia, sul ruolo degli ospedali e del territorio nell’affrontare, monitorare, identificare e prevenire nuovi casi;
- Garantire la partecipazione e il coinvolgimento della comunità nell’implementazione delle misure di sanità pubbliche in risposta all’emergenza pandemica;
- Assicurare che gli Operatori Sanitari sappiano come rapportarsi con i propri pazienti e i loro caregiver;
- Assicurare che gli Operatori Sanitari sappiano come proteggersi dalla malattia nei setting assistenziali;
- Identificare e coinvolgere nelle attività comunicative influencer, leader di comunità, esperti, volontari, persone che hanno vissuto la malattia;

- Valutare periodicamente conoscenze, attitudini e comportamenti della popolazione regionale attraverso assessment rapidi di tipo qualitativo e/o quantitativo.

Saranno coordinate dal CPR le UO Comunicazione degli Enti del SSR, con la finalità di collaborare al governo degli aspetti di comunicazione del rischio e di garantire il raggiungimento dei suddetti obiettivi, anche attraverso la definizione di specifici piani di comunicazione aziendali attraverso i quali possano essere definiti obiettivi, azioni, attori e tempistica.

Tutti gli Operatori sanitari, impegnati nella gestione operativa dell'emergenza, coinvolti in parte dei processi operativi o anche non direttamente impegnati nella gestione dell'emergenza, sono tenuti a garantire una informazione più corretta possibile ed un costante e puntuale aggiornamento, attraverso la consultazione dei siti ufficiali regionali, nazionali e internazionali.

Un elemento strategico di notevole rilevanza è il *numero verde regionale* al quale rispondono operatori deputati a fornire informazioni di carattere principalmente sanitario. In caso di necessità il servizio va attivato stabilendone tempi, modalità e responsabilità di coordinamento.

Nel periodo emergenziale al fine di raggiungere la popolazione con idonee azioni di informazione e comunicazione, i responsabili delle UUOO di Promozione della Salute delle Aree Vaste ASUR attivano le reti, formali e non, già presenti nei territori per la realizzazione di azioni a supporto dei diversi target di popolazione. Secondo quanto indicato dal modello del OMS 'RCCE' - *Risk Communication and Community Engagement* – vanno considerati i quattro Pilastri di riferimento per le attivazioni dei programmi o azioni: 1 Distanziamento Sociale; 2 Scuola; 3 Luoghi di lavoro; 4 Anziani.

7 - Monitoraggio delle attività e valutazione dell'efficacia delle misure intraprese

Il CPR è responsabile di definire le indicazioni per la valutazione e la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.

In particolare dovrà essere valutato:

- Sicurezza vaccino pandemico (o eventuale pre-pandemico) quando disponibile;
- Dati di sorveglianza epidemiologica relativi a:
 - Nuovi casi diagnosticati
 - Ricoveri ospedalieri
 - Mortalità
 - Quarantena/Isolamento domiciliare
- Attività di formazione
- Attività di comunicazione del rischio e flussi comunicativi interni.