
**Deliberazione della Giunta regionale
25 maggio 2020, n. 627**

Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (fase 2).

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il “Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (Fase 2)”, di cui all’Allegato A, che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

ALLEGATO A**Piano operativo prevenzione e territorio in risposta alla Pandemia da Covid-19 nelle Marche (Fase 2)****Indice**

- 1. Premessa: analisi del contesto**
- 2. Obiettivi**
- 3. Organizzazione della risposta nel territorio**
 - 3.1 Indagine epidemiologica
 - 3.2 Tracciamento dei contatti
 - 3.3 Quarantena e sorveglianza sanitaria
 - 3.4 Percorso diagnostico
 - 3.5 Test sierologici
 - 3.6 Trattamento
 - 3.7 Sorveglianza epidemiologica e notifica dei casi
 - 3.8 Monitoraggio Ministeriale
 - 3.9 Comunicazione del rischio

1. PREMESSA: ANALISI DEL CONTESTO

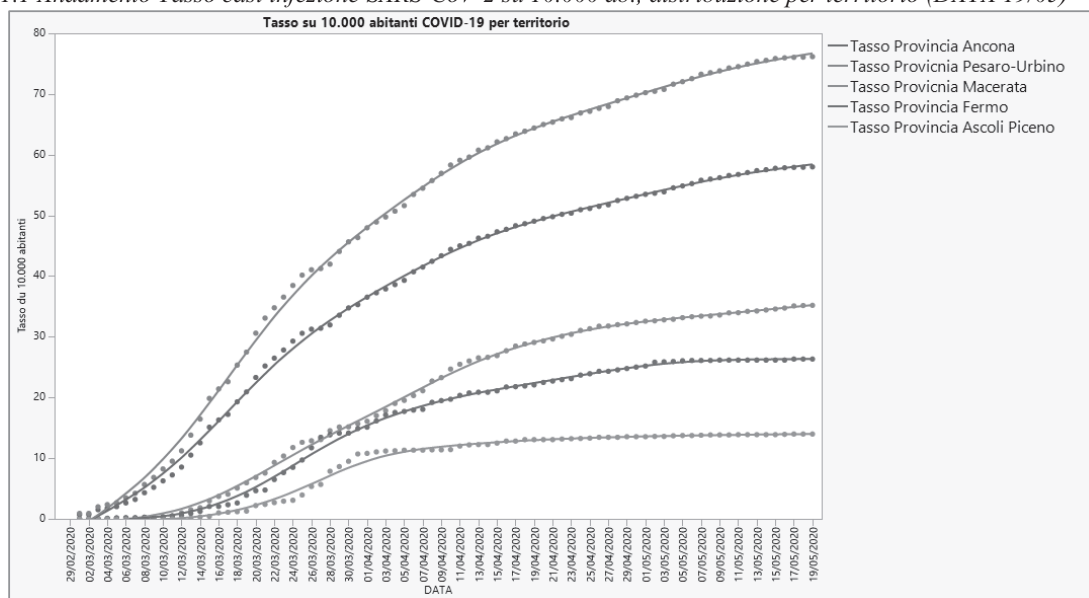
Nel Territorio Regionale alla data del 19 maggio 2020 si sono registrati complessivamente n. 6.675 casi Positivi per infezione SARS-CoV-2 (Prevalenza alla data di rilevazione) di questi: n. 2733 provincia di Pesaro-Urbino (il 40,9%), Ancona n.1860 (il 27,9%), Macerata n.1106 (il 16,6%), Fermo n. 458 (il 6,9%) e Ascoli Piceno n.290 (il 4,3%). L'analisi dell'incidenza dei casi positivi per Infezione da SARS-CoV-2 (DATA 11/05/2020 al 17/05/2020) rileva: la provincia di Pesaro-Urbino un'incidenza di n.59 casi (il 45,4% sul totale), provincia di Ancona n.24 casi (il 18,5%), provincia di Macerata n.34 casi (il 26,2%), provincia di Fermo n.3 casi (il 2,3%) e provincia di Ascoli Piceno n. 2 casi (l'1,5%).

Tabella 1.1 Nuovi casi SARS-CoV-2 su data referto tampone, dall'11/04 al 17/04 e dall'11/05 al 17/05 e casi totali alla data del 19 maggio per territorio, Regione Marche

Distribuzione Territoriale	N. casi SARS-CoV-2 Dall'11/04 al 17/04		N. casi SARS-CoV-2 Dall'11/05 al 17/05		Casi Positivi rilevati SARS-CoV-2	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Pesaro-Urbino	172	33,4%	59	45,4%	1860	27,9%
Ancona	155	30,1%	24	18,5%	2733	40,9%
Macerata	105	20,4%	34	26,2%	1106	16,6%
Fermo	27	5,2%	3	2,3%	458	6,9%
Ascoli-Piceno	22	4,3%	2	1,5%	290	4,3%
Extra-Regione	34	6,6%	8	6,2%	228	3,4%
Totale Regione Marche	515	100,00%	130	100,00%	6675	100,00%

L'andamento del Tasso su 10.000 abitanti dei casi diagnosticati SARS-CoV-2 e stratificati per data referto tampone, rileva alla data del 19 maggio 2020 nella provincia di Pesaro-Urbino un Tasso di 76,1 (un delta di crescita dal 1° di maggio di +5,93 casi su 10.000), nella provincia di Ancona un Tasso di 58,0 (un delta di crescita di +4,52 casi su 10.000 abitanti dal 1° maggio), la provincia di Macerata un Tasso di 35,2 (un delta di crescita +2,61 su 10.000 abitanti), la provincia di Fermo un Tasso di 26,3 (un delta di crescita di +1,15 casi su 10.000) e la provincia di Ascoli Piceno un Tasso di 14,0 con un delta di crescita dal 1° maggio di +0,44 su 10.000 abitanti.

Grafico 1.1 Andamento Tasso casi infezione SARS-CoV-2 su 10.000 ab., distribuzione per territorio (DATA 19/05)



Il Delta % di crescita su settimana, con analisi dall'11/05 al 17/05, rileva una percentuale di incremento nuovi casi SARS-CoV-2 nella Regione Marche del +2,1%. La distribuzione per territorio: la provincia di Pesaro-Urbino ultima settimana un delta di crescita +2,4%, la provincia di Ancona +1,2%, la provincia di Macerata +2,9%, la provincia di Fermo +0,6% e la provincia di Ascoli Piceno nell'ultima settimana un delta di crescita del +1,0%.

Tabella 1.2 Delta % di crescita su Settimana nuovi casi SARS-CoV-2 (analisi dal 30/03), distribuzione territoriale

DATA	Ancona	Pesaro-Urbino	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno	Regione Marche
30/03 -05/04	+32,3%	+16,5%	+28,9%	+25,2%	+27,9%	+24,6%
06/04 -12/04	+16,7%	+15,0%	+31,9%	+17,0%	+7,7%	+18,3%
13/04 -19/04	+8,0%	+7,9%	+11,5%	+6,3%	+7,1%	+8,8%
20/04 -26/04	+4,3%	+5,0%	+9,1%	+10,0%	+3,0%	+5,9%
27/04 - 03/05	+1,2%	+4,6%	+3,3%	+6,4%	+1,1%	+3,4%
4/05 - 10/05	+1,1%	+4,9%	+3,5%	+1,1%	+1,8%	+3,4%
11/05 - 17/05	+1,2%	+2,4%	+2,9%	+0,6%	+1,0%	+2,1%

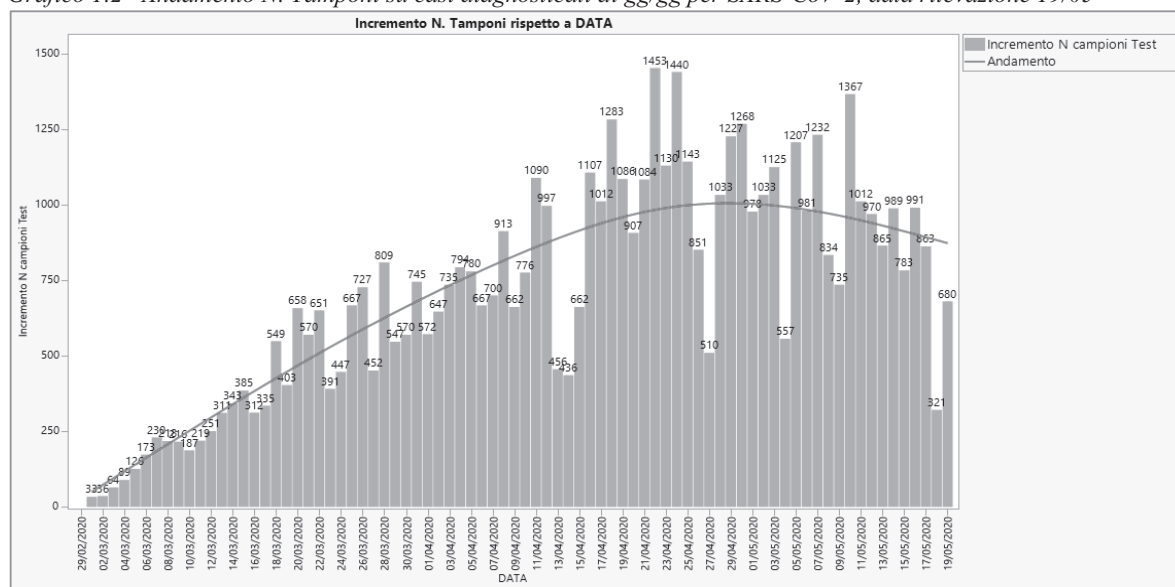
L'analisi dei soggetti in isolamento domiciliare (DATA – 19 maggio) rileva un totale di 4.756 soggetti con domicilio/residenza nel territorio regionale, nello specifico n. 2836 nella Provincia di Pesaro-Urbino (il 59,6%), n. 916 nella provincia di Ancona (il 19,3%), n.730 provincia di Macerata (il 15,3%), n. 155 provincia di Fermo (il 3,3%) e n. 119 provincia di Ascoli Piceno (il 2,5%).

Tabella 1.3 Soggetti in Isolamento Domiciliare per SARS-CoV-2 (DATA – 19 maggio), distribuzione territoriale

Territorio Prov.	Numero	%
Pesaro-Urbino	2836	59,6%
Ancona	916	19,3%
Macerata	730	15,3%
Fermo	155	3,3%
Ascoli-Piceno	119	2,5%
TOTALE	4756	100,0%

L'andamento del numero dei Tamponi (rilevazione primi positivi/negativi) al gg/gg indica una media negli ultimi 7gg di 785 tamponi al giorno, la distribuzione territoriale dei tamponi (data referto dal 11/05 al 17/05) rileva: il 28,8% dei tamponi effettuati nei residenti provincia di Pesaro-Urbino, il 28,2% nella provincia di Ancona, il 16,0% nella provincia di Macerata, l'11,9% nella provincia di Fermo e il 15,1% nella provincia di Ascoli Piceno.

Grafico 1.2 Andamento N. Tamponi su casi diagnosticati al gg/gg per SARS-CoV-2, data rilevazione 19/05



Nel contesto dell'attuale epidemia da SARS-CoV-2, si registrano alla data del 19 maggio, le seguenti tipologie di ospedalizzazioni: n. 17 ricoveri in Terapia Intensiva (il 10,56% sul totale dei ricoveri), n.29 ricoveri in Semi Intensiva (il 18,01% sul totale), n.66 ricoveri in reparti di Malattie Infettive, Pneumologia e PS (il 40,99% sul totale) e n.49 ricoveri in Post Acuzie (il 30,43%).

Tabella 1.4 Numero Soggetti ricoverati per SARS-CoV-2 (DATA – 19 maggio), tipologia di ospedalizzazione

Distribuzione tipologia Ricovero	N.	%
- Terapia Intensiva	17	10,56%
- Semi Intensiva	29	18,01%
- Malattie Infettive e Pneumologia/PS	66	40,99%
- Post Acuzie	49	30,43%
Totale Ricoveri in H	161	100,00%

2. OBIETTIVI

Le misure di contenimento e mitigazione adottate nella prima fase della diffusione della pandemia da Covid-19, in Italia così come negli altri Paesi, 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 progredire verso un graduale allentamento delle misure restrittive poste in essere, considerando che al momento la maggior parte della popolazione è ancora suscettibile all'infezione e in assenza di efficaci misure di prevenzione primaria, non può essere esclusa a priori la possibilità di un rapido riemergere dei casi e un ritorno ad una sostenuta trasmissione virale comunitaria. Per questo l'OMS richiama all'importanza del rispetto di quanto di seguito indicato:

- ✓ i sistemi di sorveglianza siano rafforzati, i casi di malattia siano in riduzione e la trasmissione virale sia controllata;
- ✓ vi siano le risorse appropriate per identificare, isolare e trattare ogni singolo caso di malattia e tracciare ogni contatto;
- ✓ i rischi collegati a cluster epidemici in setting particolari, come le strutture sanitarie e le residenze sanitarie assistenziali, siano minimizzati;
- ✓ siano attivate misure preventive nei luoghi di lavoro, nelle scuole e in tutti gli altri luoghi essenziali per la società;
- ✓ le comunità siano educate e coinvolte per adeguarsi alle norme comportamentali richieste.

E' esperienza derivante dalla gestione della prima fase della pandemia da Covid-19 nelle Marche che la capacità di individuare casi sospetti, testarli ed isolarli, fornire un'assistenza clinica efficace e mantenere i servizi sanitari essenziali può differire notevolmente da territorio a territorio, in base all'intensità e alla prevalenza della trasmissione virale (es. casi sporadici o cluster di casi con nessi epidemiologici noti).

Anche se i dati relativi alla diffusione dell'epidemia sono in significativo calo su tutto il territorio nazionale e regionale, resta di fondamentale importanza impegnare i sistemi sanitari ad adottare ***misure eccezionali per contenere la diffusione virale***. Risulta pertanto strategico, in questa fase di transizione nella gestione Covid-19, far emergere nel tempo i casi di Covid-19, presenti sul territorio regionale, e mettere in atto misure di controllo locali, in particolare indagando le strutture che ospitano popolazioni vulnerabili (cluster in Ospedali, RSA, altre strutture assistenziali, case di riposo).

3. ORGANIZZAZIONE DELLA RISPOSTA NEL TERRITORIO

Elemento chiave per il controllo della diffusione della malattia è l'interruzione della trasmissione dell'infezione, mettendo in atto misure che garantiscano ***un numero riproduttivo al tempo "t" (Rt) minore di 1*** (numero di nuovi casi generati da ciascun caso confermato).

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.

A tal fine, è indispensabile testare con tampone i pazienti e 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 al tampone e a sorveglianza sanitaria attiva per un periodo di 14 giorni, qualora il tampone risultasse negativo.***

Oltre alle azioni di ricerca attiva dei casi sospetti in comunità (domicilio e strutture residenziali e semiresidenziali) e nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, si deve porre particolare attenzione anche

alle realtà lavorative. Per quest'ultime è indispensabile provvedere all'applicazione del Protocollo "Lavoro-Sicurezza" approvato in data 15 maggio 2020 con l'accordo tra Regione Marche, ASUR, ANCI, CGIL, CISL, UIL, Confartigianato, CNA, CONFAPI, Confesercenti, Confcommercio, CLAAI, Casartigiani, Lega Cooperative, Concoopoperative, AGCI, Coldiretti, CIA, Confagricoltura, COPARGI. Tale protocollo in particolare è volto a garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro in coerenza con il Protocollo nazionale della sicurezza condiviso dal Governo con le parti sociali il 14/3/2020, aggiornato in data 24/4/2020 e recepito nel DPCM 26/4/2020 (allegato 6). Le linee di intervento prevedono la messa a disposizione, da parte dell'ASUR, della piattaforma web Marche-Prevenzione, l'attività di assistenza e informazione attraverso gli sportelli informativi, l'attività di vigilanza e controllo ed il potenziamento degli organici dei Servizi PSAL delle Aree Vaste.

Laddove vengano segnalati casi positivi è opportuno restituire prontamente ai cittadini le informazioni al fine di incrementare forme di auto-sorveglianza; è altresì importante sensibilizzare i cittadini ad auto-segnalarsi, implementando canali telefonici o informatici, non appena emergano sintomi che generino il sospetto di malattia o siano venuti a contatto con un caso confermato di Covid-19.

Tutti i casi confermati 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. Necessario, inoltre, identificare e tracciare i contatti stretti di ogni caso confermato e porli in quarantena per evitare che, 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. Ogni sforzo deve essere fatto per garantire un adeguato supporto sociale e psicologico alle persone in quarantena.

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 l'esito del doppio tampone negativo a distanza di almeno 24 ore, non prima di 14 giorni dalla risoluzione sintomatologica.

Pertanto, 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) che agiscono in coerenza con quanto previsto dalle norme nazionali e dalle disposizioni attuative regionali.

In conclusione, al fine di garantire la migliore transizione ad una fase di allentamento delle misure di mitigazione, è necessario:

- ✓ potenziare le attività di identificazione dei nuovi casi definendo chiare e uniformi modalità di segnalazione dei casi sospetti;
- ✓ velocizzare la presa in carico dei casi sospetti e il relativo percorso diagnostico, riducendo i tempi di latenza tra data inizio sintomi e data di diagnosi;
- ✓ migliorare la sorveglianza epidemiologica standardizzando la raccolta e il trasferimento dei dati provenienti dalle indagini epidemiologiche;
- ✓ rafforzare le attività di indagine epidemiologica e di tracciamento dei contatti collegati ad ogni caso confermato;
- ✓ rafforzare le attività di isolamento dei contatti e di sorveglianza sanitaria;
- ✓ rendere disponibile un adeguato sostegno sociale e psicologico ai casi confermati e ai contatti stretti in isolamento domiciliare;
- ✓ garantire un'adeguata presa in carico dei pazienti, rafforzando il trattamento precoce a domicilio e fornendo chiare e uniformi modalità di gestione del percorso guarigione;
- ✓ proceduralizzare azioni di *preparedness* che consentano un graduale e progressivo ripristino delle attività sanitarie ordinarie che nelle prime fasi dell'emergenza sono state interrotte o fortemente limitate, anche con modalità differenti rispetto al periodo pre-pandemico;
- ✓ garantire la sicurezza degli operatori sanitari impegnati sul fronte della gestione dell'emergenza.

3.1 Indagine epidemiologica

Come già riportato, l'identificazione precoce dei casi e il tracciamento dei contatti sono azioni fondamentali per mantenere bassi i livelli di trasmissione, identificando e bloccando tempestivamente la catena dei contagi. 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 2 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;
- definire la lista dei contatti stretti e relativi recapiti telefonici.

3.2 Tracciamento dei contatti

Il tracciamento dei contatti è il processo di identificazione, valutazione e gestione delle persone che hanno avuto contatti a rischio con un caso confermato di Covid-19, 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, in un caso confermato di Covid-19, 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 14 giorni dalla data dell'ultimo contatto a rischio). L'evidenza della trasmissione dell'infezione, anche in fase pre-sintomatica o asintomatica, rende necessaria la quarantena, fondamentale per ridurre una potenziale trasmissione secondaria.

Il documento tecnico dell'OMS del 10/5/2020 (*Contact tracing in the context of COVID-19- Interim guidance*) definisce un "contatto stretto" chiunque sia stato esposto ad un caso di Covid-19, da 2 giorni prima a 14 giorni dopo la comparsa dei sintomi nel caso confermato, con le seguenti modalità:

- essere stati a distanza minore di 2 metri per oltre 15 minuti con un caso confermato;
- contatto fisico diretto con un caso confermato;
- aver provveduto alle cure di pazienti Covid-19, senza appropriati DPI.

Se il caso confermato è asintomatico, la ricerca dei contatti dovrebbe essere condotta con la stessa modalità, considerando il medesimo periodo di esposizione (da 2 giorni prima a 14 giorni dopo) a partire dal giorno in cui è stato effettuato il tampone diagnostico.

3.3 Quarantena e sorveglianza sanitaria

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: in particolare febbre ($>37,5^{\circ}\text{C}$ se misurata o sensazione di febbre o brividi) o almeno uno dei seguenti: mal di gola, tosse, naso che cola o congestione nasale, mancanza di respiro o difficoltà respiratorie, dolori muscolari, perdita dell'olfatto o del gusto o diarrea;
- cosa fare in caso di malessere/insorgenza sintomi e in particolare:
 - chi informare;
 - come auto-isolarsi e quali precauzioni prendere (igiene respiratoria e delle mani);
 - come procedere nel percorso diagnostico ed eventuale trattamento in caso di positività;
 - sconsigliare di raggiungere direttamente il pronto soccorso
- protezione, utilizzo, elaborazione ed archiviazione dei dati personali;
- qualsiasi altro chiarimento richiesto dal contatto.

L'isolamento previsto per i contatti stretti, di un caso confermato (quarantena), 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.

Con l'intensificarsi dei casi registrati nelle Marche, e il conseguente incremento dei cittadini posti in isolamento fiduciario domiciliare, si è reso necessario ottimizzare le azioni di sorveglianza attiva, essenziali per il controllo e il contenimento dell'epidemia e la precoce presa in carico del soggetto sintomatico. A tal fine, l'ASUR Marche ha adottato, sin dal mese di marzo 2020, 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.

3.4 Percorso diagnostico nelle Marche

La conferma di malattia è data dalla diagnosi molecolare su campioni clinici respiratori, secondo protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2, in coerenza con quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Ministero della Salute.

La capacità diagnostica nelle Marche è stata progressivamente potenziata. Si è passati da un unico laboratorio diagnostico, quello della SOD Virologia della AO Ospedali Riuniti di Ancona, a 8 laboratori pubblici, con il coinvolgimento di tutte le Aziende del SSR. La SOD Virologia è il Centro di Riferimento regionale, operativo nell'identificazione del Sars-Cov-2 dal 6 febbraio 2020, autorizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, e addetto alla valutazione dell'affidabilità diagnostica degli altri laboratori marchigiani.

Per garantire maggiore tempestività nell'identificazione dei casi di malattia, si è provveduto a promuovere l'attivazione del *"drive through"*, in coerenza con le modalità organizzative definite nella *"Guida per organizzazione di punti Diagnostic Drive Through (DDT) nelle Marche"*, quale modalità aggiuntiva per l'effettuazione di tamponi, 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.

Al fine di ampliare le potenzialità di identificazione del Sars-Cov-2 nelle Marche, ai laboratori pubblici, operativi da fine marzo 2020, si sono aggiunti anche i laboratori privati accreditati.

L'attività diagnostica nelle Marche, autonoma dal 6 febbraio 2020, ha superato le 1000 valutazioni giornaliere l'11 aprile 2020, con un tetto massimo di determinazioni, pari a 1453 unità, raggiunto in data 22 aprile 2020.

Il passaggio alla fase 2 di questa emergenza, con il progressivo ridursi dei casi e l'aumento del numero dei guariti, ha comportato la necessità di suddividere i percorsi di diagnostica molecolare, in tre tipologie distinte: diagnostici (D), percorso guarigione (G) e screening (S), con differenti livelli di priorità. Ai tamponi di natura diagnostica va assegnata la priorità assoluta. In tutti i casi in cui si esegua un tampone per finalità diagnostiche, è opportuno che l'intervallo di tempo, tra data di richiesta tampone e data di effettuazione dello stesso sia contenuto entro le 24-48 ore; analogamente, 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). Continueranno ad essere sottoposti ad approfondimenti urgenti tutti i casi sospetti secondo la definizione vigente di caso sospetto. 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): tampone diagnostico in caso di insorgenza di sintomi (anche forme paucisintomatiche) oppure, sulla base dello scenario epidemiologico, eventuale tampone 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 14 giorni dalla scomparsa dei sintomi, con effettuazione del doppio tampone.

Il percorso guarigione è alla base della verifica del ripristino delle condizioni di salute precedenti la patologia indotta da Covid e viene gestito attraverso la verifica clinica e, a seguito di un congruo periodo (non inferiore a 14 gg) di asintomaticità, si eseguono due tamponi a distanza di almeno 24 ore per verificare se il soggetto possa essere considerato guarito e non a rischio per le persone che lo circondano. Il percorso di screening deve essere 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.).

3.5 Test sierologici

Sebbene il Ministero della Salute non abbia confermato l'utilità dei test sierologici per finalità diagnostiche, confermando che *"i test anticorpali non possono essere considerati strumenti diagnostici sostitutivi del test molecolare"* (Circolare Ministeriale n. 0016106 del 09/05/2020), tale tipologia di test è stata adottata nella Regione Marche per lo screening rivolto al personale sanitario e socio sanitario del SSR (DGR 414/2020), ai Corpi di Polizia ad ordinamento civile e militare, alle Forze Armate, ai Vigili del Fuoco ed alle aziende del territorio che vogliano aderire al protocollo di indagine (DGR 503/2020), con costi sostenuti autonomamente,

in modo da poter raccogliere dati omogenei, provenienti da percorsi di screening sovrapponibili, utili a valutazioni regionali di siero-prevalenza.

La positività al test sierologico è meritevole di approfondimento con metodica molecolare, mediante tampone e RT-PCR, predisposta dalle stesse aziende che hanno avviato il percorso di screening.

3.6 Trattamento

In ottemperanza a quanto previsto nel comma 8 dell'articolo 1 del Decreto Legislativo "Rilancio" del 13 maggio 2020, è necessario rivedere e potenziare le attività territoriali tramite la costituzione di una centrale operativa regionale, che garantirà la funzione di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali e che svolgerà 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 hanno rivestito un ruolo centrale nella presa in carico territoriale, domiciliare e residenziale, durante la prima fase dell'emergenza pandemica. Tale ruolo diventa ancora più strategico nella fase 2, con la ripresa delle attività ordinarie e il già consolidato compito di coordinamento delle attività delle USCA. Pertanto, si ritiene necessario fornire specifiche indicazioni su come riorganizzare i percorsi nell'ambito delle Cure Primarie a seguito della ripresa a pieno regime delle assistenziali ambulatoriali e domiciliari, per affrontare in condizioni di sicurezza la fase post-emergenza della COVID-19.

Triage in remoto

L'applicazione delle norme sul distanziamento sociale e sulle nuove modalità prescrittive e la necessità di definire il profilo di rischio di ogni paziente, riguardo alla ipotetica infezione da SARS-CoV2 in atto, presuppongono la messa in atto di misure/comportamenti che modificheranno sensibilmente le modalità di svolgimento della assistenza ambulatoriale e domiciliare da parte dei MMG, dei PLS e dei medici di continuità assistenziale, soprattutto in riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici in politerapia, ambito che costituisce a tutt'oggi la stragrande maggioranza dell'impegno professionale che il MMG deve sostenere. Processare "in remoto" le richieste di appuntamenti ambulatoriali e/o visite domiciliari sarà una delle priorità nella attività dei MMG, dei PLS e dei Medici di continuità assistenziale. Ciò risponde alla necessità di limitare al massimo, e solo quando strettamente necessario, la circolazione e i contatti tra pazienti e tra medico e paziente. Il "triage in remoto" si avvale di tutti gli strumenti che la tecnologia mette a disposizione, anche ai fini della conservazione dei dati: applicazioni smartphone, email, tele-video consulto, piattaforme web dedicate, Fascicolo Sanitario Elettronico.

Alla valutazione in remoto delle condizioni cliniche dei pazienti seguirà poi la decisione sulla modalità più appropriata per la sua presa in carico: a) visita, ambulatoriale o domiciliare; b) monitoraggio domiciliare remoto; c) attivazione USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale); d) allertamento del 118; e) altro.

Accesso agli ambulatori

Al fine di garantire la sicurezza degli assistiti, i Decreti ministeriali, le Delibere regionali, le circolari del Servizio Sanita, in collaborazione con il GORES, e gli stessi medici e personale di studio hanno fornito specifiche indicazioni su come organizzare l'accesso agli ambulatori:

- 1) programmare l'attività ambulatoriale esclusivamente su appuntamento, previo contatto e triage telefonico, e con cadenza tale da ridurre al minimo lo stazionamento del paziente in sala d'attesa;
- 2) vietare l'accesso in ambulatorio a pazienti con sintomatologia suggestiva di infezione da COVID-19 (febbre, tosse, dispnea...);
- 3) disporre all'ingresso dell'ambulatorio del gel disinfettante per le mani;
- 4) consentire l'accesso solo con mascherina chirurgica (non consentite le sole mascherine con valvole di sfianto se non coperte da mascherina chirurgica);
- 5) mantenere le idonee distanze interpersonali di sicurezza (calcolare il numero massimo di pazienti che è possibile accogliere in sala d'attesa in funzione della superficie disponibile);
- 6) non consentire l'accesso di accompagnatore all'interno dell'ambulatorio, tranne nei casi strettamente necessari, preventivamente concordati telefonicamente con il medico.

Il paziente, prima di accedere in ambulatorio, dovrà: disinfettare le mani, indossare la mascherina chirurgica. Nell'attuale scenario emergenziale, la scelta del tipo di DPI da utilizzare dipende dalla valutazione del rischio operata caso per caso dal sanitario, tenuto conto delle attuali conoscenze relative al COVID-19, del tipo di paziente e di scenario assistenziale. Vanno altresì messe in atto tutte le procedure già note per consentire una adeguata igienizzazione e sicurezza degli ambienti di lavoro (es. schermi protettivi trasparenti alle reception, disinfezione superfici, disponibilità di DPI, etc.).

Teleconsulto e telemonitoraggio

Il tele-consulto e la video-consulenza, già sperimentate con successo nelle attività ambulatoriali ospedaliere e territoriali, come descritte nella DGR n. 523/2020, segue le stesse regole del triage nel monitorare il rischio di infezione da COVID-19. Il telemonitoraggio si rivolge ai pazienti COVID correlati (pazienti assistiti a domicilio, dimessi, in isolamento) ai quali permette di fornire, oltre alla sorveglianza clinica, anche il supporto personalizzato con istruzioni, informazioni, certificati, ecc.

Requisiti di sicurezza a domicilio

Eseguito il triage telefonico, si può decidere se visitare a domicilio il paziente. In questo caso bisogna chiedere all'assistito di garantire i seguenti requisiti di sicurezza: arieggiare il locale in cui sarà visitato il paziente per almeno 30' prima della visita; far indossare mascherina chirurgica, sia al paziente che a tutto il nucleo familiare e tutti dovranno rispettare le distanze di sicurezza; evitare la presenza di familiari in stanza, se non per necessità di aiuto nella visita; chiedere che nella stanza della visita venga predisposta una zona di appoggio almeno 60X60 cm, libera da suppellettili, che il medico disinfetterà o proteggerà con telo monouso per appoggiare i propri strumenti; predisporre una sedia sanificata esterna all'ingresso dell'appartamento, ad uso del medico che dovrà fare la vestizione/svestizione dei DPI; predisporre un sacchetto per raccolta indifferenziata dei DPI usati, nei pressi della sedia posta all'esterno dell'abitazione. Le modalità prescrittive e il rilascio ricette seguiranno le regole già indicate nella normativa regionale vigente (delibere, note del Servizio Sanità).

Unità Speciali di Continuità Assistenziale

Dopo circa due settimane dalla comparsa dei primi casi italiani di soggetti infettati del virus SARS-CoV-2, sono state emanate dal Governo le prime indicazioni relative all'attivazione delle funzioni territoriali con il D.L. 14 del 9/3/2020. L'art. 8 del D. L. 14/2020 ha previsto l'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) in tutte le Regioni entro il 20 marzo 2020. A seguito di tali indicazioni e vista la necessità e l'urgenza di rinforzare le attività assistenziali presso il domicilio dei pazienti ammalati o sospetti COVID-19, con DGR n. 347/2020, la Giunta Regionale ha disposto che l'ASUR, attraverso i Distretti, provvedesse all'organizzazione del suddetto servizio nei termini stabiliti dalla norma sopra citata, fornendo i primi indirizzi operativi. Con DGR n. 384/2020, la Giunta Regionale ha fornito all'ASUR ulteriori "linee di indirizzo e di uniforme attuazione" per la gestione delle Unità speciali di Continuità assistenziale (USCA), definendo le modalità di trattamento dei casi individuati e prevedendo la figura di un MMG coordinatore, convenzionato da più di 10 anni che, volontariamente, anche mediante disponibilità telefonica, fornisca un supporto ai medici USCA e garantisca i necessari raccordi con gli altri MMG e il dipartimento di prevenzione. È stata contemplata inoltre 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 dei tamponi del pz e familiari. Le stesse possono essere attivate, in tempi rapidi e comunque in base alla situazione clinica del pz; considerata l'attuale fase di minor richiesta ciò consentirà di ridurre i tempi di attesa di intervento clinico assistenziale.

Attualmente nel territorio regionale sono attive 17 USCA, così distribuite: n. 4 in Area Vasta 1, n. 6 in Area Vasta 2, n. 3 in Area Vasta 3, n. 1 in Area Vasta 4, n. 3 in Area Vasta 5. Ognuno dei 13 Distretti prevede almeno una USCA nel suo territorio, con alcune eccezioni: il Distretto di Ancona ne ha avviate 3; il Distretto di Fano ne ha avviate 2, di cui una inter-distrettuale con il Distretto di Pesaro, prevalentemente dedicata alle richieste provenienti dalle strutture residenziali; il Distretto di San Benedetto del Tronto ne ha avviate 2.

I dati attualmente disponibili, relativi al primo mese di attività delle USCA, evidenziano una significativa diffomità, sul territorio regionale, delle richieste di attivazione, sulla base della variabilità epidemica. A fronte di una distribuzione diffusa delle USCA nelle 5 Aree Vaste, più del 75% delle 1131 complessive richieste di attivazione hanno riguardato l'Area Vasta 1 (464 attivazioni) e l'Area Vasta 2 (413 attivazioni); seguono l'Area Vasta 3 (175 attivazioni) e le Aree Vaste 4 e 5 (79 attivazioni). Il primo elemento di riflessione sui dati appena forniti è l'evidenza di una proporzionalità tra il numero delle richieste di attivazione dell'USCA e l'intensità della diffusione dell'infezione da Covid sul territorio regionale. Infatti, le Aree Vaste maggiormente interessate dal contagio con COVID-19 sono state le Aree Vaste 1 e 2, le stesse che hanno visto la quasi totalità delle attivazioni. Altro dato rilevante è quello relativo alle modalità di attivazione: circa i due terzi delle attivazioni dell'USCA sono avvenute tramite visita, un terzo tramite esclusivo contatto telefonico.

Va inoltre segnalato che alcune USCA sono state dedicate prevalentemente alla presa in carico di pazienti ospitati nelle strutture residenziali (RSA, RP e Case di riposo). L'età media dei pazienti per i quali è stata richiesta l'attivazione delle USCA è ricompresa nella decade tra i 50 e i 60 anni, con le uniche eccezioni delle USCA del Distretto di Pesaro e del Distretto di Camerino, con un'età media dei pazienti intorno ai 65 anni. Ovviamente per quanto riguarda le USCA dedicate alle strutture residenziali l'età media dei pazienti interessati dalle attivazioni è sensibilmente più elevata, superiore agli 80 anni.

La sintomatologia prevalente dei pazienti, valutati dalle USCA, è quella caratteristica delle infezioni delle alte vie respiratorie, in particolare febbre $> 37,5^{\circ}\text{C}$, tosse e astenia, ed è relativa sia a pazienti già diagnosticati Covid + sia a pazienti Covid -. Le comorbidità più frequentemente rilevate, quasi esclusivamente nei pazienti presi incarico con età superiore ai 60 anni, sono le cardiopatie, il diabete, patologie oncologiche e sindromi neurodegenerative negli ospiti delle strutture residenziali. Le terapie somministrate sono state quasi esclusivamente farmaci antipiretici (paracetamolo) e antibiotici della classe di macrolidi, in particolare l'azitromicina. In alcuni casi è stata somministrata terapia con idrossiclorochina, associata o meno con azitromicina e eparina, come previsto nei protocolli condivisi. Significativa si è rivelata la collaborazione delle USCA anche per quanto riguarda l'effettuazione dei tamponi o l'allertamento dei Dipartimenti di Prevenzione per sollecitare la loro esecuzione nei soggetti che ne avevano necessità.

Il Decreto Legislativo "Rilancio" del 13 maggio 2020 introduce la possibilità di implementare la composizione delle USCA con ulteriori professionalità, oltre quelle mediche e infermieristiche già contemplate nei precedenti D.L., istituzionalizzando le USCA nell'alveo dei servizi assistenziali distrettuali, al fine potenziare e rendere più completa la presa in carico domiciliare e residenziale dei pazienti. Tale rafforzamento della struttura delle USCA, in sinergia con il previsto consolidamento delle attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'introduzione di figure professionali innovative quali gli infermieri di comunità, configura un nuovo modello di assistenza territoriale che si rivolge non solo ai pazienti con sintomatologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2, ma anche a quelli con patologie cronico-degenerative.

3.7 Sorveglianza epidemiologica e notifica dei casi

La finalità delle azioni di sorveglianza nell'ambito della pandemia da Covid-19 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 Covid-19 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 trends epidemiologici e l'evoluzione della malattia;
- ✓ comprendere se vi sia co-circolazione di Sars-Cov-2, dell'influenza e di altri virus respiratori.

Considerando la rapidità con cui il Covid-19 può diffondersi nella popolazione è essenziale che i singoli casi di malattia siano identificati e immediatamente notificati attraverso il sistema integrato di sorveglianza regionale già attivato nel corso della prima ondata epidemica (Piattaforma regionale SISCOVI19, Database ASUR "Quarantena"). L'aggiornamento dei dati nella piattaforma dell'Istituto Superiore di Sanità, ai fini di sorveglianza e monitoraggio, deve essere giornaliero e tempestivo. Entro le 24 ore dalla sua conferma, il caso di Covid-19 deve essere notificato così come gli esiti, decessi e guarigioni da Covid-19. Le attività di notifica si intendono espletate all'atto dell'inserimento dei dati essenziali nel sistema integrato di sorveglianza regionale. 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 e inseriti nel DB gestionale Quarantena:

Tabella - Dati da notificare entro le 24 ore dalla conferma del caso di Covid-19

Dominio	Variabile	Informazioni
Anagrafica	Nome e Cognome	
	Sesso	
	Data di nascita	
	Domicilio	
	Residenza	Aggiungere solo se differente dal domicilio
Indagine epidemiologica	Operatore sanitario	Sì/No/Non so
	Comune di esposizione	
	Luogo di esposizione	
	Tipo caso - "CASO ISOLATO"	È un caso che non si riesce a mettere in relazione con nessun altro caso;
	Tipo caso - "CASO INDICE"	È il caso che dà il via ad un focolaio; se selezionato obbliga a compilare "GENERA FOCOLAIO" (denominare il focolaio e definirne il setting)
	Tipo caso - "CONTATTO"	Se selezionato obbliga ad indicare il caso a cui è associato (bottone ASSOCIA)
	Genera focolaio	Campo obbligatorio: denominare il focolaio e definire il Setting focolaio
	Setting focolaio	Elenco a scelta multipla: Ospedale per acuti o altra Struttura ospedaliera con ricovero in post-acuzie; Struttura residenziale; Strutture/Servizi assistenziali non residenziali (es.

		ambulatori); Domiciliare o familiare; Carceri; Scuola di ogni ordine e grado; Centri Estivi; Istituti religiosi; Comunità (Rom/Sinti, senza tetto, ecc.)
	Data isolamento	Bloccante
	Codice tampone	Bloccante
Laboratorio	Data primo prelievo	O anche "Data accettazione"
	Data di diagnosi	O anche "Data di refertazione"
Ricovero o domiciliamento	Collocazione	Elenco a scelta multipla: Ospedale; Domicilio; Altra struttura
	Data collocazione	
	Ospedale di ricovero	Elenco a scelta multipla
	Reparto di ricovero	Elenco a scelta multipla
Clinica	Data inizio sintomi	Bloccante
	Patologie croniche	Sì/No/Non so (specificare)
Stato clinico	Data	Bloccante
	Stato Clinico	Elenco a scelta multipla: Asintomatico; Paucisintomatico; Lieve; Severo, Critico; Guarito; Deceduto.
	Intubato	Sì/No

E' compito delle Direzioni Mediche di Presidio e delle Direzioni Sanitarie Ospedaliere raccogliere i seguenti dati essenziali sui pazienti ospedalizzati, con diagnosi di Covid-19, e riportare tali dati entro 24 ore dall'identificazione del caso confermato:

- Data di ricovero
- Stato clinico all'ammissione
- Reparto di ricovero
- Intubato (Sì/No)
- Esito (dimissione – decesso)
- Data esito

E' opportuno adottare modalità di follow-up periodico dei pazienti per poter riportare correttamente l'esito (dimissione o decesso). Tutti i decessi di casi confermati di Covid-19 devono essere notificati entro le 24 ore dalla morte. Le cartelle cliniche dei deceduti e le schede ISTAT di morte devono essere inoltrate alla Regione Marche tempestivamente e comunque entro 48 ore dall'avvenuto decesso.

I dati essenziali di sorveglianza devono essere analizzati quotidianamente, incluso lo "zero reporting" quando non ci sono casi. Una analisi più ampia dei casi, che comprenda valutazioni su età, sesso, tipologia di test e relativi risultati, comorbidità, fattori di rischio, sintomatologia e severità del quadro clinico, dovrà essere attivata periodicamente.

E' opportuno valutare il potenziamento di altre azioni di sorveglianza come il Sistema Influnet (Sistema di Sorveglianza delle ILI) e i relativi medici sentinella o l'estensione del suo utilizzo in periodi non influenzali, sulla base delle raccomandazioni nazionali, così come l'attivazione di un sistema di sorveglianza delle ARI (Infezioni Respiratorie Acute), sistemi di sorveglianza utili a monitorare i trend della trasmissione comunitaria e assicurare che altre malattie respiratorie siano rapidamente identificate.

Altri sistemi di sorveglianza in setting specifici e dedicati a gruppi di popolazione ad alto rischio (es. strutture residenziali, carceri, scuole, etc.) si rendono necessari per assicurare la rapida identificazione di casi e cluster, prima ancora che gli stessi casi siano colti dai sistemi di sorveglianza ospedalieri o delle cure primarie. Potenziare la sorveglianza sanitaria in setting chiusi e ad alto rischio può includere strategie di sorveglianza attiva come ad esempio lo screening giornaliero di segni e sintomi (febbre, etc).

3.8 Monitoraggio Ministeriale

Al fine di classificare tempestivamente il livello di rischio e valutare la necessità di riorganizzazione delle attività di risposta all'epidemia, il Ministero della Salute ha previsto il monitoraggio di alcuni indicatori con valori di soglia e di allerta attraverso l'attivazione del flusso informativo della piattaforma per sorveglianza Covid19 dell'ISS. Il monitoraggio comprenderà:

1. Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio

- 1.1 Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi/totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.
- 1.2 Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

- 1.3 Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.
- 1.4 Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.
- 1.5 Numero di check-list somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie (opzionale).
- 1.6 Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla check-list settimanalmente con almeno una criticità riscontrata (opzionale).
2. **Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e gestione dei contatti**
 - 2.1 Percentuale di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il "re-testing" degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese.
 - 2.2 Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi.
 - 2.3 Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento (opzionale).
 - 2.4 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing.
 - 2.5 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento.
 - 2.6 Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati.
3. **Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari**
 - 3.1 Numero di casi riportati alla Protezione civile negli ultimi 14 giorni.
 - 3.2 Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione).
 - 3.3 Numero di casi riportati alla sorveglianza sentinella COVID-net per settimana (opzionale).
 - 3.4 Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID- 19 per giorno.
 - 3.5 Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 0 più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito).
 - 3.6 Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note.
 - 3.7 Numero di accessi al PS con classificazione ICD-9 compatibile con quadri sindromici riconducibili a COVID-19 (opzionale).
 - 3.8 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19.
 - 3.9 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19.

Le soglie definite negli indicatori sono volte a monitorare:

- mantenimento di un numero di nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 stabile ovvero un aumento limitato nel numero di casi nel tempo e nello spazio,
- mantenimento o riduzione del numero di casi di trasmissione in strutture che ospitano popolazioni vulnerabili.

Vengono inoltre identificati valori di allerta che devono portare ad una valutazione del rischio congiuntamente nazionale e della/e Regioni/PP.AA. interessate, per decidere se le condizioni siano tali da richiedere una revisione delle misure adottate/da adottare ed eventualmente anche della fase di gestione dell'epidemia.

3.9 Comunicazione del rischio

Si confermano le indicazioni già definite con nota del Servizio Sanità n. 0126688 del 30/01/2020. Gli aspetti di comunicazione istituzionale sono gestiti a livello centralizzato regionale tramite l'Ufficio Informazione e Comunicazione Istituzionale, in collaborazione con il GORES. Si ribadisce la raccomandazione rivolta a 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, di garantire una informazione più corretta possibile ed un costante e puntuale aggiornamento, attraverso la consultazione dei siti ufficiali

nazionali e internazionali (in particolare: www.who.int, www.ecdc.europa.eu; www.salute.gov, www.epicentro.iss.it, www.iss.it, www.regione.marche.it).

Il successo delle azioni di contact-tracing è in gran parte basato sul livello di coinvolgimento della popolazione e sulla conoscenza delle caratteristiche della malattia (modalità di contagio, protezione, e contenimento della diffusione dell'infezione). Anche nel corso della seconda fase, i cittadini marchigiani potranno fa riferimento al numero verde regionale (numero 800936677), attivo dal 25 febbraio u.s., al quale rispondono operatori sanitari deputati a fornire informazioni di carattere principalmente sanitario.