



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751

Verbale n. 8 della riunione tenuta presso il Dipartimento della Protezione Civile il giorno 16 aprile 2021

	Presente	Assente
Franco LOCATELLI (coordinatore)	X	
Silvio BRUSAFFERO (portavoce)	in videoconferenza	
Sergio FIORENTINO (segretario)	X	
Sergio ABRIGNANI	X	
Cinzia CAPORALE	in videoconferenza	
Fabio CICILIANO	X	
Donato GRECO	X	
Giuseppe IPPOLITO	X	
Alessia MELEGARO	in videoconferenza	
Giorgio PALÙ ¹	in videoconferenza	
Giovanni REZZA ²	in videoconferenza	

Ordine del giorno, di cui alla nota di convocazione del 15 aprile 2021:

1. Analisi dell'evoluzione della situazione epidemiologica;
2. Parere su questioni di interesse del Ministero della cultura (seguito esame dalla seduta del 12 aprile 2021);
3. Valutazione di un documento di raccomandazioni predisposto dalla Conferenza Episcopale Italia in vista della 74^a assemblea generale da tenersi a Roma nel periodo 24-27 maggio 2021;
4. Focus su c.d. Green Certificate;

¹ Sopraggiunto alle ore 15,15.

² Presente solo in apertura di seduta.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751

5. Esame di possibili indicazioni circa strategie di "riapertura" delle attività economiche e sociali;
6. Focus sulle politiche dei test;
7. Varie ed eventuali.

La seduta inizia alle ore 14,30.

È presente il Dott. Stefano Merler, ricercatore della Fondazione Bruno Kessler.

In apertura di seduta, il Componente Giovanni Rezza rappresenta di doversi immediatamente escludere dal collegamento per impegni istituzionali, dovendo, in particolare, collaborare alle attività prodromiche al recepimento, in Italia, del c.d. *Digital Green Certificate*, oggetto di un regolamento dell'Unione europea di prossima adozione e già approvato dal Comitato dei Rappresentati permanenti degli Stati membri (Coreper). Ricorda che un primo e provvisorio documento, elaborato in seno al Ministero della Salute, è stato distribuito ai Componenti del CTS e che esso potrà costituire base per la discussione del punto 4 all'ordine del giorno.

TRASMISSIONE DATI EPIDEMIOLOGICI EX ART. 19-BIS DEL DECRETO-LEGGE 28/10/2010, N. 137, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 18/12/2020, N. 176

Il Coordinatore apre la discussione sul primo argomento all'ordine del giorno, dando atto che il Comitato ha acquisito i dati epidemiologici relativi al periodo 05/04/2021–11/04/2021, trasmessi dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) inerenti al sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari istituito dal Ministero della Salute ed elaborati dalla cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020 (allegati).

Il CTS prende atto che, dagli aggiornamenti dei dati epidemiologici di ISS e dal monitoraggio del rischio della cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020, viene rilevata, per la quarta settimana consecutiva, una riduzione dell'incidenza cumulativa

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751 a 7 giorni a livello nazionale, che ha raggiunto, sulla scorta di dati elaborati dal Ministero della Salute riferiti al periodo di 09 Aprile-15 Aprile, il valore di 182 casi/100.000 abitanti rispetto ai 185 casi/100.000 abitanti nella settimana precedente. La media nazionale dei tamponi eseguiti ogni 100.000 abitanti nel periodo di riferimento è stato pari a 3.449, con significative differenze regionali.

La soglia di 250 casi/100.000 abitanti è stata superata nelle Regioni Puglia e Valle d'Aosta. 

Nel periodo 24 marzo – 06 aprile 2021, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 0,85 (range 0,71– 0,97), in ulteriore diminuzione rispetto alla settimana precedente (quando era 0,92) e sotto l'uno anche nel limite superiore. Cinque Regioni/PPAA (rispetto a otto della settimana precedente) hanno un Rt puntuale maggiore di uno. Tra queste, una Regione (Sardegna) ha una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 3. Due Regioni (Sicilia e Valle d'Aosta) hanno una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 2. Le altre Regioni/PPAA hanno una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo uno.

Si osserva una forte ulteriore diminuzione nel numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione (32.921 vs 46.302 la settimana precedente). La percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti è in aumento (37,0% vs 34,9% la scorsa settimana). È, invece, in lieve diminuzione il numero di casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi (38,1% vs 39,6%). 

Rimane alto, il numero di Regioni/PPAA che hanno un tasso di occupazione in terapia intensiva e/o aree mediche sopra la soglia critica (14 Regioni/PPAA vs 15 della settimana precedente). Il tasso di occupazione in terapia intensiva a livello nazionale è sopra la soglia critica (39% vs. 41% della settimana precedente); il numero di persone ricoverate in terapia intensiva è in diminuzione da 3.743 (06/04/2021) a 3.526 (13/04/2021). Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale è anche



Presidente del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751 sopra la soglia critica (41%), ma in diminuzione e il numero di persone ricoverate in queste aree passa da 29.337 (06/04/2021) a 26.952 (13/04/2021).

Si osserva anche per questa settimana una diminuzione del livello generale del rischio, con una Regione (Calabria) che ha un livello di rischio alto secondo il DM del 30 Aprile 2020. Sedici Regioni/PPAA hanno una classificazione di rischio moderato (di cui quattro ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane) e tre Regioni (Abruzzo, Campania, Veneto) e una Provincia Autonoma (Bolzano) che hanno una classificazione di rischio basso.

Si osserva anche in questa settimana un miglioramento di alcuni parametri epidemiologici; permane un elevato tasso di occupazione dei posti letto nelle aree mediche e nelle terapie intensive, anche se in diminuzione rispetto alla settimana precedente.

Sulla scorta degli elementi sopra riportati, il CTS, pertanto, pur sottolineando un ulteriore miglioramento della situazione epidemiologica (dato che indica chiaramente l'efficacia delle misure adottate) e del carico sui servizi ospedalieri (incluse le terapie intensive), raccomanda di mantenere inalterate per la prossima settimana le misure in atto su tutto il territorio nazionale, mirate a ottenere una mitigazione/contenimento della diffusione di SARS-CoV-2. L'ormai prevalente circolazione in Italia di una variante virale (quella inglese) caratterizzata da una trasmisività notevolmente maggiore impone un approccio di cautela e gradualità nella gestione dell'epidemia.

Il CTS, all'esito dell'attuale progressione della contingenza epidemica nel Paese, conferma la necessità di una riduzione delle interazioni fisiche interpersonali e della mobilità e rimanda alla corretta declinazione relativa all'adozione delle misure di contenimento/mitigazione previsti dal decreto-legge 05/01/2021, n. 1; decreto-legge 23/02/2021, n. 15; DPCM 14/01/2021.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751

*

Il Coordinatore invita il Dott. Merler a illustrare alcune valutazioni epidemiologiche da lui realizzate, tra le quali l'efficacia dell'indice R_t calcolato sugli ospedalizzati, nel raffronto con l' R_T calcolato sui sintomatici, quale parametro di valutazione e classificazione del rischio. Il Dott. Merler, avvalendosi anche di apposito supporto grafico, rappresenta che, nel corso dell'intero arco della pandemia, le curve costruite in base ai due suddetti indici presentano, a livello nazionale, un elevato grado di sovrapponibilità, mostrando una sensibile differenziazione solo in due momenti, la metà di agosto e la fine di settembre del 2020, evenienza, questa, spiegabile con la circostanza che, nei due momenti in questione, la ripresa della diffusione del contagio ha inizialmente coinvolto classi di età della popolazione che più difficilmente necessitano di dover far ricorso alle cure ospedaliere. Lo stesso parallelismo tra le curve si riscontra anche a livello regionale, quanto meno nelle Regioni più grandi (mentre una certa divergenza si riscontra in alcune delle Regioni più piccole). L'analisi dei dati porta a concludere che, qualora si fosse in passato utilizzato l'indice R_t degli ospedalizzati, in luogo di quello dei sintomatici, nel 72% dei casi il risultato sarebbe stato il medesimo, quanto alla collocazione delle Regioni nelle diverse zone; nel 22% dei casi ciò avrebbe condotto a classificazioni meno rigorose, mentre nel restante 6% dei casi a classificazioni più rigorose. Il diverso risultato, peraltro, non è da ascrivere esclusivamente alle descritte, parziali, divergenze tra le due curve, ma anche, in buona misura, al maggiore intervallo di confidenza che caratterizza l' R_t calcolato sui pazienti ospedalizzati, dovuto al fatto che questo parametro è calcolato su una base numerica più ristretta. In definitiva, a giudizio del Dott. Merler, la sostituzione del R_T calcolato sui pazienti sintomatici con quello calcolato sui pazienti ospedalizzati presenterebbe dei vantaggi e degli svantaggi: sul primo versante, vi è che l'indice si fonda su una casistica più omogenea a livello nazionale e, soprattutto, il fatto che tale indice acquisterà rilevanza sempre maggiore con il progredire del numero di soggetti

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751
vaccinati fra le classi di popolazione più a rischio (soggetti oltre i 60 anni di età o con patologia concomitante) e che, quindi, oggi ricorrono più frequentemente alle cure ospedaliere; tra gli svantaggi, occorre annoverare la maggiore incertezza e il maggiore rischio di errore, dovuti al fatto che l'indice è calcolato su una base numerica meno ampia (tanto da esitare in un maggiore intervallo di confidenza) nonché il fatto che tale indice consente meno facilmente di intercettare precocemente un'eventuale ripresa del contagio che si manifestasse prioritariamente tra le classi di popolazione meno soggette a ospedalizzazione. Passando ai possibili scenari di riapertura, il Dott. Merler chiarisce che il modello fondato sull'esperienza dello scorso anno è solo parzialmente utilizzabile, per la diversità dei fattori che caratterizzano la situazione attuale. Tra questi la diffusione, ormai pressoché totalitaria, del virus nella c.d. variante inglese, da un lato, la presenza, in percentuale via via crescente, di soggetti vaccinati, dall'altro. Allo stato delle conoscenze, pare potersi concludere che l'andamento della curva epidemiologica conceda un certo margine di intervento nel senso della riapertura, ma è altamente verosimile che, se l'indice R_t tornasse al valore 1, gli effetti della pandemia tornerebbero ad avvicinarsi a quelli osservati nelle scorse settimane; qualora l' R_t si collocasse a 1,25, vi sarebbe la certezza di una marcata ripresa della curva epidemica con un elevato numero di contagiati e di un sovraccarico per i servizi sanitari territoriali (terapie intensive, posti letto di area medica).

FL

AA

Il Coordinatore ringrazia il Dott. Merler dell'esposizione e dei chiarimenti, che costituiranno un utile strumento di analisi per le decisioni che dovrà, in futuro, assumere il CTS.

A questo punto, alle ore 15,40, il Dott. Stefano Merler lascia la seduta.

Si passa al **punto n. 2** all'ordine del giorno.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751

Il CTS affronta il quesito posto dal Ministro della Cultura, Onorevole Dario Franceschini, relativo alla possibilità di elevare per spettacoli/eventi artistici la percentuale di capienza massima delle sale dall'attuale 25% a un valore del 50% e di portare da 200 a 500 il numero massimo di spettatori per eventi al chiuso e da 400 a 1000 il numero massimo di spettatori per eventi all'aperto (allegato).

Alla luce dell'attuale situazione epidemica e in riferimento alla nota del Ministro della cultura, il CTS propone che, per quel che riguarda gli spettacoli al chiuso, venga rispettata la distanza fra gli spettatori in posizione seduta di almeno un metro sia frontalmente che lateralmente, con obbligo di mascherina. Ottemperato a questo requisito, nulla osta a incrementare, come proposto, la percentuale del pubblico ammesso sino al 50% della capienza massima delle sale, con il limite di un numero massimo di 500 spettatori, raccomandando che vengano ben identificati, e possibilmente separati, i percorsi di afflusso e di deflusso del pubblico, al contempo garantendo un adeguato ricambio dell'aria con ventilazione naturale cercando di evitare,ognqualvolta possibile, la funzione di ricircolo dell'aria, intervenendo sulle caratteristiche dell'impianto. Per quel che riguarda il numero massimo di spettatori per eventi all'aperto, una volta applicati i criteri di distanziamento precedentemente riportati per gli eventi al chiuso, nonché l'obbligo d'indossare la mascherina, si ritiene accettabile la richiesta d'incrementare a 1000 il numero massimo di spettatori. Inoltre, in caso di ulteriore conferma dell'evoluzione positiva della dinamica epidemiologica, è ipotizzabile un'ulteriore revisione del numero massimo di spettatori rispetto alla capienza/ampiezza degli spazi. Infine, in merito alla possibilità di prevedere che le Regioni possano intraprendere sperimentazioni per spettacoli dal vivo che, nel pieno rispetto delle condizioni di sicurezza, possano ammettere un numero di spettatori anche più elevato (comunque non inferiore a quello previsto per gli eventi sportivi negli stessi luoghi o in spazi analoghi) in presenza di misure di sicurezza aggiuntive (quali ad esempio l'obbligo del dispositivo FFP2), il CTS ritiene di

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751 supportare la proposizione. Si sottolinea, tuttavia, che queste sperimentazioni non potranno prescindere dagli standard minimi raccomandati per gli spettacoli e verranno condotte sotto la responsabilità delle autorità competenti a livello delle Regioni/Province autonome, alle quali viene demandato il dettaglio degli aspetti operativi, in coerenza con i principi di cautela e protezione della salute.

FL

Il Coordinatore introduce, quindi, la questione che forma oggetto del **punto n. 3** all'ordine del giorno, dando atto che il CTS ha ricevuto un documento della Conferenza Episcopale Italiana (C.E.I.) relativo alle misure di sicurezza sanitaria previste per consentire che si svolga, tra il 24 e il 27 maggio 2021, presso l'hotel Ergife Palace di Roma, 74^a assemblea generale (allegato). Questo documento rappresenta un aggiornamento di quello già esaminato dal CTS nella seduta del 23 marzo 2021 (allegato). Con esso, vengono recepite le indicazioni in allora formulate dal Comitato e, quindi, stabilito un rafforzamento delle misure di profilassi in conformità a quanto richiesto, prevedendo, tra l'altro:

- A*
- che sia accertato se ciascun partecipante abbia già avuto infezione da SARS-CoV-2, sia stato vaccinato con uno dei vaccini approvati nell'Unione europea ovvero sia in possesso di certificazione che attesti l'esecuzione, entro le 72 ore precedenti l'inizio dell'Assemblea, di un tampone molecolare diagnostico per il coronavirus con esito negativo. Quanti non saranno in grado di esibire la certificazione circa la ricorrenza di uno di tali tre condizioni, saranno sottoposti a tampone antigenico rapido, che sarà eseguito in condizioni di sicurezza;
 - l'obbligo di indossare sempre i dispositivi di protezione individuale FFP2, la cui sostituzione avverrà ogni 4 ore;
 - il mantenimento di una distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro;

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751

- l'attenta regolazione dell'afflusso e del deflusso dei partecipanti e delle persone al seguito, con percorsi differenziati, allo scopo di evitare assembramenti;
- l'utilizzo, per i lavori in seduta plenaria, di una sala conferenze nella misura di un terzo della sua capienza massima di 1.000 persone, allestita con 250 postazioni nominali (posto assegnato) comprensiva di pulsantiera elettronica per le votazioni e di microfono ad uso personale. Ogni postazione sarà posizionata a una distanza, in tutte le direzioni, di almeno un metro l'una dall'altra. Gli ambienti adibiti ai gruppi di lavoro saranno anch'essi utilizzati a un terzo della loro reale capienza onde assicurare il giusto distanziamento;
- la sanificazione degli ambienti (sala plenaria, sale per gruppi di lavoro, etc.) da effettuarsi ogni quattro ore.

FC

Il CTS, alla luce delle integrazioni apportate alle raccomandazioni predisposte in vista dell'Assemblea generale, esprime parere favorevole sulla richiesta della C.E.I.

Si passa ad esaminare il **punto n. 4** all'ordine del giorno, relativo alle questioni che si pongono con riferimento al *Green certificate* (o *Green Pass*). F

Il CTS prende atto dell'avanzato stato dei lavori di adozione del relativo Regolamento dell'Unione europea, il quale ha come base giuridica la libera circolazione delle persone ed è destinato a impedire che possano essere frapposti ostacoli allo spostamento, tra gli Stati membri dell'Unione, delle persone in possesso di una certificazione che ne attesti, alternativamente, la guarigione dalla COVID-19, l'avvenuta vaccinazione ovvero l'effettuazione, con esito negativo, di un test molecolare o antigenico rapido su tampone rino-faringeo conforme a quanto previsto dalla Raccomandazione del Consiglio relativa a un quadro comune per l'uso e la convalida dei test antigenici rapidi e il riconoscimento reciproco dei risultati dei test per la COVID-19 nell'UE (2021/C 24/01). Il CTS prende, altresì, atto dell'attenzione

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751

riposta dal Governo su tale strategia, non solo quale strumento atto a garantire gli spostamenti interregionali delle persone, indipendentemente dalla fascia di rischio nella quale siano collocate le diverse Regioni, ma anche quale strumento che possa agevolare la ripresa della attività economiche sociali.

Prendono la parola diversi Componenti.

All'esito della discussione, il CTS sottolineando che il *Green certificate* fonda il suo razionale di sviluppo per agevolare l'esercizio della libera circolazione – riservando alla prossima riunione una più puntuale ulteriore presa di posizione, anche alla luce di una più compiuta conoscenza degli intendimenti dell'Autorità politica riguardo allo strumento in esame – conclude che l'iniziativa possa essere di rilevante interesse non solo per quanto riguarda l'interazione con gli altri Paesi europei, nel rispetto del principio del mutuo riconoscimento, ma anche per l'elaborazione di future strategie di riapertura. Il CTS esprime, quindi, l'avviso che – nel rispetto del principio di non discriminazione tra i cittadini dei diversi Paesi – il Green Pass possa, in linea di principio, costituire strumento utilmente sperimentabile, purché ne sia salvaguardata la specificità, ossia utilizzandolo per eventi o situazioni riservati ai soli possessori del certificato. Il CTS prende, quindi, l'impegno di formulare una proposta precisa circa gli aspetti sanitari connessi all'utilizzo del *Green Certificate* quale condizione per lo svolgimento di attività sociali o economiche, fermo restando che ne dovranno essere esaminate anche le condizioni giuridiche e valutati i profili etici, per i quali ultimi è auspicabile un confronto con il Comitato Nazionale per la Bioetica.

Alle ore 17,00 il Componente Abrignani lascia la seduta, per pregressi impegni, e anche il Componente Brusaferro annuncia di doversi allontanare per impegni del proprio Ufficio.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidente del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751

A questo punto, il Coordinatore, considerata anche la forzata assenza di diversi Componenti, propone di aggiornare gli altri argomenti dell'ordine del giorno alla prossima riunione e quindi, alle ore 17,10, dichiara chiusa la seduta.

	Presente	Assente
Franco LOCATELLI (coordinatore)	X	
Silvio BRUSAFFERRO (portavoce)	in videoconferenza	
Sergio FIORENTINO (segretario)	X	
Sergio ABRIGNANI ³	X	
Cinzia CAPORALE	in videoconferenza	
Fabio CICILIANO ⁴	X	
Donato GRECO	X	
Giuseppe IPPOLITO	X	
Alessia MELEGARO	in videoconferenza	
Giorgio PALÙ	in videoconferenza	
Giovanni REZZA ⁵	in videoconferenza	

Verbale approvato dopo condivisione via e.mail da parte di tutti i Componenti.

IL COORDINATORE

Franco Locatelli

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Sergio Fiorentino

³ Ha lasciato la seduta alle ore 17,00.

⁴ Ha lasciato la seduta alle ore 15,45, per impegni istituzionali.

⁵ Ha lasciato la seduta in apertura, per impegni istituzionali.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

14 aprile 2021

Epidemia COVID-19

Monitoraggio del rischio

Silvio Brusafetro
Istituto Superiore di Sanità





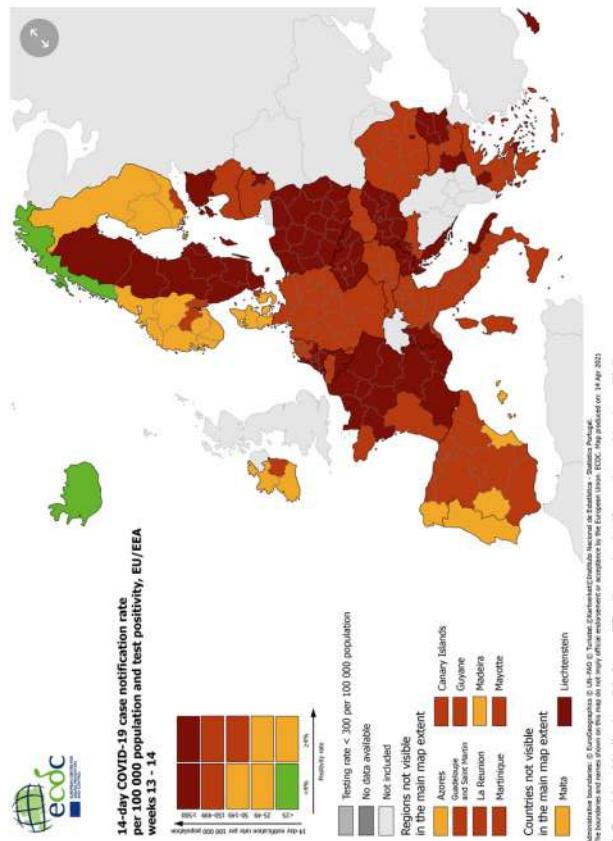
Situazione epidemiologica in Europa

<https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>

Casi notificati al Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC)

La situazione italiana riflette l'epidemiologia degli altri paesi UE/SEE

Combined indicator: 14-day notification rate, testing rate and test positivity, updated 15 April 2021



Administrative boundaries © EuroGeographics © UTM © OpenStreetMap Contributors © Institut National de l'Information Géographique et Forestière (IGN) Portugal.

The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union, ECDC, the European Centre for Disease Prevention and Control.

④ Combined indicator: 14-day notification rate, testing rate and test positivity

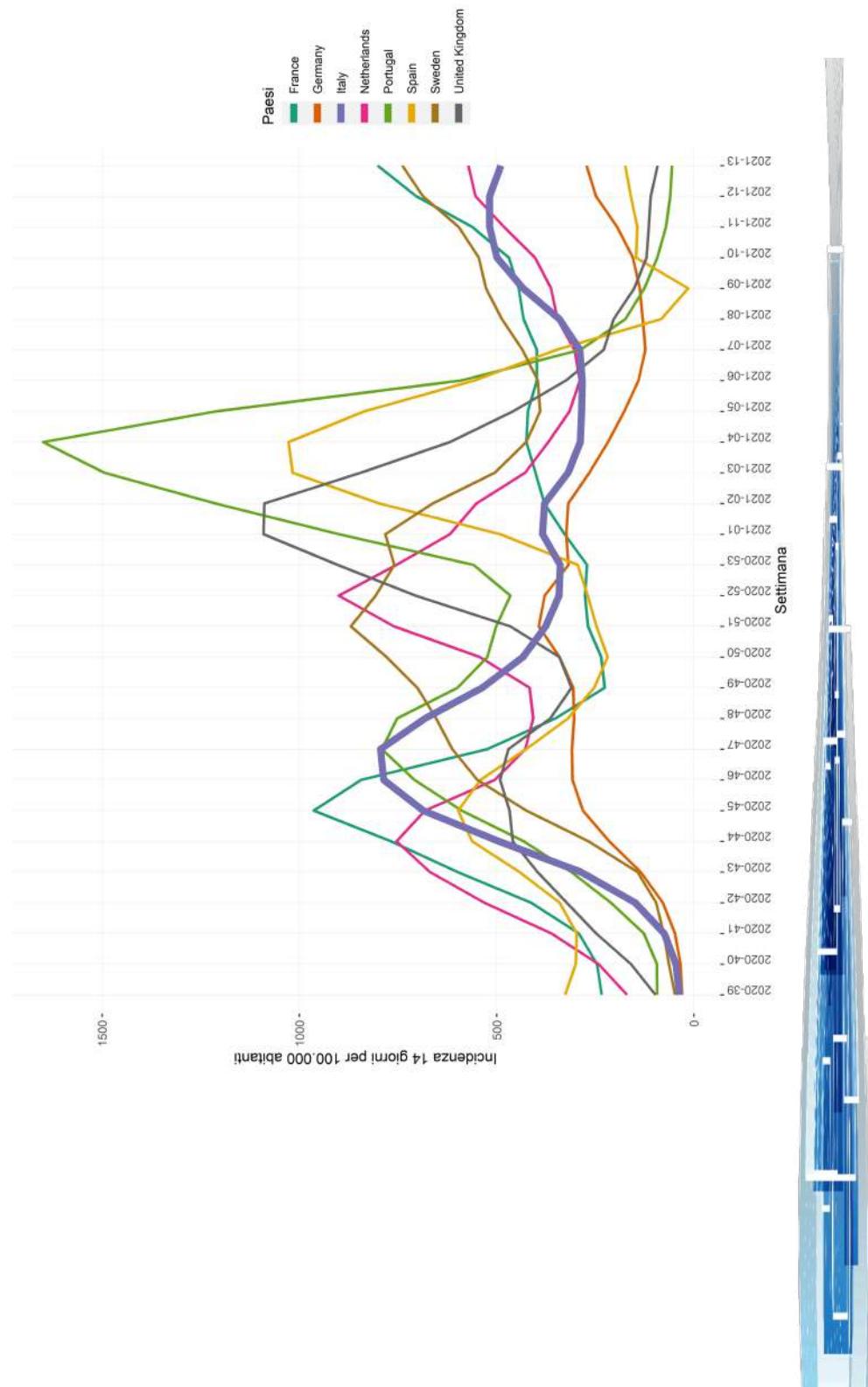
NOTES ON THE DATA:

*Only PCR-confirmed cases are included for Slovakia. ECDC's data collection methodology is currently being

<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>



Andamento incidenza (14 gg) in alcuni paesi europei (ECDC)





Situazione epidemiologica in Italia

<https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>

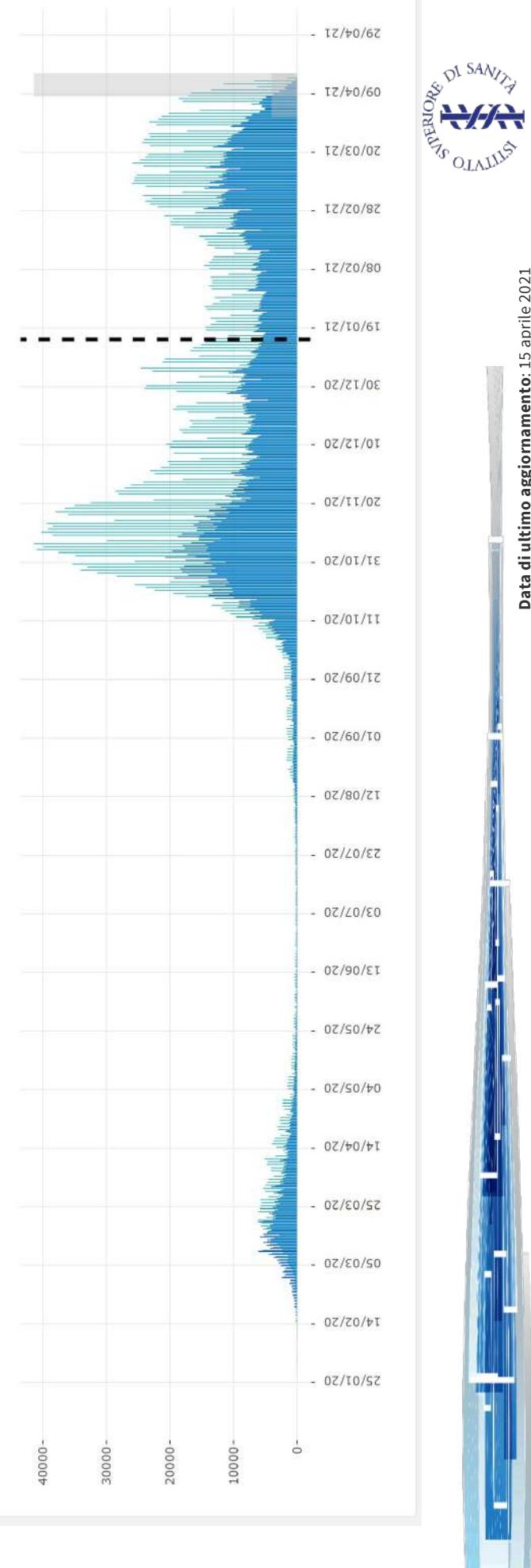
Casi notificati al sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia

3.783.201	130.950	47 anni	48,8% 51,2%	2.866.791
Casi***				

Curva epidemica dei casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo o diagnosi (verde) e per data di inizio dei sintomi (blu).

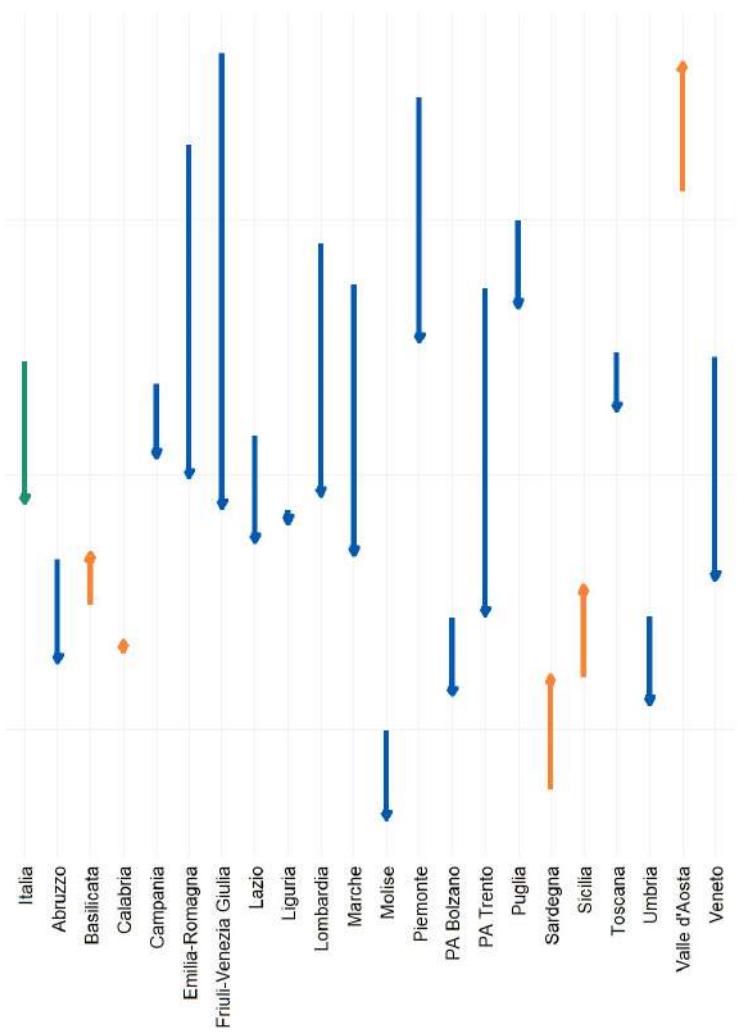
Nota: il numero dei casi riportato negli ultimi giorni (riquadri grigi) deve essere considerato provvisorio sia per possibili ritardi di segnalazione che di diagnosi.

■ Data inizio sintomi (casi sintomatici**) (1.821.927) ■ Data prelievo/diagnosi (3.780.102)



Data di ultimo aggiornamento: 15 aprile 2021

Casi in aumento in 5 Regioni/PPAA e nuovi casi presenti su tutto il territorio nazionale negli ultimi 14 giorni



CONFRONTO TRA IL NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE NEL PERIODO 29/3-11/4/2021 E 15 - 28/3/2021

: CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER COMUNE DI DOMICILIO/RESIDENZA
(COMUNI CON ALMENO UN CASO).



Data di ultimo aggiornamento: 14 aprile 2021

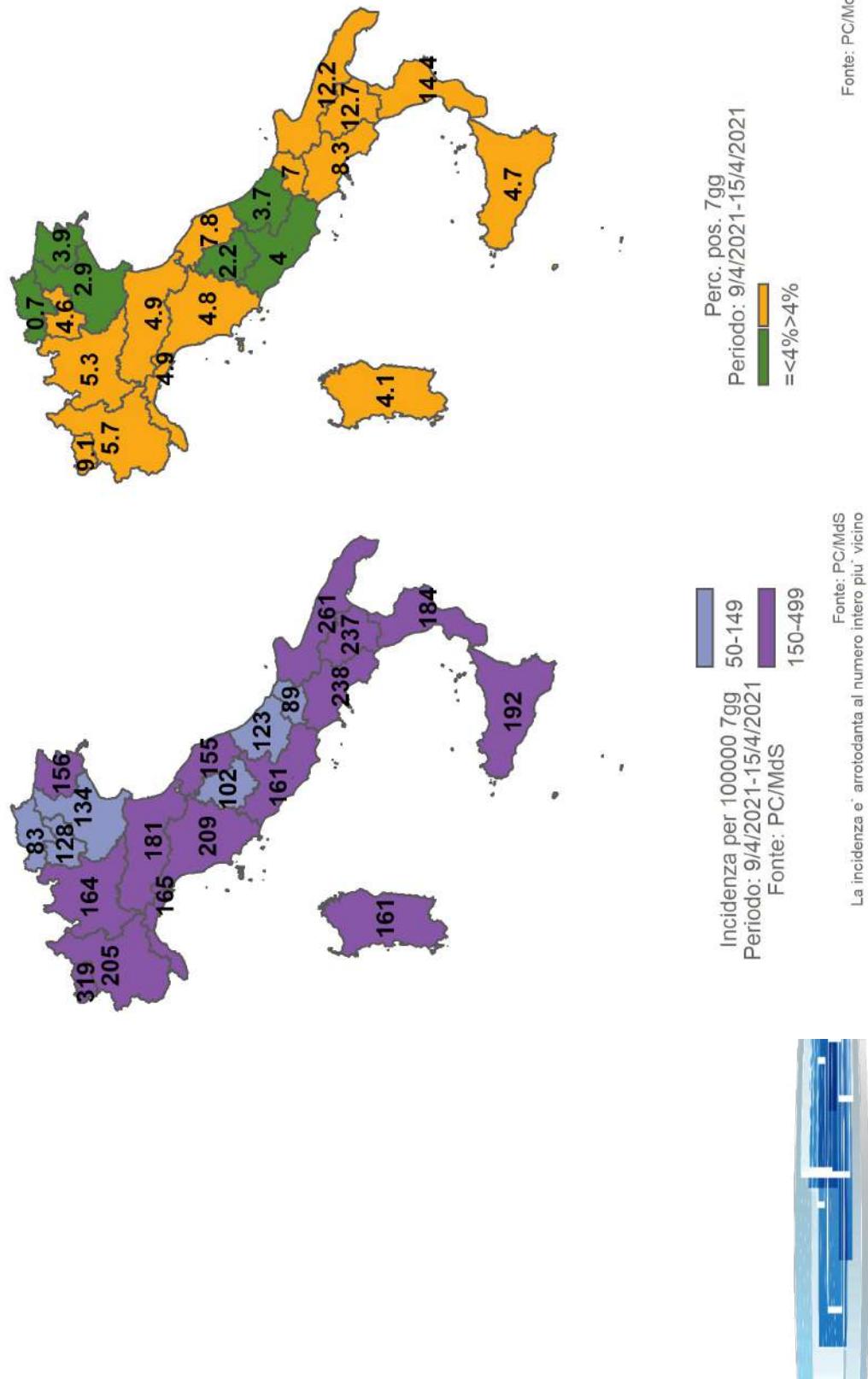
N. assoluto e incidenza (per 100.000 ab) dei casi di COVID-19 diagnostici dal 5-11/4 per Regione/PA, nel periodo 9-15/4, tamponi e % positività (FONTE MINISTERO DELLA SALUTE)

REGIONE/PA	N. CASI TRA IL 5-11/4 (FONTE ISS)	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB) 5-11/4	N. CASI TRA IL 9-15/4 (FONTE MINISTERO DELLA SALUTE)	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB) 9-15/4	TAMPONI 7GG 9-15/4 (FONTE MINISTERO DELLA SALUTE)	TAMPONI 7GG/100 000 POP	PERCENTUALE POSITIVITÀ
Abruzzo	1.457	112,60	10.422	123	42.538	3.287	3,7
Basilicata	1.037	187,44	4.619	237	10.289	1.860	12,7
Calabria	2.447	129,19	20.876	184	24.147	1.275	14,4
Campania	10.776	188,65	88.315	238	164.038	2.872	8,3
Emilia-Romagna	7.197	161,22	21.219	181	164.927	3.695	4,9
Friuli-Venezia Giulia	1.663	137,87	13.078	156	48.615	4.030	3,9
Lazio	8.749	152,01	123.326	161	229.660	3.990	4,0
Liguria	2.335	153,13	17.376	165	51.340	3.367	4,9
Lombardia	15.129	150,87	58.444	164	311.204	3.103	5,3
Marche	2.084	137,77	15.566	155	30.040	1.986	7,8
Molise	192	63,89	3.665	89	3.841	1.278	7,0
Piemonte	8.700	201,80	43.699	205	153.797	3.567	5,7
PA Bolzano	521	97,81	8.360	83	60.179	11.298	0,7
PA Trento	654	119,91	1.655	128	15.290	2.803	4,6
Puglia	8.769	221,81	24.555	261	84.563	2.139	12,2
Sardegna	1.635	101,45	26.089	161	63.881	3.964	4,1
Sicilia	7.639	156,69	67.105	192	200.558	4.114	4,7
Toscana	7.115	192,69	55.276	209	159.688	4.325	4,8
Umbria	891	102,39	4.535	102	41.328	4.749	2,2
Valle d'Aosta	357	285,52	1.276	319	4.373	3.497	9,1
Veneto	6.387	130,90	26.123	134	222.693	4.564	2,9
ITALIA	95.734	160,52	635.579	182	2.086.989	3.499	5,2



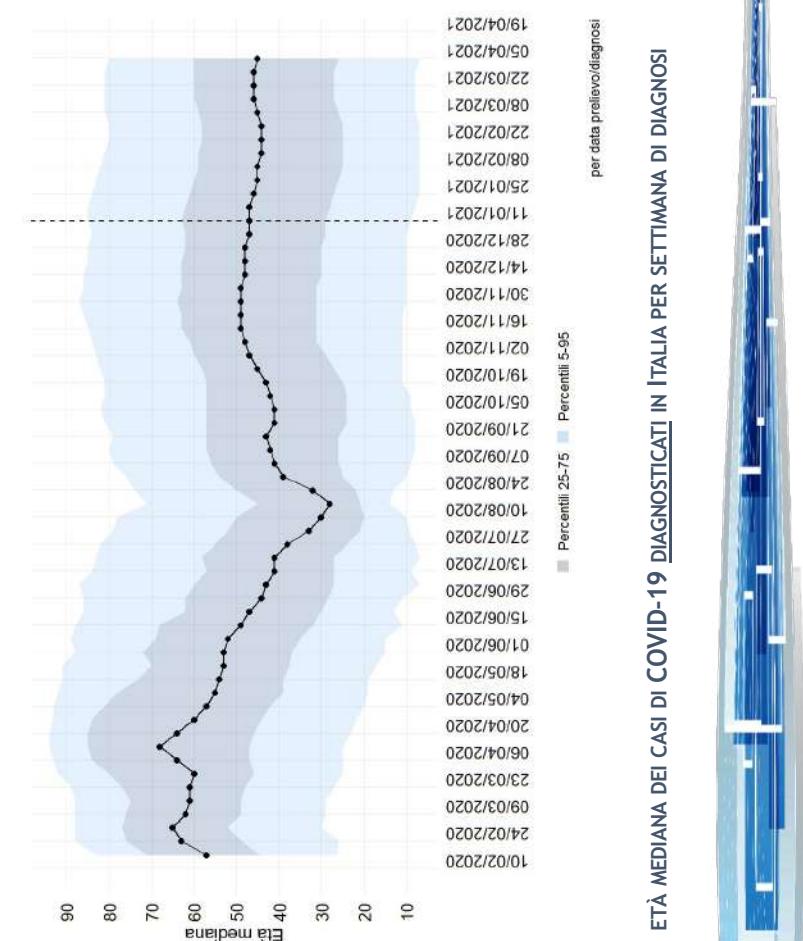
Data di ultimo aggiornamento: 15 aprile 2021

Incidenza per 100000 e percentuale positività 7gg nel periodo: 9/4/2021-15/4/2021 - Fonte: PC/MdS

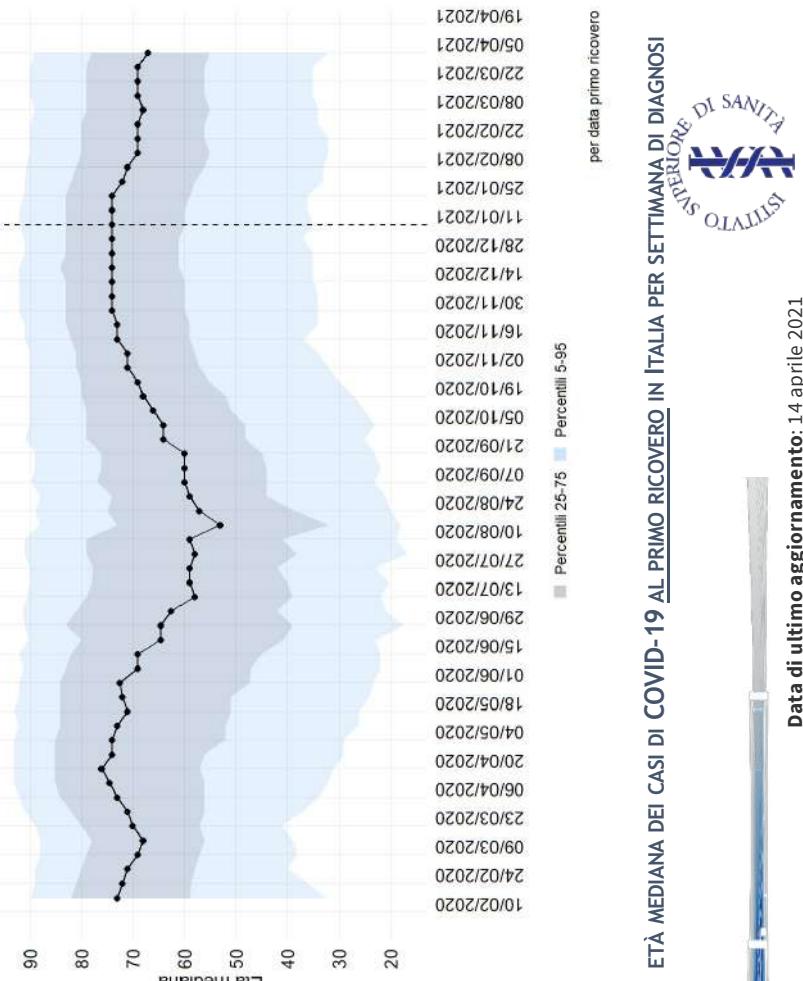


Caratteristiche della popolazione affetta

**Età mediana alla diagnosi in lieve diminuzione
(45 anni ultima settimana)**

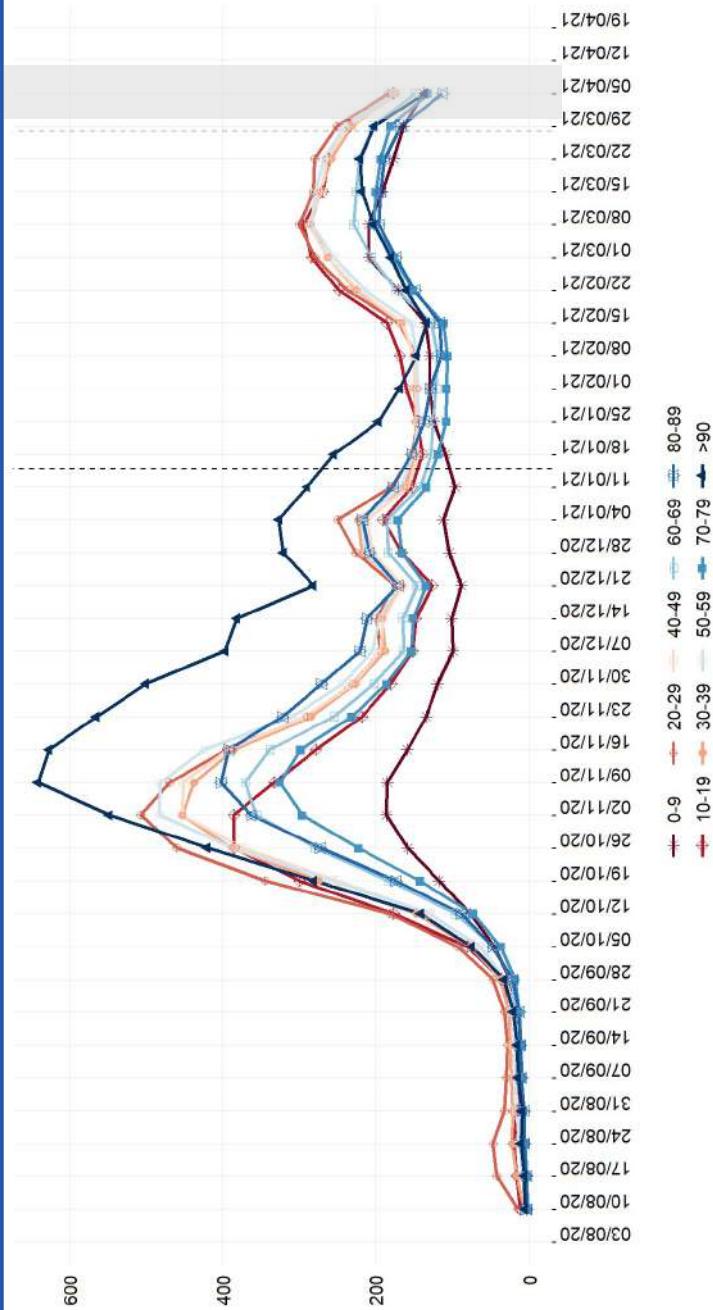


**Età mediana al primo recupero in diminuzione
(67 anni ultima settimana)**



Tasso d'incidenza per fascia d'età a livello nazionale (dall'inizio della seconda ondata dell'epidemia).

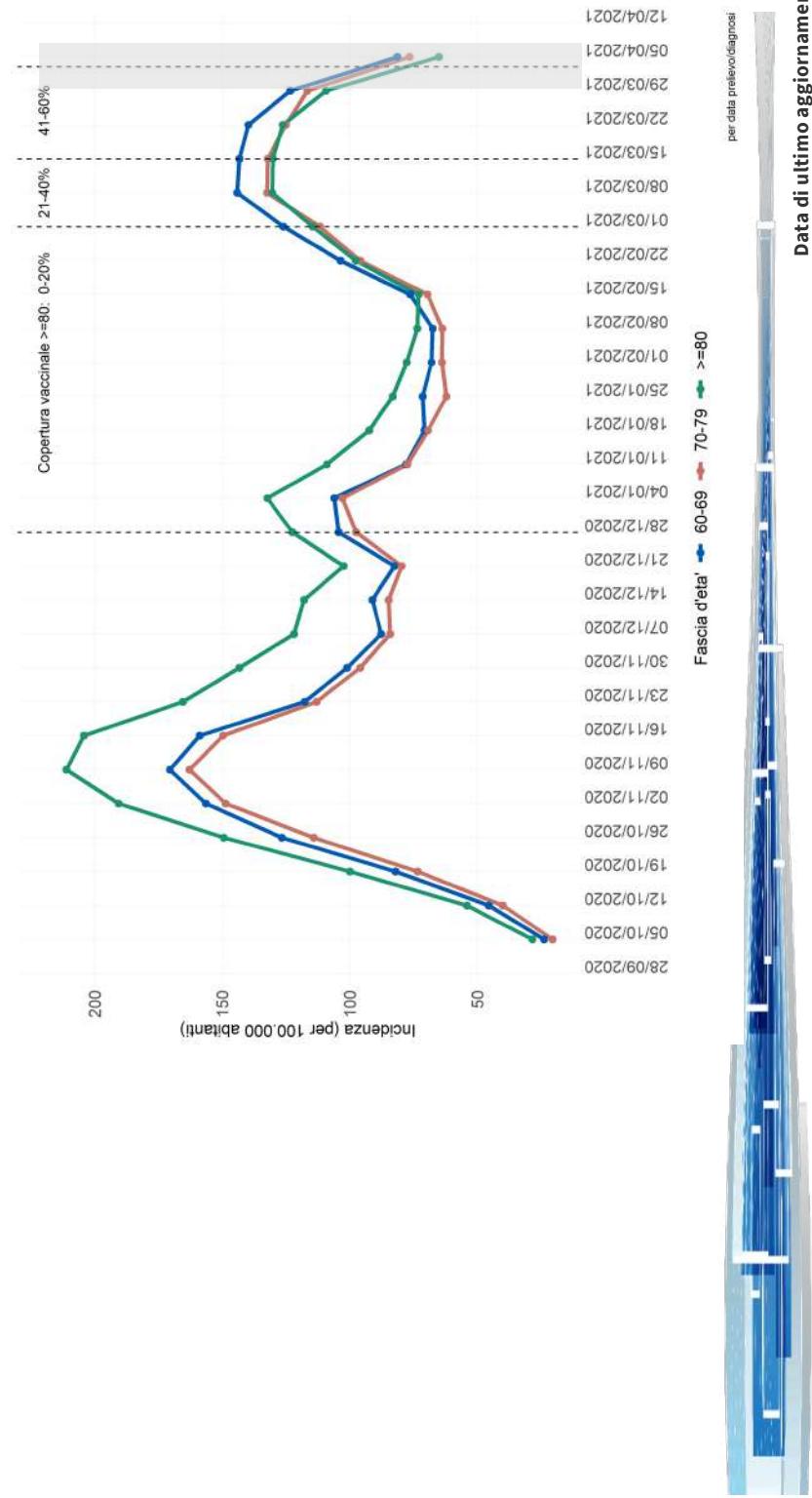
Incidenza in diminuzione nell'ultimo periodo in tutte le fasce d'età dopo un'importante aumento



Data di ultimo aggiornamento : 14 aprile 2021

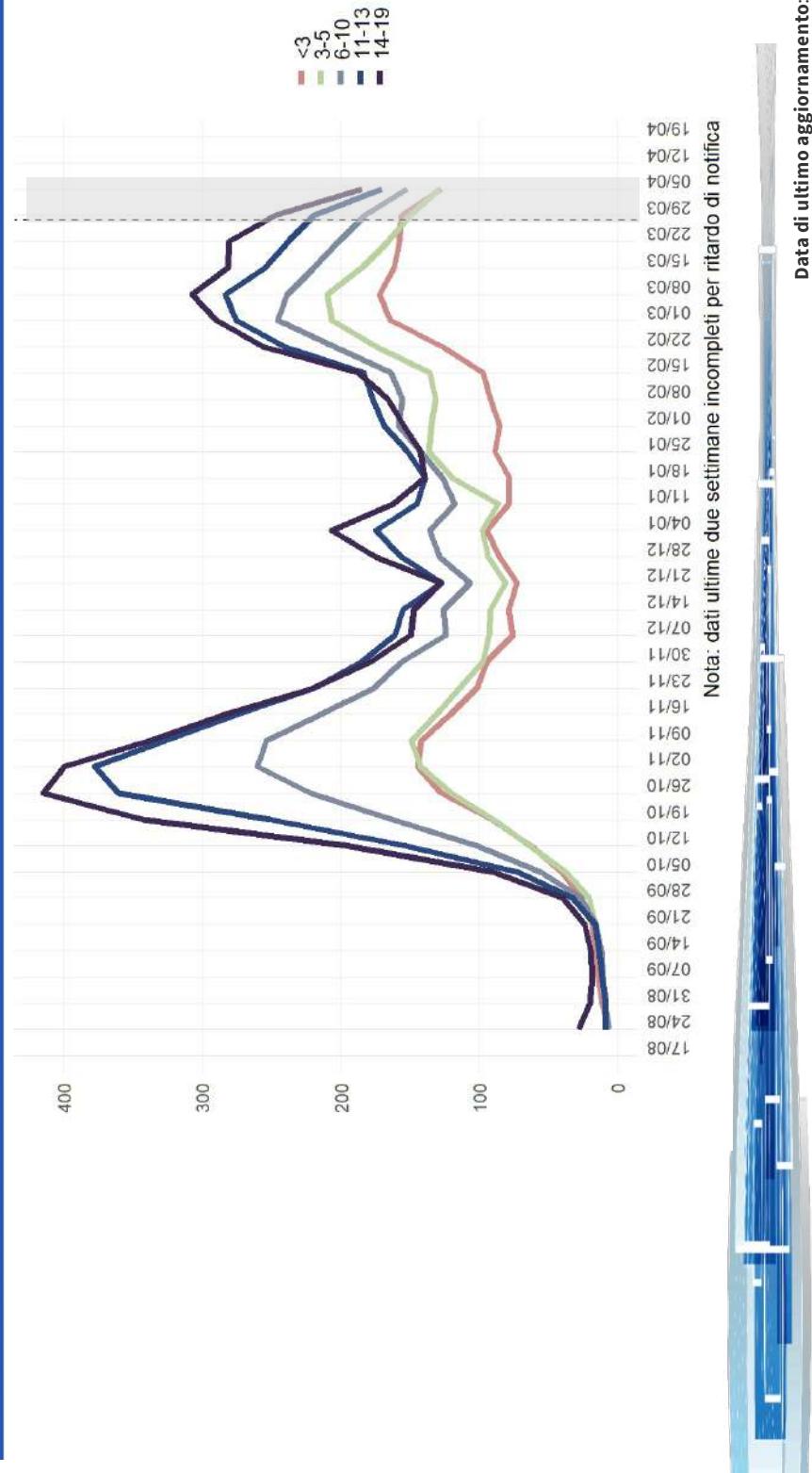
Tasso d'incidenza nazionale 60-69 anni vs 70-79 anni vs >=80 anni (a partire dal 24 agosto 2020)

Trend in calo per gli over 60 nelle ultime due settimane

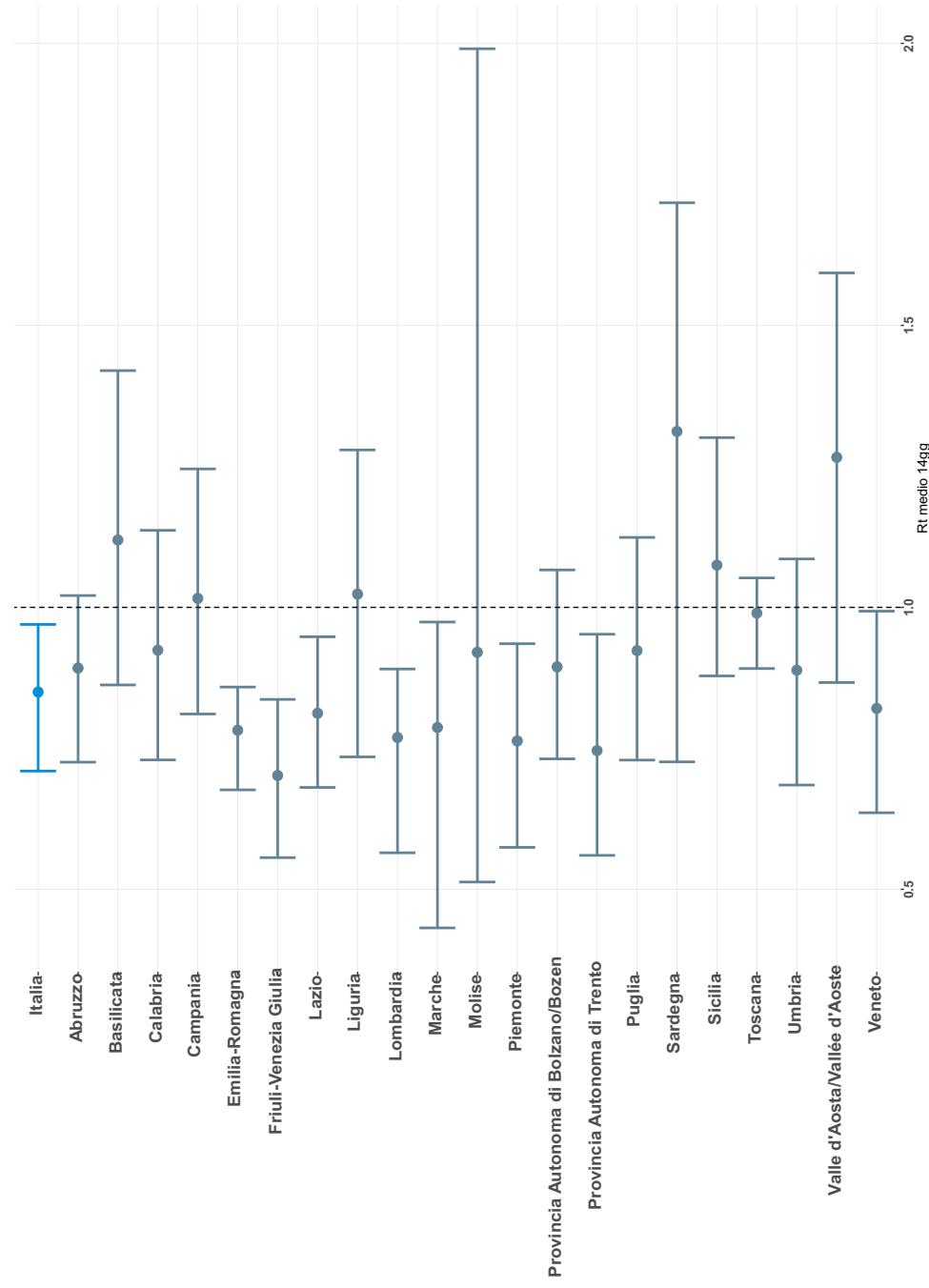


Tasso d'incidenza nazionale per fascia d'età popolazione in età scolare (a partire dal 24 agosto 2020)

Situazione in miglioramento nella popolazione di età 0-18 anni dopo un'importante aumento



Stima riepilogativa dell' $Rt\text{medio}14\text{gg}$ per regione basato su inizio sintomi dal 24/3/2021 – 6/04/2021, calcolato il 14/04/2021

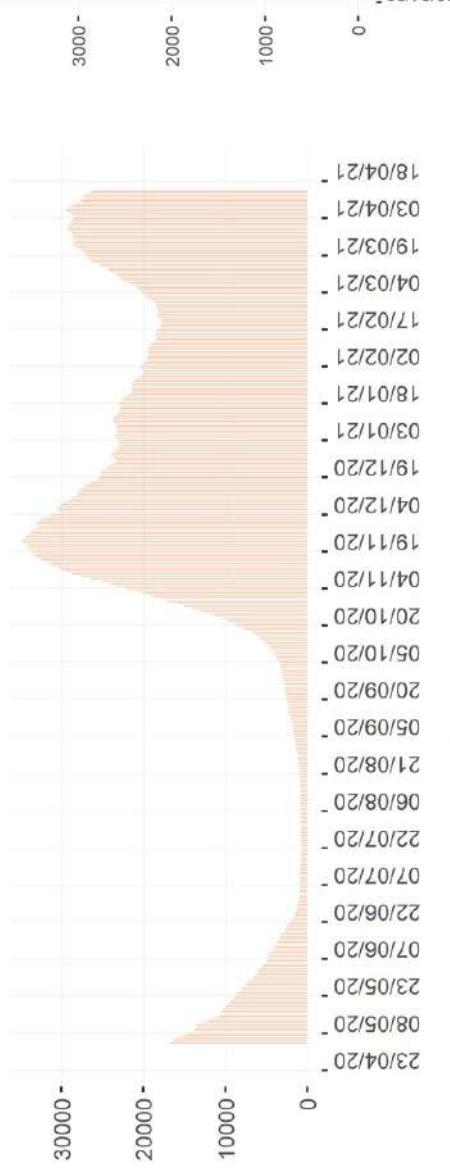


Ricoveri

Ricoveri in area medica e in terapia intensiva in diminuzione nell'ultima settimana

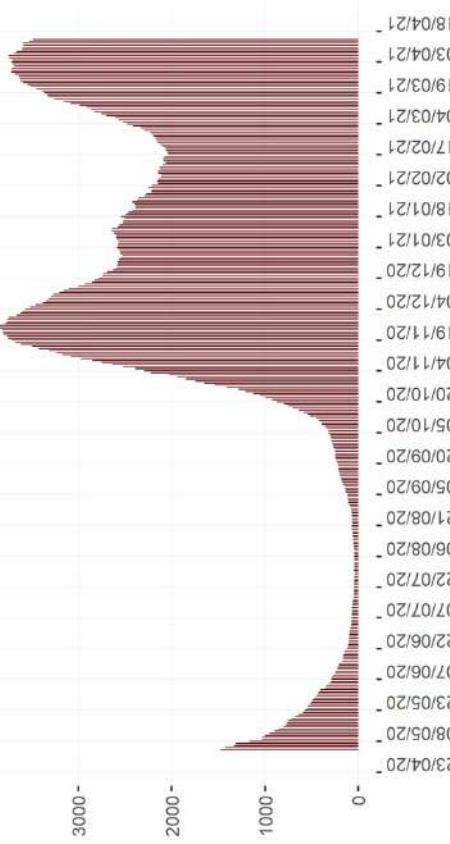
Ricoveri in Area Medica (Fonte: MinSal)

Numero di soggetti con infezione confermata da virus SARS-CoV-2
che risultano ricoverati con sintomi al giorno



Ricoveri in terapia intensiva

Numero di soggetti con infezione confermata da virus SARS-CoV-2
che risultano ricoverati in terapia intensiva al giorno



ricoverati con sintomi

terapia intensiva

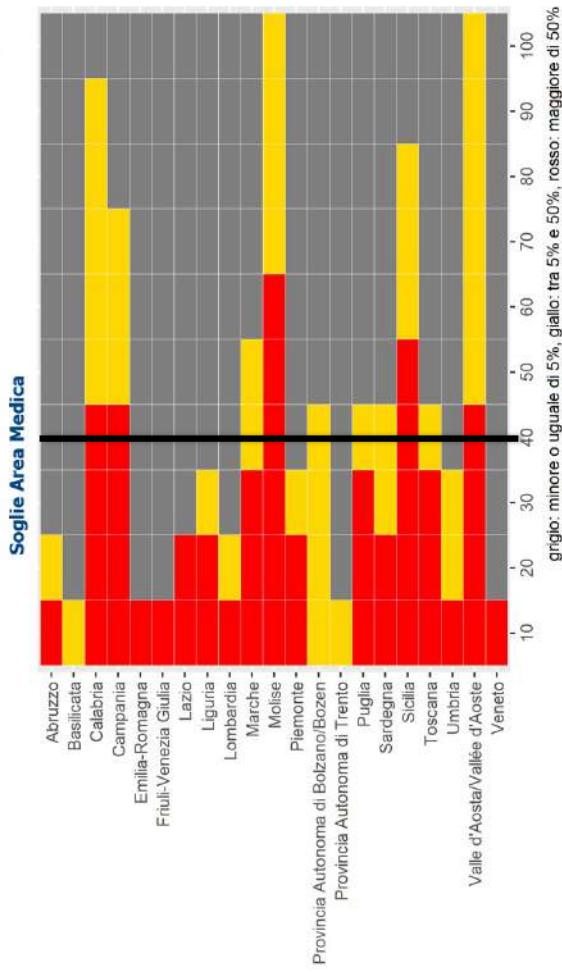


Data di ultimo aggiornamento: 13 aprile 2021

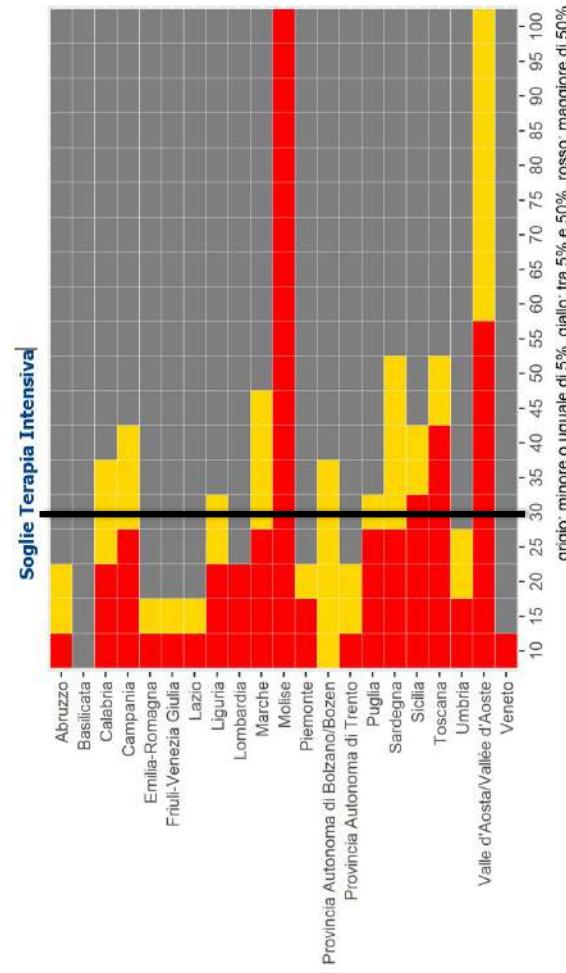
Proiezioni dell'occupazione dei posti letto a 30 giorni

% di probabilità di superamento delle soglie critiche di occupazione in area medica e terapia intensiva al 07/05/2021 se si mantiene invariata la trasmissibilità (tenendo conto dei PL attivabili nel periodo della stima)

Soglie Area Medica



Soglie Terapia Intensiva



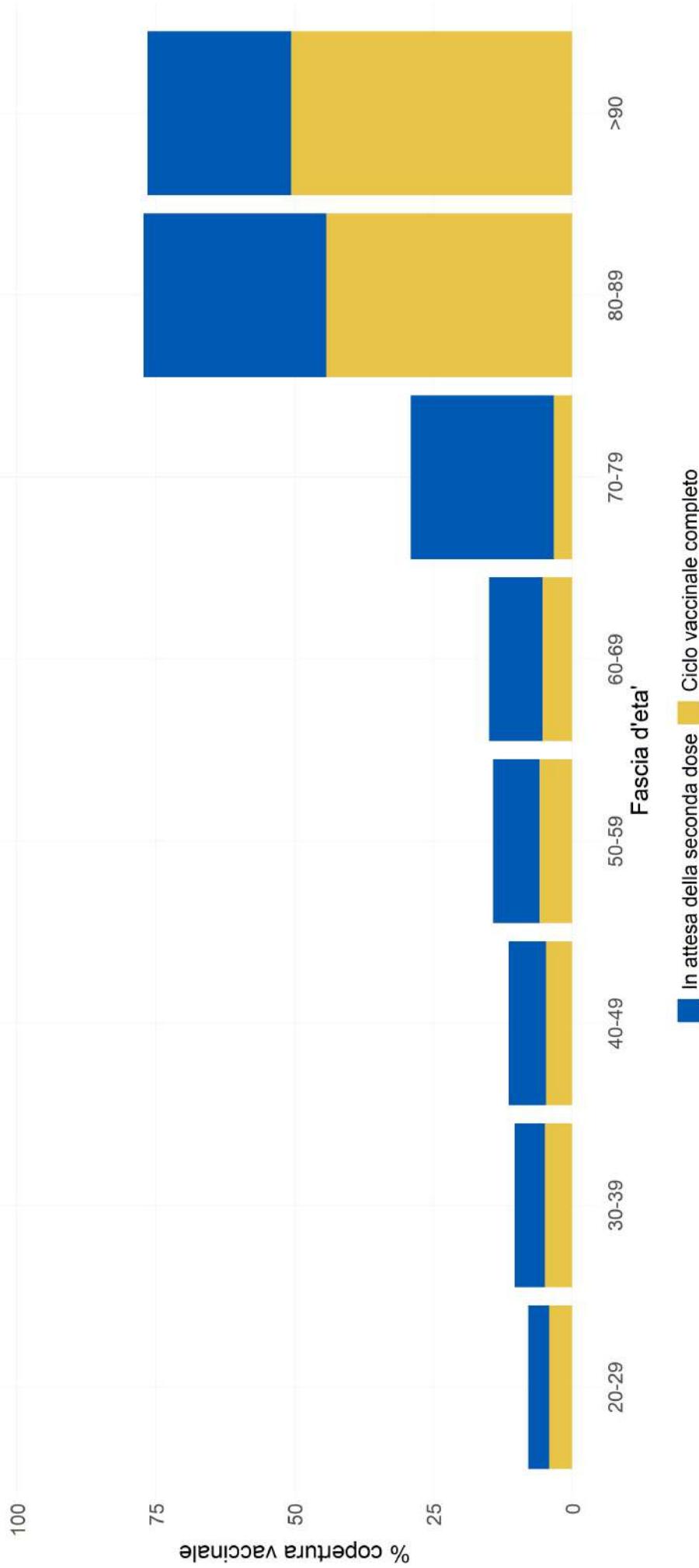
Data di ultimo aggiornamento: 14 aprile 2021



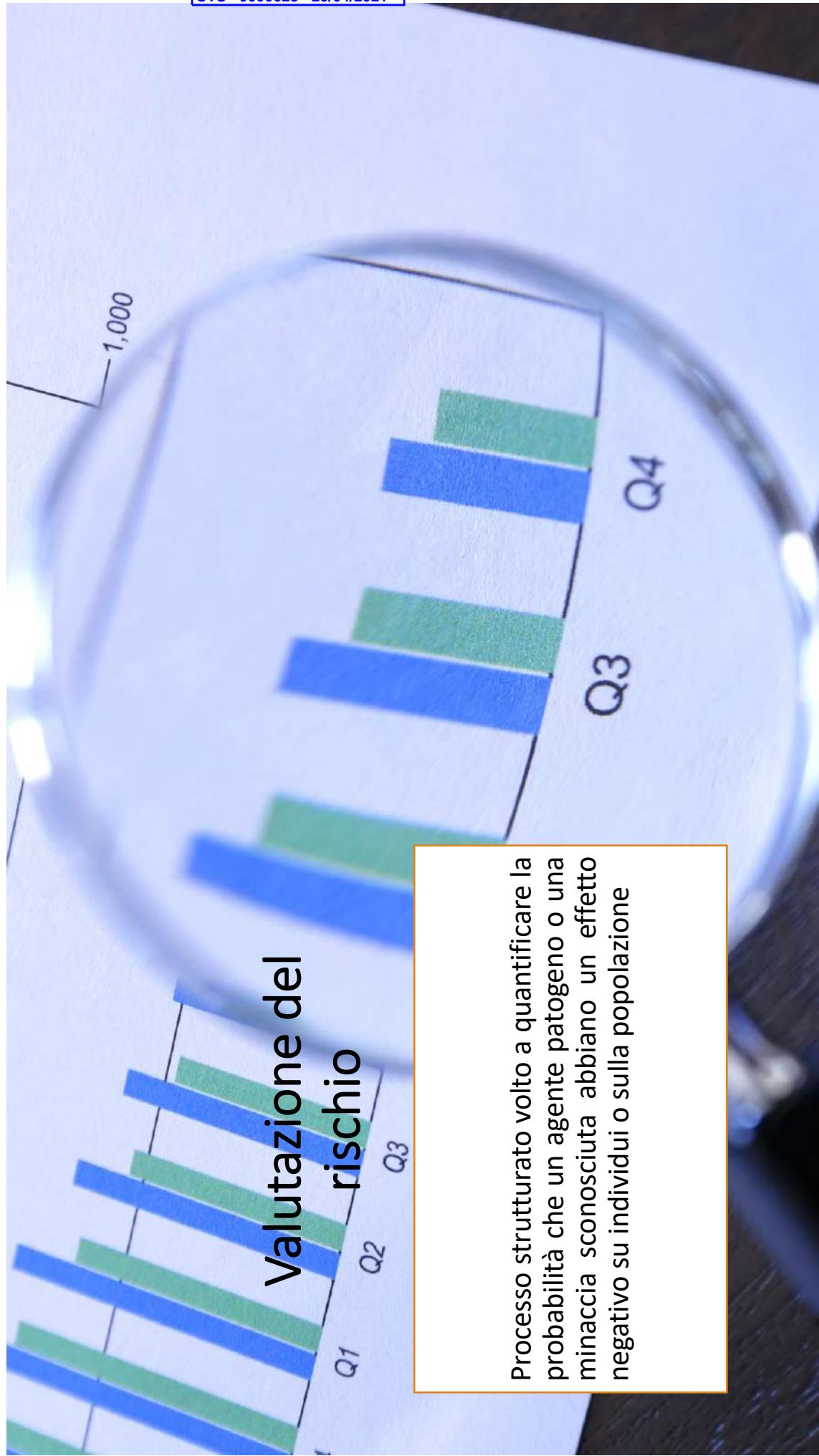
Vaccinazioni somministrate al 7/04/2021

<https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>

Percentuale copertura vaccinale



Data di ultimo aggiornamento: 15 aprile 2021



Appendice - Tabella 1 – Quadro sintetico con i principali indicatori del monitoraggio e compatibilità con gli Rt puntuali con gli scenari ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", dati al 14 aprile 2021 relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021

Regione.PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 31/03/2021)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
Abruzzo	1457	-22.6	-128	0.97 (CI: 0.87-0.97)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa
Basilicata	1037	20.2	-3	1.08 (CI: 0.92-1.24)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra a 10%	1	Moderata
Calabria	2447	2.7	11	0.9 (CI: 0.83-0.98)	No	Moderata	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	1	Alta
Campania	10776	-12.4	-378	1 (CI: 0.96-1.03)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa
Emilia-Romagna	7197	-32.1	32	0.78 (CI: 0.77-0.8)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata
FVG	1663	-42.8	-447	0.72 (CI: 0.69-0.75)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata
Lazio	8749	-23.7	-206	0.79 (CI: 0.78-0.81)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata
Liguria	2335	-23.1	-89	1 (CI: 0.96-1.04)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata
Lombardia	15129	-35.3	-1578	0.78 (CI: 0.78-0.8)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata
Marche	2084	-31.1	-13	0.9 (CI: 0.83-0.96)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata
Molise	192	-4.5	-2	0.79 (CI: 0.51-1.11)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata ad alta probabilità di progressione
Piemonte	8700	-33.5	-964	0.75 (CI: 0.73-0.77)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata
PA Bolzano/Bozen	521	-25.1	-8	0.87 (CI: 0.79-0.96)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa
PA Trento	654	-35.8	-19	0.69 (CI: 0.63-0.75)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata
Puglia	8769	-26.7	-101	0.89 (CI: 0.88-0.91)	No	Bassa	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	1	Moderata
Sardegna	1635	-26.0	219	1.38 (CI: 1.29-1.45)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	3	Moderata

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
 Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 0000025 20/04/2021

Regione.PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 31/03/2021)	Dichiara trasmisone non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Casi (Fonte ISS)	Focali							
Sicilia	7639	6.6	-28	1.03 (CI: 1-1.07)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 non valutabile	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
Toscana	7115	-28.8	-130	1.01 (CI: 0.98-1.03)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata ad alta probabilità di progressione
Umbria	891	-11.9	-82	0.84 (CI: 0.78-0.9)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata
V.d'Aosta/V. d'Aoste	557	-35.0	-15	1.26 (CI: 1.15-1.38)	No	Bassa	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
Veneto	6387	-34.5	-1071	0.81 (CI: 0.79-0.83)	No	Bassa	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	1	Bassa

A: Provincia Autonoma; gg: giorni
 ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale

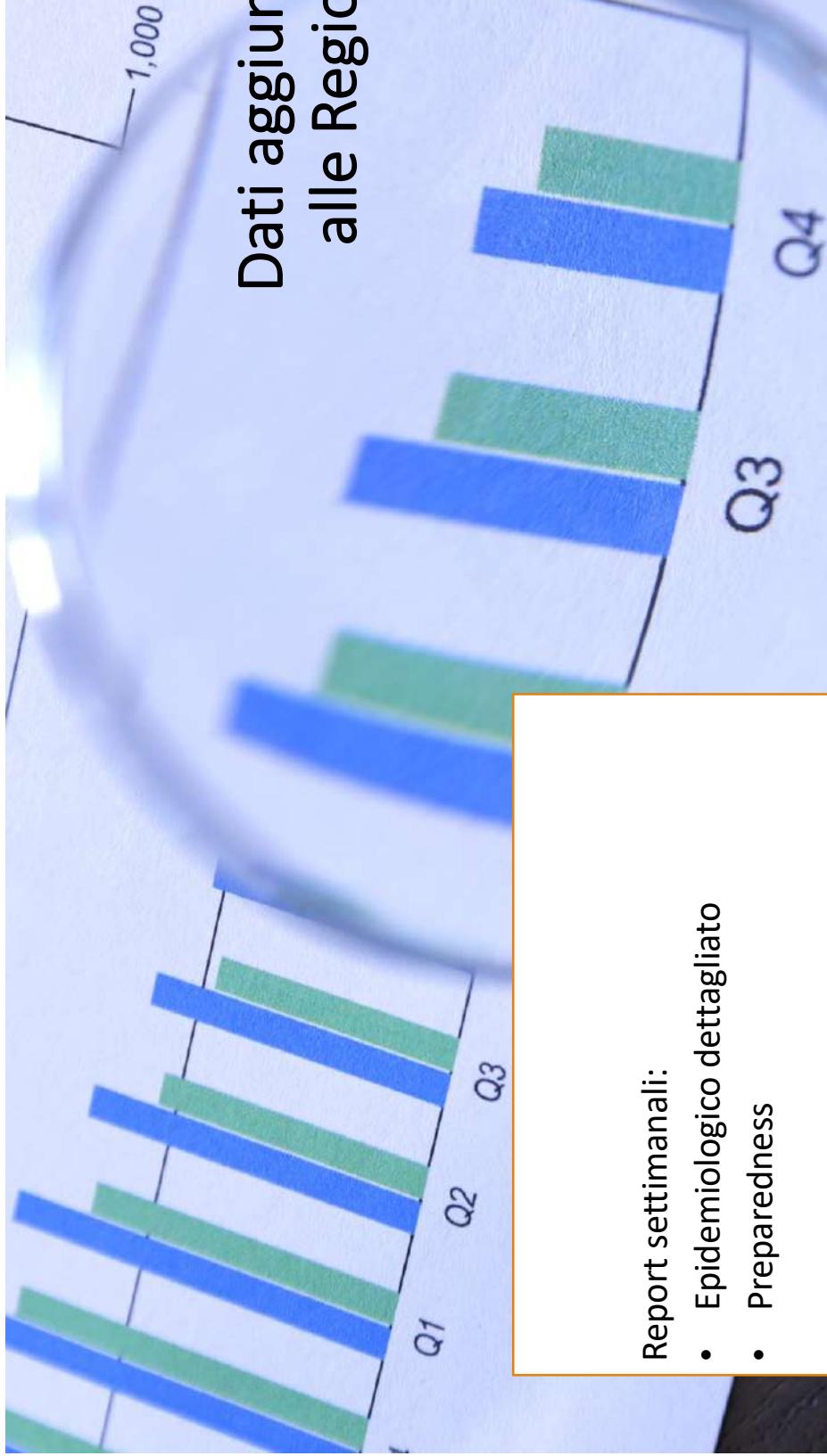
Headline della Cabina di Regia (16 aprile 2021)

Si conferma la criticità del sovraccarico diffuso dei servizi assistenziali con un tasso di occupazione a livello nazionale al sopra della soglia critica sia in terapia intensiva (39%) che in area medica (41%).

L'incidenza è in lenta diminuzione e ancora troppo elevata per consentire sull'intero territorio nazionale una gestione basata sul contenimento ovvero sull'identificazione dei casi e sul tracciamento dei loro contatti. Di conseguenza, è necessario ridurre rapidamente il numero di casi anche con misure di mitigazione volte a ridurre la possibilità di aggregazione interpersonale.

La ormai prevalente circolazione in Italia di una variante virale caratterizzata da una trasmissibilità notevolmente maggiore impone un approccio di particolare cautela e gradualità nella gestione dell'epidemia.

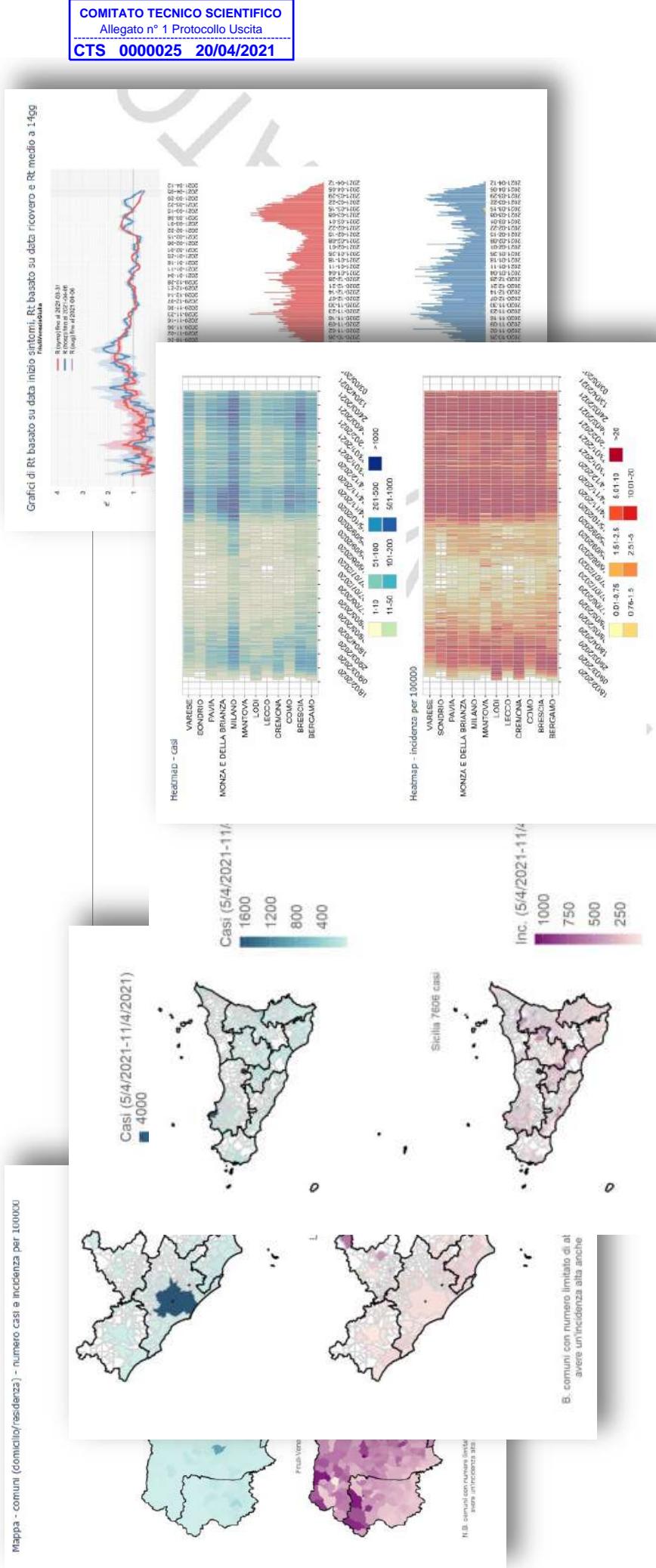
Dati aggiuntivi forniti alle Regioni/PPAA



Report settimanali:

- Epidemiologico dettagliato
- Preparedness

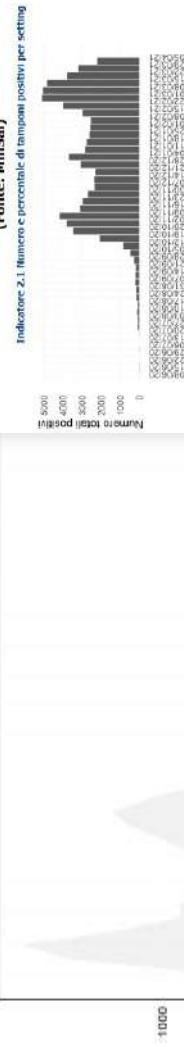
Report Epidemiologici dettagliati



Report Preparedness con un focus sui servizi sanitari

Indicatori di resilienza delle attività' di accertamento diagnostico

Tamponi positivi per setting e tempo tra sintomi e prelievo/diagnosi (Fonte: MinSal)



Grazie



Ministero della Salute



Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità
Cabina di Regia ai sensi del DM Salute 30 aprile 2020

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 48 Sintesi nazionale

Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020)
Dati relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021
(aggiornati al 14/4/2021)



Ministero della Salute



Aggiornamento 14 aprile 2021 - Periodo di riferimento: 5/4/2021-11/4/2021

Headline della settimana:

Si conferma la criticità del sovraccarico diffuso dei servizi assistenziali con un tasso di occupazione a livello nazionale al sopra della soglia critica sia in terapia intensiva (39%) che in area medica (41%).

L'incidenza è in lenta diminuzione e ancora troppo elevata per consentire sull'intero territorio nazionale una gestione basata sul contenimento ovvero sull'identificazione dei casi e sul tracciamento dei loro contatti. Di conseguenza, è necessario ridurre rapidamente il numero di casi anche con misure di mitigazione volte a ridurre la possibilità di aggregazione interpersonale.

La ormai prevalente circolazione in Italia di una variante virale caratterizzata da una trasmissibilità notevolmente maggiore impone un approccio di particolare cautela e gradualità nella gestione dell'epidemia.



Ministero della Salute

Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 5 aprile – 11 aprile 2021. Per i tempi che intercorrono tra l'esposizione al patogeno e lo sviluppo di sintomi e tra questi e la diagnosi e successiva notifica, verosimilmente molti dei casi notificati in questa settimana hanno contratto l'infezione nella terza decade di marzo.
- **Questa settimana si osserva ancora una diminuzione della incidenza settimanale** (160,5 per 100.000 abitanti (05/04/2021-11/04/2021) vs 210,8 per 100.000 abitanti (29/03/2021-04/04/2021), dati flusso ISS). La diminuzione di incidenza, influenzata dal basso numero dei tamponi effettuati nel periodo delle festività pasquali, va interpretata con cautela. Complessivamente, l'incidenza resta elevata e ancora ben lontana da livelli (50 per 100.000) che permetterebbero il completo ripristino sull'intero territorio nazionale dell'identificazione dei casi e tracciamento dei loro contatti.
- Nel periodo 24 marzo – 06 aprile 2021, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a **0,85 (range 0,71– 0,97)**, in **diminuzione rispetto alla settimana precedente e sotto l'uno anche nel limite superiore**. Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell'Rt riportato si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/id/5477037).
- **Si osserva una diminuzione del livello generale del rischio**, con una Regione (Calabria) che ha un livello di rischio alto secondo il DM del 30 Aprile 2020. Sedici Regioni/PPAA hanno una classificazione di rischio moderato (di cui quattro ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane) e tre Regioni (Abruzzo, Campania, Veneto) e una Provincia Autonoma (Bolzano) che hanno una classificazione di rischio basso. Cinque Regioni/PPAA (vs otto la settimana precedente) hanno un Rt puntuale maggiore di uno. Tra queste, una Regione (Sardegna) ha una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 3. Due Regioni (Sicilia e Valle d'Aosta) hanno una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 2. Le altre Regioni/PPAA hanno una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo uno.
- **Rimane alto, il numero di Regioni/PPAA che hanno un tasso di occupazione in terapia intensiva e/o aree mediche sopra la soglia critica** (14 Regioni/PPAA vs 15 della settimana precedente). Il tasso di occupazione in terapia intensiva a livello nazionale è sopra la soglia critica (39%), anche se il numero di persone ricoverate in **terapia intensiva è in diminuzione** da 3.743 (06/04/2021) a 3.526 (13/04/2021). Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale è anche sopra la soglia critica (41%) ma in diminuzione. Il numero di persone ricoverate in queste aree passa da 29.337 (06/04/2021) a 26.952 (13/04/2021).
- **Quindici Regioni/PPAA non hanno riportato allerte di resilienza**. Una Regione (Calabria) ha riportato molteplici allerte.
- **Si osserva una forte diminuzione nel numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione** (32.921 vs 46.302 la settimana precedente). La percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti è in aumento (37,0% vs 34,9% la scorsa settimana). È, invece, in lieve diminuzione il numero di casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi (38,1% vs 39,6%). Infine, il 24,9% è stato diagnosticato attraverso attività di screening.



Ministero della Salute

Conclusioni:

- Si conferma anche questa settimana il sovraccarico dei servizi ospedalieri.
- L'indice di trasmissibilità Rt calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 0,85 (range 0,71– 0,97), in diminuzione rispetto alla settimana precedente e sotto l'uno anche nel limite superiore. Cinque Regioni/PPAA hanno un Rt puntuale maggiore di uno. Tra queste, una Regione (Sardegna) ha una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 3. Due Regioni (Sicilia e Valle d'Aosta) hanno una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 2
- L'incidenza è in lenta diminuzione ma ancora molto elevata per consentire sull'intero territorio nazionale una gestione basata sul contenimento ovvero sull'identificazione dei casi e sul tracciamento dei loro contatti. Di conseguenza, è necessario ridurre rapidamente il numero di casi anche con misure di mitigazione volte a ridurre la possibilità di aggregazione interpersonale. L'ampia diffusione di alcune varianti virali a maggiore trasmissibilità richiede l'applicazione delle misure utili al contenimento del contagio.
- È fondamentale che la popolazione eviti tutte le occasioni di contatto con persone al di fuori del proprio nucleo abitativo che non siano strettamente necessarie. Si ricorda che è obbligatorio adottare comportamenti individuali rigorosi e rispettare le misure igienico-sanitarie predisposte relative a distanziamento e uso corretto delle mascherine. Si ribadisce la necessità di rispettare le misure raccomandate dalle autorità sanitarie compresi i provvedimenti quarantenari dei contatti stretti dei casi accertati e di isolamento dei casi stessi.



Ministero della Salute



Sommario

Aggiornamento 14 aprile 2021 - Periodo di riferimento: 5/4/2021-11/4/2021.....	2
Punti chiave:	3
Conclusioni:	4
1. Valutazione del rischio	7
Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento.....	8
Algoritmo di valutazione di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento.....	10
Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto.....	12
2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio	14
Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:	17
Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione.....	19
Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti.....	23



Ministero della Salute

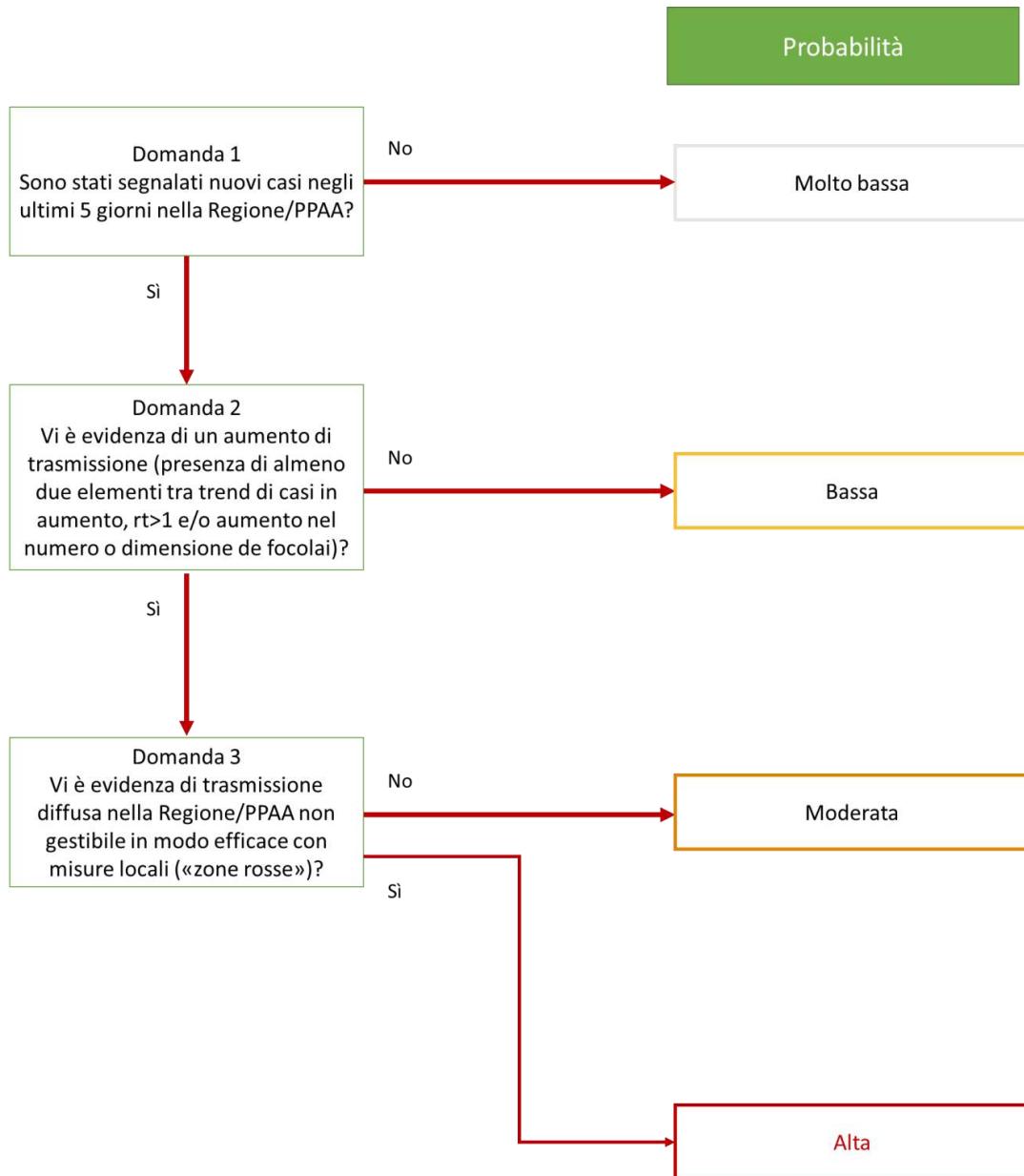
1. Valutazione del rischio



Ministero della Salute

Valutazione del rischio - Valutazione di probabilità di diffusione

Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento





Ministero della Salute

Tabella 1 - Valutazione della probabilità di diffusione d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile 2020, dati al 14 aprile 2021 relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021

Regione.PA	Completezza dei dati sopra-soglia (appendice-tabella 2)?	Domanda 1	Domanda 2				Domanda 3	Valutazione della probabilità
		Nuovi casi segnalati negli ultimi 5 giorni?	Trend di casi (Ind3.1)	Trend di casi (Ind3.4)	Rt puntuale sopra uno?	Trend focolai	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)?*	
Abruzzo	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Basilicata	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↓	No	Moderata
Calabria	Sì	Sì	↓	↑	No	↑	No	Moderata
Campania	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Emilia-Romagna	Sì	Sì	↓	↓	No	↑	No	Bassa
FVG	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Lazio	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Liguria	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Lombardia	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Marche	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Molise	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Piemonte	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
PA Bolzano/Bozen	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
PA Trento	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Puglia	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
Sardegna	Sì	Sì	↓	↓	Sì	↑	No	Moderata
Sicilia	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↓	No	Moderata
Toscana	Sì	Sì	↓	↓	Sì	↓	No	Bassa
Umbria	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Sì	Sì	↓	↓	Sì	↓	No	Bassa
Veneto	Sì	Sì	↓	↓	No	↓	No	Bassa

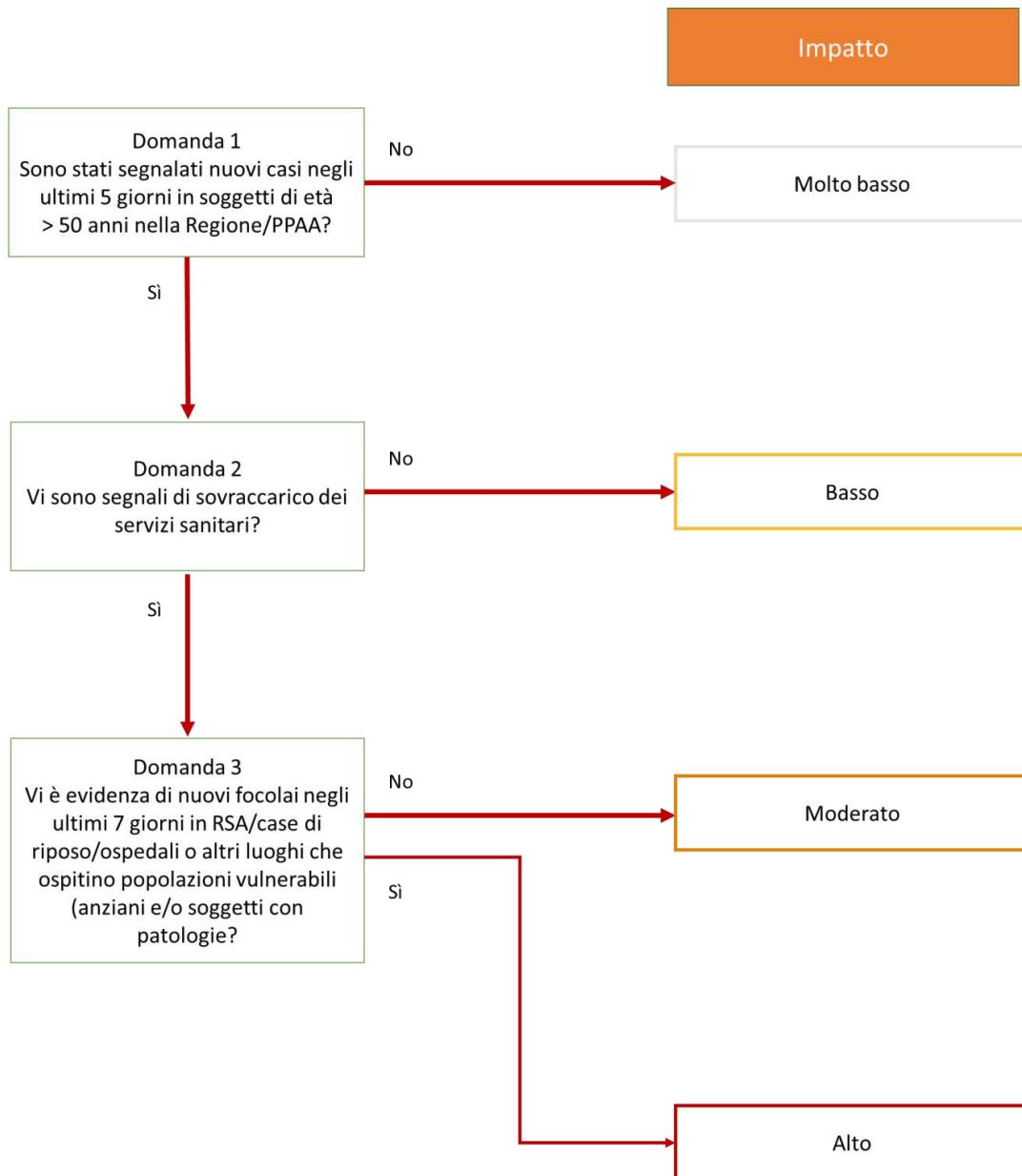
* elemento considerato come allerta di resilienza ai sensi dell'articolo 30 comma 1 del DL n. 149 del 9 novembre 2020



Ministero della Salute

Valutazione del rischio - Valutazione di impatto

Algoritmo di valutazione di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento





Ministero della Salute



Tabella 2 – Valutazione di impatto d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile, dati al 14 aprile 2021 relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021

Regione.PA	Domanda 1	Domanda 2 (dati più recenti disponibili*)		Domanda 3	Valutazione di impatto
	Nuovi casi segnalati negli ultimi 5 giorni in soggetti di età >50 anni?	Sovraccarico in Terapia Intensiva (Ind3.8 sopra 30%)?	Sovraccarico in aree mediche (Ind3.9 sopra 40%)?	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitino popolazioni vulnerabili (anziani e/o soggetti con patologie)?	
Abruzzo	Sì	No	No	-	Bassa
Basilicata	Sì	No	No	-	Bassa
Calabria	Sì	No	Sì	Sì	Alta
Campania	Sì	No	No	-	Bassa
Emilia-Romagna	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
FVG	Sì	Sì	No	Sì	Alta
Lazio	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Liguria	Sì	Sì	No	Sì	Alta
Lombardia	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Marche	Sì	Sì	Sì	No	Moderata
Molise	Sì	Sì	No	No	Moderata
Piemonte	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
PA Bolzano/Bozen	Sì	No	No	-	Bassa
PA Trento	Sì	Sì	No	Sì	Alta
Puglia	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Sardegna	Sì	No	No	-	Bassa
Sicilia	Sì	No	No	-	Bassa
Toscana	Sì	Sì	No	Sì	Alta
Umbria	Sì	Sì	No	No	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Sì	Sì	No	Sì	Alta
Veneto	Sì	No	No	-	Bassa

*aggiornato al 13/04/2021

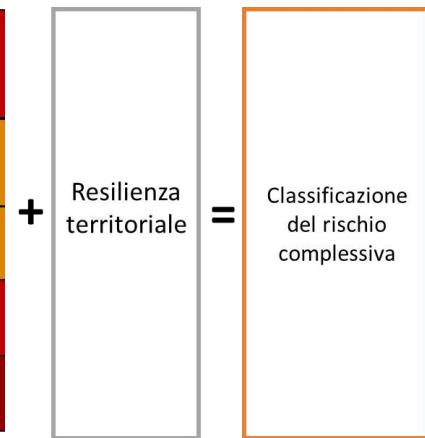


Ministero della Salute

Valutazione del rischio - Classificazione complessiva di rischio

Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto

Probabilità Impatto \	Molto Bassa	Bassa	Moderata	Alta
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato
Basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato
Moderato	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto
Alto	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Molto Alto



Note: Come segnalato nel DM Salute 30 aprile 2020: " Qualora gli indicatori non opzionali di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione [Tabella 3] dei contatti non siano valutabili o diano molteplici segnali di allerta, il rischio così calcolato dovrà essere rivalutato al livello di rischio immediatamente superiore."

NB Poiché ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale" e della legislazione corrente, le misure di risposta non differiscono per la classificazione di rischio "bassa" e "molto bassa" e per la classificazione di rischio "alta" e "molto alta", tale distinzione non viene riportata in questa relazione.



Tabella 3 – Valutazione complessiva di rischio d'accordo alla matrice di rischio del DM Salute 30 aprile e sulla probabilità di raggiungere le soglie critiche di occupazione dei PL in area medica e terapia intensiva nei prossimi 30 giorni, dati al 14 aprile 2021 relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021

Regione.PA	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 3)	Probabilità di una escalation nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 14/05/2021 della probabilità di superare le soglie di occupazione dei PL)		Classificazione complessiva del rischio
				% probabilità raggiungere occupazione TI 30%	% probabilità raggiungere occupazione aree mediche 40%	
Abruzzo	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa
Basilicata	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Calabria	Moderata	Alta	Sì	da 5 a 50%	>50%	Alta
Campania	Bassa	Bassa	No	da 5 a 50%	>50%	Bassa ad alta probabilità di progressione
Emilia-Romagna	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
FVG	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Lazio	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Liguria	Bassa	Alta	No	da 5 a 50%	<5%	Moderata
Lombardia	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Marche	Bassa	Moderata	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Molise	Bassa	Moderata	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Piemonte	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
PA Bolzano/Bozen	Bassa	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Bassa
PA Trento	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Puglia	Bassa	Alta	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Sardegna	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Sicilia	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Toscana	Bassa	Alta	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Umbria	Bassa	Moderata	No	<5%	<5%	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Bassa	Alta	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Veneto	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa



2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio



Appendice - Tabella 1 – Quadro sintetico con i principali indicatori del monitoraggio e compatibilità con gli Rt puntuali con gli scenari ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", dati al 14 aprile 2021 relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021

Regione PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19	Casi (Fonte ISS)	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 31/03/2021)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
Abruzzo	1457	-22.6	-128	0.92 (CI: 0.87-0.97)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa	No
Basilicata	1037	20.2	-3	1.08 (CI: 0.92-1.24)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	1	Moderata	No
Calabria	2447	2.7	11	0.9 (CI: 0.83-0.98)	No	Moderata	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	1	Alta	No
Campania	10776	-12.4	-378	1 (CI: 0.96-1.03)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa ad alta probabilità di progressione	No
Emilia-Romagna	7197	-32.1	32	0.78 (CI: 0.77-0.8)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
FVG	1663	-42.8	-447	0.72 (CI: 0.69-0.75)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Lazio	8749	-23.7	-206	0.79 (CI: 0.78-0.81)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Liguria	2335	-23.1	-89	1 (CI: 0.96-1.04)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Lombardia	15129	-35.3	-1578	0.78 (CI: 0.78-0.8)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Marche	2084	-31.1	-13	0.9 (CI: 0.83-0.96)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Molise	192	-4.5	-2	0.79 (CI: 0.51-1.11)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Piemonte	8700	-33.5	-964	0.75 (CI: 0.73-0.77)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
PA Bolzano/Bozen	521	-25.1	-8	0.87 (CI: 0.79-0.96)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa	No
PA Trento	654	-35.8	-19	0.69 (CI: 0.63-0.75)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Puglia	8769	-26.7	-101	0.89 (CI: 0.88-0.91)	No	Bassa	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	1	Moderata	No
Sardegna	1635	-26.0	219	1.38 (CI: 1.29-1.45)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	3	Moderata	No



Regione/PA	Trend settimanale COVID-19	Nuovi casi segnalati nella settimana (Fonte ISS)	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 31/03/2021) Focolai	Dichiara trasmisone non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
Sicilia	7639	6.6	-28	1.03 (CI: 1-1.07)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 non valutabile	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
Toscana	7115	-28.8	-130	1.01 (CI: 0.98-1.03)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata ad alta probabilità di progressione
Umbria	891	-11.9	-82	0.84 (CI: 0.78-0.9)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata
V.d'Aosta)/V. d'Aoste	357	-35.0	-15	1.26 (CI: 1.15-1.38)	No	Bassa	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
Veneto	6387	-34.5	-1071	0.81 (CI: 0.79-0.83)	No	Bassa	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	1	Bassa

PA: Provincia Autonomia; gg: giorni
 * ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale



Ministero della Salute

Dimensione 1 - completezza dei dati

Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Allerta
Capacità di monitoraggio (Indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale)	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	Almeno il 60% con trend in miglioramento	Un valore di almeno 50% con trend in miglioramento sarà considerato accettabile nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020	<60%
	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			
			Sorveglianza integrata nazionale		



Ministero della Salute

Appendice - Tabella 2 – Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio, monitoraggio per Regione, dati al 14 aprile 2021 relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021

Regione.PA	Ind1.1 settimana precedente (%)	Ind1.1 settimana di riferimento (%)	Variazione	Ind1.2 (%)	Ind1.3 (%)	Ind1.4 (%)
Abruzzo	93.8	95.2	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.6
Basilicata	98.8	99.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Calabria	90.4	85.4	Stabilmente sopra-soglia	99.4	100.0	99.6
Campania	95.1	99.6	Stabilmente sopra-soglia	96.0	100.0	99.6
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.7
FVG	99.9	99.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.9
Lazio	94.4	94.3	Stabilmente sopra-soglia	99.9	100.0	96.9
Liguria	92.0	92.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	97.8
Lombardia	83.9	84.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	98.6
Marche	100.0	96.6	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	100.0
Molise	95.7	97.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Piemonte	81.6	80.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	99.9	99.0
PA Bolzano/Bozen	84.0	94.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	96.8
PA Trento	95.1	94.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	97.1
Puglia	97.7	97.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Sardegna	89.9	89.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Sicilia	96.3	97.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.7
Toscana	97.7	98.1	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.4
Umbria	93.5	96.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.2
Vd'Aosta/V.d'Aoste	96.6	98.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Veneto	90.3	95.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0



Dimensione 2 - la classificazione della trasmissione ed impatto

Indicatori di risultato relativi alla trasmissione ed stabilità di trasmissione

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Stabilità di trasmissione	3.1	Numero di casi riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni	Numero di casi con trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5gg (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo")	Ministero della salute
	3.2	Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione)	Rt regionale calcolabile e ≤ 1 in tutte le Regioni/PPAA in fase 2 A	Rt>1 o non calcolabile	Database ISS elaborato da FBK
	3.4	Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID- 19 per giorno	Trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento nell'ultima settimana (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo")	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19
	3.5	Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito)	Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione Assenza di focolai di trasmissione sul territorio regionale per cui non sia stata rapidamente realizzata una valutazione del rischio e valutata l'opportunità di istituire una "zona rossa" sub-regionale	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitino popolazioni vulnerabili. La presenza nuovi focolai nella Regione richiede una valutazione del rischio ad hoc che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	ISS - Monitoraggio dei focolai e delle zone rosse con schede di indagine
Servizi sanitari e assistenziali non sovraccarichi	3.6	Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note	Nel caso vi siano nuovi focolai dichiarati, l'indicatore può monitorare la qualità del contact-tracing, nel caso non vi siano focolai di trasmissione la presenza di casi non collegati a catene di trasmissione potrebbe essere compatibile con uno scenario di bassa trasmissione in cui si osservano solo casi sporadici (considerando una quota di circolazione non visibile in soggetti pauci-sintomatici)	In presenza di focolai, la presenza di nuovi casi di infezione non tracciati a catene note di contagio richiede una valutazione del rischio <i>ad hoc</i> che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	Valutazione periodica settimanale
	3.8	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19	≤ 30%	>30%	Piattaforma rilevazione giornaliera posti letto MsS.
	3.9	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19	≤ 40%	> 40%	



Nota Metodologica

NB Classificazioni non valutabili nella attuale situazione sono da considerarsi equiparabili a classificazioni di rischio alto/molto alto

Stima di Rt: La renewal equation che è alla base del metodo per il calcolo di Rt considera "il numero di nuovi casi locali con inizio sintomi al giorno t" (X) trasmessi dai "casi con inizio sintomi nei giorni precedenti" (Y). Quando abbiamo dei casi importati, questi vengono contati insieme a tutti gli altri casi in Y , in quanto potenziali "infettori" di nuovi casi locali, ma non in X , in quanto infezioni che sono state trasmesse altrove. Dal punto di vista computazionale è sufficiente, per le regioni, continuare ad utilizzare gli script basati sul software EpiEstim, avendo cura di inserire nella terza colonna del file di input il numero corretto di casi giornalieri che sono stati importati da un'altra regione o dall'estero.

Valutazione del Rischio: nel caso in cui venga riscontrato un aumento in entrambi i flussi di sorveglianza ma questo sia attribuibile esclusivamente a casi importati e immediatamente isolati al loro arrivo sul territorio regionale, questo non porta automaticamente ad un aumento nel livello di rischio.

Dati sui focolai: appurato ormai il consolidamento del dato sui focolai riportati da ciascuna Regione/PA, il trend nel numero di focolai per settimana è utilizzato dal report numero 12 nella valutazione del rischio in linea con quanto riportato alla Figura 1 del DM Salute del 30 aprile 2020.

Casi importati: La completezza del dato sulla provenienza dei casi (autoctoni, importati da altra Regione, importati da Stato estero) è considerata sufficiente e ne è quindi tenuto conto nel calcolo dell'Rt e nella valutazione del rischio (interpretazione dell'indicatore 3.4).

Scenario settimanale di riferimento: viene introdotta la analisi dello scenario settimanale sulla base del dato Rt sintomi (puntuale) in base a quanto definito nel documento [Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale](#) :

- **Compatibile con Scenario 1:** Rt regionali sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese)
- **Compatibile con Scenario 2:** Rt regionali significativamente compresi tra $Rt=1$ e $Rt=1,25$
- **Compatibile con Scenario 3:** Rt regionali significativamente compresi tra $Rt=1,25$ e $Rt=1,5$
- **Compatibile con Scenario 4:** Rt regionali significativamente maggiori di $1,5$

Probabilità di raggiungere soglie di occupazione posti letto: Viene introdotto il dato **stimato a 1 mese** in base all'Rt di ospedalizzazione sulla probabilità di raggiungere le soglie previste negli indicatori 3.8 e 3.9 relative al tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva ed area medica **qualora si mantengano le condizioni osservate nella settimana di monitoraggio corrente**. Viene fornito il dato categorizzato come segue: <5%, 5-50%, > 50%. Sono integrate nelle stime di proiezione i posti letto attivabili nel periodo compatibile con la stima stessa.

Occupazione posti letto: si riporta in questa relazione il dato più recente trasmesso dalle Regioni/PA alla DG Programmazione del Ministero della Salute. Il tasso di occupazione è calcolato dal mese di maggio tenendo conto dei soli posti letto attivi al momento della rilevazione.



Ministero della Salute

Appendice - Tabella 3 – Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione, dati al 14 aprile 2021 relativi alla settimana 5/4/2021-11/4/2021



Regione.PA	Ind3.1	Trend 3.1 (% variazione settimanale)	Trend 3.4 (% variazione settimanale)	Ind3.2 (Rt puntuale)	Ind3.5	Ind3.6	Ind3.8*	Ind3.9*
Abruzzo	3452	-31.1	-22.6	0.92 (CI: 0.87-0.97)	259	467	27%	37%
Basilicata	1836	11.0	20.2	1.08 (CI: 0.92-1.24)	11	2	14%	37%
Calabria	5571	-0.6	2.7	0.9 (CI: 0.83-0.98)	30	278	28%	50%
Campania	24509	-15.7	-12.4	1 (CI: 0.96-1.03)	1455	2412	21%	37%
Emilia-Romagna	19815	-31.2	-32.1	0.78 (CI: 0.77-0.8)	100	3392	44%	41%
FVG	5311	-44.7	-42.8	0.72 (CI: 0.69-0.75)	351	671	43%	39%
Lazio	21067	-20.0	-23.7	0.79 (CI: 0.78-0.81)	188	234	42%	48%
Liguria	5817	-21.7	-23.1	1 (CI: 0.96-1.04)	314	179	38%	35%
Lombardia	40436	-35.4	-35.3	0.78 (CI: 0.78-0.8)	2232	790	56%	44%
Marche	5484	-28.0	-31.1	0.9 (CI: 0.83-0.96)	154	536	51%	51%
Molise	379	-8.6	-4.5	0.79 (CI: 0.51-1.11)	12	0	38%	21%
Piemonte	22959	-32.9	-33.5	0.75 (CI: 0.73-0.77)	1351	2079	50%	61%
PA Bolzano/Bozen	1386	-25.0	-25.1	0.87 (CI: 0.79-0.96)	2	297	13%	16%
PA Trento	1657	-37.1	-35.8	0.69 (CI: 0.63-0.75)	9	572	41%	25%
Puglia	21793	-25.1	-26.7	0.89 (CI: 0.88-0.91)	200	4766	45%	52%
Sardegna	4419	-6.9	-26.0#	1.38 (CI: 1.29-1.45)	426	422	27%	21%
Sicilia	14836	11.8	6.6	1.03 (CI: 1-1.07)	718	3749	21%	31%
Toscana	17573	-26.2	-28.8	1.01 (CI: 0.98-1.03)	752	3051	45%	33%
Umbria	1933	-10.1	-11.9	0.84 (CI: 0.78-0.9)	167	317	31%	33%
V.d'Aosta/V.d'Aoste	980	-28.4	-35.0	1.26 (CI: 1.15-1.38)	54	211	40%	30%
Veneto	16544	-36.6	-34.5	0.81 (CI: 0.79-0.83)	1333	1296	27%	26%

* dato aggiornato al giorno 13/04/2021

Regioni/PPAA dove è stato rilevato un forte ritardo di notifica dei casi nel flusso ISS che potrebbe rendere la valutazione di questi indicatori meno affidabile.

Dimensione 3 - Resilienza dei servizi sanitari preposti nel caso di una recrudescenza dell'epidemia da COVID-19

Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Abilità di testare tempestivamente tutti i casi Sospetti	2.1	% 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.*	Trend in diminuzione e in setting ospedalieri/PS Valore predittivo positivo (VPP) dei test stabile o in diminuzione	Trend in aumento in setting ospedalieri/PS VPP in aumento	Valutazione periodica settimanale
	2.2	Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi	Mediana settimanale ≤ 5gg	Mediana settimanale > 5gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19
	2.3 (opzionale)	Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento	Mediana settimanale ≤ 3gg	Mediana settimanale > 3gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 con integrazione di questa variabile
Possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena	2.4	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a ciascuna attività a livello locale progressivamente allineato con gli standard raccomandati a livello europeo	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a livello locale riportato come non adeguato in base agli standard raccomandati a livello europeo	Relazione periodica (mensile)
	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	Trend in miglioramento o con target finale 100%		

Appendice - Tabella 4 – Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti e valutazione della resilienza dei servizi sanitari territoriali

Regione PA	Ind2.1* (precedente)	Ind2.1 (settimana di riferimento)	Ind2.2 (media giorni tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana (mediana))	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	11.4%	9%	2	1	0.8 per 10000	1 per 10000	1.8 per 10000	97.9%	0 allerte segnalate
Basilicata	9.7%	11.2%	4	0	1.5 per 10000	5,2 per 10000	6,8 per 10000	93%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%
Calabria	12.6%	13.5%	3	1	0.9 per 10000	0,6 per 10000	1,4 per 10000	82.8%	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%
Campania	14.1%	13.6%	1	2	0.8 per 10000	1.6 per 10000	2,4 per 10000	92.8%	0 allerte segnalate
Emilia-Romagna	17.6%	13.8%	2	Non calcolabile	1.3 per 10000	1.6 per 10000	2,9 per 10000	89,6%	0 allerte segnalate
FVG	13.7%	11%	3	2	1,2 per 10000	1,2 per 10000	2,4 per 10000	94,3%	0 allerte segnalate
Lazio	22.5%	19.8%	3	1	0.9 per 10000	1 per 10000	1,9 per 10000	92%	0 allerte segnalate
Liguria	11.9%	9,3%	3	1	0.8 per 10000	0,8 per 10000	1,6 per 10000	93,2%	0 allerte segnalate
Lombardia	16,7%	12,9%	3	Non calcolabile	0,9 per 10000	1 per 10000	1,9 per 10000	91,1%	0 allerte segnalate
Marche	13,8%	12,5%	0	0	0,8 per 10000	1,4 per 10000	2,3 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Molise	6,8%	6%	0	0	1,1 per 10000	2,6 per 10000	3,7 per 10000	99,5%	0 allerte segnalate
Piemonte	13,8%	10,7%	6	1	1,5 per 10000	2,1 per 10000	3,6 per 10000	96%	0 allerte segnalate
PA Bolzano/Bozen	28,1%	23,8%	2	3	2,2 per 10000	3,7 per 10000	5,8 per 10000	98%	0 allerte segnalate
PA Trento	19,1%	14,8%	3	3	1,1 per 10000	1,6 per 10000	2,7 per 10000	100%	0 allerte segnalate

Regione PA	Ind2.1* (precedente)	Ind2.1 (Settimana di riferimento)	Ind2.2 (mediana tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Puglia	23.7%	20.1%	3	3	0.9 per 10000	1 per 10000	1.9 per 10000	82.2%	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%
Sardegna	9.5%	9%	4	2	0.5 per 10000	2 per 10000	2.5 per 10000	93.6%	0 allerte segnalate
Sicilia	45.7%#	18.7%#	2	0	0.7 per 10000	2.4 per 10000	3 per 10000	98.1%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 non valutabile
Toscana	18.6%	18.2%	1	2	2 per 10000	1.7 per 10000	3.7 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Umbria	11.5%	11.1%	2	1	0.9 per 10000	3 per 10000	4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Vd'Aosta /V.d'Aoste	15.4%	18.6%	2	0	1.7 per 10000	1.7 per 10000	3.5 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%
Veneto	7.8%	6.4%	1	0	1 per 10000	1.8 per 10000	2.8 per 10000	71.2%	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%

* le diverse politiche di offerta di "testing" e l'uso di test alternativi al test molecolare nelle Regioni/PPAA non rendono questo indicatore confrontabile tra le stesse.

** in presenza di numerosi casi che vengono diagnosticati prima dell'inizio dei sintomi (asintomatici alla diagnosi) è possibile il riscontro di tempi mediani molto brevi o, in casi estremi, negativi. Si ricorda che tutti i dati degli indicatori di monitoraggio sono validati con i referenti delle rispettive Regioni/PA prima della finalizzazione delle relazioni settimanali.

#La Regione Sicilia comunica che in relazione all'invio dei valori sugli indicatori di cui al monitoraggio settimanale precedente che è in corso una verifica sull'accuratezza della procedura di selezione del denominatore dell'indicatore 2.1 che sono stati consultati dalla piattaforma dati aggregati giornalieri protezione civile.

Focus incidenza

Aggiornamento Nazionale

Aggiornamento: 15 aprile 2021 | Data di analisi: 15 aprile 2021

Situazione Nazionale

Fonte dati: Ministero della Salute / Protezione Civile

Report automatico usando i dati pubblicati sul sito: <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19> (al 2021-04-15 18:08:12)

Periodi

- 7gg: 9/4/2021-15/4/2021

Percentuale positività= Totale casi/Tamponi | Popolazione: ISTAT 2020 (post censimento)

Il numero di tamponi, di casi testati e di casi totali nei 7 giorni è ottenuto attraverso la differenza dei valori cumulati al 15/04/2021 e i valori cumulati al 08/04/2021.

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
 Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 0000025 20/04/2021

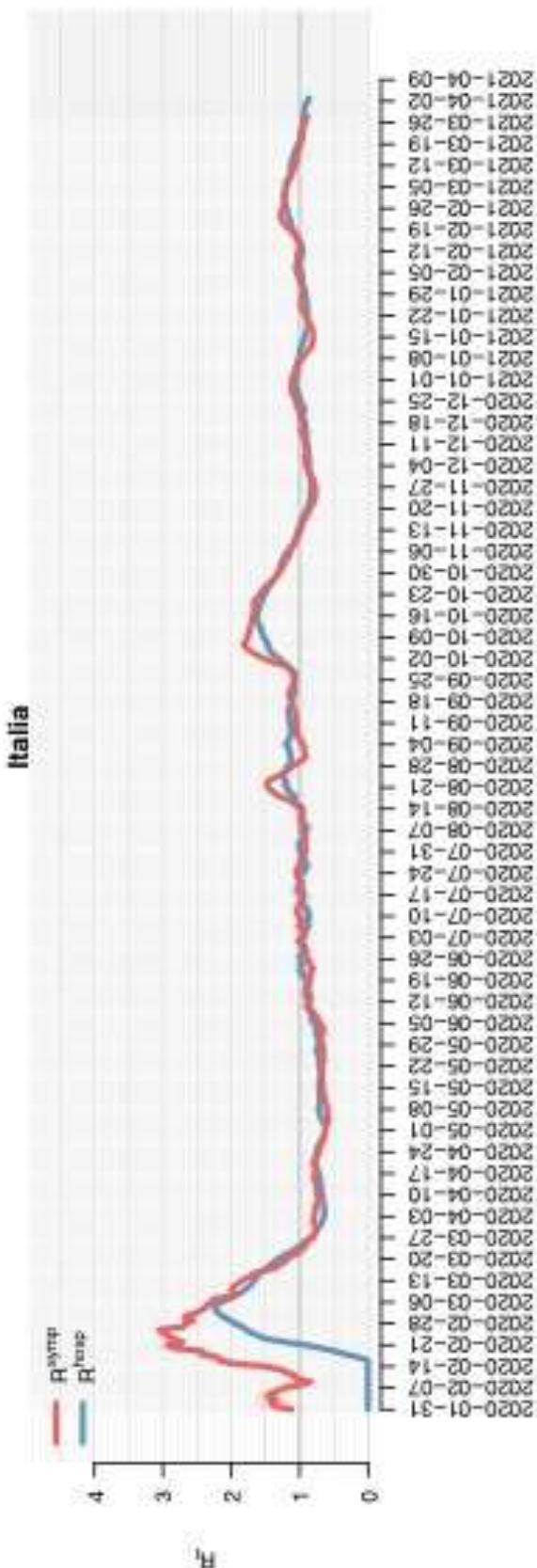
Regione/PA	Popolazione	Tamponi	Casi testati nei 7 gg	Nuovi casi nei 7 gg	Tamponi 7 gg/100 000 pop	Incidenza 7 gg/100 000 pop	Percentuale positività
Abruzzo	1.293.941	42.538	10.422	1.586	3287	123	3,7
Basilicata	553.254	10.289	4.619	1.309	1860	237	12,7
Calabria	1.894.110	24.147	20.876	3.485	1275	184	14,4
Campagna	5.712.143	164.038	88.315	13.597	2872	238	8,3
Emilia-Romagna	4.464.119	164.927	21.219	8.081	3695	181	4,9
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	48.615	13.078	1.882	4030	156	3,9
Lazio	5.755.700	229.660	123.326	9.282	3990	161	4,0
Liguria	1.524.826	51.340	17.376	2.520	3367	165	4,9
Lombardia	10.027.602	311.204	58.444	16.412	3103	164	5,3
Marche	1.512.672	30.040	15.566	2.346	1986	155	7,8
Molise	300.516	3.841	3.665	267	1278	89	7,0
Piemonte	4.311.217	153.797	43.699	8.833	3567	205	5,7
P.A. Bolzano	532.644	60.179	8.360	441	11298	83	0,7
P.A. Trento	545.425	15.290	1.655	700	2803	128	4,6
Puglia	3.953.305	84.563	24.555	10.315	2139	261	12,2
Sardegna	1.611.621	63.881	26.089	2.589	3964	161	4,1
Sicilia	4.875.290	200.558	67.105	9.340	4114	192	4,7
Toscana	3.692.555	159.688	55.276	7.731	4325	209	4,8
Umbria	870.165	41.328	4.535	890	4749	102	2,2
Valle d'Aosta	125.034	4.373	1.276	399	3497	319	9,1
Veneto	4.879.133	222.693	26.123	6.549	4564	134	2,9
Total	59.641.488	2.086.989	635.579	108.554	3.499	182	5,2

Confronto Rt(symp)-Rt(hosp)

Stefano Merler

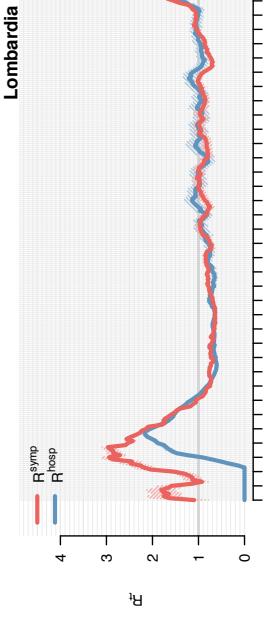
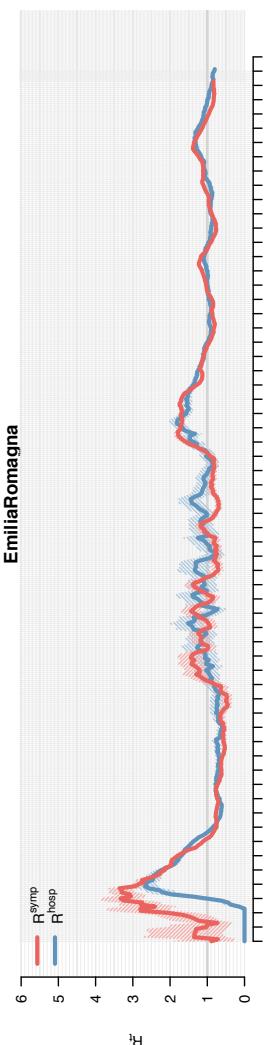
Per Fondazione Bruno Kessler, Istituto Superiore di Sanità, Ministero Salute



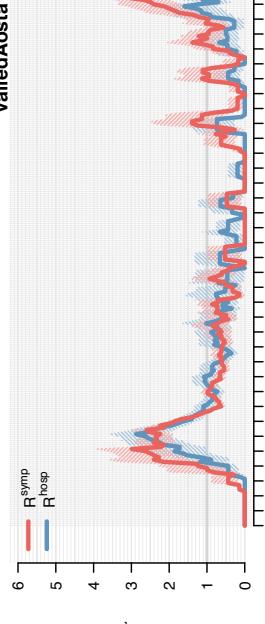
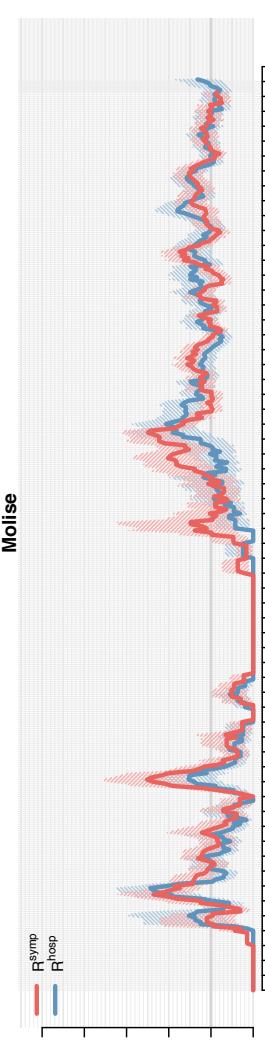


- L'andamento del numero di riproduzione da **sintomi** (R_t) e da **ricoveri** (R_t^p) a livello nazionale è stato estremamente simile lungo tutto il corso dell'epidemia
- Discrepanze significative solo prima di marzo e quando si sono verificate significative variazioni nell'età

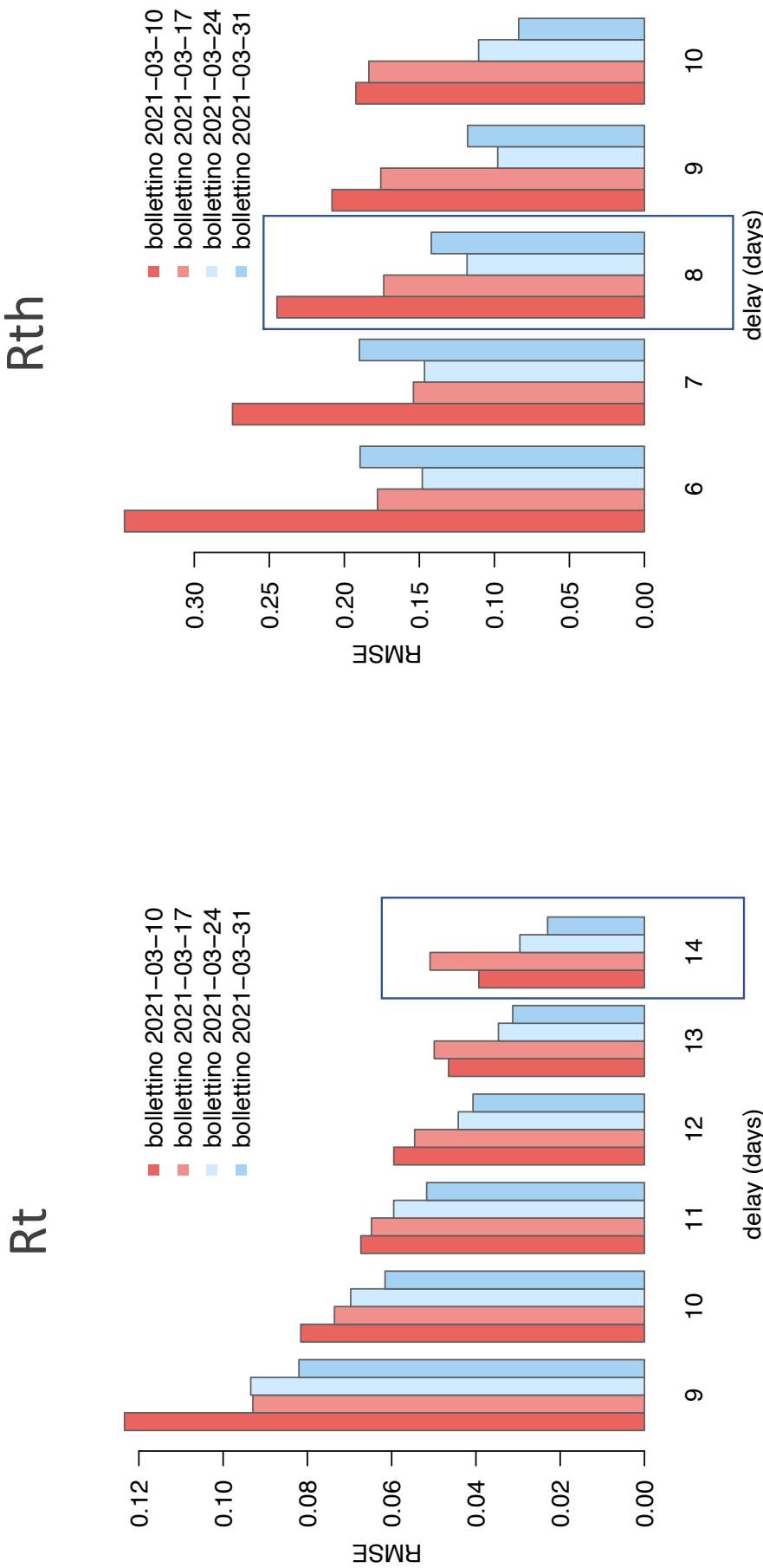
- Pattern analogo nelle regioni maggiori...a bassa incidenza (estate) le 2 stime sono meno allineate



ແພນັດ || ຄວາມມາດສະກົນ || ດາວໂຫຼວງ ອະນາກ ໂກ ສ ພ ພ ພ ພ ພ ພ



La stima media è più sensibile alle variazioni dovute ai ritardi



Se avessimo usato Rth anziche' Rt dal 13 gennaio in poi

Scenario 1: lower CI < 1

Scenario 2: 1 <= lower CI < 1.25

Scenario 3: lower CI >= 1.25

Scenario	Con Rth			Totale Rt
	1	2	3	
1	166	13	1	180
2	44	29	2	75
3	13	3	2	18
Totale Rth	223	45	5	273

72% delle volte **stesso scenario**
22% delle volte scenario più **ottimista**

R_{th} vs. R_t

Vantaggi

- Curva per data ricovero più facile da ottenere
 - Le stime sono in genere simili a R_t da sintomi
 - Stime affidabili fino a date più recenti (8 giorni anziché 14)
 - Meno sensibile a variazioni temporali nel tasso di notifica
 - Errore di calcolo maggiore
 - Incertezza di calcolo maggiore (intervalli di confidenza più ampi)
 - Minore robustezza in regioni più piccole
 - Può essere sottostimato in periodo di forte stress ospedaliero
- Stima dipendente dall'età media all'infezione (più` adeguato a monitorare l'impatto sul sistema sanitario in presenza di vaccinazione

Scenari di riapertura

Stefano Merler

Per Fondazione Bruno Kessler, Istituto Superiore di Sanità, Ministero Salute



Modello – Trasmissione

Trasmissione

- Modello SIR con contatti eterogenei tra età [Mossong Plos Med 2008]
- Tempo di generazione: 6.6 giorni in media [Cereda, 2020]
- Suscettibilità eterogenea tra età: 0.58 età > 15 anni, 1.65 età > 65 anni [Zhang Science 2000]
- Popolazione suddivisa tra persone con almeno una comorbidità e nessuna comorbidità [Ministero Salute]

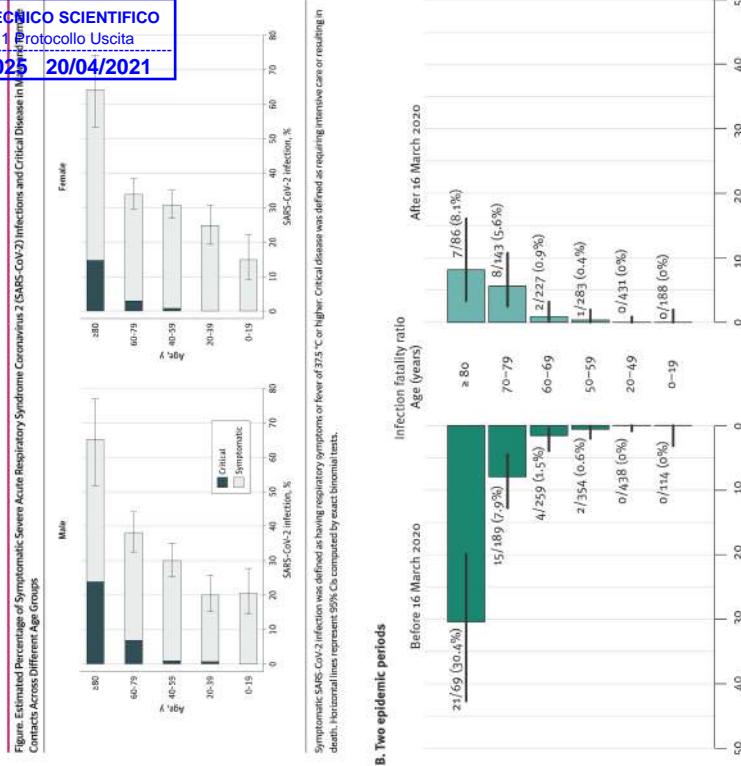
- Orizzonte temporale simulato:

1 gennaio 2021– 31 luglio 2021

- Trasmissibilità: 1.5x rispetto a strain storico (VOC) [Stefanelli Medrxiv 2021]
- Probabilità di sviluppare sintomi clinici per età [Poletti JAMA Net Open 2021]
- Infection fatality rate per età [Poletti Eurosurveillance 2000]

Inizializzazione

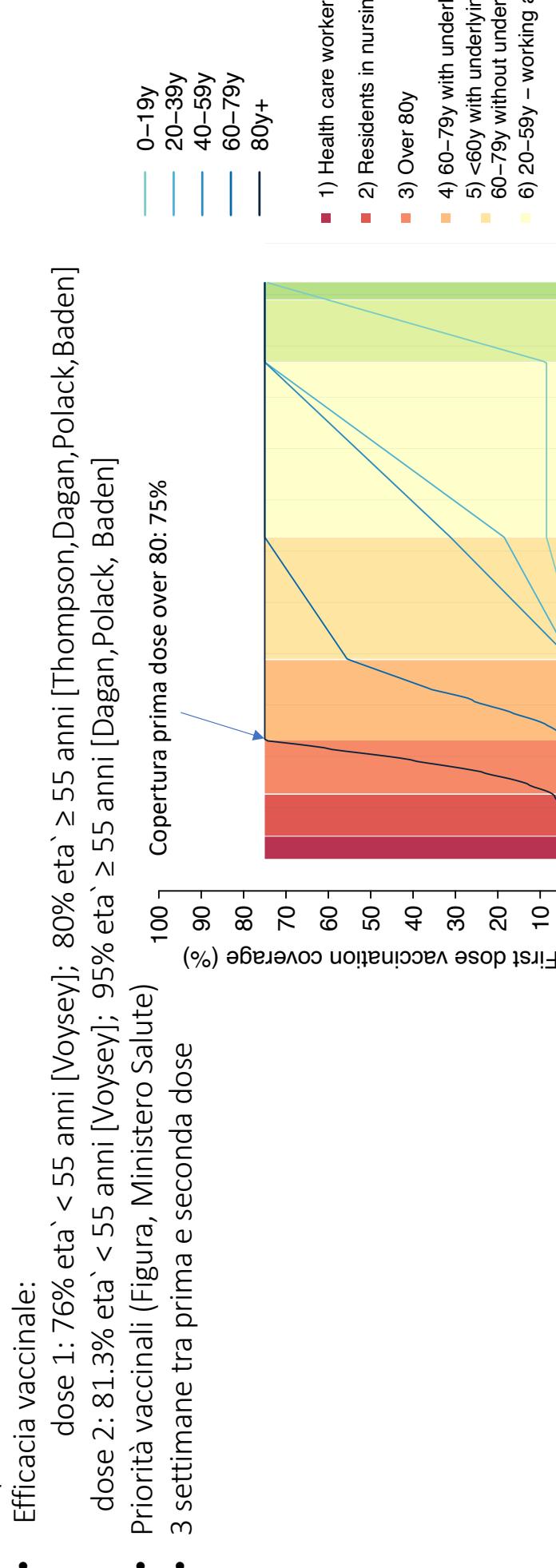
- Immunità iniziale al primo gennaio 2021: ~16% della popolazione [Marziano PNAS 2021]
- Numero di infetti iniziali: tali da avere un numero di infezioni giornaliere tra il 7-14 gennaio compatibile con dato (~16500 casi giornalieri), considerando un reporting rate del 37% [Marziano PNAS 2021]



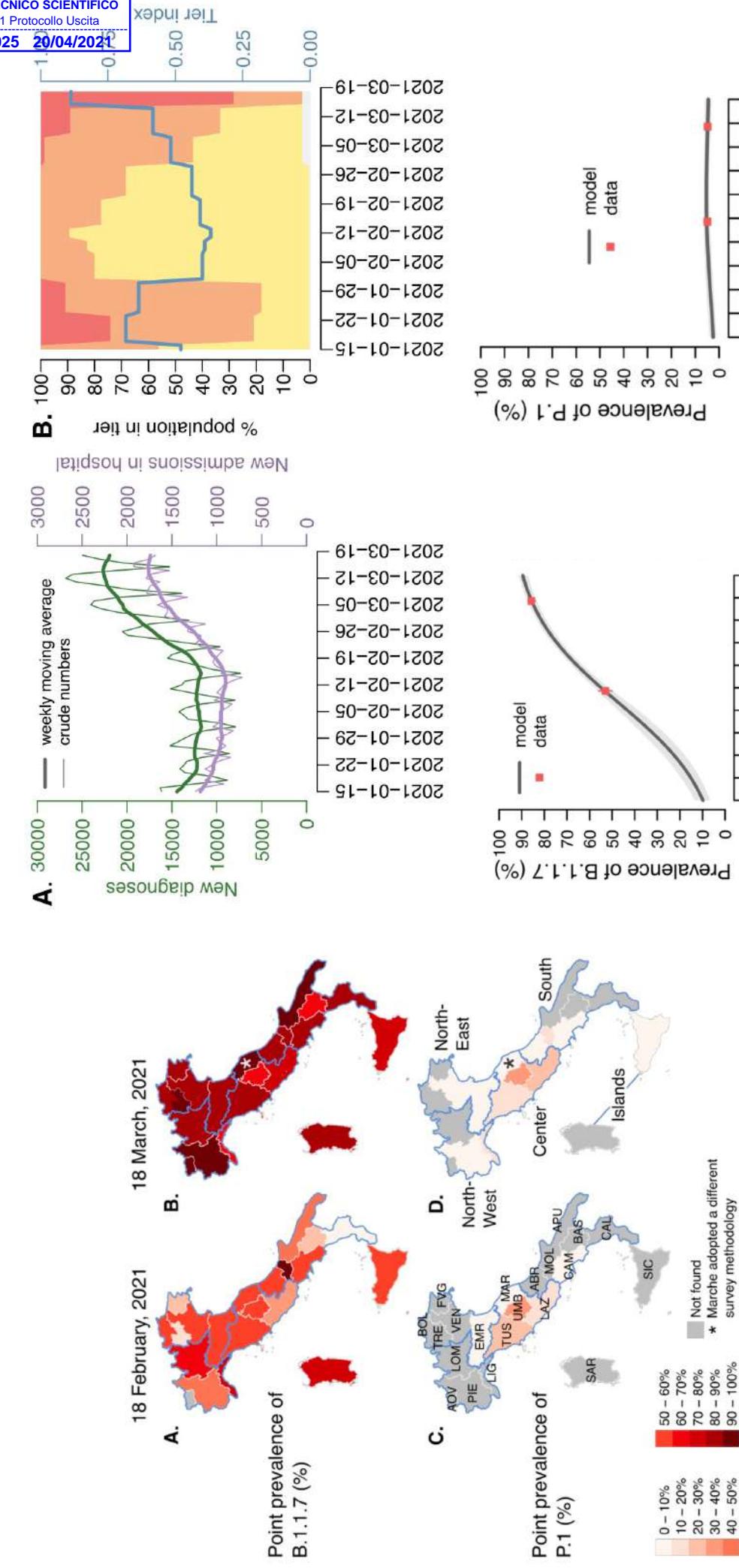
Modello - Vaccinazione

Vaccinazione

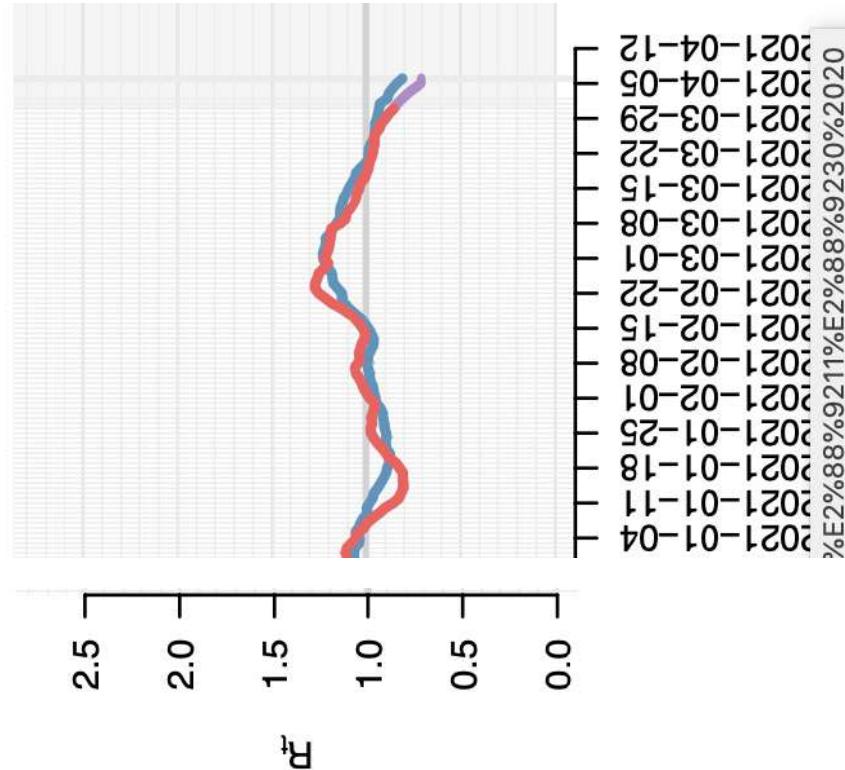
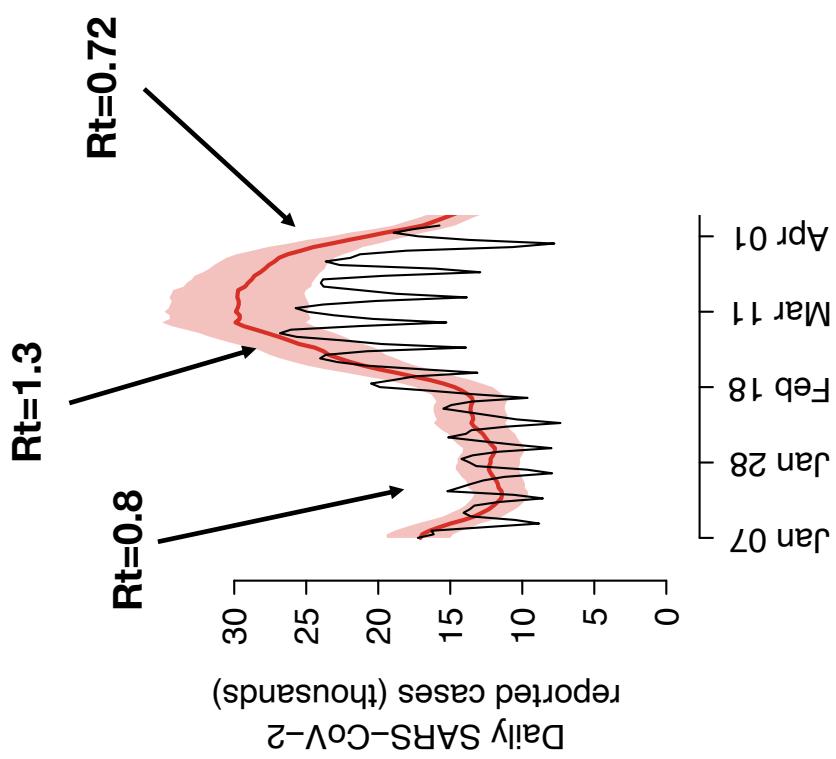
- Riduce suscettibilità all'infezione
- Protezione vaccino non svanisce nell'orizzonte simulato
- Capacità vaccinale giornaliera: reale (1 gennaio-11 aprile 2021), 300mila dosi al giorno (12 aprile-31 luglio 2021)
- Copertura: 75%
- Efficacia vaccinale:
 - dose 1: 76% eta` < 55 anni [Voysey]; 80% eta` ≥ 55 anni [Thompson,Dagan,Polack,Baden]
 - dose 2: 81.3% eta` < 55 anni [Voysey]; 95% eta` ≥ 55 anni [Dagan,Polack, Baden]
- Priorità vaccinali (Figura, Ministero Salute)
- 3 settimane tra prima e seconda dose



Epidemiologia - varianti



Trasmissibilità



Evoluzione temporale Rt nel modello

1 gennaio – 3 aprile 2021

Stime Rt aumented
Per tener conto della
aumentata trasmissibilità
della variante inglese

3 aprile – data di riapertura

Mantenute restrizioni del 3
aprile ($Rt \sim 0.72$ in lieve
decrescita per aumento
immunità naturale e
vaccinazione) fino alla data di
riapertura:

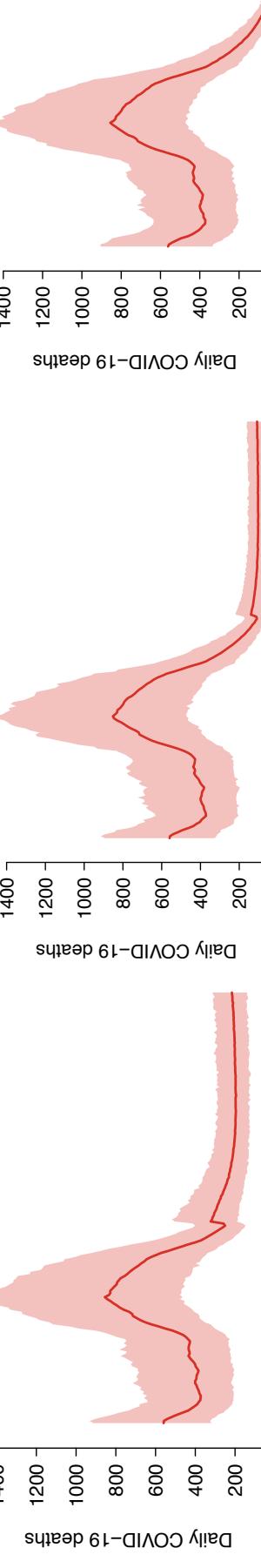
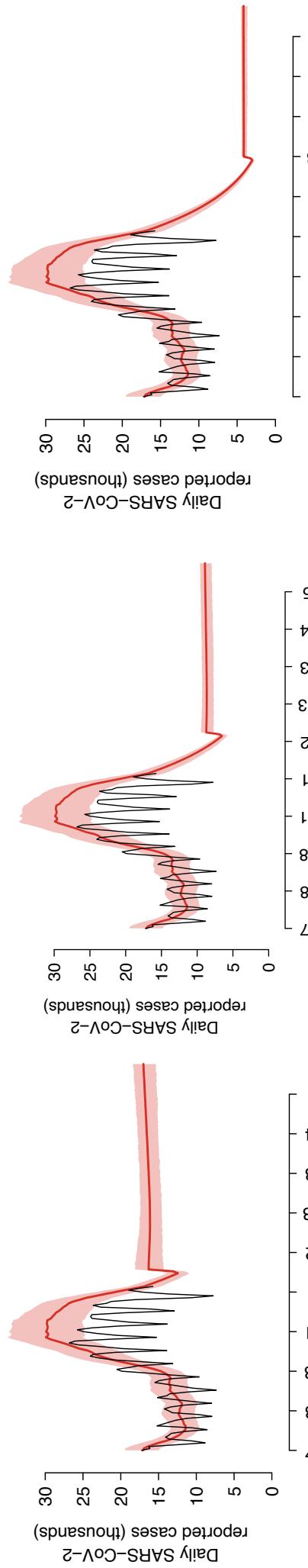
- 12 aprile 2021
- 26 aprile 2021
- 12 maggio 2021
- 12 giugno 2021

data di riapertura – 31 luglio 2021

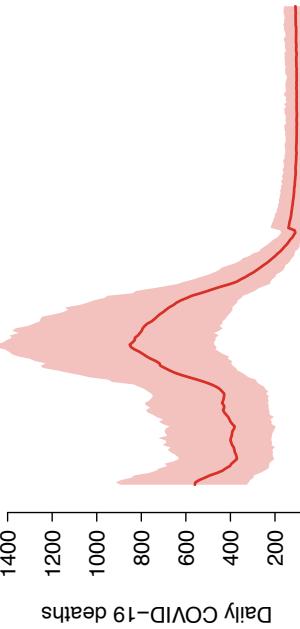
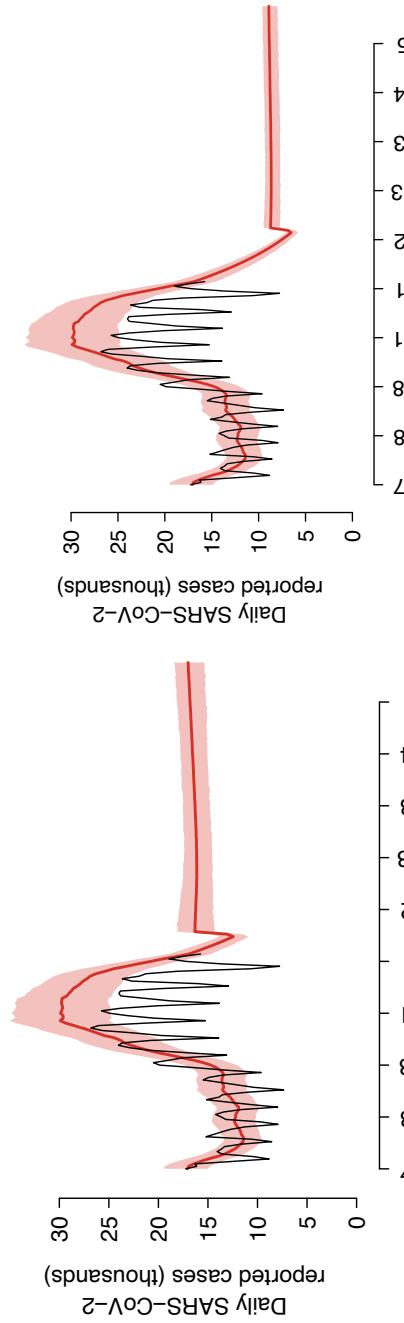
Aumento di Rt ai seguenti valori
per simulare l'effetto delle
riaperture:

- 1
- 1.1
- 1.25

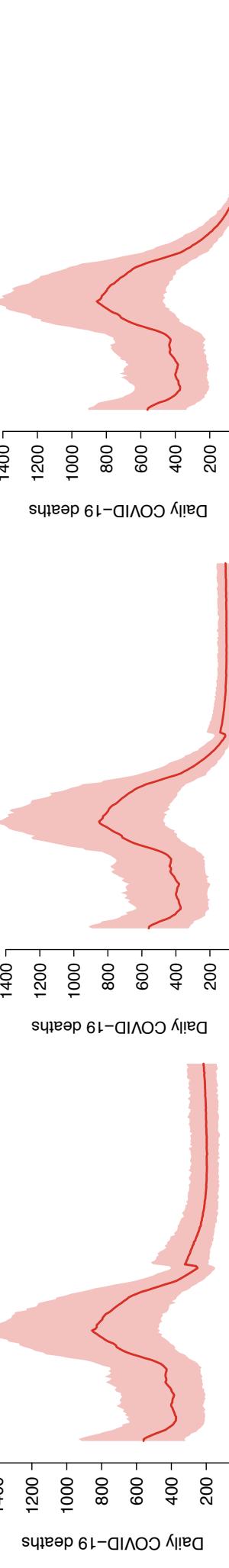
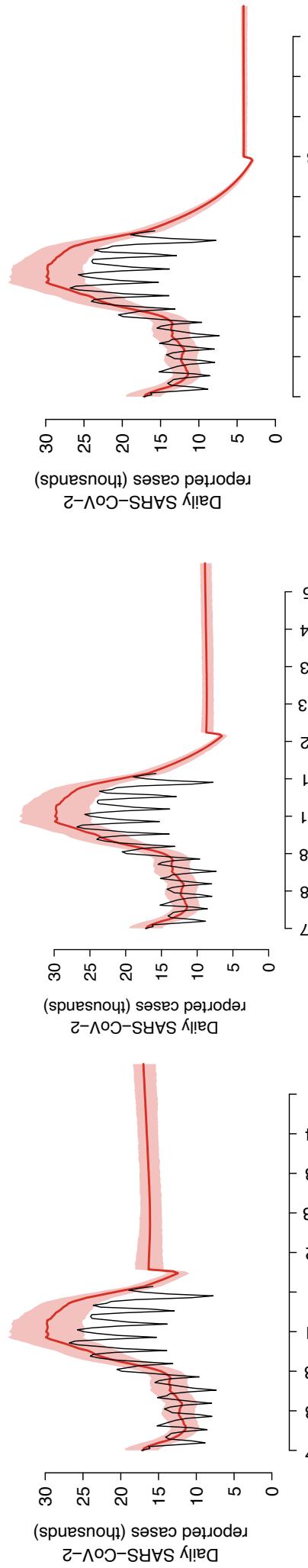
Riapertura 12 aprile 2021 (Rt=1)



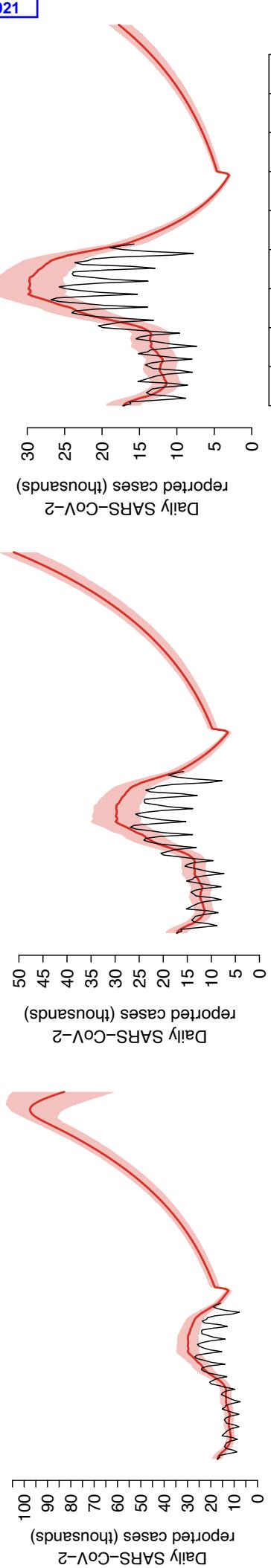
Riapertura 26 aprile 2021 (Rt=1)



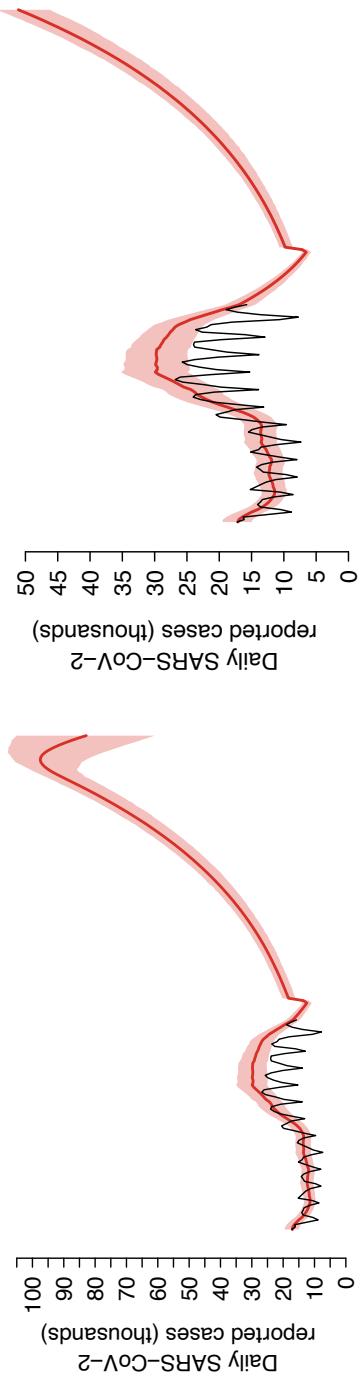
Riapertura 12 maggio 2021 (Rt=1)



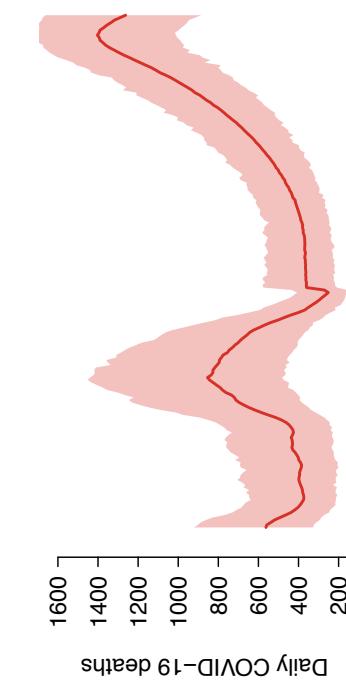
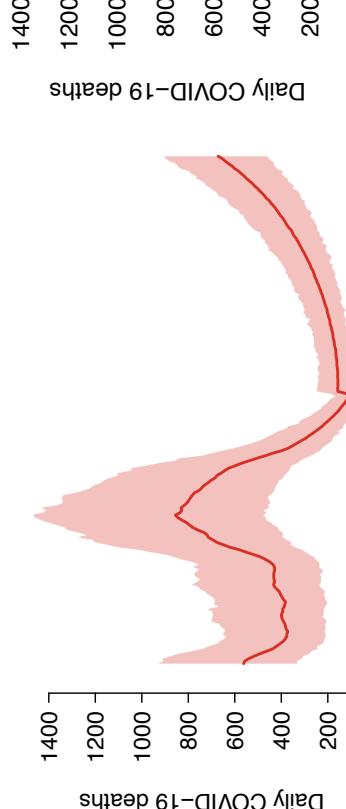
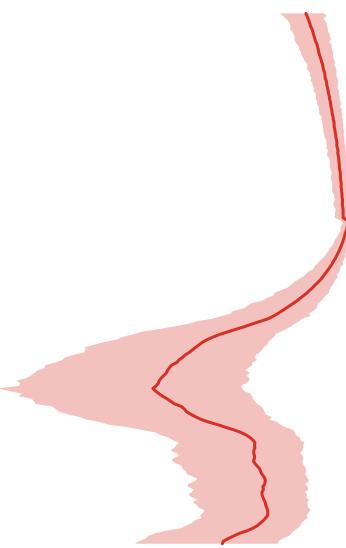
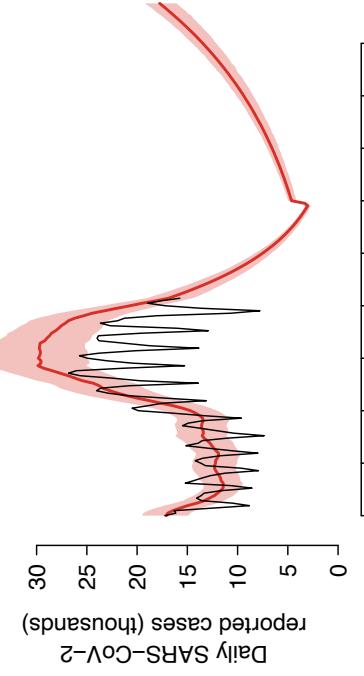
Riapertura 12 aprile 2021 (Rt=1.1)



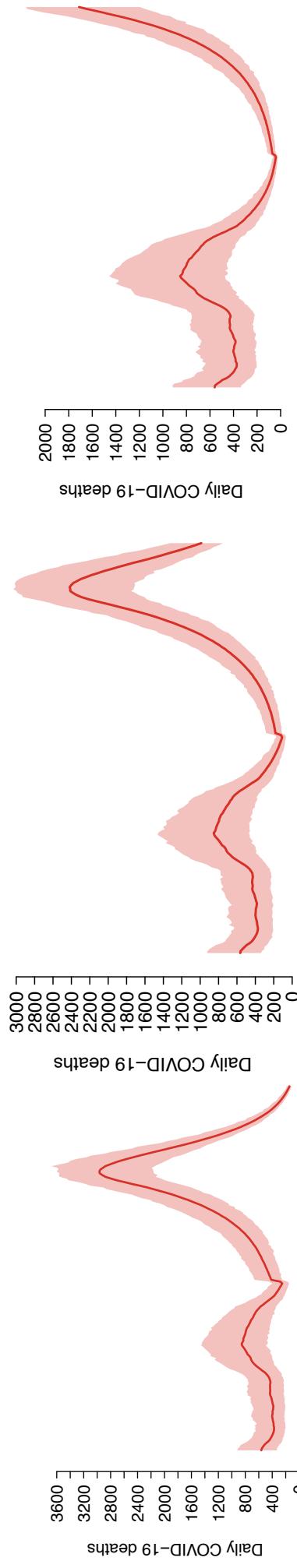
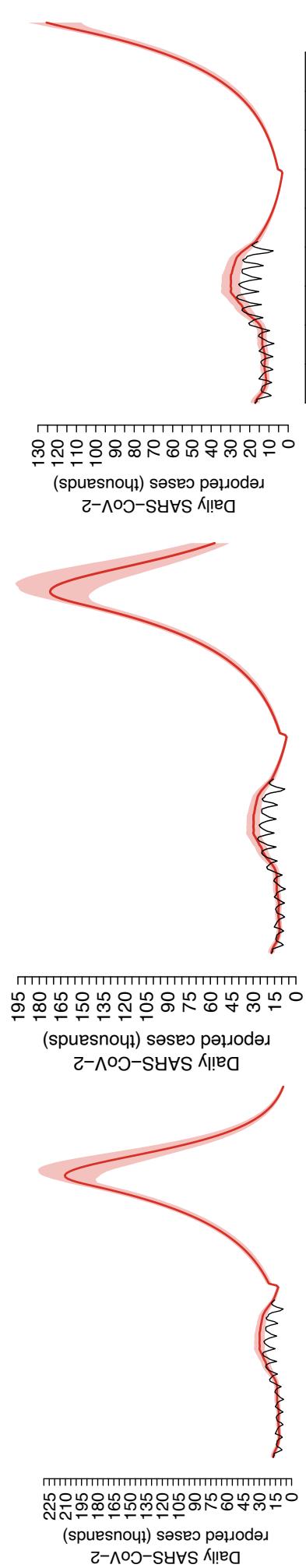
Riapertura 26 aprile 2021 (Rt=1.1)



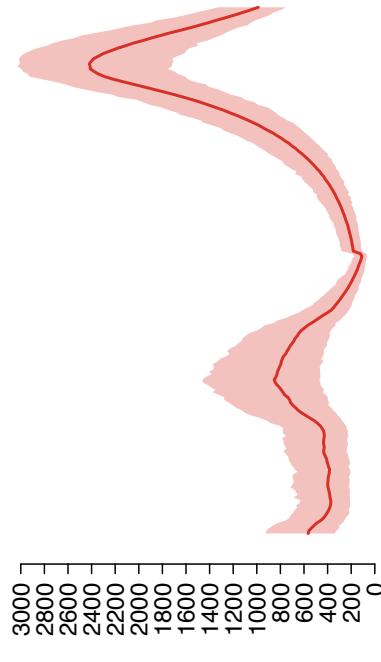
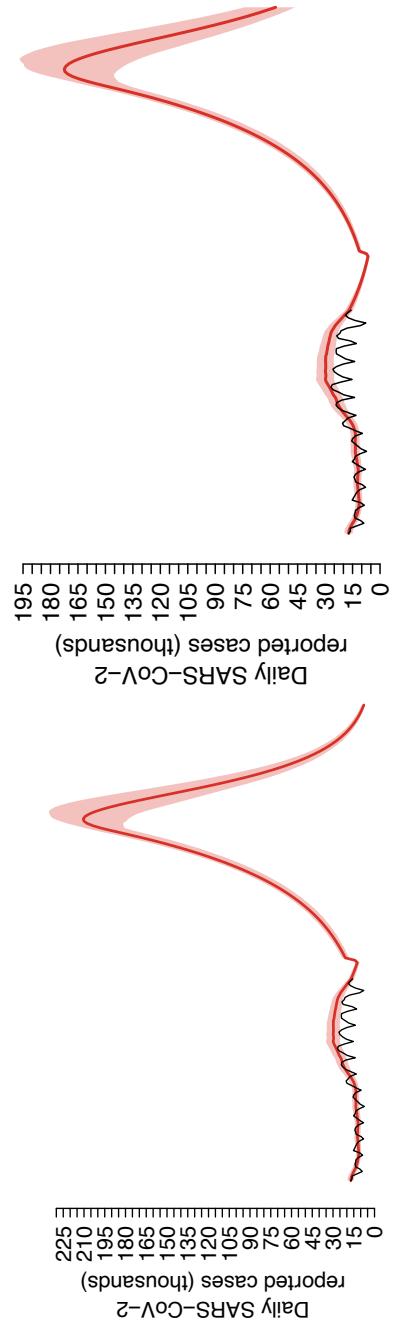
Riapertura 12 maggio 2021 (Rt=1.1)



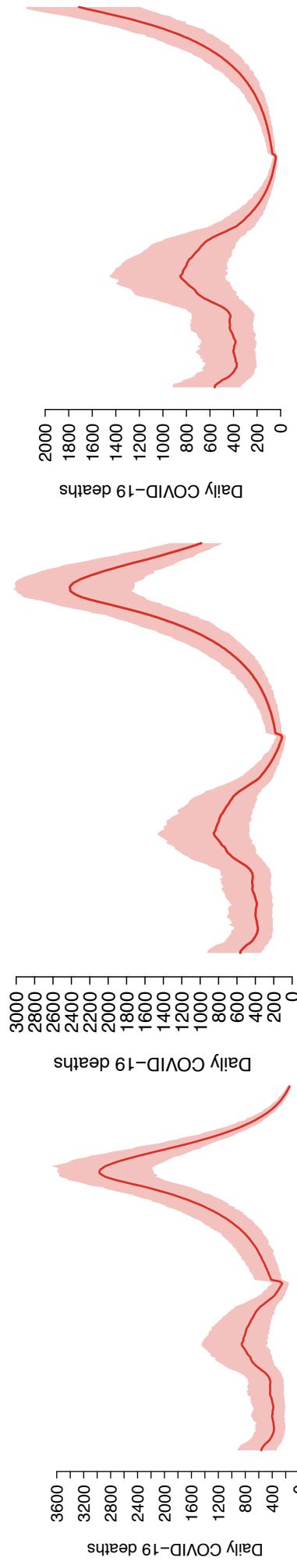
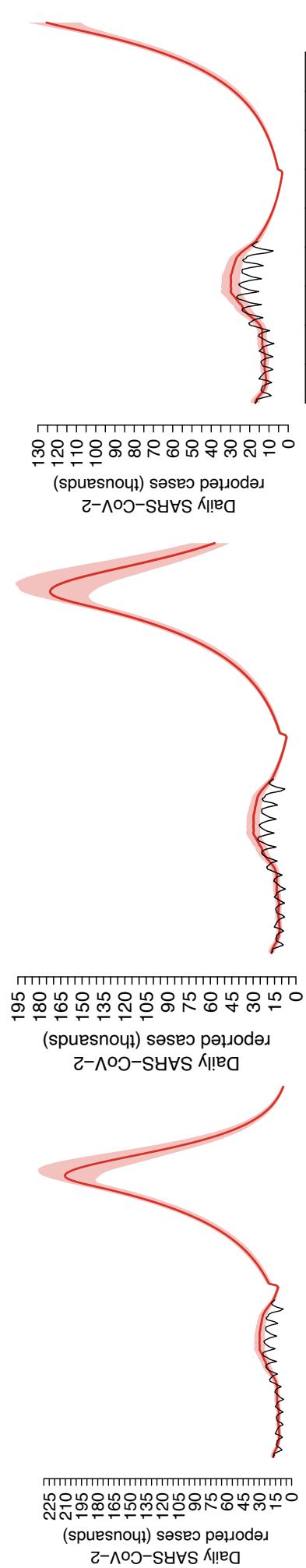
Riapertura 12 aprile 2021 (Rt=1.25)



Riapertura 26 aprile 2021 (Rt=1.25)



Riapertura 12 maggio 2021 (Rt=1.25)



Conclusioni

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 0000025 20/04/2021

Rt (augmented) al 3 aprile circa a 0.72. Significa che c'è un margine per riaperture di circa 0.28. In realtà meno perché sono state riaperte le scuole, il cui effetto sarà osservabile solo fra un po' di tempo, che sicuramente hanno eroso un po' di margine.

Riaperture precoci, entro aprile, anche se mantengono Rt=1, possono risultare in un costante ma alto numero di morti giornaliere.

Il numero di morti giornaliere sarebbe estremamente ridotto con riaperture a valle di un marcato calo dell'incidenza (es. riaperture graduali a partire da inizio metà maggio, mantenendo Rt<1)

Se le riaperture dovessero portare Rt anche di poco sopra 1 (1.1) la situazione potrebbe non essere facilmente controllabile senza ulteriori restrizioni, soprattutto in caso di riaperture precoci (entro aprile).

Riaperture che dovessero portare Rt a 1.25 potrebbero generare una quarta ondata che richiederebbe misure importanti per evitare un altissimo numero di morti in breve tempo.



Il Ministro della cultura

Ciao Roberto,

faccio seguito all'audizione del 12 aprile con il Comitato tecnico-scientifico sul tema della ripresa delle attività di spettacolo in presenza di pubblico.

Al riguardo, in aggiunta alla conferma delle condizioni già ora previste per lo svolgimento di attività di spettacolo e cinema nelle zone classificate come "gialle", propongo di elevare la percentuale di capienza massima delle sale dall'attuale 25% al 50% e di portare da 200 a 500 il numero massimo di spettatori per eventi al chiuso e da 400 a 1000 il numero massimo di spettatori per eventi all'aperto.

Inoltre, ritengo opportuno prevedere che le Regioni possano intraprendere sperimentazioni per spettacoli dal vivo che, nel pieno rispetto delle condizioni di sicurezza, possano ammettere un numero di spettatori anche più elevato (comunque non inferiore a quello previsto per gli eventi sportivi negli stessi luoghi o in spazi analoghi) in presenza di misure di sicurezza aggiuntive.

Nel ringraziare per l'attenzione, colgo l'occasione per trasmettere saluti cordiali.


Dario Franceschini

On.le Roberto SPERANZA
Ministro della salute

E, p.c.,
Prof. Franco LOCATELLI
Coordinatore del Comitato tecnico-scientifico

Conferenza Episcopale Italiana
74^a ASSEMBLEA GENERALE
Roma, 24 - 27 maggio 2021

BOZZA RIVISTA ALLA LUCE DELLE OSSERVAZIONI RICEVUTE DAL CTS

Condizioni per la partecipazione, da osservarsi da parte dei 250 vescovi partecipanti e dei 50 addetti della CEI.

- Al momento dell’iscrizione, verrà chiesto ad ogni partecipante
 - 1) se ha già avuto infezione da SARS-CoV-2;
 - 2) se è già stato vaccinato con uno dei vaccini approvati in UE.
- Entro le 72 ore precedenti l’inizio dell’Assemblea sarà chiesto a ogni partecipante di eseguire un tampone molecolare diagnostico per il *coronavirus*. Il certificato che attesti la propria negatività, senza il quale non sarà possibile accedere all’Assemblea, dovrà essere esibito e consegnato alla Segreteria Generale al momento dell’accoglienza.
- All’arrivo sarà misurata la temperatura corporea di ogni partecipante con TermoScanner.
- Quanti non saranno in grado di esibire la suddetta certificazione saranno sottoposti a tampone antigenico rapido. Questo verrà eseguito da personale medico in ambienti adeguatamente predisposti, con distanziamento sia in fase di attesa del tampone che in fase di attesa del risultato diagnostico.
- Tutti i partecipanti saranno alloggiati in camera singola con bagno riservato.
- La partecipazione è condizionata, inoltre, dall’obbligo di risiedere presso l’*Ergife Palace Hotel* per l’intera durata dell’evento. Al fine di preservare la sicurezza di ciascuno, chi si trovasse costretto ad abbandonare la struttura non potrà essere riammesso all’Assemblea. Non sarà, altresì, consentito di concedere appuntamenti a visitatori e giornalisti provenienti dall’esterno.
- Nel corso dell’assemblea, l’Hotel Ergife garantisce che non vengano ospitati altri convegni.
- Durante l’intera permanenza e in tutti luoghi comuni sarà necessario:
 1. indossare sempre i dispositivi di protezione individuale (mascherina FFP2 fornita dalla Segreteria Generale, la cui sostituzione avverrà ogni 4 ore);
 2. igienizzarsi frequentemente le mani con soluzione disinfettante che sarà costantemente messa a disposizione nei vari locali dove i partecipanti stazioneranno;
 3. mantenere la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro.
- Le aree assembleari saranno accessibili solo attraverso percorsi chiaramente evidenziati, distanziati e differenziati dai percorsi di uscita, con presenza di marcatori di distanziamento onde evitare assembramenti.

- Sia l'afflusso che il deflusso saranno attentamente regolati con percorsi differenziati allo scopo di evitare assembramenti
- Per i lavori in seduta plenaria verrà utilizzata la sala Leptis Magna utilizzata a 1/3 della sua capienza originaria di 1000 persone e sarà allestita con 250 postazioni nominali (posto assegnato) comprensiva di pulsantiera elettronica per le votazioni e di microfono ad uso personale. Ogni postazione sarà posizionata a una distanza, in tutte le direzioni, di almeno 1 metr l'una dall'altra, di modo che a ogni partecipante venga garantita un'area di 2mq. Gli ambienti adibiti ai gruppi di lavoro saranno anch'essi utilizzati a 1/3 della loro reale capienza onde assicurare il giusto distanziamento sociale.
- La sanificazione degli ambienti (sala plenaria, sale per gruppi di lavoro...) da parte dell'Hotel Ergife sarà effettuata ogni 4 ore.
- I pasti saranno consumati in un ambiente diverso dalla sala plenaria che prevede la seduta di quattro partecipanti per tavolo con posto assegnato, onde assicurare il giusto distanziamento.

Conferenza Episcopale Italiana
74^a ASSEMBLEA GENERALE
Roma, 24 - 27 maggio 2021

RACCOMANDAZIONI A CUI ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE

Visto il perdurare della situazione pandemica e l'incertezza legata alla virulenza di nuove varianti del virus Covid-19, la Conferenza Episcopale Italiana ha elaborato un Protocollo Anticovid per lo svolgimento in sicurezza della prossima Assemblea Generale, (sottoposto alla valutazione del Comitato Tecnico Scientifico) e attenendosi alle norme in vigore (DPCM del 14.01.2021).

Per attuare il rispetto delle norme di sicurezza e di distanziamento fisico, l'**Ergife Palace Hotel** (*Via Aurelia, 619 - Roma*) accoglierà sia i lavori dell'Assemblea, sia l'alloggio dei Vescovi.

È importante che gli E.mi Membri della CEI partecipanti all'Assemblea si sentano corresponsabili nel garantire l'attuazione delle seguenti disposizioni. Si prega di prendere in attenta considerazione i punti che seguono:

Requisiti per la partecipazione e disposizioni generali

- Entro le 72 ore dall'inizio dell'Assemblea è indispensabile eseguire un tampone rinofaringeo diagnostico per il *coronavirus*. Il certificato che attesti la propria negatività, senza il quale non sarà possibile accedere all'Assemblea, dovrà essere esibito e consegnato alla Segreteria Generale al momento dell'accoglienza.
- È fatto obbligo a tutti di risiedere presso l'**Ergife Palace Hotel** per l'intera durata dell'evento. Al fine di preservare la sicurezza di ciascuno, chi si trovasse costretto ad abbandonare la struttura non potrà essere riammesso all'Assemblea. Non sarà, altresì, consentito di concedere appuntamenti a visitatori e giornalisti provenienti dall'esterno.
- I segretari/accompagnatori degli E.mi Vescovi non risiederanno nella medesima struttura e, pertanto, non potranno accedervi durante tutta la durata dell'Assemblea.
- Durante l'intera permanenza e in tutti luoghi comuni sarà necessario indossare sempre i dispositivi di protezione individuale (mascherina FFP2 fornita dalla Segreteria Generale e che dovrà essere sostituita quotidianamente); igienizzarsi frequentemente le mani con soluzione disinfettante che sarà costantemente a disposizione; e infine, a mantenere la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro.

Arrivo e accoglienza

- All'arrivo sarà misurata la temperatura di ogni partecipante con TermoScanner.
- Successivamente, il partecipante espleterà le procedure di registrazione presso l'accoglienza della Segreteria Generale seguendo il percorso di accesso e attenendosi ai marcatori di distanziamento onde evitare assembramenti.

- Al momento dell'accettazione, verrà richiesto copia del certificato attestante la negatività al coronavirus e la sottoscrizione di un'autocertificazione precompilata dalla Segreteria Generale CEI, attestante l'idoneità alla partecipazione (vedi modello allegato). Questa autocertificazione è richiesta dall'Ergife Palace Hotel.

Lavori e liturgia

- I lavori e le celebrazioni liturgiche si svolgeranno nella sala plenaria *Leptis Magna* e nel pieno rispetto delle attuali misure di sicurezza.
- Ad ogni Vescovo sarà assegnata una postazione personalizzata dotata di pulsantiera elettronica per le votazioni, microfono per gli interventi e di tutti i documenti necessari allo svolgimento dei lavori. Ogni postazione sarà posizionata a una distanza, in tutte le direzioni, di almeno 1 metri l'una dall'altra, di modo che a ogni partecipante venga garantita un'area di 2mq.
- Non sarà possibile consegnare in Aula pubblicazioni di alcun tipo. I Vescovi che fossero interessati a distribuire materiali, prendano contatti con la Segreteria Generale che provvederà alla spedizione postale nelle settimane successive all'Assemblea.
- In un'altra sala della struttura, sarà predisposta una cappella per la preghiera personale.
- Gli E.mi Vescovi sono pregati di portare il proprio camice e la stola.
- Tutti gli ambienti, le postazioni e la strumentazione saranno sanificati due volte al giorno.

Per tutto il tempo, gli addetti della Segreteria Generale rimarranno a disposizione per qualsiasi necessità.

Ricordiamo inoltre che, in quel periodo, i membri del Consiglio Permanente e della Segreteria Generale saranno **gli unici ospiti** dell'Ergife Palace Hotel che ha messo in opera un piano molto rigido di controllo sanitario dei propri dipendenti.

Eventuali ulteriori indicazioni saranno tempestivamente comunicate.

La situazione dell'evolversi della pandemia sarà attentamente monitorata per poter dare definitiva conferma delle modalità di svolgimento dell'Assemblea stessa entro i primi giorni di maggio.

Roma,



Ministero della Salute

Oggetto: Digital Green Certificate

La proposta di Regolamento Europeo del 17 marzo 2021, prevede che il Digital Green Certificate abbia le seguenti caratteristiche/elementi chiave:

1. Contenga le seguenti informazioni: **certificati di vaccinazione, certificati di test** (test NAAT / RT-PCR o test rapido dell'antigene) e **certificati di guarigione da COVID-19** in quanto la sola vaccinazione (fino a che non è disponibile per tutti) non dovrebbe e non può essere un prerequisito per la libera circolazione.
2. sia **accessibile e sicuro** per tutti i cittadini dell'UE:
 - I certificati **vanno essere emessi in formato digitale o cartaceo**. Entrambi devono avere un **QR code** che contiene le informazioni chiave necessarie e una firma digitale per poter essere sicuri che il certificato sia autentico.
 - La **Commissione deve istituire un gateway** e sostenere gli Stati Membri nello sviluppo di software che le autorità nazionali potranno utilizzare per la verifica di tutte le firme dei certificati in UE.
 - E, su richiesta, sia disponibile gratuitamente e nella lingua o nelle lingue ufficiali dello Stato Membro di rilascio e in inglese.
3. Contenga solo **informazioni essenziali e dati personali protetti**:
 - I certificati includeranno un set limitato di informazioni come nome, data di nascita, data di rilascio, informazioni rilevanti su vaccino / test / guarigione e un identificatore univoco del certificato.
 - Questi dati possono essere controllati solo per confermare e verificare l'autenticità e la validità dei certificati;
4. non sia discriminante:
 - garantisca gli stessi diritti per i viaggiatori con il Digital Green Certificate: laddove gli Stati membri accettino la prova della vaccinazione per esentare da determinate restrizioni di salute pubblica come i test o la quarantena, saranno tenuti ad accettare, alle stesse condizioni, i certificati di vaccinazione emessi dal sistema del Digital Green Certificate.

L'interoperabilità del certificato al livello europeo deve avvenire su tre *pilastri*:

- un **insieme minimo di dati** (*3 Minimum dataset*, oltre ai dati identificativi della persona)
 1. Informazioni sulla vaccinazione,
 2. Informazioni sui test effettuati,
 3. Informazioni sulla malattia pregressa e i relativi metadati
- un **identificatore univoco standard per il certificato (UCI)**, che abbia le seguenti caratteristiche: sia Unico a livello nazionale, garantisca la riservatezza dei dati (l'interesse della Commissione Europea è garantire l'implementazione di un certificato comprensivo di dati leggibili da occhio umano e in formato QR CODE (formato digitale e cartaceo)
- un **framework di fiducia** per la verifica dei certificati (Trust framework): I certificati devono essere emessi da soggetti autorizzati (Issuer) e deve essere possibile verificare **l'autenticità (del certificato) e la validità** (delle informazioni contenute nel certificato). Il **QR code** consentirà la verifica di validità e di autenticità attraverso un registro di issuer autorizzati a livello europeo.

Il certificato non è un documento identificativo, pertanto deve essere sempre accompagnato da un documento di identità.

Attori coinvolti nel caso dei certificati di vaccinazione

Ruolo	Descrizione	Esempi
Vaccinated person	La persona che ha ricevuto un ciclo di vaccinazione completo o parziale	Qualsiasi cittadino
Vaccinator	La persona che somministra il vaccino, registra e attesta le informazioni sull'evento vaccinale in un IIS o in un altro sistema	Un professionista sanitario come un infermiere, un medico, ecc.
Certificate Issuer	L'entità fidata che rilascia e firma una dichiarazione / credenziale / certificato su una singola vaccinazione o una serie di vaccinazioni	Per i certificati cartacei, un'organizzazione sanitaria. Per i certificati digitali, un sistema di cartelle cliniche elettroniche, un IIS, un portale HP, un portale pazienti, un sistema utilizzato da altra autorità competente.
Certificate Holder	La persona in possesso di un certificato di vaccinazione	Una persona vaccinata, il suo tutore, rappresentante legale o altra persona autorizzata
Certificate Reader	L'attore (una persona o un sistema informatico) che analizza il contenuto di un certificato presentato da un titolare del certificato	Un professionista sanitario o un'altra persona o un sistema avente diritto di accesso alle informazioni presenti sul certificato
Certificate Verifier	L'attore (una persona o un sistema informatico) che verifica la validità di un certificato presentato da un titolare del certificato	Un'autorità, un sistema online utilizzato dal titolare del certificato (ad esempio, un check-in online).

I DATI NECESSARI

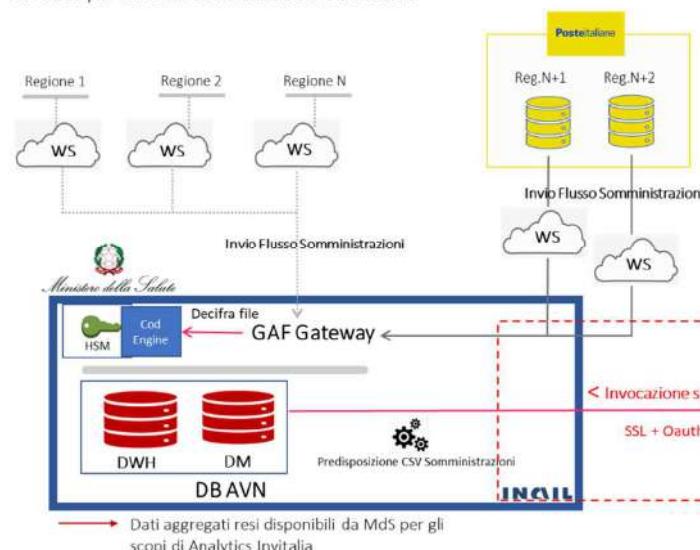
Di seguito la mappatura dei dati necessari per la redazione dei Digital Green Certificate:

Tipologia di informazione	Disponibilità a livello centrale	Immediatezza informazioni	Tempestività	Flusso
Vaccinazioni somministrate (I dose o II dose)	MDS	Si	Giornaliera (invii tre volte al giorno dalle Regioni a Mds)	AVN (vedi schema flusso presentato a seguire)
Esito Tampone molecolare	MEF - RGS	Si	Giornaliera	Tessera Sanitaria
Esito tampone antigenico	MEF – RGS (al momento limitatamente ai MMG)	Si	Giornaliera	Tessera Sanitaria
Certificato di guarigione da COVID	-	-	-	-

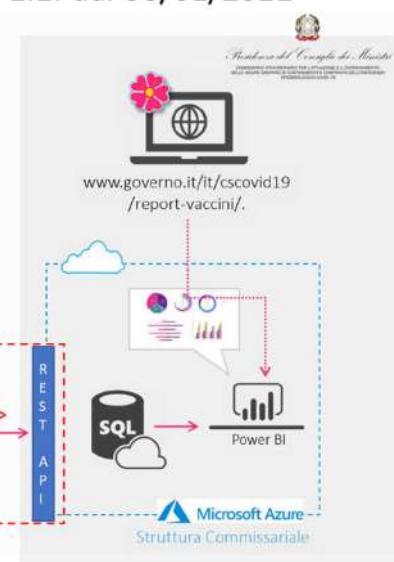
Schema di raccolta dei dati delle somministrazioni vaccini Covid-19 da parte del Ministero della Salute in AVN

Flusso Somministrazioni – Fase 0

API REST per invio csv Somministrazioni a Invitalia



V. 1.1: dal 08/01/2021



Strategia da adottare

Il MdS mantiene il ruolo di COORDINATORE NAZIONALE e di Issuer nazionale

- Il Ministero della Salute mantiene il ruolo di coordinatore e issuer nazionale sulla base dei dati trasmessi dalle regioni all'AVN e al Sistema Tessera Sanitaria, utilizzando l'infrastruttura che verrà ritenuta più idonea, sia per la richiesta da parte del cittadino sia per la produzione del certificato, nonché per l'interoperabilità con l'UE.
- Nell'attività di coordinamento sono previste le seguenti attività:
 - Verifica della disponibilità a livello nazionale dei 3 minimum data set necessari all'emissione del Digital Green Certificate e della qualità e completezza delle informazioni trasmesse dalle regioni.
 - Individuazione, in collaborazione con MITD e MEF, della piattaforma nazionale e degli strumenti di richiesta, produzione e verifica dei Digital Green Certificate.
 - Implementazione dell'interoperabilità con il gateway europeo.



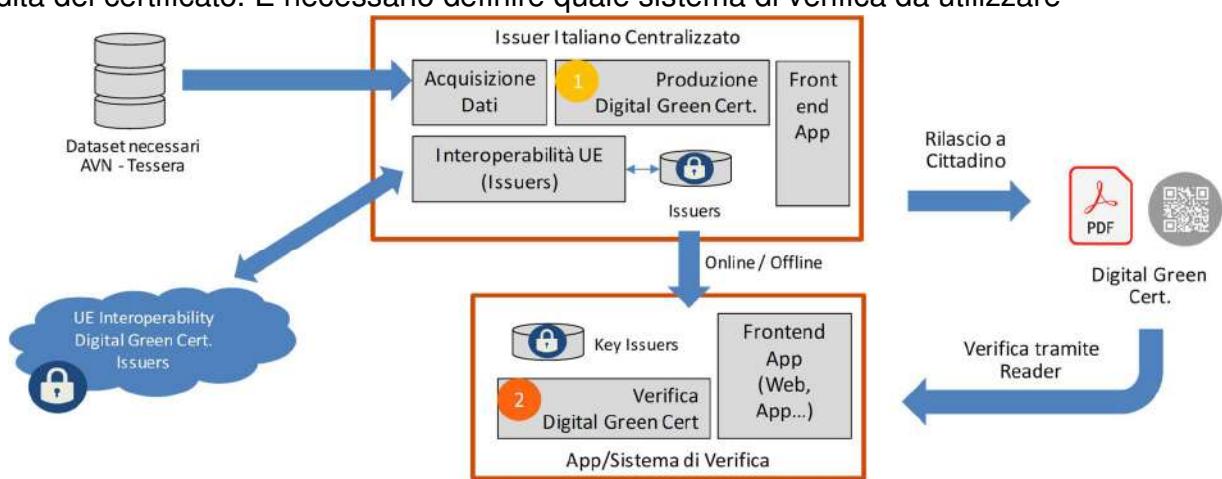
A livello infrastrutturale occorre che siano disponibili due componenti applicative:

- 1) A supporto della **produzione/stampa del certificato** da parte dell'issuer (il sistema deve raccogliere i dati di cui al set minimo di informazioni, codificarli sulla base di una chiave protetta utilizzata dall'ISSUER, creare/stampare il certificato comprensivo di QR Code con informazioni, Rilasciare il certificato al cittadino)
- 2) A supporto della **verifica e interpretazione** dei dati del certificato da parte del Reader, tramite lettura del QR Code.

Scenario implementativo

Utilizzo dei Flussi esistenti senza passare per FSE – Issuer nazionale centralizzato

Il Ministero della Salute acquisisce i dati sulle vaccinazioni effettuate tramite l'Anagrafe Nazionale Vaccini (AVN) e quelli sui tamponi effettuati tramite il sistema Tessera Sanitaria, e tramite l'infrastruttura che verrà ritenuta più idonea produce il certificato firmato con chiave privata. La relativa chiave/firma pubblica di verifica sarà presente in una directory europea centralizzata (EU Public Key Directory - gateway). L'interoperabilità con EU Public Key Directory è garantita dall'infrastruttura nazionale. Il reader scansiona il certificato con apposita App che possiede intrinsecamente il sistema di verifica, in quanto capace di interfacciarsi con la EU Public Key Directory, e riconosce la validità del certificato. È necessario definire quale sistema di verifica da utilizzare



PRO	CONTRO
Rapidità implementativa	Flussi e gestione non standard
Flussi informativi già pronti	FSE fuori dal processo di raccolta dati
Semplicità e robustezza architetturale	Rischi legati a responsabilità trattamento dati
Facile evoluzione e aggiornamento	

Gli scenari alternativi basati su FSE ed emissione del certificato in maniera distribuita sono stati scartati a seguito di una riunione con MEF – RGS, in quanto non ancora implementato l'indice nazionale nell'infrastruttura nazionale Interoperabilità (FSE-INI)

ATTIVITA' PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL CERTIFICATO VERDE DIGITALE (Digital Green Certificate – DGC) IN ITALIA

Al fine di assicurare la possibilità di rilasciare il certificato verde digitale agli assistiti del SSN, per la libera circolazione negli stati dell'UE, in attuazione della relativa proposta di Regolamento europeo, alla data del 15 aprile sono state realizzate le seguenti attività:

- **Costituzione GdL inter-istituzionale e del relativo Team operativo interdisciplinare**
 - 1 aprile riunione di insediamento GdL Inter-istituzionale (15 aprile seconda riunione)
 - 2 aprile riunione di insediamento team operativo (riunioni successive: 6 aprile, 13 aprile)
- **Partecipazione ai gruppi di lavoro tecnici europei, in ambito eHealth Network, per la definizione delle specifiche del DGC**
 - Inserimento dei referenti MITD, MEF, SOGEI nei gruppi europei eHN a cui già partecipava MdS
 - Partecipazione italiana nel gruppo degli quale stati membri pilota all'interoperabilità con il gateway europeo (come già fatto per la APP di contact tracing)
- **Verifica della disponibilità, qualità e completezza a livello nazionale dei 3 minimum data set con le Regioni**
 - Riunione plenaria con le regioni di presentazione del DGC (7 aprile)
 - Riunione con gruppo ristretto rappresentanti regionali (8 e 14 aprile)
Le regioni hanno accolto favorevolmente la proposta di un sistema centrale per l'emissione/validazione del DGC e sono disponibili a fornire i dati analitici (anche aggiuntivi) necessari per l'applicazione di algoritmi di emissione del DGC sulla base di regole uniche applicate a livello nazionale.
Avvieranno anche un'attività di verifica sui dati trasmessi (Vaccinazioni-Tamponi) per assicurare qualità e completezza
- **Definizione dell'architettura generale dell'infrastruttura nazionale e delle fonti informative nazionali (AVN per vaccinazioni, TS per tamponi) e canali di richiesta del DGC da parte del cittadino**
 - Proposta condivisa con le regioni che la PN-DGC venga alimentata con tutti i sistemi e servizi esistenti che potranno essere estesi ad ulteriori soggetti (es. sistema TS per MMG anche per tamponi rapidi in farmacia). Resta da chiarire chi deve emettere certificato di guarigione, solo MMG o anche specialistici, medici competenti, ASL, ecc
 - Entro martedì 20 saranno resi disponibili i seguenti documenti:
 - Gantt di progetto
 - High level document design (architettura end to end)
 - User journey con dettaglio casi d'uso
 - Definizione delle regole sanitarie da applicare negli algoritmi della PN-DGC per l'emissione del certificato (a cura del MdS sulla base dei casi d'uso)
 - Aspetti da disciplinare attraverso proposta normativa nazionale

- **Partecipazione ai lavori per la definizione del Regolamento**

Riunioni europee (COREPER) con aggiornamenti rispetto alla prima proposta

ATTIVITA' A SEGUIRE

I tempi di seguito indicati sono finalizzati a poter effettuare il **1 giugno 2021 il lancio del progetto nazionale** per il rilascio del Certificato Verde Digitale e dal **21 giugno 2021 l'interoperabilità europea** per la validazione degli stessi (ove approvata la relativa proposta di Regolamento europeo):

Dal 15 aprile al 31 maggio: Progettazione e sviluppo dell'architettura e delle funzioni di richiesta e verifica anche attraverso soluzioni multicanale (App, Web, TS ecc)

Entro 30 aprile: Adeguamenti normativi sulla raccolta e trattamento dei dati e verifica con Garante per la protezione dei dati personali sulle misure adottate e trattamenti effettuati

Dal 31 maggio: avvio test interoperabilità con gateway europeo

Dal 1 giugno: lancio del progetto nazionale attraverso apposita campagna di comunicazione e informazione alla cittadinanza

Dal 21 giugno: avvio interoperabilità con gateway europeo (previa adozione Regolamento europeo)

Sintesi

Il DGC è stato dunque immaginato come uno strumento flessibile per favorire la libera circolazione territoriale, attraverso una valutazione di progressivo abbassamento del rischio collegato essenzialmente agli effetti di immunizzazione derivanti dalla vaccinazione e/o da una accertata avvenuta guarigione, nonché agli esiti di un attendibile test (molecolare e/o antigenico) rispetto alla capacità di trasmissione del virus sars-cov-2.

La combinazione degli effetti certificabili di tali diverse situazioni sanitarie può concorrere ad una diversa regolazione della circolazione nella consapevolezza che : "The free movement of persons who do not pose a significant risk to public health,for

**example because
they are immune to and most likely cannot transmit SARS-CoV-2, should not be restricted, as such restrictions would not be necessary to achieve the objective pursued"**

Il rischio di trasmissione per i vaccinati ed i guariti è quasi sicuramente minore rispetto ai non immuni, ed unito ad altre misure di igiene e prevenzione riduce notevolmente i rischi per la salute pubblica.

Ogni Stato e' chiamato a declinare tali dati in coerenza con la specifica situazione epidemiologica salvaguardando il principio di non discriminazione, posto che al momento il possedere un certificato vaccinale non può essere una prerequisito per l'esercizio della libera circolazione. Tale raccomandazione, esposta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), trova il suo riscontro al momento attuale (marzo 2021) nella scarsità di evidenza scientifica riguardante l'efficacia della vaccinazione nel ridurre la trasmissione del virus e nella prevenzione dell'infezione da nuove varianti, nonché della disponibilità limitata dei vaccini stessi.

PROPOSTE DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME PER LA RIAPERTURA
DELLE ATTIVITA' DEI SEGUENTI SETTORI:

- RISTORAZIONE
- PALESTRE, PISCINE E STRUTTURE TERMALI
- CINEMA E SPETTACOLI DAL VIVO

Premessa

1. Gli indirizzi operativi contenuti nel documento “*Linee Guida per la riapertura delle attività economiche, produttive e ricreative*” (prima versione maggio 2020) si sono dimostrati efficaci per favorire l’applicazione delle misure di prevenzione e contenimento nei diversi settori economici trattati, consentendo una ripresa delle attività economiche e ricreative compatibile con la tutela della salute di utenti e lavoratori.
2. Pertanto si propone, in continuità con le precedenti Linee Guida, di mantenerne l’impostazione quale strumento sintetico e di immediata applicazione e altresì di integrare gli indirizzi in esse contenuti con alcuni nuovi elementi conoscitivi, legati all’evoluzione dello scenario epidemiologico e delle misure di prevenzione adottate, anche in un’ottica di semplificazione. In particolare, si è ritenuto più utile rimarcare le misure di prevenzione sicuramente efficaci, in luogo di misure che, pur diffusamente adottate, non aggiungono elementi di maggiore sicurezza.
3. La stessa finalità di semplificazione si traduce nella proposta di accorpate i molteplici settori economici e ricreativi in macro-aree, affini per profilo di rischio o per attività.
4. Si evidenzia che il presente documento individua i principi di carattere generale per contrastare la diffusione del contagio, quali norme igieniche e comportamentali, utilizzo dei dispositivi di protezione, distanziamento e *contact tracing*. Rientra nelle prerogative di associazioni di categoria e altri soggetti rappresentativi redigere ulteriori protocolli attuativi di dettaglio ed eventualmente più restrittivi, purché nel rispetto di tali principi generali, la cui attuazione deve essere garantita e soggetta a verifiche puntuali effettuate dalle competenti autorità locali.
5. I primi settori di cui alla presente proposta, da far ripartire con gradualità e previa valutazione da parte del Comitato Tecnico Scientifico, sono stati individuati sia perché rappresentano le attività maggiormente penalizzate dal meccanismo delle chiusure in base allo scenario, sia perché costituiscono settori in cui il rispetto delle misure previste è più concretamente realizzabile e controllabile rispetto alla pubblica via e ai comportamenti negativi (assembramenti) che vi si registrano.
6. Resta inteso, infine, che in base all’evoluzione dello scenario epidemiologico le misure indicate potranno essere rimodulate, anche in senso più restrittivo. Si evidenzia, altresì, che nella fase attuale nelle quale la campagna vaccinale è in corso e non risulta ancora raggiunta una copertura adeguata della popolazione, in considerazione delle indicazioni scientifiche internazionali che non escludono la possibilità che il soggetto vaccinato possa contagiarsi, pur senza sviluppare la malattia, e diffondere il contagio, si ritiene che allo stato attuale il possesso e la presentazione di certificazioni vaccinali non sostituisca il rispetto delle misure di prevenzione e contrasto della diffusione del contagio quali ad esempio il distanziamento interpersonale, l’utilizzo della mascherina, l’igienizzazione delle mani e delle superfici.

RISTORAZIONE

Le presenti indicazioni si applicano per ogni tipo di esercizio di somministrazione di pasti e bevande, quali ristoranti, trattorie, pizzerie, self-service, bar, pub, pasticcerie, gelaterie, rosticcerie (anche se collocati nell'ambito delle attività ricettive, all'interno di stabilimenti balneari e nei centri commerciali), nonché per l'attività di catering (in tal caso, se la somministrazione di alimenti avviene all'interno di una organizzazione aziendale terza, sarà necessario inoltre rispettare le misure di prevenzione disposte da tale organizzazione).

Le misure di seguito riportate, se rispettate, possono consentire lo svolgimento sia del servizio del pranzo, che della cena. Inoltre tali misure possono consentire il mantenimento del servizio anche in scenari epidemiologici definiti ad alto rischio purché integrate con strategie di screening/testing, anche in autosomministrazione.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità.
- Potrà essere rilevata la temperatura corporea, impedendo l'accesso in caso di temperatura >37,5 °C.
- Rendere disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani per i clienti e per il personale anche in più punti del locale, in particolare all'entrata e in prossimità dei servizi igienici, che dovranno essere puliti più volte al giorno.
- Adottare misure al fine di evitare assembramenti al di fuori del locale e delle sue pertinenze.
- Negli esercizi che somministrano pasti, privilegiare l'accesso tramite prenotazione e mantenere l'elenco dei soggetti che hanno prenotato per un periodo di 14 giorni. E' comunque consentito l'accesso, anche in assenza di prenotazioni, qualora gli spazi lo consentano, nel rispetto delle misure di prevenzione previste. In tali attività non possono essere continuativamente presenti all'interno del locale più clienti di quanti siano i posti a sedere;
- In tutti gli esercizi:
 - disporre i tavoli in modo da assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione tra i clienti di tavoli diversi negli ambienti al chiuso (estendibile fino a 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio) e di almeno 1 metro di separazione negli ambienti all'aperto (giardini, terrazze, plateatici, dehors), ad eccezione delle persone che in base alle disposizioni vigenti non siano soggetti al distanziamento interpersonale. Detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale. Tali distanze possono essere ridotte solo con barriere fisiche di separazione.
 - i clienti dovranno indossare la mascherina a protezione delle vie respiratorie in ogni occasione in cui non sono seduti al tavolo;
 - favorire la consultazione online del menu tramite soluzioni digitali, oppure predisporre menu in stampa plastificata, e quindi disinfectabile dopo l'uso, oppure cartacei a perdere;
 - al termine di ogni servizio al tavolo, assicurare pulizia e disinfezione delle superfici.

Negli esercizi che non dispongono di posti a sedere, consentire l'ingresso ad un numero limitato di clienti per volta, in base alle caratteristiche dei singoli locali, in modo da assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione (estendibile fino a 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio).

- Laddove possibile, privilegiare l'utilizzo degli spazi esterni (giardini, terrazze, plateatici, dehors), sempre nel rispetto del distanziamento di almeno 1 metro.
- Per la consumazione al banco assicurare il mantenimento della distanza interpersonale di almeno 1 metro tra i clienti (estendibile fino a 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio), ad eccezione delle

persone che in base alle disposizioni vigenti non siano soggetti al distanziamento interpersonale. Detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale.

- È possibile organizzare una modalità a buffet mediante somministrazione da parte di personale incaricato, escludendo la possibilità per i clienti di toccare quanto esposto e prevedendo in ogni caso, per clienti e personale, l'obbligo del mantenimento della distanza e l'obbligo dell'utilizzo della mascherina a protezione delle vie respiratorie. La modalità self-service può essere eventualmente consentita per buffet realizzati esclusivamente con prodotti confezionati in monodose. In particolare, la distribuzione degli alimenti dovrà avvenire con modalità organizzative che evitino la formazione di assembramenti anche attraverso una riorganizzazione degli spazi in relazione alla dimensione dei locali; dovranno essere altresì valutate idonee misure (es. segnaletica a terra, barriere, ecc.) per garantire il distanziamento interpersonale di almeno un metro durante la fila per l'accesso al buffet.
- Il personale di servizio a contatto con i clienti deve utilizzare la mascherina e deve procedere ad una frequente igiene delle mani con prodotti igienizzanti, prima di ogni servizio al tavolo.
- È obbligatorio mantenere aperte, a meno che le condizioni meteorologiche o altre situazioni di necessità non lo consentano, porte, finestre e vetrate al fine di favorire il ricambio d'aria naturale negli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti. In ogni caso, l'affollamento deve essere correlato alle portate effettive di aria esterna. Per gli impianti di condizionamento, è obbligatorio, se tecnicamente possibile, escludere totalmente la funzione di ricircolo dell'aria. In ogni caso vanno rafforzate ulteriormente le misure per il ricambio d'aria naturale e/o attraverso l'impianto, e va garantita la pulizia, ad impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati. Se tecnicamente possibile, va aumentata la capacità filtrante del ricircolo, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate. Nei servizi igienici va mantenuto in funzione continuata l'estrattore d'aria.
- La postazione dedicata alla cassa può essere dotata di barriere fisiche (es. schermi); in alternativa il personale deve indossare la mascherina e avere a disposizione gel igienizzante per le mani. In ogni caso, favorire modalità di pagamento elettroniche, possibilmente al tavolo.
- Sono consentite le attività ludiche che prevedono l'utilizzo di materiali di cui non sia possibile garantire una puntuale e accurata disinfezione (quali ad esempio carte da gioco), purché siano rigorosamente rispettate le seguenti indicazioni: obbligo di utilizzo di mascherina; igienizzazione frequente delle mani e della superficie di gioco; rispetto della distanza di sicurezza di almeno 1 metro tra giocatori dello stesso tavolo e di almeno 1 metro tra tavoli adiacenti (estendibile fino a 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio). Nel caso di utilizzo di carte da gioco è consigliata inoltre una frequente sostituzione dei mazzi di carte usati con nuovi mazzi.

PALESTRE e PISCINE

PALESTRE

Le presenti indicazioni si applicano a enti locali e soggetti pubblici e privati titolari di palestre, comprese le attività fisiche con modalità a corsi (senza contatto fisico interpersonale).

Le misure di seguito riportate, se rispettate, possono consentire il mantenimento dell'attività anche in scenari epidemiologici definiti ad alto rischio purché integrate con strategie di screening/testing, anche in autosomministrazione.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare.
- Redigere un programma delle attività il più possibile pianificato (es. con prenotazione) e regolamentare gli accessi in modo da evitare condizioni di assembramento e aggregazioni; mantenere l'elenco delle presenze per un periodo di 14 giorni.
- Potrà essere rilevata la temperatura corporea, impedendo l'accesso in caso di temperatura >37,5 °C.
- Organizzare gli spazi e le attività nelle aree spogliatoi e docce in modo da assicurare le distanze di almeno 2 metri (ad esempio prevedere postazioni d'uso alternate) o separare le postazioni con apposite barriere.
- Regolamentare i flussi, gli spazi di attesa, l'accesso alle diverse aree, il posizionamento di attrezzi e macchine, anche delimitando le zone, al fine di garantire la distanza di sicurezza:
 - almeno 1 metro per le persone mentre non svolgono attività fisica;
 - almeno 2 metri durante l'attività fisica.
- Dotare l'impianto/struttura di dispenser con prodotti igienizzanti per l'igiene delle mani dei frequentatori/clienti/ospiti in punti ben visibili, prevedendo l'obbligo dell'igiene delle mani all'ingresso e in uscita.
- Dopo l'utilizzo da parte di ogni singolo soggetto, il responsabile della struttura assicura la disinfezione della macchina o degli attrezzi usati.
- Gli attrezzi e le macchine che non possono essere disinfettati non devono essere usati.
- Garantire la frequente pulizia e disinfezione dell'ambiente, di attrezzi e macchine (anche più volte al giorno, ad esempio tra un turno di accesso e l'altro), e comunque la disinfezione di spogliatoi (compresi armadietti) a fine giornata.
- Non condividere borracce, bicchieri e bottiglie e non scambiare con altri utenti oggetti quali asciugamani, accappatoi o altro.
- Utilizzare in palestra apposite calzature previste esclusivamente a questo scopo.
- Tutti gli indumenti e oggetti personali devono essere riposti dentro la borsa personale, anche qualora depositati negli appositi armadietti; si raccomanda di non consentire l'uso promiscuo degli armadietti e di mettere a disposizione sacchetti per riporre i propri effetti personali.
- È obbligatorio mantenere aperte, a meno che le condizioni meteorologiche o altre situazioni di necessità non lo consentano, porte, finestre e vetrine al fine di favorire il ricambio d'aria naturale negli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata

l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti. In ogni caso, l'affollamento deve essere correlato alle portate effettive di aria esterna. Per gli impianti di condizionamento, è obbligatorio, se tecnicamente possibile, escludere totalmente la funzione di ricircolo dell'aria. In ogni caso vanno rafforzate ulteriormente le misure per il ricambio d'aria naturale e/o attraverso l'impianto, e va garantita la pulizia, ad impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati. Se tecnicamente possibile, va aumentata la capacità filtrante del ricircolo, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate. Nei servizi igienici va mantenuto in funzione continuata l'estrattore d'aria.

PISCINE PER L'ATTIVITÀ NATATORIA

Le misure di seguito riportate, se rispettate, possono consentire il mantenimento dell'attività anche in scenari epidemiologici definiti ad alto rischio purché integrate con strategie di screening/testing, anche in autosomministrazione.

Le presenti indicazioni si applicano alle piscine pubbliche e alle piscine finalizzate ad uso collettivo inserite in strutture già adibite in via principale ad altre attività ricettive (es. pubblici esercizi, agrituristiche, camping, etc.) ove sia consentito l'uso natatorio. Sono escluse le piscine ad usi speciali di cura, di riabilitazione e termale, nonché le piscine inserite in parchi tematici o strutture ricettive, balneari o di ristorazione ove non sia consentita l'attività natatoria, per le quali, limitatamente all'indice di affollamento, sono previste specifiche indicazioni.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione. I frequentatori devono rispettare rigorosamente le indicazioni impartite dagli istruttori e assistenti ai bagnanti. Il gestore dovrà prevedere opportuna segnaletica, incentivando la divulgazione dei messaggi attraverso monitor e/o maxi-schermi, per facilitare la gestione dei flussi e la sensibilizzazione riguardo i comportamenti, mediante adeguata segnaletica.
- Potrà essere rilevata la temperatura corporea, impedendo l'accesso in caso di temperatura > 37,5 °C.
- Redigere un programma delle attività il più possibile pianificato in modo da dissuadere eventuali condizioni di aggregazioni e da regolamentare i flussi degli spazi di attesa e nelle varie aree per favorire il rispetto del distanziamento sociale di almeno 2 metri, ad eccezione delle persone che in base alle disposizioni vigenti non siano soggette al distanziamento interpersonale; detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale. Se possibile prevedere percorsi divisi per l'ingresso e l'uscita.
- Privilegiare l'accesso agli impianti tramite prenotazione e mantenere l'elenco delle presenze per un periodo di 14 giorni.
- Organizzare gli spazi e le attività nelle aree spogliatoi e docce in modo da assicurare le distanze di almeno 2 metri (ad esempio prevedere postazioni d'uso alternate) o separare le postazioni con apposite barriere.
- Tutti gli indumenti e oggetti personali devono essere riposti dentro la borsa personale, anche qualora depositati negli appositi armadietti; si raccomanda di non consentire l'uso promiscuo degli armadietti e di mettere a disposizione sacchetti per riporre i propri effetti personali.
- Dotare l'impianto/struttura di dispenser con prodotti igienizzanti per l'igiene delle mani dei frequentatori/clienti/ospiti in punti ben visibili all'entrata, prevedendo l'obbligo dell'igiene delle mani all'ingresso e in uscita. Altresì prevedere i dispenser nelle aree di frequente transito, nell'area solarium o in aree strategiche in modo da favorire da parte dei frequentatori l'igiene delle mani
- La densità di affollamento in vasca è calcolata con un indice di 7 mq di superficie di acqua a persona. Per le aree solarium e verdi, assicurare un distanziamento tra gli ombrelloni (o altri sistemi di ombreggio) in modo da garantire una superficie di almeno 10 m² per ogni ombrellone; tra le attrezzature (lettini, sedie a sdraio), quando non posizionate nel posto ombrellone, deve essere garantita una distanza di almeno 1 m.

Il gestore pertanto è tenuto, in ragione delle aree a disposizione, a calcolare e a gestire le entrate dei frequentatori nell'impianto in base agli indici sopra riportati.

- Si richiama alle consuete misure di sicurezza e igiene indipendenti dal rischio COVID e che per comodità si riassumono:
 - Al fine di assicurare un livello di protezione dall'infezione assicurare l'efficacia della filiera dei trattamenti dell'acqua e il limite del parametro cloro attivo libero in vasca compreso tra 1,0 - 1,5 mg/l; cloro combinato ≤ 0,40 mg/l; pH 6,5 – 7,5. Si fa presente che detti limiti devono rigorosamente essere assicurati in presenza di bagnanti. La frequenza dei controlli sul posto dei parametri di cui sopra è non meno di due ore. Dovranno tempestivamente essere adottate tutte le misure di correzione in caso di non conformità, come pure nell'approssimarsi del valore al limite tabellare.
 - Prima di entrare nell'acqua di vasca provvedere ad una accurata doccia saponata su tutto il corpo; è obbligatorio l'uso della cuffia; è vietato sputare, soffiarsi il naso, urinare in acqua; ai bambini molto piccoli far indossare i pannolini contenitivi.
 - Per quanto riguarda le piscine alimentate ad acqua di mare, ove previsto, mantenere la concentrazione di disinettante nell'acqua, nei limiti raccomandati e nel rispetto delle norme e degli standard internazionali, preferibilmente nei limiti superiori della portata. In alternativa, attivare i trattamenti fisici ai limiti superiori della portata o il massimo ricambio dell'acqua in vasca sulla base della portata massima della captazione.
- Regolare e frequente pulizia e disinfezione delle aree comuni, spogliatoi, cabine, docce, servizi igienici, cabine, attrezzature (sdraio, sedie, lettini, incluse attrezzature galleggianti, natanti etc.).
- È obbligatorio mantenere aperte, a meno che le condizioni meteorologiche o altre situazioni di necessità non lo consentano, porte, finestre e vetrate al fine di favorire il ricambio d'aria naturale negli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti. In ogni caso, l'affollamento deve essere correlato alle portate effettive di aria esterna. Per gli impianti di condizionamento, è obbligatorio, se tecnicamente possibile, escludere totalmente la funzione di ricircolo dell'aria. In ogni caso vanno rafforzate ulteriormente le misure per il ricambio d'aria naturale e/o attraverso l'impianto, e va garantita la pulizia, ad impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati. Se tecnicamente possibile, va aumentata la capacità filtrante del ricircolo, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate. Nei servizi igienici va mantenuto in funzione continuata l'estrattore d'aria.
- Le attrezzature come ad es. lettini, sedie a sdraio, ombrelloni etc. vanno disinfezati ad ogni cambio di persona o nucleo familiare. Diversamente la disinfezione deve essere garantita ad ogni fine giornata. Evitare l'uso promiscuo di oggetti e biancheria: l'utente dovrà accedere alla piscina munito di tutto l'occorrente.
- Le piscine finalizzate a gioco acquatico devono essere convertite in vasche per la balneazione.
- Si raccomanda ai genitori/accompagnatori di avere cura di sorvegliare i bambini per il rispetto del distanziamento e delle norme igienico-comportamentali compatibilmente con il loro grado di autonomia e l'età degli stessi.
- Le vasche che non consentono il rispetto delle indicazioni del presente documento per inefficacia dei trattamenti (es. piscine gonfiabili), mantenimento del disinettante cloro attivo libero o impossibilità di assicurare la distanza interpersonale, devono essere interdette all'uso.
- Tutte le misure dovranno essere integrate nel documento di autocontrollo in un apposito allegato aggiuntivo dedicato al contrasto dell'infezione da SARS-CoV-2.

- Per quanto riguarda le piscine alimentate ad acqua di mare, ove previsto, mantenere la concentrazione di disinettante nell'acqua, nei limiti raccomandati e nel rispetto delle norme e degli standard internazionali, preferibilmente nei limiti superiori della portata. In alternativa, attivare i trattamenti fisici ai limiti superiori della portata o il massimo ricambio dell'acqua in vasca sulla base della portata massima della captazione.

STRUTTURE TERMALI

Le presenti indicazioni si applicano alle strutture termali e ai centri benessere, anche inseriti all'interno di strutture ricettive, e alle diverse attività praticabili in tali strutture (collettive e individuali) quali: fangoterapia, fango-balneoterapia, balneoterapia (vasca singola o piscina), irrigazioni vaginali, cicli di cura della sordità rinogena (insufflazioni), prestazioni idrotermali rivolte a pazienti affetti da vasculopatie periferiche, cure inalatorie (inalazioni, nebulizzazioni, aerosol, humages), terapia idropinica, cicli di cura della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione motoria del motusleso e della riabilitazione della funzione respiratoria, prestazioni di antroterapia (grotte e stufe). Le presenti indicazioni vanno integrate, in funzione dello specifico contesto, con quelle relative alle piscine per l'attività natatoria e ai servizi di ristorazione.

Prima della riapertura dei centri e dell'erogazione delle prestazioni termali, è necessario eseguire adeguate opere di prevenzione e controllo del rischio di contaminazione del sistema idrico (es. contaminazione da Legionella).

Le misure di seguito riportate, se rispettate, possono consentire il mantenimento del servizio anche in scenari epidemiologici definiti ad alto rischio purché integrate con strategie di screening/testing, anche in autosomministrazione.

Indicazioni di carattere generale

- Garantire un'adeguata informazione e sensibilizzazione degli utenti sulle misure igieniche e comportamentali utili a contenere la trasmissione del SARS-CoV-2, anche facendo appello al senso di responsabilità individuale, e coinvolgendo, se presenti, il Direttore Sanitario e/o il Medico Termalista. I messaggi devono essere comprensibili ad eventuali utenti di altra nazionalità e possono essere veicolati attraverso apposita segnaletica e cartellonistica, consegna di informative, promozione e rinforzo del rispetto delle misure igieniche da parte del personale addetto.
- Prima dell'accesso alle strutture termali o centri benessere, potrà essere rilevata la temperatura corporea, impedendo l'accesso in caso di temperatura $>37,5$ °C. Per i pazienti, la misurazione viene effettuata nel corso della visita medica di accettazione.
- Redigere un programma il più possibile pianificato delle attività per prevenire eventuali condizioni di aggregazioni e regolamentare i flussi negli spazi comuni, di attesa e nelle varie aree del centro per favorire il rispetto del distanziamento interpersonale di almeno 2 metri (ad eccezione delle persone che in base alle disposizioni vigenti non siano soggette al distanziamento interpersonale; detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale). Se possibile prevedere percorsi divisi per l'ingresso e l'uscita.
- Privilegiare l'accesso alle strutture e ai singoli servizi tramite prenotazione e mantenere l'elenco delle presenze per un periodo di 14 giorni.
- Dotare l'impianto/struttura di dispenser con prodotti igienizzanti per l'igiene delle mani dei frequentatori/clienti/ospiti in punti ben visibili all'entrata e in aree strategiche per favorirne il frequente utilizzo.
- La postazione dedicata alla cassa e alla reception può essere dotata di barriere fisiche (es. schermi); in alternativa il personale deve indossare la mascherina e avere a disposizione prodotti igienizzanti per le mani. In ogni caso, favorire modalità di pagamento elettroniche, eventualmente in fase di prenotazione. L'addetto al servizio di ricevimento deve provvedere, alla fine di ogni turno di lavoro, alla pulizia del piano di lavoro e delle attrezzature check-in e check-out ove possibile.

- Gli ospiti devono sempre indossare la mascherina nelle aree comuni al chiuso, mentre il personale è tenuto all'utilizzo della mascherina sempre in presenza dei clienti e comunque in ogni circostanza in cui non sia possibile garantire la distanza interpersonale di almeno un metro.
- Organizzare gli spazi e le attività nelle aree spogliatoi e docce in modo da assicurare le distanze di almeno 2 metri (ad esempio prevedere postazioni d'uso alternate) o separare le postazioni con apposite barriere. In tutti gli spogliatoi o negli spazi dedicati al cambio, gli indumenti e oggetti personali devono essere riposti dentro la borsa personale, anche qualora depositati negli appositi armadietti; si raccomanda di non consentire l'uso promiscuo degli armadietti e di mettere a disposizione sacchetti per riporre i propri effetti personali.
- Per i servizi termali che lo richiedono in base alle normative vigenti, in sede di visita medica di ammissione alle cure, porre particolare attenzione ad eventuale sintomatologia sospetta per COVID-19. Per le visite mediche e le visite specialistiche eventualmente effettuate all'interno delle strutture termali si rimanda alle indicazioni per l'erogazione in sicurezza delle prestazioni sanitarie.
- Regolamentare la disposizione delle attrezzature all'aperto (sedie a sdraio, lettino) attraverso percorsi dedicati in modo da garantire una superficie di almeno 10 m² per ogni ombrellone (o altri sistemi di ombreggio); tra le attrezzature (lettini, sedie a sdraio), quando non posizionate nel posto ombrellone, deve essere garantita una distanza di almeno 1 m all'aperto o di almeno 2 metri al chiuso per favorire un distanziamento interpersonale tra persone non appartenenti allo stesso nucleo familiare o conviventi. Il gestore pertanto è tenuto, in ragione delle aree a disposizione, a calcolare e a gestire le entrate dei frequentatori nell'impianto in base agli indici sopra riportati.
- Le attrezzature vanno disinfectate ad ogni cambio di persona o nucleo familiare. In ogni caso, la disinfezione deve essere garantita ad ogni fine giornata.
- Evitare l'uso promiscuo di oggetti e biancheria: l'utente dovrà accedere al servizio munito di tutto l'occorrente, preferibilmente fornito dalla stessa struttura. Per tutte le attività nei diversi contesti prevedere sempre l'utilizzo del telo personale per le sedute.
- Dovrà essere perseguito il maggiore distanziamento possibile tra eventuali ombrelloni previsti per il solarium e per le distese dedicate e, comunque, nel rispetto del limite minimo di distanza tra ombrelloni della stessa fila e tra file che garantisca una superficie minima ad ombrellone di 10 mq a paletto. In caso di utilizzo di altri sistemi di ombreggio andranno comunque garantite aree di distanziamento equivalenti a quelle garantite dal posizionamento degli ombrelloni.
- Si rammentano le consuete norme di sicurezza igienica in acqua di piscina e nel centro benessere, così come prima di ogni trattamento alla persona: prima di entrare provvedere ad una accurata doccia saponata su tutto il corpo.
- Regolare e frequente pulizia e disinfezione delle aree comuni, spogliatoi, cabine, docce, servizi igienici, attrezzature (sdraio, sedie, lettini, incluse attrezzature galleggianti), con particolare attenzione ad oggetti e superfici toccate con più frequenza (es. maniglie, interruttori, corrimano, etc.).
- Provvedere ad adeguata formazione del personale della struttura.
- Per le attività di ristorazione si rimanda alla scheda tematica specifica. Non è consentito comunque il consumo di alimenti negli ambienti termali o del centro benessere che non consentano un servizio corrispondente a quello previsto per le attività di ristorazione.
- È obbligatorio mantenere aperte, a meno che le condizioni meteorologiche o altre situazioni di necessità non lo consentano, porte, finestre e vetrate al fine di favorire il ricambio d'aria naturale negli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti. In ogni caso, l'affollamento deve essere correlato alle portate effettive di aria esterna. Per gli impianti di condizionamento, è obbligatorio, se tecnicamente possibile, escludere totalmente la funzione

di ricircolo dell'aria. In ogni caso vanno rafforzate ulteriormente le misure per il ricambio d'aria naturale e/o attraverso l'impianto, e va garantita la pulizia, ad impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati. Se tecnicamente possibile, va aumentata la capacità filtrante del ricircolo, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate. Nei servizi igienici va mantenuto in funzione continuata l'estrattore d'aria.

Piscine termali

- Prevedere piano di contingentamento degli accessi alle piscine con particolare attenzione agli ambienti interni e agli spazi chiusi. Prevedere, dove possibile, percorsi obbligati di accesso e uscita dalle piscine e dalle aree verdi per favorire il distanziamento.
- La densità di affollamento in vasca è calcolata con un indice di 7 mq di superficie di acqua a persona per le piscine dove le dimensioni e le regole dell'impianto consentono l'attività natatoria; qualora non sia consentita l'attività natatoria, è sufficiente calcolare un indice di 4 mq di superficie di acqua a persona. Il gestore pertanto è tenuto, in ragione delle aree a disposizione, a calcolare e a gestire le entrate dei frequentatori nell'impianto.
- Favorire le piscine esterne per le attività collettive (es. acquabike, acquagym) e limitare l'utilizzo di spazi interni. Durante le attività collettive, limitare il numero di partecipanti al fine di garantire il distanziamento interpersonale di almeno 2 metri, con particolare attenzione a quelle che prevedono attività fisica più intensa. Negli ambienti interni, attendere almeno 1 ora tra un'attività collettiva e la seguente, arieggiando adeguatamente il locale.
- Le vasche o le zone idromassaggio che non possono rispettare le superfici di acqua per persona come al punto precedente dovranno essere utilizzate da un solo bagnante, fatta eccezione per appartenenti allo stesso nucleo familiare o conviventi, persone che occupano la stessa camera o che in base alle disposizioni vigenti non siano soggetti al distanziamento interpersonale. Detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale.
- L'attività di idrokinesiterapia deve essere effettuata quanto più possibile in vasche dedicate, che permettano all'operatore di indicare i movimenti al paziente rimanendo fuori dall'acqua, ad eccezione dei casi in cui la presenza dell'operatore in acqua sia indispensabile (es. assistenza ad un paziente disabile). In tal caso, se possibile, l'operatore e il cliente devono indossare la mascherina per la protezione delle vie respiratorie. Al termine di ogni seduta, eventuali strumenti devono essere disinfezati.
- Ove previsto, mantenere la concentrazione di disinsettante nell'acqua, nei limiti raccomandati e nel rispetto delle norme e degli standard internazionali, preferibilmente nei limiti superiori della portata. In alternativa, attivare i trattamenti fisici ai limiti superiori della portata o il massimo ricambio dell'acqua in vasca sulla base della portata massima della captazione.

Trattamenti inalatori

- Relativamente alle terapie inalatorie ricomprese nei LEA, finalizzate al trattamento di patologie otorinolaringoiatriche e respiratorie e che siano individuali, gli stabilimenti dovranno garantire, oltre ad un'anamnesi molto accurata e specifica relativamente alla presenza di sintomi COVID-19 correlati ed eventuali contatti noti con casi di COVID-19, le seguenti misure:
 - tutte le terapie siano effettuate nel rispetto delle distanze interpersonali (da garantire anche con l'occupazione alterna delle postazioni);
 - le postazioni vengano sanificate accuratamente tra l'erogazione della prestazione a un paziente e il successivo, definendo protocolli di verifica dell'efficacia della sanificazione;
 - i locali devono essere dotati di efficiente ricambio d'aria, come previsto dalla vigente normativa e dalle indicazioni in materia dell'ISS, al fine di garantire sia la circolazione dell'aria che gli opportuni ricambi.

- Sono inibiti i trattamenti inalatori in forma collettiva, l'anteroterapia in stufa o grotta, le inalazioni a getto di vapore, a meno che lo stabilimento disponga di postazioni singole isolate e si provveda alla sanificazione completa dell'ambiente fra un paziente e il successivo.

CINEMA E SPETTACOLI DAL VIVO

Le presenti indicazioni si applicano a sale cinematografiche, teatri, circhi, teatri tenda, arene e spettacoli in genere, anche viaggianti.

Le misure di seguito riportate, se rispettate, possono consentire il mantenimento dell'attività anche in scenari epidemiologici definiti ad alto rischio purché integrate con strategie di screening/testing, anche in autosomministrazione.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
- Riorganizzare gli spazi, per garantire l'accesso in modo ordinato, al fine di evitare assembramenti di persone e di assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione tra gli utenti, ad eccezione dei componenti dello stesso nucleo familiare o conviventi o per le persone che in base alle disposizioni vigenti non siano soggette al distanziamento interpersonale (detto aspetto afferisce alla responsabilità individuale). Se possibile organizzare percorsi separati per l'entrata e per l'uscita.
- Privilegiare, se possibile, l'accesso tramite prenotazione e mantenere l'elenco delle presenze per un periodo di 14 giorni.
- Potrà essere rilevata la temperatura corporea, impedendo l'accesso in caso di temperatura > 37,5 °C.
- La postazione dedicata alla reception e alla cassa deve essere dotata di barriere fisiche (es. schermi); in ogni caso, favorire modalità di pagamento elettroniche.
- Rendere disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani per i clienti e per il personale anche in più punti del locale, in particolare all'entrata e in prossimità dei servizi igienici, che dovranno essere puliti più volte al giorno.
- Non è consentito assistere in piedi allo spettacolo.
- Ottimizzare l'assegnazione dei posti distribuendo gli spettatori in maniera omogenea negli spazi consentiti al fine di garantire il massimo distanziamento possibile tra le persone.
- I posti a sedere (comprese, se consentite, postazioni prive di una seduta fisica vera e propria) dovranno prevedere un distanziamento minimo, tra uno spettatore e l'altro, sia frontalmente che lateralmente, di almeno 1 metro (con l'obbligo di utilizzo della mascherina a protezione delle vie respiratorie) o, in alternativa, di almeno 2 metri (con la facoltà di non indossare la mascherina a protezione delle vie respiratorie finché si rimane seduti al proprio posto).
- Tutti gli spettatori devono indossare la mascherina dall'ingresso fino al raggiungimento del posto (per i bambini valgono le norme generali) e comunque ogni qualvolta ci si allontani dallo stesso, incluso il momento del deflusso. La mascherina va indossata anche al posto a meno che non sia garantita la distanza di almeno 2 metri (vedi punto precedente).

- L'eventuale interazione tra artisti e pubblico deve garantire il rispetto delle raccomandazioni igienico-comportamentali ed in particolare il distanziamento tra artisti e pubblico di almeno 2 metri.
- Per il personale devono essere utilizzati idonei dispositivi di protezione delle vie aeree negli spazi condivisi e/o a contatto con il pubblico.
- Garantire la frequente pulizia e disinfezione, almeno al termine di ogni giornata, di tutti gli ambienti, locali e attrazioni, con particolare attenzione alle aree comuni e alle superfici toccate con maggiore frequenza (corrimano, interrutori della luce, pulsanti degli ascensori, maniglie di porte e finestre, ecc.).
- È obbligatorio mantenere aperte, a meno che le condizioni meteorologiche o altre situazioni di necessità non lo consentano, porte, finestre e vetrate al fine di favorire il ricambio d'aria naturale negli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti. In ogni caso, l'affollamento deve essere correlato alle portate effettive di aria esterna. Per gli impianti di condizionamento, è obbligatorio, se tecnicamente possibile, escludere totalmente la funzione di ricircolo dell'aria. In ogni caso vanno rafforzate ulteriormente le misure per il ricambio d'aria naturale e/o attraverso l'impianto, e va garantita la pulizia, ad impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati. Se tecnicamente possibile, va aumentata la capacità filtrante del ricircolo, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate. Nei servizi igienici va mantenuto in funzione continuata l'estrattore d'aria.
- Nei guardaroba, gli indumenti e oggetti personali devono essere riposti in appositi sacchetti porta abiti.
- Per eventuale servizio di ristorazione, attenersi alla specifica scheda tematica.

PRODUZIONI LIRICHE, SINFONICHE ED ORCHESTRALI E SPETTACOLI MUSICALI

Nel rispetto delle misure di carattere generale sopra riportate, le seguenti indicazioni integrative costituiscono indirizzi specifici per le produzioni liriche e sinfoniche e per gli spettacoli musicali. Si precisa che, nella eventuale fase di sospensione degli spettacoli, le presenti indicazioni valgono per le rispettive prove.

- L'entrata e l'uscita dal palco dovrà avvenire indossando la mascherina, che potrà essere tolta durante l'esecuzione della prestazione artistica se sono mantenute le distanze interpersonali, e in maniera ordinata, mantenendo il distanziamento interpersonale, dando precedenza a coloro che dovranno posizionarsi nelle postazioni più lontane dall'accesso (in fase di uscita dal palco, si procederà con l'ordine inverso).
- I Professori d'orchestra dovranno mantenere la distanza interpersonale di almeno 1 metro; per gli strumenti a fiato, la distanza interpersonale minima sarà di 1,5 metri; per il Direttore d'orchestra, la distanza minima con la prima fila dell'orchestra dovrà essere di 2 metri. Tali distanze possono essere ridotte solo ricorrendo a barriere fisiche, anche mobili, adeguate a prevenire il contagio tramite droplet.
- Per gli ottoni, ogni postazione dovrà essere provvista di una vaschetta per la raccolta della condensa, contenente liquido disinfettante.
- I componenti del coro dovranno mantenere una distanza interpersonale laterale di almeno 1 metro e almeno 2 metri tra le eventuali file del coro e dagli altri soggetti presenti sul palco. Tali distanze possono essere ridotte solo ricorrendo a barriere fisiche, anche mobili, adeguate a prevenire il contagio tramite droplet.
- Si dovrà evitare l'uso di spogliatoi promiscui e privilegiare l'arrivo in teatro degli orchestrali già in abito da esecuzione.

PRODUZIONI TEATRALI

Nel rispetto delle misure di carattere generale sopra riportate, le seguenti indicazioni integrative costituiscono indirizzi specifici per il personale impegnato nelle produzioni teatrali e coreutiche (artisti, costumisti, truccatori, regista, assistenti, produttori, tecnici, etc.). Si precisa che, nella fase di sospensione degli spettacoli, le presenti indicazioni valgono per le rispettive prove.

- L'accesso alla struttura che ospita le prove deve avvenire in maniera ordinata, mantenendo il distanziamento interpersonale; lo stesso distanziamento va garantito al termine delle prove in uscita dalla struttura.
- Negli spazi comuni che consentono di accedere ai camerini degli artisti, al laboratorio sartoriale, alla sala/area trucco ed ai locali/aree che ospitano i sistemi di gestione delle luci e dei suoni, all'ufficio di produzione, etc. deve essere mantenuto il distanziamento interpersonale e individuati passaggi che consentano di escludere interferenze.
- L'uso promiscuo dei camerini è da evitare salvo assicurare un adeguato distanziamento interpersonale unito ad una adeguata pulizia delle superfici.
- Il personale (artisti, addetti a lavorazioni presso i laboratori di scenotecnica e sartoria, addetti allestimento e disallestimento della scenografia, etc.) deve indossare la mascherina quando l'attività non consente il rispetto del distanziamento interpersonale. Questa misura non viene applicata per i nuclei familiari, i conviventi e le persone che in base alle disposizioni vigenti non sono soggette al distanziamento interpersonale (detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale).
- Per la preparazione degli artisti, trucco e acconciatura, si applicano le indicazioni previste per i settori di riferimento; per la vestizione, l'operatore e l'attore per il periodo in cui devono mantenere la distanza inferiore a 1 metro devono indossare una mascherina a protezione delle vie aeree, l'operatore deve indossare anche i guanti.
- Gli oggetti eventualmente utilizzati per la scena devono essere manipolati dagli attori muniti di guanti.
- I costumi di scena dovranno essere individuali; non potranno essere condivisi dai singoli artisti prima di essere stati igienizzati.

PRODUZIONI DI DANZA

Oltre alle misure di carattere generale e a quelle previste per le produzioni teatrali, data la specificità delle attività di danza, si ritiene di precisare ulteriori misure per questa disciplina.

Premesso che le principali misure di prevenzione del contagio (distanziamento, l'igiene delle mani e delle superfici e la prevenzione della dispersione di droplet tramite l'utilizzo di mascherine e visiere) sono di difficile attuazione nella pratica della danza, devono essere prese in considerazione anche altre misure di mitigazione, definite dalle singole compagnie e mutuate dai protocolli per gli allenamenti sportivi messi a punto per lo sportivo professionista di squadra, a cui la categoria "danzatori" può considerarsi assimilabile.

In generale, gli allenamenti/spettacoli di una compagnia di danza si svolgono solitamente in una struttura apposita (la sala prove o il palcoscenico) assimilabile ad una palestra.

In particolare, vanno attuate:

- la riduzione del numero totale delle persone (compresi eventuali accompagnatori) presenti nel sito, anche tramite turni;
- la riorganizzazione delle attività e la formazione sulle stesse, ricorrendo anche a strumenti di collegamento a distanza;

- l'obbligo, per i danzatori, quando non direttamente impegnati in allenamento/spettacolo, di mantenere la distanza di almeno 1 metro tra loro e gli altri operatori presenti e di indossare la mascherina.

BOZZA

Roma, 15 aprile 2021