



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

Verbale n. 162 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 05 marzo 2021

	PRESENTE	ASSENTE
Agostino MIOZZO	X	
Fabio CICILIANO	X	
Massimo ANTONELLI	X	
Giovannella BAGGIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Giovanni BAGLIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Roberto BERNABEI	IN VIDEOCONFERENZA	
Silvio BRUSAFFERO	IN VIDEOCONFERENZA	
Ranieri GUERRA	IN VIDEOCONFERENZA	
Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Sergio IAVICOLI	IN VIDEOCONFERENZA	
Giuseppe IPPOLITO	X	
Franco LOCATELLI		X
Nicola MAGRINI	PRESENTE Ammassari in rappresentanza di AIFA	
Francesco MARAGLINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Rosa Marina MELILLO	IN VIDEOCONFERENZA	
Nausicaa ORLANDI		X
Flavia PETRINI	IN VIDEOCONFERENZA	
Kyriakoula PETROPULACOS	X	
Giovanni REZZA	IN VIDEOCONFERENZA	
Luca RICHELDI	IN VIDEOCONFERENZA	
Nicola SEBASTIANI		X
Andrea URBANI	IN VIDEOCONFERENZA	
Alberto VILLANI	X	
Alberto ZOLI	IN VIDEOCONFERENZA	

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLAiate~~



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

È presente il Capo del Dipartimento della Protezione Civile Fabrizio Curcio.

La seduta inizia alle ore 14,10.

Il nuovo Capo del Dipartimento della Protezione Civile apre la riunione ringraziando il CTS per il lavoro finora svolto e condivide con i componenti del Comitato la necessità di un'azione sinergica tra DPC e CTS per rafforzare l'azione di supporto tecnico-scientifico al nuovo Governo, al fine di garantire la continuazione della gestione della pandemia ed il sostegno delle diverse Istituzioni chiamate a partecipare in maniera corale alla gestione dell'emergenza.

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

Il Comitato Tecnico Scientifico ha acquisito i dati epidemiologici ricevuti in data odierna ed aggiornati al periodo settimanale di riferimento 22/02/2021 – 28/02/2021 (allegato), trasmessi da ISS relativamente 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.

Il CTS viene reso edotto delle risultanze dei dati, nonché del Report Nazionale concernente l'aggiornamento epidemiologico e la resilienza dei servizi territoriali e dei servizi assistenziali (allegato), del Rapporto definitivo ISS-ISTAT “Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020” (allegato) e del documento concernente la *flash survey* relativa alla “Prevalenza

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROCCOLATE~~



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

delle varianti VOC 202012/01 (ovvero lineage B.1.1.7-Regno Unito), P1 (ovvero Brasiliana), e 501.V2 (ovvero lineage B.1.351- Sud Africana) in Italia. Indagine del 18 febbraio 2021" realizzata da ISS (allegato).

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 rilevato per la quinta settimana consecutiva un peggioramento nel livello generale del rischio.

L'indice di trasmissibilità Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,06 (range 0,98-1,20), in aumento e >1 per la prima volta dopo sette settimane.

Nella settimana di monitoraggio si evidenzia un ulteriore incremento dell'incidenza a livello nazionale che ha raggiunto 194,87 casi/100.000 abitanti in 7gg. (Vs 145,16 casi/100.000 abitanti in 7gg. della scorsa settimana).

In cinque Regioni/PPAA è stata riscontrata un'incidenza superiore a 250 casi/100.000 in 7gg.: Provincia Autonoma di Trento (385,02/100.000 abitanti), Provincia Autonoma di Bolzano (376,99/100.000 abitanti), Emilia-Romagna (342,08/100.000 abitanti), Marche (265,16/100.000 abitanti) e Lombardia (254,44/100.000 abitanti).

Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lombardia e Marche sono classificate a rischio alto; 14 Regioni/PPAA sono classificate a rischio moderato, delle quali 9 risultano ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane; la Sardegna risulta a rischio basso.

Il Molise presenta un livello di rischio compatibile con uno scenario di tipo 3.

Durante la settimana di monitoraggio è stato registrato un aumento del numero di ricoverati in area medica ed un netto incremento dei ricoverati in terapia intensiva.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

Il CTS ribadisce, anche alla luce dell'aumento sostenuto della circolazione di alcune varianti virali a maggiore trasmissibilità, di mantenere la drastica riduzione delle interazioni fisiche tra le persone e della mobilità.

Analogamente a quanto avviene in altri paesi Europei, anche a causa delle varianti virali che potrebbero potenzialmente ridurre l'efficacia di alcuni vaccini, si rende necessario un rafforzamento/innalzamento delle misure su tutto il territorio nazionale al fine di ottenere rapidamente una mitigazione/contenimento del fenomeno epidemico, indipendentemente dai valori di incidenza.

Il CTS esprime grande preoccupazione per l'evoluzione attuale della contingenza epidemica nel Paese e conferma la necessità di una riduzione delle interazioni fisiche interpersonali e della mobilità.

Il CTS auspica una tempestiva conclusione della revisione degli indicatori epidemiologici di monitoraggio al fine di rendere più rapida l'azione di contenimento/mitigazione da intraprendere a livello nazionale/regionale/locale.

Il CTS rimanda, infine, 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 02/03/2021; DPCM 14/01/2021.

Al fine della predisposizione degli atti di competenza del Sig. Ministro della Salute, le valutazioni relative all'aggiornamento dei dati epidemiologici ex art. 19 bis del decreto-legge 28/10/2020, n. 137 convertito, con modificazioni, dalla legge 18/12/2020, n. 176 sono state approvate all'unanimità ed anticipate al Ministero della Salute, al Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie ed alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con nota formale a firma del Coordinatore e del Segretario del CTS (allegato).

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

ESAMI DI ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI AVVOCATO

In riferimento all'istanza ricevuta dal Ministero della Giustizia concernente lo svolgimento delle prove di esame per l'abilitazione alla professione forense (allegato), il CTS preliminarmente richiama la criticità attuale della contingenza epidemica e del potenziale incremento dei rischi connessi al peggioramento degli indici epidemiologici nel prossimo futuro in Italia e negli altri paesi europei, anche a causa dell'aumentata circolazione delle varianti virali.

Sulla base dei dati e dei report prodotti da ISS, Regioni e Cabina di Regia istituita presso il Ministero della Salute ai sensi del DM Salute 30/04/2020 relativi all'ultimo monitoraggio settimanale (Report Min. Salute-ISS n. 42, periodo 22 febbraio 2021-28 febbraio 2021), il CTS ha rilevato per la quinta settimana consecutiva un peggioramento nel livello generale del rischio con un indice di trasmissibilità Rt medio calcolato sui casi sintomatici pari a 1,06 che evidenzia, per la prima volta dopo sette settimane, un valore >1.

Nella seduta n. 158 del 24/02/2021, il CTS si è espresso sulla medesima tematica rilevando come *"la previsione del numero anche di diverse centinaia o migliaia di candidati che contemporaneamente dovrebbero spostarsi verso le sedi di esame, con la potenziale impossibilità di prevenire assembramenti e la lunga durata prevista delle prove di esame costituiscano, nella contingenza attuale della epidemia, criticità molto rilevanti"*, rinviando *"alla competenza del Ministero della Giustizia l'organizzazione delle più idonee modalità organizzative per la prevenzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2 durante l'espletamento delle prove concorsuali"*.

In ragione del sopra richiamato andamento epidemiologico, tenuto altresì conto delle modalità di svolgimento delle prove scritte e delle relative criticità ben rappresentate dal Ministero della Giustizia nella nota trasmessa – in particolare legate alle difficoltà

~~INFORMAZIONI NON CLASIFICATE CONTROCCOLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

(e fino all'impossibilità) di garantire il rispetto delle disposizioni contenute nel Protocollo di svolgimento dei concorsi pubblici adottato dal Dipartimento della Funzione Pubblica della presidenza del Consiglio dei Ministri in data 3 febbraio 2021 – che “[...] non consentirebbero nella maggior parte dei distretti di svolgere la prova garantendo, allo stato, adeguate condizioni di sicurezza, a salvaguardia della salute pubblica ed individuale [...]”, il CTS ritiene che, allo stato attuale, non sia possibile lo svolgimento in sicurezza delle prove scritte dell'esame di abilitazione alla professione di avvocato previste nei giorni 13, 14, 15 aprile 2021.

RICHIESTE CONCERNENTI L'INCLUSIONE PRIORITARIA DI CATEGORIE DI CITTADINI VULNERABILI NELLA CAMPAGNA VACCINALE NAZIONALE ANTI COVID-19

Il CTS ha ricevuto diverse istanze concernenti la richiesta di inclusione di alcune categorie di cittadini vulnerabili tra le priorità che dovrebbe riconoscere la campagna vaccinale nazionale anti COVID-19 (allegati).

Al riguardo, il CTS, nel sottolineare che le linee guida del piano strategico nazionale sui vaccini anti-Covid sono state approvate dal Parlamento, trasmetterà al Ministero della Salute ed alla Struttura del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 le istanze per la trattazione di competenza.

MONITORAGGIO SUGLI OPERATORI SANITARI AFFETTI DA COVID-19 NELLA PRIMA FASE DELL'EPIDEMIA DA SARS-COV-2

Il CTS acquisisce il documento “Monitoraggio sugli operatori sanitari risultati positivi a COVID-19 dall'inizio dell'epidemia fino al 30 aprile 2020: studio retrospettivo in

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

sette regioni italiane" (allegato), relativo all'analisi degli aspetti clinico-epidemiologici del personale sanitario risultato affetto da Covid-19 durante la prima fase dell'epidemia in Italia. INAIL e ISS ne cureranno la pubblicazione.

AGGIORNAMENTO DELLA SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA IN MATERIA DI INFESTAZIONE DA SARS-COV-2 NEI VISONI DI ALLEVAMENTO

In merito all'istanza ricevuta dalla LAV (allegato) concernente la richiesta di adozione di misure di implementazione sulla sorveglianza da attuare sugli impianti di allevamento dei visoni, il CTS rimanda la trattazione alla competenza della Direzione Generale della Sanità animale e del farmaco veterinario del Ministero della Salute e, per quanto di competenza, all'Istituto Superiore di Sanità.

ART. 56 DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 02/03/2021 – TAVOLO TECNICO DI CONFRONTO SULL'EVENTUALE REVISIONE O AGGIORNAMENTO DEI PARAMETRI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO EPIDEMIOLOGICO

In riferimento all'istanza del Sig. Ministro della Salute (allegato), il CTS identifica il suo Coordinatore a rappresentare ordinariamente il Comitato Tecnico Scientifico presso il tavolo tecnico di confronto istituito ai sensi dell'art. 56 del DPCM 02/03/2021.

RICORSO PROPOSTO INNANZI AL TAR DEL LAZIO SULLA RIPRESA DELL'ATTIVITÀ MOTORIA E SPORTIVA DI BASE

In riferimento alla richiesta urgente di incumbenti istruttori dell'Avvocatura dello Stato concernente l'ordinanza del TAR del Lazio n. 1269/2021, pubblicata il 01/03/2021 relativa al ricorso proposto da [REDACTED] ed altri, il CTS, per il

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

tramite del Segretario, ha trasmesso in data 04/03/2021 al Servizio del Contenzioso del Dipartimento della Protezione Civile il parere espresso durante la seduta n. 144 del 12/01/2021 riguardante l'attività motoria e sportiva di base. Sono stati altresì trasmessi gli schemi delle "linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere" e delle "linee guida recanti misure di sicurezza da adottare nelle piscine per l'attività natatoria e le competizioni sportive" (allegato).

Il Servizio del Contenzioso del Dipartimento della Protezione Civile curerà i seguiti di competenza.

PARERI

- Il CTS, ai sensi dell'art. 5bis del DL 18/2020 convertito, con modificazioni, dalla legge 27/2020, ratifica i seguenti pareri del Gruppo di Lavoro presso INAIL, sulla base delle evidenze documentali:

- Guanti Nitrile [REDACTED] produttore: [REDACTED]
[REDACTED]; prodotto: guanti; modello: Guanti Nitrile:

- la documentazione esaminata include vari test report riferiti a prodotti diversi (guanti in vinile, guanti in nitrile, guanti in nitrile "powder free") senza fornire per nessuno di tali prodotti informazioni sufficienti a valutare le caratteristiche di sicurezza richieste per la identificazione della analogia di efficacia protettiva richiesta ai fini della validazione.
 - In particolare, si segnala che mentre la richiesta riguarda la validazione di "guanti in nitrile", il certificato di esame UE del tipo che indicherebbe il superamento della prova di resistenza a batteri funghi

~~INFORMAZIONI NON CLASIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

e virus è riferita a guanti in vinile. Lo stesso documento è comunque insufficiente per esprimere un eventuale parere anche sui guanti in vinile in assenza del relativo test report e per la mancanza di documentazione attestante anche il superamento della prova di resistenza alla penetrazione di aria e acqua di cui al punto 5.2 della richiamata norma EN 374-5.

- Alla luce della documentazione esaminata il prodotto proposto non risulta dotato di efficienza protettiva analoga a quella richiesta per i DPI previsti dalla normativa vigente.
 - Esito: negativo
- Guanti Nitrile [REDACTED] produttore: [REDACTED]
[REDACTED] prodotto: guanti; modello: Disposable examination nitrile glove:
 - la documentazione presentata non consente di esprimere un parere positivo sul prodotto. Sono allegati due certificati di conformità alle direttive europee 93/42 (Dispositivi Medici) e 2001/95 (sicurezza generale dei prodotti) ma non vi è traccia di test report o certificazioni in base a cui il prodotto stesso possa essere considerato un Dispositivo di Protezione Individuale. La direttiva 2001/95, infatti, è relativa ai requisiti generali di sicurezza dei qualsiasi prodotto commercializzabile nell'ambito del mercato europeo, ma non sostituisce la conformità ad altre direttive/regolamenti che definiscono specifici aspetti di sicurezza, come quelli richiesti per i DPI ai sensi del Regolamento 2016/425.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

- pertanto, alla luce della documentazione presentata, il prodotto proposto NON è un DPI e non può in alcun modo essere utilizzato per la protezione dal rischio di esposizione a SARS-COV-2.
 - Esito: negativo
- Guanti vinile [REDACTED] produttore: [REDACTED]
[REDACTED]; prodotto: guanti; modello: guanti in vinile:
- la documentazione presentata è composta esclusivamente da certificazioni di qualità (in parte anche scaduti) dei sistemi produttivi dell'azienda produttrice ma non fornisce alcuna informazione sul prodotto. Non è pertanto possibile esprimere un parere
 - Esito: negativo
- Guanti Vinile [REDACTED] produttore: [REDACTED]
[REDACTED]; prodotto: guanti; modello: guanti in vinile:
- la documentazione presentata è composta da alcuni test report relativi a prove tecniche secondo gli standard di valutazione dei guanti medicali e da un attestato di conformità (in cui mancano elementi identificativi dell'ente che lo emette, firma di convalida e data di emissione) relativo alle norme tecniche EN 420, EN 455 e EN 374-1, 2 e 3. Dalla documentazione non risulta che il prodotto sia stato sottoposto alle prove di cui allo standard tecnico EN 374-5 e d in particolare alle prove di cui ai punti 5.2 (resistenza alla penetrazione di aria e di acqua) e 5.3 (resistenza a batteri, funghi e virus) essenziali per la valutazione delle caratteristiche di sicurezza del DPI. il

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

prodotto, pertanto, non può in alcun modo essere utilizzato per la protezione dal rischio di esposizione a SARS-COV-2

- Esito: negativo
- Guanti Vinile [REDACTED] produttore: [REDACTED]
prodotto: guanti; modello: [REDACTED]
 - la documentazione presentata è composta esclusivamente da dichiarazioni di conformità emesse dal produttore e attestanti la conformità alla normativa dei Dispositivi Medici. Il prodotto non è pertanto un Dispositivo di Protezione Individuale e non può essere utilizzato per la protezione dal rischio di esposizione a SARS-COV-2
 - Esito: negativo
- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su uso compassionevole di [REDACTED] Osp. Sacco Milano (allegato).

Il CTS conclude la seduta alle ore 16,40.

		ASSENTE
Agostino MIOZZO	[REDACTED]	
Fabio CICILIANO	[REDACTED]	
Massimo ANTONELLI	[REDACTED]	
Giovannella BAGGIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Giovanni BAGLIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Roberto BERNABEI	IN VIDEOCONFERENZA	
Silvio BRUSAFFERRO	IN VIDEOCONFERENZA	Approvazione non pervenuta
Ranieri GUERRA	IN VIDEOCONFERENZA	

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Sergio IAVICOLI	IN VIDEOCONFERENZA	
Giuseppe IPPOLITO	X	
Franco LOCATELLI		X
Nicola MAGRINI	PRESENTE Ammassari in rappresentanza di AlFA	
Francesco MARAGLINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Rosa Marina MELILLO	IN VIDEOCONFERENZA	
Nausicaa ORLANDI		X
Flavia PETRINI	IN VIDEOCONFERENZA	
Kyriakoula PETROPULACOS	X	
Giovanni REZZA	IN VIDEOCONFERENZA	
Luca RICHELDI	IN VIDEOCONFERENZA	
Nicola SEBASTIANI		X
Andrea URBANI	IN VIDEOCONFERENZA	
Alberto VILLANI	X	
Alberto ZOLI	IN VIDEOCONFERENZA	

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Ministero della Salute

Allegato 1



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

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 42 Sintesi nazionale

Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020)
Dati relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021
(aggiornati al 3/3/2021)



Ministero della Salute



Aggiornamento: 3 marzo 2021 - Periodo di riferimento: 22/02/2021-28/02/2021

Headline della settimana:

Si osserva una ulteriore accelerazione nell'aumento dell'incidenza a livello nazionale (195 casi per 100.000 abitanti nella settimana 22-28 febbraio 2021). L'incidenza nazionale si sta quindi rapidamente avvicinando alla soglia di 250 casi/settimana per 100.000 abitanti che impone il massimo livello di mitigazione possibile. Tale soglia è stata superata questa settimana in cinque Regioni/PPAA.

Si conferma per la quinta settimana consecutiva un peggioramento nel livello generale del rischio. Aumenta il numero di Regioni/PPAA classificate a rischio alto (6) ai sensi del DM 30/4/2020. Ben 9 Regioni/PPAA, classificate a rischio moderato, sono ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane. Soltanto una Regione è a rischio basso.

Si ribadisce, anche alla luce dell'aumento sostenuto della prevalenza di alcune varianti virali a maggiore trasmissibilità, di mantenere la drastica riduzione delle interazioni fisiche tra le persone e della mobilità. Analogamente a quanto avviene in altri paesi Europei, si rende necessario un rafforzamento/innalzamento delle misure su tutto il territorio nazionale al fine di ottenere rapidamente una mitigazione del fenomeno.

In presenza di varianti che possono parzialmente ridurre l'efficacia dei vaccini attualmente disponibili, le Regioni/PPAA sono invitate ad adottare, indipendentemente dai valori di incidenza, il livello di mitigazione massimo a scopo di contenimento.



Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 22-28 febbraio 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 prima metà di febbraio.
- **Si continua a osservare una importante accelerazione nell'aumento dell'incidenza a livello nazionale** rispetto alla settimana precedente (194,87 per 100.000 abitanti (22/02/2021-28/02/2021) vs 145,16 per 100.000 abitanti (15/02/2021-21/02/2021), dati flusso ISS).
- L'incidenza nazionale nella settimana di monitoraggio, quindi, si allontana **da livelli (50 per 100.000) che permetterebbero il completo ripristino sull'intero territorio nazionale dell'identificazione dei casi e tracciamento dei loro contatti. L'incidenza settimanale complessiva invece si sta rapidamente avvicinando alla soglia di 250 casi per 100.000 abitanti che impone il massimo livello di mitigazione possibile.** Questa soglia è già stata superata dalla Provincia Autonoma di Trento (385,02 per 100.000 abitanti), dalla Provincia Autonoma di Bolzano (376,99 per 100.000 abitanti), dall'Emilia-Romagna (342,08 per 100.000 abitanti), dalle Marche (265,16 per 100.000 abitanti) e dalla Lombardia (254,44 per 100.000 abitanti).
- Nel periodo 10 – 23 febbraio 2021, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a **1,06 (range 0,98–1,20), in aumento rispetto alla settimana precedente e sopra uno per la prima volta in sette settimane.** 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 conferma per la quinta settimana consecutiva un peggioramento nel livello generale del rischio.** Sei Regioni (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lombardia e Marche) hanno un livello di rischio alto secondo il DM del 30 Aprile 2020. Sono 14 (vs 10 la settimana precedente) le Regioni/PPAA con una classificazione di rischio moderato (di cui nove ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane) e solo una (Sardegna) con rischio basso (vs sei la settimana precedente). Dieci Regioni/PPAA hanno un Rt puntuale maggiore di 1 di cui una (Molise) ha un Rt con il limite inferiore superiore a 1,25, compatibile con uno scenario di tipo 3. Delle altre nove, sei hanno un Rt nel limite inferiore compatibile con uno scenario di tipo 2. Le altre Regioni/PPAA hanno un Rt compatibile con uno scenario di tipo uno.
- Si osserva un **peggioramento anche nel numero di Regioni/PPAA che hanno un tasso di occupazione in terapia intensiva e/o aree mediche sopra la soglia critica** (9 Regioni/PPAA vs 8 la settimana precedente). Il tasso di occupazione in terapia intensiva a livello nazionale è complessivamente in aumento (26% vs 24% della scorsa settimana). Complessivamente, il numero di persone ricoverate in **terapia intensiva è in netto aumento** da 2.146 (23/02/2021) a 2.327 (02/03/2021); il numero di persone ricoverate in aree mediche è anche in aumento, passando da 18.295 (23/02/2021) a 19.570 (02/03/2021).
- **Tutte le Regioni/PPAA, tranne due (Sardegna e Umbria), hanno riportato allerte di resilienza.** Due Regioni (Campania e Lombardia) riportano molteplici allerte di resilienza
- **Si osserva un forte aumento nel numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione** (41.833 vs 31.378 la settimana precedente) e scende la percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti (28,8% vs 29,4%). Scende anche, la percentuale di casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi (35,2% vs 36,1% la settimana precedente). Infine, il 19,7% dei casi è stato rilevato attraverso attività di screening e nel 16,3% non è stata riportata la ragione dell'accertamento diagnostico.



Ministero della Salute



Conclusioni:

- **Si osserva una ulteriore accelerazione nell'aumento dell'incidenza a livello nazionale (195 casi per 100.000 abitanti nella settimana 22-28 febbraio 2021).** L'incidenza nazionale si sta quindi rapidamente avvicinando alla soglia di **250 casi/settimana per 100.000 abitanti che impone il massimo livello di mitigazione possibile.** Tale soglia è stata superata questa settimana in cinque Regioni/PPAA.
- Nel periodo 10 – 23 febbraio 2021, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,06 (range 0,98– 1,20), **in aumento rispetto alla settimana precedente.**
- **Si conferma per la quinta settimana consecutiva un peggioramento nel livello generale del rischio.** Aumenta il numero di Regioni/PPAA classificate a rischio alto (6) ai sensi del DM 30/4/2020. Ben 9 Regioni/PPAA, classificate a rischio moderato, sono ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane. Soltanto una Regione è a rischio basso.
- Si ribadisce, anche alla luce **dell'aumento sostenuto della prevalenza di alcune varianti virali a maggiore trasmissibilità**, di mantenere la **drastica riduzione delle interazioni fisiche** tra le persone e della mobilità. Analogamente a quanto avviene in altri paesi Europei, **si rende necessario un rafforzamento/innalzamento delle misure su tutto il territorio nazionale al fine di ottenere rapidamente una mitigazione del fenomeno.**
- In presenza di **varianti che possono parzialmente ridurre l'efficacia dei vaccini attualmente disponibili**, le Regioni/PPAA sono invitate ad adottare, indipendentemente dai valori di incidenza, il livello di mitigazione massimo a scopo di contenimento.
- 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 e di rimanere a casa il più possibile. 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: 3 marzo 2021 - Periodo di riferimento: 22/02/2021-28/02/2021	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

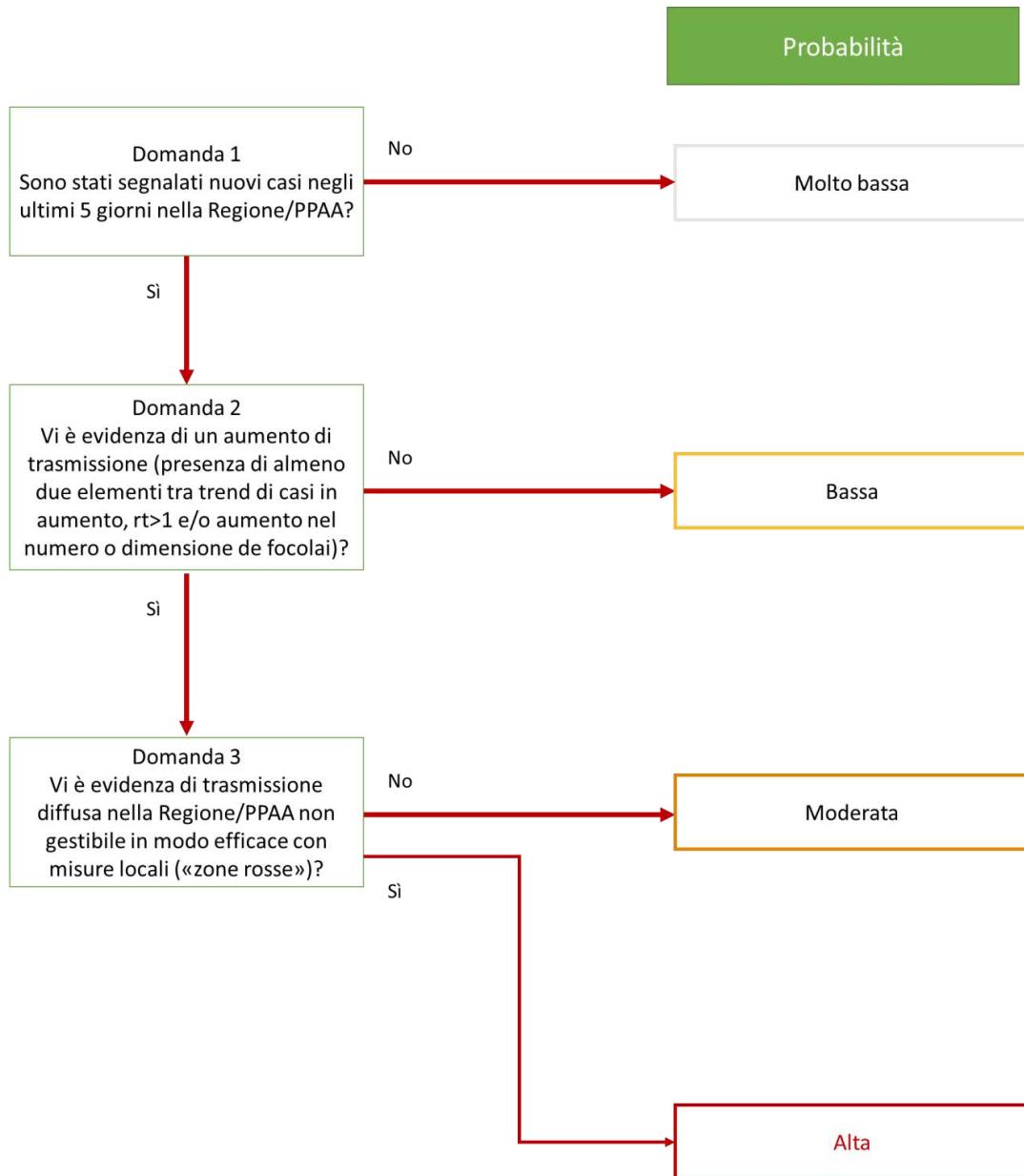


1. Valutazione del rischio



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 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021

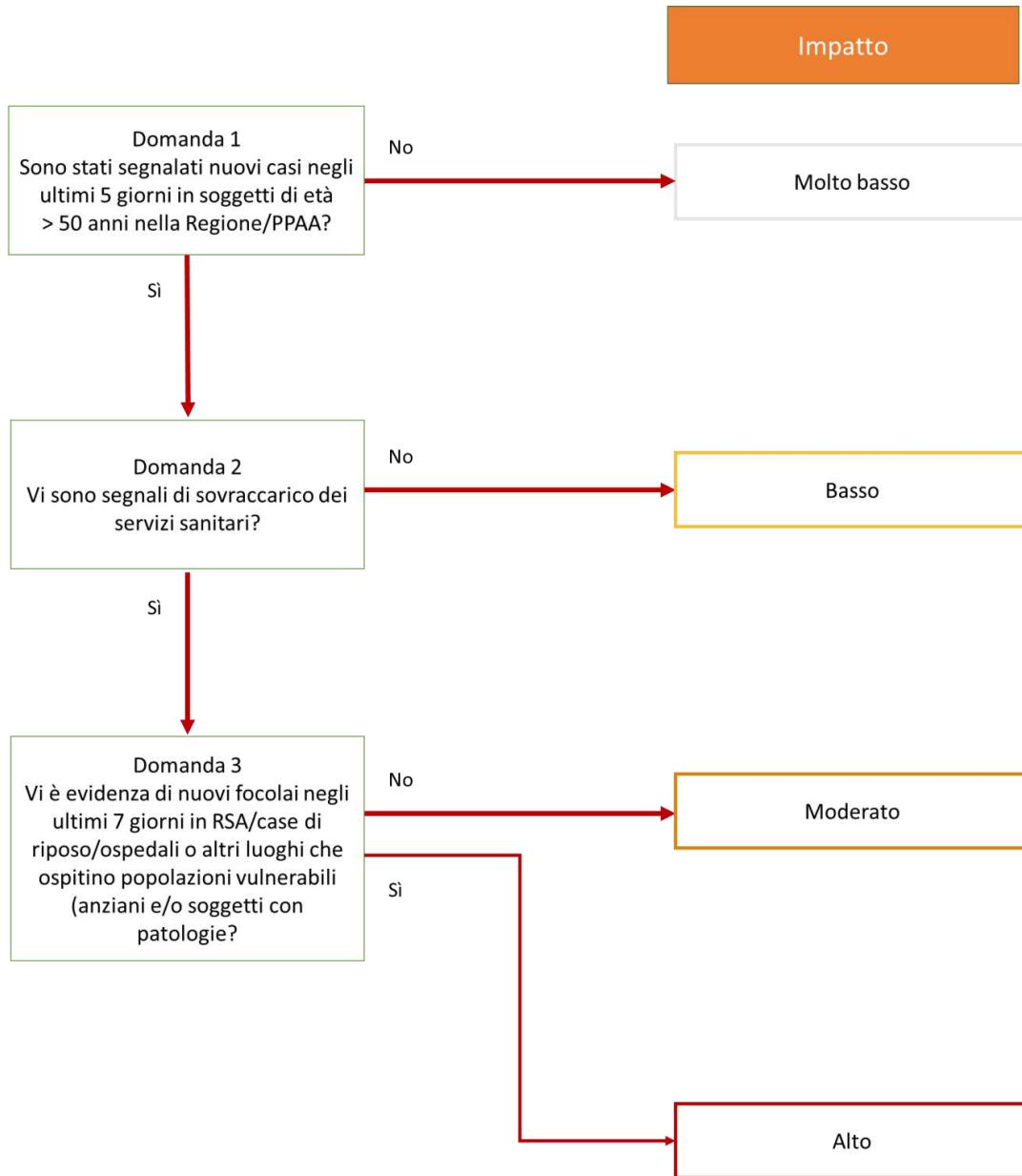
Regione.PA	Completezza dei dati sopra-soglia (appendice-tabella 2)?	Domanda 1	Domanda 2				Domanda 3	Valutazione della probabilità
		Nuovi casi segnalati negli ultimi 5 giorni?	Trend di casi (Ind3.1)	Trend di casi (Ind3.4)	Rt puntuale sopra uno?	Trend focolai	Dichiarata trasmissione non gestibile in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

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



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 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021

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	Sì	Sì	Sì	Alta
Basilicata	Sì	No	No	-	Bassa
Calabria	Sì	No	No	-	Bassa
Campania	Sì	No	No	-	Bassa
Emilia-Romagna	Sì	Sì	No	Sì	Alta
FVG	Sì	Sì	No	Sì	Alta
Lazio	Sì	No	No	-	Bassa
Liguria	Sì	No	No	-	Bassa
Lombardia	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Marche	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Molise	Sì	Sì	Sì	No	Moderata
Piemonte	Sì	No	No	-	Bassa
PA Bolzano/Bozen	Sì	Sì	No	Sì	Alta
PA Trento	Sì	Sì	No	No	Moderata
Puglia	Sì	No	No	-	Bassa
Sardegna	Sì	No	No	-	Bassa
Sicilia	Sì	No	No	-	Bassa
Toscana	Sì	No	No	-	Bassa
Umbria	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Sì	No	No	-	Bassa
Veneto	Sì	No	No	-	Bassa

*aggiornato al 02/03/2021



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 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2021-28/2/2021

Regione.PA	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 3)	Probabilità di una escalation o nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 02/04/2021 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	Moderata	Alta	Si	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Alta
Basilicata	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Calabria	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Campania	Moderata	Bassa	Si	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Alta (molteplici allerte di resilienza)
Emilia-Romagna	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
FVG	Moderata	Alta	No	>50%	da 5 a 50%	Alta
Lazio	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Liguria	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Lombardia	Moderata	Alta	Si	>50%	>50%	Alta
Marche	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Molise	Moderata	Moderata	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Piemonte	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
PA Bolzano/Bozen	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
PA Trento	Moderata	Moderata	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Puglia	Moderata	Bassa	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Sardegna	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa
Sicilia	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Toscana	Moderata	Bassa	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Umbria	Bassa	Alta	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Veneto	Moderata	Bassa	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione



Ministero della Salute

2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio



Ministero della Salute

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 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021

Incidenza per 100.000 ab Regioni.PA	Trend settimanale COVID-19 7gg	Nuovi casi segnalati nella settimana		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 10/02/2021)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Casi (Fonte ISS)	Focali						
Abruzzo	245,92	3182	↑	0.96 (CI: 0.91-1)	No	Moderata	Alta	1	Alta
Basilicata	143,51	794	↑	1.16 (CI: 0.95-1.37)	No	Moderata	Bassa	1	Moderata
Calabria	62,56	1185	↑	0.81 (CI: 0.72-0.92)	No	Moderata	Bassa	1	Moderata ad alta probabilità di progressione
Campania	228,29	13040	↑	0.96 (CI: 0.88-1.04)	No	Moderata	Bassa	1	Alta (molteplici allerte di resilienza)
Emilia-Romagna	342,08	15271	↑	1.13 (CI: 1.11-1.16)	No	Moderata	Alta	2	Alta
PVG	177,25	2138	↑	0.92 (CI: 0.87-0.98)	No	Moderata	Alta	1	Alta
Lazio	151,80	8737	↑	0.98 (CI: 0.95-1.02)	No	Moderata	Bassa	1	Moderata
Liguria	149,26	2276	↑	0.96 (CI: 0.91-1.02)	No	Moderata	Bassa	1	Moderata
Lombardia	254,44	25514	↑	1.13 (CI: 1.11-1.15) #	No	Alta	Alta	2	Alta
Marche	265,16	4011	↑	1.08 (CI: 0.98-1.19)	No	Moderata	Alta	1	Alta



L'attuale situazione della Sanità
SISTEMI INFORMATIVI

Regione,PA	Incidenza per 100.000 ab	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 10/02/2021)	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 transizione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
Molise	193,00	580	↓ ↑	1.66 (CI: 1.27-2.07)	No	Moderata	Moderata	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	3	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Piemonte	191,06	8237	↑ ↓	1.15 (CI: 1.12-1.19)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
PA Bolzano/Bozen	376,99	2008	↓ ↓	0.75 (CI: 0.71-0.79)	No	Bassa	Alta	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 40%	1	Moderata	No
PA Trento	385,02	2100	↑ ↑	1.1 (CI: 1.03-1.16)	No	Moderata	Moderata	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Puglia	169,73	6710	↑ ↑	0.93 (CI: 0.9-0.96)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	1	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Sardegna	27,36	441	↓ ↓	0.67 (CI: 0.6-0.75)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa	No
Sicilia	68,14	3322	↑ ↓	0.79 (CI: 0.75-0.84)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	1	Moderata	No
Toscana	204,33	7545	↑ ↑	1.18 (CI: 1.14-1.22)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Umbria	192,26	1673	↓ ↓	0.79 (CI: 0.76-0.84)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
V.d'Aosta/V.d'Aoste	60,78	76	↑ ↑	1.21 (CI: 0.9-1.57)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	1	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Veneto	151,30	7382	↑ ↑	1.08 (CI: 1.04-1.12)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata, Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione	No

PA: 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"

#La regione ha comunicato che l'indicatore è in via di consolidamento richiedendo di considerare come meglio rappresentativo il valore di Rt ospedaliero (Rt hosp: 1.24; CI:1.18-1.31)



Ministero della Salute

Dimensione 1 - completezza dei dati

Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

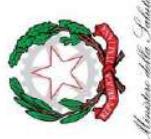
Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Allerta
Capacità di monitoraggio (Indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale)	1.1	Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi / totale di casi sintomatici notificati al sistema 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			



Ministero della Salute

Appendice - Tabella 2 – Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio, monitoraggio per Regione, dati al 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021

Regione.PA	Ind1.1 settimana precedente (%)	Ind1.1 settimana di riferimento (%)	Variazione	Ind1.2 (%)	Ind1.3 (%)	Ind1.4 (%)
Abruzzo	96.1	94.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.6
Basilicata	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	75.0	100.0
Calabria	94.3	93.9	Stabilmente sopra-soglia	99.4	100.0	99.9
Campania	91.7	92.8	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	98.9
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.6
FVG	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.9
Lazio	94.4	94.9	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	85.7
Liguria	96.1	93.6	Stabilmente sopra-soglia	99.9	100.0	98.1
Lombardia	71.3	79.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	98.7
Marche	99.9	99.9	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	100.0
Molise	95.4	92.6	Stabilmente sopra-soglia	99.4	100.0	100.0
Piemonte	80.3	80.5	Stabilmente sopra-soglia	99.6	99.6	98.7
PA Bolzano/Bozen	85.7	83.1	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	99.4
PA Trento	99.7	98.7	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	97.6
Puglia	97.2	97.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Sardegna	95.9	95.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.9
Sicilia	87.8	84.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.9
Toscana	97.7	97.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.5
Umbria	92.8	95.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.6
V.d'Aosta/Y.d'Aoste	100.0	99.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Veneto	90.4	89.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0

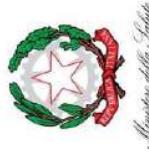


Ministero della Salute

Dimensione 2 - la classificazione della trasmissione ed impatto

Indicatori di risultato relativi alla 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 catena 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%	



Ministero della Salute



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 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021

Regione/PA	Ind3.1	Trend 3.1 (% variazione settimanale)	Trend 3.1 (% variazione settimanale)	Trend 3.4 (% variazione settimanale)	Ind3.2 (Rt puntuale)	Ind3.5	Ind3.6	Ind3.8*	Ind3.9*
Abruzzo	6697	1.6	10.1	0.96 (CI: 0.91-1)	484	1633	41%	43%	
Basilicata	1384	33.0	22.9	1.16 (CI: 0.95-1.37)	10	0	10%	22%	
Calabria	2444	12.5	9.0	0.81 (CI: 0.72-0.92)	21	130	13%	21%	
Campania	24703	42.2	39.6	0.96 (CI: 0.88-1.04)	1629	1.909	21%	33%	
Emilia-Romagna	24868	41.8	33.8	1.13 (CI: 1.11-1.16)	107	8602	32%	40%	
FVG	4664	57.0	17.0#	0.92 (CI: 0.87-0.98)	369	1019	35%	30%	
Lazio	14923	29.3	38.3	0.98 (CI: 0.95-1.02)	233	223	24%	29%	
Liguria	4163	12.5	13.3	0.96 (CI: 0.91-1.02)	331	206	23%	29%	
Lombardia	40003	46.9	47.7	1.13 (CI: 1.11-1.15)**	2422	11304	34%	41%	
Marche	7049	40.5	48.8	1.08 (CI: 0.98-1.19)	221	1953	33%	48%	
Molise	1208	4.4	-10.0	1.66 (CI: 1.27-2.07)	22	0	49%	43%	
Piemonte	13728	47.7	45.1	1.15 (CI: 1.12-1.19)	1355	2345	29%	37%	
PA Bolzano/Bozen	5232	-26.6	-29.0	0.75 (CI: 0.71-0.79)	4	449	31%	38%	
PA Trento	3727	25.7	22.6	1.1 (CI: 1.03-1.16)	32	1737	47%	33%	
Puglia	11894	24.3	29.6	0.93 (CI: 0.9-0.96)	122	3763	29%	35%	
Sardegna	984	4.6	-3.5	0.67 (CI: 0.6-0.75)	100	51	10%	13%	
Sicilia	6814	9.9	0.2	0.79 (CI: 0.75-0.84)	353	1.305	15%	19%	
Toscana	12860	36.1	20.3	1.18 (CI: 1.14-1.22)	863	3459	30%	20%	
Umbria	3724	-16.8	-18.3	0.79 (CI: 0.76-0.84)	276	504	55%	52%	
V.d'Aosta/V.d'Aoste	145	63.6	33.9	1.21 (CI: 0.9-1.57)	16	34	10%	6%	
Veneto	12172	41.9	38.5	1.08 (CI: 1.04-1.12)	1387	1207	12%	14%	

*dato aggiornato al giorno 02/03/2021

#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.

**La regione ha comunicato che l'indicatore è in via di consolidamento richiedendo di considerare come meglio rappresentativo il valore di Rt ospedaliero (Rt hosp: 1.24, CI:1.18-1.31).

OMISSIS

5 marzo 2021

Allegato 2

Epidemia COVID-19

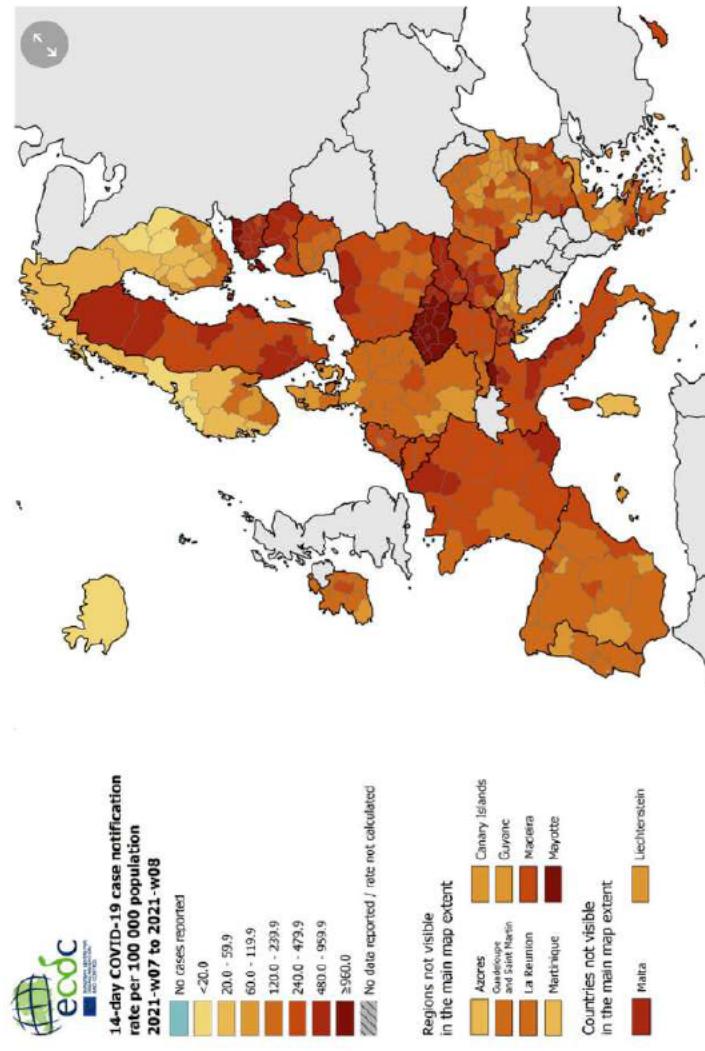
Monitoraggio del rischio

Silvio Brusafetro
Istituto Superiore di Sanità

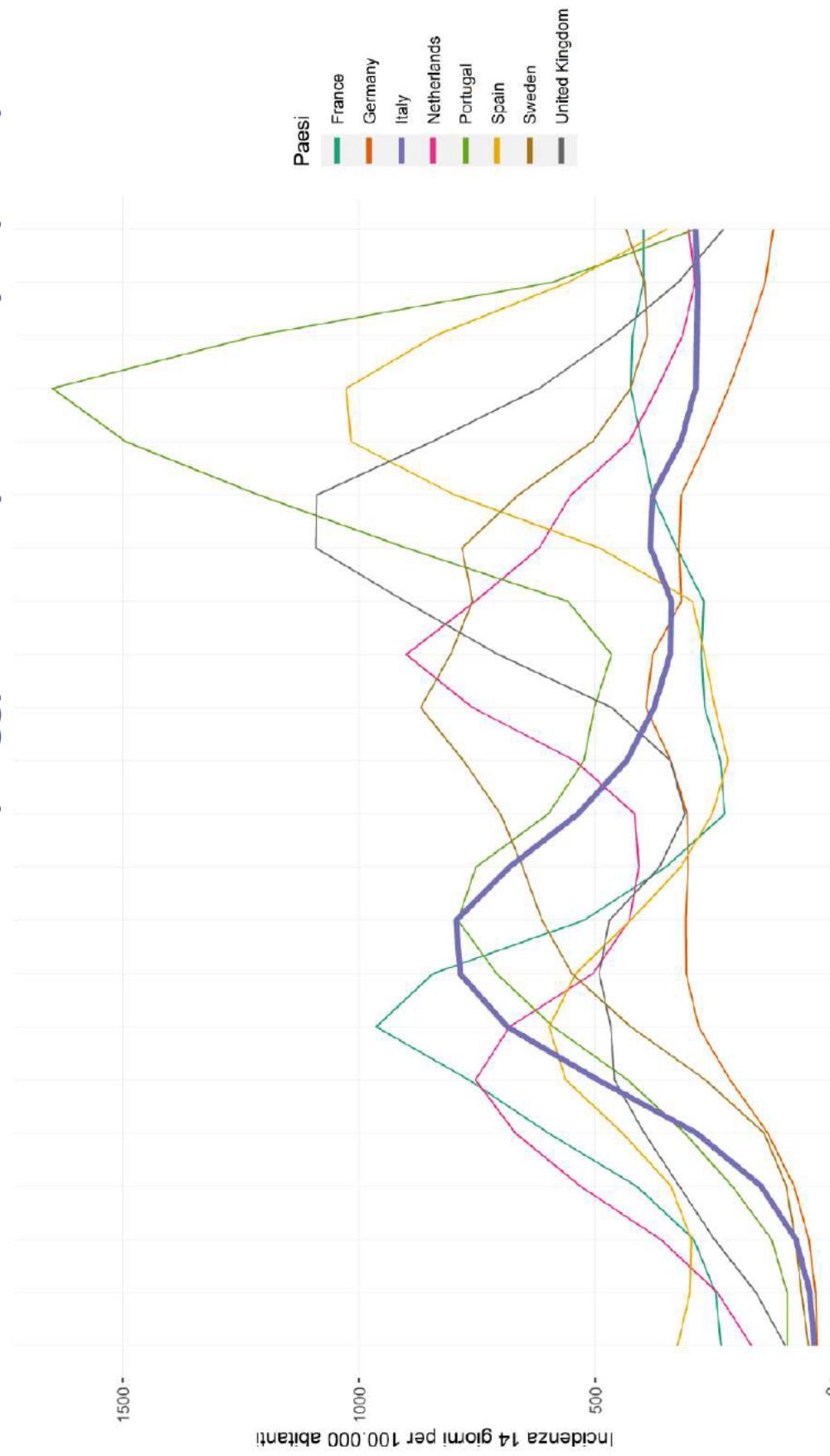
Casi notificati al Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC)

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

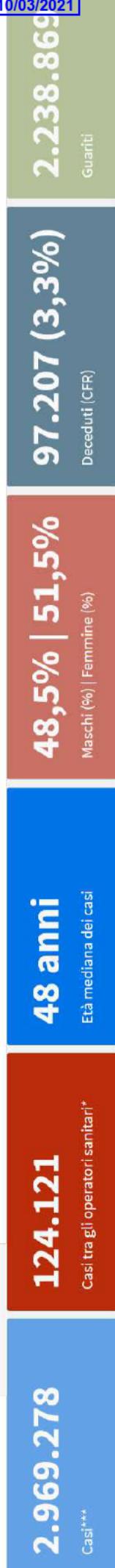
14-day COVID-19 case notification rate per 100 000,
weeks 7-8



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



Casi notificati al sistema di Sorveglianza integrata COVID-9 in Italia



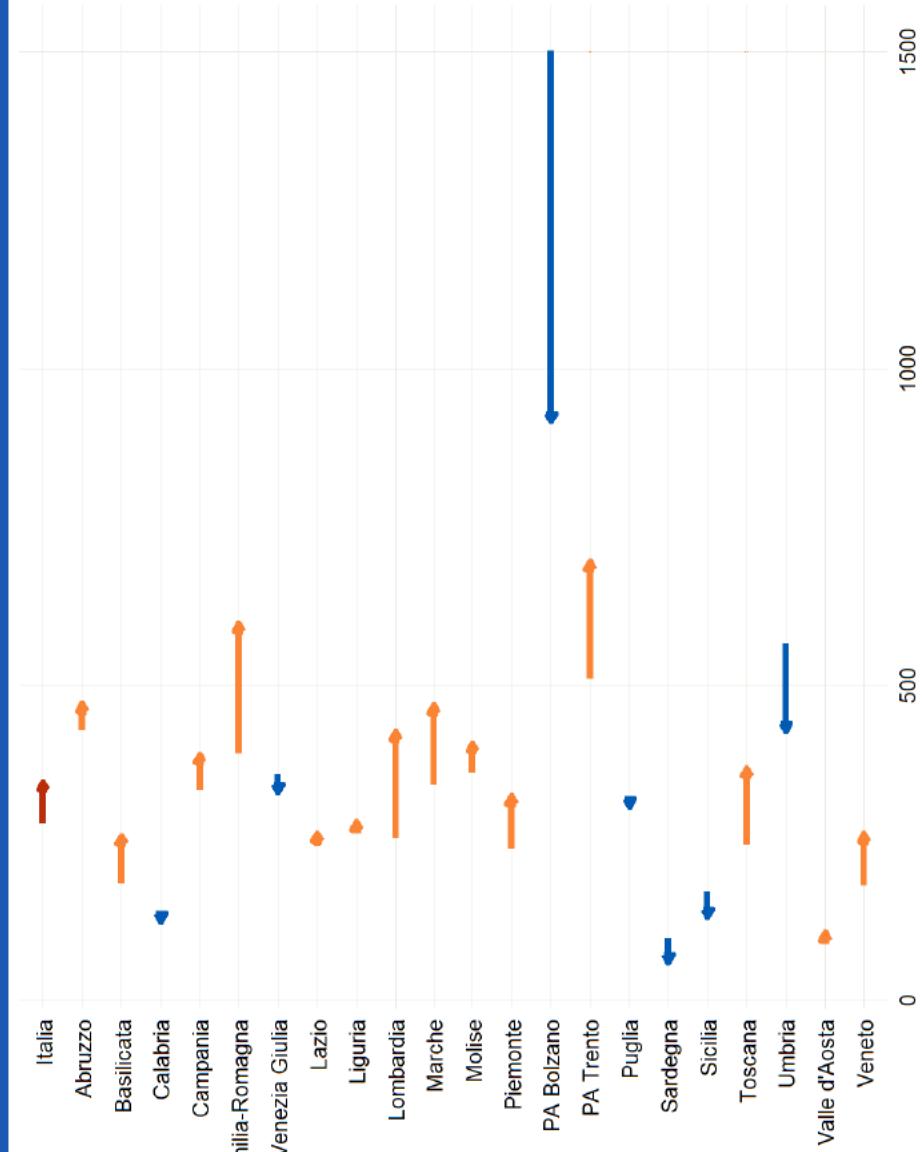
Curva epidemica dei casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo o diagnosi (verde) e per data di inizio dei sintomi (blu)

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 (1.595.406) ■ Data inizio sintomi (casi sintomatici**) (1.331.609) ■ Data prelievo/diagnosi (2.965.832)



Casi in aumento in 12 Regioni/PPAA

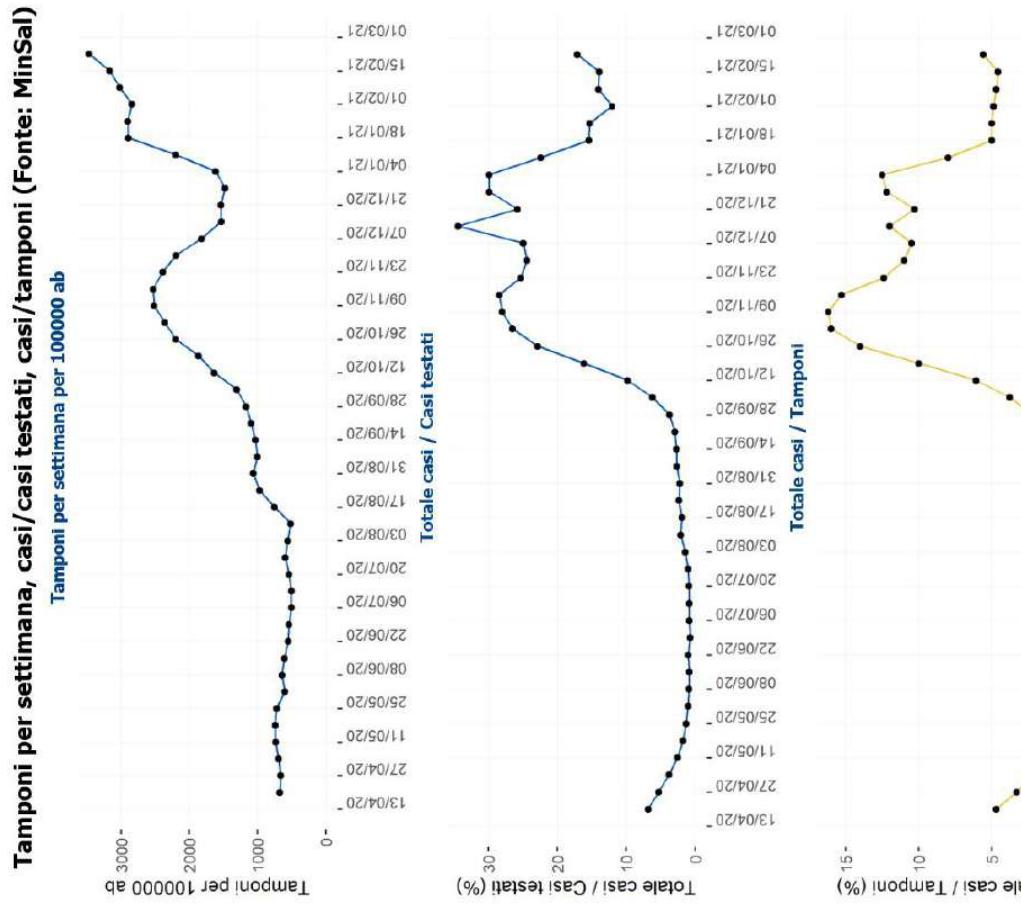


Nota: diminuzione in alcune regioni potrebbe essere dovuta a ritardo di notifica

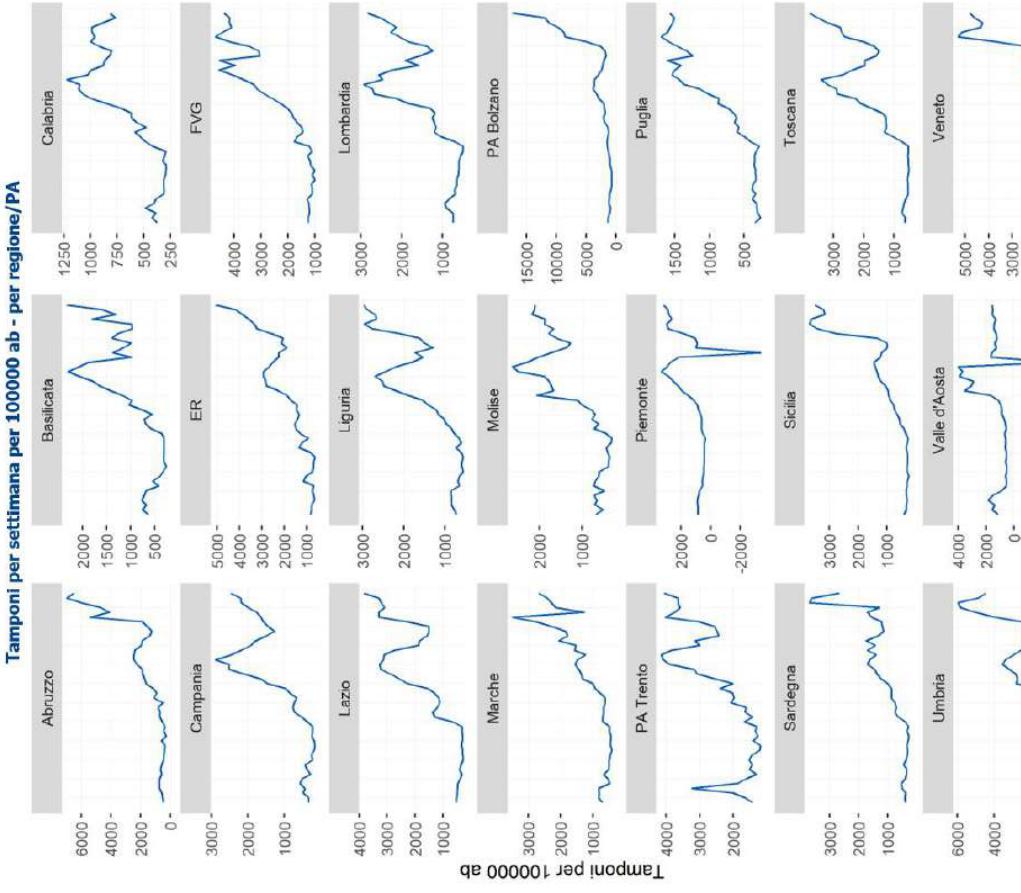
N. assoluto e incidenza (per 100.000 ab) dei casi di COVID-19 diagnostici dal 22 al 28/ (FONTE ISS) e nel periodo dal 26/2 al 4/3 (FONTE MINISTERO DELLA SALUTE)

REGIONE/PA	N. CASI TRA IL 22 - 28 /2 (FONTE ISS)	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 26 /2 - 4 /3 /2021 (FONTE MINISTERO DELLA SALUTE)	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB) 26 /2 - 4 /3 /2021
Abruzzo	3.182	245,92	3.080	238
Basilicata	794	143,51	776	140
Calabria	1.185	62,56	1.297	68
Campania	13.040	228,29	16.652	292
Emilia-Romagna	15.271	342,08	17.240	386
Friuli-Venezia Giulia	2.138	177,25	3.264	271
Lazio	8.737	151,80	9.681	168
Liguria	2.276	149,26	2.378	156
Lombardia	25.514	254,44	27.938	279
Marche	4.011	265,16	4.611	305
Molise	580	193,00	569	189
Piemonte	8.237	191,06	10.084	234
PA Bolzano	2.008	376,99	1.837	345
PA Trento	2.100	385,02	1.884	345
Puglia	6.710	169,73	7.631	193
Sardegna	441	27,36	531	33
Sicilia	3.322	68,14	3.692	76
Toscana	7.545	204,33	7.785	211
Umbria	1.673	192,26	1.709	196
Veneto	2.200	22,20	2.200	22,20

Tamponi per settimana, casi/casi testati, casi/tamponi (Fonte MinSal)

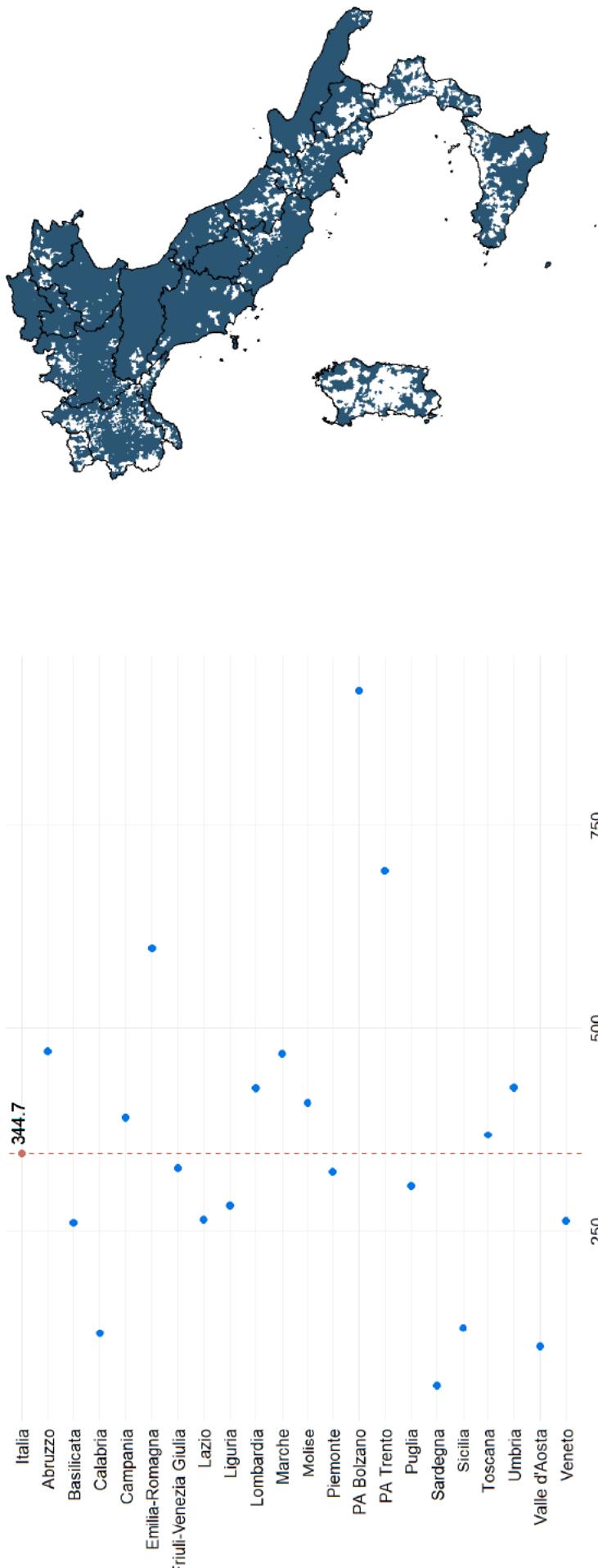


Tamponi per settimana per 100000 ab - per regione/PA



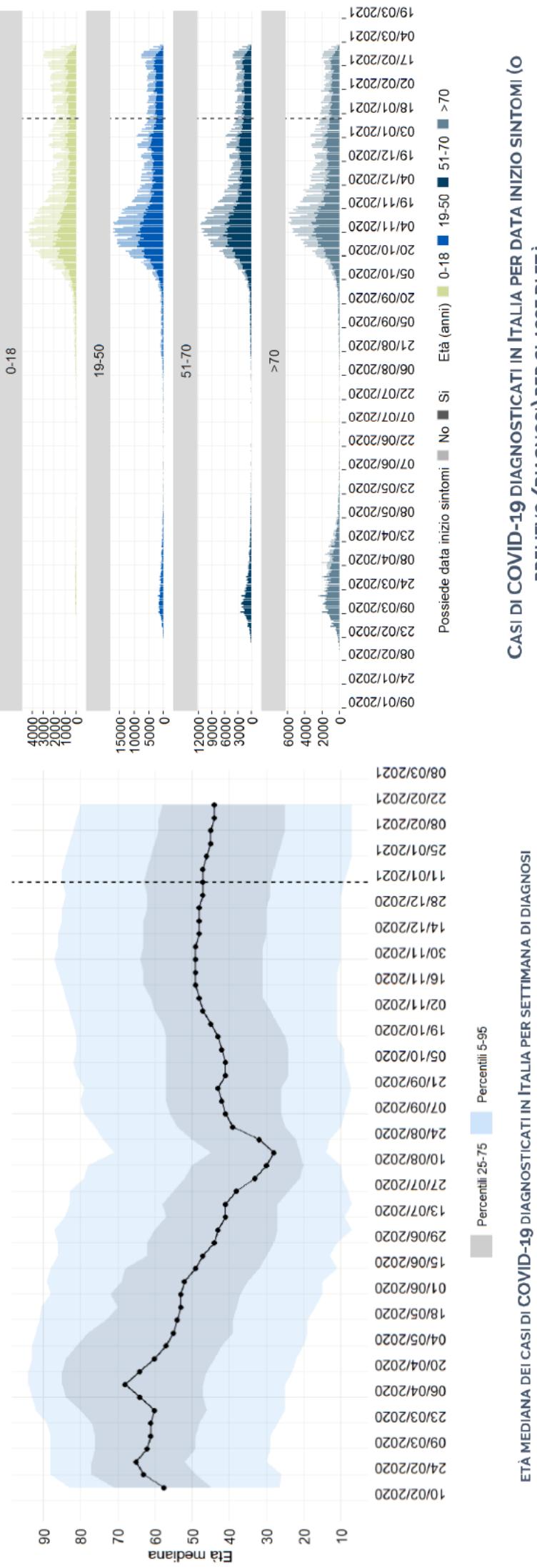
Comuni con almeno un nuovo caso di infezione da virus SARS-CoV-2 diagnosticato e incidenza regionale, 15 – 28/2/2021

Nuovi casi presenti su tutto il territorio nazionale negli ultimi 14 giorni



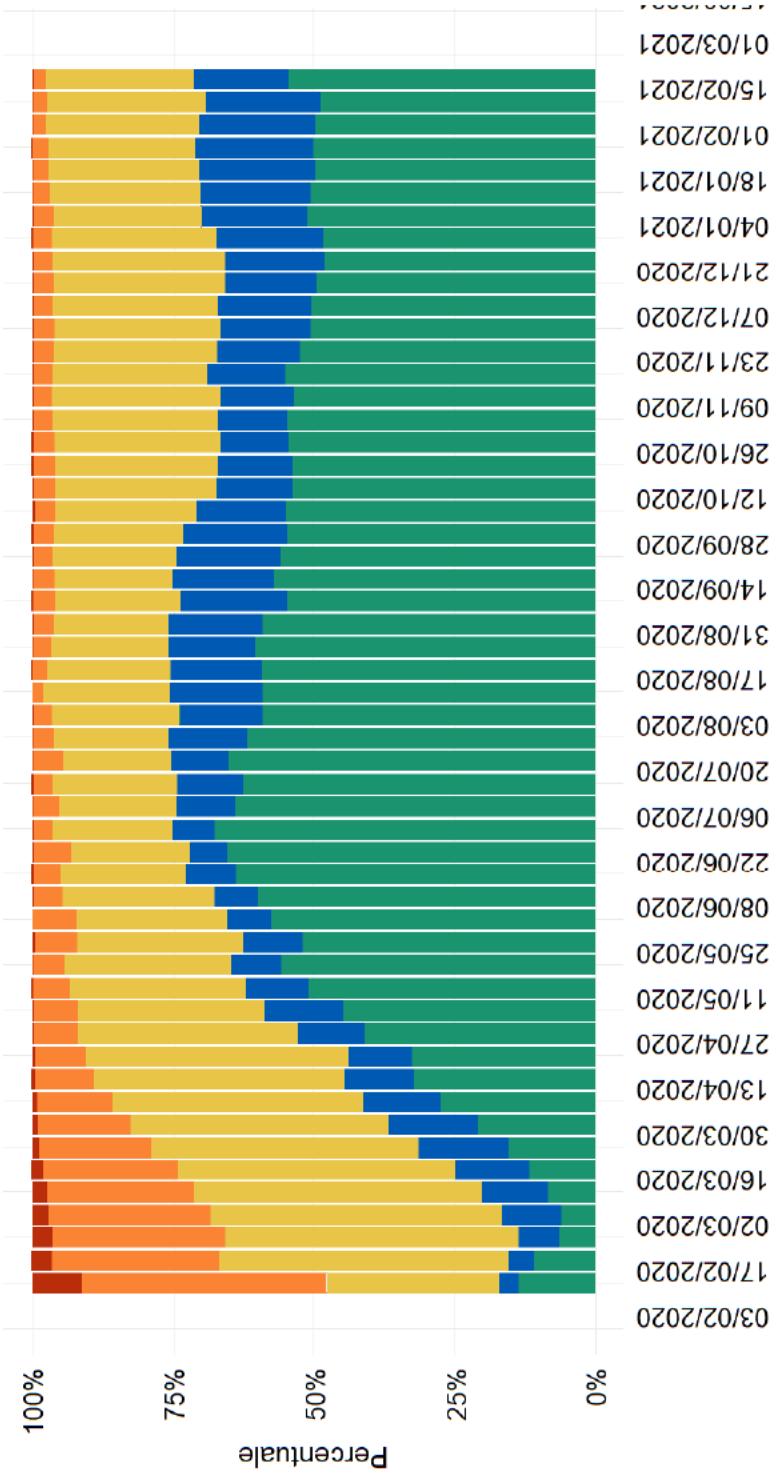
Caratteristiche della popolazione affetta

Età mediana in ulteriore diminuzione nelle ultime settimane



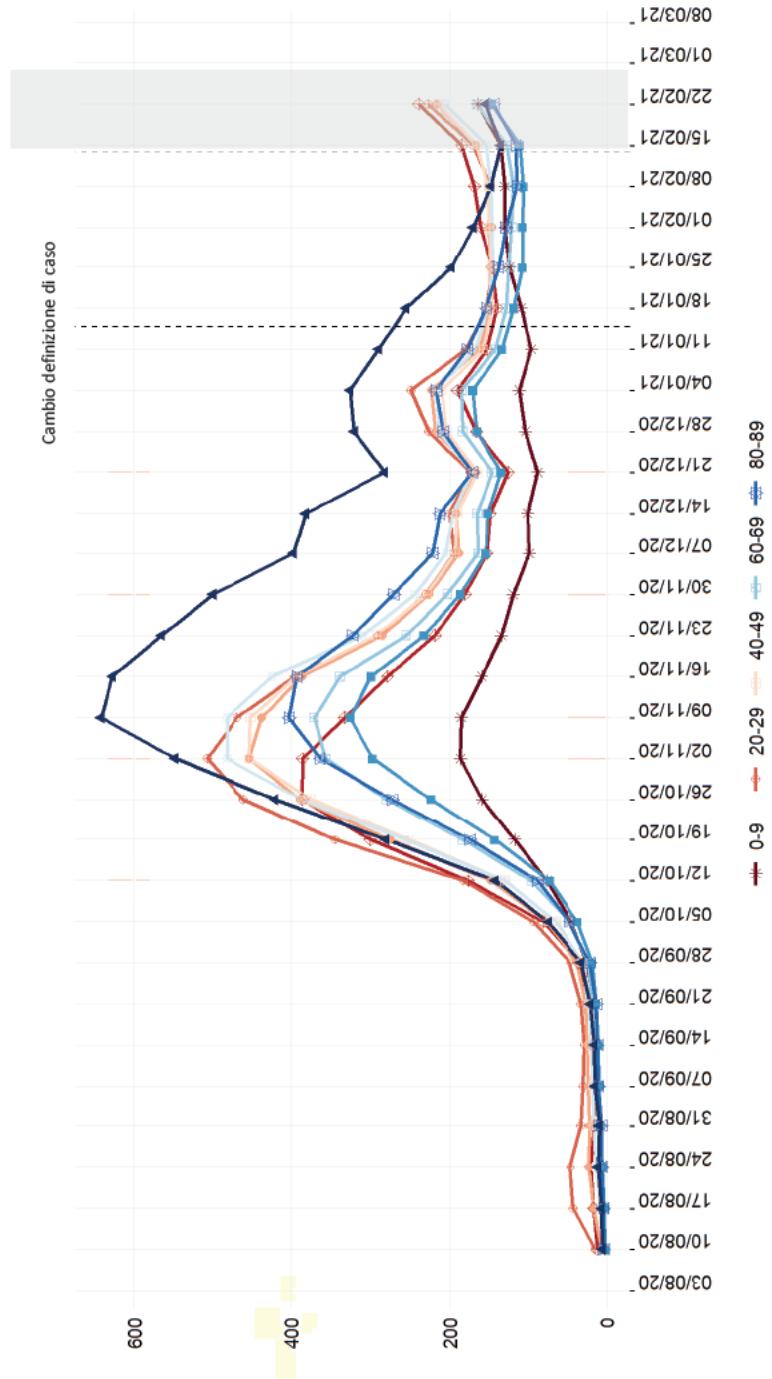
Stato clinico al momento della diagnosi

% asintomatici rispetto al totale dei casi diagnosticati in leggero aumento nelle ultime settimane, in leggera diminuzione
casi con stato clinico lieve



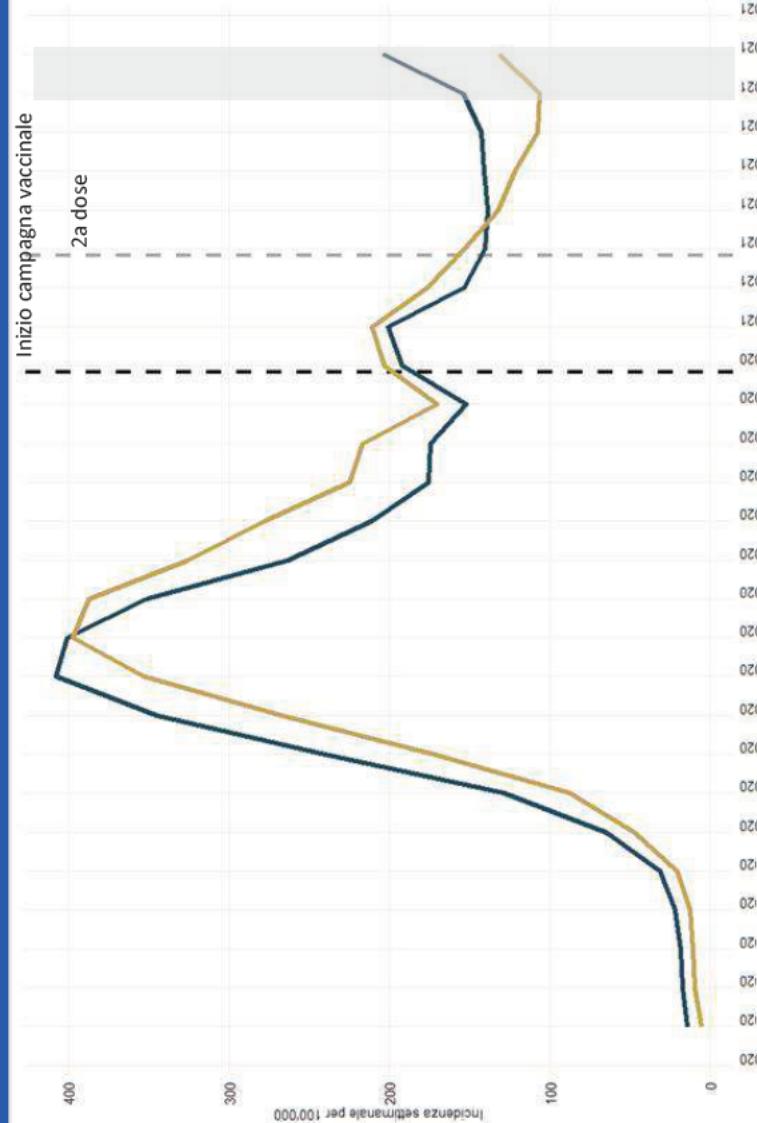
Tasso d'incidenza per fascia d'età a livello nazionale (dall'inizio della seconda ondata dell'epidemia).

Fascia età >80 anni con incidenza in leggero aumento dopo un'importante diminuzione; incidenza in crescita ultimo mese nelle fasce d'età 0-9 e 10-19



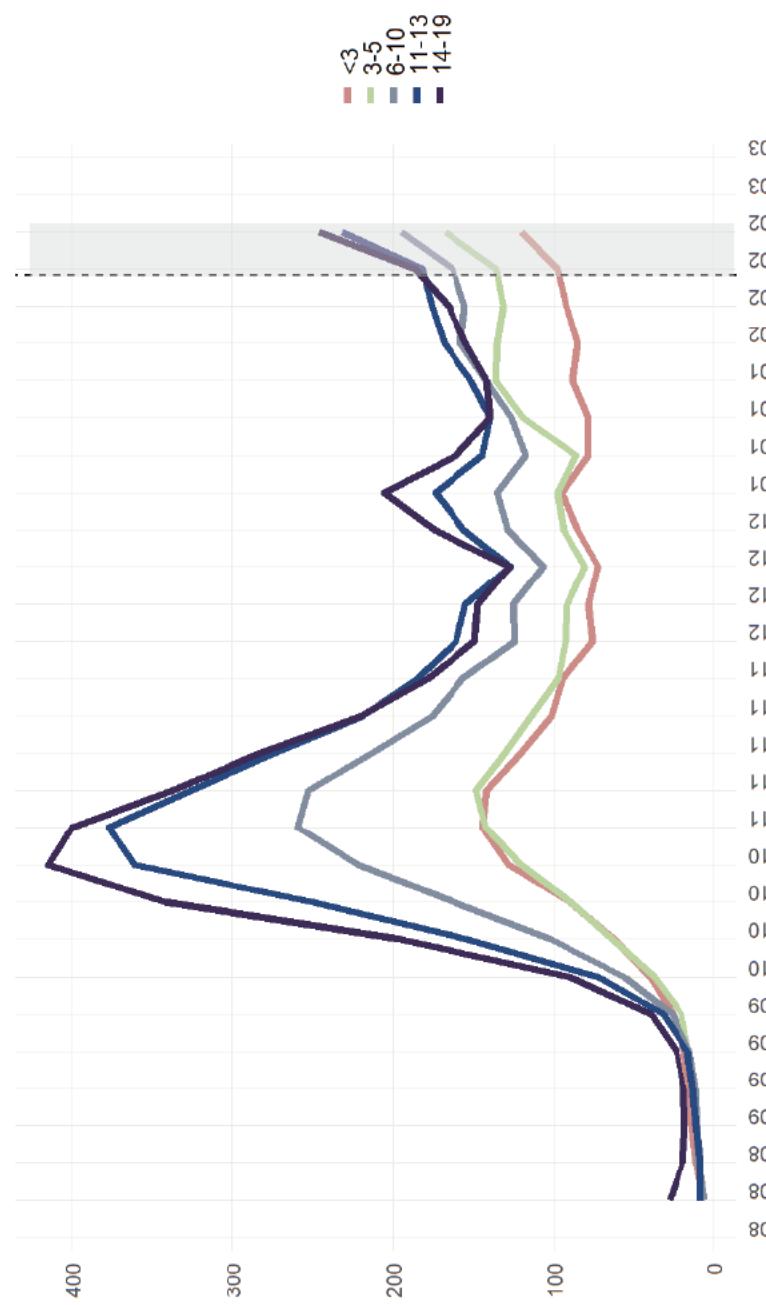
Tasso d'incidenza nazionale <80 anni vs >=80 anni (a partire dal 24 agosto 2020)

Trend in calo per gli over 80 dagli inizi di gennaio con un piccolo incremento nell'ultima settimana

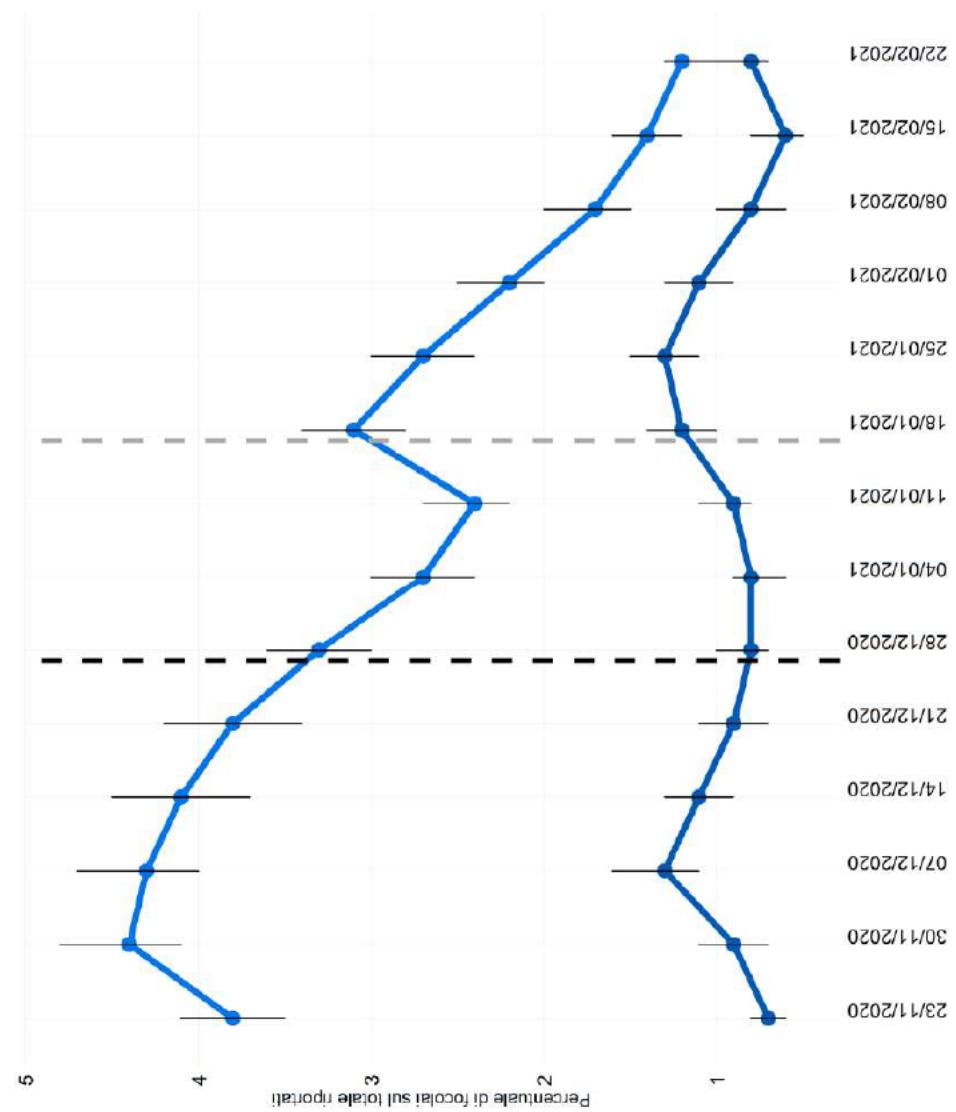


Tasso d'incidenza nazionale per fascia d'età popolazione in età scolare (a partire dal 24 agosto 2020)

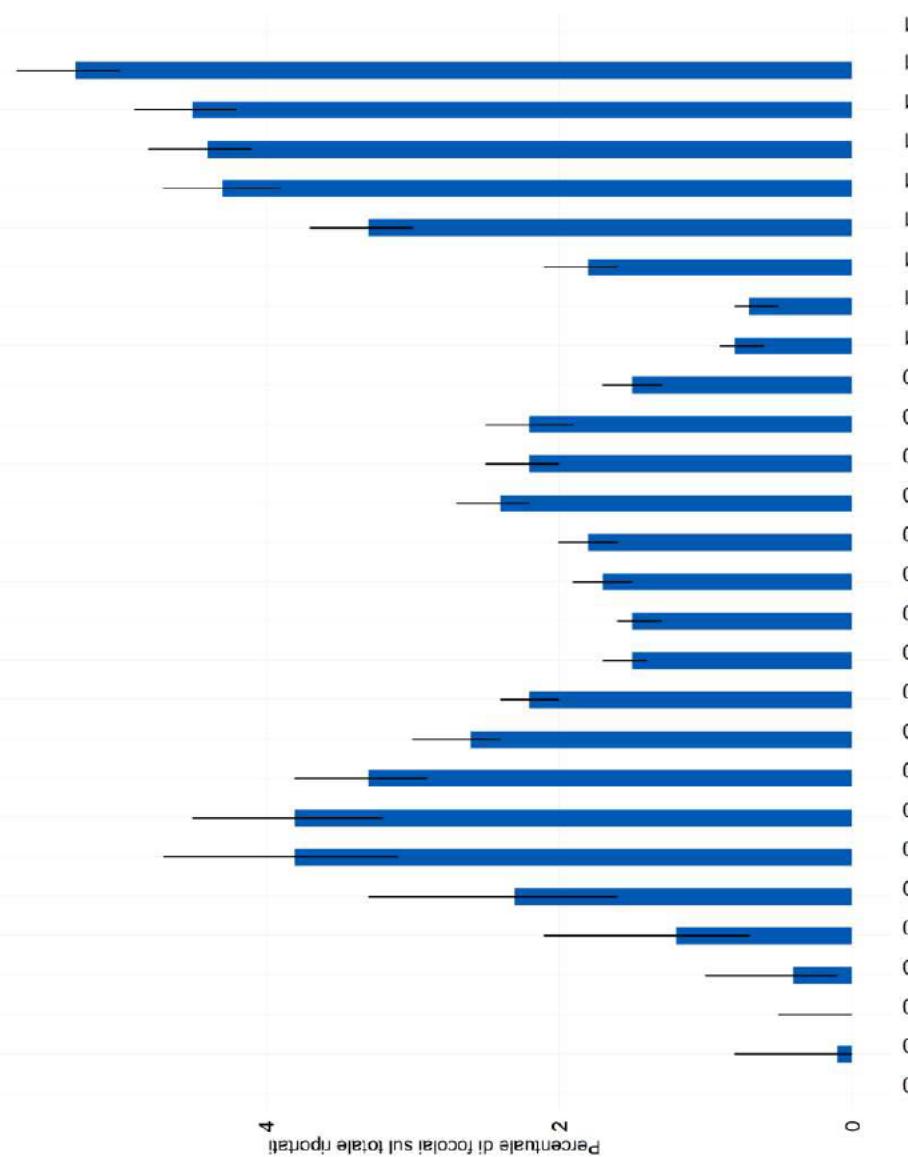
Incremento dell'incidenza dei casi nella popolazione di età 0-18 anni



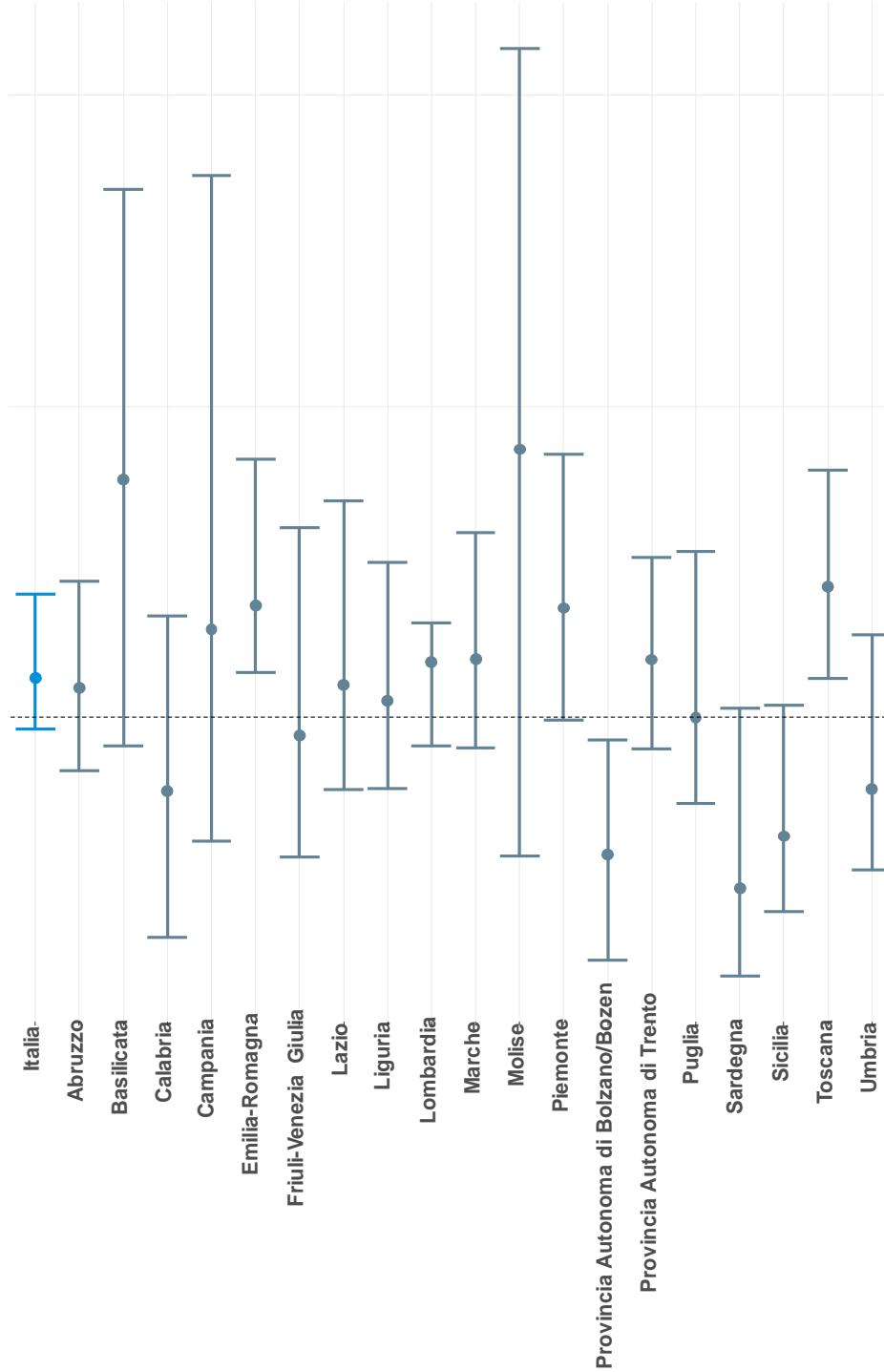
Andamento % focolai in Strutture assistenziali e RSA



Andamento % focolai scolastici



Stima riepilogativa dell'R_{medio}14gg per regione basato su inizio sintomi dal 10/2 al 23/2, calcolato il 3/3/2021



Ricoveri

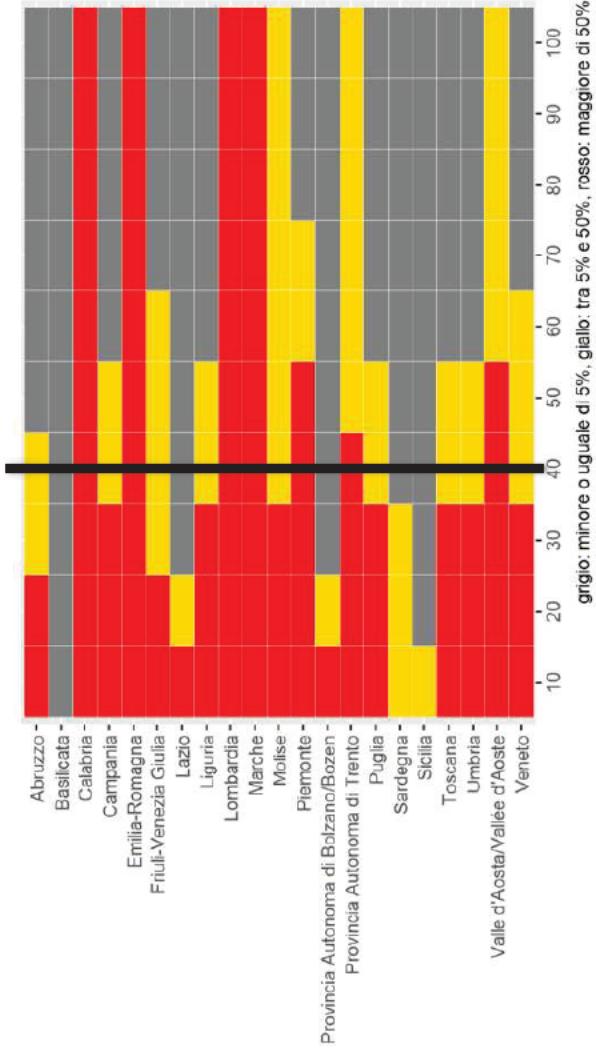
Ricoveri in area medica e in terapia in leggero aumento



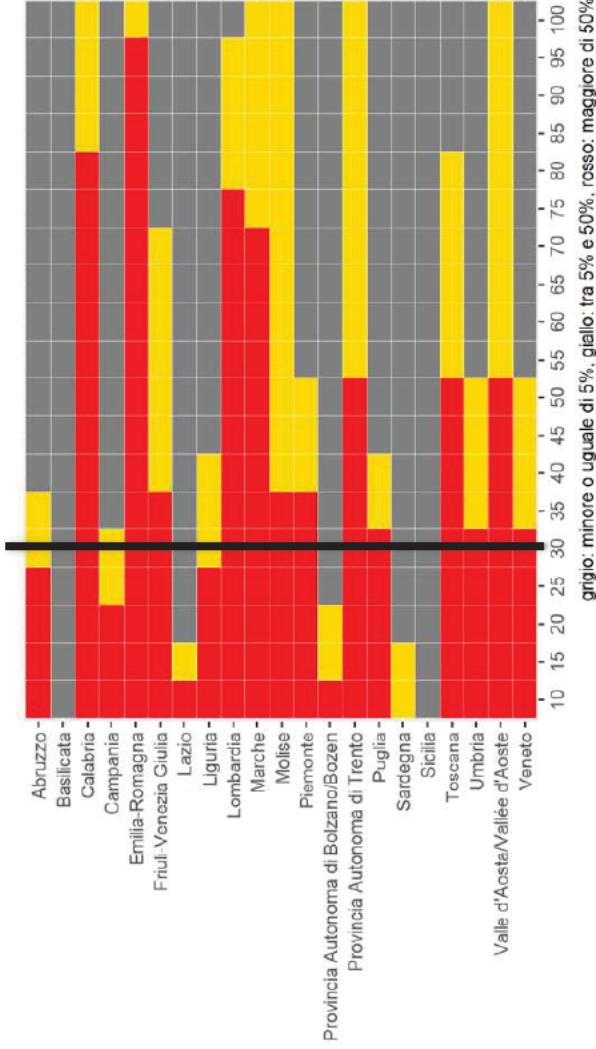
Proiezioni dell'occupazione dei posti letto a 30 giorni

% di probabilità di superamento delle soglie critiche di occupazione in area medica e terapia intensiva al 2/4/2021 se si mantiene invariata la trasmissibilità (tenendo conto dei PL attivabili nel periodo della stima)

Soglie Area Medica

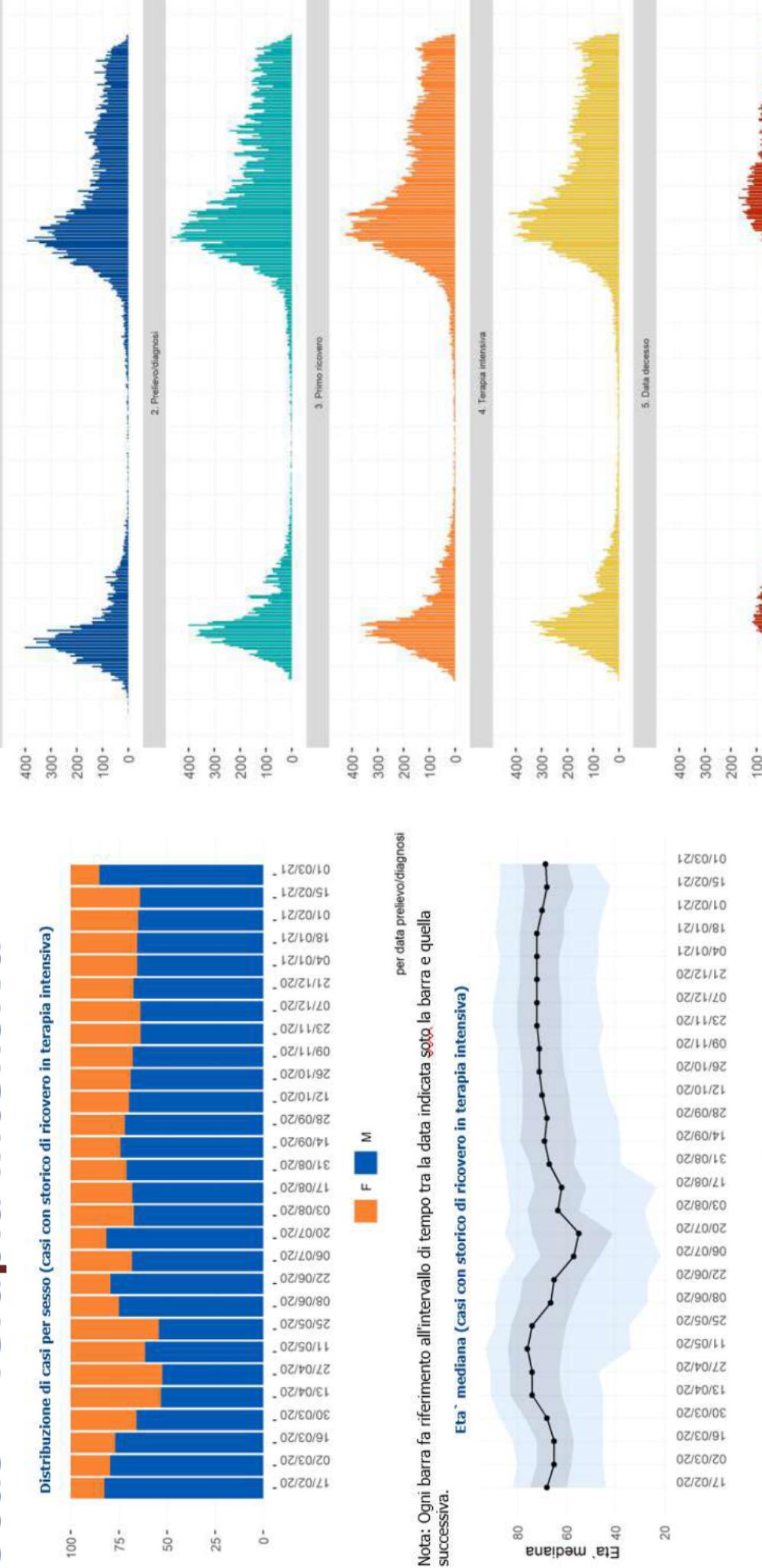


Soglie Terapia intensiva



Focus – Terapia intensiva

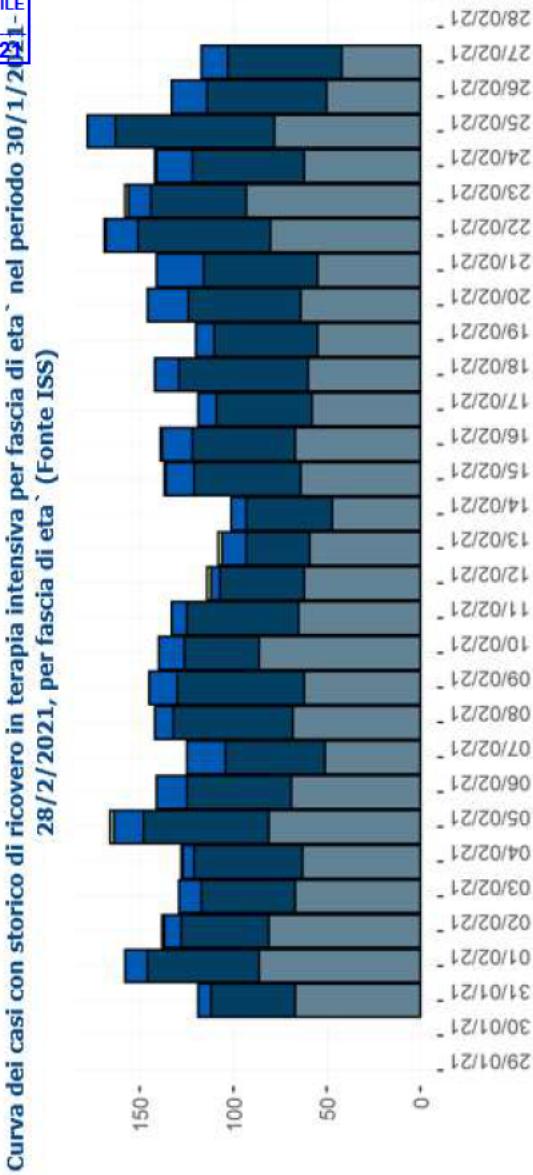
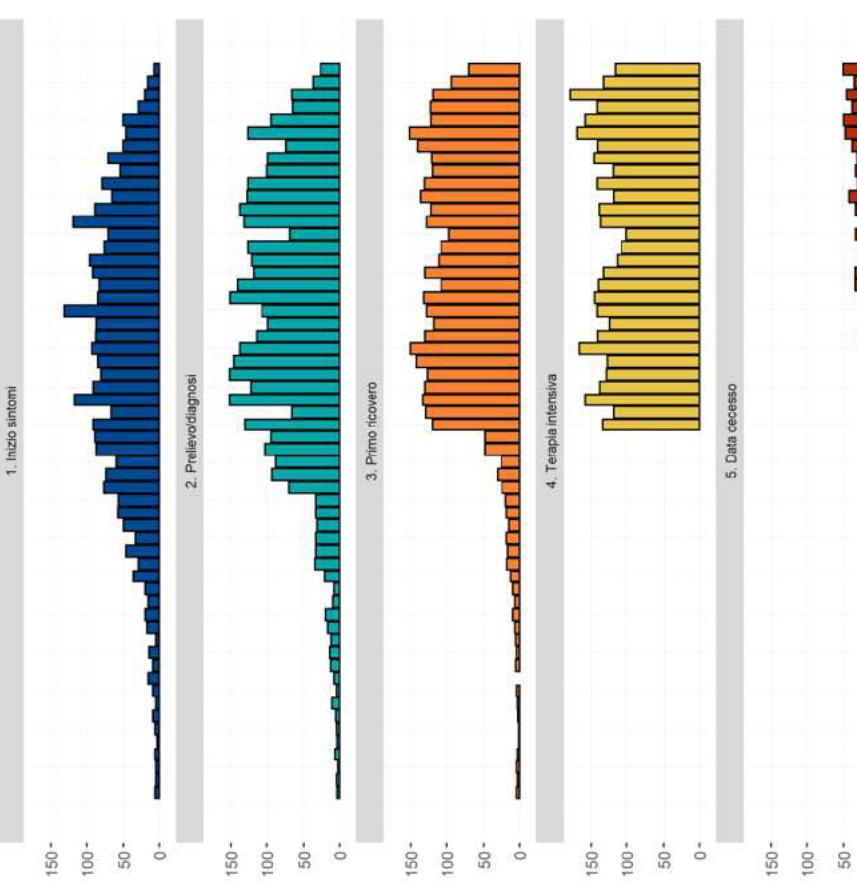
Curve per tipologia data per i casi con storico di ricovero in terapia intensiva



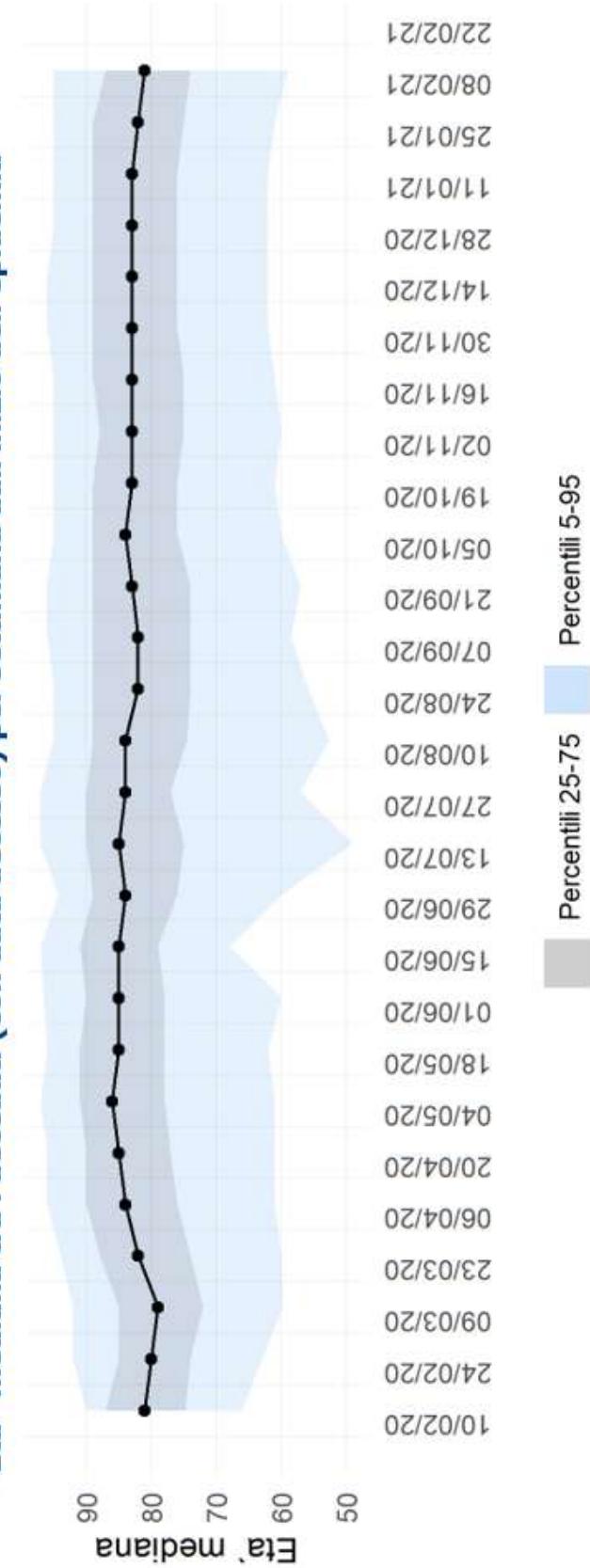
Focus – Terapia intensiva

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0012029 10/03/2021

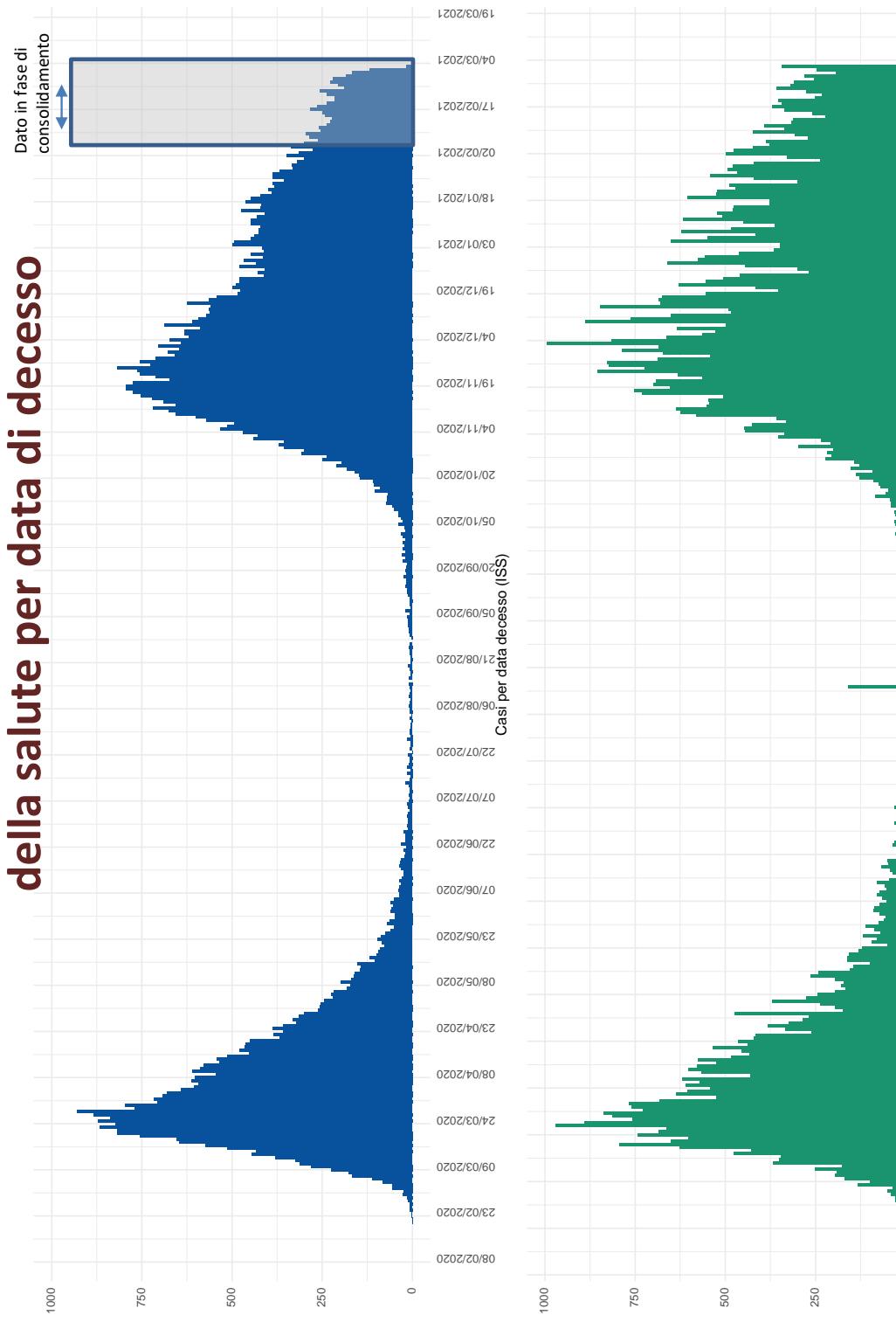
Curve epidemiche dei casi con storia di ricovero in terapia intensiva nel periodo 30/1/2021-
28/2/2021 riportati al sistema di sorveglianza integrato, per data di inizio sintomi, diagnosi, primo
ricovero, ricovero in Terapia Intensiva e decesso (Fonte ISS)



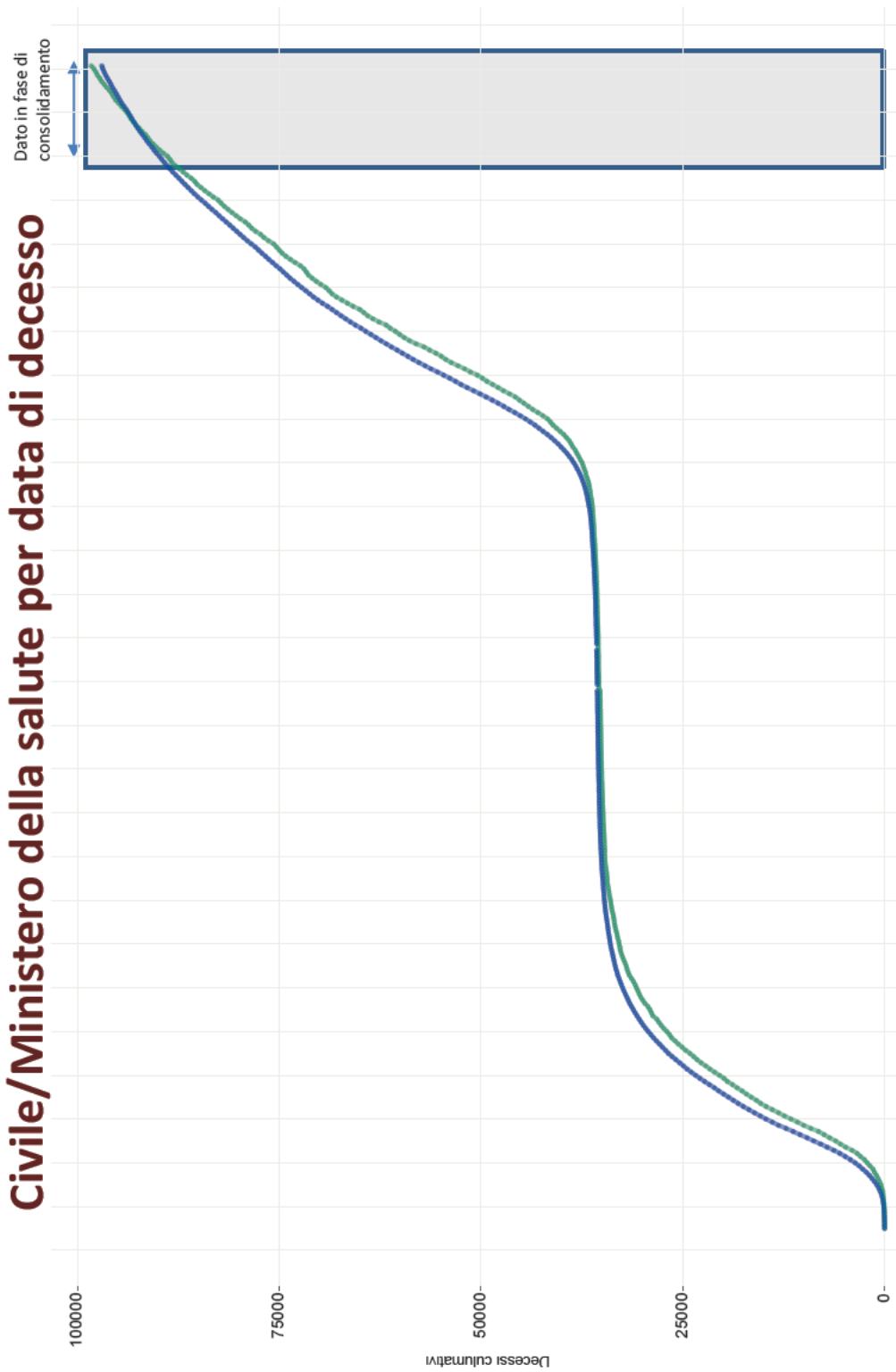
Ètà mediana dei casi deceduti riportati al sistema di sorveglianza integrato



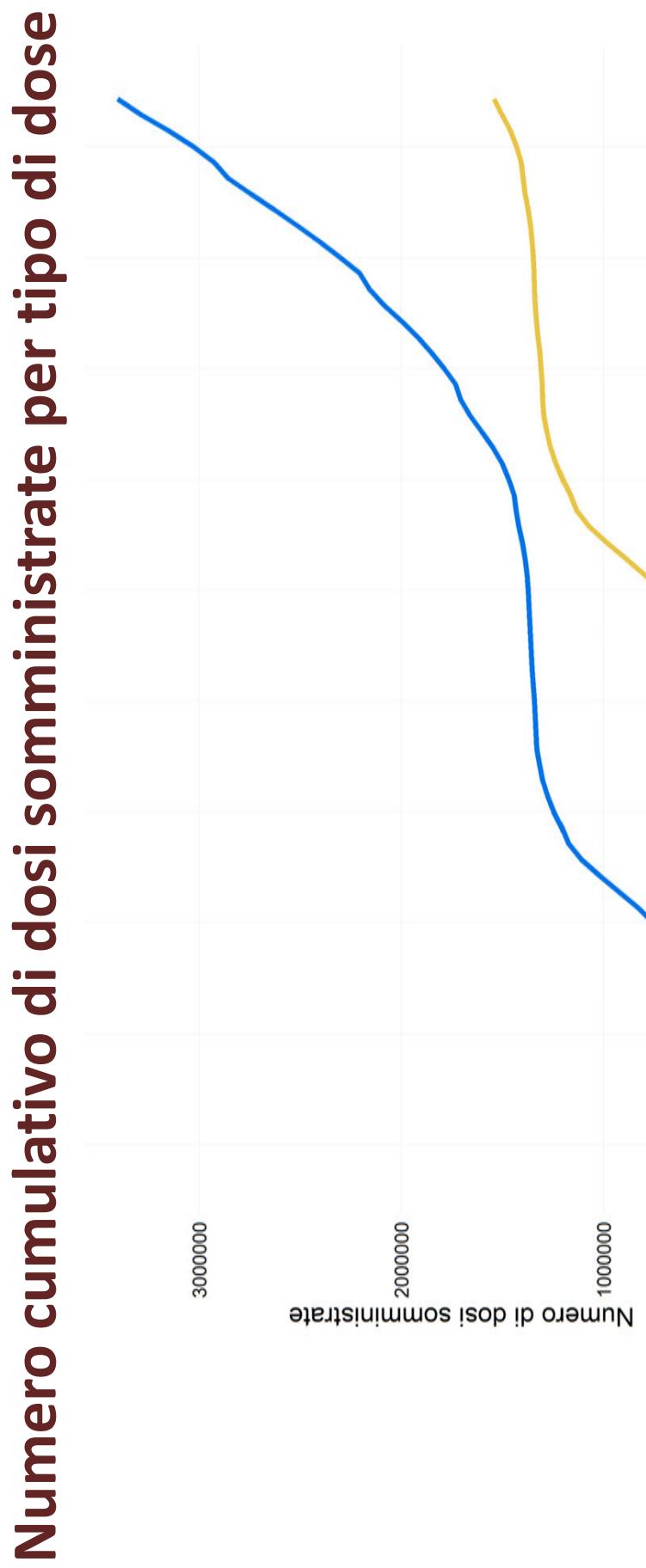
Confronto casi deceduti riportati alla Sorveglianza COVID-19 e Protezione Civile/Ministero della salute per data di decesso



Confronto cumulativo dei casi deceduti riportati alla Sorveglianza COVID-19 e Protezione Civile/Ministero della salute per data di decesso

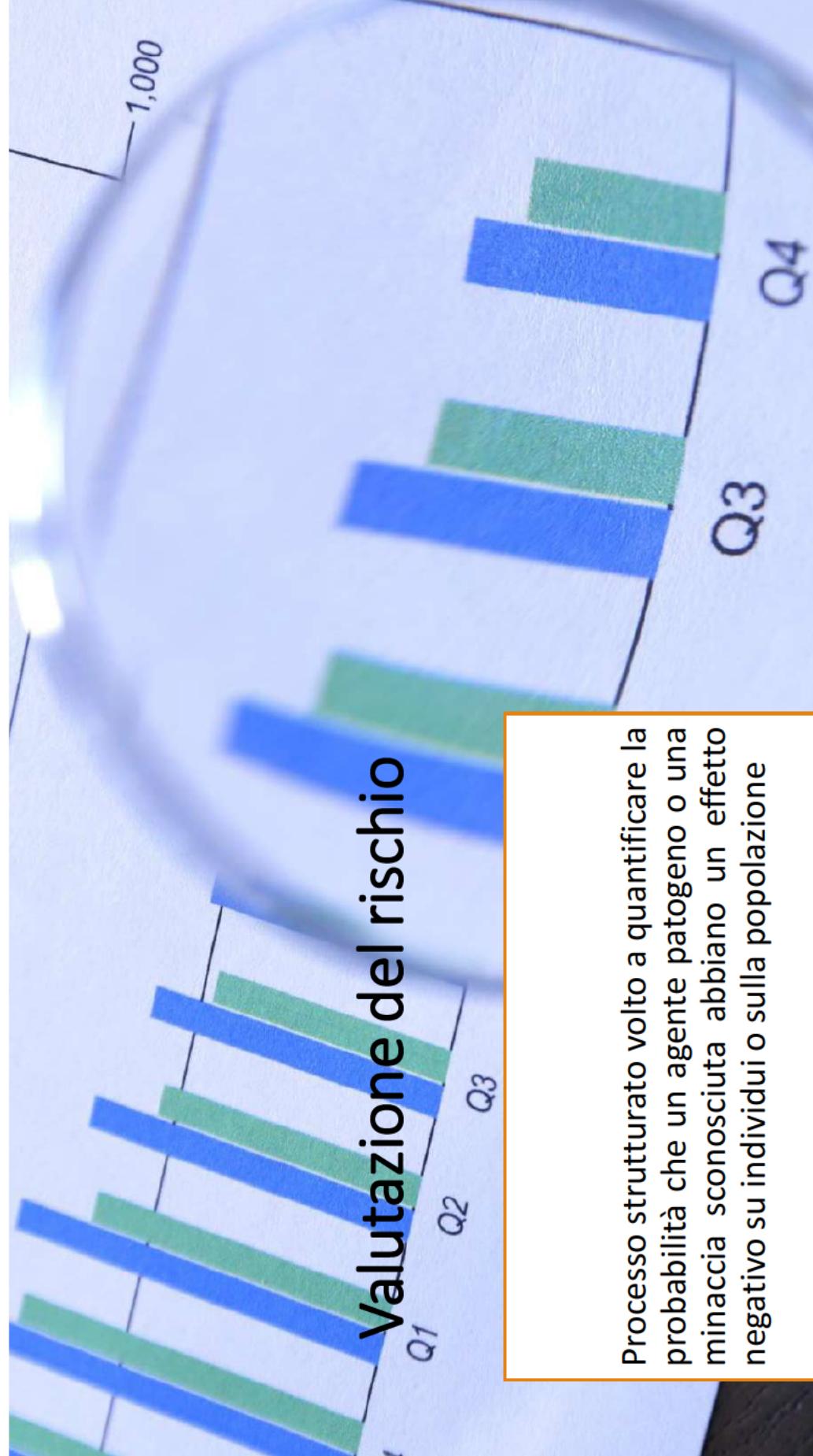


Vaccinazioni somministrate al
4/03/2021



Numero cumulativo di dosi somministrate per categoria





Processo strutturato volto a quantificare la probabilità che un agente patogeno o una minaccia sconosciuta abbiano un effetto negativo su individui o sulla popolazione

Analisi del rischio e scenario per Regione/P

22 – 28 febbraio 2021(3 marzo 2021),
analisi dell'occupazione dei PL attivi aggiornata al 2 marzo 2021

Fonte: Cabina di Regia

Tabella 2 – Valutazione di impatto d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile, dati al 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021

Regione.PA	Domanda 1		Domanda 2 (dati più recenti disponibili*)	Domanda 3
	Nuovi casi segnalati negli ultimi 5 giorni in soggetti di età >50 anni?	Sovraccarico o in Terapia Intensiva (Ind3.8 sopra 30%)?	Sovraccaricamento o in aree mediche (Ind3.9 sopra 40%)?	Valutazione di impatto
Abruzzo	Sì	Sì	Sì	Sì
Basilicata	Sì	No	No	-
Calabria	Sì	No	No	-
Campania	Sì	No	No	-
Emilia-Romagna	Sì	Sì	No	Sì
FVG	Sì	Sì	No	Sì
Lazio	Sì	No	No	-
Liguria	Sì	No	No	-
Lombardia	Sì	Sì	Sì	Sì
Marche	Sì	Sì	Sì	Sì
Molise	Sì	Sì	Sì	No
Piemonte	Sì	No	No	-
PA Bolzano/Bozen	Sì	Sì	No	Sì
PA Trento	Sì	Sì	No	No
Puglia	Sì	No	No	-
Sardegna	Sì	No	No	-
Sicilia	Sì	No	No	-
Toscana	Sì	No	No	-

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 3 marzo 2021 relativi alla settimana 22/2/2021-28/2/2021

Regione/PA	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 3)	Probabilità di una escalation o nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 02/04/2021 della probabilità di superare le soglie di occupazione dei PL)		Classificazione complessiva del rischio
				% probabilità raggiungere occupazione II 30%	% probabilità raggiungere occupazione aree mediche 40%	
Abruzzo	Moderata	Alta	Si	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Alta
Basilicata	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Calabria	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Campania	Moderata	Bassa	Si	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Alta (molteplici allerte di resilienza)
Emilia-Romagna	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
FVG	Moderata	Alta	No	>50%	da 5 a 50%	Alta
Lazio	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Liguria	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Lombardia	Moderata	Alta	Si	>50%	>50%	Alta
Marche	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Molise	Moderata	Moderata	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Piemonte	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
PA Bolzano/Bozen	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
PA Trento	Moderata	Moderata	No	>50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Puglia	Moderata	Bassa	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Sardegna	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa
Sicilia	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Toscana	Moderata	Bassa	No	>50%	da 5 a 50%	Moderata ad alta probabilità di progressione

Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 10/02/2021)	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 equipaggiamento sanitario
Abruzzo	245,92	3182	↑	↑	0.96 (CI: 0.91-1)	No	Moderata	Alta	Alta	No	
Basilicata	143,51	794	↑	↑	1.16 (CI: 0.95-1.37)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	Moderata	No
Calabria	62,56	1185	↑	↑	0.81 (CI: 0.72-0.92)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Campania	228,29	13040	↑	↑	0.96 (CI: 0.88-1.04)	No	Moderata	Bassa	2 allerta segnalate. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	Alta (molteplici allerte di resilienza)	No
Emilia-Romagna	342,08	15271	↑	↑	1.13 (CI: 1.11-1.16)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	Alta	No
FVG	177,25	2138	↑	↑	0.92 (CI: 0.87-0.98)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	Alta	No
Lazio	151,80	8737	↑	↑	0.98 (CI: 0.95-1.02)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	Moderata	No
Liguria	149,26	2276	↑	↑	0.96 (CI: 0.91-1.02)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	Moderata	No
Lombardia	254,44	25514	↑	↑	1.13 (CI: 1.11-1.15) #	No	Moderata	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento e sopra 25%. Ind 2.6 in diminuzione e sotto 90%	Alta	No

Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 10/02/2021)	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 transmissio	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione equiparabile
									n*	ne*	settornive
Molise	193,00	580	↓	↑	1.66 (CI: 1.27-2.07)	No	Moderata	Moderata	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	3	Moderata ad alta probabilità di progressione
Piemonte	191,06	8237	↑	↑	1.15 (CI: 1.12-1.19)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
PA Bolzano/Bozen	376,99	2008	↓	↓	0.75 (CI: 0.71-0.79)	No	Bassa	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 40%	1	Moderata
PA Trento	385,02	2100	↑	↑	1.1 (CI: 1.03-1.16)	No	Moderata	Moderata	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
Puglia	169,73	6710	↑	↑	0.93 (CI: 0.9-0.96)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	1	Moderata ad alta probabilità di progressione
Sardegna	27,36	441	↓	↓	0.67 (CI: 0.6-0.75)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa
Sicilia	68,14	3322	↑	↓	0.79 (CI: 0.75-0.84)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	1	Moderata
Toscana	204,33	7545	↑	↑	1.18 (CI: 1.14-1.22)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
Umbria	192,26	1673	↓	↓	0.79 (CI: 0.76-0.84)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata ad alta probabilità di progressione
V.d'Aosta/Y.d'Aoste	60,78	76	↑	↑	1.21 (CI: 0.9-1.57)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	1	Moderata ad alta probabilità di progressione
Veneto	151,30	7382	↑	↑	1.08 (CI: 1.04-1.12)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	2	Moderata ad alta probabilità di progressione

Headline della Cabina di Regia (5 marzo 2021)

Si osserva una ulteriore accelerazione nell'aumento dell'incidenza a livello nazionale (195 casi per 100.000 abitanti nella settimana 22-28 febbraio 2021). L'incidenza nazionale si sta quindi rapidamente avvicinando alla soglia di 250 casi/settimana per 100.000 abitanti che impone il massimo livello di mitigazione possibile. Tale soglia è stata superata questa settimana in cinque Regioni/PPAA.

Si conferma per la quinta settimana consecutiva un peggioramento nel livello generale del rischio. Aumenta il numero di Regioni/PPAA classificate a rischio alto (6) ai sensi del DM 30/4/2020. Ben 9 Regioni/PPAA, classificate a rischio moderato, sono ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane. Soltanto una Regione è a rischio basso.

Headline della Cabina di Regia (5 marzo 2021)

Si ribadisce, anche alla luce dell'aumento sostenuto della prevalenza di alcune varianti virali a maggiore trasmissibilità, di mantenere la drastica riduzione delle interazioni fisiche tra le persone e della mobilità. Analogamente a quanto avviene in altri paesi Europei, si rende necessario un rafforzamento/innalzamento delle misure su tutto il territorio nazionale al fine di ottenere rapidamente una mitigazione del fenomeno.

In presenza di varianti che possono parzialmente ridurre l'efficacia dei vaccini attualmente disponibili, le Regioni/PPAA sono invitate ad adottare, indipendentemente dai valori di incidenza, il livello di mitigazione massimo a scopo di contenimento.

IMPATTO DELL'EPIDEMIA COVID-19 SULLA MORTALITÀ TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE ANNO 2020

Allegato 3

Il quinto Rapporto prodotto congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) presenta un'analisi della mortalità dell'anno 2020 per il complesso dei decessi e per il sottoinsieme dei soggetti positivi al Covid-19 deceduti; fa, inoltre, il punto sulle principali caratteristiche dell'epidemia e i loro effetti sulla mortalità totale, distinguendo tra la prima (febbraio-maggio 2020) e la seconda (ottobre-gennaio 2021) ondata epidemica.

Contestualmente vengono diffusi dall'Istat i dati sui decessi giornalieri per tutti i comuni aggiornati fino al mese di dicembre 2020. La base dati di mortalità giornaliera, che l'Istat ha reso disponibile per il monitoraggio tempestivo dei decessi, è consolidata a distanza di 45 giorni rispetto alla data di evento mediante l'integrazione delle notifiche di cancellazione per decesso di fonte anagrafica (ANPR e comuni) con i dati sui deceduti risultanti all'Anagrafe tributaria.¹ Nel Report si fornisce inoltre una stima anticipatoria a livello regionale, a soli 15 giorni di ritardo data, relativamente ai decessi per il complesso delle cause avvenuti nel mese di gennaio 2021.

L'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di coordinare la Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19, attraverso l'ordinanza 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile del 27/2/2020 (Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili).

La sorveglianza raccoglie i dati individuali dei soggetti positivi al Covid-19, in particolare quelli anagrafici, il luogo di domicilio e residenza, alcuni dati di laboratorio, informazioni sul ricovero e sullo stato clinico (indicatore sintetico di gravità della sintomatologia), nonché sulla presenza di alcuni fattori di rischio (patologie croniche di base) e sull'esito finale (guarito o deceduto).

I dati, relativi a tutti i casi di Covid-19 diagnosticati microbiologicamente (tampone naso-faringeo positivo a SARS-CoV-2) provenienti dai laboratori di riferimento regionali, vengono raccolti dalle Regioni/Province Autonome attraverso una piattaforma web dedicata e sono aggiornati quotidianamente da ciascuna Regione².

I dati commentati nel Rapporto sono in continua fase di perfezionamento. La scelta di assumere come riferimento il periodo gennaio-dicembre 2020 consente di effettuare l'analisi dell'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente su una base dati il più possibile consolidata³.

¹ Per le informazioni sulla qualità e copertura dei dati di mortalità si veda la Nota Metodologica allegata al Rapporto. La base dati è consultabile al seguente link <https://www.istat.it/it/archivio/240401>

² Si precisa che i dati della Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19 dell'ISS non sono perfettamente allineati con il flusso della Protezione Civile e del Ministero della Salute che riportano dati aggregati inviati giornalmente dalle regioni
<http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>

³ Data di estrazione della base dati della Sorveglianza Integrata 24 febbraio 2021, data di consolidamento della base dati Istat del 5 marzo 2021.

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

- Tra il mese di febbraio e il 31 dicembre 2020 sono stati registrati 75.891 decessi nel Sistema di Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19 dell'ISS.
- Nell'anno 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6% di eccesso). In tale valutazione occorre tener conto che nei mesi di gennaio e febbraio 2020 i decessi per il complesso delle cause sono stati inferiori di circa 7.600 unità a quelli della media dello stesso bimestre del 2015-2019 e che i primi decessi di persone positive al Covid-19 risalgono all'ultima settimana di febbraio. Pertanto, volendo stimare l'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale, è più appropriato considerare l'eccesso di mortalità verificatosi tra marzo e dicembre 2020. In questo periodo si sono osservati 108.178 decessi in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019 (21% di eccesso).
- Guardando alle classi di età, il contributo più rilevante all'eccesso dei decessi dell'anno 2020, rispetto alla media degli anni 2015-2019, è dovuto all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più che spiega il 76,3% dell'eccesso di mortalità complessivo; in totale sono decedute nel 2020 486.255 persone di 80 anni e oltre (76.708 in più rispetto al quinquennio precedente). L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 20% dell'eccesso di decessi dell'anno 2020; in termini assoluti l'incremento per questa classe di età, rispetto al dato medio degli anni 2015-2019, è di oltre 20 mila decessi (per un totale di 184.708 morti nel 2020).
- Dall'inizio dell'epidemia e fino al 31 dicembre 2020 il contributo dei decessi Covid-19 alla mortalità per il complesso delle cause è stato, a livello medio nazionale, del 10,2%, con differenze fra le varie ripartizioni geografiche (14,5% del Nord, al 6,8% del Centro e al 5,2% del Mezzogiorno) e fasce di età (4,6% del totale nella classe 0-49 anni, 9,2% in quella 50-64 anni, 12,4% in quella 65-79 anni e 9,6% in quella di ottanta anni o più).
- Lo scenario di diffusione epidemica può essere sintetizzato in tre fasi. La prima fase compresa nel periodo da febbraio alla fine di maggio 2020 (Prima ondata) si è caratterizzata per una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale prevalentemente nel Nord del Paese. Nella stagione estiva, da giugno a metà settembre (Fase di transizione), la diffusione è stata inizialmente molto contenuta. A partire dalla fine di settembre 2020 (Seconda ondata) i casi sono di nuovo aumentati rapidamente fino alla prima metà di novembre, per poi diminuire. Rispetto alla prima ondata epidemica la situazione della diffusione in Italia è notevolmente mutata sia in termini quantitativi che di distribuzione geografica.
- Considerando i decessi per il complesso delle cause, durante la prima fase dell'epidemia si sono contati oltre 211 mila settecentocinquanta decessi (da marzo a maggio del 2020), 50.957 in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019.
- Il bilancio della prima fase dell'epidemia, in termini di eccesso di decessi per il complesso delle cause, è particolarmente pesante per la Lombardia (+111,8%); per tutte le altre regioni del Nord l'incremento dei morti del periodo marzo-maggio 2020 è compreso tra il 42% e il 47%; solamente il Veneto e il Friuli Venezia Giulia hanno un eccesso di decessi più contenuto (rispettivamente +19,4% e +9,0%). Al Centro si evidenzia il caso delle Marche (+27,7%), regione che si distingue rispetto all'incremento medio della ripartizione (+8,1%).
- A partire dalla metà di ottobre 2020 diventano via via più evidenti gli effetti della Seconda ondata dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale. Considerando i decessi per il complesso delle cause, durante il periodo ottobre-dicembre 2020 si sono contati 213 mila morti, 52 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019.
- In alcune regioni l'eccesso di mortalità dell'ultimo trimestre del 2020 supera quello della prima ondata (marzo-maggio 2020): in Valle d'Aosta (+63,7% rispetto al +42,6% del trimestre marzo-maggio), in

Piemonte (+47,5% rispetto al +53%), in Veneto (+44,4% rispetto al 19,4%), in Friuli Venezia Giulia (+45,6% a fronte del +9,0%), nella Provincia autonoma di Trento (65,4% vs 53,1%). Al contrario, l'eccesso di mortalità del trimestre ottobre-dicembre, rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019, è più basso di quello della prima ondata in Lombardia (+37,1% in contrapposizione al +111,8%), in Emilia Romagna (+25,4% rispetto a +43,6%), in Liguria (+33,9 vs +42,2%) e nella provincia autonoma di Bolzano (+39,1% rispetto a +45,4%).

- L'eccesso di mortalità osservato nel 2020, a livello medio nazionale, aumenta al crescere dell'età ed è più accentuato negli uomini rispetto alle donne. Considerando la classe di età con 80 anni e più, si passa da una flessione della mortalità del 3,5% del periodo gennaio-febbraio 2020 a un aumento di circa il 40% nelle due ondate epidemiche. Per le donne della stessa classe di età la variazione dei decessi, rispetto alla media 2015-2019, va dal -7,4% del bimestre gennaio-febbraio 2020 ad un incremento del 33% circa nelle due ondate. In generale nel trimestre marzo-maggio 2020 e nell'ultimo trimestre dell'anno non cambia di molto il profilo dell'eccesso di mortalità per genere ed età a livello medio nazionale.
- Incrementi importanti del numero di decessi si osservano anche per gli uomini di 65-79 anni (+67,6% nella prima ondata e +38,3% nell'ultimo trimestre del 2020 al Nord); nel Mezzogiorno nel trimestre ottobre-dicembre questa è risultata la classe di età con il maggior eccesso di mortalità tanto per gli uomini quanto per le donne (+34,6% e +29,8% rispettivamente).
- Per quanto riguarda la classe di età 0-49 anni, considerando l'intero anno 2020, i decessi totali sono inferiori a quelli medi degli anni 2015-2019 dell'8,5%. Per le donne la diminuzione è ancora più pronunciata e riguarda tutto l'anno e tutte le ripartizioni, mentre per gli uomini si registra al Nord un lieve incremento dei decessi durante la prima ondata epidemica (+2,9% nei mesi da marzo a maggio) e nel mezzogiorno nei mesi di ottobre-dicembre (+1,5%). Il fatto che la mortalità della popolazione più giovane sia nel 2020 generalmente inferiore alla media del 2015-2019 si può spiegare considerando sia la minore letalità dell'epidemia al di sotto dei cinquanta anni, sia la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause che interessano questo segmento di popolazione come quelle accidentali, per effetto del lockdown e del conseguente blocco della mobilità e di molte attività produttive.
- Gli effetti della seconda ondata epidemica sulla mortalità proseguono nel 2021. Per il mese di gennaio si stimano 70.538 decessi, 2 mila in più rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019 e 8.500 in più rispetto a gennaio 2020; questo eccesso per il 75% riguarda le regioni del Nord. La Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna da sole spiegano il 50% dell'eccesso di gennaio 2021. Nel mese di gennaio il valore assoluto dei decessi Covid-19 (12.527) riportato dalla Sorveglianza è superiore all'eccesso calcolato. Questo fenomeno è probabilmente attribuibile alla riduzione, rispetto agli anni precedenti, della mortalità per cause diverse dal COVID-19, come ad esempio l'influenza, che grazie alle misure di distanziamento ha avuto una minore incidenza nell'ultima stagione.
- I dati Eurostat consentono di valutare l'impatto dell'epidemia di Covid-19 sull'eccesso di mortalità totale nei diversi Paesi, confrontando i decessi settimanali del 2020 con quelli del quadriennio 2016-2019 (anzichè il quinquennio 2015-2019 che viene considerato come riferimento nel presente Rapporto). A partire dal mese di marzo 2020 l'eccesso di mortalità è stato in Italia del 20,4%, inferiore a quello della Spagna (23,6%), del Belgio (20,8%) e della Polonia (23,2%) ma superiore a quello della Francia (13,2%), della Germania (7%), dell'Olanda (14,7%) e del Portogallo (13,9%).
- Queste differenze tra i Paesi possono essere in parte spiegate dalla rapidità di diffusione della prima ondata in alcuni Paesi, dalla velocità di diffusione e dalle diverse misure di contenimento e mitigazione intraprese. Resta tuttavia importante anche la struttura per età delle popolazioni, con i Paesi più "anziani" maggiormente penalizzati.

Il scenario di diffusione dell'epidemia di Covid-19 nell'anno 2020

In Italia, dall'inizio dell'epidemia con evidenza di trasmissione (20 febbraio) fino al 31 dicembre 2020 sono stati segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrato **2.105.738** casi positivi di Covid-19 diagnosticati dai Laboratori di Riferimento regionale (data di estrazione della base dati della Sorveglianza Integrata 24 febbraio 2021), di cui 1661 segnalati nel mese di febbraio 2020.

Nell'evoluzione della epidemia di Covid-19 nel nostro Paese si possono individuare tre fasi: la prima, dal 1° marzo alla fine di maggio 2020 (**Prima ondata**), si è caratterizzata per una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale prevalentemente nel Nord del Paese. Nella stagione estiva (**Fase di transizione**), periodo giugno - metà settembre 2020, la diffusione è stata molto contenuta, ma a partire da metà agosto si sono identificati focolai sempre più numerosi in tutto il Paese e, a partire dalla fine di settembre (**Seconda ondata**), i nuovi casi sono aumentati per alcune settimane con un ritmo esponenziale finché, dalla metà ottobre, le ordinanze a livello regionale e l'adozione di ulteriori misure di contenimento (DPCM Gazzetta Ufficiale, Serie generale n 275 del 4 novembre 2020, supplemento ordinario n.41) hanno portato a un'inversione di tendenza in quasi tutte le Regioni/PPAA. Le misure adottate hanno classificato queste ultime in tre aree - rossa, arancione, gialla - corrispondenti ad altrettanti scenari di rischio.

Tabella 1. Distribuzione mensile dei casi di Covid-19 segnalati dalle Regioni e Province Autonome al Sistema di Sorveglianza Integrato nel periodo 20 febbraio – 31 dicembre 2020.

Regione\ripartizione	marzo-maggio	giugno-settembre	ottobre-dicembre	anno 2020	tasso di incidenza standardizzato *
Piemonte	30.120	4.819	161.072	196.051	4.359,0
Valle d'Aosta	1.184	125	5.936	7.245	5.599,0
Lombardia	86.264	17.199	362.209	466.653	4.516,1
Pa Bolzano	2.493	780	24.952	28.226	5.263,2
Pa Trento	4.718	1.110	16.955	22.783	4.056,7
Veneto	18.426	8.793	234.256	261.742	5.252,0
Friuli-Venezia Giulia	3.260	1.618	45.951	50.835	4.114,7
Liguria	9.399	3.683	46.702	59.797	3.804,1
Emilia-Romagna	26.564	7.530	137.643	172.007	3.795,1
Toscana	9.483	4.893	103.956	118.340	3.158,3
Umbria	1.433	1.049	26.108	28.591	3.270,6
Marche	6.562	1.309	33.616	41.518	2.685,1
Lazio	7.545	9.755	146.417	163.722	2.773,3
Abruzzo	3.318	1.209	31.812	36.340	2.757,9
Molise	485	241	6.367	7.093	2.316,0
Campania	5.049	8.746	166.049	179.864	3.084,5
Puglia	4.804	3.496	86.577	94.881	2.345,6
Basilicata	458	414	10.333	11.207	1.988,0
Calabria	1.426	894	23.429	25.750	1.331,8
Sicilia	3.508	4.184	93.459	101.160	2.027,2
Sardegna	1.473	2.585	27.874	31.933	1.947,0
<i>Nord</i>	182.428	45.657	1.035.676	1.265.339	4.448,4
<i>Centro</i>	25.023	17.006	310.097	352.171	2.917,4
<i>Mezzogiorno</i>	20.521	21.769	445.900	488.228	2.365,6
Italia	227.972	84.432	1.791.673	2.105.738	3.437,7

*Tasso standardizzato di incidenza cumulata 01 febbraio-31 dicembre 2020 ogni 100.000 abitanti (Popolazione Standard Italia Censimento 2011).

Fonte: ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

Rispetto alla prima ondata epidemica la situazione della diffusione in Italia è notevolmente mutata sia in termini quantitativi che di distribuzione geografica.

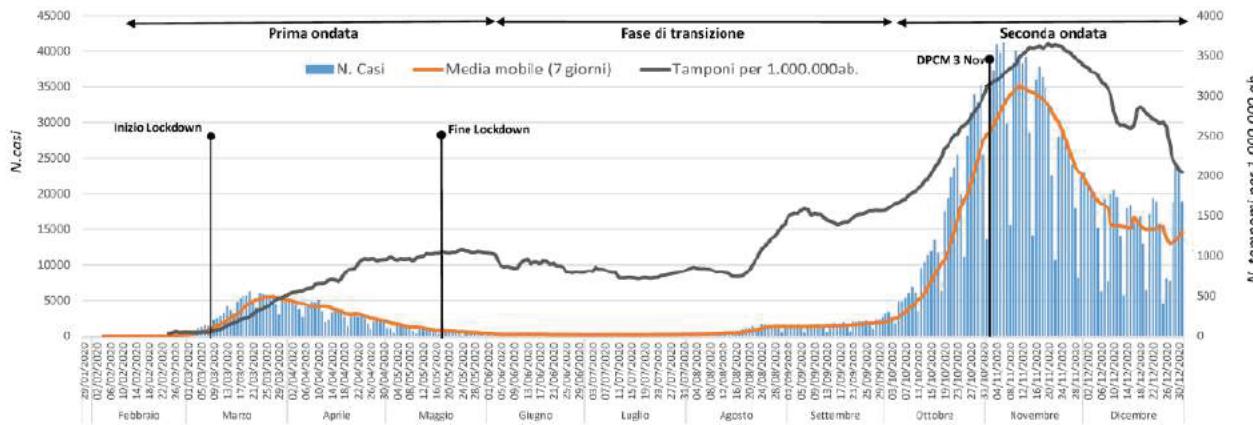
È molto cambiata anche la capacità diagnostica dell'infezione, grazie all'aumento della possibilità di eseguire tamponi molecolari e alla ricerca attiva di casi secondari che è stata messa in atto da Regioni e Province Autonome. È stato stimato, grazie anche all'indagine di sieroprevalenza sul SARS-CoV-2 condotta da Istat e Ministero della Salute (<https://www.istat.it/it/archivio/246156>), che nella prima ondata il rapporto tra i casi notificati e i casi reali fosse almeno nel rapporto di 1 a 6.

Durante la prima ondata epidemica l'80% dei casi è stato segnalato nelle regioni del Nord, nei due periodi successivi questa maggiore diffusione è stata mantenuta seppur con percentuali minori: 54% nel periodo estivo (giugno-settembre), 58% nel periodo ottobre-dicembre 2020. Nelle tre fasi è aumentata maggiormente la diffusione nelle regioni del sud a partire dal periodo estivo.

Considerando il complesso dei casi diagnosticati in tutto il 2020, si nota che più del 50% è concentrato in 4 regioni del Nord: Lombardia, Piemonte, Veneto e Emilia-Romagna; due regioni (Valle d'Aosta e Molise) hanno riportato meno di 10 mila casi ciascuna; rapportando i casi alla popolazione residente, tuttavia, la regione Valle d'Aosta presenta il tasso di incidenza cumulativo più elevato, superiore anche a quelli riportati da Veneto, Lombardia e Piemonte.

La Figura 1 mostra l'andamento del numero di casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo/diagnosi. La curva epidemica indica che l'impatto della seconda ondata, in termini di numero complessivo di casi giornalieri notificati, è decisamente più elevato di quello della prima ondata, per via dell'aumentata capacità diagnostica, che ha permesso di individuare moltissimi soggetti asintomatici o paucisintomatici, e di una diffusione epidemica su tutto il territorio nazionale.

Figura 1. Numero di casi di Covid-19 per data di prelievo/diagnosi e numero di tamponi (per milione di abitanti). Italia, febbraio–dicembre 2020



Fonte: Iss, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Il picco giornaliero di nuovi casi è stato raggiunto il 6 novembre con 41.242 casi segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrato. A partire dalla seconda decade di novembre la tendenza si inverte e i nuovi casi giornalieri iniziano a diminuire rapidamente; dall'inizio del mese di dicembre il ritmo della diminuzione rallenta e l'andamento dei nuovi casi presenta oscillazioni congiunturali più frequenti. Questa dinamica è legata al numero di tamponi effettuati nelle varie fasi di diffusione dell'epidemia: la capacità diagnostica nella prima fase dell'epidemia è stata limitata e pertanto l'esecuzione di test molecolari è stata riservata ai casi più gravi di malattia. A partire dal periodo estivo e durante i mesi invernali molte regioni hanno aumentato la capacità diagnostica individuando un maggior numero di casi.

La struttura demografica dei casi segnalati

Considerando le caratteristiche demografiche dei casi nell'intero anno 2020 si rileva come vi sia un numero leggermente più elevato di persone di sesso femminile (52%); per quanto riguarda l'età l'8% dei casi hanno meno di 14 anni, il 29% hanno una età compresa tra i 15 e i 39 anni, il 40% tra i 40 e i 64 anni, il 13% tra i 65 e i 79 anni e il 10% 80 anni o più.

La classe di età mediana dei casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 segnalati al 31 dicembre 2020 è 45-49 anni, leggermente maggiore nel sesso maschile (50-54 anni); se nella prima fase dell'epidemia la classe mediana è stata per entrambi i generi pari a 60-64 anni, nella seconda ondata è scesa alla classe 45-49 anni. A partire dalla fase di transizione, infatti, si documenta un aumento dei contagi nella fascia di età più giovane e un calo in termini percentuali dei contagi registrati nella popolazione molto anziana (80 anni e più). Questo è un segnale di come le raccomandazioni e la prevenzione messa in atto a partire dal secondo periodo di osservazione abbiano dato esiti positivi nel ridurre la trasmissione di malattia nella fascia anziana della popolazione, ma è anche una conseguenza dell'aumentata capacità diagnostica che ha facilitato l'identificazione di casi tra la popolazione più giovane, più frequentemente paucisintomatici o asintomatici.

Tabella 2. Distribuzione percentuale dei casi di Covid-19 segnalati dalle Regioni e Province Autonome al Sistema di Sorveglianza Integrato nel periodo 20 febbraio - 31 dicembre 2020, per genere e classi di età

Classe di età	Maschi			Femmine			Totale		
	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020
0-49	27,3	55,5	53,1	29,7	53,7	51,3	28,6	54,6	52,1
50-64	27,4	24,9	25,0	23,5	24,2	24,0	25,3	24,6	24,5
65-79	26,2	13,3	14,5	15,5	11,7	12,1	20,4	12,5	13,2
80+	19,2	6,2	7,4	31,3	10,4	12,7	25,7	8,4	10,1
totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

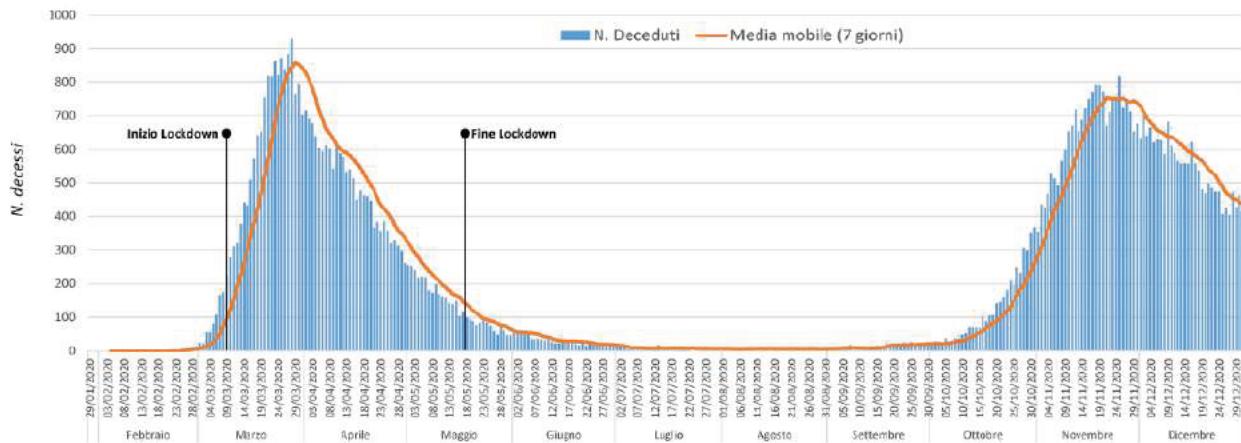
L'andamento dei decessi della Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19

Nel Sistema di Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19 dell'ISS, sono stati registrati **75.891 decessi con data di evento entro il 31 dicembre 2020**.

La Figura 1 e la Figura 2 mostrano una tendenza simile tra l'andamento dei nuovi casi e quello dei decessi Covid-19, ma la seconda risulta traslata di alcune settimane. Occorre considerare che i decessi sono riportati per data di morte, mentre quelli delle diagnosi fanno riferimento alla data dell'effettuazione del tampone. Dal momento della positività del tampone al momento del decesso decorrono in media due settimane. Pertanto, i decessi COVID-19 sono da riferirsi più propriamente a diagnosi effettuate nelle settimane precedenti. Ciò spiega il fatto che la curva dei decessi Covid-19 non sia sincrona a quella delle diagnosi.

La curva dei decessi, analogamente a quella dei casi, mostra una crescita a partire da settembre. Pur essendo il numero dei casi con diagnosi confermata con Covid-19 più elevato nella seconda ondata, il numero assoluto di decessi si mantiene leggermente più basso rispetto alla prima. Questo dipende principalmente dal fatto che nella seconda ondata è stato diagnosticato una maggior numero di casi asintomatici e relativamente giovani con un minor rischio di decesso. La esperienza dei servizi ad affrontare l'emergenza e le migliorate conoscenze in merito a possibili trattamenti terapeutici possono avere ulteriormente contribuito alla diminuzione della letalità tra i casi diagnosticati con Covid-19 nella seconda ondata.

Figura 2. Andamento giornaliero dei decessi segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrata Covid-19. Periodo febbraio-dicembre 2021.



Fonte: Iss, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Il numero più alto di decessi giornalieri si registra il 25 novembre con un totale di 818 decessi (nella prima ondata il picco giornaliero di decessi era stato registrato il 28 marzo con un totale di 928 decessi registrati a quella data).

Come riportato in un Rapporto recentemente pubblicato dall'ISS², tra tutti i decessi notificati da inizio epidemia al 13 gennaio 2021, il 91,8% è avvenuto entro 30 giorni dalla data di diagnosi, il 96,0% entro 40 giorni e il 98,8% entro 60 giorni. La mediana del tempo intercorso tra la diagnosi e il decesso è risultata pari a 10 giorni (IQR: 5-17) a livello nazionale, ma se si guarda questo andamento nelle diverse fasi dell'epidemia questo tempo si è allungato (nel rapporto ISS si stima sia di 11 giorni (IQR: 6-18) tra i deceduti diagnosticati durante la seconda ondata (ottobre 2020-gennaio 2021)).

Complessivamente dall'inizio dell'epidemia il numero di decessi è avvenuto prevalentemente tra i maschi (56%).

Tabella 3. Distribuzione percentuale dei decessi Covid-19 segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrato durante la prima e seconda fase epidemica e per il totale 2020, per genere e classi di età. Italia

Classe di età	Maschi			Femmine			Totale		
	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020
0-49	1,3	1,2	1,3	0,8	0,9	0,8	1,1	1,1	1,1
50-64	9,6	8,7	9,1	4,0	4,2	4,1	7,2	6,7	6,9
65-79	39,9	35,3	37,4	22,9	19,7	21,0	32,8	28,4	30,3
80+	49,2	54,8	52,2	72,4	75,3	74,1	58,9	63,8	61,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100,0

Fonte: Iss, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

In entrambi i generi la quota maggiore di decessi per Covid-19 si osserva per la classe di età 80 anni e più: 52 per cento decessi Covid-19 nel caso degli gli uomini e ben il 74% per le donne considerando l'intero anno. Questa differenza di genere è in parte spiegata dalla maggiore numerosità della popolazione femminile ultraottantenne (9% della popolazione femminile al 1° gennaio 2020 aveva 80 anni ed oltre rispetto al 6% della popolazione maschile).

Passando dalla prima alla seconda ondata i decessi Covid-19 tendono a concentrarsi ulteriormente nella popolazione più anziana (80 anni e più), mentre diminuiscono in termini percentuali nelle età

50-64 e 65-79 anni. Resta invariata la percentuale di decessi nella popolazione di età inferiore ai 50 anni che si attesta intorno all'1,1% complessivo.

La prima ondata: consistente aumento dei decessi totali al Nord

Uno degli approcci più efficaci per misurare l'impatto dell'epidemia di COVID-19 sulla mortalità è quello di conteggiare l'eccesso di decessi per il complesso delle cause, vale a dire quanti morti in più (per tutte le cause) ci sono stati nel Paese rispetto agli anni precedenti. L'eccesso di mortalità può fornire un'indicazione dell'impatto complessivo dell'epidemia, non solo tenendo conto dei decessi attribuiti direttamente a COVID-19, ma anche di quelli che possono essere sottostimati o indirettamente collegati, come le morti causate da un trattamento ritardato o mancato a causa di un sistema sanitario sovraccarico.

Come già nei precedenti Rapporti l'eccesso di mortalità è stato stimato confrontando, a parità di periodo, i dati del 2020 con la media dei decessi del quinquennio 2015-2019. In tal modo si assume implicitamente che la diffusione dell'epidemia produca un aumento di morti anche non direttamente riferibile al numero di casi positivi deceduti. D'altra parte, il dato dei morti riportati alla Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19 fornisce solo una misura parziale di questi effetti, essendo riferito ai soli casi di deceduti dopo una diagnosi microbiologica di positività al virus. Si tratta, pertanto, di un indicatore influenzato non solo dalle modalità di classificazione delle cause di morte, ma anche dalla presenza di un test di positività al virus.

Tabella 4a. Variazione percentuale dei decessi per il complesso delle cause nel periodo marzo-settembre 2020, confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019, e decessi per Covid-19 per regione, ripartizione e Italia

Regione\ripartizione	marzo-maggio				giugno-settembre			
	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid
Piemonte	19.399	47,5	3.945	65,5	16.573	-0,2	116	1,9
Valle d'Aosta	534	42,6	142	91,2	456	0,6	3	1,8
Lombardia	51.902	111,8	16.223	137,2	31.338	2,3	612	4,7
Pa Bolzano	1.606	45,4	286	49,4	1.379	3,5	2	0,3
Pa Trento	1.969	53,1	402	59,3	1.605	4,0	4	0,6
Veneto	14.764	19,4	1.934	32,3	15.725	4,5	251	4,0
Friuli-Venezia Giulia	4.052	9,0	353	20,1	4.420	-1,3	21	1,2
Liguria	7.779	42,2	1.482	63,2	6.948	1,2	135	5,3
Emilia-Romagna	18.133	43,6	4.238	74,7	16.191	3,5	172	2,9
Toscana	12.101	9,3	1.044	20,9	14.085	3,5	94	1,9
Umbria	2.703	1,8	76	6,6	3.278	1,6	9	0,8
Marche	5.693	27,7	982	49,1	5.825	3,3	8	0,3
Lazio	15.009	2,5	823	12,4	18.532	2,0	141	2,1
Abruzzo	4.229	11,6	442	27,3	4.616	-2,5	36	2,1
Molise	1.025	4,8	27	6,6	1.230	2,0	2	0,4
Campania	13.965	0,7	505	9,4	16.924	1,1	63	1,2
Puglia	11.047	11,6	537	12,2	13.308	7,4	78	1,8
Basilicata	1.707	3,9	36	6,0	1.953	-2,5	2	0,2
Calabria	5.468	5,7	128	6,0	6.485	4,2	3	0,2
Sicilia	14.036	2,2	332	6,3	16.672	2,8	57	1,1
Sardegna	4.629	8,3	142	7,2	5.538	7,9	24	1,2
Nord	120.138	61,1	29.005	82,9	94.635	2,2	1.316	3,4
Centro	35.506	8,1	2.925	19,7	41.720	2,6	252	1,7
Mezzogiorno	56.106	5,1	2.149	9,9	66.726	3,2	265	1,2
Italia	211.750	31,7	34.079	47,3	203.081	2,6	1.833	2,4

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

La tabella 4a evidenzia il forte incremento dei decessi osservato in concomitanza con la prima fase dell'epidemia di Covid-19, aumento concentrato nelle regioni del Nord (+61,1% nel complesso del periodo marzo-maggio 2020) con punte del 95% a marzo e del 75% ad aprile. A ciò fa seguito, nel periodo giugno-settembre, una fase di riduzione della mortalità che ha riportato in tutte le ripartizioni la media dei decessi di poco al di sopra dei valori di riferimento del periodo 2015-2019.

Il bilancio della prima fase dell'epidemia, in termini di eccesso di decessi per il complesso delle cause, è particolarmente pesante per la Lombardia (+111,8%); per tutte le altre regioni del Nord l'incremento dei morti del periodo marzo-maggio 2020 è compreso tra il 42% e il 53%; solamente il Veneto e il Friuli Venezia Giulia hanno un eccesso di decessi più contenuto (rispettivamente +19,4% e +9,0%). Al Centro si evidenzia il caso delle Marche (+27,7%), regione che si distingue rispetto all'incremento medio della ripartizione (+8,1%).

Considerando i dati assoluti, durante la prima fase dell'epidemia si sono contati oltre 211 mila 750 decessi (da marzo a maggio del 2020), 50 mila 957 in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019, di cui oltre 45 mila di residenti nel Nord del Paese. I decessi di persone positive al Covid-19 registrati dalla Sorveglianza integrata riferiti allo stesso periodo sono 34.079 (il 67% dell'eccesso totale).

Tabella 4b. Variazione percentuale dei decessi per il complesso delle cause nel periodo ottobre-dicembre e totale anno 2020, confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019, e decessi per Covid-19 per regione, ripartizione e Italia

Regione\ripartizione	ottobre-dicembre				anno 2020			
	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid
Piemonte	20.730	53,0	3.519	58,7	66.054	22,9	7.583	126,1
Valle d'Aosta	601	63,7	239	153,0	1.849	24,8	384	246,1
Lombardia	34.572	37,1	8.243	66,3	136.249	36,6	25.120	208,6
Pa Bolzano	1.603	39,1	504	85,3	5.458	22,7	792	135,0
Pa Trento	2.127	65,4	536	77,9	6.626	29,9	942	137,8
Veneto	18.173	44,4	4.891	81,5	57.836	16,7	7.079	117,9
Friuli-Venezia Giulia	5.330	45,6	1.420	78,8	16.617	12,5	1.794	100,2
Liguria	7.392	33,9	1.234	51,7	25.827	16,8	2.851	120,1
Emilia-Romagna	16.221	25,4	3.413	57,3	59.665	17,2	7.825	135,0
Toscana	14.092	26,5	2.465	48,4	48.135	8,6	3.604	71,2
Umbria	3.288	24,6	525	43,5	11.131	5,6	610	51,0
Marche	5.439	23,7	719	34,7	20.123	12,6	1.709	84,1
Lazio	17.996	22,5	2.753	42,0	62.161	5,5	3.717	56,5
Abruzzo	4.592	19,8	786	47,3	16.296	6,1	1.264	76,8
Molise	1.201	27,2	174	42,8	4.127	5,9	203	49,8
Campania	17.896	29,4	2.879	53,7	59.425	7,0	3.447	64,3
Puglia	12.752	30,5	1.998	45,6	44.650	12,1	2.614	59,7
Basilicata	1.997	24,7	213	32,4	6.839	5,3	251	38,7
Calabria	5.580	11,1	366	17,2	21.331	4,0	497	23,3
Sicilia	16.010	24,3	2.358	45,0	56.753	5,8	2.747	52,4
Sardegna	5.634	34,9	692	35,4	18.994	12,8	858	43,9
Nord	106.749	40,0	23.999	65,2	376.181	24,6	54.370	151,6
Centro	40.815	24,2	6.462	43,1	141.550	7,5	9.640	64,5
Mezzogiorno	65.662	26,1	9.466	43,5	228.415	7,7	11.881	54,6
Italia	213.226	32,3	39.927	54,2	746.146	15,6	75.891	103,9

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

La seconda ondata: l'eccesso di mortalità si estende a tutto il Paese, ma resta più accentuato al Nord

A partire dalla metà di ottobre 2020, al contrario, diventano via via più evidenti gli effetti sulla mortalità totale della seconda ondata dell'epidemia Covid-19, la cui rapida ed estesa diffusione nella stagione autunnale dà luogo, nel trimestre ottobre-dicembre 2020, a un nuovo drammatico incremento dei decessi rispetto ai livelli medi dell'ultimo trimestre degli anni 2015-2019 (Tabella 4b).

A livello nazionale l'incremento dei decessi nell'ultimo trimestre del 2020 è in linea con quello della prima ondata (+32%), ma il dato medio nazionale è il risultato di una geografia profondamente diversa. Se è vero che spetta ancora una volta al Nord l'eccesso più alto (+40%), nel contempo diventa importante anche quello delle regioni del Centro (24% di decessi in più) e del Mezzogiorno (26%).

Considerando i dati assoluti, durante il periodo ottobre-dicembre 2020 si sono contati 213.226 decessi, oltre 52 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019. I decessi di persone positive al Covid-19 registrati dalla Sorveglianza integrata riferiti allo stesso periodo sono 39.927 (il 77% dell'eccesso totale).

Assumendo come riferimento l'intero anno 2020, il totale dei decessi per il complesso delle cause è il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, oltre 100 mila decessi in più rispetto alla media degli anni 2015-2019. Occorre tener conto che nei mesi di gennaio e febbraio 2020 i decessi per il complesso delle cause sono stati inferiori di circa 7.600 unità a quelli della media dello stesso bimestre del 2015-2019 e che i primi decessi di persone positive al Covid-19 risalgono all'ultima settimana di febbraio. Pertanto, volendo stimare l'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale, è più appropriato considerare l'eccesso di mortalità verificatosi nei mesi da marzo a dicembre del 2020, il bilancio sale così a 108.178 decessi in più, rispetto alla media dello stesso periodo del 2015-2019, di cui 75.891 decessi Covid-19 (il 70% dell'eccesso complessivo). In termini epidemiologici l'elevato impatto del virus sulla mortalità è stato in parte anche dovuto a un probabile effetto "harvesting" attribuibile alla netta diminuzione dei casi di influenza.

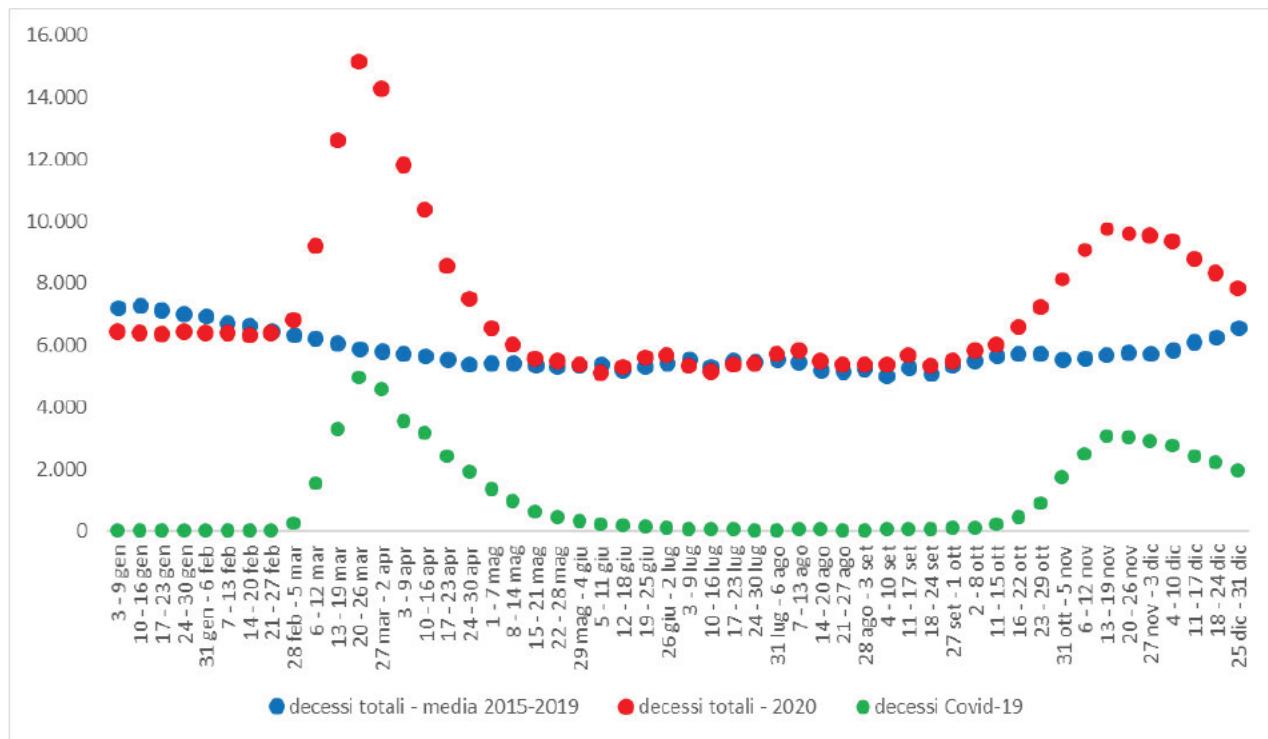
In molte regioni del Nord l'eccesso di mortalità dell'ultimo trimestre del 2020 supera quello della prima ondata: in Valle d'Aosta (+63,7% rispetto al +42,6% del trimestre marzo-maggio 2020), in Piemonte (+47,5% rispetto al +53%), in Veneto (+44,4% rispetto al 19,4%), in Friuli Venezia Giulia (+45,6% a fronte del +9,0%), nella Provincia autonoma di Trento (65,4% vs 53,1%).

L'incremento dei decessi della seconda ondata epidemica è, al contrario, più basso di quello della prima ondata in Lombardia (+37,1% in contrapposizione al +111,8%), in Emilia Romagna (+25,4% rispetto a +43,6%), in Liguria (+33,9 vs +42,2%) e nella provincia autonoma di Bolzano (+39,1% rispetto a +45,4%).

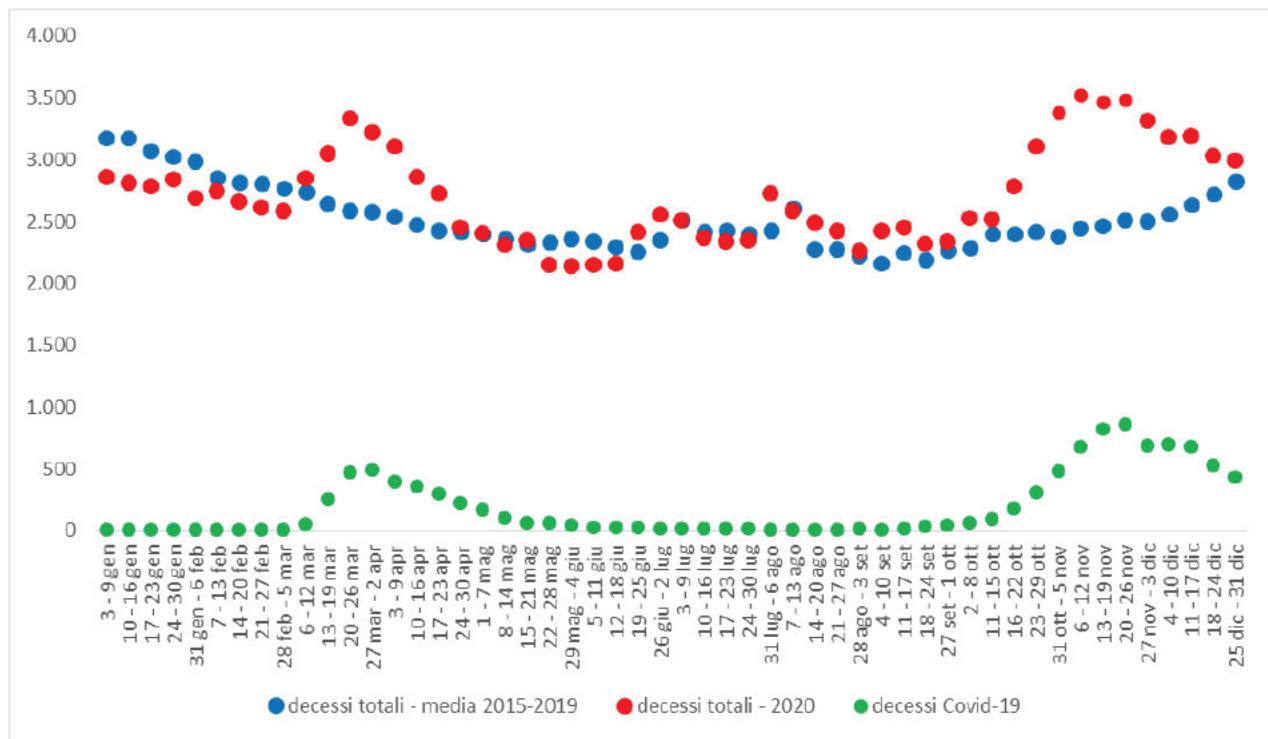
Molte regioni del Centro e del Mezzogiorno si trovano durante la seconda ondata dell'epidemia a sperimentare, per la prima volta, un incremento importante dei decessi per il complesso delle cause. L'andamento settimanale della mortalità totale rispecchia a partire da marzo 2020 quello dei decessi Covid-19 (Figura 3).

Figura 3. Decessi settimanali per il complesso delle cause e per Covid-19, per ripartizione geografica nel periodo 3 gennaio – 31 dicembre. Anno 2020 e media 2015-2019. (valori assoluti)

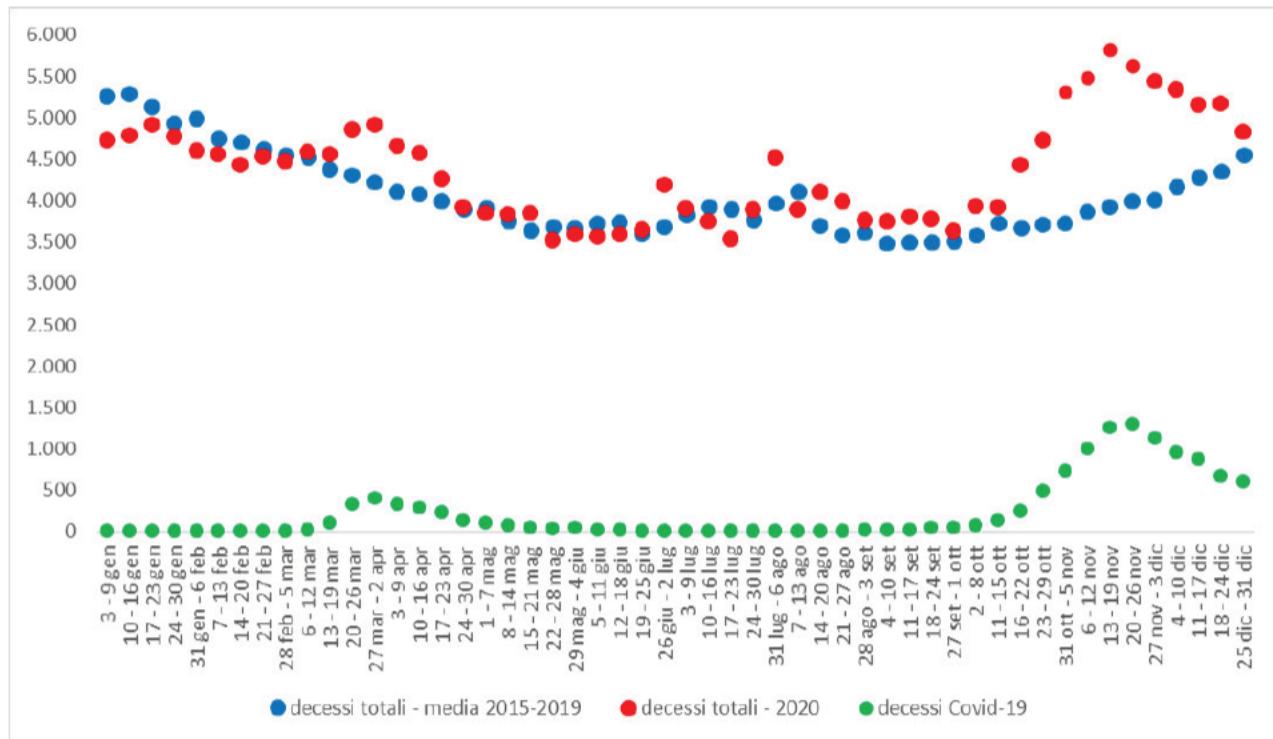
Ripartizione Nord



Ripartizione Centro



Ripartizione Mezzogiorno



Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

Passando dalla prima alla seconda ondata epidemica, il contributo dei decessi Covid-19 all'eccesso di mortalità riscontrato nelle diverse ripartizioni è salito al Nord dal 67% del periodo marzo-maggio al 77% del periodo ottobre-dicembre. Nel Centro e nel Mezzogiorno, dove la prima ondata non ha provocato un forte eccesso di mortalità grazie alle rigide misure di lockdown nazionale che hanno arginato la diffusione del virus in queste zone, i decessi Covid-19 spiegano rispettivamente l'81%, e il 70% dell'eccesso di mortalità del periodo ottobre-dicembre.

Gli effetti della seconda ondata epidemica sulla mortalità proseguono nel 2021. Per il mese di gennaio si stimano 70.538 decessi, 2 mila in più rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019 e 8 mila e 500 in più rispetto a gennaio 2020; questo eccesso per il 75% riguarda le regioni del Nord (Tabella 5). La Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna da sole spiegano il 50% dell'eccesso di gennaio 2021. I decessi Covid-19 si stimano essere oltre 12 mila, con un'incidenza percentuale sul totale dei morti del mese di gennaio 2021 del 18%, questa incidenza è massima al Nord (21%) e minima nel Mezzogiorno (13%).

Nel mese di gennaio il valore assoluto dei decessi Covid-19 riportato dalla Sorveglianza è superiore all'eccesso calcolato rispetto alla media degli anni precedenti. Questo fenomeno è probabilmente attribuibile alla riduzione, rispetto agli anni precedenti, della mortalità per cause diverse dal Covid-19 come ad esempio l'influenza, che grazie alle misure di distanziamento ha avuto una bassa incidenza nell'ultima stagione rispetto agli anni 2015-2019.

Tabella 5. Decessi per il mese di gennaio 2021.

Ripartizione	media 2015-2019	2020	2021	decessi covid
Nord	31.620	28.282	34.668	7.444
Centro	13.829	12.494	13.662	2.145
Mezzogiorno	22.876	21.243	22.208	2.938
Italia	68.324	62.019	70.538	12.527

*Stima

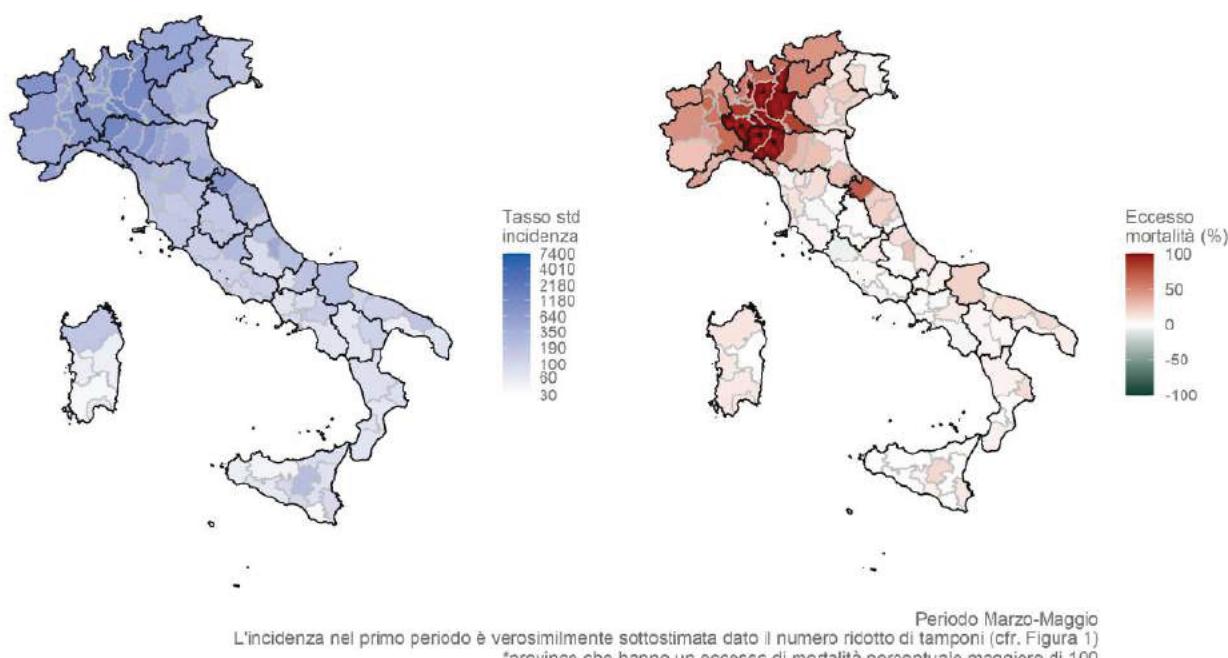
Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

A seguito della diffusione dell'epidemia in tutte le aree del Paese, e per analogia ai precedenti Rapporti, si ritiene utile riferirsi al livello di dettaglio provinciale: la Figura 4 consente di apprezzare la distribuzione territoriale dei tassi di incidenza dei casi confermati di Covid-19 (per 100.000 abitanti) e l'eccesso di mortalità totale (%), distinti rispettivamente per prima e seconda ondata epidemica e per il totale anno 2020.

La rappresentazione delle mappe di diffusione a livello Provinciale mostra chiaramente, al netto dei valori assoluti non confrontabili per i motivi già segnalati, come da una fase di diffusione nettamente localizzata della prima ondata, si sia passati ad una diffusione generalizzata nella seconda ondata, salvo alcune eccezioni.

Infatti nella seconda ondata la diffusione, in termini di tasso di incidenza cumulativa, ha riguardato con più intensità le province del nord est ma anche alcune province dell'Emilia-Romagna (Piacenza e Modena), gran parte della Toscana (Massa-Carrara, Pistoia, Firenze, Pisa, Arezzo), la Provincia di Perugia, la Provincia dell'Aquila e una parte della regione Campania (Napoli e Caserta). La geografia dell'eccesso di mortalità totale è in larga misura sovrapponibile (Figura 4).

Figura 4. Tassi di incidenza cumulata (per 100.000 abitanti) di casi Covid-19 diagnosticati in Italia ed eccesso di mortalità totale rispetto alla media dei decessi 2015-2019 (valori percentuali) nelle due ondate di epidemia: marzo-maggio, ottobre-dicembre e nel complesso dell'anno 2020.





Tasso std
incidenza
7400
4010
2180
1180
640
350
190
100
60
30



Eccesso
mortalità (%)
100
50
0
-50
-100

Periodo Ottobre-Dicembre



Tasso std
incidenza
7400
4010
2180
1180
640
350
190
100
60
30



Eccesso
mortalità (%)
100
50
0
-50
-100

Anno 2020

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

L'eccesso di mortalità è maggiore per gli uomini e per i grandi anziani

La diffusione dell'epidemia e le misure di contenimento attuate hanno avuto un impatto differenziato sulla popolazione delle diverse fasce di età. La tabella 6 consente una lettura analitica della variazione percentuale dei decessi totali del 2020 per classi di età, ripartizione e ondata epidemica, rispetto alla media degli stessi periodi degli anni 2015-2019.

Come già evidenziato in precedenza nei mesi pre-pandemia, gennaio e febbraio, la mortalità del 2020 è minore rispetto alla media del 2015-2019, e riguarda tutte le età. A livello nazionale e per entrambi i sessi si va dal -3,9% della classe 50-64 anni al -9,5 della popolazione con meno di 50 anni, il decremento tra gli over 64-enni è di circa il 6%.

A partire da marzo la tendenza si inverte tranne che per la classe di età 0-49 anni: considerando l'intero anno 2020, i decessi in questo gruppo sono inferiori a quelli medi del 2015-2019 dell'8,5%. Per le donne la diminuzione è ancora più pronunciata e riguarda tutto l'anno e tutte le ripartizioni, mentre per gli uomini si registra al Nord un lieve incremento durante la prima ondata epidemica (+2,9% nei mesi da marzo a maggio) e nel mezzogiorno nei mesi di ottobre-dicembre (+1,5%). Il fatto che la mortalità della popolazione più giovane sia, nell'anno 2020, generalmente inferiore alla media del 2015-2019 si può spiegare considerando sia la bassa letalità dell'infezione al di sotto dei cinquanta anni, sia la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause che interessano questo segmento di popolazione, come quelle accidentali. Nel periodo gennaio-settembre 2020⁴, ad esempio, si rileva un decremento mai registrato prima nel nostro Paese di incidenti stradali con infortunati coinvolti. Il periodo di lockdown, imposto dai decreti governativi per contenere la diffusione dei contagi, ha determinato il blocco quasi totale della mobilità e della circolazione da marzo a maggio inoltrato, influendo così in maniera rilevante sulla frequenza di incidenti stradali. Secondo le stime preliminari dell'Istat, nel periodo gennaio-settembre 2020 si registra una forte riduzione del numero di incidenti stradali con lesioni a persone (90.821, pari a -29,5%), del numero dei feriti (123.061, -32,0%) e del totale delle vittime entro il trentesimo giorno dall'incidente (1.788, -26,3%). Se si limita l'osservazione al periodo gennaio-giugno 2020 le diminuzioni sono ancora più accentuate, pari a circa il 34% per le vittime e a quasi il 40% per incidenti e feriti. Nel trimestre luglio-settembre 2020 la frequenza di incidenti appare in ripresa, seppure a un livello più contenuto, rispetto allo stesso periodo del 2019. Va inoltre osservato che il lavoro agile da casa e il lockdown, con il blocco di molte attività produttive, possono aver contribuito alla ulteriore riduzione della mortalità per cause accidentali connesse all'attività produttiva.

Tabella 6. Decessi per il complesso delle cause nel 2020, variazioni percentuali rispetto alla media dello stesso periodo del 2015-2019, per sesso, classi di età e ripartizione

Classe di età	Maschi			Femmine			Totale					
	gennaio-febbraio	marzo-ottobre-maggio	dicembre	anno 2020	gennaio-febbraio	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020	gennaio-febbraio	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020
Nord												
0-49	-11,1	2,9	0,6	-6,0	-8,5	-5,3	-9,3	-7,9	-10,2	-0,2	-3,1	-6,7
50-64	-5,4	48,0	26,4	17,0	-1,6	23,6	14,0	8,9	-4,0	38,9	21,8	14,0
65-79	-9,6	67,6	38,3	23,6	-10,4	45,2	25,0	14,3	-9,9	58,7	33,0	19,9
80+	-2,6	74,3	52,9	33,6	-7,0	62,4	42,0	26,0	-5,3	67,1	46,4	29,0
Centro												
0-49	-7,2	-15,1	-9,0	-12,0	-16,5	-4,6	-9,2	-11,3	-10,9	-11,1	-9,1	-11,7
50-64	-9,5	7,6	24,9	5,7	-13,5	0,8	12,6	1,0	-11,0	5,0	20,1	3,9
65-79	-9,2	8,2	23,7	5,4	-9,1	1,7	13,4	2,6	-9,1	5,6	19,5	4,3
80+	-3,3	14,2	31,8	12,7	-7,5	7,6	25,0	8,1	-5,8	10,3	27,9	10,0
Mezzogiorno												
0-49	-3,7	-11,0	1,5	-8,3	-15,4	-11,3	-1,5	-10,1	-8,0	-11,1	0,4	-9,0
50-64	0,5	4,3	28,7	10,1	-1,3	3,4	24,2	8,1	-0,2	4,0	27,1	9,3
65-79	-3,9	4,8	34,6	9,0	-11,6	0,5	22,8	2,9	-7,0	3,0	29,8	6,5
80+	-3,0	7,7	29,7	10,7	-5,8	6,8	22,9	7,7	-4,6	7,2	25,8	8,9
Italia												
0-49	-7,5	-5,9	-0,8	-8,0	-12,8	-7,4	-6,3	-9,4	-9,5	-6,5	-2,9	-8,5
50-64	-3,9	23,9	27,0	12,2	-3,8	11,6	17,5	7,1	-3,9	19,3	23,4	10,3
65-79	-7,5	34,3	34,2	15,0	-10,6	20,9	21,9	8,0	-8,7	28,9	29,3	12,2
80+	-2,9	39,8	41,2	21,8	-6,7	33,7	32,8	16,6	-5,2	36,2	36,2	18,7

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale.

Lo scostamento della mortalità dall'andamento precedente al periodo in cui è iniziata l'emergenza è ben evidente per gli individui di età superiori ai 49 anni: l'eccesso di mortalità a livello nazionale aumenta al crescere dell'età ed è molto più accentuato negli uomini. Considerando la classe di età con 80 anni e più, si passa da una flessione della mortalità del 2,9% del periodo gennaio-febbraio a un aumento di circa il 40% nelle due ondate epidemiche. Per le donne della stessa classe di età la variazione dei decessi, rispetto alla media 2015-2019, va dal -6,7% del bimestre gennaio-febbraio

⁴ https://www.istat.it/it/files//2020/12/REPORT_STIMA-PRELIMINARE-INCIDENTI-STRADALI_2020.pdf

ad un incremento del 33% circa nelle due ondate. In generale nel trimestre marzo-maggio 2020 e nell'ultimo trimestre dell'anno non cambia di molto il profilo dell'eccesso di mortalità per genere ed età a livello nazionale.

Differenze importanti si osservano invece per ripartizione. L'eccesso di decessi più accentuato si rileva nella prima ondata per gli uomini di 80 anni e più residenti nel Nord (+74% vs 62% delle donne nella stessa classe di età e ripartizione). Durante l'ultimo trimestre del 2020 l'eccesso di mortalità tra gli uomini più anziani residenti al Nord si riduce scendendo al 52,9% (42% per le donne) rimanendo comunque il nord la ripartizione con eccesso di mortalità più accentuato.

Incrementi importanti del numero di decessi si osservano anche per gli uomini di 65-79 anni (+67,6% nella prima ondata e +38,3% nell'ultimo trimestre del 2020 al Nord); nel Mezzogiorno nel trimestre ottobre-dicembre questa è risultata la classe di età con il maggior eccesso di mortalità (+29,8%) tanto per gli uomini quanto per le donne (+34,6% e +22,8% rispettivamente).

Tornando al bilancio dell'impatto della prima ondata dell'epidemia sulla mortalità complessiva, l'eccesso di 50.957 decessi riscontrato a livello nazionale per il periodo marzo-maggio 2020, rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019, è dovuto per il 72,3% all'incremento delle morti nella popolazione con 80 anni e più (36 mila 859 decessi in più). In totale sono decedute nel 2020, nel periodo considerato, 138.742 persone con 80 anni e più, il 66% circa degli oltre 211 mila morti del periodo marzo-maggio 2020 (Tabella 7).

L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 23% dell'eccesso di decessi dovuto alla prima ondata dell'epidemia di Covid-19; in termini assoluti l'incremento, rispetto al dato medio 2015-2019, è di 11 mila e novecento diciannove decessi (che complessivamente in questa classe di età ammontano a poco più di 53 mila).

Tabella 7. Decessi ed eccesso di mortalità per classi di età, ondata epidemica e totale anno. Italia valori assoluti e percentuali

Classi di età	media 2015/2019	2020	% decessi 2020	differenza media 2015-2019 e 2020	% contributo della differenza
marzo-maggio					
0-49	4.794	4.484	2,1	-310	-0,6
50-64	12.894	15.384	7,3	2.490	4,9
65-79	41.221	53.140	25,1	11.919	23,4
80+	101.883	138.742	65,5	36.859	72,3
Totale	160.793	211.750		50.957	
ottobre-dicembre					
0-49	4.700	4.564	2,1	-136	-0,3
50-64	13.053	16.113	7,6	3.060	5,9
65-79	41.085	53.121	24,9	12.036	23,1
80+	102.348	139.428	65,4	37.080	71,3
Totale	161.185	213.226		52.041	
anno 2020					
0-49	19.442	17.788	2,4	-1.654	-1,6
50-64	52.032	57.395	7,7	5.363	5,3
65-79	164.598	184.708	24,8	20.110	20,0
80+	409.547	486.255	65,2	76.708	76,3
Totale	645.620	746.146		100.526	

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale.

Nell'ultimo trimestre del 2020 si osserva un fenomeno analogo: nella classe di età 80 e più si registrano oltre 37 mila decessi aggiuntivi che spiegano il 71% dell'aumento dei morti del trimestre rispetto alla media degli anni 2015-2019.

Il contributo dei decessi Covid-19 alla mortalità totale del 2020 in Italia

Dall'inizio dell'epidemia e fino al 31 dicembre 2020 il contributo dei decessi Covid-19 alla mortalità per il complesso delle cause è stato, a livello nazionale, del 10%, con differenze fra le varie ripartizioni geografiche che vanno dal 14% del Nord, al 7% del Centro e al 5% del Mezzogiorno.

Tabella 8. Decessi Covid-19 per cento decessi totali per mese e ripartizione geografica*. Anno 2020

Ripartizioni	marzo	aprile	maggio	giugno	<th>agosto</th> <th>settembre</th> <th>ottobre</th> <th>novembre</th> <th>dicembre</th> <th>anno 2020</th>	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	anno 2020
Nord	25,5	29,0	13,3	3,3	0,8	0,5	1,0	7,0	28,9	27,4	14,5
Centro	8,5	11,5	4,0	1,0	0,4	0,2	0,9	6,1	21,0	18,9	6,8
Mezzogiorno	3,7	5,8	1,7	0,5	0,1	0,2	0,9	6,0	20,0	15,6	5,2
Italia	17,7	20,2	7,9	1,9	0,5	0,3	0,9	6,5	24,7	22,2	10,2

*Il mese di febbraio non è stato considerato in quanto il numero di decessi Covid-19 è trascurabile.

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

Considerando l'andamento per mese, la quota dei decessi Covid-19 sul totale dei morti per il complesso delle cause è stata molto variabile nel corso dell'anno e nelle ripartizioni geografiche. In generale si osservano contributi maggiori durante le fasi acute dell'epidemia: 29% ad aprile e a novembre al Nord, circa un decesso su 5 al Centro e nel Mezzogiorno a novembre (tabella 8).

Considerando le fasce di età, i decessi Covid-19 rappresentano il 4,6% del totale nella classe 0-49 anni, il 9,2% in quella 50-64 anni, il 12,4% nella classe di età 65-79 anni e il 9,6% per i deceduti di ottanta anni o più. Passando dalla prima alla seconda ondata epidemica aumenta la quota di decessi Covid-19 rispetto al totale complessivo dei deceduti della fascia di età 80 anni o più (dal 16,9% al 20,5% tra i maschi, e dal 12,8% al 16,7% tra le femmine) (tabella 9).

Tabella 9. Contributo percentuale per classi di età dei decessi Covid-19 alla mortalità totale per ondata epidemica e per il complesso dell'anno 2020.

Fascia di età	Maschi			Femmine			Totali		
	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020	marzo-maggio	ottobre-dicembre	anno 2020
0-49	9,1	9,4	4,9	6,7	9,1	4,2	8,2	9,3	4,6
50-64	18,9	18,7	10,7	10,6	12,8	6,4	16,0	16,6	9,2
65-79	23,8	23,7	14,1	16,4	17,4	9,7	21,0	21,3	12,4
80+	16,9	20,5	11,1	12,8	16,7	8,6	14,5	18,3	9,6

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

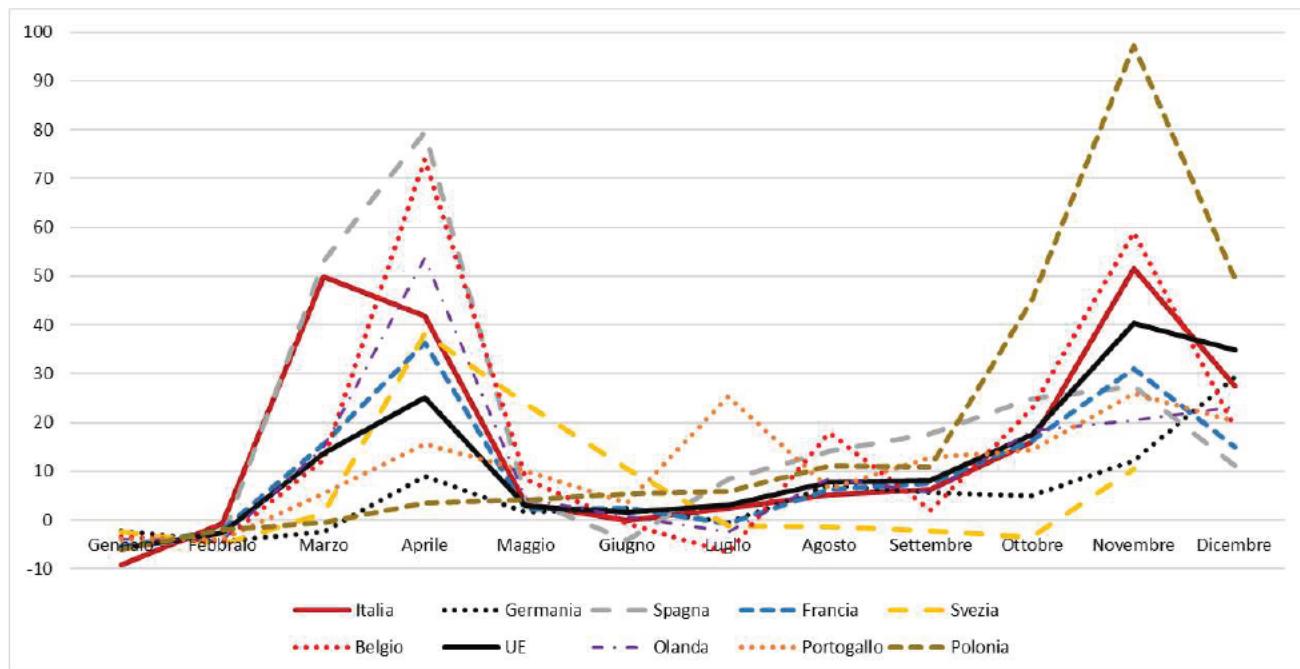
L'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale in Europa

Con il diffondersi della pandemia Covid-19 Eurostat ha avviato presso i Paesi europei una nuova raccolta di informazioni sui decessi per monitorare tempestivamente l'andamento settimanale dell'eccesso di mortalità totale. L'approccio è simile a quello adottato nel presente report, la differenza risiede nella scelta del periodo di riferimento rispetto al quale considerare la variazione dei decessi per il complesso delle cause del 2020: il quinquennio 2015-2019 nel presente report, il

quadriennio 2016-2019 nella base dati di mortalità totale settimanale resa disponibile da Eurostat, aggiornata al 3 marzo 2021⁵.

I dati Eurostat consentono di confrontare l'impatto dell'epidemia di Covid-19 sulla mortalità nei diversi Paesi. Nella figura 5 si considera l'andamento dell'eccesso di mortalità osservato in Italia con quello di altri paesi più la media UE(il cui dato è stato ricalcolato aggiungendo le nuove stime italiane presentate in questo lavoro).

Figura 5. Decessi mensili nel periodo gennaio-dicembre 2020 per l'Italia ed alcuni Stati Europei - incremento percentuale rispetto alla media 2016-2019



Fonte: Eurostat. Base dati mortalità settimanale (aggiornata al 03/03/2021), il dato di dicembre dell'UE è stato calcolato come media ponderata dei decessi dei paesi che hanno reso disponibile il loro dato e con i pesi relativi alla % delle popolazioni dei paesi EU27.

Per tutti i Paesi considerati, e per la media UE, i decessi dei mesi di gennaio e febbraio risultavano inferiori alla media dei quattro anni precedenti, inoltre dall'ultimo aggiornamento pubblicato non tutti i Paesi hanno reso disponibile il dato del mese di dicembre. L'Italia e la Spagna hanno condiviso per prime il drammatico incremento dei decessi già a partire dal mese di marzo 2020, ma mentre in Italia la tendenza all'aumento si arresta dal mese di aprile, per la Spagna l'incremento procede ancora per alcune settimane fino a far registrare l'aumento più consistente della prima ondata epidemica (80% dei decessi in più).

La Francia e la Germania hanno sperimentato un eccesso di decessi più contenuto durante la prima ondata, con il picco di incremento nel mese di aprile prossimo a quello dell'Italia nel caso del dato francese (41,7% e 36,4% rispettivamente). La Germania presenta invece durante la prima ondata un aumento dei decessi inferiore al 10%. A partire da luglio i decessi iniziano di nuovo ad aumentare, soprattutto in Spagna. Negli altri paesi, inclusa l'Italia, il ritmo di incremento è più lento fino al mese di ottobre quando si verifica una nuova fase di rapida crescita dei decessi rispetto alla media del 2016-2019. In Germania, dove l'incremento autunnale dei decessi era apparso posticipato di un mese rispetto agli altri Paesi, l'eccesso di mortalità è continuato a crescere fino a dicembre, al

⁵ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_statistics#Excess_mortality_in_Europe_between_January_and_November_2020

contrario degli altri paesi in cui è stata osservata una riduzione dell'eccesso di mortalità nell'ultimo mese dell'anno.

Particolarmente accentuati durante la seconda ondata risultano i valori dell'eccesso di mortalità riferiti alla Polonia. Per quanto riguarda il Belgio si osserva che, a differenza di molti altri Paesi Europei, presenta un rialzo dei casi a partire dal mese di luglio, inoltre la curva degli eccessi è quasi sempre superiore nel confronto con gli altri.

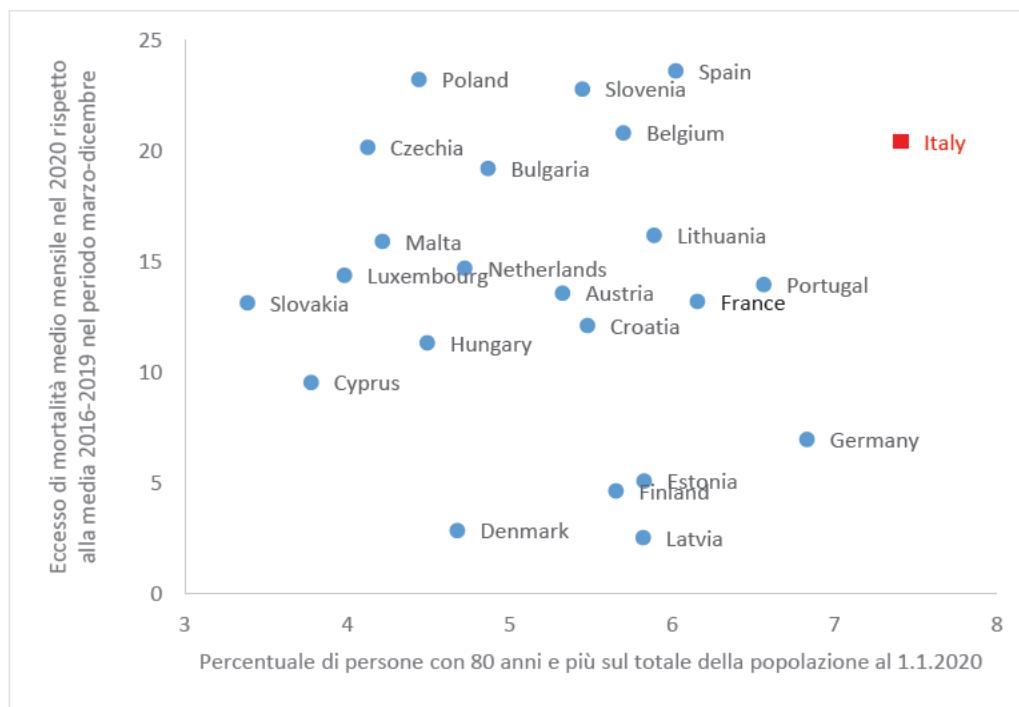
Questi confronti, seppur importanti, hanno in sé dei forti limiti in quanto non tengono conto della diversa struttura per età delle popolazioni e della completezza dei dati forniti da ciascun paese, infatti il totale dei decessi mensili potrebbe subire delle variazioni in base agli aggiornamenti fatti, mensilmente da ogni Paese.

La figura 6 consente di visualizzare la relazione tra la quota di popolazione di 80 e più (al primo gennaio 2020) e l'incremento percentuale dei decessi nell'anno 2020 (rispetto alla media 2016-2019), calcolato per il periodo marzo-dicembre.

In molti paesi la correlazione tra queste due dimensioni è massima, tra questi spicca l'Italia che presenta la quota più alta di popolazione più esposta a rischio e un elevato eccesso di decessi. L'effetto della diversa proporzione di popolazione anziana, tuttavia, non sembra sufficiente a dar conto delle differenze nell'eccesso di mortalità quando si confrontano i dati di paesi, quali ad esempio la Germania, dove a fronte di una proporzione di persone di 80 anni e più leggermente inferiore rispetto all'Italia, si è osservato un incremento dei decessi totali decisamente più contenuto. Nella spiegazione dell'eccesso di mortalità le differenze osservate possono essere dovute, infatti, a molteplici fattori: dalla rapidità di diffusione della prima ondata in alcuni Paesi, dalla velocità di diffusione e dalle misure di contenimento e mitigazione intraprese. Resta tuttavia importante anche la struttura per età delle popolazioni, con i Paesi più "anziani" tendenzialmente più penalizzati.

Focalizzando l'attenzione esclusivamente sui dati dell'eccesso di mortalità spiccano i valori alti della Spagna, Polonia e Slovenia.

Figura 6. Percentuale di persone di 80 anni e più al primo gennaio 2020 e eccesso medio di decessi Marzo-Dicembre nell'anno 2020 (variazione percentuale rispetto al 2016-2019)



Fonte: Eurostat. Base dati mortalità settimanale

Nota metodologica

La nuova base dati di mortalità giornaliera della popolazione residente

L'Istat, grazie alla collaborazione attivata con il Ministero dell'Interno per l'acquisizione tempestiva dei dati ANPR (Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente) e con il Ministero dell'economia e delle finanze per l'acquisizione del flusso dei deceduti tramite l'Anagrafe Tributaria, è in grado di contribuire alla diffusione di informazioni utili alla comprensione dell'impatto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente mediante la diffusione di dati tempestivi dei decessi giornalieri comunali per il complesso delle cause, per genere ed età. Con l'aggiornamento della base dati per il periodo gennaio-dicembre 2020 del 5 marzo 2021 vengono diffusi i dati dei decessi per tutti i comuni italiani (7.903 comuni al 31 dicembre 2020).

Le tempistiche richieste per il completamento dell'acquisizione e per il trattamento dei dati sui decessi richiedono usualmente un periodo di circa 10 mesi per assicurare il consolidamento della base dati dei decessi della popolazione residente; il piano di diffusione prevede che ad ottobre dell'anno t vengono diffusi i dati validati dell'anno t-1. In virtù della situazione emergenziale, l'Istat si è impegnato a garantire una diffusione anticipatoria di dati provvisori con una tempistica molto serrata (circa 50 giorni di ritardo data per la fase di acquisizione e trattamento dei dati).

La serie storica disponibile parte dal 2011, ma il periodo 2015-2019 è quello che viene assunto come riferimento per la valutazione dell'eccesso di mortalità totale dell'anno 2020. Sebbene sia senz'altro possibile assumere come riferimento delle stime del numero "atteso" di decessi dell'anno 2020 altri valori derivati da opportune metodologie statistiche, la media dei decessi del quinquennio 2015-2019 resta un buon riferimento per una prima valutazione di massima dell'eccesso di mortalità totale indotto dall'epidemia di Covid 19. Un approccio analogo è riscontrabile in numerosi lavori scientifici sia nazionali che internazionali.

Il numero di decessi dipende dall'ammontare degli esposti a rischio (la popolazione) ma in maggior ragione dall'intensità della mortalità che può essere misurata attraverso i tassi di mortalità specifici per età. Queste misure sono comparabili nel tempo e nello spazio e il loro andamento nel nostro Paese evidenzia che ogni anno che passa i tassi di mortalità specifici diminuiscono. Questa diminuzione è dovuta alla riduzione dell'intensità della mortalità (che ha come conseguenza l'aumento della speranza di vita e l'invecchiamento della popolazione). La diminuzione dell'intensità della mortalità va a compensare in parte il numero di decessi in più che ci si potrebbe aspettare "a parità di intensità della mortalità" avendo una popolazione esposta al rischio più numerosa rispetto a quella dell'anno precedente. In altri termini non è ragionevole attendersi necessariamente più decessi da una popolazione che invecchia, o comunque non è corretto attendersi un aumento dei decessi proporzionale alla crescita degli esposti al rischio in un contesto di mortalità in diminuzione. Possiamo tuttavia affermare che in una popolazione che invecchia aumentano nelle età avanzate della vita anche gli individui "fragili", non in buona salute, affetti da co-morbosità dovute alla simultanea presenza di patologie croniche gravi. Questi individui sono più esposti alle variazioni congiunturali climatiche ed epidemiologiche che generano un eccesso di mortalità, come inverni più freddi oppure estati più calde, o come stagioni influenzali più letali o una pandemia.

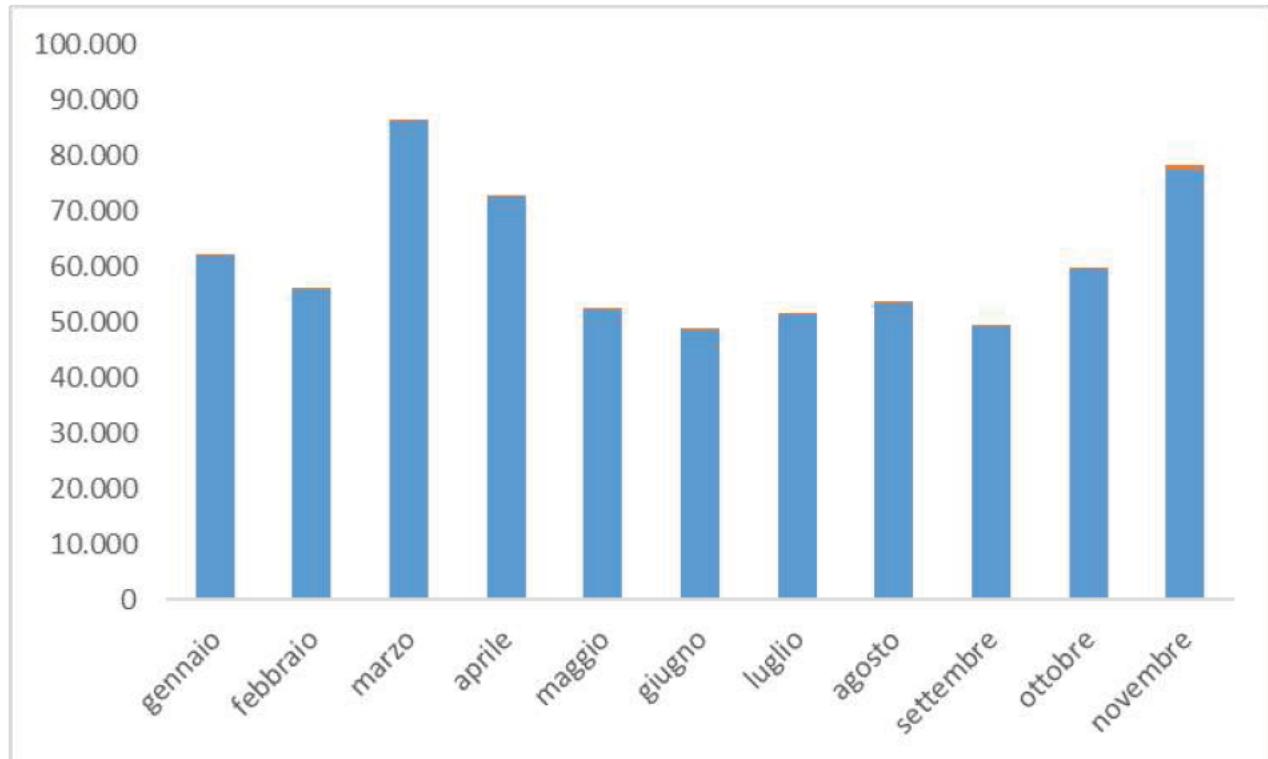
Per gli anni 2011-2019, è possibile che siano presenti differenze con i dati mensili dei decessi comunali già diffusi con le statistiche relative al Bilancio annuale della popolazione residente. Per esigenze di comparabilità nel tempo dei dati provvisori relativi ai decessi del 2020 si è adottata la stessa metodologia anche per elaborare il totale giornaliero dei decessi per il periodo 2011-2019. Sulla base di tale metodologia, si assume come riferimento temporale per la costruzione della base dati giornaliera dei decessi, la data di evento e non la data di cancellazione anagrafica (usata nel bilancio demografico), e si ricorre all'integrazione dei dati anagrafici con quelli provenienti dall'Anagrafe Tributaria per il recupero di eventi sfuggiti alla rilevazione di fonte anagrafica perché registrati dopo la chiusura dell'acquisizione dei dati dai comuni da parte di Istat. I dati sui decessi mensili 2011-2019 diffusi attraverso questo sistema integrato, dunque, possono essere correttamente utilizzati come termine di confronto con il dato

provvisorio del 2020. In nessun caso sono da considerarsi come rettifiche dei dati del bilancio demografico già diffusi da Istat per gli stessi anni.

Ad ogni successivo aggiornamento la base dati viene rivista per tener conto del consolidamento progressivo dei dati. Riguardo a quest'ultimo punto la Figura 5, mostra per ogni mese e a livello nazionale, i recuperi di decessi nei primi 10 mesi del 2020, confrontando il dato relativo al rilascio dei dati del 3 febbraio scorso con quello relativo a quest'ultima diffusione. Appare evidente che i dati dei primi 8 mesi risultano ormai consolidati in ragione della distanza di almeno quattro mesi di ritardo tra data di evento e data di acquisizione con recuperi che non superano mai le 200 unità e con un'incidenza percentuale che non supera mai lo 0,3%.

Per l'ultimo mese, quello di novembre, si osserva invece un recupero di oltre 1000 decessi (1,4% del totale del mese), a dimostrazione del fatto che la revisione della base dati a seguito degli aggiornamenti successivi ha un impatto soprattutto sui mesi più recenti. A tale proposito si sottolinea che a livello locale ci sono situazioni molto eterogenee e in alcuni casi i dati dei decessi dei mesi più recenti possono risultare affetti da una sotto-copertura di entità anche ben superiore al livello medio nazionale, a causa del ritardo nella registrazione dei decessi in anagrafe.

Figura 6 - Decessi totali in Italia per mese e data di acquisizione, (20 gennaio (istogrammi blu) e 15 febbraio (istogrammi blu+arancione))



Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale.

Per fornire informazioni tempestive anche sul mese di gennaio 2021, per il quale ancora non si dispone di una banca dati consolidata, si è deciso di procedere ad una stima del totale dei decessi per regione. Tale stima è stata ottenuta applicando, ai dati scaricati a 15 giorni ritardo data, i coefficienti di ritardo calcolati negli ultimi 6 mesi consolidati dell'anno (aprile-settembre 2020). L'obiettivo è quindi quello di integrare i dati parziali sulla base del comportamento dei comuni, in questi 6 mesi, nel registrare i decessi, sotto l'ipotesi che tale comportamento resti invariato anche per gli eventi avvenuti a gennaio. I coefficienti sono stati calcolati mettendo al numeratore il numero di decessi di un mese cancellati dall'anagrafe entro il 15 del mese successivo, rispetto al numero totale dei decessi conteggiati nell'ultimo scarico.

Tabella 10. Base dati a 15 giorni di ritardo data e stima dei decessi per il mese di gennaio 2021, per regione, ripartizione e intervallo di confidenza al 90 %

Regioni	Base dati a 15 giorni di ritardo data	Stima	Intervallo di confidenza al 90%	
			Estremo inferiore	Estremo superiore
Piemonte	4.788	5.581	5.448	6.472
Valle d'Aosta	143	146	144	180
Lombardia	10.335	10.817	10.699	11.763
Pa Bolzano	474	479	476	549
Pa Trento	689	696	691	832
Veneto	6.448	6.525	6.489	6.982
Friuli-Venezia Giulia	2.042	2.080	2.061	2.320
Liguria	2.282	2.325	2.300	2.499
Emilia-Romagna	5.961	6.019	5.989	6.256
Toscana	4.403	4.460	4.437	4.640
Umbria	1.106	1.134	1.122	1.207
Marche	2.008	2.037	2.022	2.204
Lazio	5.391	6.031	5.853	6.502
Abruzzo	1.503	1.595	1.548	1.860
Molise	425	436	428	561
Campania	5.439	5.614	5.529	6.074
Puglia	4.366	4.485	4.432	4.697
Basilicata	621	633	626	719
Calabria	1.913	1.959	1.931	2.249
Sicilia	5.678	5.885	5.788	6.240
Sardegna	1.581	1.601	1.590	1.878
<i>Nord</i>	33.162	34.668	34.297	37.853
<i>Centro</i>	12.908	13.662	13.434	14.553
<i>Sud</i>	21.526	22.208	21.872	24.278
ITALIA	67.596	70.538	69.603	76.684

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale.

I dati sui casi e sui decessi del Sistema Nazionale di sorveglianza

Con l'ordinanza del n. 640 del 27 febbraio 2020, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dal 28 febbraio, coordina un Sistema di sorveglianza che integra a livello individuale i dati microbiologici ed epidemiologici forniti dalle Regioni e Province Autonome (PA) e dal Laboratorio nazionale di riferimento per SARS-CoV-2 dell'ISS. I dati vengono raccolti attraverso una piattaforma web dedicata e riguardano tutti i casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionali. I dati vengono aggiornati giornalmente da ciascuna Regione anche se alcune informazioni possono richiedere qualche giorno per il loro inserimento. Per questo motivo, potrebbe non esserci una completa concordanza con quanto riportato attraverso il flusso informativo della Protezione Civile e del Ministero della Salute che riportano dati aggregati. La sorveglianza raccoglie dati individuali dei soggetti positivi al Covid-19 e in particolare le informazioni anagrafiche, i dati sul domicilio e sulla residenza, alcune informazioni di laboratorio, informazioni sul ricovero e sullo stato clinico (indicatore sintetico di gravità della sintomatologia), la presenza di alcuni fattori di rischio (patologie croniche di base), e l'esito finale (guarito o deceduto).

Per descrivere l'andamento e le caratteristiche dell'epidemia da Covid-19, è stata predisposta una dashboard online sia in lingua italiana che in inglese che fornisce un aggiornamento dell'epidemia in Italia sia negli ultimi 30 giorni che dall'inizio dell'epidemia. La dashboard è aggiornata quotidianamente ed è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>

GLOSSARIO

Anagrafe della popolazione: il sistema continuo di registrazione della popolazione residente. Viene continuamente aggiornata tramite iscrizioni per nascita da genitori residenti nel Comune, cancellazioni per morte di residenti e iscrizioni/cancellazioni per trasferimento di residenza da/per altro Comune o da/per l'Estero.

ANPR: Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR). È la banca dati nazionale nella quale confluiscono progressivamente tutte le anagrafi comunali.

È stata istituita presso il Ministero dell'Interno ai sensi dell'articolo 62 del Dlgs n. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale).

Caso positivo Covid-19: per Covid-19 (sintesi dei termini CO-rona VI-rus D-isease e dell'anno d'identificazione, 2019) l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) intende la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus SARS-CoV-2. La definizione di caso confermato positivo Covid-19 secondo la Sorveglianza Integrata Covid-19 è basata su una definizione di caso definita attraverso circolari ministeriali tenendo conto delle evidenze scientifiche e delle indicazioni degli organismi internazionali quali OMS e ECDC. L'attuale definizione è di tipo microbiologico: risultato positivo con test di conferma effettuato dal/i laboratorio/i di riferimento Regionale/i effettuato su tampone naso-faringeo. (https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/03/Circolare_9_marzo_2020.pdf)

Causa di morte: si intende la causa "iniziale" di morte, ovvero la condizione morbosa direttamente responsabile del decesso. È definita e individuata tra tutte le malattie certificate dal medico sulla scheda di morte, in base a stringenti regole dettate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie Icd-10) ed è l'indicatore più utilizzato e consolidato per le statistiche ufficiali e i confronti a livello nazionale e internazionale.

Classificazione internazionale delle malattie (Icd): International Classification of Diseases and Related Health Problems, è il sistema di classificazione delle malattie, stilato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Con questo standard internazionale vengono classificate le informazioni sanitarie della rilevazione Istat sui decessi e le cause di morte. (<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>)

Co-morbidità: si intende la pre-esistenza di condizioni croniche al momento della diagnosi; queste includono: patologie cardiovascolari, patologie respiratorie, diabete, deficit immunitari, patologie metaboliche, patologie oncologiche, obesità, patologie renali o altre patologie croniche.

Copertura (Tasso di) dei comuni: rapporto tra il numero dei comuni considerati e il numero di tutti i comuni italiani.

Copertura (Tasso di) della popolazione: rapporto tra la somma della popolazione residente nei comuni considerati e la popolazione residente totale.

Decesso Covid-19: l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce un decesso da COVID-19 come segue: un decesso COVID-19 è definito per scopi di sorveglianza come una morte risultante da un quadro clinico patologico con un caso probabile o confermato (microbiologicamente) di Covid-19, a meno che ci sia una chiara causa alternativa di morte non riconducibile alla malattia associata a COVID disease (per esempio un trauma).

https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200411-sitrep-82-Covid-19.pdf?sfvrsn=74a5d15_2

Cancellazione dall'anagrafe per decesso: la rilevazione sui cancellati dall'anagrafe per decesso raccoglie le principali caratteristiche individuali dei deceduti con le quali successivamente derivare le principali misure di sopravvivenza della popolazione residente. Le informazioni riguardanti le persone decedute sono quelle in possesso dell'Anagrafe del comune.

Eccesso di mortalità: differenza tra i decessi totali nel periodo 20/2/2020-31/12/2020 e la media dei decessi totali del quinquennio 2015-2019 nello stesso periodo.

Età mediana: età che divide una popolazione in due gruppi numericamente uguali; l'uno avente la popolazione di età inferiore a quella individuata, l'altro superiore.

Effetto harvesting: Si tratta dell'aumento della mortalità generale a seguito di fattori ambientali o climatici particolarmente sfavorevoli (ad esempio inquinamento, caldo eccessivo) o a condizioni epidemiologiche (come in caso di epidemie) dovuto ai decessi in prevalenza di persone con condizioni di salute molto compromesse; si verificherebbe in questo caso un'anticipazione di decessi che sarebbero comunque avvenuti nel breve periodo (questo fenomeno è noto col nome di harvesting, cioè "mietitura"), mentre successivamente si dovrebbe assistere a una diminuzione della mortalità.

Incidenza: rapporto tra numero di casi di una malattia sulla popolazione a rischio in un certo periodo di tempo. Se il periodo di tempo è uguale per tutta la popolazione l'incidenza viene definita cumulativa.

Letalità: rapporto tra il numero di morti e il numero di malati con una determinata malattia, relativamente a una data popolazione e a un dato intervallo.

Popolazione residente: è costituita dalle persone, di cittadinanza italiana e straniera, aventi dimora abituale nel territorio nazionale anche se temporaneamente assenti. Ogni persona avente dimora abituale in Italia deve iscriversi, per obbligo di legge, nell'anagrafe del comune nel quale ha stabilito la sua dimora abituale. In seguito ad ogni Censimento della popolazione viene determinata la popolazione legale. A tale popolazione si somma il movimento anagrafico dei periodi successivi e si calcola così la popolazione residente in ciascun comune al 31 di dicembre di ogni anno.

Tampone positivo: con tale termine si intende il risultato positivo ad un test diagnostico di riferimento su un saggio di real-time RT-PCR che consiste sostanzialmente in un'amplificazione del genoma. Nel caso del SARS-CoV-2 il prelievo del materiale biologico (campione) viene effettuato attraverso un aspirato rino-faringeo o a un tampone naso-faringeo o oro-faringeo. L'analisi dei tamponi viene effettuata in tutti i laboratori di riferimento regionali e presso i principali ospedali individuati dalle Regioni.

Tasso standardizzato di mortalità: aggiustamento del tasso di mortalità che permette di confrontare popolazioni che hanno distribuzione per età tra loro diverse. Il metodo di standardizzazione diretta per età è quello più utilizzato e consiste nel sommare i tassi che sono calcolati per ogni specifico gruppo di età su una popolazione di struttura standard.

Ufficio Stampa Istat

ufficiostampa@istat.it

tel. 06 4673.2243-2244

Ufficio Stampa ISS

ufficio.stampa@iss.it

tel. 06 4990.6601

Allegato 4

Prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (ovvero lineage B.1.1.7-Regno Unito), P1 (ovvero Brasiliiana), e 501.V2 (ovvero lineage B.1.351- Sud Africana) in Italia

Indagine del 18 febbraio 2021

Prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (ovvero lineage B.1.1.7-Regno Unito), P1 (ovvero Brasiliana), e 501.V2 (ovvero lineage B.1.351- Sud Africana) in Italia

Studio di prevalenza 18 febbraio 2021

Obiettivo

Come riportato nella circolare n. 6251 del Ministero della Salute pubblicata il 17 febbraio 2021 (1), al fine di stimare la diffusione delle varianti VOC 202012/01 (ovvero lineage B.1.1.7-Regno Unito), P1 (ovvero Brasiliana), e 501.V2 (ovvero lineage B.1.351- Sud Africana) in Italia, è stata realizzata un'indagine rapida coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità con il supporto della Fondazione Bruno Kessler e in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e PPAA (Province autonome). L'obiettivo di questa indagine è stato quello di identificare, tra i campioni con risultato positivo per SARS-CoV-2 in RT-PCR possibili casi di infezione riconducibili alle tre varianti di SARS-CoV-2.

Metodologia

L'indagine ha preso in considerazione i campioni positivi notificati il 18 febbraio 2021 (prime infezioni non follow-up) da analizzare: 1) con sequenziamento Sanger dell'intero gene S (spike); oppure 2) con sequenziamento di parte del gene S purché identificate tutte le mutazioni/delezioni attribuibili a una delle tre varianti; oppure 3) con sequenziamento in NGS.

La dimensione campionaria per Regione/PA è stata calcolata da Fondazione Bruno Kessler. Sono state considerate 4 macroaree (nomenclatura NUTS): Nord-Ovest (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia), Nord-Est (Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna), Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio), Sud e Isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia). Assumendo di voler stimare una prevalenza del 1% con precisione 0.8% in queste macroaree si riportano i valori dell'ampiezza campionaria in base ai positivi notificati in Italia il 16 Febbraio 2021 (tabella 1).

Tabella 1.

Macroarea	Casi notificati al 16/02/2021	Aampiezza campionaria ($p=1\%$, $\varepsilon=0.8\%$)
Nord-Est	2625	265
Nord-Ovest	2692	266
Centro	1848	254
Sud e Isole	3221	273
TOTALE	10386	1058

L'ampiezza campionaria in ciascuna macroarea è stata, quindi, ridistribuita nelle Regioni e PA corrispondenti in base alla percentuale di casi notificati il 16 Febbraio 2021 sul totale di casi notificati nella macroarea di riferimento.

Il campione richiesto è stato scelto dalle Regioni/PPAA in maniera *casuale* fra i campioni positivi garantendo una certa rappresentatività geografica e se possibile per fasce di età diverse.

I laboratori regionali individuati dalle Regioni/PPAA hanno selezionato i campioni da sottoporre a sequenziamento

I dati sono stati raccolti in un file Excel standardizzato dalle Regioni/ PPAA partecipanti ed inviati all'Istituto Superiore di Sanità il 1 Marzo 2021.

Risultati

In totale, hanno partecipato all'indagine le 21 Regioni/PPAA e complessivamente 101 laboratori.

Come mostrato in tabella 2, su 3132 casi con infezione da virus SARS-CoV-2 confermata con real-time PCR (RT PCR), sono stati effettuati 1296 sequenziamenti del gene S o sequenziamenti in NGS, di questi:

- a) 658 infezioni sono risultate riconducibili a virus SARS-CoV-2 variante VOC 202012/01
- b) 62 infezioni sono risultate riconducibili a virus SARS-CoV-2 variante P1
- c) 6 infezioni sono risultate riconducibili a virus SARS-CoV-2 variante 501.V2 (lineage B.1.351).

Le stime di prevalenza a livello nazionale sono le seguenti:

- a) per la variante VOC 202012/01, 54,0% (0%-75%)
- b) per la variante P1, 4,3% (0%-36,2%)
- c) per la variante 501.V2 (lineage B.1.351) 0,4% (0%-2,9%)

e sono state ottenute come la media delle prevalenze nelle diverse regioni pesate per il numero di casi regionali notificati il 18 Febbraio 2021.

REGIONE/PA	N. Laboratori	N. campioni positivi in RT-PCR	N. campioni sequenziati	N. di sequenze ottenute per analisi	N. Varianti VOC202012/01 (lineage B.1.1.7)	N. Varianti P1	N. Varianti 501.V2 (lineage B.1.351)	Prevalenza VOC202012/01 (lineage B.1.1.7)	Prevalenza P1	Prevalenza 501.V2 (lineage B.1.351)
ABRUZZO	2	374	61	61	31	0	0	50,8	0	0
BASILICATA	5	7	7	5	1	0	0	20,0	0	0
CALABRIA	3	166	11	11	1	0	0	9,1	0	0
CAMPANIA	2	366	86	86	51	2	0	59,3	2,3	0
EMILIA-ROMAGNA	2	99	99	99	57	2	0	57,6	2,0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	133	28	27	8	0	0	29,6	0	0
LAZIO	5	169	169	144	49	19	0	34,0	13,2	0
LIGURIA	6	227	22	22	16	0	0	72,7	0	0
LOMBARDIA	9	213	213	213	137	0	3	64,3	0	1,4
MARCHE	8	38	38	38	22	3	0	57,9	7,9	0
MOLISE	1	114	15	15	14	0	0	93,3	0	0
PA BOLZANO	1	320	70	70	40	0	2	57,1	0	2,9
PA TRENTO	1	20	20	14	2	0	0	14,3	0	0
PIEMONTE	14	93	89	85	41	0	0	48,2	0	0
PUGLIA	7	59	59	59	28	0	0	47,5	0	0
SARDEGNA	6	38	25	12	9	0	0	75,0	0	0
SICILIA	5	268	63	58	32	0	1	55,2	0	1,7
TOSCANA	3	88	80	80	43	19	0	53,8	23,8	0
UMBRIA	4	247	48	47	24	17	0	51,1	36,2	0
VALLE D'AOSTA	1	1	1	1	0	0	0	0,0	0	0
VENETO	12	92	92	92	52	0	0	56,5	0	0
Totale	101	3132	1296	1239	658	62	6	54,0	4,3	0,4

Limiti

Tra i possibili limiti dello studio vanno menzionati i seguenti punti:

- Il metodo di campionamento potrebbe essere disomogeneo tra le varie Regioni/PPAA.
- Non sono al momento disponibili dati relativi alle fasce di età dei casi selezionati per la survey, alla possibile appartenenza a focolai, e alla geo-localizzazione (potenzialmente utili per valutare con maggiore accuratezza la rappresentatività geografica).

Conclusioni

A seguito di diverse segnalazioni di variante VOC 202012/01 nel Paese, e in particolare alla rilevazione della presenza e diffusione di varianti del virus SARS-CoV-2 in aree del territorio con co-circolazione di varianti VOC 202012/01 e P.1, cosiddetta variante “brasiliiana”, si è ritenuto opportuno organizzare una indagine di prevalenza rapida sul territorio nazionale, al fine di identificare la presenza e stimare la diffusione delle tre varianti VOC.

L’indagine ha visto la partecipazione di un elevato numero di laboratori distribuiti nella maggior parte delle aree del Paese, e ha permesso di ottenere risultati relativi alla tipizzazione genetica/genomica su un numero significativo di campioni positivi sul territorio italiano.

La rilevazione della variante VOC 202012/0 nella quasi totalità delle Regioni/PPAA partecipanti è indicativa di una sua ampia diffusione sul territorio nazionale.

A partire da questi risultati per quanto non privi di potenziali limiti e *bias*, si propongono le seguenti riflessioni:

- Nel contesto italiano in cui la vaccinazione sta procedendo ma non ha ancora raggiunto coperture sufficienti, la diffusione di varianti a maggiore trasmissibilità può avere un impatto rilevante se non vengono adottate misure di mitigazione adeguate.
- Nell’attuale scenario europeo e nazionale caratterizzato dalla emergenza di diverse varianti è necessario continuare a monitorizzare con grande attenzione, in coerenza con le raccomandazioni nazionali ed internazionali e con le indicazioni ministeriali, la circolazione delle diverse varianti del virus SARS-CoV-2;
- Considerata la circolazione nelle diverse aree del paese si raccomanda di intervenire al fine di contenere e rallentare la diffusione delle varianti, rafforzando/innalzando le misure in tutto il paese e modulandole ulteriormente laddove più elevata è la circolazione, inibendo in ogni caso ulteriori rilasci delle attuali misure in atto;
- Si raccomanda di continuare la sorveglianza genetica per stimare la trasmissibilità relativa di P1 considerando la sua chiara espansione geografica dall’epicentro umbro a regioni quali Lazio e Toscana.
- Al fine di contenere ed attenuarne l’impatto sulla circolazione e sui servizi sanitari è essenziale, in analogia con le strategie adottate negli altri paesi europei, rafforzare/innalzare le misure di mitigazione in tutto il Paese nel contenere e ridurre la diffusione del virus SARS-CoV-2 mantenendo o riportando rapidamente i valori di Rt a valori <1 e l’incidenza a valori in grado di garantire la possibilità del sistematico tracciamento di tutti i casi.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutte le Regioni/PPAA e tutti i laboratori che hanno partecipato a questa indagine.

Referenze

¹ Ministero della Salute Circolare n. 6251 del 17 febbraio 2021 “*Indagine rapida per la valutazione della prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (ovvero lineage B.1.1.7-Regno Unito), P1 (ovvero Brasiliana), e 501.V2 (ovvero lineage B.1.351-Sud Africana) in Italia.*”



Allegato 5

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

CTS 630-2020/11429
del 05/03/2021

Roma, 05/03/2021

Al Sig. Ministro della Salute
Lungotevere Ripa, 1
00153 – Roma

Al Sig. Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie
Via della Stamperia 8
00187 – Roma

Al Sig. Segretario Generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri
Piazza Colonna, 370
00186 – Roma

e p.c.

Al Sig. Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di
contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19
Roma

Al Sig. Capo del Dipartimento della Protezione Civile
SEDE

Oggetto: DL 28/10/2020, n. 137 convertito, con modificazioni, dalla L. 18/12/2020, n. 176
Monitoraggio dei dati epidemiologici ex art. 19 bis

Il Comitato Tecnico Scientifico, nella seduta n. 162 del 05/03/2021, ha acquisito i dati epidemiologici ricevuti in data odierna ed aggiornati al periodo di riferimento 22/02/2021 – 28/02/2021, trasmessi da ISS relativamente 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.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

Il CTS viene reso edotto delle risultanze dei dati, nonché del Report Nazionale concernente l'aggiornamento epidemiologico e la resilienza dei servizi territoriali e dei servizi assistenziali.

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 rilevato per la quinta settimana consecutiva un peggioramento nel livello generale del rischio.

L'indice di trasmissibilità Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,06 (range 0,98-1,20), in aumento e >1 per la prima volta dopo sette settimane.

Nella settimana di monitoraggio si evidenzia un ulteriore incremento dell'incidenza a livello nazionale che ha raggiunto 194,87 casi/100.000 abitanti in 7gg. (Vs 145,16 casi/100.000 abitanti in 7gg. della scorsa settimana).

In cinque Regioni/PPAA è stata riscontrata un'incidenza superiore a 250 casi/100.000 in 7gg.: Provincia Autonoma di Trento (385,02/100.000 abitanti), Provincia Autonoma di Bolzano (376,99/100.000 abitanti), Emilia-Romagna (342,08/100.000 abitanti), Marche (265,16/100.000 abitanti) e Lombardia (254,44/100.000 abitanti).

Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lombardia e Marche sono classificate a rischio alto; 14 Regioni/PPAA sono classificate a rischio moderato, delle quali 9 risultano ad alta probabilità di progressione a rischio alto nelle prossime settimane; la Sardegna risulta a rischio basso.

Il Molise presenta un livello di rischio compatibile con uno scenario di tipo 3.

Durante la settimana di monitoraggio è stato registrato un aumento del numero di ricoverati in area medica ed un netto incremento dei ricoverati in terapia intensiva.

Si ribadisce, anche alla luce dell'aumento sostenuto della circolazione di alcune varianti virali a maggiore trasmissibilità, di mantenere la drastica riduzione delle interazioni fisiche tra le persone e della mobilità. Analogamente a quanto avviene in altri paesi Europei, anche a causa delle varianti virali che potrebbero potenzialmente ridurre l'efficacia di alcuni vaccini, si rende necessario un rafforzamento/innalzamento delle misure su tutto il territorio nazionale al fine di ottenere rapidamente una mitigazione/contenimento del fenomeno epidemico, indipendentemente dai valori di incidenza.

Il CTS esprime grande preoccupazione per l'evoluzione attuale della contingenza epidemica nel Paese e conferma la necessità di una riduzione delle interazioni fisiche interpersonali e della mobilità.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, n. 630; 18/04/2020, n. 663; 15/05/2020, n. 673;
07/10/2020, n. 706; 25/11/2020, n. 715; 29/01/2021, n. 735; 16/02/2021, n. 742

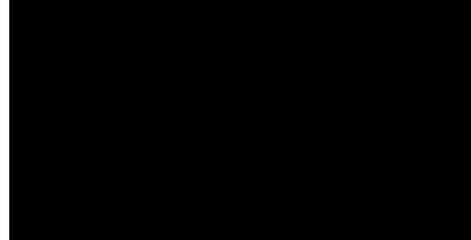
Il CTS auspica una tempestiva conclusione della revisione degli indicatori epidemiologici di monitoraggio al fine di rendere più rapida l'azione di contenimento/mitigazione da intraprendere a livello nazionale/regionale/locale.

Il CTS rimanda, infine, 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 02/03/2021; DPCM 14/01/2021.

Il Segretario
del Comitato Tecnico Scientifico



Il Coordinatore
del Comitato Tecnico Scientifico





Ministero della Giustizia

IL CAPO DI GABINETTO DEL MINISTRO

Allegato 6



m_dg.GAB.26/02/2021.0006888.U

illustre Dottor Miozzo,

si rappresenta che l'esame di abilitazione alla professione di avvocato pur essendo unico in tutto il territorio nazionale viene espletato contestualmente presso ciascuna Corte di appello, cui spetta l'organizzazione della prova concorsuale.

L'esame, come previsto dal bando indicato in oggetto, in conformità alle disposizioni normative, consiste in una prova scritta e, per i soli candidati che abbiano superato quest'ultima, in una prova orale.

La prova scritta si articola in tre giornate (nello specifico 13, 14 e 15 aprile 2021) e consiste nell'elaborazione di un atto o di un parere nelle diverse materie, per il quale è prevista una durata giornaliera di sette ore. I candidati possono avvalersi di codici, anche commentati, che vengono portati dagli stessi e controllati prima dell'accesso alla sala d'esame.

Tale modalità di espletamento delle prove scritte comporta inevitabilmente da un lato il formarsi di assembramenti all'accesso sia per l'identificazione dei candidati, sia per il controllo dei testi da ammettere.

Detta modalità di espletamento delle prove comporta, altresì, la contestuale presenza dei candidati nello stesso spazio per un numero di ore considerevole.

Il numero dei candidati che partecipa presso ciascuna corte di appello non è omogeneo, ma varia da sedi in cui partecipano centinaia di candidati a sedi medio grandi cui partecipano circa un migliaio di candidati alle sedi più grandi di Napoli, Roma e Milano nelle quali il numero dei partecipanti è di alcune migliaia.

Al dott. Agostino Miozzo
Coordinatore del Comitato tecnico scientifico
presso il Dipartimento della Protezione civile

Si riporta il numero delle domande pervenute per ciascun distretto di Corte di appello, rappresentando che a seguito di una interlocuzione avuta con tutte le Corti di appello, la maggior parte dei distretti ha evidenziato una estrema difficoltà, se non una vera e propria impossibilità, di parcellizzare la prova su più sedi.

Descrizione	Domande Inviate
Corte di Appello Ancona	414
Corte di Appello Bari	890
Corte di Appello Bologna	1527
Corte di Appello Bolzano/Bozen	126
Corte di Appello Brescia	505
Corte di Appello Cagliari	397
Corte di Appello Caltanissetta	214
Corte di Appello Campobasso	130
Corte di Appello Catania	1023
Corte di Appello Catanzaro	1149
Corte di Appello Firenze	946
Corte di Appello Genova	531
Corte di Appello L'Aquila	398
Corte di Appello Lecce	657
Corte di Appello Messina	364
Corte di Appello Milano	3379
Corte di Appello Napoli	4096
Corte di Appello Palermo	1172
Corte di Appello Perugia	273
Corte di Appello Potenza	304
Corte di Appello Reggio Calabria	449
Corte di Appello Roma	3614
Corte di Appello Salerno	887
Corte di Appello Torino	853
Corte di Appello Trento	120
Corte di Appello Trieste	259
Corte di Appello Venezia	1220
TOTALE	25897

Si evidenzia che anche qualora si intendesse far espletare la prova a livello circondariale e non distrettuale, il numero dei partecipanti presso il circondario di Napoli, Roma e Milano rimarrebbe in ogni caso particolarmente rilevante (nel 2019, rispettivamente 1563, 2370 e 2484 candidati).

Si deve, inoltre, rappresentare che la maggior parte delle corti di appello appositamente interpellate, ha rappresentato numerose criticità circa la possibilità che le prove scritte dell'esame possano svolgersi nel pieno rispetto delle disposizioni contenute nel *Protocollo di svolgimento dei concorsi pubblici di cui all'articolo 1, comma 10, lettera z), del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 gennaio 2021* adottato dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 3 febbraio 2021, indipendentemente dal riferimento del Protocollo medesimo ai *concorsi banditi dalle pubbliche amministrazioni nei casi in cui è prevista la partecipazione di un numero di candidati non superiore a trenta per ogni sessione o sede di prova*. Tali criticità, seppure enucleate secondo gradi diversi che vanno da una vera e propria impossibilità ad una situazione di estrema difficoltà, non consentirebbero nella maggior parte dei distretti di svolgere la prova garantendo, allo stato, adeguate condizioni di sicurezza, a salvaguardia della salute pubblica ed individuale.

Risulta, in senso opposto, esigo il numero dei distretti in cui non sono state evidenziate particolari criticità.

Infine, oltre le criticità riportate dagli uffici interpellati, emerge l'estrema difficoltà di conciliare le modalità di svolgimento dell'esame con aspetti estranei a profili organizzativi, quali il divieto di introdurre alimenti, la preclusione dell'accesso alla sede di esame nei confronti di soggetti in condizione di quarantena o isolamento fiduciario o che presentino sintomi compatibili con il contagio da coronavirus o una temperatura superiore a 37,5 gradi, ovvero che abbiano avuto difficoltà ad eseguire il tampone o siano in attesa dell'esito, tutte situazioni che esporrebbero l'ufficio a ricorsi giudiziari da parte dei soggetti esclusi.

Alla luce di quanto rappresentato si chiede un Vostro parere in merito alla possibilità il 13, 14 e 15 aprile prossimi le prove di esame, che coinvolgono 25897 candidati.

Si resta a disposizione per qualsivoglia chiarimento ritenuto opportuno.

Gonfianti Antoni

Raffaele Piccirillo

Ricciollo

Roma 02 marzo 2021

Dr. Gianni Rezza
Direzione Generale della Prevenzione
Ministero della Salute
SEDE

Prof. Silvio Brusaferro
Presidente ISS
SEDE

Dr. Nicola Magrini
Direttore Generale AIFA
SEDE

Dr. Agostino Miozzo
Coordinatore CTS
SEDE

Dr. Vittorio De Micheli
Presidente del Comitato Scientifico AIFA
per la sorveglianza post marketing
dei vaccini COVID

OGGETTO ; VACCINAZIONE PER LE PERSONE CON DEMENZA

Gentilissimi,
il Tavolo per il monitoraggio ed implementazione del Piano Nazionale delle Demenze (PND) istituito dal Ministero della Salute in seguito all'emanazione del PND (G.U.n.9 del 13 gennaio 2015), i cui componenti sono i Rappresentanti delle Regioni e delle P.A., società scientifiche, rappresentanti delle Associazioni dei familiari dei pazienti, ISS, Ministero della Salute, segnala due criticità relative alle persone con demenza in relazione alla campagna vaccinale in corso.

- Nel documento "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19" (versione 8 febbraio 2021) non sono inclusi nella Categoria 1 le persone con demenza. La lista di patologie incluse nella tabella 2 per l'ambito delle "Condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica)" dovrebbe contenere anche la demenza. Le conseguenze del provvedimento sono che pazienti con demenza con età inferiore agli 80 anni che vivono a casa (circa 700.000 persone) sono escluse dalla prossima fase della campagna vaccinale. Si segnala che in tutto il mondo circa 1/4 dei pazienti deceduti per COVID-19 erano affetti da demenza.
- Come preannunciato dal ns documento di gennaio (in allegato) ci sono delle grandissime difficoltà connesse all'utilizzo del modulo di consenso informato per i pazienti con demenza a domicilio con età superiore agli 80 anni. La mancanza della rappresentanza legale per la stragrande maggioranza di queste persone con demenza richiede un provvedimento urgente analogamente a quanto è stato definito nel DL del 5.1.2021 per i soggetti incapaci ricoverati presso strutture sanitarie assistite.

Nella convinzione che si possano risolvere rapidamente queste due criticità a salvaguardia della vita delle persone con demenza, così duramente colpite dalla pandemia in corso, vi inviamo un cordiale saluto.

I componenti del Tavolo per il monitoraggio ed implementazione del Piano Nazionale delle Demenze

Allegato 7

VACCINAZIONE ANTI COVID-19 DELLE PERSONE CON DEMENZA: IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO, IL QUADRO NORMATIVO, LE CRITICITA' ED UNA PROPOSTA OPERATIVA

Documento redatto dal Tavolo Nazionale per il monitoraggio ed implementazione del Piano Nazionale delle Demenze istituito dal Ministero della Salute in seguito all'emanazione del Piano Nazionale Demenze (G.U.n.9 del 13 gennaio 2015), i cui componenti sono i Rappresentanti delle Regioni e delle P.A., società scientifiche, rappresentanti delle Associazioni dei familiari dei pazienti, ISS, Ministero della Salute.

Considerazioni emerse nella Riunione del 31.12.2020 e successive integrazioni all'invio del documento in data 4.1.21 a seguito dell'emanazione del DECRETO-LEGGE 5 gennaio 2021 , n. 1 (Raccolta 2021) "Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

1. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E DI SANITA' PUBBLICA DURANTE LA PANDEMIA

Sulla base delle stime epidemiologiche più accurate ed aggiornate, in Italia vi sono circa un milione e 100 mila persone affette da demenza, di cui circa il 60% con demenza di Alzheimer. Quasi il 78% di queste persone ha un'età superiore agli 80 anni, e le donne sono in maggioranza con un rapporto femmine: maschi di 2,4:1 (1).

Nello scenario dell'attuale pandemia da COVID-19, le persone con demenza rappresentano una categoria a elevato rischio di contagio, sia per la difficoltà che incontrano nel seguire fedelmente le norme sull'igiene e la prevenzione delle infezioni, sia perché, nel circa 20% dei casi, vivono in strutture residenziali dove la circolazione del virus è più diffusa e dove sono riportate le maggiori criticità rispetto agli altri setting assistenziali (2)(3). Inoltre, esse presentano un rischio aumentato di andare incontro ad esiti sfavorevoli, compresa la mortalità, anche per effetto delle frequenti patologie croniche concomitanti; la presenza di queste ultime e il loro effetto sommatorio costituisce infatti il principale fattore di rischio associato in generale alla mortalità per COVID-19.

Negli ospedali della provincia di Brescia, dal 22 febbraio all'8 aprile del 2020, sono stati ricoverati 627 pazienti con diagnosi di polmonite da COVID-19 confermati con tampone. Di questi, 82 (13,1%) avevano una diagnosi di demenza. Il tasso di mortalità per i pazienti affetti da demenza è stato del 62,2% (n=51/82), rispetto al 26,2% (n=143/545) osservato nei soggetti senza demenza. La diagnosi di demenza, pur considerando la variabilità per sesso ed età dei pazienti ricoverati, predisponiva ad una mortalità doppia (OR = 1,84; IC 95% 1,09-3,13) rispetto ai pazienti con altre patologie (4).

In un campione di 2.621 cartelle cliniche di persone decedute negli ospedali italiani con tampone positivo per SARS-CoV-2, rappresentativo per età, residenza e periodo dei circa 30.000 deceduti nella popolazione generale ai primi di maggio del 2020, il 15,8% dei casi esaminati aveva una diagnosi di demenza (5). Questo dato è confermato anche in un recente report dell'Alzheimer Disease International che ha analizzato l'impatto della malattia provocata dal SARS-CoV-2 sui pazienti con demenza nei mesi dell'emergenza sanitaria in nove Paesi (Italia, Regno Unito, Spagna, Irlanda, Australia, Stati Uniti, India, Kenya e Brasile). In questo report, si documenta che un decesso per COVID-19 su cinque si era verificato proprio in persone con demenza (6).

Nella seconda ondata della pandemia, in un secondo campione di 3.736 cartelle cliniche rappresentativo di 35.595 deceduti con tampone positivo per SARS-CoV2 in Italia, è stato documentato un ulteriore incremento delle persone con demenza rispetto al totale dei deceduti: dal 18% dei mesi di marzo-maggio al 40% dei mesi di luglio e agosto 2020 (7).

La disponibilità delle prime dosi di vaccino che ha spinto l'Unione Europea ad individuare una data comune per l'avvio della campagna vaccinale in tutti i Paesi membri ha reso necessaria anche la formulazione di piani operativi in ciascuno di tal Paesi: il ministro della Salute Roberto Speranza ha presentato il 2 dicembre 2020

le linee guida del Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19, elaborato da Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l'Emergenza, Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aifa (8). In questo Piano sono state identificate, tra le categorie da vaccinare in via prioritaria nelle fasi iniziali, i *"Residenti e personale dei presidi residenziali per anziani. Un'elevata percentuale di residenze sanitarie assistenziali (RSA) è stata gravemente colpita dal COVID-19. I residenti di tali strutture sono ad alto rischio di malattia grave a causa dell'età avanzata, la presenza di molteplici comorbidità, e la necessità di assistenza per alimentarsi e per le altre attività quotidiane. Pertanto, sia la popolazione istituzionalizzata che il personale dei presidi residenziali per anziani devono essere considerati ad elevata priorità per la vaccinazione"* (8).

2. IL QUADRO NORMATIVO

La circolare del Ministero della Salute del 24.12.2020 denominata “Raccomandazioni per l’organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2/COVID-19 e procedure di vaccinazione”, considerata la disponibilità iniziale di un numero di dosi limitato, definisce prioritario vaccinare i soggetti più fragili e, tra questi, gli ospiti dei presidi residenziali per anziani (9). In allegato alla circolare viene trasmessa la documentazione per il consenso informato redatta dal Gruppo di Lavoro dell’Osservatorio buone pratiche sulla sicurezza nella sanità” di AGENAS n. di protocollo 2020/0007765 del 23/12/2020 sottolineando che *“tale documentazione potrà subire modificazioni nel corso della campagna vaccinale e ogni aggiornamento sarà prontamente comunicato da questo Ministero”* (9). Nel modulo di consenso informato riportato nella circolare del Ministero della Salute si prevede la firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale (9).

Nel documento del Gruppo di Lavoro in tema di Prevenzione Vaccinale nazionale anti-COVID-19 dell’Osservatorio Nazionale buone pratiche - sicurezza nella sanità istituito con la legge 24/2017 da cui è tratto il citato modulo è presente anche una disamina sul tema degli anziani incapaci a fornire il consenso informato (10). In particolare *“si appalesa necessario adottare misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica all'interno dei presidi di ricovero per anziani e/o incapaci ed arginare i contagi ed il pericolo di decessi. Per poter agire tempestivamente ed in sicurezza nell'interesse di questa categoria di cittadini, ospiti/pazienti vulnerabili in previsione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, è necessario contemporare procedure rapide ed il rispetto della volontà dei soggetti in questione espressa personalmente o a mezzo di legali rappresentanti e fiduciari”* (10). Il Gruppo di Lavoro, *“ha concluso che il problema della espressione del medesimo consenso da parte di Persone Ospiti in stato di “incapacità di provvedere ai propri interessi” o, addirittura, di “incapacità di intendere e di volere”, non possa risolversi senza la cautela e la garanzia della nomina di una figura di tutela, quale quella dell’Amministratore di sostegno, prevista dalla vigente normativa. Stante lo stato emergenziale pandemico e considerata la imprescindibilità di sinergica e correlata tutela della salute individuale e collettiva, le condizioni di urgenza richieste dal contesto di sanità pubblica non si conciliano con i tempi e le fasi procedurali giudiziarie attuali. Pertanto, l'unica soluzione escogitata dal Gruppo di Lavoro si conchiude in una Proposta di Decreto Legge, volto a semplificare ed accelerare le fasi e i tempi procedurali attuali, individuando nel Rappresentante legale sanitario delle RSA/RA la figura di “Amministratore di sostegno provvisorio”, alla quale demandare il compito di richiedere l'autorizzazione cumulativa per tutte le Persone residenti, individuate come necessitanti della tutela del sostegno medesimo, limitato provvisoriamente ed in via esclusiva alla esecuzione della vaccinazione, indispensabile per evitare danno grave alla Persona, alla popolazione degli Ospiti residenti e agli Operatori della struttura di interesse”* (10). La proposta del Decreto Legge dovrebbe prevedere la nomina dall’Amministratore di Sostegno entro 5 giorni dalla richiesta (10).

Nel documento del gruppo di lavoro dell’AGENAS si sottolinea inoltre che *“Il Modulo è concepito anche per tutelare la dignità e la sicurezza dei Professionisti Sanitari, con l'intento di prevenire rischi di “errori e/o inosservanze di doverose regole di condotta”, nonché, più estensivamente, di eventi connaturanti ipotesi di responsabilità professionali soggettive e/o oggettive, anche a carico di istituzioni sanitarie”* (10).

3. LE CRITICITA'

In Italia, sebbene siano carenti dati ufficiali, l'esperienza dei professionisti del settore ci dice che è molto probabile che solo una piccola quota di persone con demenza negli stadi di malattia moderata-avanzata ha una rappresentanza legale. Secondo gli ultimi dati disponibili, in Italia il numero di procedure di Amministrazione di Sostegno definite era al 2018 pari a 34.367 mentre quelle pendenti a 267.363 (2). Non è disponibile il dettaglio sulle diagnosi di questi soggetti.

Secondo l'ultima indagine dell'ISTAT sui presidi residenziali, al 31 dicembre 2013 erano attive in Italia 12.261 strutture residenziali socioassistenziali e socio-sanitarie che disponevano complessivamente di 384.450 posti letto (11). In essi erano assistite 367.485 persone; 17 mila (4,8%) erano giovani con meno di 18 anni, oltre 71 mila (19,3%) un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, quasi 279 mila (75,8%) avevano almeno 65 anni. Gli ospiti anziani non autosufficienti erano 210 mila (11). Tra gli anziani, oltre la metà era ultra-ottantacinquenne, e donne in più di tre casi su quattro. Le strutture residenziali che erogavano assistenza socio-sanitaria erano 8.272 (67,4%) per un ammontare di oltre 285 mila posti letto (il 74,2% dei posti letto complessivi) (11).

È possibile stimare che circa 800.000 persone con demenza si trovino in Italia nella necessità di avere una rappresentanza legale e di queste circa 170.000 – 190.000 si trovano nelle RSA (60-70% di tutti i residenti). Da informazioni che provengono all'Osservatorio Demenze dell'ISS dalle RSA, Centri Diurni e CDCD (Centro per i disturbi cognitivi e le demenze) solo per una piccola quota di queste persone (intorno al 20-30%) è disponibile la nomina di amministratore di sostegno o è presente un'altra rappresentanza legale.

In questo contesto pandemico e di urgenza sanitaria e sulla base del numero di procedure in essere di amministrazioni di sostegno, appare francamente impraticabile la proposta del Gruppo di Lavoro dell'AGENAS. Una nomina di amministratore di sostegno entro 5 gg dalla richiesta per centinaia di migliaia di persone con demenza (nelle RSA o a domicilio quando sarà il loro turno) è probabilmente irrealizzabile considerando i tempi amministrativi in vigore presso gli Uffici di un Giudice Tutelare.

4. UNA PROPOSTA OPERATIVA

Alle considerazioni relative a tali criticità va aggiunto il fatto che le persone con demenza stanno pagando un tributo eccessivo in termini di contagi e mortalità per il SARS-CoV-2 e costituiscono sicuramente la categoria più colpita durante la pandemia. Le persone affette da demenza sono inoltre possibile fonte di diffusione del contagio, per i diffusi problemi di comportamento e per la quota rilevante di essi che non sono in grado di tenere la mascherina o di mantenere la distanza sociale.

Nel contesto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 appare quindi ragionevole un riferimento concettuale allo stato di necessità e alla salute pubblica che consenta di conseguenza di autorizzare il medico ad intervenire (a norma degli artt. 2045 c.c., 54 c.p., art 32 del codice di deontologia medica, art. 1 comma 7 della Legge. 219/2017 e all'art. 32 della Costituzione) a prescindere dal consenso formalmente espresso dal paziente, in quanto lo stesso si trova appunto in stato di necessità.

Inoltre, considerando la pratica clinica corrente in cui nella relazione di cura è sempre coinvolto un parente della persona con demenza, si potrebbero individuare, nel rispetto delle norme in vigore e dei principi etici consolidati riportati nel documento "Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze. Riflessioni su alcune implicazioni etiche" (12) tre specifiche fattispecie per la firma da apporre sul modulo di consenso informato per la vaccinazione anti COVID-19 per le persone con demenza:

- a) Firma della persona con demenza ritenuta in grado di poter esprimere un consenso secondo le procedure riportate (12).
- b) Firma del rappresentante legale di una persona con demenza, qualora formalmente nominato sulle questioni sanitarie.

c) Per una persona con demenza incapace di poter esprimere il consenso il medico ritiene che vi sia una situazione di urgenza differibile e procede in base all'art. 1 comma 7 della l. 219/2017. Il modulo di consenso verrà firmato, laddove possibile per presa visione, anche dal Familiare della persona con demenza o dall'AdS senza poteri in merito ad attività sanitarie o assistenza necessaria. Il Familiare verrà scelto secondo l'ordine preferenziale previsto dalla Legge 6 del 2004 sull'amministrazione di sostegno.

Possono inoltre presentarsi altre due specifiche situazioni:

- In caso di persone con demenza che non hanno un familiare vivente o rintracciabile il medico agisce in base all'art. 1 comma 7 della Legge. 219/2017 .
- In caso di contenzioso tra i familiari, tra i familiari e i medici, tra i familiari e AdS e tra i medici e AdS si farà ricorso con una procedura d'urgenza all'intervento di un Giudice Tutelare.

I Professionisti sanitari che effettueranno la vaccinazione in collaborazione con il medico che ha in carico la persona con demenza valuteranno secondo le indicazioni incluse nella circolare del Ministero della Salute del 24.12.2020 la specificità del singolo paziente nel proporre la vaccinazione anti – COVID-19 .

La proposta operativa qui riportata è concepita anche per tutelare la dignità e la sicurezza dei Professionisti Sanitari coinvolti nella campagna vaccinale ed esprime la necessità di garantire la continuità assistenziale per la persona ospite in RSA e la continuità di servizio da parte degli operatori sanitari e sociosanitari.

Il dispositivo di un Decreto Legge e/o di una circolare ministeriale potrebbe recepire i contenuti di questa proposta, che mira anche a sottolineare la necessità di chiare indicazioni da applicare in modo univoco sull'intero territorio nazionale a tutte le persone con demenza sia che siano ospiti nelle RSA o che vivano a casa.

Infine, allargando l'ottica anche al contesto europeo si segnalano le posizioni dell'Alzheimer's Society, la principale organizzazione benefica britannica per la demenza, ed INTERDEM, organizzazione europea che raccoglie ricercatori e clinici che si occupano di demenza provenienti da 19 paesi europei e 4 paesi al di fuori dell'Europa, che sostanzialmente affermano quanto segue : se la persona con demenza non ha la capacità mentale di assumere una decisione, allora una decisione di "interesse" sulla vaccinazione anti COVID-19 dovrà essere presa per loro conto coinvolgendo i familiari della persona con demenza o se non fosse possibile il medico di medicina generale (13,14).

Inoltre Alzheimer Europe, la federazione europea di tutte le associazioni nazionali delle persone con demenza e loro familiari, prende in considerazione l'insieme delle implicazioni etiche della vaccinazione anti-COVID19, a cui si rimanda. (15).

BIBLIOGRAFIA

- 1.Bacigalupo I, Mayer F, Lacorte E, Di Pucchio A, Marzolini F, Canevelli M, Di Fiandra T, Vanacore N. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Dementia in Europe: Estimates from the Highest-Quality Studies Adopting the DSM IV Diagnostic Criteria. J Alzheimers Dis. 2018;66(4):1471-1481.
2. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020. Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze 2020, iii, 56 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 61/2020. <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>.
- 3.Lombardo FL, Bacigalupo I, Salvi E, Lacorte E, Piscopo P, Mayer F, Ancidoni A, Remoli G, Bellomo G, Losito G, D'Ancona F, Bella A, Pezzotti P, Canevelli M, Onder G, Vanacore N; Italian National Institute of Health

- Nursing Home Study Group. The Italian National Survey on COVID-19 epidemic spread in Nursing Homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 Dec 23. doi: 10.1002/gps.5487. Epub ahead of print.
4. Bianchetti A, Rozzini R, Guerini F, Boffelli S, Ranieri P, Minelli G, Bianchetti L, Trabucchi M. Clinical Presentation of COVID19 in Dementia Patients. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(6):560-562.
5. Canevelli M, Palmieri L, Raparelli V, Lo Noce C, Colaizzo E, Tiple D, Vaianella L, Vanacore N, Brusaferro S, Onder G; Italian National Institute of Health COVID-19 Mortality Group*. Prevalence and clinical correlates of dementia among COVID-19-related deaths in Italy. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2020 Nov 14;12(1):e12114.
6. Alzheimer Disease International. Covid-19 deaths disproportionately affecting people with dementia, targeted response urgently needed. <https://www.alz.co.uk/media/010920>.
7. Palmieri L, Palmer K, Lo Noce C, Meli P, Giuliano M, Floridia M, Tamburo de Bella M, Piccioli A, Brusaferro S, Onder G; Italian National Institute of Health COVID-19 Mortality Group (*). Differences in the clinical characteristics of COVID-19 patients who died in hospital during different phases of the pandemic: national data from Italy. *Aging Clin Exp Res*. 2020 Dec 21:1-7.
8. Ministero della Salute. Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19. Piano Strategico. Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale. Aggiornamento del 12 dicembre 2020. <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>.
9. Circolare del Ministero della Salute del 24.12.2020 denominata "Raccomandazioni per l'organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2/COVID-19 e procedure di vaccinazione" <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=77981&parte=1%20&serie=null>.
10. Gruppo di Lavoro dell'Osservatorio buone pratiche sulla sicurezza nella sanità" di AGENAS n. di protocollo 2020/0007765 del 23/12/2020
11. ISTAT. I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Al 31 dicembre 2013. Statistiche Report. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. https://www.istat.it/it/files//2015/12/Presidi-residenziali_2013.pdf
12. Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze. Riflessioni su alcune implicazioni etiche. Tavolo per il monitoraggio ed implementazione del Piano Nazionale delle Demenze. Documento approvato in Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 20/153 C R9b /C 7; 6 agosto 2020. <http://www.regioni.it/newsletter/n-3900/del-10-08-2020/raccomandazioni-per-la-governance-e-la-clinica-nel-settore-delle-demenze-21590/>.
13. Alzheimer's Society UK. Consent to coronavirus (COVID-19) vaccination. Last updated 22 December 2020. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/coronavirus/consent-vaccine-covid-19-vaccination>.
14. INTERDEM (pan-European network of researchers collaborating in research on and dissemination of Early, Timely and Quality Psychosocial Interventions in Dementia aimed at improving the quality of life of people with dementia and their supporters, across Europe) COVID-19 vaccination: what to do with people with dementia in nursing homes? <http://interdem.org/?p=7472>.
15. Alzheimer Europe, Does father get a shot against coronavirus?" ethical considerations for vaccinations in the residential care setting. 11 December 2020. [https://www.alzheimer-europe.org/News/COVID-19-situation/Friday-11-December-2020-Does-father-get-a-shot-against-coronavirus-ethical-considerations-for-vaccinations-in-the-residential-care-setting/\(language\)/eng-GB](https://www.alzheimer-europe.org/News/COVID-19-situation/Friday-11-December-2020-Does-father-get-a-shot-against-coronavirus-ethical-considerations-for-vaccinations-in-the-residential-care-setting/(language)/eng-GB).

A seguito dell'emanazione del DECRETO-LEGGE 5 gennaio 2021 , n. 1 (Raccolta 2021) "Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" considerazioni del Tavolo Nazionale per il monitoraggio ed implementazione del Piano Nazionale delle Demenze all'art. 5 " Manifestazione del consenso al trattamento sanitario del vaccino anti Covid-19 per i soggetti incapaci ricoverati presso strutture sanitarie assistite"

Il provvedimento può essere così sintetizzato:

- a) "Le persone incapaci ricoverate presso strutture sanitarie assistite, comunque denominate, esprimono il consenso al trattamento sanitario per le vaccinazioni anti Covid-19 a mezzo del relativo tutore, curatore o amministratore di sostegno, ovvero del fiduciario...." (**art 5 comma 1**)
- b) "In caso di incapacità naturale, ovvero qualora il fiduciario, il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno mancano o non sono in alcun modo reperibili per almeno 48 ore, il direttore sanitario o, in difetto, il responsabile medico della residenza sanitaria assistita (RSA), o dell'analogia struttura comunque denominata, in cui la persona incapace è ricoverata ne assume la funzione di amministratore di sostegno, al solo fine della prestazione del consenso di cui al comma 1..... In difetto sia del direttore sanitario sia del responsabile medico della struttura, le attività previste dal presente comma sono svolte dal direttore sanitario della ASL territorialmente competente sulla struttura stessa o da un suo delegato " (**art 5 comma 2**).
- c) "Il soggetto individuato ai sensi dei commi 1 e 2, sentiti, quando già noti, il coniuge, la persona parte di unione civile o stabilmente convivente o, in difetto, il parente più prossimo entro il terzo grado, se accerta che il trattamento vaccinale è idoneo ad assicurare la migliore tutela della salute della persona ricoverata, esprime in forma scritta, ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, della legge 22 dicembre 2017, n. 219, il consenso alla somministrazione del trattamento vaccinale anti Covid-19 e dei successivi eventuali richiami e ne dà comunicazione al dipartimento di prevenzione sanitaria competente per territorio" (**art 5 comma 3**).
- d) "Il consenso di cui al comma 3, reso in conformità alla volontà dell'interessato espressa ... o, in difetto, in conformità a quella delle persone di cui al primo periodo dello stesso comma 3, è immediatamente e definitivamente efficace. Il consenso non può essere espresso in difformità dalla volontà dell'interessato,o , in difetto, da quella delle persone di cui al primo periodo dello stesso comma 3. Nondimeno, in caso di rifiuto di queste ultime, il direttore sanitario, o il responsabile medico della struttura in cui l'interessato è ricoverato, ovvero il direttore sanitario della ASL o il suo delegato, può richiedere, con ricorso al giudice tutelare di essere autorizzato a effettuare comunque la vaccinazione " (**art 5 comma 4**).
- e) "Qualora non sia possibile procedere ai sensi del comma 4, per difetto di disposizioni di volontà dell'interessato, anticipate o attuali, e per irreperibilità o indisponibilità dei soggetti di cui al primo periodo del comma 3, il consenso al trattamento vaccinale sottoscritto dall'amministratore di sostegno di cui al comma 2, unitamente alla documentazione comprovante la sussistenza dei presupposti di cui ai commi 1, 2 e 3, è comunicato immediatamente, anche attraverso posta elettronica certificata, dalla direzione della struttura in cui l'interessato è ricoverato al giudice tutelare competente per territorio sulla struttura stessa" (**art 5 comma 5**).
- f) "Nel termine di quarantotto ore dal ricevimento degli atti di cui al comma 5 il giudice tutelare, disposti gli eventuali accertamenti quando dai documenti ricevuti non emerge la sussistenza dei presupposti di cui al comma 3, convalida con decreto motivato, immediatamente esecutivo, il consenso espresso ai sensi del comma 5, ovvero ne denega la convalida" (**art 5 comma 6**).
- g) "Il consenso alla somministrazione del trattamento vaccinale anti Covid-19 e dei successivi eventuali richiami è privo di effetti fino alla comunicazione del decreto di convalida" (**art 5 comma 8**).
- h) "In caso di rifiuto della somministrazione del vaccino o del relativo consenso da parte del direttore sanitario o del responsabile medico, ovvero del direttore sanitario della ASL o del suo delegato, ai

sensi del comma 5, il coniuge, la persona parte di unione civile, o stabilmente convivente, e i parenti fino al terzo grado possono ricorrere al giudice tutelare, ai sensi dell'articolo 3, comma 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, affinché disponga la sottoposizione al trattamento vaccinale” (art 5 comma 10).

Ecco alcune criticità:

L'art 5 comma 2 del DL del 5 gennaio 2020 nomina come AdS “temporaneo” delle persone incapaci e prive di rappresentanza legale per la vaccinazione anti-Covid-19, il direttore sanitario o, in difetto, il responsabile medico della residenza sanitaria assistita (RSA), o in mancanza il direttore sanitario della ASL. Inoltre all'art 5 comma 5 si prevede il ricorso al Giudice Tutelare “qualora non sia possibile procedere ai sensi del comma 4, per difetto di disposizioni di volontà dell'interessato, **anticipate o attuali**, e per irreperibilità o indisponibilità dei soggetti di cui al primo periodo del comma 3 (“familiari). Se poi entro 48h non vi sarà da parte del Giudice Tutelare il provvedimento di convalida “il consenso espresso ai sensi del comma 5 si considera a ogni effetto convalidato e acquista definitiva efficacia ai fini della somministrazione del vaccino” (art 5 comma 9).

Si sottolinea che nelle RSA la stragrande maggioranza degli ospiti incapaci è priva di rappresentanza legale e non ha dichiarato disposizioni di volontà anticipate e quindi non è chiaro se ricade nella fattispecie riportata nel comma 5 (“*difetto di disposizioni di volontà dell'interessato attuali*”) con conseguente ricorso al Giudice Tutelare o al contrario ricade nella fattispecie del comma 4 (“*Il consenso di cui al comma 3,... è immediatamente e definitivamente efficace*”). Questo fondamentale aspetto andrebbe chiarito.

In questo contesto si segnala il parere medico-legale in ordine alle informazioni e al consenso per la profilassi anti-Covid nei soggetti fragili redatto dal Prof. Pasquale Giuseppe Macri (Area Funzionale Dipartimentale Medicina Legale e Gestione della Responsabilità Sanitaria- Azienda USL Toscana Sud Est): “*Potrebbe emergere qualche difficoltà operativa nell'ambito del soggetto con incapacità naturale (che mentre non è in grado di indicare un familiare non abbia ancora attivate le procedure per l'accertamento dell'incapacità giuridica). In tal caso, come più volte ricordato dalla legge speciale, dalla giurisprudenza, dall'ordinamento sovranazionale e dai codici di deontologia professionale, occorre – a parere di chi scrive – valorizzare le capacità residuali nell'ottica del bilanciamento (da ritenersi nella maggioranza dei casi convergente) tra diritto dell'individuo ed interesse della collettività, segnatamente laddove, come nel caso di interesse, la collettività interviene significativamente nella di lui protezione ed assistenza in ambienti residenziali extra-familiari . In tali casi si ritiene opportuno attivare senza ulteriore ritardo la procedura di nomina dell'amministratore di sostegno in ambito socio-sanitario e, rilevate le condizioni minime di apprezzamento, procedere alla profilassi vaccinale con la prima dose. L'atto vaccinale sarà perfezionato con la seconda dose nei tempi immunologicamente concessi – dopo la nomina del rappresentante legale. Riteniamo, infine, che sarebbe opportuno sensibilizzare gli Uffici Giudiziari (Volontaria Giurisdizione), nelle figure dei Presidenti di Tribunale, per concordare procedure di speciale urgenza in ambito emergenziale sanitario*”.

Nel caso corrispondesse al vero la prima interpretazione, questo implicherà che nell'arco di poche settimane i 150 Uffici dei Giudici Tutelari presso i Tribunali Civili saranno sommersi da circa 170.000-190.000 richieste di convalida di moduli di consenso informato. La conseguenza di ciò è che la maggior parte dei consensi informati alla somministrazione del vaccino contro il COVID-19 rientrano nella fattispecie dell'art. 5 comma 9. In considerazione di questo possibile scenario sarebbe quindi ragionevole un riferimento esplicito, allo stato di necessità e alla salute pubblica che consente di conseguenza di autorizzare il medico ad intervenire (a norma degli artt. 2045 c.c., 54 c.p., art 32 del codice di deontologia medica, art. 1 comma 7 della Legge. 219/2017 e art. 32 della Costituzione) a prescindere dal consenso formalmente espresso dal paziente e senza il coinvolgimento del Giudice Tutelare.

All'art 5 comma 2 si introduce il concetto di incapacità naturale in relazione a quello dell'amministratore di sostegno . Questa associazione “anomala” ha notevoli conseguenze giuridiche in quanto assumere semplicisticamente per una persona con demenza priva della rappresentanza legale uno suo stato di

incapacità naturale implica il non valutare con le procedure in corso se una persona sia in grado di poter esprimere un consenso. A conferma di ciò per documentare l'incapacità naturale “*molte sentenze non richiedono una dimostrazione rigorosa, né dispongono in proposito una consulenza tecnica; ma si accontentano di una prova fornita con qualsiasi mezzo, anche per testimoni o presunzioni* (Cass., 13.11.1991, n. 12117, cit.; Cass., 23.2.1995, n. 2085). Si tratta, comunque, di un giudizio di fatto, affidato al giudice di merito ed insindacabile in sede di legittimità, se sufficientemente e logicamente motivato”.

[https://treccani.it/enciclopedia/incapacita-naturale-dir-civ_\(Diritto-on-line\)/](https://treccani.it/enciclopedia/incapacita-naturale-dir-civ_(Diritto-on-line)/)

Il Decreto Legge ha in prospettiva implicazioni non solo per le persone con demenza o con disabilità psichica che si trovano nelle RSA/RA ma anche per quelle che si trovano in altri setting assistenziali quali le circa 3989 residenze socio-assistenziali (case di riposo) (ISTAT 2015) dove si possono trovare persone con le suddette caratteristiche cliniche, i centri diurni ed il domicilio. Il che implica un impatto epidemiologico di ulteriori 500.000-600.000 persone, che ovviamente rende lo scenario ancora più complesso.

Si segnala che in alcune realtà territoriali (es. Regione Toscana) le RSA non hanno la figura del Direttore Sanitario, ma di un Direttore/Responsabile che non necessariamente è un medico (quasi mai in realtà). L'alternativa proposta dal DL, quale il coinvolgimento del Direttore Sanitario dell'ASL (art. 5 comma 2), appare alquanto discutibile in materia di espressione di un consenso informato per un persona incapace. Al contrario deve essere previsto il coinvolgimento diretto del medico curante (MMG, altri professionisti con diverso rapporto di lavoro) che ha la responsabilità clinica degli ospiti delle strutture, suoi assistiti. In generale, sarebbe auspicabile che il direttore sanitario, o, in mancanza, il responsabile medico delle residenze sanitarie assistite insieme al MMG che segue il paziente e che quindi è titolare della salute del paziente stesso, trattandosi per lo più di soggetti con comorbilità cronica, accertino che la somministrazione del vaccino contro il COVID-19 è idoneo ad assicurare la migliore tutela della persona ricoverata. Nella routine clinica delle RSA infatti il medico responsabile assicura il raccordo assistenziale con il MMG. Appare quindi ragionevole che nelle RSA dove manchino i direttori sanitari o i responsabili medici siano i MMG e non i Direttori delle ASL ad avere un ruolo nel processo di valutazione alla somministrazione del vaccino contro il COVID-19.

Si rende noto che la stragrande maggioranza delle nomine dell'Amministratore di Sostegno in Italia sono su questioni amministrative e non sanitarie. Questo aspetto andrebbe specificato nell'art 5 comma 1 del provvedimento legislativo.

Nel provvedimento si fa riferimento all'art. 5 comma 1 “alle strutture sanitarie assistite” mentre al comma 2 al “ direttore sanitario o, in difetto, il responsabile medico della residenza sanitaria assistita (RSA)”. Questo aspetto andrebbe chiarito.

I componenti del Tavolo Nazionale per il monitoraggio ed implementazione del Piano Nazionale delle Demenze

Roma 08.01.2021

Allegato 8



Consiglio Regionale della Campania

Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità

COMUNICATO STAMPA DEL 3.03.2021

Garante dei disabili, avv. Paolo Colombo: “Vaccinazione per le persone con disabilità. Occorre subito un cambio di passo.”

Il Garante dei diritti delle persone con disabilità della Regione Campania, l'avv. Paolo Colombo, accoglie con grande soddisfazione l'approvazione dell'unanimità del Consiglio regionale della Campania dell'o.d.g. per il riconoscimento della priorità nella vaccinazione in favore delle persone con disabilità e della lettera inviata dal nuovo Ministro della Disabilità Stefani, di analogo contenuto inviata al nuovo Commissario per la pandemia Covid19, il Generale Figliuolo.

Il Garante dei disabili - nell'augurare buon lavoro al nuovo Commissario in un contesto così drammatico, associandosi all'appello formulato dalle associazioni delle persone con disabilità – “sollecito per l'ennesima volta il neo Commissario, il presidente del Consiglio Draghi, il Ministro della Salute Speranza e il CTS a riconoscere la priorità come era già stato promesso dal precedente Commissario Arcuri. e assicurare la fornitura dei vaccini, a un repentino cambio di passo chiarendo una volta per tutte che, tutte le persone con disabilità, i loro familiari e i caregiver devono essere al più presto vaccinati.”

L'avv. Colombo conclude “non è accettabile che manchi ancora l'indicazione generalizzata per la disabilità, come nel piano vaccinale rimodulato, che deve essere inserita come prioritaria.”

“Non si può categorizzare o divedere per patologie, sarebbe paradossale che si facessero differenze tra persone che vivono una comune condizione di sofferenza.”

Napoli, 03.03.2021

Il Garante dei disabili

Avv. Paolo Colombo



Milano, 4 marzo 2021

Dott. Gianni Rezza,
Direzione Generale della Prevenzione
Ministero della Salute

Prof. Silvio Brusaferro
Presidente ISS

Dott. Agostino Miozzo
Coordinatore CTS

Dott. Nicola Magrini
Direttore Generale AIFA

Dott. Vittorio De Micheli
Presidente del Comitato Scientifico AIFA
per la sorveglianza post marketing dei vaccini COVID

OGGETTO: VACCINAZIONE PER LE PERSONE CON DEMENZA

Gentilissimi,

La Federazione Alzheimer Italia, rappresentante unico per l'Italia di Alzheimer's disease international, è la maggiore organizzazione nazionale non profit dedicata alla promozione della ricerca scientifica sulla demenza, al supporto dei malati e dei loro familiari, alla tutela dei loro diritti, alla partecipazione alla programmazione della politica sanitario-sociale; riunisce e coordina 47 associazioni locali che si occupano di demenza e 27 Comunità Amiche della Demenza.

In questa occasione ci preme portare alla vostra attenzione due aspetti urgenti che riguardano le persone con demenza e le vaccinazioni contro l'infezione da SARS-CoV-2.

Per prima cosa nel documento "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19" non abbiamo potuto far a meno di notare che le persone con demenza non sono incluse tra coloro che hanno un diritto prioritario nella prossima fase vaccinale. Nello stesso modo, abbiamo rilevato l'assenza della demenza tra le "Condizioni neurologiche e Disabilità". Questa mancanza, che ci auguriamo sia solo frutto di una "svista", esclude almeno 700.000 persone al di sotto degli 80 anni dalla possibilità di accedere in breve tempo ad una vaccinazione probabilmente salvavita.

Chiediamo pertanto che si proceda speditamente ad una modifica/integrazione del documento in questione in modo tale da fornire la tutela adeguata ad una popolazione particolarmente fragile.

Segnaliamo, inoltre, che abbiamo ricevuto molte segnalazioni relative al modulo di consenso informato per le persone con demenza (over 80) che si trovano al proprio domicilio e che non hanno un amministratore di sostegno nominato. La specificità della patologia, che rende spesso difficile la manifestazione del consenso e l'urgenza della situazione pandemica, impongono di trovare una soluzione rapida come è stato fatto nel caso del DL 5.1.2021 per coloro che sono ricoverati in RSA.

Ricordando che, secondo le ultime stime, circa il 20-25% delle persone decedute per COVID-19 avevano una forma di demenza, vi invitiamo a fare riferimento, per modulare gli interventi destinati alle persone con demenza, all'esperienza del Tavolo per il monitoraggio ed implementazione del Piano Nazionale delle Demenze (PND) istituito dal Ministero della Salute.

Certi che una collaborazione di tutte le realtà coinvolte sia l'unica strategia che possa portare a salvare la vita dei nostri cari, ci auguriamo che le segnalazioni di cui sopra possano essere prese in seria considerazione e che vengano poste in essere le opportune modifiche legislative.

Il Presidente
Gabriella Salvini Porro

OMISSIS

Roma 2 marzo 2021

Allegato 11



On. Roberto Speranza
Ministro della Salute
P.E.C.: spm@postacert.sanita.it

Dott. Pierdavide Lecchini
Direttore Generale della Sanità Animale e del Farmaco Veterinario
Ministero della Salute
P.E.C.: dgsa@postacert.sanita.it

Comitato Tecnico Scientifico OCDPC
P.E.C.: protezionecivile@pec.gov.it

Oggetto: Ordinanza 25 febbraio 2021 del Ministro della Salute in materia di “Ulteriori misure urgenti in materia di infezione da SARS-CoV-2 (agente eziologico del COVID-19) nei visoni d’allevamento”. (GU Serie Generale n.48 del 26-02-2021). Istanza LAV di adozione misure di implementazione

L’Associazione scrivente rappresenta quanto segue,
l’Ordinanza in oggetto dispone:

- La proroga delle disposizioni di cui all’ordinanza del Ministro della Salute 21 novembre 2020, sino al 31 dicembre 2021 incluso.
- Il ricorso a mezzi di diagnosi indiretta per la ricerca di anticorpi SARS-CoV-2 (test di Sieroneutralizzazione) come ulteriore metodologia, oltre ai mezzi di diagnosi diretta (real time RT-PCR) già previsti da precedente ordinanza del 21 novembre 2020, per la conferma della infezione da SARS-CoV-2 nei visoni di allevamento.

CONSIDERATO CHE

Dal Parere espresso dalla Sezione IV del Consiglio Superiore di Sanità in seduta straordinaria 17 novembre 2020 (atto 0002422-P-18/11/2020) in riferimento alla richiesta n.0024085 del 9/11/2020-DGSAF-MDS-P avente per oggetto “SARS-CoV-2 nei visoni – Richiesta di parere al Consiglio Superiore di Sanità”, all’Allegato “Relazione Proff. V. Martella / G. Campanile” emerge che:

- “[...] Dopo la comparsa di anticorpi negli animali, diventa difficile identificare il virus negli animali;”



DALLA PARTE
DEGLI ANIMALI

- “[...] le misure di biosicurezza rappresentano, se non correttamente applicate, un potenziale punto critico, consentendo l'introduzione del virus negli impianti. Pertanto, sarebbe opportuno monitorare la corretta applicazione di dette misure [...]”.*

VISTO

- La Circolare n. 27663 del 21 dicembre 2020 in materia di “*Ordinanza del Ministro della Salute 21 novembre 2020. Attività di sorveglianza e gestione dei focolai da SARS-CoV-2 negli allevamenti di visoni a livello nazionale*” che introduce attività di sorveglianza non sindromica ed un protocollo di gestione dell’allevamento sospetto di infezione da SARS-CoV-2.

La LAV CHIEDE:

- 1. Di disporre, con urgenza, l'effettuazione di test obbligatori di diagnosi indiretta per la ricerca di anticorpi SARS-CoV-2 (test di Sieroneutralizzazione) in tutti gli allevamenti italiani di visoni, anche a fronte di eventuale responso negativo nei test real time RT-PCR.**
- 2. Di accertare e definire il numero dei visoni in ciascuno degli allevamenti italiani, anche con il ricorso alla identificazione dei singoli animali con il sistema della microchippatura, al fine di evitare violazioni al divieto di riproduzione ed evitare che i controlli diagnostici possano essere falsati dalla attuale impossibilità di documentare l'identità dei singoli animali.**

Distinti saluti

Gianluca Felicetti
Presidente LAV

Art. 2.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e comunicato alla Commissione europea.

Art. 3.

Copia del presente decreto sarà trasmessa all'ente titolare ed ai competenti organi regionali per i conseguenti provvedimenti di competenza.

Roma, 11 febbraio 2021

Il direttore generale: REZZA

21A01109

ORDINANZA 25 febbraio 2021.

Ulteriori misure urgenti in materia di infezione da SARS-CoV-2 (agente eziologico del COVID-19) nei visoni d'allevamento.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visti gli articoli 32, 117, secondo comma, lettera *q*), e 118 della Costituzione;

Visto il testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche;

Visto l'art. 1 del regolamento di polizia veterinaria approvato con decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, che nell'elencare le malattie infettive e diffuse degli animali a cui si applicano le disposizioni dello stesso regolamento prevede che il Ministro della salute con speciali ordinanze può riconoscere il carattere infettivo e diffusivo anche ad altre malattie;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale» e, in particolare, l'art. 32;

Vista l'ordinanza del Ministro della sanità 6 ottobre 1984, recante «Norme relative alla denuncia di alcune malattie infettive degli animali nella Comunità economica europea», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 10 ottobre 1984, n. 279;

Vista la legge 2 giugno 1988, n. 218, recante «Misure per la lotta contro l'affa epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali», e in particolare l'art. 2;

Visto l'art. 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, in materia di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali;

Visto l'art. 47-bis del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, che attribuisce al Ministero della salute le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana;

Visto il decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332, recante «Attuazione della direttiva n. 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro»;

Viste le delibere del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020 e del 13 gennaio 2021, con le quali è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Vista l'ordinanza del Ministro della salute 21 novembre 2020, recante «Norme sanitarie in materia di infezione da SARS-CoV-2 (agente eziologico del COVID19) nei visoni d'allevamento e attività di sorveglianza sul territorio nazionale», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 23 novembre 2020, n. 291, con la quale, tra l'altro, è stata disposta la sospensione delle attività degli allevamenti di visoni sul territorio nazionale fino al 28 febbraio 2021 inclusivo;

Vista la nota prot. n. 27663 del 21 dicembre 2020 con la quale la Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari ha stabilito le misure di verifica e sorveglianza da adottarsi negli allevamenti di visoni;

Vista la nota prot. n. 2312 del 12 febbraio 2021, con la quale la Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari, sulla base degli esiti della sorveglianza sanitaria effettuata negli allevamenti di visoni e tenuto conto dei casi di SARS-CoV-2 confermati negli allevamenti europei, ha chiesto al Consiglio superiore di sanità di esprimersi, tra l'altro, sulla necessità o meno di proretrarre la sospensione delle predette attività, disposta fino al 28 febbraio 2021 con la citata ordinanza del Ministro della salute 21 novembre 2020 ovvero di prevedere il divieto definitivo di tale tipologia di allevamento;

Visto il parere espresso nella seduta straordinaria del 22 febbraio 2021, nel quale il Consiglio superiore di sanità, Sezione IV, ha ritenuto «consigliabile la sospensione delle attività degli allevamenti, nel giusto bilanciamento tra le necessità di ridurre i rischi e la salvaguardia del tessuto economico del territorio» e che la stessa «debba essere protratta almeno per tutto il 2021»;

Visto che, nel medesimo parere, il Consiglio superiore di sanità, in virtù del principio di massima precauzione, ha suggerito di «considerare un allevamento in cui si riscontra siero-positività per SARS-CoV-2 come infetto e di procedere quindi all'abbattimento»;

Ritenuto pertanto, in applicazione del principio di precauzione e massima cautela, necessario proretrarre la sospensione delle attività di allevamento fino al 31 dicembre 2021 e autorizzare, ai sensi dell'art. 2, comma 3 della legge 2 giugno 1988, n. 218, l'abbattimento e la distruzione di tutti i visoni negli allevamenti dove tale sieroconversione da SARS-CoV-2 è stata confermata;

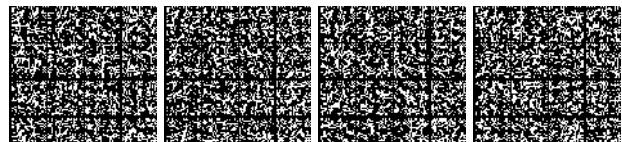
Ordina:

Art. 1.

*Misure di prevenzione
e sorveglianza sul territorio nazionale*

1. Nel rispetto del principio di precauzione, le disposizioni di cui all'ordinanza del Ministro della salute 21 novembre 2020, citata in premessa, sono prorogate fino al 31 dicembre 2021 inclusivo.

2. Fermo restando quanto previsto al comma 1, l'art. 2, comma 2, della citata ordinanza è sostituito dal seguente: «Per la conferma della malattia da Covid-19, gli Istituti zooprofilattici sperimentali competenti per territorio, verificata



l'adeguatezza allo scopo della metodica in uso per la matri-
ce e la specie da sottoporre ad esame, utilizzano i mezzi di
diagnosi diretta (*real time RT-PCR*) per la ricerca del ge-
noma virale o indiretta per la ricerca di anticorpi SARS-CoV-2
(test di sieroneutralizzazione), per la ricerca di anticorpi
specifici rispondenti ai requisiti fissati nel decreto legislativo
8 settembre 2000, n. 332 recante "Attuazione della direttiva
n. 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vi-
tro" e indicati idonei dall'Istituto superiore di sanità».

Art. 2.

Entrata in vigore

1. La presente ordinanza entra in vigore il giorno suc-
cessivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*
della Repubblica italiana.

2. Le disposizioni della presente ordinanza si applicano
alle regioni a statuto speciale e alle Province autonome
di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi
statuti e le relative norme di attuazione.

La presente ordinanza è trasmessa ai competenti organi
di controllo per la registrazione e pubblicata nella *Gazze-
ta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 25 febbraio 2021

Il Ministro: SPERANZA

Registrato alla Corte dei conti il 26 febbraio 2021

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'istruzione, dell'univer-
sità e della ricerca, del Ministero dei beni e delle attività
culturali, del Ministero della salute, del Ministero del lavoro e delle
politiche sociali, registrazione n. 363

21A01230

**PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

ORDINANZA 18 febbraio 2021.

**Ulteriori disposizioni di protezione civile finalizzate a
consentire il superamento della situazione di criticità di cui
all'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione ci-
vile n. 711 dell'11 novembre 2020 in conseguenza della con-
taminazione da sostanze perfluoro-alchiliche (PFAS) delle
falde idriche nei territori delle Province di Vicenza, Verona
e Padova. (Ordinanza n. 744).**

**IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
DELLA PROTEZIONE CIVILE**

Visto il decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, e in
particolare l'art. 2, comma 5, lettera c) e l'art. 25;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 21 mar-
zo 2018, con la quale è stato dichiarato per dodici mesi
dalla data dello stesso provvedimento lo stato di emer-
genza in conseguenza della contaminazione da sostanze
perfluoro-alchiliche (PFAS) delle falde idriche nei territo-
ri delle Province di Vicenza, Verona e Padova;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della pro-
tezione civile, n. 519, del 28 maggio 2018 recante «Pri-
mi interventi urgenti di protezione civile in conseguenza

della contaminazione da sostanze perfluoro-alchiliche
(PFAS) delle falde idriche nei territori delle Province di
Vicenza, Verona e Padova»;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della pro-
tezione civile, n. 557, del 5 novembre 2018, recante «Ulteri-
ori interventi urgenti di protezione civile in con-
seguenza della contaminazione da sostanze perfluoro-
alchiliche (PFAS) delle falde idriche nei territori delle
Province di Vicenza, Verona e Padova»;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della pro-
tezione civile, n. 632, del 6 febbraio 2020 recante «Ulteri-
ori interventi urgenti di protezione civile in con-
seguenza della contaminazione da sostanze perfluoro-
alchiliche (PFAS) delle falde idriche nei territori delle Province di
Vicenza, Verona e Padova»;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della pro-
tezione civile, n. 711, dell'11 novembre 2020 recante «Ordinanza per favorire e regolare il subentro della Regione Veneto nelle iniziative finalizzate a consentire il superamento della situazione di criticità determinatasi in conseguenza della contaminazione da sostanze perfluoro-
alchiliche (PFAS) delle falde idriche nei territori delle Province di Vicenza, Verona e Padova.»;

Vista la nota della Regione Veneto, prot. n. 38228,
del 27 gennaio 2021 con la quale si chiede di modificare
l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile, n. 711, dell'11 novembre 2020, a seguito della modifica dell'incarico conferito al dott. Nicola Dell'Acqua,
individuato dalla predetta ordinanza quale soggetto incaricato dell'esercizio delle funzioni commissariali in via ordinaria nel coordinamento degli interventi in premessa;

Ravvisata la necessità di assicurare il completamento,
senza soluzioni di continuità, delle iniziative finalizzate
al superamento del contesto critico in rassegna;

Ritenuto, quindi, necessario, adottare un'ordinanza ai sensi
degli articoli 26 e 27, comma 5, del decreto legislativo 2 gen-
naio 2018, n. 1, con cui consentire la prosecuzione, in regime
ordinario, delle attività e degli interventi ancora non ultimati;

D'intesa con la Regione Veneto;

Di concerto con il Ministero dell'economia e delle
finanze;

Dispone:

Art. 1.

1. All'art. 1, commi 2, 4, 5, 6, 7 e 9 dell'ordinanza del
Capo del Dipartimento della protezione civile, n. 711,
dell'11 novembre 2020, le parole «Il direttore dell'Area
tutela e sviluppo del territorio della Regione Veneto»
sono sostituite dalle seguenti «il dott. Nicola Dell'Acqua
- Direttore dell'Agenzia veneta per l'innovazione nel set-
tore primario "Veneto Agricoltura"».

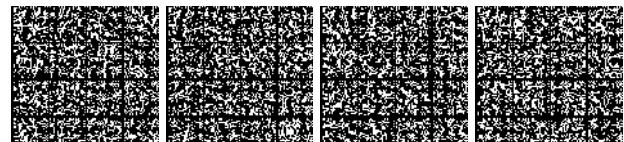
2. Restano fermi gli obblighi di rendicontazione di cui
all'art. 27, comma 4, del decreto legislativo, n. 1, del 2018.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 18 febbraio 2021

Il Capo del Dipartimento: BORRELLI

21A01157



URGENTISSIMO. Ricorso al TAR Lazio [REDACTED] ed altri. Incombente istruttorio.

Segreteria CTS

gio 04/03/2021 16:57

A Marconi Danila <Danila.Marconi@protezionecivile.it>;

2 allegati (2 MB)

Allegato sport verbale n.144 del 12-01-2021.pdf; Stralcio verbale 153 del 09-02-2021 sport educazione fisica.pdf;

Gentilissimi buonasera,

in riferimento a quanto richiesto dall'Avvocatura Generale dello Stato, si trasmette l'allegato N.4 del verbale del CTS N. 144 del 12 gennaio 2021 relativo al parere espresso durante la seduta e riguardante l'attività motoria e sportiva di base.

Il documento, concernente lo schema di un nuovo protocollo attuativo delle "Linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere" e delle "Linee guida recanti misure di sicurezza da adottare nelle piscine per l'attività natatoria e le competizioni sportive", era pervenuto dal Dipartimento per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nella seduta del 12 gennaio u.s. il Comitato Tecnico Scientifico ha fornito le considerazioni richieste.

Si soggiunge, inoltre, che nella seduta N. 153 del 19 febbraio u.s. il Comitato Tecnico Scientifico ha fornito un ulteriore parere in materia di sport in relazione ai quesiti proposti dal Ministero dell'Istruzione per il tramite del Ministero della Salute, concernenti lo svolgimento delle attività didattiche di educazione fisica, declina le considerazioni espresse nel verbale N. 153, di cui si allega il relativo stralcio.

Si ringrazia e si resta a disposizione per ogni eventuale esigenza.

Cordiali saluti

Il segretario del CTS

Fabio Ciciliano

Da: Marconi Danila

Inviato: giovedì 4 marzo 2021 12:56

A: Segreteria CTS

Oggetto: I: URGENTISSIMO. Ricorso al TAR Lazio [REDACTED] ed altri. Incombente istruttorio.

Faccio seguito all'email in calce per segnalare l'urgenza, atteso che l'Avvocatura Generale dello Stato ha chiesto la trasmissione della documentazione entro il 5 marzo 2021.

Si rimane in attesa di urgente riscontro.

Distinti saluti

Danila

Da: Marconi Danila

Inviato: mercoledì 3 marzo 2021 12.23

A: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>

Allegato 12

DA RIVEDERE 02/03/2021

Oggetto: URGENTISSIMO. Ricorso al TAR Lazio n. 1269/2021 EFO/MA/2021 ed altri. Incombente istruttorio.

Priorità: Alta

Buongiorno, attesa l'urgenza, si trasmette l'ordinanza n. 1269/2021 con la quale il TAR Lazio, con riferimento al contenzioso in oggetto, ha disposto l'acquisizione dello "schema di nuovo protocollo attuativo delle "Linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere" adottate in data 19 maggio 2020".

Si segnala, altresì, che l'Avvocatura Generale dello Stato, con la nota che si allega, ha

- **raccomandato** l'invio di eventuali nuovi provvedimenti che dispongano, per il futuro, in merito alla ulteriore sospensione delle "attività di palestre, piscine, centri natatori, centri benessere, centri termali, fatta eccezione per l'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e per le attività riabilitative o terapeutiche".
- **evidenziato la necessità** di dettagliati chiarimenti in merito al seguente punto evidenziato nell'ordinanza: "il verbale n. 144 del 12 gennaio 2021, dal quale risulta che il CTS ha reso un parere sullo schema di un nuovo protocollo attuativo delle "Linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere" proposto dal Dipartimento dello Sport, il quale, tuttavia, pur avendo costituito l'oggetto di puntuale esame con riferimento a singole parti di testo, non risulta allegato alla copia versata in atti del suddetto verbale, in cui lo stesso CTS sembra contemplare la possibilità di riaprire, in modo scalare, le suddette attività, tenendo conto delle situazioni epidemiologiche regionali".

Seguirà nota di trasmissione ufficiale.

Danila Marconi

Dott.ssa Danila Marconi
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile
Ufficio del Vice Capo Dipartimento
Servizio Contenzioso
Via Ulpiano, 11 - 00193 Roma
Tel. +39 06 6820 2026

Avvocatura Generale dello Stato

Via dei Portoghesi, 12 -
00186 ROMA

pec

Roma,
Partenza N.
Tipo Affare
CT 5832/21/Sez.V
Avv.ti De Giovanni - Fiduccia

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI
MINISTRI
Dipartimento Affari Giuridici e Legislativi
protocollo.dagl@mailbox.governo.it

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI
MINISTRI
Dipartimento Coordinamento Amministrativo
Segreteria.dica@mailbox.governo.it

MINISTERO DELLA SALUTE
Ufficio di Gabinetto
gab@postacert.sanita.it

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
dgprev@postacert.sanita.it

PREFETTURA – UFFICIO TERRITORIALE
DEL GOVERNO DI MILANO
protocollo.prefmi@pec.interno.it

P.C.M.- DIPARTIMENTO
DELLA PROTEZIONE CIVILE
COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
protezionecivile@pec.governo.it

OGGETTO: Ricorso al TAR per il Lazio, Sez. I ad istanza di [REDACTED] ed altri c/ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo di Milano e Comitato Tecnico Scientifico per l'annullamento, previa sospensione dell'efficacia, del DPCM 14 gennaio 2021 art. 1, comma 10, lett.f) ed atti presupposti e connessi, ivi compreso il verbale del CTS n. 119 adottato nella riunione del 18.10.2020.

Si fa seguito alla precedente nota in data odierna e si trasmette l'ordinanza interlocutoria del Tar per il Lazio che ha disposto incombenti istruttori e ha fissato nuova camera di consiglio in data 10/3 p.v., divenuta, nel frattempo, disponibile sul sito della Giustizia Amministrativa. Per quanto di competenza delle Amministrazioni statali il Tar ha disposto l'acquisizione dello "schema di nuovo protocollo attuativo delle "Linee guida per l'attività sportiva di

A fini di celerità di trattazione si prega di trasmettere tutta la corrispondenza relativa al presente affare sia all'indirizzo P.E.C istituzionale: sezione5@mailcert.avvocaturastato.it sia all'indirizzo e-mail dell'avvocato incaricato: beatricegaia.fiduccia@avvocaturastato.it

base e l'attività motoria in genere" adottate in data 19 maggio 2020"; premesso che , al riguardo, il termine di " dieci giorni dalla comunicazione o, se anteriore, dalla notificazione della presente ordinanza" non appare compatibile con lo svolgimento della camera di consiglio in data 10/3 p.v., si raccomanda agli Uffici che ne dispongono di far pervenire il predetto documento alla Scrivente al massimo entro il giorno 5 p.v., al fine di consentirne il tempestivo deposito.

Si raccomanda, inoltre, l'invio di eventuali nuovi provvedimenti che dispongano, per il futuro, in merito alla ulteriore sospensione delle "attività di palestre, piscine, centri natatori, centri benessere, centri termali, fatta eccezione per l'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e per le attività riabilitative o terapeutiche";

Sarà inoltre necessario che il CTS in indirizzo fornisca, sempre entro il giorno 5 p.v., dettagliati chiarimenti in merito al seguente punto evidenziato nell'ordinanza: "*il verbale n. 144 del 12 gennaio 2021, dal quale risulta che il CTS ha reso un parere sullo schema di un nuovo protocollo attuativo delle "Linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere" proposto dal Dipartimento dello Sport, il quale, tuttavia, pur avendo costituito l'oggetto di puntuale esame con riferimento a singole parti di testo, non risulta allegato alla copia versata in atti del suddetto verbale, in cui lo stesso CTS sembra contemplare la possibilità di riaprire, in modo scalare, le suddette attività, tenendo conto delle situazioni epidemiologiche regionali".*

Si resta in attesa di tempestivo riscontro.

Gli Avvocati dello Stato incaricati
Enrico De Giovanni
Beatrice Gaia Fiduccia

Il vice Avvocato Generale
Leonello Mariani

Firme autografe sostituite dall'indicazione a stampa dei nominativi dei firmatari ai sensi dell'art.3, comma 2, del d.lgs. 12 febbraio 1993, n. 39.

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0012029 10/03/2021

Pubblicato il 01/03/2021

**N. 01269/2021 REG.PROV.CAU.
N. 01606/2021 REG.RIC.**



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

ORDINANZA

sul ricorso numero di registro generale 1606 del 2021, proposto da

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED], rappresentati e difesi dagli avvocati Andrea Manzi, Eva Maschietto, Antonio Papi Rossi, Nicola Ferrante, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio dell'avvocato Andrea Manzi in Roma, via Federico Confalonieri n. 5;

contro

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Ufficio Territoriale del Governo Milano, Commissario Straordinario per l'Attuazione e il Coordinamento delle Misure di Contenimento e Contras, in persona di rispettivi legali rappresentanti pro tempore, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, domiciliataria *ex lege* in Roma, via dei Portoghesi, 12; Comitato Tecnico Scientifico non costituito in giudizio;

nei confronti

[REDACTED] non costituito in giudizio;

per l'annullamento

previa sospensione dell'efficacia,

del DPCM 14 gennaio 2021 (il “Decreto” – sub doc.1) recante “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante ‘Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19’, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante ‘Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19’, e del decreto-legge 14 gennaio 2021 n. 2, recante ‘Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di

svolgimento delle elezioni per l'anno 2021" (pubblicato sulla GU Serie Generale n. 11 del 15-01-2021 - Suppl. Ordinario n. 2), nella parte in cui dispone, all'articolo 1 comma 10, lett. f), che "[...] *Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID – 19 sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure: [...] sono sospese le attività di palestre, piscine, centri natatori, centri benessere, centri termali, fatta eccezione per l'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e per le attività riabilitative o terapeutiche [...] ferma restando la sospensione delle attività di piscine e palestre, l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere svolte all'aperto presso centri e circoli sportivi, pubblici e privati, sono consentite nel rispetto delle norme sul distanziamento sociale [...]"', nonché di tutti gli atti comunque presupposti, dipendenti e/o connessi – ivi compresi, in particolare, il verbale n. 119 del Comitato Tecnico Scientifico della riunione tenuta presso il Dipartimento della Protezione Civile il giorno 18 ottobre 2020 recante, tra l'altro, "**ULTERIORI PARERI CONCERNENTI L'ADOZIONE DI MISURE DI CONTENIMENTO DEL CONTAGIO DA SRAS-COV-2**", il verbale 144 del Comitato Tecnico Scientifico della riunione tenuta presso il Dipartimento della Protezione Civile il giorno 12 gennaio 2021 recante, tra l'altro, "**PARERE IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA RICEVUTA DAL SIGNOR MINISTRO DELLA SALUTE SULLA PROSECUZIONE DELLO STATO DI EMERGENZA RELATIVO AL RISCHIO SANITARIO CONNESSO ALL'INSORGENZA DIPATOLOGIE DERIVANTI DA AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI**", il provvedimento della Prefettura di Milano Prot. n. 15.5/2020-22864 GAB, Prot. Uscita n. N.0299059 del 19/12/2020, nonché, per quanto occorrer possa, i DPCM 24 ottobre 2020, 3 novembre 2020 e*

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0012029 10/03/2021

3 dicembre 2020, in quanto viziati da illegittimità per violazione di legge, per difetto e (comunque) inadeguatezza della motivazione, contraddittorietà, difetto di istruttoria, disparità di trattamento, ingiustizia grave e manifesta, violazione del principio di proporzionalità,

E CON CONTESTUALE ISTANZA EX ART. 53 C.P.A.

di abbreviazione fino alla metà dei termini previsti dall'art. 55 c.p.a. e, conseguentemente, dei termini per la costituzione e il deposito di memorie e documenti, ai fini della trattazione della domanda cautelare nella Camera di Consiglio del 24 febbraio 2021.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di Presidenza del Consiglio dei Ministri e di Ministero della Salute e di Ufficio Territoriale del Governo Milano e di Commissario Straordinario per L'Attuazione e il Coordinamento delle Misure di Contenimento e Contras;

Vista la domanda di sospensione dell'esecuzione del provvedimento impugnato, presentata in via incidentale dalla parte ricorrente;

Visto l'art. 55 cod. proc. amm.;

Visti tutti gli atti della causa;

Ritenuta la propria giurisdizione e competenza;

Relatore nella camera di consiglio del giorno 24 febbraio 2021 la dott.ssa Roberta Ravasio, in collegamento da remoto in videoconferenza, secondo quanto disposto dall'art. 25, comma 2, del D.L. n. 137 del 28 ottobre 2020, e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Il Collegio,

premesso

- che l'Associazione ricorrente impugna l'art. 1, comma 10, lett. f) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 gennaio 2021 nella parte in cui dispone che “*sono sospese le attività di palestre, piscine, centri natatori, centri benessere, centri termali, fatta eccezione per l'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e per le attività riabilitative o terapeutiche*”;

- che, in proposito, la ricorrente deducono che la misura sarebbe illogica, irragionevole e immotivata, nonché assunta in totale difetto di istruttoria;

rilevato:

- che costituendosi in giudizio la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha prodotto il verbale n. 144 del 12 gennaio 2021, dal quale risulta che il CTS ha reso un parere sullo schema di un nuovo protocollo attuativo delle “*Linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere*” proposto dal Dipartimento dello Sport, il quale, tuttavia, pur avendo costituito l'oggetto di puntuale esame con riferimento a singole parti di testo, non risulta allegato alla copia versata in atti del suddetto verbale, in cui lo stesso CTS sembra contemplare la possibilità di riaprire, in modo scalare, le suddette attività, tenendo conto delle situazioni epidemiologiche regionali;

Ritenuto:

- che, in disparte l'imminente scadenza del DPCM impugnato, ai fini della decisione, è necessario acquisire dall'amministrazione, entro dieci giorni dalla comunicazione o, se anteriore, dalla notificazione della presente ordinanza, copia del suddetto schema di nuovo protocollo attuativo delle “*Linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere*” adottate in data 19 maggio 2020;

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0012029 10/03/2021

- che, inoltre, è necessario acquisire dalla ricorrente le autorizzazioni ad essa rilasciate in relazione all'attività esercitata, un corredo fotografico dei locali e degli strumenti utilizzati, ed ogni altro documento utile a comprovare la natura dell'attività esercitata;
- che, pertanto, va fissata, per il prosieguo, la camera di consiglio del 10 marzo 2021;
- che la regolamentazione delle spese della presente fase va riservata all'esito della nuova camera di consiglio;

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Prima), dispone gli incombenti istruttori di cui in motivazione.

Fissa, per l'ulteriore trattazione, la camera di consiglio del 10 marzo 2021.

Riserva all'esito la regolamentazione delle spese della presente fase cautelare

La presente ordinanza sarà eseguita dall'Amministrazione ed è depositata presso la segreteria del tribunale che provvederà a darne comunicazione alle parti.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 24 febbraio 2021, celebrata in collegamento da remoto in videoconferenza, secondo quanto disposto dall'art. 25, comma 2, del D.L. n. 137 del 28 ottobre 2020, con l'intervento dei magistrati:

Antonino Savo Amodio, Presidente

Roberta Ravasio, Consigliere, Estensore

Lucia Maria Brancatelli, Primo Referendario

L'ESTENSORE
Roberta Ravasio

IL PRESIDENTE
Antonino Savo Amodio

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0012029 10/03/2021

IL SEGRETARIO

OMISSIS