



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

Verbale n. 41 della riunione tenuta presso il Dipartimento della Protezione Civile il giorno 20 agosto 2021

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

FL
AK

Ordine del giorno, di cui alla nota di convocazione del 18 agosto 2021:

1. Aggiornamento situazione epidemiologica nel Paese;
2. Parere sulle Linee Guida per eventi e competizioni sportive, aggiornate in base al decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, al decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 e al decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111;
3. Varie ed eventuali.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

*

La seduta inizia alle ore 12,00, con l'esame del **punto n. 1** dell'ordine del giorno.

Il CTS ha ricevuto in visione i dati epidemiologici relativi al periodo 09/08/2021–15/08/2021, trasmessi dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) inerenti al sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari istituito dal Ministero della Salute ed elaborati dalla cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020 (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 rilevata una sostanziale stabilità dell'incidenza settimanale a livello nazionale (74 per 100.000 abitanti (13/08/2021-19/08/2021: dati flusso Ministero della Salute) vs 73 per 100.000 abitanti (06/08/2021-12/08/2021). L'incidenza resta sopra il valore di 50 per 100.000 abitanti ogni 7 giorni (soglia che potrebbe consentire il controllo della trasmissione basato sul contenimento ovvero sull'identificazione dei casi e sul tracciamento dei loro contatti) in tutte le Regioni/Province autonome, fuorché 5 (nello specifico, Friuli - Venezia Giulia, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia).

Nel periodo 28 luglio – 10 agosto 2021, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,1 (range 1,00 – 1,27), in diminuzione rispetto alla settimana precedente, ma al di sopra della soglia epidemica. Si osserva una diminuzione anche dell'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero [Rt=1.08 (1.03-1.13) al 10/8/2021 vs Rt=1.2 (1.14-1.25) al 3/8/2021] che si mantiene, tuttavia, al di sopra della soglia epidemica. Diciotto Regioni/PPAA risultano classificate a rischio moderato, secondo il DM del 30 Aprile 2020. Le restanti 3 Regioni (Lazio, Lombardia e Veneto) risultano classificate a rischio basso. Dodici Regioni/PPAA riportano allerte di resilienza. Nessuna riporta molteplici allerte di resilienza.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

È stabile il numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione (15.021 vs 15.026 la settimana precedente). La percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti aumenta leggermente (33% vs 32% la scorsa settimana). È in lieve diminuzione la percentuale dei casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi (46% vs 47%). Infine, il 21% è stato diagnosticato attraverso attività di screening.

Nessuna Regione/PA supera la soglia critica di occupazione dei posti letto in terapia intensiva; per quanto riguarda l'occupazione dei posti letto di area medica, la Regione Sicilia supera la soglia critica del 15%. Il tasso di occupazione in terapia intensiva è, a livello nazionale, in aumento al 4,9% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute), con il numero di persone ricoverate in aumento da 322 (10/08/2021) a 423 (17/08/2021). Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale aumenta al 6,2%. Il numero di persone ricoverate in queste aree sul territorio nazionale è in aumento da 2.880 (10/08/2021) a 3.472 (17/08/2021). FL

La circolazione della variante delta si conferma essere largamente prevalente in Italia. Questa variante è dominante nell'Unione Europea ed è associata ad un aumento nel numero di nuovi casi di infezione anche in altri paesi con alta copertura vaccinale. Una più elevata copertura vaccinale ed il completamento dei cicli di vaccinazione rappresentano gli strumenti principali per prevenire ulteriori recrudescenze di episodi di aumentata circolazione del virus sostenuta da varianti emergenti con maggiore trasmissibilità. È opportuno realizzare un capillare tracciamento e contenimento dei casi, mantenere elevata l'attenzione ed applicare e rispettare misure e comportamenti per limitare l'ulteriore aumento della circolazione virale. X

Il CTS raccomanda fortemente di progredire rapidamente con la campagna vaccinale, dando assoluta priorità ai soggetti con età anagrafica superiore a 60 anni o con connotazioni di fragilità per patologia concomitante. Si raccomanda anche di



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751 procedere con la campagna vaccinale in altre fasce della popolazione e in particolare con quella dell'età scolastica (12-19 anni). Per evitare decessi o ricoveri ospedalieri correlati alla predominanza di varianti emergenti con maggior trasmissibilità (quali la variante delta), si sottolinea la crucialità di raggiungere un'elevata copertura vaccinale con il completamento dei cicli di vaccinazione per prevenire efficacemente lo sviluppo di patologia grave e dei decessi.

*

Si apre una fase di valutazione e commento dei dati del monitoraggio, nel corso della quale prendono la parola diversi componenti.

All'esito, il CTS condivide l'opportunità di raccomandare omogeneità, nelle diverse Regioni, nei criteri per il numero di posti letto disponibili e per la loro occupazione nelle terapie intensive. Si raccomanda, altresì, di adottare criteri di appropriatezza omogenei sul territorio nazionale per il ricovero ospedaliero e nelle terapie intensive dei pazienti affetti da COVID-19. FL

Il Comitato rileva, altresì, che continua a destare preoccupazione, rispetto ad alcune fasce di età, la percentuale significativa di soggetti che non aderiscono alla campagna vaccinale e – nell'auspicare che siano condotte ulteriori indagini e studi che individuino le cause di tale esitazione/resistenza alla vaccinazione e i possibili rimedi – reitera la raccomandazione affinché sia fatto ogni sforzo, considerando l'impiego di qualsiasi utile strumento, per raggiungere il cruciale obiettivo del completamento della vaccinazione nella totalità dei cittadini vaccinabili. VK

Il CTS passa, quindi, a esaminare il punto n. 2 dell'ordine del giorno, che ha ad oggetto la valutazione delle Linee Guida per eventi e competizioni sportive, come aggiornate a seguito delle più recenti modifiche normative. Al riguardo, merita premettere che



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

l'art. 5 del decreto-legge n. 52 del 2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 87 del 2021, come modificato dal decreto-legge n. 105 del 2021, dispone quanto segue:

«1. In zona bianca e in zona gialla, gli spettacoli aperti al pubblico in sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche, locali di intrattenimento e musica dal vivo e in altri locali o spazi anche all'aperto, sono svolti esclusivamente con posti a sedere preassegnati e a condizione che sia assicurato il rispetto della distanza interpersonale di almeno un metro, sia per gli spettatori che non siano abitualmente conviventi, sia per il personale, e l'accesso è consentito esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2. In zona bianca, la capienza consentita non può essere superiore al 50 per cento di quella massima autorizzata all'aperto e al 25 per cento al chiuso nel caso di eventi con un numero di spettatori superiore rispettivamente a 5.000 all'aperto e 2.500 al chiuso. In zona gialla la capienza consentita non può essere superiore al 50 per cento di quella massima autorizzata e il numero massimo di spettatori non può comunque essere superiore a 2.500 per gli spettacoli all'aperto e a 1.000 per gli spettacoli in luoghi chiusi, per ogni singola sala. Le attività devono svolgersi nel rispetto di linee guida adottate ai sensi dell'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74. Restano sospesi gli spettacoli aperti al pubblico quando non è possibile assicurare il rispetto delle condizioni di cui al presente articolo, nonché le attività che abbiano luogo in sale da ballo, discoteche e locali assimilati.

FL

X

2. Le misure di cui al primo periodo del comma 1 si applicano anche per la partecipazione del pubblico sia agli eventi e alle competizioni di livello agonistico riconosciuti di preminente interesse nazionale con provvedimento del Comitato olimpico nazionale italiano (CONI) e del Comitato italiano paralimpico (CIP), riguardanti gli sport individuali e di squadra, organizzati dalle rispettive federazioni



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751
sportive nazionali, discipline sportive associate, enti di promozione sportiva ovvero da organismi sportivi internazionali sia agli eventi e alle competizioni sportivi diversi da quelli sopra richiamati. In zona bianca, la capienza consentita non può essere superiore [al] 50 per cento di quella massima autorizzata all'aperto e al 25 per cento al chiuso. In zona gialla la capienza consentita non può essere superiore al 25 per cento di quella massima autorizzata e, comunque, il numero massimo di spettatori non può essere superiore a 2.500 per gli impianti all'aperto e a 1.000 per gli impianti al chiuso. Le attività devono svolgersi nel rispetto delle linee guida adottate dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per lo sport, sentita la Federazione medico sportiva italiana, sulla base di criteri definiti dal Comitato tecnico-scientifico. Quando non è possibile assicurare il rispetto delle condizioni di cui al presente comma, gli FL eventi e le competizioni sportivi si svolgono senza la presenza di pubblico.

3. In zona bianca e gialla, in relazione all'andamento della situazione epidemiologica e alle caratteristiche dei siti e degli eventi all'aperto, può essere stabilito un diverso numero massimo di spettatori, nel rispetto dei principi fissati dal Comitato tecnico-scientifico, con linee guida idonee a prevenire o ridurre il rischio di contagio, adottate, per gli spettacoli all'aperto di cui al comma 1, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e, per gli eventi e le competizioni all'aperto di cui al comma 2, dal Sottosegretario di Stato con delega in materia di sport».

Inoltre, l'art. 4 del successivo decreto-legge n. 111 del 2021 stabilisce quanto segue:
«1. Per la partecipazione del pubblico agli eventi e alle competizioni sportivi all'aperto, con le linee guida di cui all'articolo 5, commi 2 e 3, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, è possibile prevedere modalità di assegnazione dei posti alternative al distanziamento interpersonale di almeno un metro.



Presidente del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

2. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per la partecipazione del pubblico agli eventi e competizioni sportivi di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, in zona bianca la capienza consentita al chiuso non può essere superiore al 35 per cento di quella massima autorizzata.

3. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per gli spettacoli aperti al pubblico di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, in zona bianca la capienza consentita al chiuso non può essere superiore al 35 per cento di quella massima autorizzata nel caso di eventi con un numero di spettatori superiore a 2500».

FL

VK

Tanto premesso, il CTS, esaminato il documento e considerati i vari aspetti già compiutamente regolati dalle fonti normative, prendendo atto delle decisioni già assunte a livello governativo, lo valuta globalmente in maniera positiva e, formula opinione favorevole, con le seguenti osservazioni:

- appare necessaria l'implementazione nel documento di una declinazione più precisa delle prescrizioni relative all'afflusso e al deflusso degli spettatori, al fine di evitare che si creino assembramenti in tali fasi, soprattutto per gli eventi che richiamano un maggior numero di spettatori (in relazione ai quali è auspicabile, inoltre, che le autorità territorialmente competenti o preposte potenzino le capacità del trasporto pubblico). In particolare, per gli eventi che prevedono la partecipazione di migliaia di persone è necessario prevedere, informando preventivamente gli utenti, uno scansionamento temporale di queste fasi in relazione ad ogni via di accesso/uscita in modo tale da garantire in ogni momento il distanziamento di un metro. In tutte le fasi dinamiche dell'accesso, della permanenza nell'impianto sportivo (sia all'aperto che al chiuso) e dell'uscita deve essere indossata correttamente la mascherina chirurgica;



@

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

- è raccomandato ribadire esplicitamente nel documento che gli spettatori potranno assistere alla manifestazione unicamente dai posti a sedere numerati loro assegnati in maniera tale da consentire un eventuale tracciamento dei partecipanti;
- considerato che le aree fisse di ristorazione contribuiscono inevitabilmente al determinarsi di assembramenti, si raccomanda fortemente di privilegiare/implementare modalità che consentano la ristorazione senza abbandono del proprio posto, quanto meno per gli eventi che non comportino la permanenza degli spettatori per più di quattro ore;
- è necessario precisare che il requisito del certificato verde si applica, oltre che agli spettatori e ferme restando le prescrizioni per atleti, tecnici e staff (v. pag. 13), anche alle persone accreditate (quali giornalisti, cameramen, incaricati delle federazioni sportive etc);
- è raccomandato eliminare l'indicazione circa l'uso, da parte del personale, dei dispositivi FFP3 senza valvola (in alternativa ai dispositivi FFP2), considerato che tali dispositivi andranno indossati per un tempo presumibilmente non breve;
- la rilevazione della temperatura non è né richiesta, né raccomandata, in quanto misura dimostratasi di limitata utilità nello screening dei soggetti positivi a SARS-CoV-2, come già sottolineato anche in precedenti verbali.

Alle ore 13,20, in assenza di altri argomenti sui quali concentrare il Coordinatore dichiara chiusa la seduta.

	Presente	Assente
Franco LOCATELLI (coordinatore)	in videoconferenza	
Silvio BRUSAFFERRO (portavoce)		X
Sergio FIORENTINO (segretario)	in videoconferenza	

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

Sergio ABRIGNANI	in videoconferenza	
Cinzia CAPORALE	in videoconferenza	
Fabio CICILIANO	in videoconferenza	
Donato GRECO	in videoconferenza	
Giuseppe IPPOLITO	in videoconferenza	
Alessia MELEGARO	in videoconferenza	
Giorgio PALÙ	in videoconferenza	
Giovanni REZZA	in videoconferenza	

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

IL COORDINATORE

Franco Locatelli

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Sergio Fiorentino

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

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 66 Sintesi nazionale

Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020)
Dati relativi alla settimana 9/8/2021-15/8/2021
(aggiornati al 18/8/2021)

Aggiornamento 18 agosto 2021 - Periodo di riferimento: 9/8/2021-15/8/2021

Headline della settimana:

L'incidenza settimanale a livello nazionale è stabile e si mantiene sopra la soglia di 50 casi settimanali per 100.000 abitanti.

Diciotto Regioni/PPAAA sono classificate a rischio epidemico moderato; le restanti 3 sono classificate a rischio basso.

L'attuale impatto della malattia COVID-19 sui servizi ospedalieri è in aumento ma, complessivamente, ancora al di sotto delle soglie di allerta. La trasmissibilità stimata sui soli casi ospedalizzati è sopra la soglia epidemica.

La circolazione della variante delta è largamente prevalente in Italia. Questa variante è dominante nell'Unione Europea ed associata ad un aumento nel numero di nuovi casi di infezione anche in paesi con alta copertura vaccinale.

Una più elevata copertura vaccinale ed il completamento dei cicli di vaccinazione rappresentano gli strumenti principali per prevenire ulteriori recrudescenze di episodi di aumentata circolazione del virus sostenute da varianti emergenti con maggiore trasmissibilità.

È opportuno realizzare un capillare tracciamento, anche attraverso la collaborazione attiva dei cittadini per realizzare il contenimento dei casi; mantenere elevata l'attenzione ed applicare e rispettare misure e comportamenti per limitare l'ulteriore aumento della circolazione virale.

Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 9 – 15 agosto 2021. Per i tempi che intercorrono tra l'esposizione al patogeno e lo sviluppo di sintomi e tra questi e la diagnosi e successiva notifica, verosimilmente molti dei casi notificati in questa settimana hanno contratto l'infezione nella terza decade di luglio.
- **E' stabile l'incidenza settimanale a livello nazionale:** 69 per 100.000 abitanti (09/08/2021-15/08/2021) vs 68 per 100.000 abitanti (02/08/2021-08/08/2021), dati flusso ISS. L'incidenza rimane al di sopra della soglia settimanale di 50 casi ogni 100.000 abitanti che potrebbe consentire il controllo della trasmissione basato sul contenimento ovvero sull'identificazione dei casi e sul tracciamento dei loro contatti.
- Nel periodo 28 luglio – 10 agosto 2021, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a **1,1 (range 1,00– 1,27)**, in **diminuzione rispetto alla settimana precedente ma al di sopra della soglia epidemica**. Si osserva una diminuzione anche dell'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero ($Rt=1.08$ (1.03-1.13) al 10/8/2021 vs $Rt=1.2$ (1.14-1.25) al 3/8/2021) che si mantiene tuttavia al di sopra della soglia epidemica. La elevata proporzione di soggetti giovani e asintomatici evidenziata dai dati epidemiologici pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>) va considerata nella lettura di queste stime di trasmissibilità. 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).
- **18 Regioni/PPAA risultano classificate a rischio moderato, secondo il DM del 30 Aprile 2020. Le restanti 3 Regioni risultano classificate a rischio basso.**
- **Nessuna Regione/PA supera la soglia critica di occupazione dei posti letto in terapia intensiva o area medica.** Il tasso di occupazione in terapia intensiva è in aumento al 4,9% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute), con il numero di persone ricoverate in aumento da 322 (10/08/2021) a 423 (17/08/2021). Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale aumenta al 6,2%. Il numero di persone ricoverate in queste aree è in aumento da 2.880 (10/08/2021) a 3.472 (17/08/2021).
- Dodici Regioni/PPAA riportano allerte di resilienza. Nessuna riporta molteplici allerte di resilienza.
- **Stabile il numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione** (15.021 vs 15.026 la settimana precedente). La **percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti aumenta leggermente** (33% vs 32% la scorsa settimana). In lieve diminuzione la percentuale dei casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi (46% vs 47%). Infine, il 21% è stato diagnosticato attraverso attività di screening.
- La circolazione della **variante delta** è ormai largamente prevalente in Italia. Questa variante è dominante nell'Unione Europea ed è associata ad un aumento nel numero di nuovi casi di infezione anche in altri paesi con alta copertura vaccinale.
- **Una più elevata copertura vaccinale ed il completamento dei cicli di vaccinazione** rappresentano gli strumenti principali per prevenire ulteriori recrudescenze di episodi di aumentata circolazione del virus sostenuta da varianti emergenti con maggiore trasmissibilità.
- È opportuno realizzare un **capillare tracciamento e contenimento dei casi**, mantenere **elevata l'attenzione** ed applicare e **rispettare misure e comportamenti per limitare l'ulteriore aumento della circolazione virale**.

Sommario

Aggiornamento 18 agosto 2021 - Periodo di riferimento: 9/8/2021-15/8/2021	2
Punti chiave:	3
1. Valutazione del rischio	5
Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento.....	6
Algoritmo di valutazione di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento.....	8
Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto.....	10
2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio	12
Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:	15
Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione.....	17
Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti.....	21

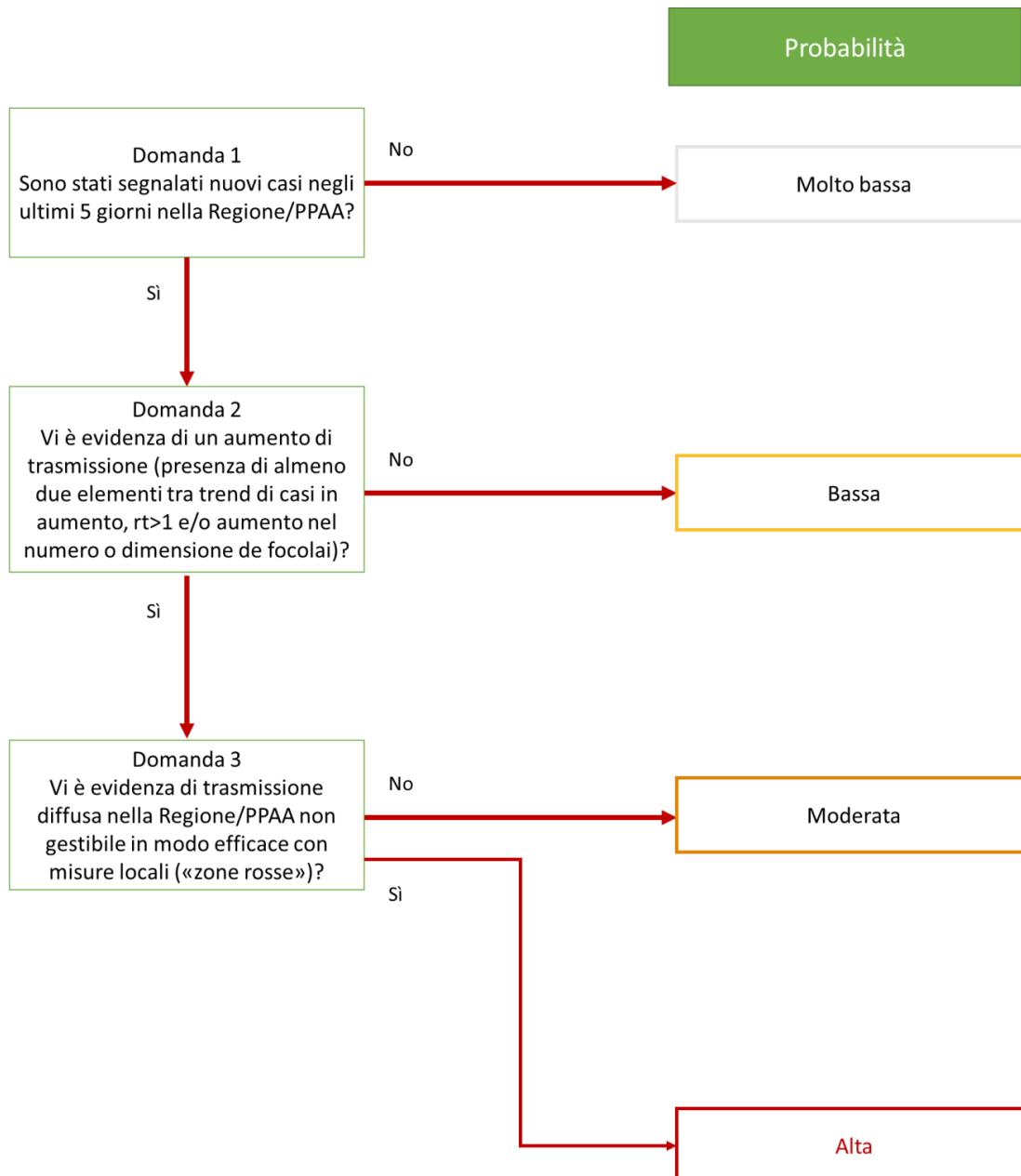
1. Valutazione del rischio



Ministero della Salute

Valutazione del rischio - Valutazione di probabilità di diffusione

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





Ministero della Salute

Tabella 1 - Valutazione della probabilità di diffusione d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile 2020, dati al 18 agosto 2021 relativi alla settimana 9/8/2021-15/8/2021

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

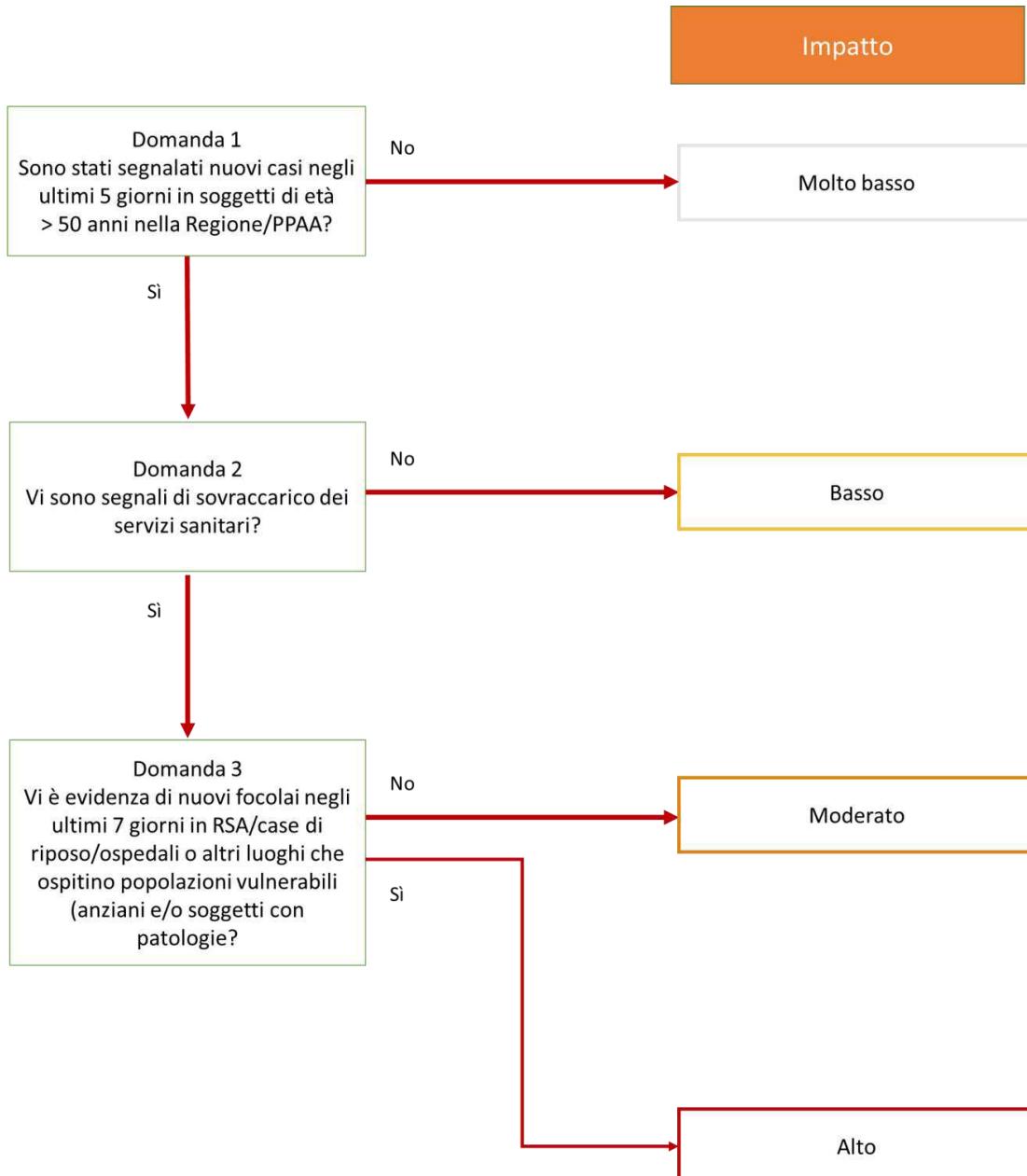
*elemento considerato come allerta di resilienza ai sensi dell'articolo 30 comma 1 del DL n. 149 del 9 novembre 2020
ND: Non disponibile;



Ministero della Salute

Valutazione del rischio - Valutazione di impatto

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





Ministero della Salute

Tabella 2 – Valutazione di impatto d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile, dati al 18 agosto 2021 relativi alla settimana 9/8/2021-15/8/2021

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

*aggiornato al 17/08/2021

Valutazione del rischio - Classificazione complessiva di rischio

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



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 18 agosto 2021 relativi alla settimana 9/8/2021-15/8/2021

Regione.PA	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 4)	Probabilità di una escalation nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 17/09/2021 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	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Basilicata	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Calabria	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Campania	Moderata	Bassa	No	<5%	da 5 a 50%	Moderata
Emilia-Romagna	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
FVG	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Lazio	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa
Liguria	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Lombardia	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa
Marche	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Molise	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Piemonte	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
PA Bolzano/Bozen	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
PA Trento	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Puglia	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	<5%	Moderata
Sardegna	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Sicilia	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	>50%	Moderata ad alta probabilità di progressione
Toscana	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Umbria	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Veneto	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa



Ministero della Salute

2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio



Appendice - Tabella 1 – Quadro sintetico con i principali indicatori del monitoraggio e compatibilità con gli Rt puntuali con gli scenari ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", dati al 18 agosto 2021 relativi alla settimana 9/8/2021-15/8/2021

Regione.PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 04/08/2021)	Dichiarata trasmisone non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione *	Classificazion e complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Abruzzo	650	↑	↑	1.16 (CI: 1.04-1.29)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	2	Moderata	No
Basilicata	353	↑	↑	1.24 (CI: 0.89-1.7)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	1	Moderata	No
Calabria	1097	↑	↑	1.09 (CI: 0.94-1.25)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	1	Moderata	No
Campania	3377	↑	↑	1.28 (CI: 1.22-1.35)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	2	Moderata	No
Emilia-Romagna	3800	↓	↑	1.07 (CI: 1.03-1.11)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	2	Moderata	No
FVG	492	↓	↑	1.15 (CI: 1.04-1.25)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	2	Moderata	No
Lazio	3202	↓	↓	0.78 (CI: 0.75-0.82)	No	Bassa	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 non calcolabile	1	Bassa	No
Liguria	1053	↑	↑	1.04 (CI: 0.96-1.12)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	1	Moderata	No
Lombardia	3865	↓	↓	0.99 (CI: 0.95-1.03)	No	Bassa	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	1	Bassa	No
Marche	1083	↓	↑	1.8 (CI: 1.6-2.01)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	4	Moderata	No
Molise	69	↑	↓	0.27 (CI: 0.06-0.6)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Piemonte	1533	↑	↑	0.99 (CI: 0.91-1.07)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
PA Bolzano/Bozen	284	↑	↓	0.96 (CI: 0.78-1.15)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	1	Moderata	No
PA Trento	278	↑	↑	1 (CI: 0.85-1.19)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	1	Moderata	No



Ministero della Salute



Regione.PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 04/08/2021)	Dichiarata trasmisone non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione *	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Puglia	1653	↓	↓	1.34 (CI: 1.25-1.42)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	3	Moderata	No
Sardegna	1875	↓	↑	0.95 (CI: 0.89-1.01)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	1	Moderata	No
Sicilia	7116	↑	↑	1.16 (CI: 1.12-1.2)	Si	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	2	Moderata ad alta probabilità di progressione	No
Toscana	4696	↑	↑	1.18 (CI: 1.12-1.22)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	2	Moderata	No
Umbria	840	↑	↑	0.94 (CI: 0.86-1.02)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
V.d'Aosta/V.d'Aoste	65	↓	↑	2.21 (CI: 1.73-2.77)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	4	Moderata	No
Veneto	3679	↓	↓	0.98 (CI: 0.94-1.02)	No	Bassa	Bassa	0 allerte segnalate	1	Bassa	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.

ND: Non disponibile. La Regione Lazio ha segnalato difficoltà per l'invio di alcuni dati necessari il calcolo di alcuni indicatori riportati in tabella



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	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%	Sorveglianza integrata nazionale
	1.2	Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.3	Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.4	Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			



Ministero della Salute



Appendice - Tabella 2 – Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio, monitoraggio per Regione, dati al 18 agosto 2021 relativi alla settimana 9/8/2021-15/8/2021

Regione.PA	Ind1.1 settimana precedente (%)	Ind1.1 settimana di riferimento (%)	Variazione	Ind1.2 (%)	Ind1.3 (%)	Ind1.4 (%)
Abruzzo	95.4	94.7	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.4
Basilicata	100.0	90.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Calabria	91.5	86.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.9
Campania	99.9	99.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.5
Emilia-Romagna	100.0	98.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.5
FVG	99.6	99.7	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.7
Lazio	93.9	93.0	Stabilmente sopra-soglia	99.5	100	94.8
Liguria	90.2	87.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	93.9
Lombardia	76.9	82.0	Stabilmente sopra-soglia	99.9	100	95.2
Marche	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Molise	88.9	83.3#	Stabilmente sopra-soglia	100.0	NC	99.2
Piemonte	80.2	81.2	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	97.2
PA Bolzano/Bozen	95.0	96.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	NC	96.8
PA Trento	100.0	99.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	NC	79.1
Puglia	97.4	97.1	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.4
Sardegna	97.8	97.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Sicilia	97.3	96.7	Stabilmente sopra-soglia	99.7	100	99.7
Toscana	94.8	94.5	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.6
Umbria	97.9	97.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.8
V.d'Aosta/V.d'Aoste	99.3	98.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	NC	99.0
Veneto	93.9	95.2	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.9

*NC: Non calcolabile in quanto non risultano notificati casi ricoverati in terapia intensiva

#: Il dato inizialmente elaborato era pari a 19.3. Tuttavia, la Regione Molise ha comunicato che tutti i casi della settimana inviati come stato clinico mancante erano in realtà asintomatici e quindi non andavano considerati nel calcolo dell'indicatore; nella settimana in corso la Regione Molise ha identificato un nuovo referente e solo il 18/8 è stato abilitato all'accesso di alcune funzionalità della piattaforma gestionale.



Ministero della Salute



Dimensione 2 - la classificazione della trasmissione ed impatto

Indicatori di risultato relativi a 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
	3.6	Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note	Nel caso vi siano nuovi focolai dichiarati, l'indicatore può monitorare la qualità del contact-tracing, nel caso non vi siano focolai di trasmissione la presenza di casi non collegati a catene di trasmissione potrebbe essere compatibile con uno scenario di bassa trasmissione in cui si osservano solo casi sporadici (considerando una quota di circolazione non visibile in soggetti pauci-sintomatici)	In presenza di focolai, la presenza di nuovi casi di infezione non tracciati a catene note di contagio richiede una valutazione del rischio ad hoc 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	$\leq 30\%$	$>30\%$	Piattaforma rilevazione giornaliera posti letto MdS.
	3.9	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19	$\leq 40\%$	$> 40\%$	

Nota Metodologica

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ministero della Salute



Appendice - Tabella 3 – Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione, dati al 18 agosto 2021 relativi alla settimana 9/8/2021-15/8/2021

Regione.PA	Ind3.1	Trend 3.1 (% variazione settimanale)	Trend 3.4 (% variazione settimanale)	Ind3.2 (Rt puntuale)	Ind3.5	Ind3.6	Ind3.8*	Ind3.9*
Abruzzo	1268	6.5	5.0	1.16 (CI: 1.04-1.29)	85	147	3%	5%
Basilicata	679	16.2	10.9	1.24 (CI: 0.89-1.7)	10	0	1%	10%
Calabria	2623	42.4	17.5#	1.09 (CI: 0.94-1.25)	30	93	7%	14%
Campania	6806	11.0	2.4	1.28 (CI: 1.22-1.35)	345	760	3%	8%
Emilia-Romagna	8216	-1.0	-11.3	1.07 (CI: 1.03-1.11)	35	2325	6%	6%
FVG	1228	-2.3	-3.1#	1.15 (CI: 1.04-1.25)	93	195	4%	2%
Lazio	7776	8.8	-9.9#	0.78 (CI: 0.75-0.82)	164	77	7%	8%
Liguria	1937	18.6	15.0	1.04 (CI: 0.96-1.12)	137	143	6%	4%
Lombardia	8410	-15.9	-10.6	0.99 (CI: 0.95-1.03)	444	2204	3%	5%
Marche	2316	-4.9	-2.4	1.8 (CI: 1.6-2.01)	114	157	4%	4%
Molise	129	22.4	11.1	0.27 (CI: 0.06-0.6)	8	0	3%	4%
Piemonte	3072	18.6	13.6	0.99 (CI: 0.91-1.07)	198	352	2%	2%
PA Bolzano/Bozen	442	78.0	91.0	0.96 (CI: 0.78-1.15)	3	125	1%	4%
PA Trento	467	42.0	40.3	1 (CI: 0.85-1.19)	52	145	2%	4%
Puglia	3493	22.9	-2.7	1.34 (CI: 1.25-1.42)	47	1151	5%	5%
Sardegna	4673	4.2	-11.4#	0.95 (CI: 0.89-1.01)	464	570	9%	10%
Sicilia	11930	34.1	22.5#	1.16 (CI: 1.12-1.2)	1081	3037	10%	17%
Toscana	9301	10.4	14.2	1.18 (CI: 1.12-1.22)	674	2576	7%	6%
Umbria	1683	4.0	1.5	0.94 (CI: 0.86-1.02)	144	433	4%	7%
V.d'Aosta/V.d'Aoste	137	-32.9	-31.2	2.21 (CI: 1.73-2.77)	10	31	0%	5%
Veneto	8735	-11.1	-12.0	0.98 (CI: 0.94-1.02)	577	500	4%	3%

* dato aggiornato al giorno 17/08/2021 (denominatore posti letto attivi e attivabili entro 24 ore)

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 Lazio ha segnalato difficoltà per l'invio di alcuni dati a seguito di alcuni problemi al sistema informatico regionale

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

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

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Abilità di testare tempestivamente tutti i casi Sospetti	2.1	% di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il "re-testing" degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese.*	Trend in diminuzione e in setting ospedalieri/ PS Valore predittivo positivo (VPP) dei test stabile o in diminuzione	Trend in aumento in setting ospedalieri/ PS VPP in aumento	Valutazione periodica settimanale
	2.2	Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi	Mediana settimanale ≤ 5gg	Mediana settimanale > 5gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19
	2.3 (opzionale)	Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento	Mediana settimanale ≤ 3gg	Mediana settimanale > 3gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 con integrazione di questa variabile
Possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena	2.4	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a ciascuna attività a livello locale progressivamente allineato con gli standard raccomandati a livello europeo	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a livello locale riportato come non adeguato in base agli standard raccomandati a livello europeo	Relazione periodica (mensile)
	2.5	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a ciascuna attività a livello locale progressivamente allineato con gli standard raccomandati a livello europeo	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a livello locale riportato come non adeguato in base agli standard raccomandati a livello europeo	
	2.6	Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	Trend in miglioramento o con target finale 100%	Trend in miglioramento o con target finale 100%	

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

Regione.PA	Ind2.1* (precedente)	Ind2.1# (settimana di riferimento)	Ind2.2 (mediana giorni tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	2%	2%	2	1	0.6 per 10000	0.8 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Basilicata	5%	7%	3	0	1.4 per 10000	4.8 per 10000	6.2 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Calabria	6%	7%	2	1	0.9 per 10000	0.6 per 10000	1.4 per 10000	91.2%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Campania	9%	11%	1	1	0.8 per 10000	1.5 per 10000	2.2 per 10000	98.6%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Emilia-Romagna	10%	10%	2	Non calcolabile	0.7 per 10000	0.9 per 10000	1.6 per 10000	92.9%	0 allerte segnalate
FVG	5%	5%	3	2	0.6 per 10000	0.9 per 10000	1.5 per 10000	98.3%	0 allerte segnalate
Lazio	ND^{ss}	ND^{ss}	2	0	0.9 per 10000	1 per 10000	1.9 per 10000	99.7%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 non calcolabile
Liguria	5%	6%	3	1	0.7 per 10000	0.8 per 10000	1.5 per 10000	92.6%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Lombardia	2%	3%	3	Non calcolabile	0.5 per 10000	0.6 per 10000	1.1 per 10000	95%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Marche	6%	7%	0	0	0.4 per 10000	0.6 per 10000	1 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Molise	3%	3%	0	0	1.1 per 10000	2.6 per 10000	3.7 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Piemonte	2%	2%	4	2	1.2 per 10000	1.6 per 10000	2.8 per 10000	99.7%	0 allerte segnalate
PA Bolzano/Bozen	7%	13%	2	2	2 per 10000	3 per 10000	5 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento

Regione.PA	Ind2.1* (precedente)	Ind2.1# (settimana di riferimento)	Ind2.2 (mediana giorni tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
PA Trento	7%	8%	2	2	1.1 per 10000	1.6 per 10000	2.7 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Puglia	3%	3%	2	3	0.5 per 10000	0.8 per 10000	1.3 per 10000	99%	0 allerte segnalate
Sardegna	13%	15%	3	2	0.4 per 10000	1.5 per 10000	1.8 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Sicilia	13%	17%	2	1	1.4 per 10000	3.4 per 10000	4.8 per 10000	99.1%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Toscana	13%	18%	0	2	0.6 per 10000	0.8 per 10000	1.4 per 10000	99.3%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento
Umbria	10%	10%	3	1	0.6 per 10000	1.9 per 10000	2.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
V.d'Aosta/V.d'Aoste	4%	2%	1.5	1	0.6 per 10000	1.2 per 10000	1.8 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Veneto	2%	2%	1	0	1 per 10000	1.8 per 10000	2.9 per 10000	92.9%	0 allerte segnalate

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

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

#Come concordato con le Regioni/PPAA e specificato nel Verbale della Cabina di Regia del 16 luglio 2021, si considera il trend dell'indicatore 2.1 con il valore di positività arrotondato nel suo valore intero più prossimo.

La Regione Lazio ha segnalato difficoltà per il calcolo dell'indicatore 2.1 a causa dei problemi al sistema informatico regionale.

§§ la Regione Lazio ha segnalato difficoltà nella compilazione di alcuni indicatori, che risultano non disponibili (ND) a causa dei problemi avuti al sistema informatico regionale. Nonostante questo, i dati inviati sono stati sufficienti a realizzare la valutazione del rischio ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020.

Indicatori decisionali come da Decreto Legge del 18 maggio 2021 n.65 articolo 13

Aggiornamento del 19/08/2021

Regione	Incidenza a 7 gg/100.000 pop - Periodo di riferimento 30 luglio-05 agosto 2021	Incidenza a 7 gg/100.000 pop - Periodo di riferimento 06-12 agosto 2021	Incidenza a 7 gg/100.000 pop - Periodo di riferimento 13-19 agosto 2021	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 17/08/2021	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID al 17/08/2021	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 17/08/2021
Abruzzo	45,3	52	53,1	4,6%	3,4%	3,4%
Basilicata	56,2	59,4	64,8	9,6%	1,1%	1,6%
Calabria	45,9	74,1	81,4	13,8%	6,5%	6,5%
Campania	51,5	57,7	62,1	8,5%	3,3%	2,4%
Emilia Romagna	88	94,3	87,5	5,5%	5,8%	5,8%
Friuli Venezia Giulia	49,4	50,3	46,1	2,0%	4,0%	4,0%
Lazio	71,2	75,9	67,9	7,9%	7,0%	5,6%
Liguria	59,1	65	72,7	4,5%	5,5%	5,3%
Lombardia	45	42,4	34,9	5,0%	2,8%	2,5%
Marche	69,3	79,1	74,1	4,1%	3,8%	3,8%
Molise	21,6	20,9	24,6	4,0%	2,6%	2,6%
PA di Bolzano	26,2	50,4	51,0	4,3%	1,0%	1,3%
PA di Trento	37,3	40,6	54,5	4,1%	2,2%	2,2%
Piemonte	35,3	34,2	38,0	2,3%	1,9%	1,9%
Puglia	35,5	47,3	43,9	5,0%	4,8%	4,4%
Sardegna	138,4	141,8	156,4	9,9%	8,8%	9,2%
Sicilia	101,6	127,2	155,8	16,5%	10,1%	9,2%
Toscana	119,2	129,9	127,3	6,1%	6,7%	6,7%
Umbria	90,6	99,9	92,6	6,6%	4,4%	3,1%
Valle d'Aosta	53,3	41,2	73,4	4,8%	0,0%	0,0%
Veneto	102	83,8	79,8	2,9%	3,5%	3,5%
ITALIA	68	73	74	6,2%	4,9%	4,5%

Fonte dati: Ministero della Salute / Protezione Civile

20 agosto 2021

Epidemia COVID-19

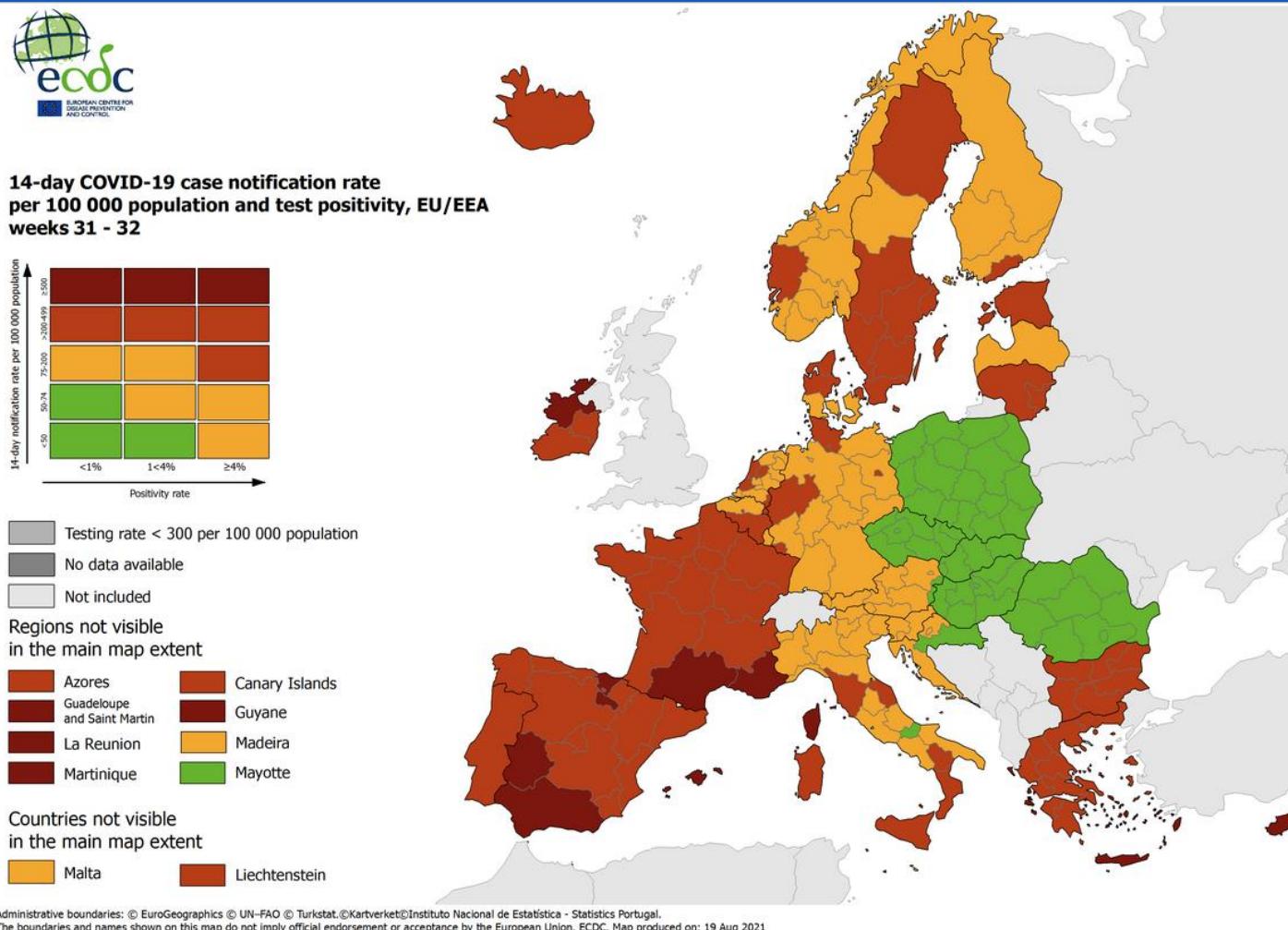
Monitoraggio del rischio

*Silvio Brusaferro
Istituto Superiore di Sanità*

Situazione epidemiologica in Europa

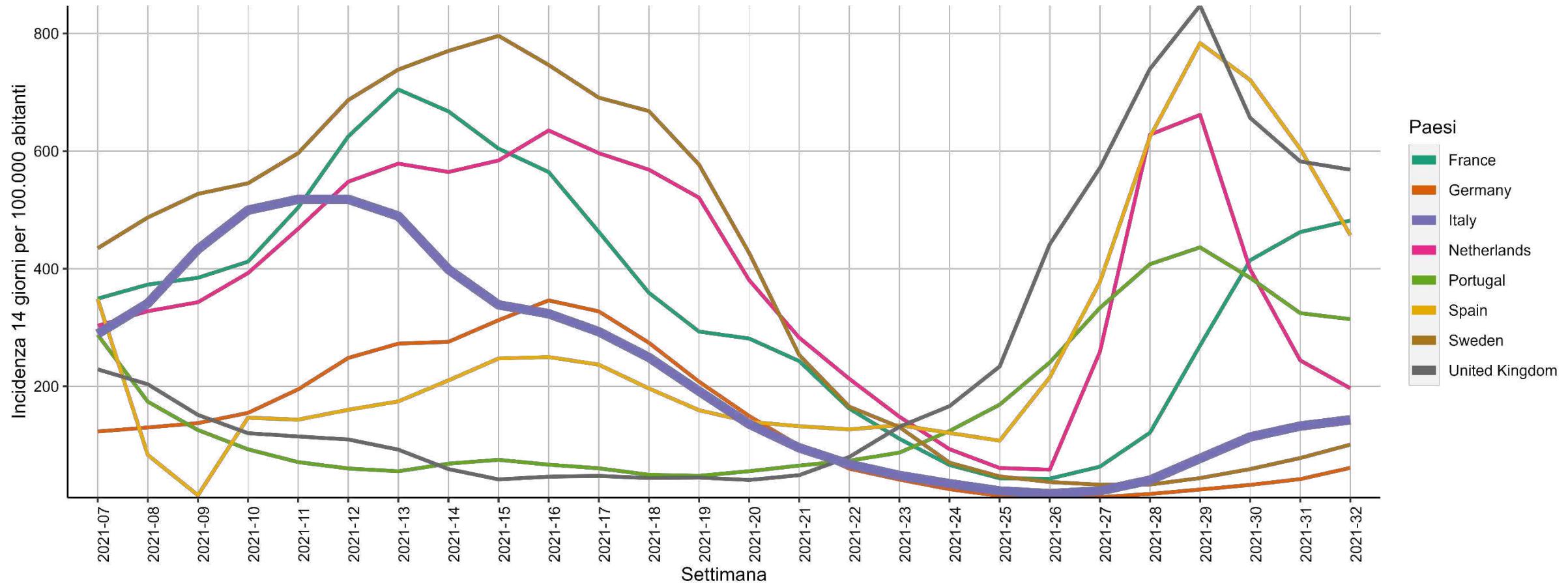
Casi notificati al Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC)

La situazione italiana riflette l'epidemiologia di altri paesi UE/SEE (19 agosto)



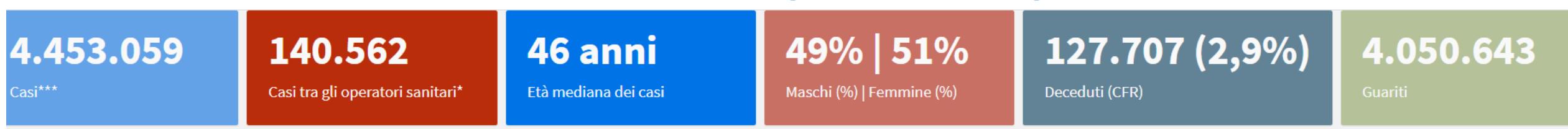
<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>

Andamento incidenza (14 gg) in quasi tutti i paesi europei (ECDC) fino al 15 agosto



Situazione epidemiologica in Italia

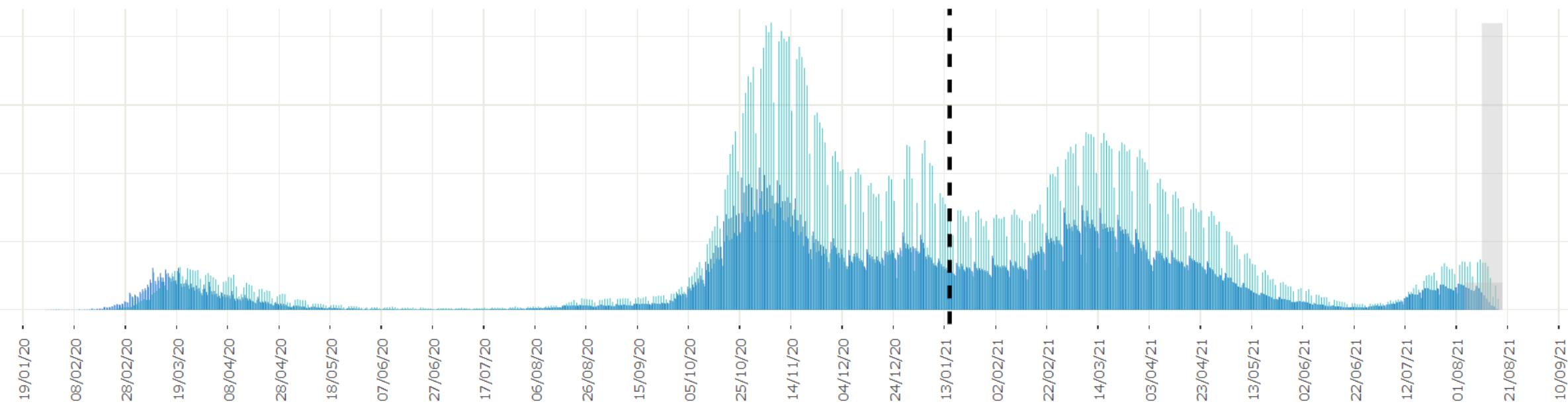
Casi notificati al sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia



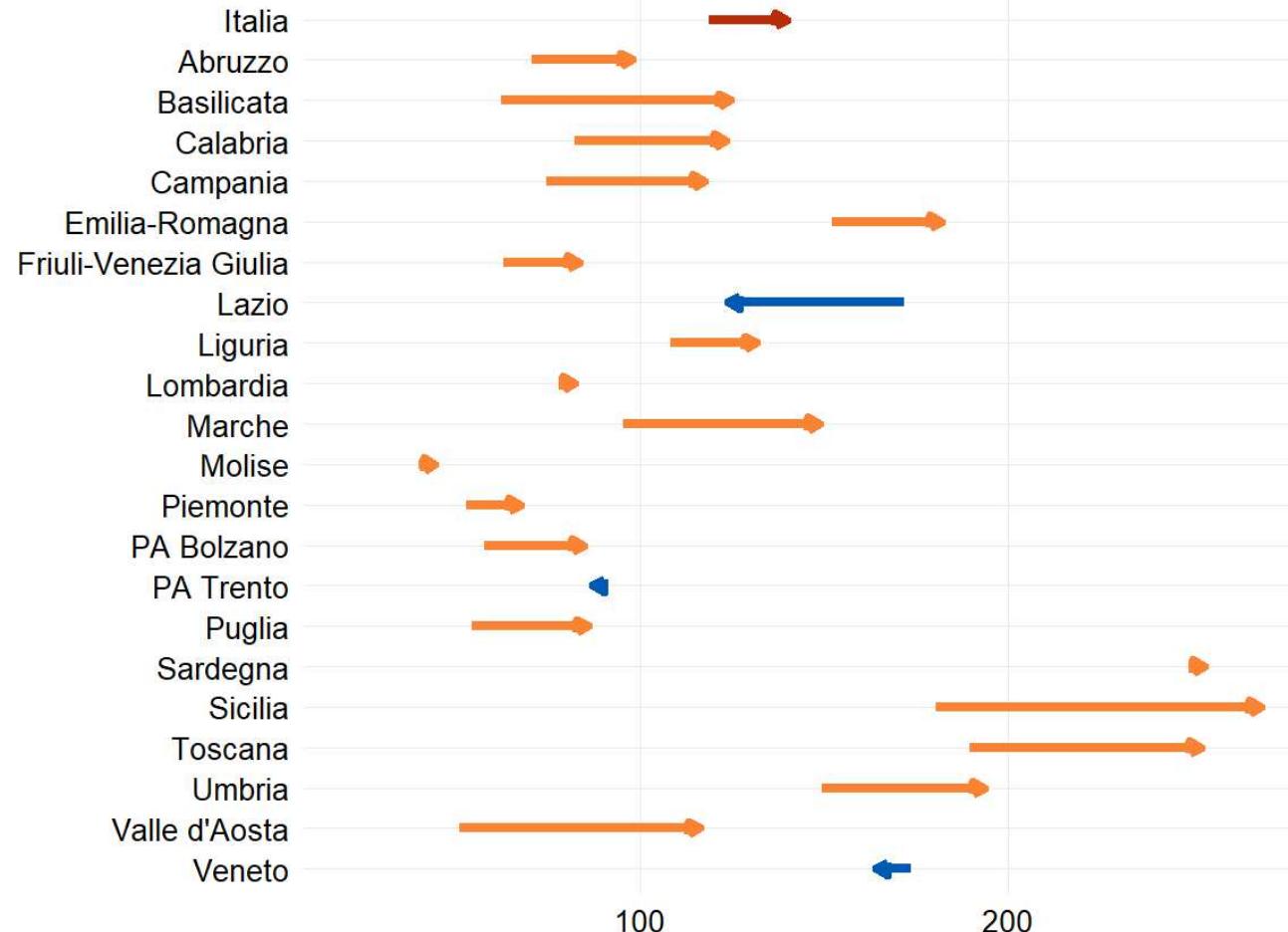
Curva epidemica dei casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo o diagnosi (verde) e per data di inizio dei sintomi (blu)

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

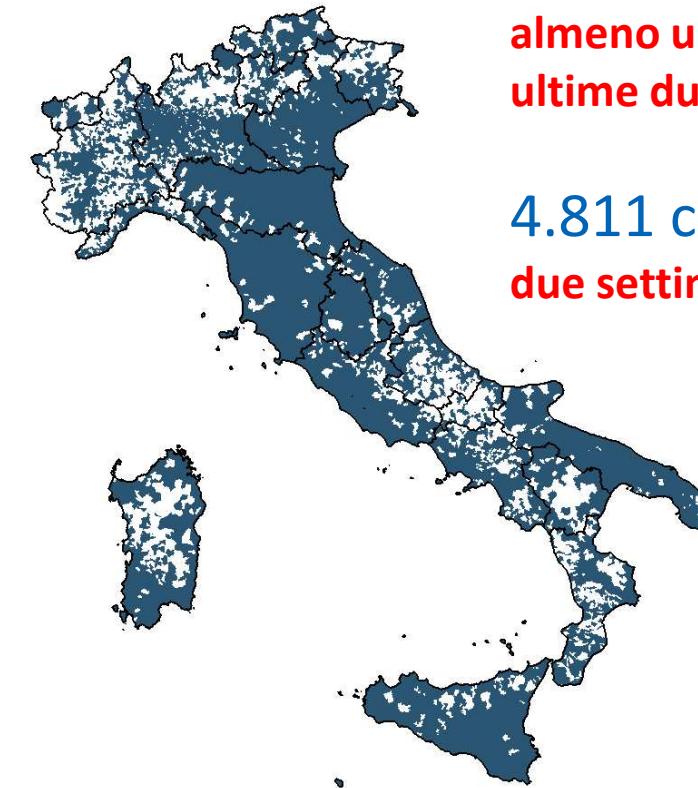
■ Data inizio sintomi (2.457.329) ■ Data inizio sintomi (casi sintomatici**) (2.216.946) ■ Data prelievo/diagnosi (4.450.497)



Casi in aumento in 18 Regioni/PPAA e nuovi casi presenti su parte del territorio nazionale negli ultimi 14 giorni

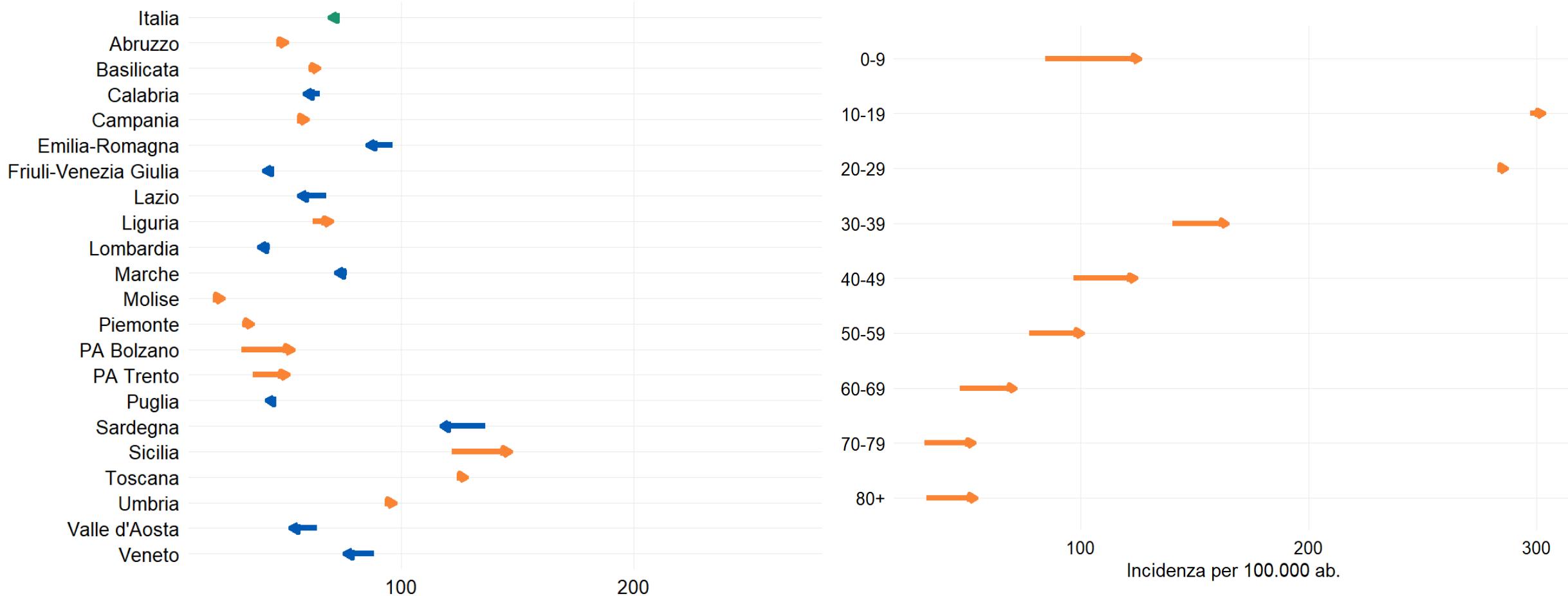


CONFRONTO TRA IL NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE NEL PERIODO 2/8-15/8/2021 e 26/7-8/8/2021



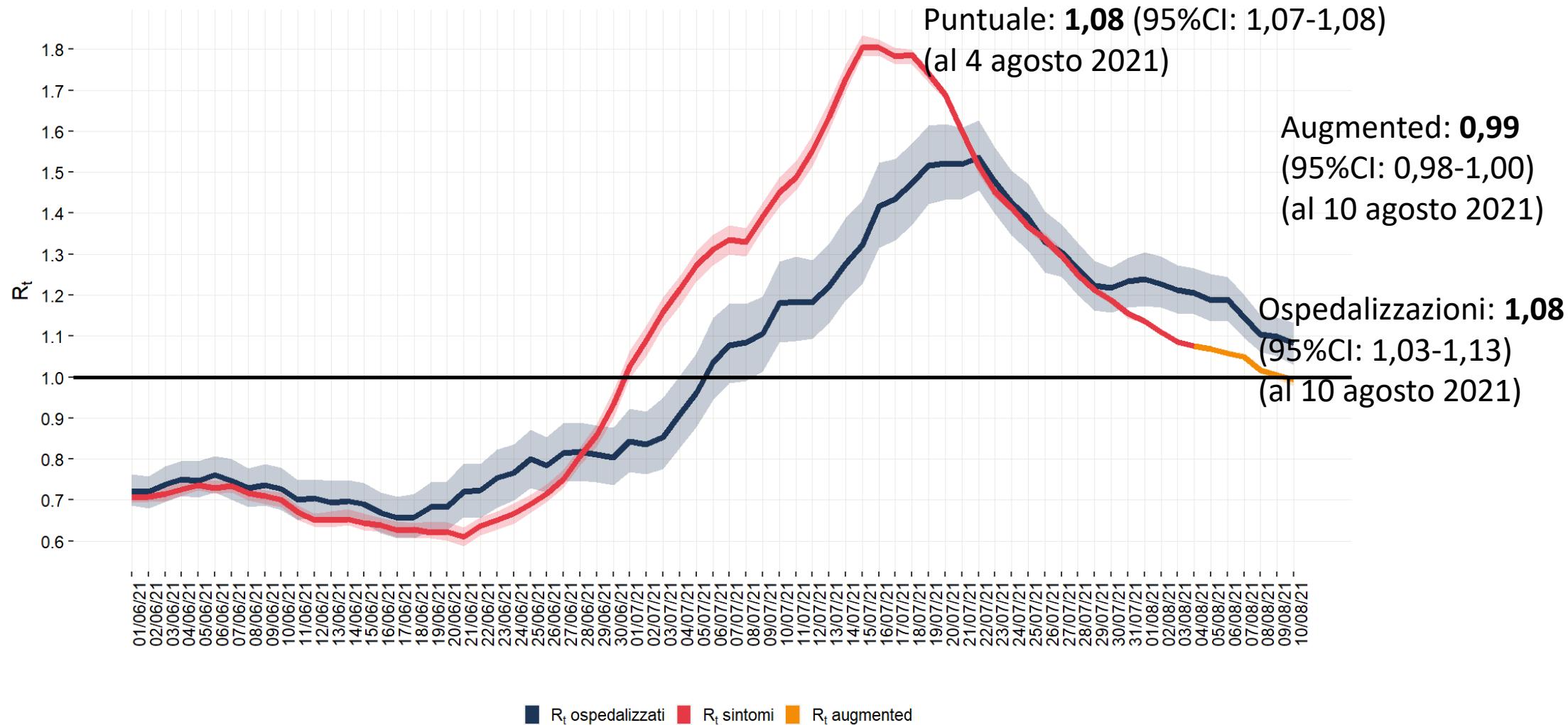
CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER COMUNE DI DOMICILIO/RESIDENZA (COMUNI CON ALMENO UN CASO).

Casi in aumento in 11 Regioni/PPAA e in tutte le fasce di età, negli ultimi 7 giorni

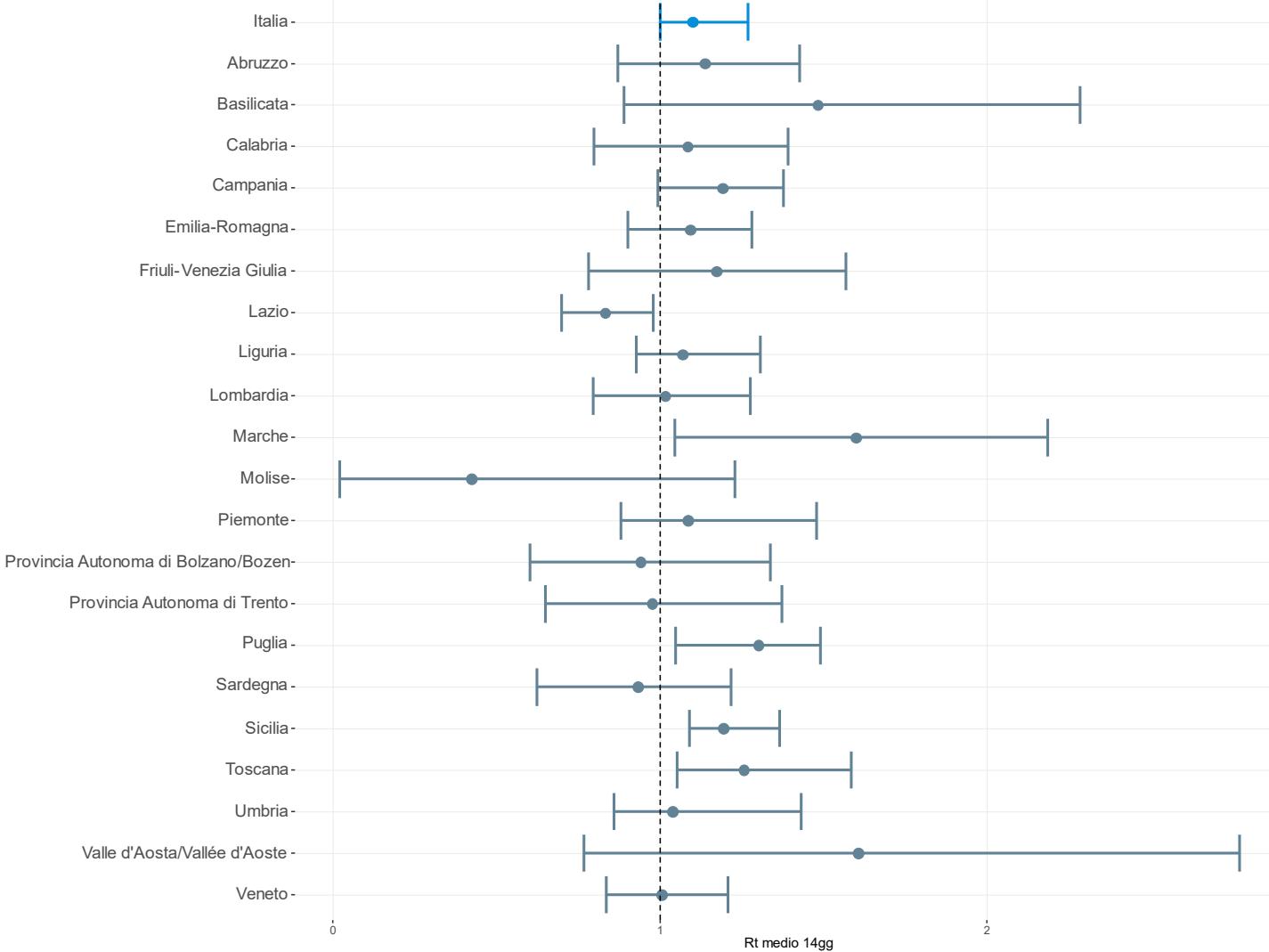


CONFRONTO TRA IL NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE E PER FASCIA D'ETA' NEL PERIODO 9/8-15/8/2021 e 2/8-8/8/2021

STIMA NAZIONALE DELL'RT PUNTALE (4/8), RT OSPEDALIZZAZIONI (10/8) E RT «AUGMENTED» (10/8) CALCOLATI CON DATI AL 18/08/2021

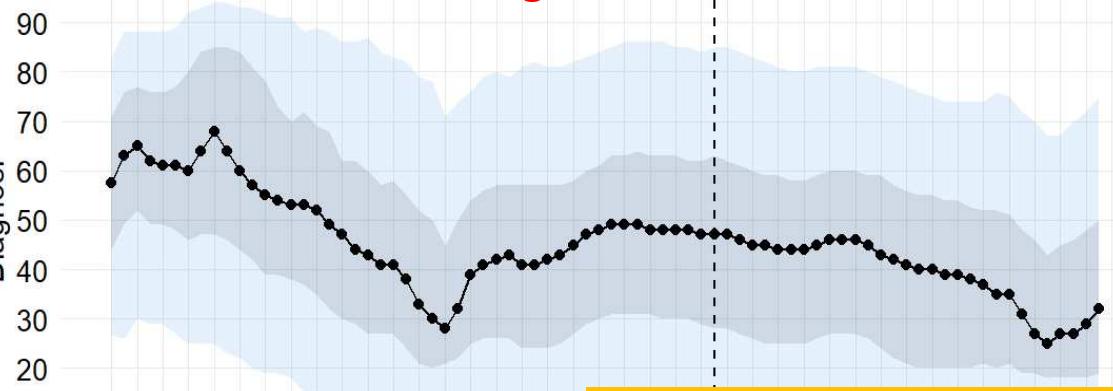


STIMA DELL'RT MEDIO 14gg PER REGIONE/PA BASATO SU INIZIO SINTOMI FINO AL 28 LUGLIO 2021, CALCOLATO IL 4/08/2021



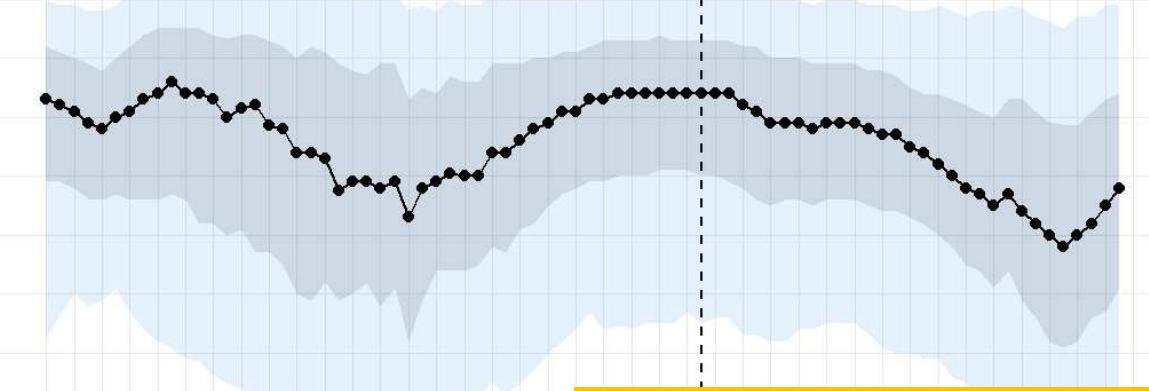
Età mediana alla diagnosi

Età mediana
Diagnosi



Età mediana al primo ricovero

Età mediana
Primo ricovero



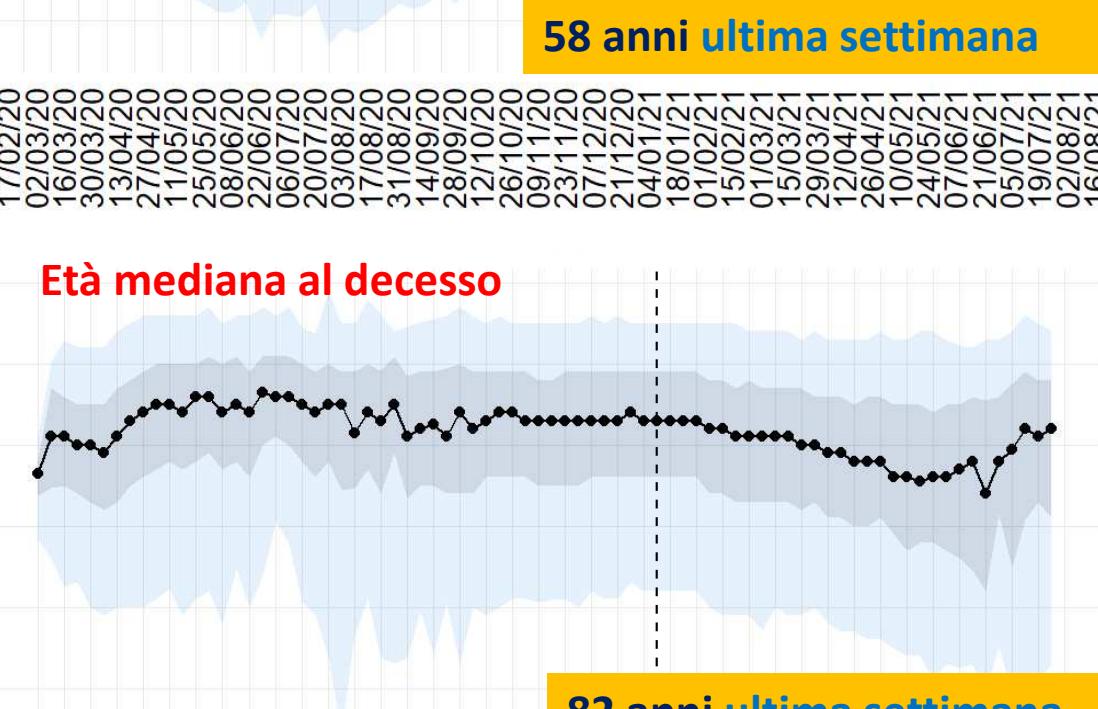
Età mediana all'ingresso in terapia intensiva

Età mediana
Terapia Intensiva



Età mediana al decesso

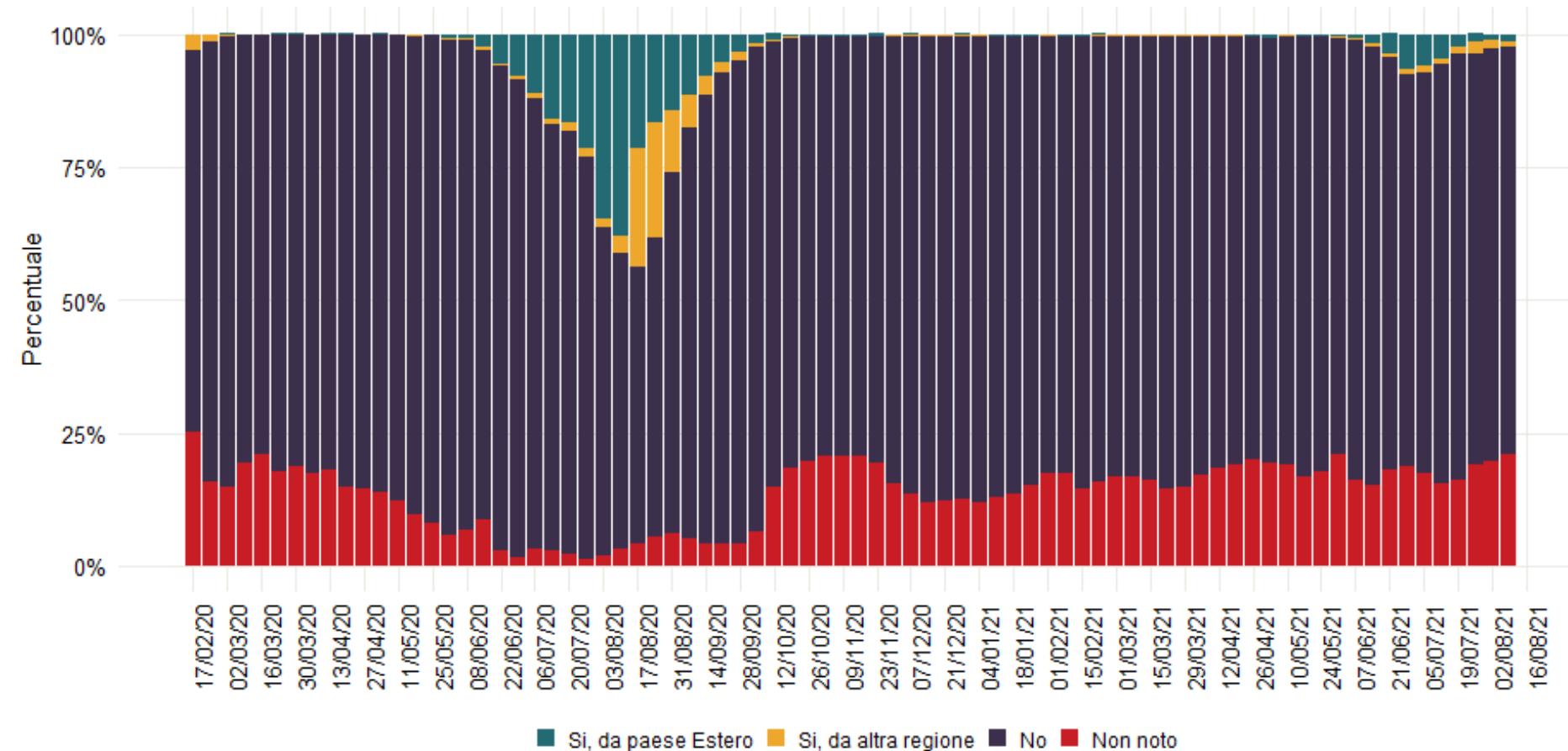
Età mediana
Decesso



Percentili 25-75 Percentili 5-95

Percentili 25-75 Percentili 5-95

Casi importati da Paese Estero e da altra Regione/Pa in lieve diminuzione



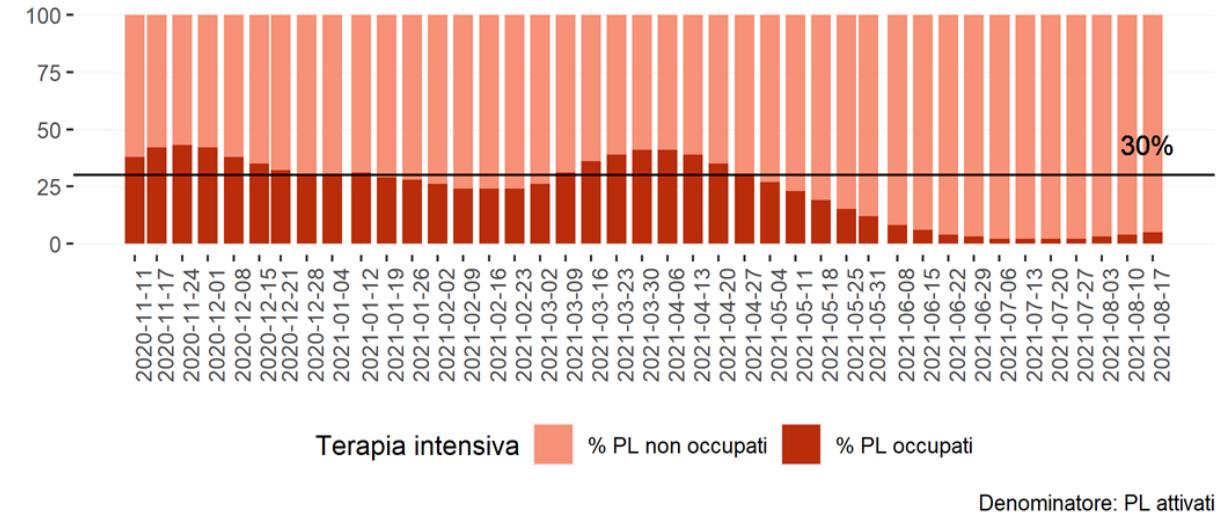
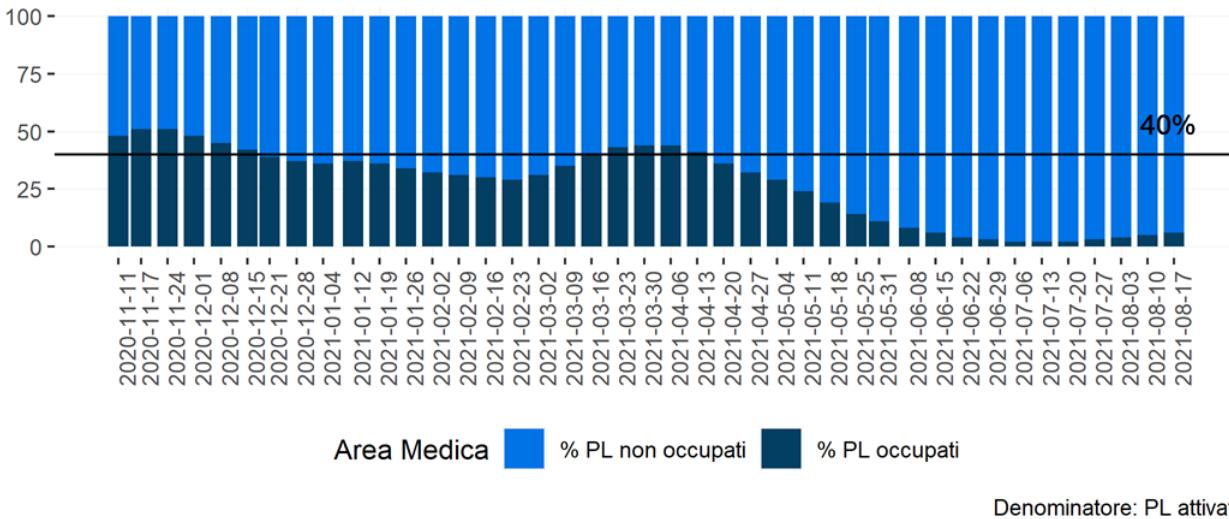
Monitoraggio dell'impatto dell'epidemia sui servizi sanitari ospedalieri

Indicatori decisionali come da Decreto Legge del 18 maggio 2021

n.65 articolo 13 - Aggiornamento del 19/08/2021

Regione	Incidenza a 7 gg/100.000 pop - Periodo di riferimento 30 luglio-05 agosto 2021	Incidenza a 7 gg/100.000 pop - Periodo di riferimento 06 agosto-12 agosto 2021	Incidenza a 7 gg/100.000 pop - Periodo di riferimento 13-19 agosto 2021	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 17/08/2021	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (Posti letto rilevati secondo DL 105 art.2 comma 2) al 17/08/2021
Abruzzo	45,3	52,0	53,1	4,6%	3,4%
Basilicata	56,2	59,4	64,8	9,6%	1,6%
Calabria	45,9	74,1	81,4	13,8%	6,5%
Campania	51,5	57,7	62,1	8,5%	2,4%
Emilia Romagna	88,0	94,3	87,5	5,5%	5,8%
Friuli Venezia Giulia	49,4	50,3	46,1	2,0%	4,0%
Lazio	71,2	75,9	67,9	7,9%	5,6%
Liguria	59,1	65,0	72,7	4,5%	5,3%
Lombardia	45,0	42,4	34,9	5,0%	2,5%
Marche	69,3	79,1	74,1	4,1%	3,8%
Molise	21,6	20,9	24,6	4,0%	2,6%
PA di Bolzano	26,2	50,4	51,0	4,3%	1,3%
PA di Trento	37,3	40,6	54,5	4,1%	2,2%
Piemonte	35,3	34,2	38,0	2,3%	1,9%
Puglia	35,5	47,3	43,9	5,0%	4,4%
Sardegna	138,4	141,8	156,4	9,9%	9,2%
Sicilia	101,6	127,2	155,8	16,5%	9,2%
Toscana	119,2	129,9	127,3	6,1%	6,7%
Umbria	90,6	99,9	92,6	6,6%	3,1%
Valle d'Aosta	53,3	41,2	73,4	4,8%	0,0%
Veneto	102,0	83,8	79,8	2,9%	3,5%
ITALIA	68	73	74	6,2%	4,5%

Occupazione dei posti letto in area medica e terapia intensiva



Il tasso di occupazione in terapia intensiva aumenta al 5%, corrispondente ad un **lieve aumento nel numero di persone ricoverate** che passa da 322 (10/08/2021) a 423 (17/08/2021).

Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale aumenta al 6%. Il numero di persone ricoverate in queste aree è **in aumento** da 2.880 (10/08/2021) a 3.472 (17/08/2021).

N. assoluto e incidenza casi diagnosticati per Regione/PA, 13/8 – 19/8/2021

tamponi e % positività

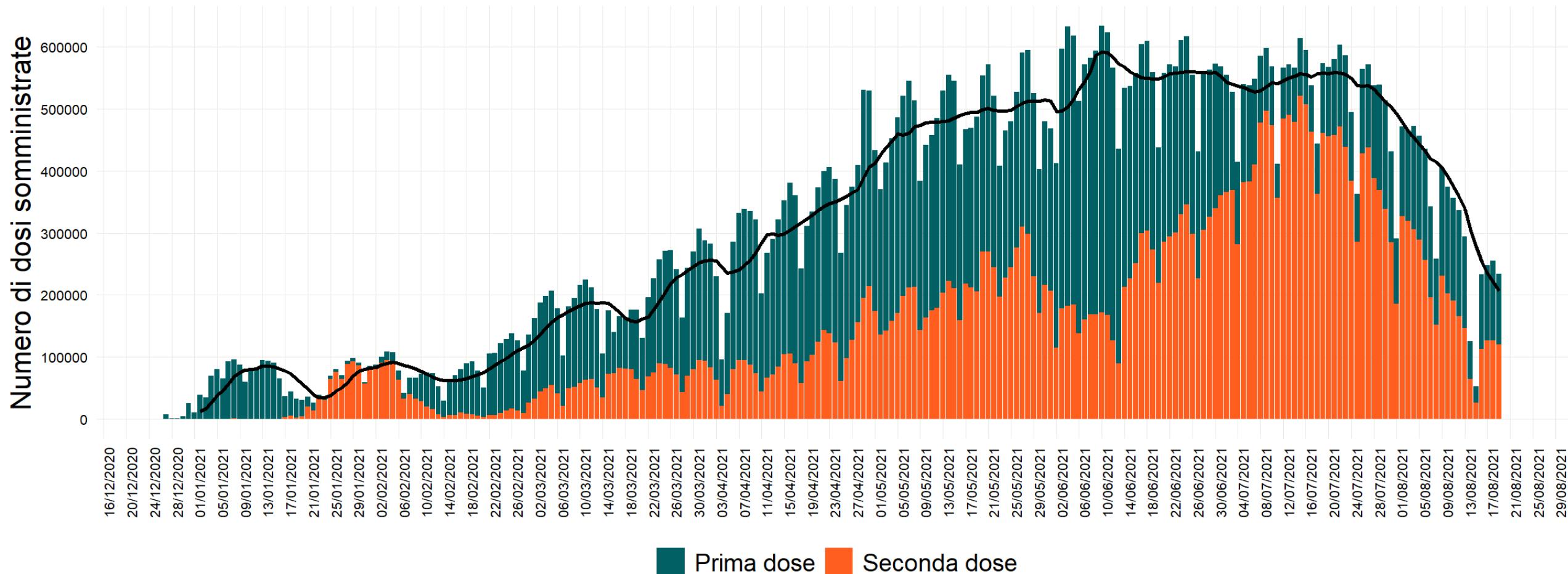
Regione/PA	Popolazione	Tamponi nei 7gg	Casi testati nei 7gg	Nuovi casi nei 7gg	Tamponi 7gg/100 000 pop	Incidenza 7gg/100 000 pop	Percentuale positività
Abruzzo	1.285.256	41.628	15.040	682	3.239	53	1,6
Basilicata	547.579	5.598	2.419	355	1.022	65	6,3
Calabria	1.877.728	20.504	16.850	1.529	1.092	81	7,5
Campania	5.679.759	92.813	19.508	3.529	1.634	62	3,8
Emilia-Romagna	4.445.549	156.696	12.997	3.889	3.525	87	2,5
Friuli Venezia Giulia	1.198.753	39.209	9.079	553	3.271	46	1,4
Lazio	5.720.796	NC*	NC*	3.884	NC*	68	NC*
Liguria	1.509.805	43.515	15.769	1.098	2.882	73	2,5
Lombardia	9.966.992	198.566	48.811	3.480	1.992	35	1,8
Marche	1.501.406	15.913	8.385	1.113	1.060	74	7
Molise	296.547	2.253	2.213	73	760	25	3,2
P.A. Bolzano	533.715	38.929	5.969	272	7.294	51	0,7
P.A. Trento	544.745	20.043	8.017	297	3.679	55	1,5
Piemonte	4.273.210	107.296	29.646	1.623	2.511	38	1,5
Puglia	3.926.931	89.617	16.425	1.722	2.282	44	1,9
Sardegna	1.598.225	40.412	18.940	2.499	2.529	156	6,2
Sicilia	4.840.876	107.629	43.772	7.544	2.223	156	7
Toscana	3.668.333	87.249	38.786	4.669	2.378	127	5,4
Umbria	865.013	38.025	3.596	801	4.396	93	2,1
Valle d'Aosta	123.895	4.217	2.459	91	3.404	73	2,2
Veneto	4.852.453	235.298	19.101	3.873	4.849	80	1,6
ITALIA	59.257.566	1.385.410	337.782	43.576	2.338	74	3,1

*non calcolabile per mancata segnalazione dei tamponi negli ultimi 7 giorni

Vaccinazioni somministrate al 19/08/2021 e loro impatto

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

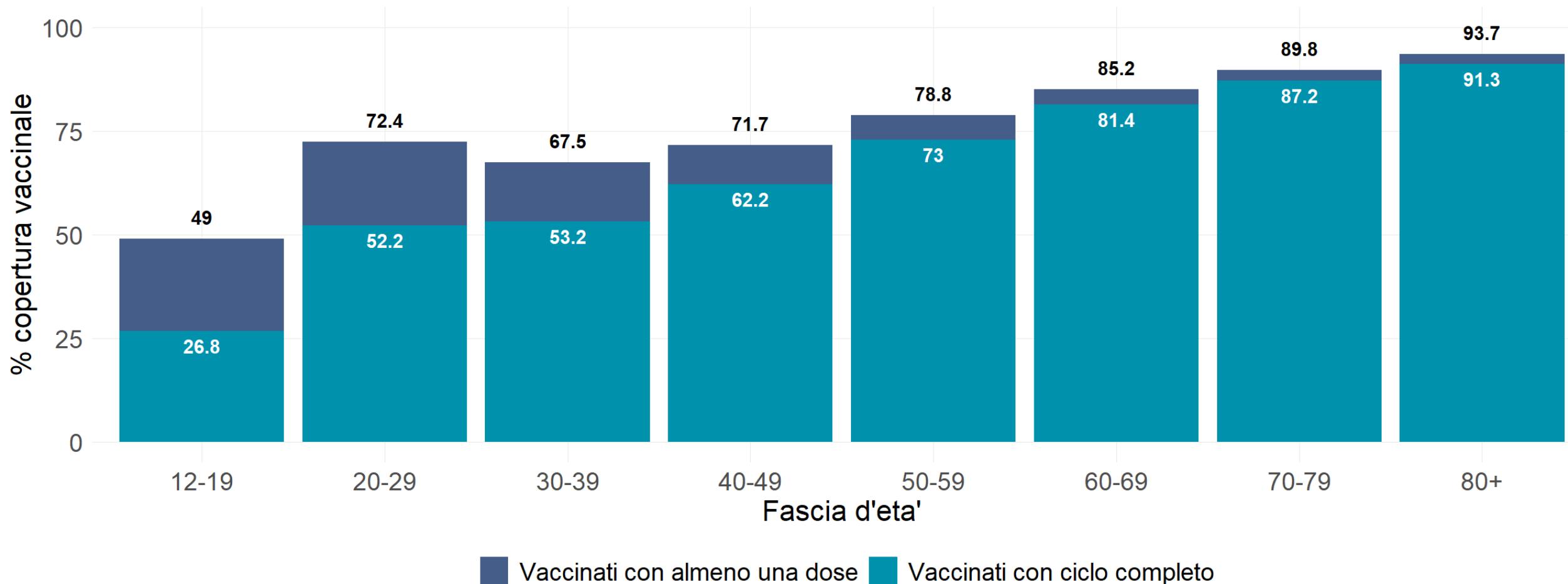
Numero di prime e seconde dosi di vaccino somministrate giornalmente dal 27/12/2020 al 19/08/2021



Percentuale copertura vaccinale per classe d'età

12+ vaccinati con ciclo completo: 66,8%

12+ vaccinati con almeno una dose: 76,4%



POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ >12 ANNI E CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI, OSPEDALIZZATI, RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA E DECEDUTI

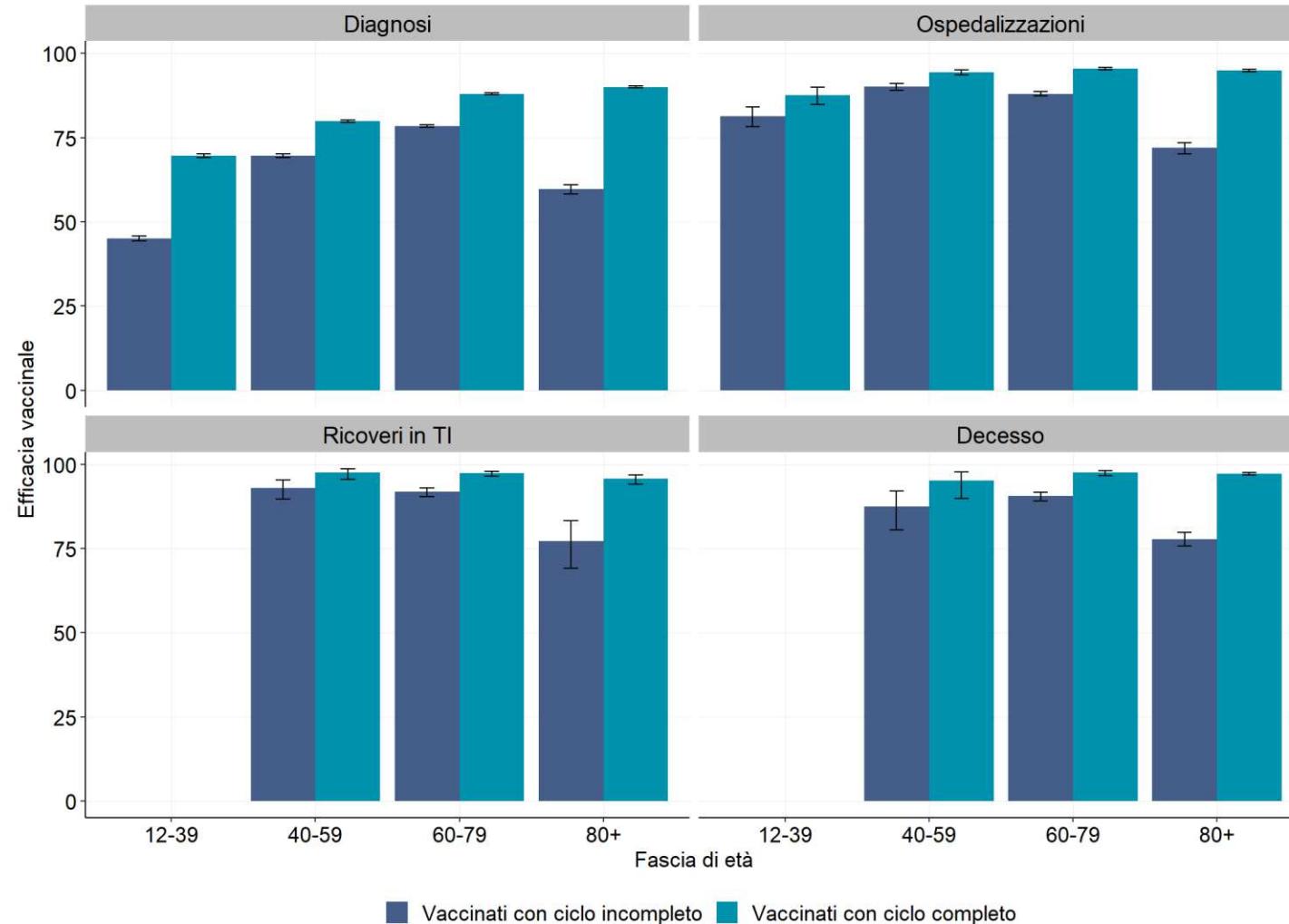
NEGLI ULTIMI 30 GIORNI, PER STATO VACCINALE E CLASSE D'ETÀ

	FASCIA DI ETÀ	NON VACCINATI	VACCINATI CON CICLO INCOMPLETO	VACCINATI CON CICLO COMPLETO
Popolazione (31/07/2021)	12-39	9.409.901 (54%)	4.366.588 (25%)	3.659.066 (21%)
	40-59	5.754.829 (31,2%)	3.425.683 (18,6%)	9.266.948 (50,2%)
	60-79	2.083.299 (15,3%)	2.020.243 (14,9%)	9.469.237 (69,8%)
	80+	320.296 (7%)	127.610 (2,8%)	4.106.201 (90,2%)
Diagnosi di Sars-CoV-2 (16/07/2021-15/08/2021)	12-39	67.101 (75,7%)	14.327 (16,2%)	7.195 (8,1%)
	40-59	21.581 (59,2%)	5.897 (16,2%)	9.003 (24,7%)
	60-79	5.553 (40,1%)	2.221 (16%)	6.079 (43,9%)
	80+	1.026 (26,6%)	123 (3,2%)	2.701 (70,2%)
Ospedalizzazioni** (09/07/2021-08/08/2021)	12-39	1.373 (89,2%)	110 (7,1%)	57 (3,7%)
	40-59	1.455 (85,5%)	125 (7,3%)	121 (7,1%)
	60-79	893 (64,1%)	176 (12,6%)	325 (23,3%)
	80+	331 (40,4%)	33 (4%)	456 (55,6%)
Ricoveri in Terapia Intensiva** (09/07/2021-08/08/2021)	12-39	49 (96,1%)	2 (3,9%)	0 (0%)
	40-59	121 (89%)	8 (5,9%)	7 (5,1%)
	60-79	140 (74,9%)	11 (5,9%)	36 (19,3%)
	80+	24 (55,8%)	1 (2,3%)	18 (41,9%)
Decessi** (25/06/2021-25/07/2021)	12-39	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
	40-59	28 (80%)	5 (14,3%)	2 (5,7%)
	60-79	80 (84,2%)	9 (9,5%)	6 (6,3%)
	80+	65 (59,1%)	5 (4,5%)	40 (36,4%)

**EFFICACIA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA SOPRA 12 ANNI NEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI
NEL PERIODO 4 APRILE - 15 AGOSTO 2021.**

Gruppo	Fascia di età	Efficacia vaccinale (vaccinati ciclo incompleto vs non vaccinati)	Efficacia vaccinale (vaccinati ciclo completo vs non vaccinati)
Diagnosi di Sars-CoV-2	12-39	45,09 [44,3-45,86]	69,63 [69,02-70,23]
	40-59	69,63 [69,14-70,11]	79,98 [79,62-80,33]
	60-79	78,5 [78,1-78,89]	88,01 [87,74-88,27]
	80+	59,67 [58,35-60,95]	90,07 [89,78-90,35]
	Totale	65,14 [64,83-65,45]	82,54 [82,35-82,73]
Ospedalizzazioni	12-39	81,43 [78,33-84,09]	87,66 [84,87-89,94]
	40-59	90,14 [89,07-91,1]	94,45 [93,68-95,13]
	60-79	88,03 [87,38-88,66]	95,53 [95,13-95,89]
	80+	71,94 [70,21-73,56]	94,95 [94,64-95,25]
	Totale	84,23 [83,66-84,78]	94,92 [94,69-95,14]
Ricoveri in Terapia Intensiva	12-39	-	-
	40-59	93 [89,69-95,25]	97,59 [95,52-98,71]
	60-79	91,81 [90,38-93,02]	97,34 [96,51-97,97]
	80+	77,18 [69,08-83,16]	95,66 [94,11-96,81]
	Totale	90,78 [89,49-91,92]	97,04 [96,42-97,55]
Decessi	12-39	-	-
	40-59	87,45 [80,42-91,95]	95,14 [89,79-97,69]
	60-79	90,51 [89,19-91,66]	97,51 [96,7-98,11]
	80+	77,82 [75,64-79,81]	97,21 [96,86-97,52]
	Totale	83,95 [82,73-85,09]	97,16 [96,84-97,45]

Efficacia vaccinale nei casi diagnosticati, ospedalizzati, ricoverati in terapia intensiva e deceduti per stato vaccinale e classe d'età



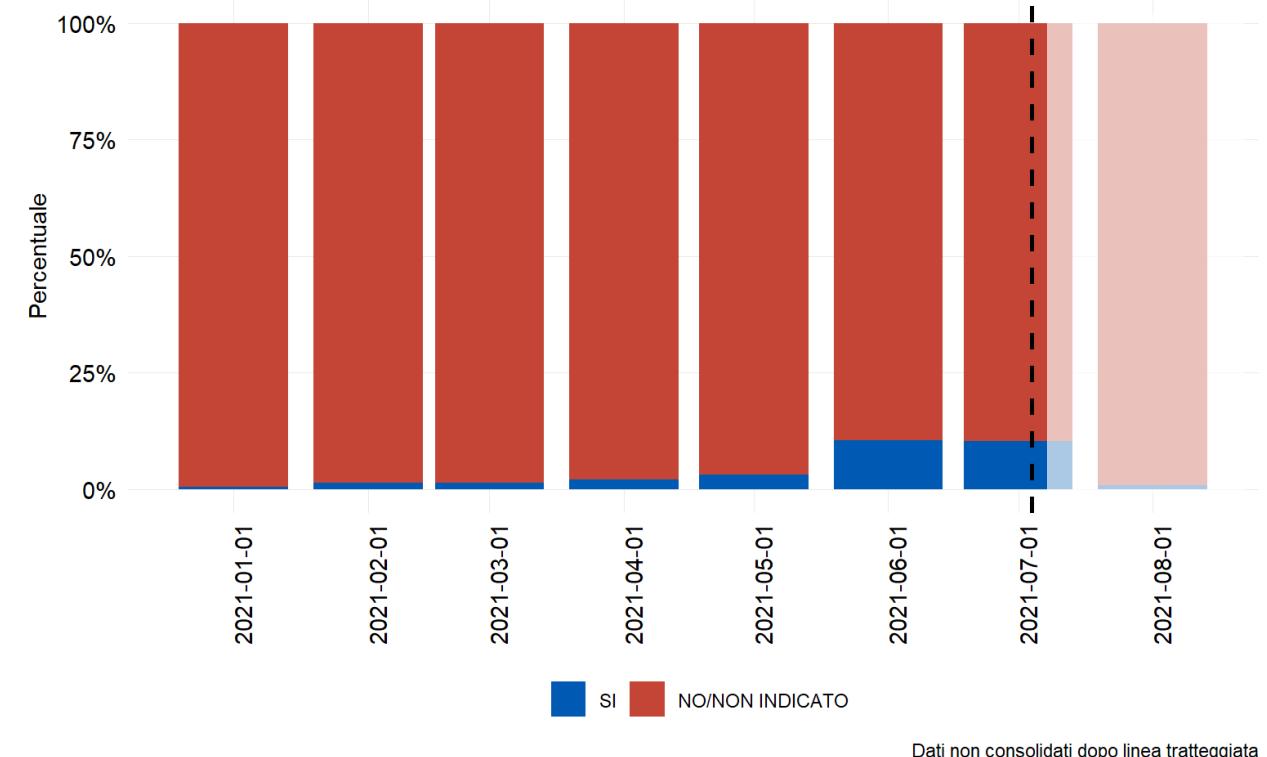
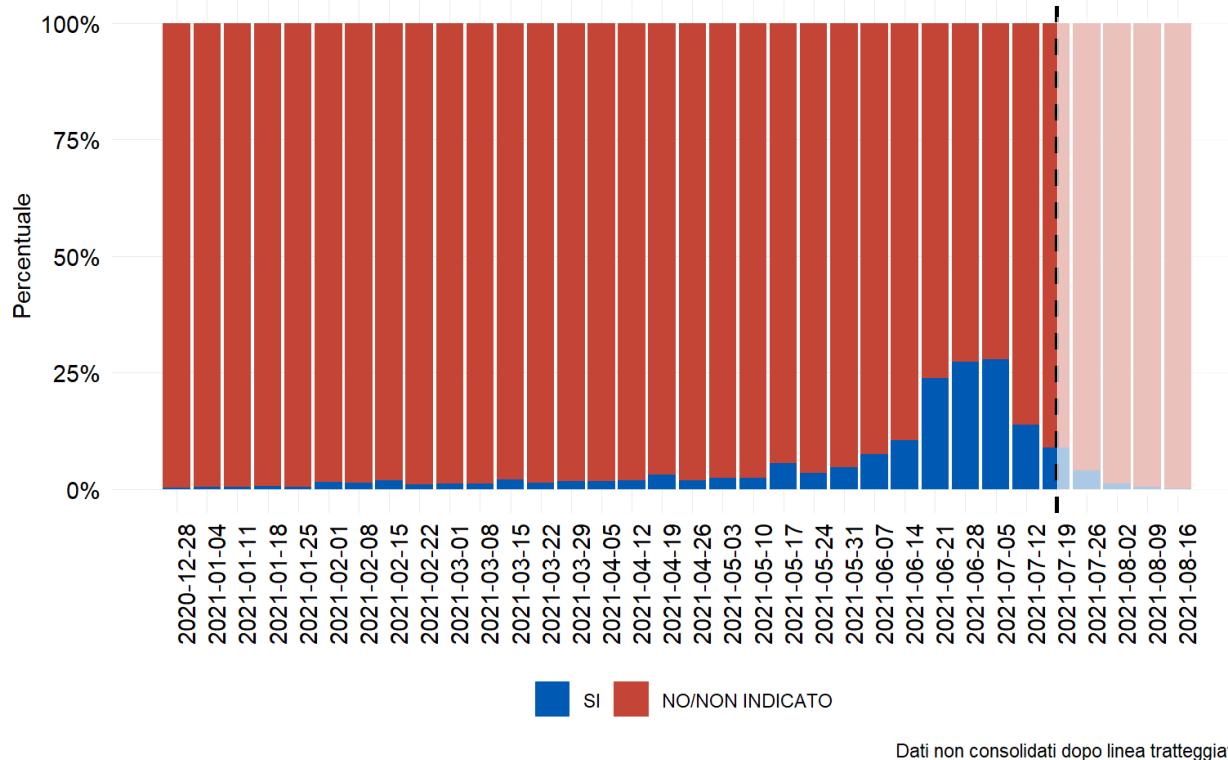
Per la fascia 12-39 dato di efficacia vaccinale non disponibile per ricoveri in terapia intensiva e decessi. Il basso numero di eventi rende la stima poco attendibile.

Monitoraggio delle varianti

Aggiornamento al 18 agosto 2021

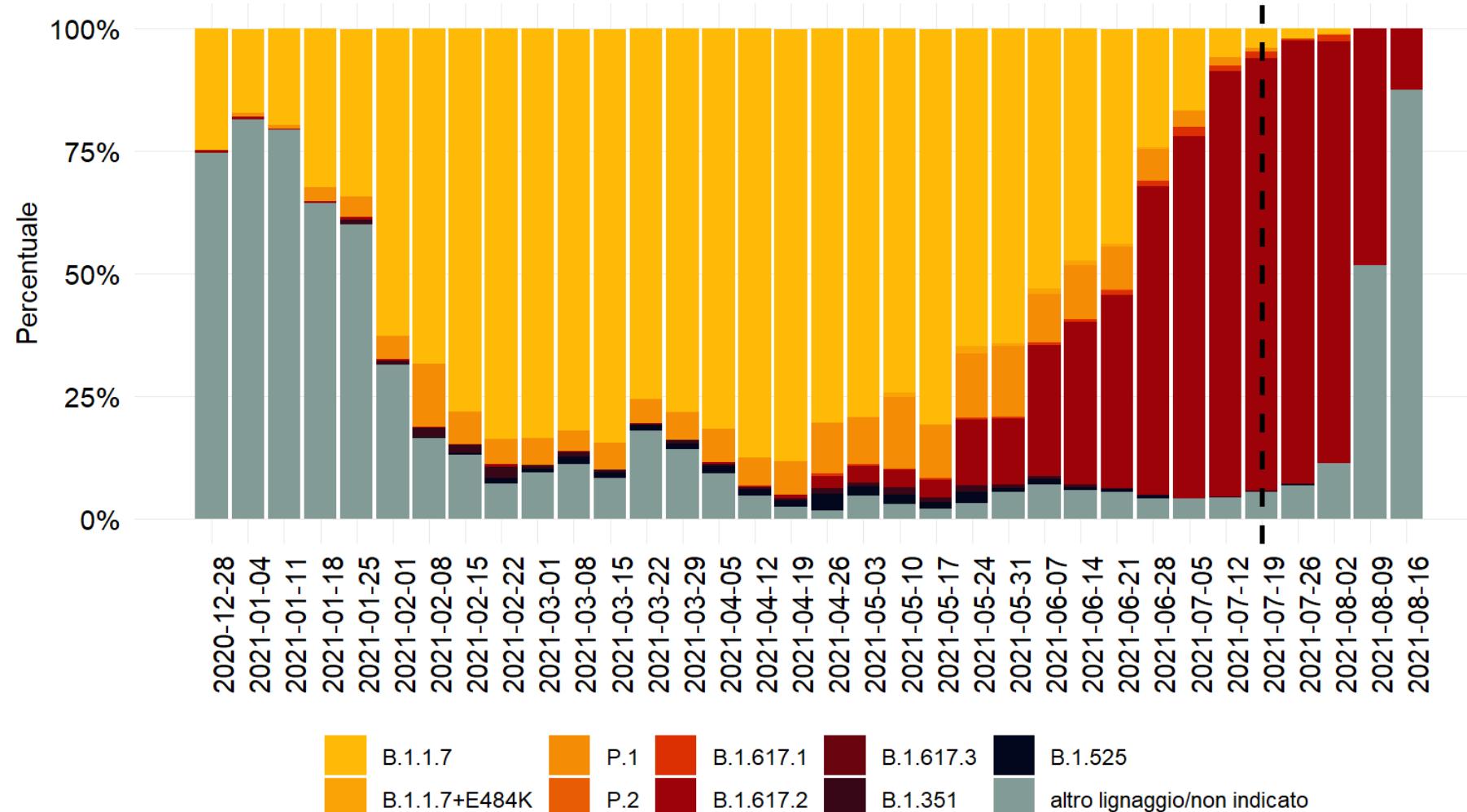
Distribuzione percentuale delle genotipizzazioni per settimana e mese

Rimane elevata in Italia la capacità di genotipizzare/sequenziare campioni clinici positivi per SARS-CoV-2 e pari al 10,4% nel mese di luglio.



FONTE: Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19

Distribuzione percentuale delle varianti identificate per settimana

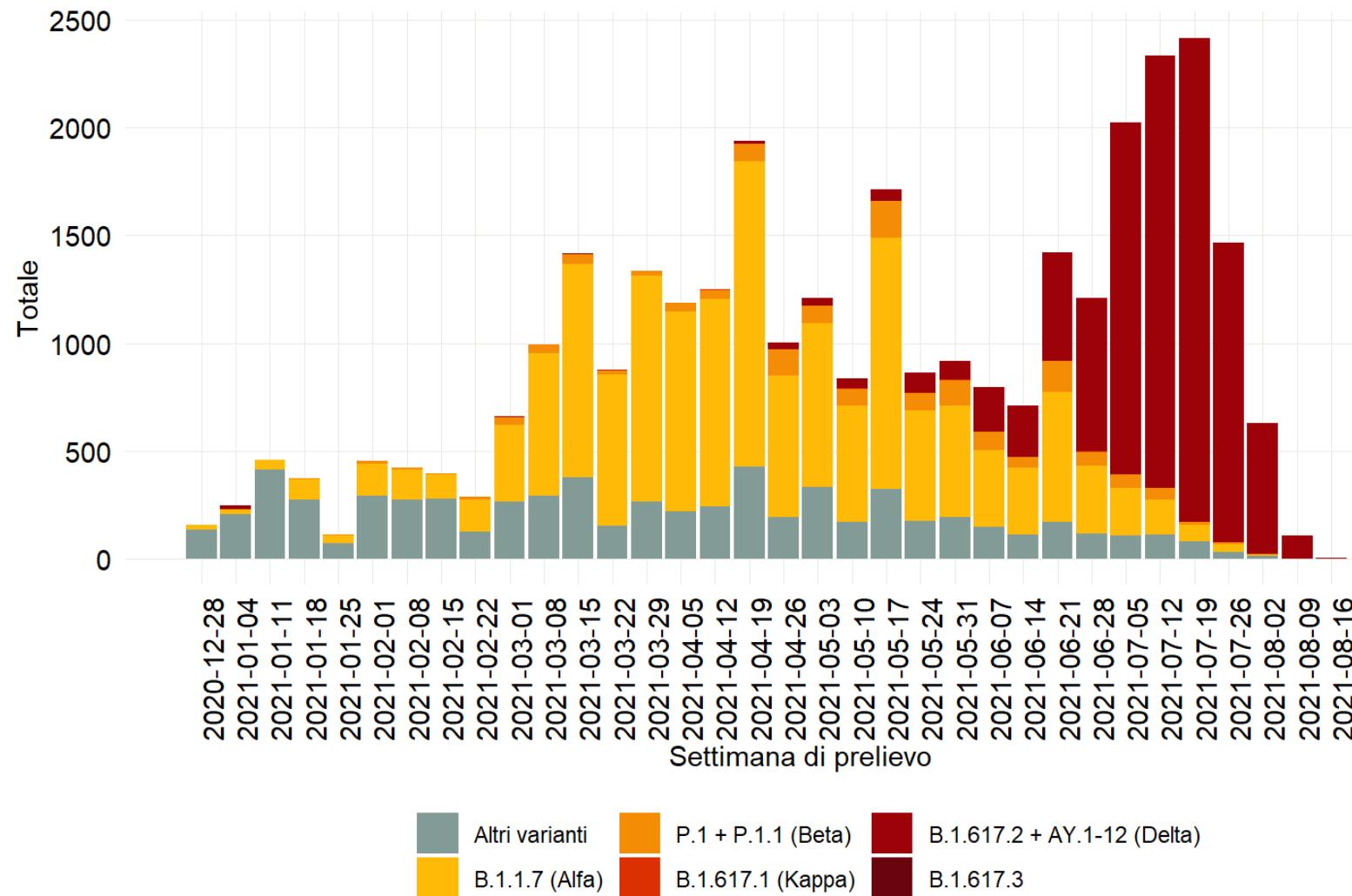


La **variante delta** (lignaggio B.1.617.2) in Italia continua ad essere la variante prevalente sul territorio nazionale.

Nuovi casi di infezione causati dalla **variante delta** sono stati segnalati in tutte le Regioni/PPAA.

Dati non consolidati dopo linea tratteggiata

Andamento delle principali VOC identificate dal software della piattaforma I-Co-Gen per settimana di campionamento, Italia, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021



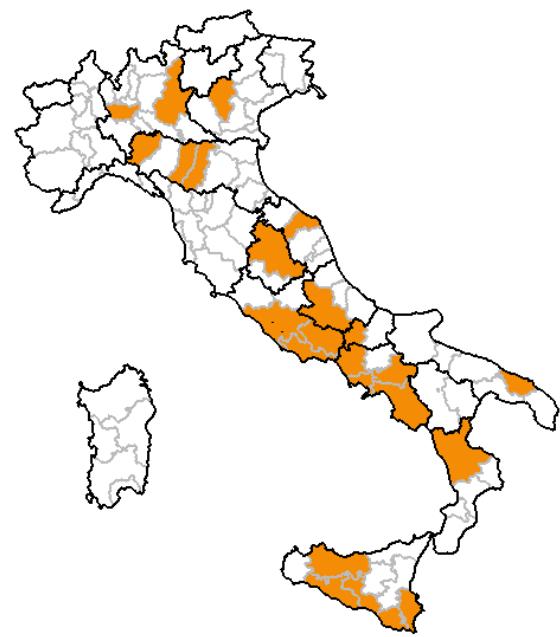
Province con almeno un caso di COVID-19 da variante VOC per provincia di diagnosi - ultimi 45 giorni



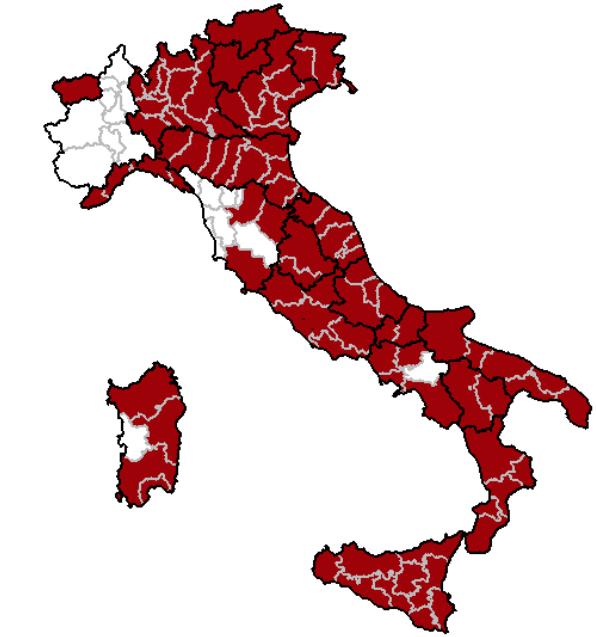
70 province con presenza
lignaggio B.1.1.7
dal 05/07/2021



5 province con presenza
lignaggio B.1.351
dal 05/07/2021



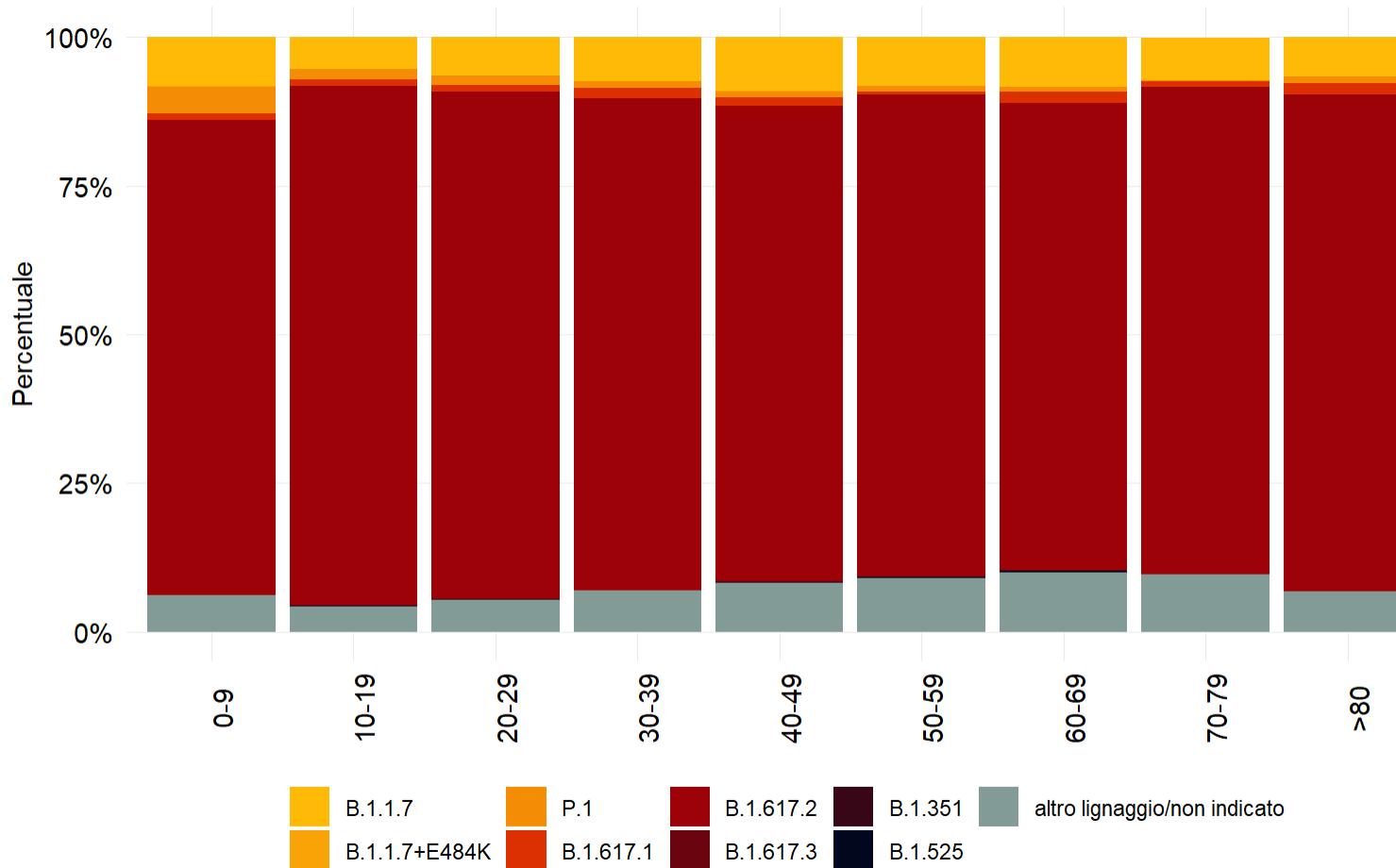
24 province con presenza
lignaggio P.1
dal 05/07/2021



90 province con presenza
lignaggio B.1.617.2
dal 05/07/2021

Informazioni parziali per Liguria e Piemonte a causa di problemi tecnici

Distribuzione delle varianti per fascia d'età ultimi 45 giorni



Si osservano casi di infezione causati dalla variante delta in tutte le fasce di età.

FONTE: Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19

Analisi del rischio e scenario per Regione/PA

09– 15 agosto 2021 (18 agosto 2021),
analisi dell'occupazione dei PL attivi aggiornata al 17 agosto 2021

Fonte: Cabina di Regia

Analisi del rischio e scenario per Regione/PA

Regione/PA	Stima di Rt- puntuale (calcolato al 04/08/2021)	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissons*	Classificazione complessiva di rischio
Abruzzo	1.16 (CI: 1.04-1.29)	2	Moderata
Basilicata	1.24 (CI: 0.89-1.7)	1	Moderata
Calabria	1.09 (CI: 0.94-1.25)	1	Moderata
Campania	1.28 (CI: 1.22-1.35)	2	Moderata
Emilia-Romagna	1.07 (CI: 1.03-1.11)	2	Moderata
FVG	1.15 (CI: 1.04-1.25)	2	Moderata
Lazio	0.78 (CI: 0.75-0.82)	1	Bassa
Liguria	1.04 (CI: 0.96-1.12)	1	Moderata
Lombardia	0.99 (CI: 0.95-1.03)	1	Bassa
Marche	1.8 (CI: 1.6-2.01)	4	Moderata
Molise	0.27 (CI: 0.06-0.6)	1	Moderata
Piemonte	0.99 (CI: 0.91-1.07)	1	Moderata
PA Bolzano/Bozen	0.96 (CI: 0.78-1.15)	1	Moderata
PA Trento	1 (CI: 0.85-1.19)	1	Moderata
Puglia	1.34 (CI: 1.25-1.42)	3	Moderata
Sardegna	0.95 (CI: 0.89-1.01)	1	Moderata
Sicilia	1.16 (CI: 1.12-1.2)	2	Moderata ad alta probabilità di progressione
Toscana	1.18 (CI: 1.12-1.22)	2	Moderata
Umbria	0.94 (CI: 0.86-1.02)	1	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	2.21 (CI: 1.73-2.77)	4	Moderata
Veneto	0.98 (CI: 0.94-1.02)	1	Bassa

Headline della Cabina di Regia (18 agosto 2021)

L'incidenza settimanale a livello nazionale è stabile e si mantiene sopra la soglia di 50 casi settimanali per 100.000 abitanti.

18 Regioni/PPAAA sono classificate a rischio epidemico moderato, le restanti 3 sono classificate a rischio basso.

L'attuale impatto della malattia COVID-19 sui servizi ospedalieri è in aumento ma, complessivamente, ancora al di sotto delle soglie di allerta.

La trasmissibilità stimata sui soli casi ospedalizzati è sopra la soglia epidemica.

Headline della Cabina di Regia (18 agosto 2021)

*La **circolazione della variante delta** è largamente prevalente in Italia.*

Questa variante è dominante nell'Unione Europea ed associata ad un aumento nel numero di nuovi casi di infezione anche in paesi con alta copertura vaccinale.

Una più elevata copertura vaccinale ed il completamento dei cicli di vaccinazione rappresentano gli strumenti principali per prevenire ulteriori recrudescenze di episodi di aumentata circolazione del virus sostenute da varianti emergenti con maggiore trasmissibilità.

È opportuno realizzare un capillare tracciamento e contenimento dei casi, mantenere elevata l'attenzione ed applicare e rispettare misure e comportamenti per limitare l'ulteriore aumento della circolazione virale.

Prevalenza e distribuzione delle varianti di SARS-CoV-2 di interesse per la sanità pubblica in Italia

Rapporto n. 7 del 20 agosto 2021

(dati aggiornati al 16 agosto 2021)

In evidenza

- ✓ Continua ad aumentare in Italia la capacità di genotipizzare/sequenziare campioni clinici positivi per SARS-CoV-2. Complessivamente, da inizio anno oltre il 2% dei tamponi relativi a nuovi casi di infezione confermata da virus SARS-CoV-2 riportati al sistema di sorveglianza integrata COVID-19 è stato genotipizzato/sequenziato con un continuo incremento nel tempo. Nel mese di luglio, nonostante l'aumento dei casi registrati su tutto il territorio nazionale, è stato sequenziato/genotipizzato il 10% dei casi.
- ✓ Negli ultimi 45 giorni (3 luglio – 16 agosto 2021), aumentano i casi di infezione da SARS-CoV-2 con genotipizzazione/sequenziamento segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19: un totale di 9.842 rispetto ai 7.739 riportati nel periodo precedente (19 giugno – 2 agosto 2021).
 - In questo periodo di riferimento, il numero di segnalazioni di casi causati dalla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2) in Italia è ancora superiore al numero di segnalazioni per tutte le altre varianti monitorate. Nuovi casi di infezione causati dalla **variante delta** sono stati segnalati in quasi tutte le province italiane.
 - La frequenza dei casi causati dalla **variante alfa** è in forte diminuzione, come anche la loro diffusione territoriale.
 - Anche la frequenza di casi causati dalla **variante gamma** (lignaggio P.1) è in diminuzione, con una diffusione maggiore in alcune Regioni/PPAA italiane.
- ✓ Dal 29 aprile 2021 è attiva la piattaforma per la sorveglianza genomica delle varianti di SARS-CoV-2 (**I-Co-Gen**), sviluppata e coordinata dall'ISS. La piattaforma consente di raccogliere e analizzare le sequenze identificate sul territorio nazionale e dialogare con le piattaforme internazionali.
 - Il modulo, dedicato all'analisi e condivisione dei dati di sequenziamento del SARS-CoV-2 a livello nazionale, conta ad oggi più di 37.000 sequenze.
 - Nell'ambito della piattaforma sono stati identificati oltre 100 lignaggi che, ad oggi, non sono ancora oggetto di monitoraggio da parte del Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19.
 - La percentuale di sequenze ascrivibili alla **variante delta**, sul totale dei sequenziamenti depositati in I-Co-Gen, era pari all'86,8% nel mese di luglio fino a rappresentare il **96,2%** dal 1 al 16 agosto (dati al 16 agosto 2021).
 - Negli ultimi 45 giorni fra i lignaggi non oggetto di monitoraggio da parte del Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, ed identificati in I-Co-Gen, l'1% è rappresentato da VUM (Variant under Monitoring – lignaggi: B.1.1.318, C36+L452R.), mentre il 3,7% da VOI (Variant of Interest – lignaggi: B.1.620, B.1.621, C.37 - cosiddetta variante lambda e P.3).

In conclusione:

- ✓ La **variante delta** del virus SARS-CoV-2, dominante nell'Unione Europea, è prevalente anche in Italia con una diffusione territoriale in aumento. Il numero di nuovi casi segnalati in Italia causati dalle varianti **alfa** e **gamma** è in diminuzione.
- ✓ La **variante delta** è caratterizzata da una maggiore trasmissibilità rispetto alla variante alfa (tra il 40% e il 60%) e risulta associata ad un elevato rischio di infezione negli individui parzialmente vaccinati o non vaccinati.
- ✓ È necessario continuare a monitorare con grande attenzione la circolazione delle varianti di SARS-CoV-2 ed in particolare la presenza di mutazioni riconducibili ad una maggiore trasmissibilità e/o associate ad una potenziale capacità di evadere la risposta del sistema immunitario.

Sommario

1. Segnalazioni di casi di infezione causati da varianti di SARS-CoV-2 di interesse per la sanità pubblica sul territorio nazionale (dati dal Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, dell'ISS).....	3
2. Piattaforma per la sorveglianza genomica delle varianti di SARS-CoV-2.....	10
3. Note di lettura.....	17

Il presente rapporto descrive i dati sulle varianti di SARS-CoV-2 circolanti in Italia, provenienti dal **Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19** coordinata dall'ISS (periodo **28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021**, con approfondimenti per il periodo **3 luglio – 16 agosto 2021**) e dalla piattaforma open-source **I-Co-Gen (Italian COVID-19 Genomic)**, sviluppata dall'ISS ed attiva dal **29 aprile 2021**.

Segnalazioni di casi di infezione causati da varianti di SARS-CoV-2 di interesse per la sanità pubblica sul territorio nazionale (dati dal Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, dell'ISS).

Nel periodo dal **28 dicembre 2020 al 16 agosto 2021**, sono stati segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19 un totale di **46.952** casi di infezione da SARS-CoV-2 con genotipizzazione su un totale di 2.351.032 casi notificati (pari al 2%). Nel mese di luglio 2021 risulta essere stato genotipizzato/sequenziato il 10,0% dei tamponi effettuati su tutti i casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 riportati al sistema di sorveglianza integrata COVID-19, con un picco del 27,9% nella settimana dal 5 luglio all'11 luglio 2021. Il non completo consolidamento dei dati del mese di agosto rende tale dato ancora provvisorio.

Sebbene non sia aumentata la percentuale di tamponi genotipizzati/sequenziati rispetto al mese di giugno*, si osserva un forte aumento nel numero assoluto di genotipizzazioni/sequenziamenti effettuati; si è passati, infatti, dai 4.184 casi genotipizzati/sequenziati di giugno ai 9.845 di luglio, mese in cui è stato osservato un aumento di casi diagnosticati sul territorio nazionale.

L'andamento dei casi di infezione da SARS-CoV-2 genotipizzati/sequenziati, riportati al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, è influenzato dalla percentuale dei campioni genotipizzati da ciascuna Regione/PA (vedere note di lettura) e dalle indagini rapide di stima di prevalenza (flash surveys; indagine più recente del **20 luglio 2021** e disponibile al seguente [link](#)) condotte su una percentuale stabilita di campioni prelevati in uno stesso giorno in tutte le Regioni/PPAA.

Seppur con oscillazioni settimanali legate all'andamento epidemico, e al netto dei picchi di genotipizzazione/sequenziamento in coincidenza delle indagini di prevalenza, evidenziate dalle linee tratteggiate, si continua ad osservare una sempre maggiore **capacità di genotipizzare/sequenziare in Italia** con un ulteriore aumento nel numero di genotipizzazioni riportate a partire dal mese di giugno 2021 (**Figura 1**). I dati delle ultime settimane, contrassegnati dal riquadro grigio, sono parziali e, quindi, non devono essere interpretati come definitivi.

* Nel mese di giugno 2021 la percentuale di genotipizzazione/sequenziamento è stata pari al 10,5%

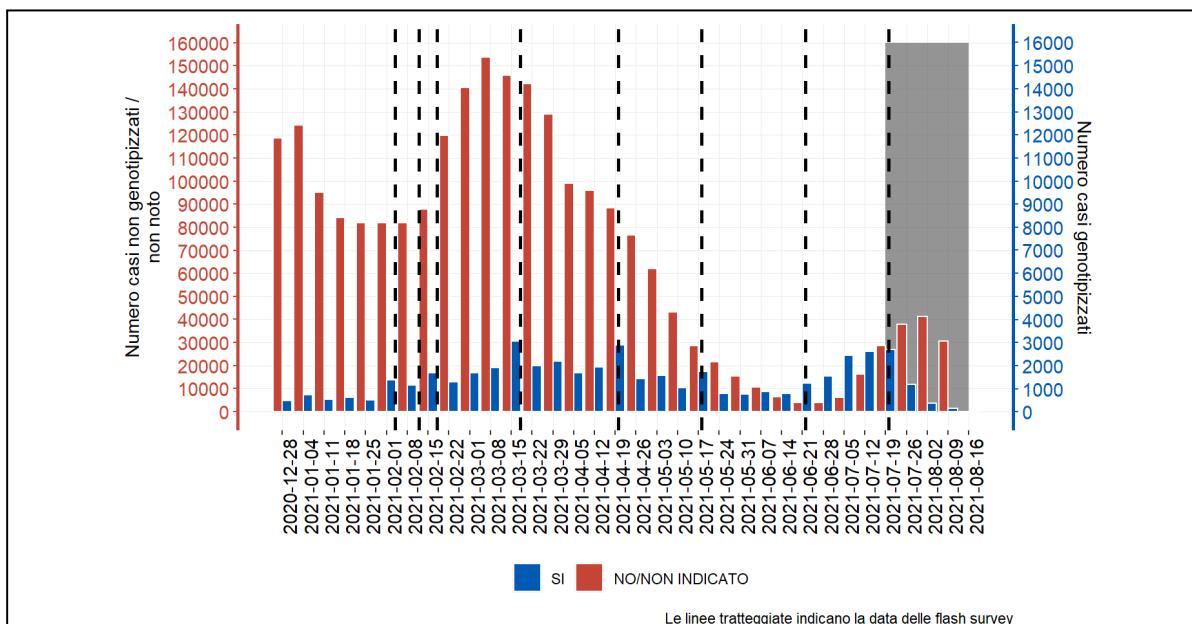


Figura 1 – Numero di casi di infezione confermata da SARS-CoV-2, riportati al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, per settimana di prelievo/diagnosi per cui sia stata effettuata (blu) o meno (rosso) una genotipizzazione, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021. Il box grigio indica che i dati relativi all'ultimo mese sono ancora incompleti e non consolidati.

Frequenza e diffusione delle varianti di interesse sanitario in Italia

Se complessivamente, dal 28 dicembre 2020, nella maggior parte dei casi sequenziati/genotipizzati (57,9%) è stata individuata la **variante alfa** (lignaggio B.1.1.7), negli ultimi 45 giorni (3 luglio – 16 agosto 2021) si osserva una predominanza della **variante delta** (lignaggio B.1.617.2) (**Tabella 1**). Nel periodo più recente, infatti, a conferma di quanto osservato nell'ultima indagine rapida (20 luglio 2021), il numero di segnalazioni di casi causati dalla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2) in Italia (n=8.111; 82,4%) ha superato nettamente quelli causati dalla **variante alfa** (n=779; 7,9%) (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Frequenza di genotipizzazione/sequenziamento per variante di SARS-CoV-2, Italia, dati cumulativi (periodo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021) e relativi agli ultimi 45 giorni (3 luglio – 16 agosto 2021).

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Numero casi (cumulativi)*	% (cumulativi)*	Numero casi (ultimi 45 gg)**	% ultimi 45 gg**
Alfa	B.1.1.7	27.188	57,9	779	7,9
	B.1.1.7 + E484K	70	0,1	6	0,1
Beta^a	B.1.351	283	0,6	8	0,1
Gamma^b	P.1	2.801	6,0	176	1,8
Delta^c	B.1.617.2	10.281	21,9	8.111	82,4
Eta	B.1.525	424	0,9	7	0,1
Kappa	B.1.617.1	191	0,4	133	1,3
ND^d	B.1.617.3	6	<0,1	5	0,1
ND^{d,e}	P.2	5	<0,1	0	0,0
	Altro lignaggio /non indicato^f	5.703	12,1	617	6,2
Totale		46.952	100	9.842	100

* periodo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021; ** periodo 3 luglio – 16 agosto 2021

a: la variante beta include i sottolignaggi B.1.351.2, B.1.351.3

b: la variante gamma include i sottolignaggi P.1.1, P.1.2.

c: la variante delta include i sottolignaggi AY.1, AY.2, AY.3

d: non disponibile

e: precedentemente "zeta"

f: si intende un caso genotipizzato appartenente ad altro lignaggio oppure ad un lignaggio non indicato dalle Regioni/PA.

Come riportato in **Figura 2**, nel periodo in esame, coerentemente con quanto mostrato dall'ultima indagine rapida del 20 luglio e dal precedente rapporto del **6 agosto 2021** ([raggiungibile al seguente indirizzo](#)), le **varianti alfa** (lignaggio B.1.1.7), **delta** (B.1.617.2) e, in parte, **gamma** (P.1) hanno causato la percentuale più alta di casi di infezione da SARS-CoV-2 genotipizzati/sequenziati riportati nel sistema di sorveglianza ogni settimana. I dati delle ultime settimane, contrassegnati dal riquadro grigio, sono parziali e quindi non devono essere interpretati come una riduzione nel numero di varianti di SARS-CoV-2 circolanti nel Paese.

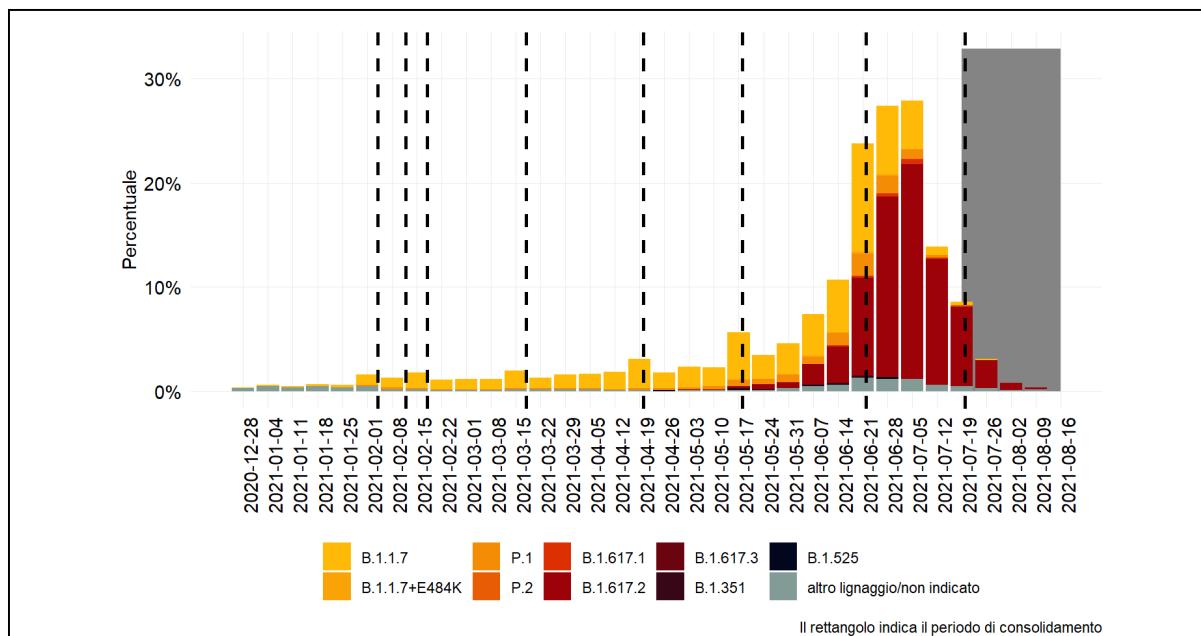


Figura 2 – Percentuale di casi di infezione da SARS-CoV-2 genotipizzati e indicati per lignaggio, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021.

La **Figura 3** riporta lo stesso dato espresso come percentuale relativa e permette di visualizzare la distribuzione delle varianti monitorate nella Sorveglianza Integrata COVID-19 per settimana.

Entrambi i grafici evidenziano un aumento netto della proporzione di casi genotipizzati/sequenziati attribuibili alla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2) e, contestualmente, una sempre più rapida riduzione della proporzione di casi attribuibili alla **variante alfa** (lignaggio B.1.1.7) e **gamma** (P.1). Oltre a ciò, nell'ultimo periodo si può notare anche in leggero aumento la **variante kappa** (lignaggio B.1.617.1).

La percentuale, sul totale di genotipizzazioni, di casi riconducibili alla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2), è risultata pari al 5,1% nel mese di maggio 2021, ha raggiunto quota del 34,1% nel mese di giugno e dell'82,0% nel mese di luglio 2021. I dati relativi al mese di agosto sono da considerarsi ancora in fase di consolidamento, con una genotipizzazione ancora in corso, e pertanto non completamente attendibili.

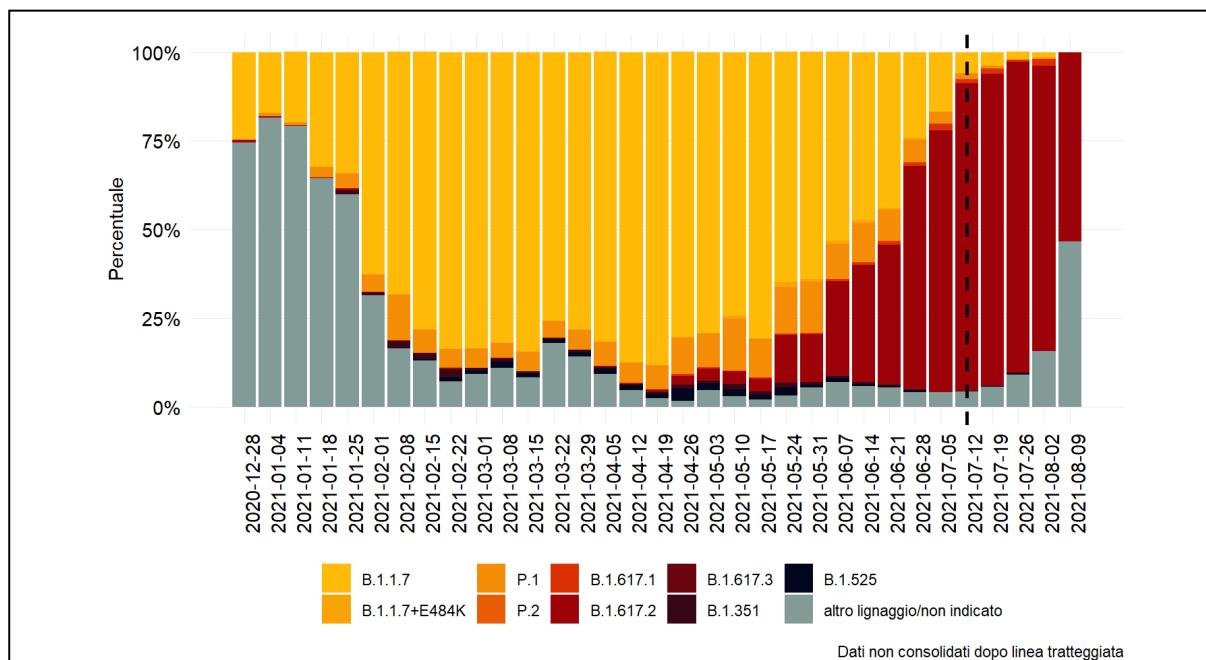


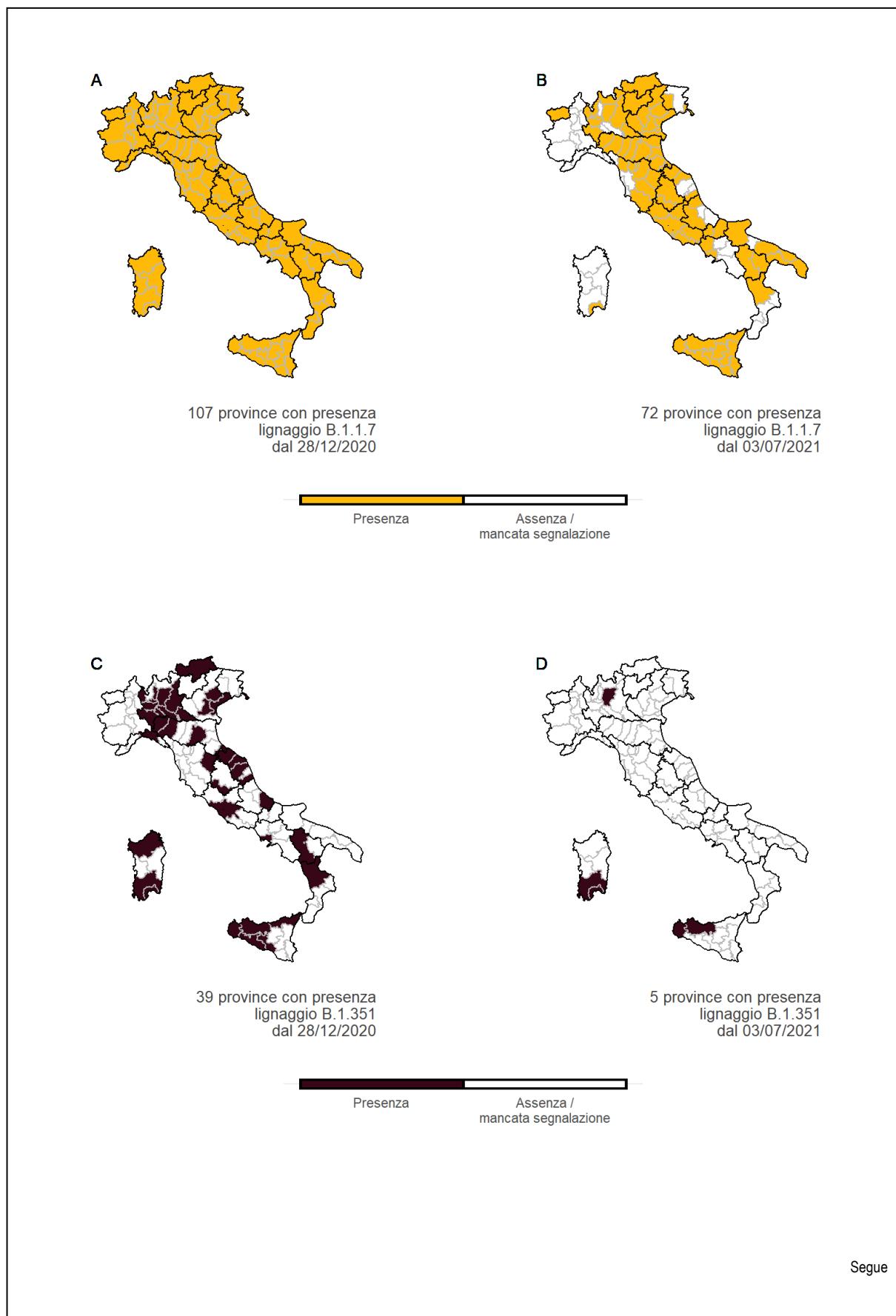
Figura 3 - Distribuzione percentuale delle varianti monitorate nella Sorveglianza Integrata COVID-19 per settimana. Italia, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021.

La **Figura 4** mostra la distribuzione geografica delle 4 varianti individuate dall'OMS come **VOC** (Variants of Concern): **alfa** (B.1.1.7), **beta** (B.1.351), **gamma** (P.1), **delta** (B.1.617.2). Nelle mappe vengono messe in evidenza tutte le province che hanno segnalato almeno un caso di infezione causata da una variante di SARS-CoV-2 di interesse per la pubblica sanità nei periodi 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021 e 3 luglio 2021 – 16 agosto 2021. Il colore bianco, attribuito ad alcune province, può indicare sia l'assenza di casi di varianti sia una mancata segnalazione da parte della Regione/PA al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19 dell'ISS, come nel caso delle Regioni Liguria e Piemonte, per le quali i risultati delle genotipizzazioni effettuate nell'ultimo periodo trovano riscontro solo parzialmente nel Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19 a causa di problemi tecnici.

Dal mese di dicembre ad oggi, la **variante alfa** (lignaggio B.1.1.7) risulta essere la più diffusa sul territorio (**Figura 4A**), essendo stata riportata in tutte le province italiane. Tuttavia, per la prima volta, si osserva una maggiore diffusione geografica della **variante delta** (B.1.617.2) (**Figura 4H**) rispetto alla **variante alfa** (**Figura 4B**) negli ultimi 45 giorni. Coerentemente con quanto mostrato nel precedente rapporto del 6 agosto 2021, casi di **variante gamma** (lignaggio P.1) sono stati riportati, nell'ultimo periodo, in diverse province dell'Italia centro/meridionale (**Figura 4F**), mentre sono stati individuati pochi casi sporadici di **variante beta** (lignaggio B.1.351) in un numero limitato di provincie italiane (**Figura 4D**).

Negli ultimi 45 giorni (dal 3 luglio al 16 agosto 2021), la maggior parte dei casi d'infezione causati da varianti di SARS-CoV-2 di interesse sanitario rilevate dal Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, sono stati **contratti sul territorio italiano**. Si segnala che il 6,6% delle infezioni associate alla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2) e il 4% associate alla **variante alfa** (lignaggio B.1.1.7) sono state contratte all'estero (**Tabella 2**).

La distribuzione delle infezioni causate dalle varianti virali sotto sorveglianza riflette la prevalenza sul territorio nazionale senza evidenti differenze per sesso (**Tabella 3**).



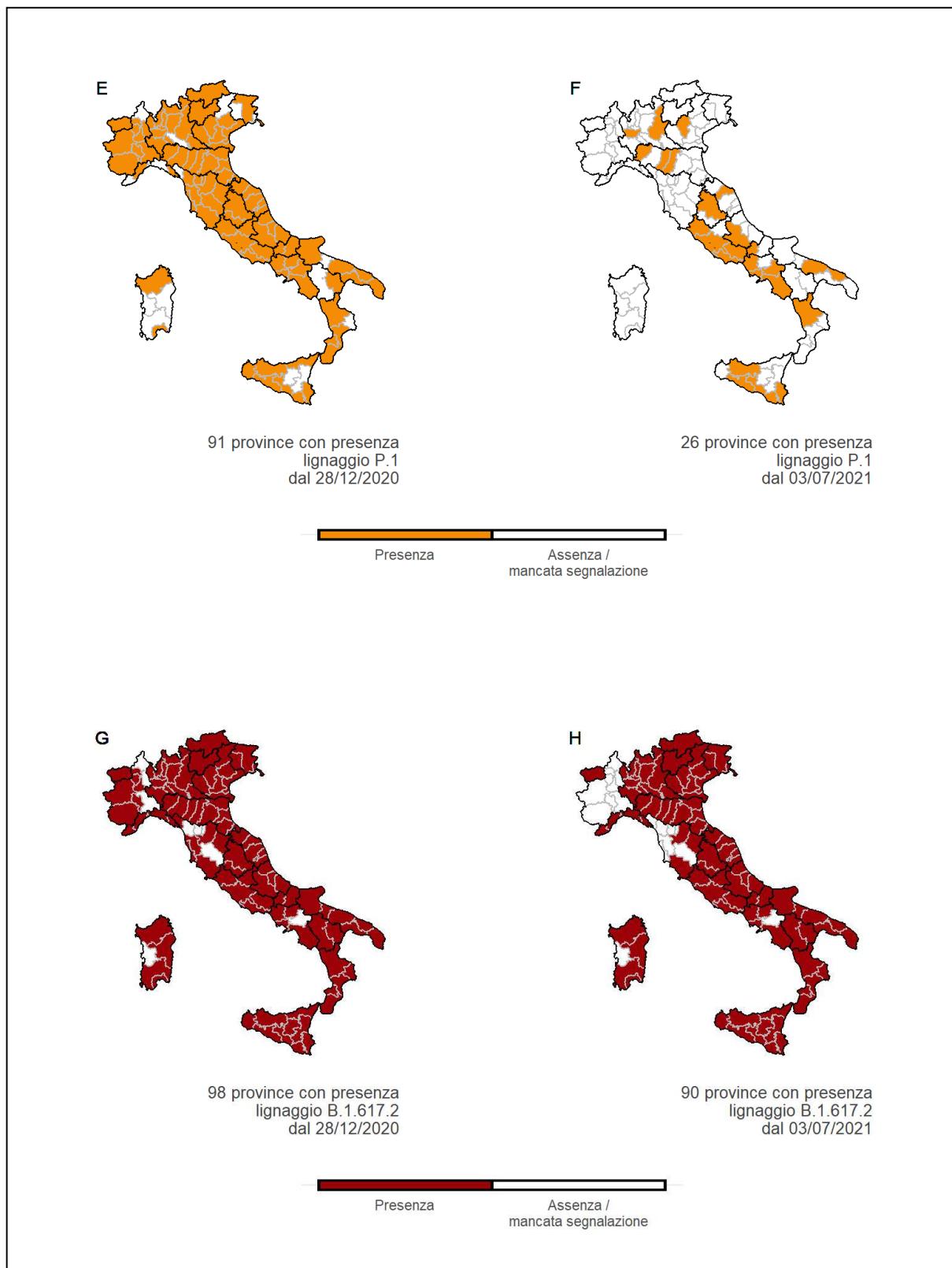


Figura 4 – Province italiane in cui è stato segnalato almeno un caso di infezione da SARS-CoV-2 causato dalla variante alfa (lignaggio B.1.1.7) (A - B), dalla variante beta (lignaggio B.1.351) (C - D), dalla variante gamma (lignaggio P.1) (E - F), dalla variante delta (lignaggio B.1.617.2) (G - H); Italia, 28 dicembre 2020-16 agosto 2021, 3 luglio 2021 – 16 agosto 2021.

Tabella 2 - Numero e percentuale di casi di infezione causati da varianti di SARS-CoV-2 di interesse sanitario per luogo di infezione, Italia, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021, 3 luglio - 16 agosto 2021.

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Dati cumulativi*				Ultimi 45 gg**			
		Caso autoctono		Caso importato		Caso autoctono		Caso importato	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Alfa	B.1.1.7	26.944	99,1	244	0,9	748	96,0	31	4,0
	B.1.1.7 + E484K	70	100,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0
Beta^a	B.1.351	272	96,1	11	3,9	7	87,5	1	12,5
Gamma^b	P.1	2.770	98,9	31	1,1	171	97,2	5	2,8
Delta^c	B.1.617.2	9.533	92,7	748	7,3	7.576	93,4	535	6,6%
Eta	B.1.525	360	84,9	64	15,1	5	71,4	2	28,6%
Kappa	B.1.617.1	189	99,0	2	1,0	133	100,0	0	0,0
ND^d	B.1.617.3	6	100,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0
ND^{d,e}	P.2	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Altro lignaggio/non indicato ^f	5.562	97,5	141	2,5	584	94,7	33	5,3

* periodo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021; ** periodo 3 luglio – 16 agosto 2021

a: la variante beta include i sottolignaggi B.1.351.2, B.1.351.3

b: la variante gamma include i sottolignaggi P.1.1, P.1.2.

c: la variante delta include i sottolignaggi AY.1, AY.2, AY.3

d: non disponibile

e: precedentemente “zeta”

f: si intende un caso genotipizzato appartenente ad altro lignaggio oppure ad un lignaggio non indicato dalle Regioni/PA.

Tabella 3 – Casi di infezione da SARS-CoV-2 causati da varianti di interesse sanitario, Italia, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021, 3 luglio - 16 agosto 2021. Distribuzione per sesso e variante.

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Dati cumulativi*				Ultimi 45 gg**			
		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Alfa	B.1.1.7	13.601	59,7	13.587	56,2	346	7,8	433	8,0
	B.1.1.7 + E484K	33	0,1	37	0,2	1	<0,1	5	0,1
Beta^b	B.1.351	134	0,6	149	0,6	7	0,2	1	<0,1
Gamma^c	P.1	1.370	6,0	1.431	5,9	83	1,9	93	1,7
Delta^d	B.1.617.2	4.588	20,1	5.693	23,6	3.629	82,2	4.482	82,5
Eta	B.1.525	173	0,8	251	1,0	4	0,1	3	0,1
Kappa	B.1.617.1	78	0,3	113	0,5	52	1,2	81	1,5
ND^a	B.1.617.3	4	<0,1	2	<0,1	3	0,1	2	<0,1
ND^{a,e}	P.2	1	<0,1	4	<0,1	0	0,0	0	0,0
	Altro lignaggio/non indicato ^f	2.800	12,3	2.903	12,0	286	6,5	331	6,1
Totale		22.782	100	24.170	100	4.411	100	5.431	100

* periodo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021; ** periodo 3 luglio – 16 agosto 2021

a: la variante beta include i sottolignaggi B.1.351.2, B.1.351.3

b: la variante gamma include i sottolignaggi P.1.1, P.1.2.

c: la variante delta include i sottolignaggi AY.1, AY.2, AY.3

d: non disponibile

e: precedentemente “zeta”

f: si intende un caso genotipizzato appartenente ad altro lignaggio oppure ad un lignaggio non indicato dalle Regioni/PA.

La distribuzione per fascia di età (**Figura 5**) evidenzia come in tutte le età siano più frequenti casi di infezione causati dalla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2) di SARS-CoV-2. Per la prima volta non si osserva una percentuale maggiore di casi di infezione da **variante gamma** (lignaggio P.1) nei soggetti di età superiore a 80 anni.

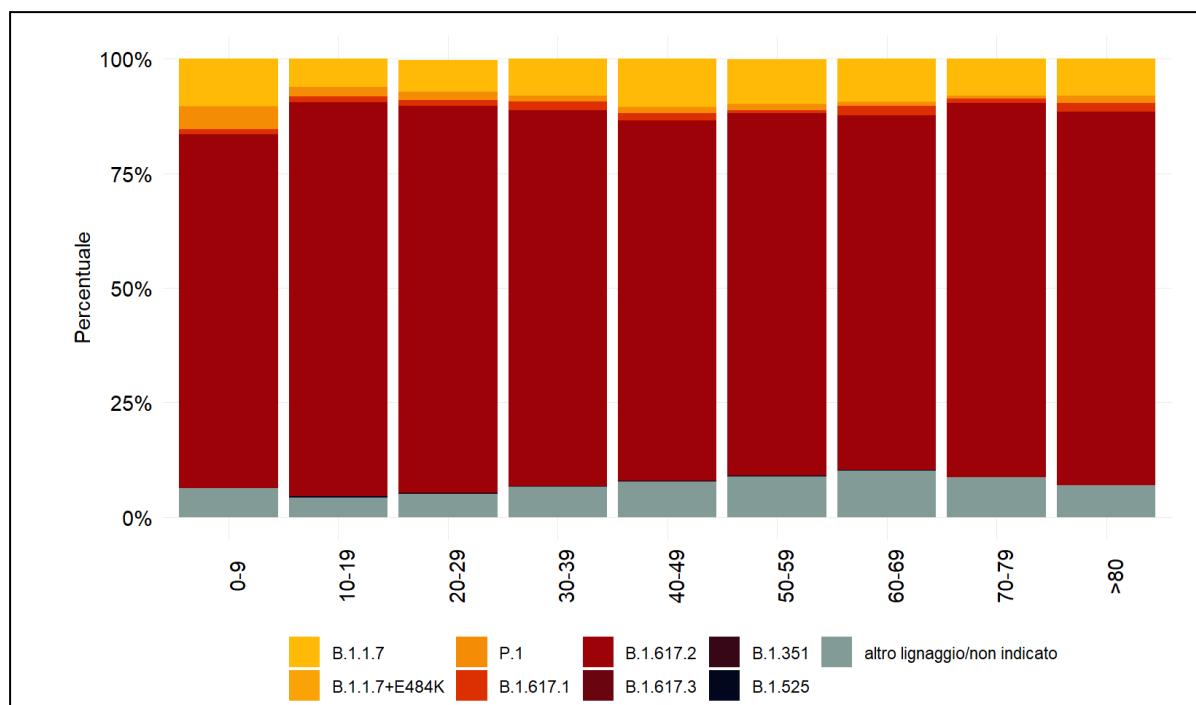


Figura 5 - Casi di infezione da SARS-CoV-2 causati da varianti di interesse sanitario, Italia, 3 luglio – 16 agosto 2021. Distribuzione per fascia di età e variante.

Piattaforma per la sorveglianza genomica delle varianti di SARS-CoV-2

La piattaforma **I-Co-Gen** (ITALIAN-COVID19-GENOMIC) sviluppata dall'ISS è attiva dal 29 aprile 2021, è basata su un'infrastruttura collaborativa per la raccolta, analisi e condivisione dei dati di sequenziamento genomico di rilevanza nazionale (<https://irida.iss.it>).

L'infrastruttura su cui è sviluppata I-Co-Gen consente la sottomissione facilitata delle sequenze a GISAID, la piattaforma internazionale di condivisione delle sequenze di SARS-CoV-2, con associazione automatica del codice registrato per evitare un doppio lavoro ai centri di sequenziamento. Ad oggi 8.138 sequenze sono state inviate a GISAID utilizzando il servizio incorporato nella piattaforma I-Co-Gen.

Alla data del 16 agosto 2021 risultano accreditati per il caricamento/analisi e visualizzazione dei dati nella piattaforma I-Co-Gen, 68 utenti da 61 strutture sul territorio, a cui vanno aggiunti sei utenti abilitati alla sola visualizzazione dei dati contenuti sulla piattaforma.

Le sequenze presenti nella piattaforma I-Co-Gen fino alla data del 16 agosto 2021 (data ultimo accesso alla piattaforma per la redazione del presente rapporto) sono 37.250 (**Figura 6A, 6B**).

Nella piattaforma vengono inseriti dati di sequenziamento NGS, sia sotto forma di dati grezzi che sequenze consensus dell'intero genoma virale, unitamente a dati di sequenziamento ottenuti mediante il metodo di sequenziamento Sanger di una parte o di tutto il gene codificante la proteina Spike (gene S). La percentuale di sequenze prodotte mediante NGS è pari al 90,6% (72,4% consensus prodotte dai laboratori e 18,2% dati grezzi con ricostruzione della sequenza consensus mediante il software che opera nella piattaforma I-Co-Gen), mentre il 9,4% del totale rappresenta sequenze del gene S prodotte mediante tecnica Sanger.

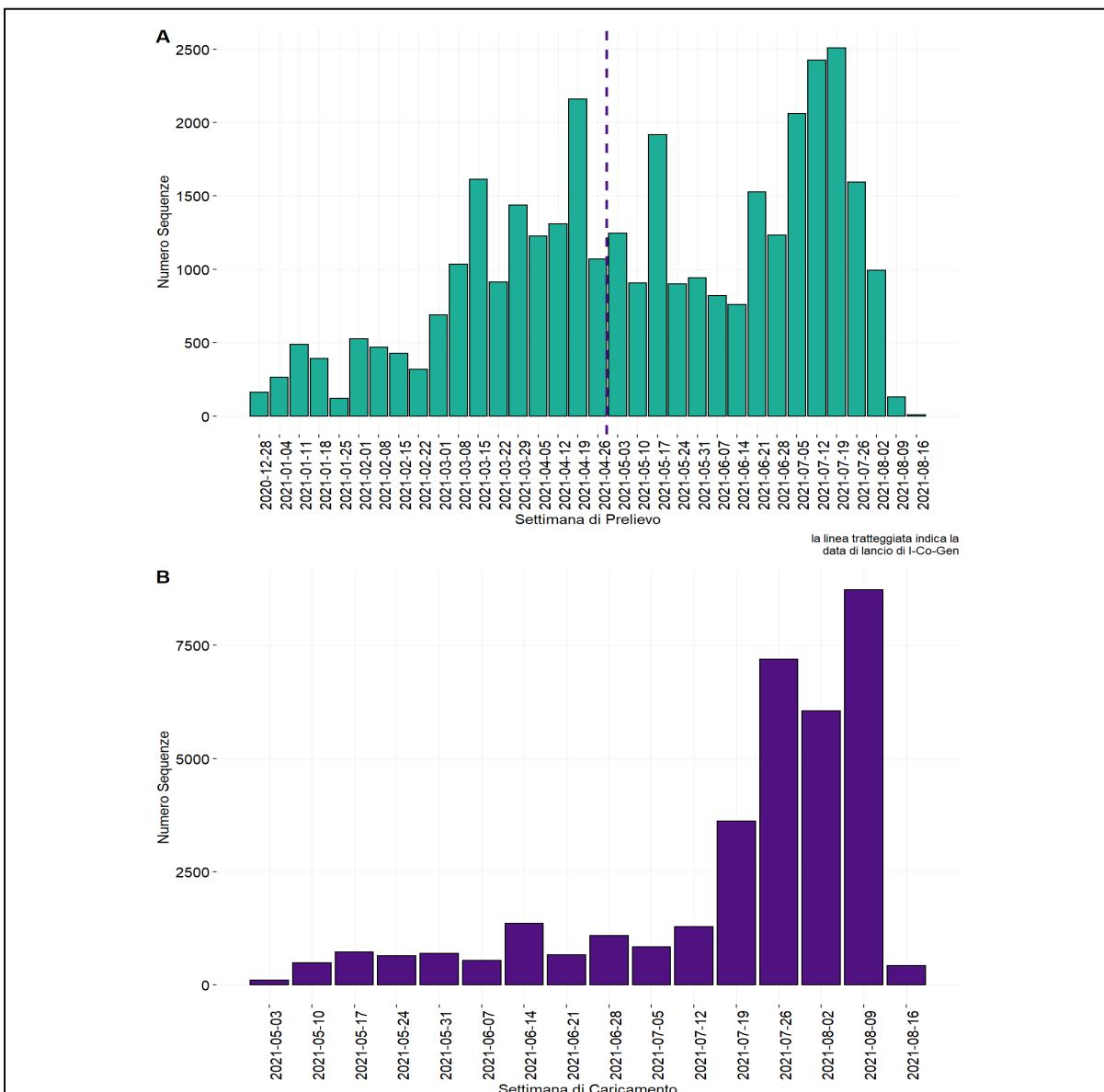


Figura 6 - Numero di sequenze depositate nella piattaforma I-Co-Gen per settimana di prelievo del campione, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021 (A). Numero di sequenze depositate sulla piattaforma I-Co-Gen per data di caricamento, dall'inizio della raccolta nazionale (03 maggio 2021) alla data di estrazione dei dati (16 agosto 2021) (B).

L'assegnazione dei lignaggi, legata alla qualità del dato caricato in piattaforma, è stata possibile per 32.621 sequenze su un totale di 34.586 sequenze ottenute da tamponi raccolti tra il 28 dicembre 2020 e il 16 agosto 2021.

Dal mese di luglio si è osservato un aumento della percentuale di sequenze appartenenti alla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2 + AY.1-12) depositate sulla piattaforma I-Co-Gen (**Tabella 4**). Tale incremento appare ancora più evidente se si analizzano i numeri delle sequenze in base alla data di prelievo del campione. Le sequenze ottenute da tamponi effettuati negli ultimi 45 giorni sono 9.570, di cui l'88,7% (8.491) ha prodotto sequenze di SARS-CoV-2 appartenenti alla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2 + AY.1-12).

Tabella 4 - Frequenza delle varianti di SARS-CoV-2 monitorate dal Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19 e di altri lignaggi rilevanti per la Sanità pubblica identificati dal software che opera nella piattaforma I-Co-Gen, dati riferiti ai campioni con data di prelievo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021. La Tabella mostra i dati in percentuale in relazione al numero dei sequenziamenti depositati in I-Co-Gen (dati cumulativi e ultimi 45 giorni).

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Numero sequenze (cumulativi)*	% (cumulativi)*	Numero sequenze (ultimi 45 giorni)**	% (ultimi 45 giorni)**
Alfa^a	B.1.1.7	14.033	43,02	552	5,77
	B.1.1.7 + E484K	28	0,09	1	0,01
	Q.1	46	0,14	1	0,01
	Q.2	976	2,99	1	0,01
Beta	B.1.351	51	0,16	6	0,06
	B.1.351.2	9	0,03	0	0,0
	B.1.351.3	39	0,12	0	0,0
Gamma	P.1	385	1,18	52	0,54
	P.1.1	1.133	3,47	108	1,13
	P.1.2	1	<0,01	0	0,0
	P.1.4	2	0,01	2	0,02
	P.1.7	290	0,89	52	0,54
Delta^a	B.1.617.2	6.066	18,60	4.648	48,57
	AY.1	1	<0,01	1	0,01
	AY.3	3	0,01	3	0,03
	AY.4	2.028	6,22	1.849	19,32
	AY.5	44	0,13	40	0,42
	AY.6	396	1,21	388	4,05
	AY.7	234	0,72	232	2,42
	AY.9	146	0,45	139	1,45
	AY.10	5	0,02	5	0,05
	AY.11	32	0,10	32	0,33
	AY.12	1.413	4,33	1.154	12,06
Eta	B.1.525	361	1,11	4	0,04
Kappa	B.1.617.1	17	0,05	1	0,01
Lambda^a	C.37	12	0,04	2	0,02
	C.37.1	4	0,01	4	0,04
ND^{b,c}	P.2	5	0,02	0	0,0
	Altri lignaggi	4.861	14,90	293	3,06
Totale		32.621	100	9.570	100

* periodo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021; ** periodo 3 luglio – 16 agosto 2021

a: classificazione recentemente proposta da Pangolin (cov-lineages.org) per i lignaggi Q.1 – 2, AY.4 – 12 e C.37.1 ma non ancora adottata da OMS

b: non disponibile

c: precedentemente “zeta”

Nelle ultime settimane, dalla data del precedente bollettino (6 agosto 2021), non sono state evidenziate nuove sequenze delta di lignaggio AY.1 mentre sono state registrate tre sequenze AY.3. Insieme alla AY.2, non registrata nel database I-Co-Gen, questi lignaggi sono una evoluzione della **variante delta** in cui sono presenti una o più mutazioni oggetto di stretta sorveglianza a causa di un loro possibile ruolo nel conferire le capacità di evasione immunitaria.

In **Figura 7**, si evidenzia l'andamento delle VOC identificate nei campioni sequenziati e depositati nella piattaforma I-Co-Gen. Si osserva che la **variante alfa** (lignaggio B.1.1.7), ha da sempre rappresentato la frazione principale dei sequenziamenti depositati (ad oggi rappresenta il 46,23% del totale). A partire dal mese di luglio tuttavia la **variante delta** (lignaggio B.1.617.2 + AY.1-12) è divenuta prevalente rispetto ad altre varianti. La **variante alfa** (lignaggio B.1.1.7) è ancora rilevata, ma ormai in significativa diminuzione, rappresentando il 5,8% delle sequenze effettuate da tamponi prelevati negli ultimi 45 giorni (**Tabella 4**).

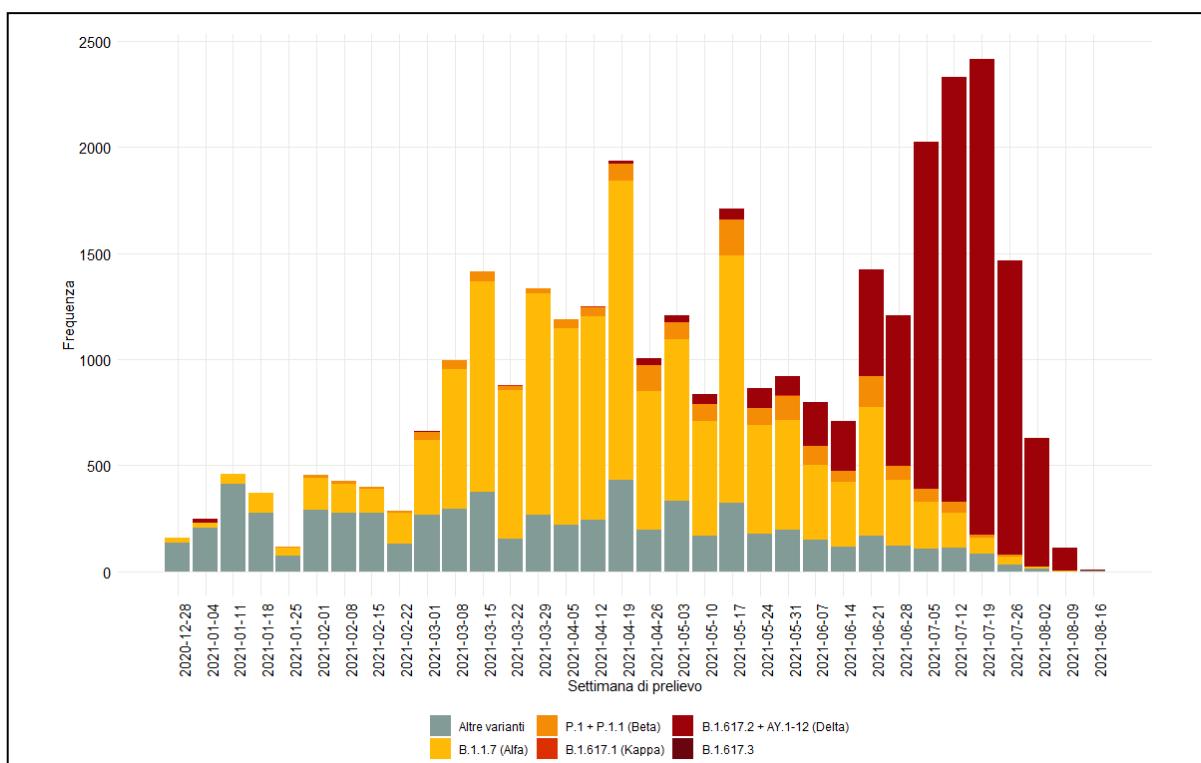


Figura 7 - Andamento delle principali VOC identificate mediante sequenziamento negli ultimi 6 mesi dal software della piattaforma I-Co-Gen, per settimana di campionamento (28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021). La variante Alfa include i campioni di lignaggio B.1.1.7 che presentano la mutazione E484K ed i sotto-lignaggi Q1 - Q2.

La **variante delta** è stata identificata in Italia per la prima volta mediante sequenziamento del SARS-CoV-2 da tamponi raccolti nel mese di gennaio 2021. Nel dettaglio, la percentuale di sequenze ascrivibili alla **variante delta** (lignaggio B.1.617.2 + AY.1-12), sul totale dei sequenziamenti depositati in I-Co-Gen, è passata da essere meno dell'1% del totale delle sequenze fino al mese di aprile, al 30,3% nel mese di giugno, all'86,8% nel mese di luglio fino a rappresentare il 96,2% dal 1 al 16 agosto (dati al 16 agosto 2021).

Il tracciamento delle varianti non monitorate dal Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, ha evidenziato la circolazione di oltre 100 lignaggi addizionali (**Tabella 5**), rappresentanti il 14,9% delle sequenze depositate in piattaforma, alcuni dei quali considerati d'interesse sanitario (VOI) o oggetto di monitoraggio a livello internazionale (VUM), sulla base di evidenze preliminari (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>).

Tabella 5 - Distribuzione dei lignaggi non oggetto di monitoraggio da parte del Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19 identificati dal software della piattaforma I-Co-Gen (Pangolin vers. 3.1.11 del 9 agosto 2021). Dati riferiti a campioni con data prelievo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021 (dati cumulativi ed ultimi 45 giorni).

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Monitoraggio	Numero sequenze (cumulativi)*	% (cumulativi)*	Numero sequenze (ultimi 45 giorni)**	% (ultimi 45 giorni)**
ND	A	ND	1822	37,48	132	45,05
ND	A.2.5	ND	1	0,02	1	0,34
ND	A.2.5.2	ND	17	0,35	0	0,0
ND	A.21	ND	1	0,02	0	0,0
ND	A.23.1	ND	4	0,08	0	0,0
ND	A.27	VUM	9	0,19	0	0,0
ND	A.28	VUM	9	0,19	0	0,0
ND	A.6	ND	1	0,02	1	0,34
ND	AH.1	ND	2	0,04	0	0,0
ND	AH.3	ND	3	0,06	0	0,0
ND	AZ.2	ND	15	0,31	0	0,0
ND	B	ND	20	0,41	3	1,02
ND	B.1	ND	129	2,65	34	11,60
ND	B.1.1	ND	79	1,63	16	5,46
ND	B.1.1.1	ND	6	0,12	0	0,0
ND	B.1.1.10	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.1.136	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.153	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.1.161	ND	6	0,12	0	0,0
ND	B.1.1.208	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.229	ND	5	0,10	0	0,0
ND	B.1.1.28	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.1.285	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.294	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.301	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.305	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.317	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.1.318	VUM	54	1,11	2	0,68
ND	B.1.1.33	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.351	ND	6	0,12	0	0,0
ND	B.1.1.353	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.1.355	ND	6	0,12	0	0,0
ND	B.1.1.371	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.372	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.1.379	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.39	ND	3	0,06	0	0,0
ND	B.1.1.398	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.1.420	ND	54	1,11	0	0,0
ND	B.1.1.519	VUM	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.1.523	ND	6	0,12	1	0,34
ND	B.1.1.525	ND	1	0,02	0	0,0

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Monitoraggio	Numero sequenze (cumulativi)*	% (cumulativi)*	Numero sequenze (ultimi 45 giorni)**	% (ultimi 45 giorni)**
ND	B.1.97	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.153	ND	5	0,10	4	1,37
ND	B.1.160	ND	155	3,19	0	0,0
ND	B.1.160.25	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.160.30	ND	3	0,06	0	0,0
ND	B.1.160.8	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177	ND	977	20,10	3	1,02
ND	B.1.177.10	ND	12	0,25	0	0,0
ND	B.1.177.12	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.15	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177.21	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177.23	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.24	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177.31	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177.33	ND	33	0,68	0	0,0
ND	B.1.177.35	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.4	ND	6	0,12	0	0,0
ND	B.1.177.43	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.51	ND	23	0,47	0	0,0
ND	B.1.177.52	ND	9	0,18	0	0,0
ND	B.1.177.53	ND	32	0,66	0	0,0
ND	B.1.177.57	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.62	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177.65	ND	3	0,06	0	0,0
ND	B.1.177.7	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177.72	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.177.75	ND	152	3,13	0	0,0
ND	B.1.177.77	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.81	ND	8	0,16	0	0,0
ND	B.1.177.83	ND	50	1,03	0	0,0
ND	B.1.177.86	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.87	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.177.88	ND	59	1,21	0	0,0
ND	B.1.2	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.214.2	VUM	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.221	ND	26	0,53	2	0,68
ND	B.1.222	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.236	ND	63	1,30	0	0,0
ND	B.1.240	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.241	ND	2	0,04	2	0,68
ND	B.1.258	ND	87	1,79	1	0,34
ND	B.1.258.14	ND	212	4,35	0	0,0
ND	B.1.258.17	ND	36	0,74	0	0,0
ND	B.1.258.3	ND	1	0,02	0	0,0

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Monitoraggio	Numero sequenze (cumulativi)*	% (cumulativi)*	Numero sequenze (ultimi 45 giorni)**	% (ultimi 45 giorni)**
ND	B.1.258.4	ND	3	0,06	0	0,0
ND	B.1.260	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.311	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.350	ND	1	0,02	1	0,34
ND	B.1.36	ND	3	0,06	0	0,0
ND	B.1.36.1	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.367	ND	19	0,39	0	0,0
ND	B.1.389	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.398	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.402	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.411	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.416	ND	4	0,08	0	0,0
Epsilon	B.1.427	ND	1	0,02	0	0,0
Epsilon	B.1.429	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.467	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.499	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.517	ND	1	0,02	0	0,0
Iota	B.1.526	VUM	6	0,12	0	0,0
ND	B.1.540	ND	14	0,29	1	0,34
ND	B.1.566	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.575	ND	4	0,08	1	0,34
ND	B.1.575.1	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.575.2	ND	3	0,06	0	0,0
ND	B.1.619	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.1.620	VOI	60	1,23	1	0,34
ND	B.1.621	VOI	60	1,23	7	2,37
ND	B.1.621.1	ND	18	0,37	6	2,03
ND	B.1.628	ND	1	0,02	0	0,0
ND	B.1.629	ND	13	0,27	0	0,0
ND	B.1.630	ND	3	0,06	1	0,34
ND	B.40	ND	60	1,23	40	13,56
ND	B.55	ND	2	0,04	0	0,0
ND	B.57	ND	1	0,02	0	0,0
ND	C.16	VUM	2	0,04	0	0,0
ND	C.18	ND	27	0,55	0	0,0
ND	C.35	ND	2	0,04	0	0,0
ND	C.36 + L452R	VUM	5	0,10	1	0,34
ND	C.36	ND	7	0,15	0	0,0
ND	C.36.3	ND	233	4,79	29	9,90
ND	C.36.3.1	ND	2	0,04	0	0,0
ND	C.38	ND	14	0,29	2	0,68
ND	L.3	ND	1	0,02	0	0,0
ND	N.5	ND	2	0,04	0	0,0
Theta	P.3	VOI	1	0,02	1	0,34

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Monitoraggio	Numero sequenze (cumulativi)*	% (cumulativi)*	Numero sequenze (ultimi 45 giorni)**	% (ultimi 45 giorni)**
ND	W.4	ND	1	0,02	0	0,0
ND	Z.1	ND	1	0,02	0	0,0
Totale			4.861	100	293	100

* periodo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021; ** periodo 3 luglio – 16 agosto 2021

ND: non disponibile

VOI: variant of interest (variante di interesse, fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>); VUM: variant under monitoring (variante sotto monitoraggio, fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>)

Note di lettura

Nell'ambito delle attività di sorveglianza microbiologica per COVID-19, come da Ordinanza n. 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dipartimento della protezione civile, del 27 febbraio 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”, (GU Serie Generale n.50 del 28-02-2020), si rende necessario monitorare la circolazione di varianti di interesse in sanità pubblica e in rapida diffusione nel nostro Paese.

I dati riportati dalle Regioni/PA sono elaborati dall'ISS integrando i dati microbiologici ed epidemiologici, relativamente alle segnalazioni delle varianti descritte nel presente rapporto.

La lista delle varianti di SARS-CoV-2 sotto sorveglianza viene continuamente aggiornata man mano che vengono riconosciute nuove varianti di interesse per la sanità pubblica denominate “Variants of Concern” (VOC), “Variants of Interest” (VOI) e “Variants under Monitoring” (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>).

Il 31 maggio 2021, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito delle “etichette” con cui designare le varianti di SARS-CoV-2 che fossero più facili da pronunciare e da ricordare rispetto ai lineage/clade utilizzati nelle diverse piattaforme.

Al momento in cui viene redatto questo rapporto, la classificazione in vigore è la seguente (<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>, aggiornamento del 13 agosto 2021):

Tabella 6 - Varianti preoccupanti per la Sanità Pubblica (Variants of Concern - VOC)

Nomenclatura OMS	Lignaggi Pango	Clade GISAID	Clade Nextstrain	Primi campioni documentati	Data di designazione
Alfa	B.1.1.7	GRY	20I (V1)	Regno Unito settembre-2020	18-dicembre-2020
Beta	B.1.351 B.1.351.2 B.1.352.3	GH/501Y.V2	20H (V2)	Sud Africa maggio-2020	18-dicembre-2020
Gamma	P.1 P.1.1 P.1.2 P.1.4 P.1.6 P.1.7	GR/501Y.V3	20J (V3)	Brasile novembre-2020	11-gennaio-2021
Delta	B.1.617.2 AY.1 AY.2 AY.3 AY.3.1	G/478K.V1	21A	India ottobre-2020	VOC: 4-aprile -2021 VOC: 11-maggio-2021

Tabella 7 - Varianti di interesse per la Sanità Pubblica (Variants of Interest - VOI)

Nomenclatura OMS	Lignaggio Pango	Clade GISAID	Clade Nextstrain	Primi campioni documentati	Data di designazione
Eta	B.1.525	G/484K.V3	21D	Paesi multipli, dicembre-2020	17-marzo-2021
Iota	B.1.526	GH/253G.V1	21F	Stati Uniti d'America, novembre-2020	24-marzo-2021
Kappa	B.1.617.1	G/452R.V3	21B	India, ottobre-2020	4-aprile-2021
Lambda	C.37	GR/452Q.V1	21G	Perù, dicembre-2020	14-giugno-2021

I dati analizzati sono in continua fase di aggiornamento, pertanto le segnalazioni delle varianti soprattutto quelle dell'ultimo mese, devono essere sempre interpretate come provvisorie, con cautela, in quanto possono subire variazioni e/o essere ulteriormente integrate con report successivi. L'assenza o un numero relativamente basso di casi genotipizzati riportati può essere dovuto sia ad una minore percentuale di casi genotipizzati che ad una mancata segnalazione nel Sistema di Sorveglianza Integrata Nazionale COVID-19 da parte della Regione/PA.

L'Istituto Superiore di Sanità è, in ogni caso, sollevato da ogni responsabilità per eventuali errori, imprecisioni o inesattezze nel contenuto di tali informazioni e dati provenienti da enti terzi. L'Istituto Superiore di Sanità è, inoltre, svincolato da ogni responsabilità riguardo all'interpretazione delle informazioni e dei dati da parte di terzi, così come anche, da qualsivoglia utilizzo improprio e/o illecito degli stessi.

Questo bollettino descrive, con grafici, mappe e tavole, la prevalenza e la distribuzione nel tempo e nello spazio delle varianti di interesse per la sanità pubblica notificate al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19.

I dati qui presentati riferiscono a dati inviati dalle Regioni/PPAA e con una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 (definita come tampone positivo ai sensi della [circolare del Ministero della Salute n. 0644 dell'8 gennaio 2021](#)) tra il **28 dicembre 2020** ed il **16 agosto 2021**.

I dati relativi a casi di infezione da SARS-CoV-2 causati da varianti virali di interesse sanitario, raccolti attraverso il Sistema di Sorveglianza Integrata Nazionale COVID-19, **dipendono, oltre che dall'andamento epidemiologico dell'epidemia, dalla percentuale dei casi notificati in cui è stato realizzato un sequenziamento del SARS-CoV-2**. Nel periodo di riferimento di questo bollettino, la percentuale di genotipizzazione è stata complessivamente dell'1,9% dei campioni positivi rilevati ogni settimana.

La **Figura 1**, già mostrata in questo documento, evidenzia come il numero di casi genotipizzati aumenti in coincidenza con le indagini rapide di prevalenza realizzate a partire dal mese di febbraio 2021 (indagine più recente del **20 luglio 2021**, disponibile online sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità).

Inoltre, la percentuale di casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 in cui è stata realizzata una genotipizzazione, riportata al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, nel periodo **28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021**, varia da regione a regione (**Figura 8A**); si può notare però un sostanziale incremento su quasi tutto il territorio (**Figura 8B**) nel periodo più recente (**3 luglio 2021 – 16 agosto 2021**). Questo elemento deve essere considerato nella lettura delle mappe riportate in questo rapporto.

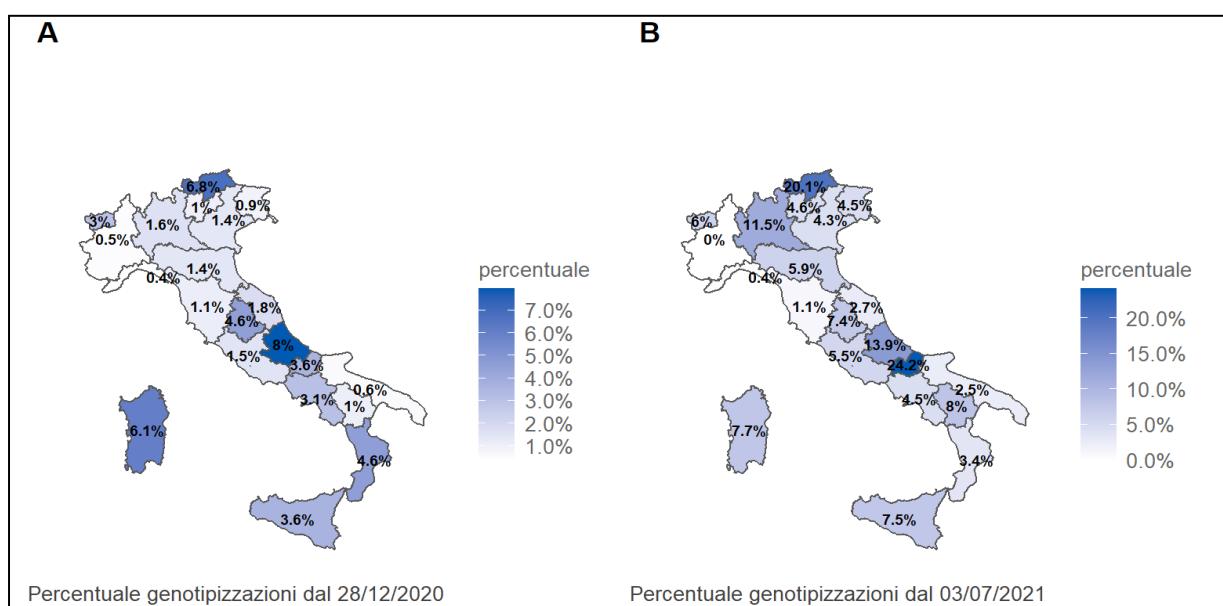


Figura 8 - Percentuale di casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 in cui è stata realizzata una genotipizzazione riportata al **Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19** per Regione/PA nel periodo 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021 (A) e nel periodo 3 luglio 2021 – 16 agosto 2021 (B).

In Tabella 8 sono riportati, per lo stesso periodo, i dati di genotipizzazione estratti dalla piattaforma genomica di condivisione internazionale GISAID (<https://www.gisaid.org/>), relativi a casi per i quali è nota la data, anche parziale, di campionamento.

Tabella 8 - Frequenza di genotipizzazione di alcune varianti di SARS-CoV-2, Italia, 28 dicembre 2020 – 16 agosto 2021; fonte GISAID (<https://www.gisaid.org/>, sottomissioni al 16 agosto 2021).

Nomenclatura OMS	Lignaggio	Numero di sequenze	%
Alfa	B.1.1.7	23.528	49,053
	B.1.1.7 + E484K	23	0,048
Beta	B.1.351	67	0,140
	B.1.351.2	21	0,044
	B.1.351.3	41	0,085
Gamma	P.1	428	0,892
	P.1.1	1.811	3,776
	P.1.2	0	0,000
	P.1.4	2	0,004
	P.1.6	0	0,000
	P.1.7	296	0,617
Delta	B.1.617.2	4.757	9,918
	AY.1	1	0,002
	AY.2	0	0,000
	AY.3	10	0,021
	AY.3.1	0	0,000
Eta	B.1.525	431	0,899
Iota	B.1.526	8	0,017
Kappa	B.1.617.1	19	0,040
Lambda	C.37	12	0,025
ND^a	B.1.617.3	0	0,000
ND^a	P.2	3	0,006
Altro lignaggio		16.506	34,413
Totale		47.964	100

a: non disponibile

A cura di:

Paola Stefanelli, Angela Di Martino, Alessandra Lo Presti, Luigina Ambrosio, Stefano Morabito, Gabriele Vaccari, Ilaria Di Bartolo, Arnold Knijn, Flavia Riccardo, Daniele Petrone, Matteo Spuri, Antonino Bella, Patrizio Pezzotti.

In collaborazione con:

laboratori regionali

Liborio Stuppia, Laboratorio di Genetica Molecolare del Centro di Tecnologie Avanzate (CAST), Università G. d'Annunzio, Chieti; Giovanni Savini, Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise Giuseppe Caporale, Teramo; Antonio Picerno, Teresa Lopizzo, U.O.C di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche, A.O.R. San Carlo Potenza, Potenza; Domenico Dell'Edera, U.O.S.D. Laboratorio di Genetica Medica, P.O. Madonna delle Grazie, Matera; Pasquale Minchella, Laboratorio di Virologia e Microbiologia, Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio, Catanzaro; Francesca Greco, UOC di Microbiologia e Virologia, AO Annunziata, Cosenza; Giuseppe Viglietto, Laboratorio di genomica e patologia molecolare dell'Università Magna Graecia di Catanzaro, Catanzaro; Luigi Atripaldi, AORN Azienda Sanitaria dei Colli, Napoli; Antonio Limone, Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno, Napoli; Pierlanfranco D'Agaro, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI), Trieste; Danilo Licastro, Laboratorio di Genomica e Epigenomica, Area Science Park, Basovizza, Trieste; Stefano Pongolini, Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna – Analisi del Rischio ed Epidemiologia Genomica, Parma; Vittorio Sambri, DIMES Università di Bologna & U.O.C. Microbiologia AUSL Romagna, Bologna; Giorgio Dirani, U.O.C. Microbiologia AUSL Romagna; Silvia Zannoli U.O.C. Microbiologia AUSL Romagna; Paola Affanni, Maria Eugenia Colucci, Laboratorio di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma, Parma; Maria Rosaria Capobianchi, Laboratorio di Virologia, Istituto Nazionale Malattie Infettive IRCCS L. Spallanzani, Roma; Giancarlo Icardi, Bianca Bruzzone, Flavia Lillo, Adrea Orsi, Laboratorio di Riferimento Regionale per le Emergenze di Sanità Pubblica (LaRESP), Genova; Elena Pariani, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università di Milano, Milano; Fausto Baldanti, Unità di Virologia Molecolare, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università di Pavia, Pavia; Maria Rita Gismondo, U.O.C Microbiologia Clinica, Virologia e diagnostica delle Bioemergenze, ASST FBF-Sacco, Milano; Fabrizio Maggi, S.C. Laboratorio Microbiologia ASST Sette Laghi, Varese; Arnaldo Caruso, ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia; Ferruccio Ceriotti, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Milano; Maria Beatrice Boniotti, Ilaria Barbieri, Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna- Brescia; Patrizia Bagnarelli, Azienda Ospedaliero Universitaria, Ospedali Riuniti Ancona, Ancona; Sergio Malandrin, Annalisa Cavallero, ASST - Monza, Laboratorio di Microbiologia e Virologia, Monza; Silvio Garofalo, Massimiliano Scutellà, UOC Laboratorio Analisi P.O. A. Cardarelli, Campobasso; Elisabetta Pagani, Laboratorio Aziendale di Microbiologia e Virologia, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Bolzano; Lucia Collini, Microbiologia e Virologia, P.O. Santa Chiara, Trento; Valeria Ghisetti, Laboratorio di Microbiologia e Virologia, ASL Città di Torino, Torino; Silvia Brossa, IRCCS-FPO di Candiolo, Torino; Giuseppe Ru, Elena Bozzetta, Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, Torino; Maria Chironna, Laboratorio di Epidemiologia Molecolare e Sanità Pubblica, AOU Policlinico di Bari, Bari; Antonio Parisi, Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata per la Puglia, Foggia; Salvatore Rubino, Caterina Serra, S.C. Microbiologia e Virologia Laboratorio Virologia, AOU di Sassari, Sassari; Giovanna Piras, UOC Ematologia, P.O. "San Francesco", Azienda Tutela Salute, ASSL Nuoro; Giuseppe Mameli, Laboratorio di Patologia Clinica, P.O. "San Francesco", Azienda Tutela Salute, ASSL Nuoro; Ferdinando Coghe, Laboratorio Generale (HUB) di analisi chimico cliniche e microbiologia, P.O. Duilio Casula, AOU di Cagliari, Cagliari; Francesco Vitale, Fabio Tramuto, Laboratorio di Riferimento Regionale per la Sorveglianza Epidemiologica e Virologica del P.R.O.M.I.S.E., AOUP Giaccone di Palermo; Palermo; Guido Scalia, Concetta Ilenia Palermo, Laboratorio di Virologia Clinica - AOUP V. Emanuele di Catania - P.O. Gaspare Rodolico, Catania; Giuseppe Mancuso, UOC Microbiologia, Azienda Ospedaliera Universitaria G. Martino, Messina; Teresa Pollicino, Laboratorio di Diagnostica Molecolare dell'Unità Gestione Centralizzata Laboratori, Messina; Francesca Di Gaudio, CRQ Sicilia, Palermo; Stefano Vullo, Stefano Reale, Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia, Palermo; Maria Grazia Cusi, UOC Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese Dipartimento Biotecnologie Mediche, Università degli Studi di Siena, Siena; Gian Maria Rossolini, SOD Microbiologia e Virologia Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze; Mauro Pistello, UOC Virologia Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa; Antonella Mencacci, Barbara Camilloni, S.C. Microbiologia, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Perugia, Perugia; Silvano Severini, Istituto

Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Umbria e Marche, Perugia; Massimo Di Benedetto Laboratorio Analisi Cliniche dell'Ospedale Parini, Aosta; Terregino Calogero, Isabella Monne, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Padova; Valeria Biscaro, U.O.C. Microbiologia-Virologia- AULSS2 La Marca, P.O. Treviso, Treviso.

e ulteriori utenti registrati nella piattaforma I-Co-Gen:

Giada Rossini, Lab. CRREM-UO Microbiologia. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico di S'Orsola (IRCCS) Bologna; Patricia Alba, Department of General Diagnostics, Department of Virology, Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana (IZSLT), Roma; Alice Massacci, IRCSS Regina Elena National Cancer Institute, Roma; Carlo Federico Perno, Unità Complessa di Microbiologia ed Immunologia Diagnostica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma; Bianca Bruzzone, Laboratorio di Riferimento Regionale per la diagnosi molecolare di SARS-CoV-2, U.O. Igiene, Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova, Università degli Studi di Genova, Genova; Alice Nava, ASST Grande ospedale Metropolitano Niguarda, Milano; Erminio Torresani, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano; Fabiana Cro, SYNLAB ITALIA, Brescia; Enzo Boeri, Dipartimento di medicina di laboratorio, Laboratorio di microbiologia Ospedale San Raffaele, Milano; Marina Noris, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri-IRCCS, Milano; Giulia Bassanini, PTP Science Park S.c.a.r.l. - Laboratorio SMeL, Lodi; Annapaola Callegaro, Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo; Valeria Ghisetti, Laboratorio Ospedale Amedeo di Savoia Centro di Riferimento Regionale per validazione e controllo di qualità SARS-CoV-2, Torino; Gabriele Ibba, AMES Centro Polidiagnostico Strumentale S.r.l., Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, Sassari; Davide Cacchiarelli, Telethon Institute of Genetics and Medicine, Pozzuoli.

Fondazione Bruno Kessler:

Filippo Trentini, Giorgio Guzzetta, Valentina Marziano, Piero Poletti, Stefano Merler.

Referenti Regionali:

Antonia Petrucci (Abruzzo); Michele La Bianca (Basilicata); Anna Domenica Mignuoli (Calabria); Pietro Buono (Campania); Erika Massimiliani (Emilia-Romagna); Fabio Barbone (Friuli Venezia Giulia); Francesco Vairo (Lazio); Camilla Sticchi (Liguria); Danilo Cereda (Lombardia); Lucia Di Furia (Marche); Francesco Sforza (Molise); Annamaria Bassot (P.A. Bolzano); Pier Paolo Benetollo (P.A. Trento); Chiara Pasqualini (Piemonte); Lucia Bisceglia (Puglia); Maria Antonietta Palmas (Sardegna); Salvatore Scondotto (Sicilia); Emanuela Balocchini (Toscana); Anna Tosti (Umbria); Mauro Ruffier (Valle D'Aosta); Filippo Da Re (Veneto).

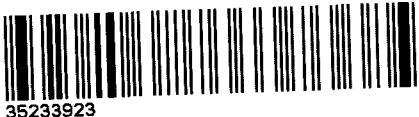
Istituto Superiore di Sanità

Stefano Fiore, Concetta Fabiani, Eleonora Benedetti, Giuseppina Di Mario, Marzia Facchini, Laura Calzoletti, Simona Puzelli, Giulietta Venturi, Claudia Fortuna, Giulia Marsili, Antonello Amendola, Martina Del Manso, Alberto Mateo Urdiales, Massimo Fabiani, Stefania Bellino, Stefano Boros, Fortunato (Paolo) D'Ancona, Maria Cristina Rota, Antonietta Filia, Matteo Spuri, Maria Fenicia Vescio, Corrado Di Benedetto, Marco Tallon, Luca De Sabato.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Presidenza del Consiglio dei Ministri
USG 0008552 P-4.2.1.SG
del 10/08/2021



35233923

Al Prof. Franco Locatelli
Coordinatore Comitato tecnico-scientifico
c/o Dipartimento della protezione civile

e, p.c. Al Pres. Goffredo Zaccardi
Capo Gabinetto del Ministero della Salute

All'Ing. Fabrizio Curcio
Capo Dipartimento della protezione civile

Oggetto: Trasmissione dello schema recante le “*Linee guida per gli eventi e le competizioni sportive*”, aggiornate al 6 agosto 2021.

Si trasmette la nota n. 9676 del 9 agosto 2021 con la quale il Dipartimento per lo sport ha chiesto di sottoporre a codesto Comitato lo schema recante le “*Linee guida per l’organizzazione di eventi e competizioni sportive*”, aggiornate al 6 agosto 2021.

Il suddetto schema è stato redatto dal citato Dipartimento in coerenza con le previsioni del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 e del decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111.

Si chiede dunque a codesto Comitato di valutare se le linee guida in oggetto siano coerenti con i criteri di contenimento dell’epidemia definiti da codesto stesso Comitato.

L’occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

IL VICE SEGRETARIO GENERALE
Eugenio Madeo

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

DIPARTIMENTO PER LO SPORT
IL CAPO DEL DIPARTIMENTO

Al Segretario Generale
Presidenza del Consiglio dei ministri
Pres. Roberto Chieppa

per interoperabilità

Al Capo di Gabinetto
Ministero della salute
Pres. Goffredo Zaccardi

segr.capogabinetto@sanita.it

OGGETTO: Schema di Linee guida per gli eventi e le competizioni sportive aggiornate al 6 agosto 2021.

Si trasmettono per le valutazioni di competenza ed il successivo inoltro al Comitato Tecnico Scientifico, istituito con ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile 3 febbraio 2020, n. 630, e successive modificazioni, le Linee guida per gli eventi e le competizioni sportive, aggiornate dallo scrivente Dipartimento per lo sport in data 6 agosto, in coerenza con le previsioni del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 e del decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111.

Michele Sciscioli



Firmato digitalmente da
SCISCIOLI MICHELE
C=IT
O=PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

LINEE GUIDA EVENTI E COMPETIZIONI SPORTIVE AGGIORNATE
IN BASE

decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87
decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 e decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111

1. Introduzione	3
2. Indicazioni di prevenzione COVID-19 e igiene	4
3. Riferimenti normativi	5
4. Principio delle bolle: norme specifiche per singole categorie di accreditati	6
A. Bolla rossa	6
B. Bolla gialla	7
C. Bolla blu	8
D. Bolla verde	8
5. Gestione spettatori	8
6. Norme specifiche per la location	10
7. Servizi generali	12
8. Processo di accredito	12
9. Piano sanitario: tamponi	13
Esclusioni dai tamponi	13
Logistica	14
Caso di test positivo e relative misure	14
10. Calcolo del livello di rischio C-19 per eventi di massa secondo indici OMS	15
11. Allegati: Segnaletica specifica	16

1. Introduzione

Le presenti Linee guida redatte dal Dipartimento per lo sport della Presidenza del Consiglio dei ministri recepiscono le raccomandazioni del Comitato Tecnico Scientifico e forniscono le informazioni utili e i criteri di base che ogni Comitato organizzatore e/o Ente promotore deve assumere nella organizzazione e nella gestione di eventi sportivi, sia svolti all'aperto che in impianti sportivi al chiuso.

Si rappresenta che spetta alle autorità sanitarie locali la definizione del dettaglio degli aspetti operativi utili a una migliore attuazione delle misure di prevenzione e di contenimento del contagio previste dalle presenti Linee guida, nonché il controllo sulla loro osservanza e la verifica circa l'idoneità degli impianti che ospiteranno gli incontri, raccomandando che vengano ben identificati, e ogni qualvolta possibile separati, i percorsi di afflusso e di deflusso del pubblico.

Il decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, stabilisce che a decorrere dal 6 agosto 2021 è consentita, in zona bianca e in zona gialla, la partecipazione del pubblico sia agli eventi e alle competizioni di livello agonistico riconosciuti di preminente interesse nazionale con provvedimento del Comitato olimpico nazionale italiano (CONI) e del Comitato italiano paralimpico (CIP), riguardanti gli sport individuali e di squadra, organizzati dalle rispettive federazioni sportive nazionali, discipline sportive associate, enti di promozione sportiva ovvero da organismi sportivi internazionali sia agli eventi e alle competizioni sportivi diversi da quelli sopra richiamati esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87.

Il decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111, prevede, all'art. 4, comma 1, che per la partecipazione del pubblico agli eventi e alle competizioni sportivi all'aperto, organizzati in zona bianca ed in zona gialla con le linee guida di cui all'articolo 5, comma 2 e 3, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, è possibile prevedere modalità di assegnazione dei posti alternative al distanziamento interpersonale di almeno un metro.

Pertanto i citati eventi e competizioni all'aperto possono essere svolti predisponendo posti preassegnati e prevedendo il distanziamento interpersonale di un metro o, alternativamente, si potrà prevedere la disposizione dei posti con postazioni alternate e, ove necessario, a scacchiera, sia per gli spettatori che non siano abitualmente conviventi, sia per il personale, in modo da assicurare il rispetto di un'adeguata distanza interpersonale.

Per le competizioni e gli eventi sportivi organizzati al chiuso dovrà essere assicurato il rispetto della distanza interpersonale di almeno un metro.

In relazione alla capienza, il decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, all'art. 4, comma 1, punto 2, specifica che, in zona bianca, la capienza consentita per l'accesso del pubblico agli eventi ed alle competizioni sportive organizzate all'aperto non può essere superiore al 50 per cento della capienza massima.

Il decreto-legge 6 agosto 2021, all'art. 4, comma 2, dispone che in zona bianca, la capienza consentita per le competizioni e gli eventi sportivi al chiuso la capienza consentita per l'accesso del pubblico non può essere superiore al 35 per cento della capienza massima.

In zona gialla la capienza consentita non può essere superiore al 25 per cento di quella massima autorizzata e, comunque, il numero massimo di spettatori non può essere superiore a 2.500 per gli impianti all'aperto e a 1.000 per gli impianti al chiuso.

Le attività devono svolgersi nel rispetto delle presenti linee guida adottate dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per lo sport, sentita la Federazione medico sportiva italiana, sulla base di criteri definiti dal Comitato tecnico-scientifico.

Quando non è possibile assicurare il rispetto delle condizioni sopra richiamate, gli eventi e le competizioni sportivi si svolgono senza la presenza di pubblico.

In zona bianca e gialla, in relazione all'andamento della situazione epidemiologica e alle caratteristiche dei siti e degli eventi all'aperto, può essere stabilito un diverso numero massimo di spettatori, nel rispetto dei principi fissati dal Comitato tecnico-scientifico, con linee guida idonee a prevenire o ridurre il rischio di

contagio, adottate, per gli spettacoli all'aperto di cui al comma 1, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e, per gli eventi e le competizioni all'aperto di cui al comma 2, dal Sottosegretario di Stato con delega in materia di sport.

Le Linee guida si applicano, pertanto, agli eventi e competizioni, all'aperto ed al chiuso, per i quali la normativa vigente consente la presenza di pubblico. Per gli eventi e le competizioni organizzate in deroga, ai sensi della normativa in vigore, sarà necessaria l'adozione di uno specifico Protocollo, delineato sulla base delle indicazioni delle presenti Linee guida e che dovrà indicare eventuali ulteriori misure atte a prevenire o ridurre il rischio di contagio.

I Protocolli predisposti per l'organizzazione di eventi e competizione sportive in deroga, devono garantire il rispetto della normativa vigente. Qui di seguito sono elencati i principali elementi da inserire nei Protocolli in modo da garantire la tutela della salute di atleti, personale tecnico, accompagnatori, operatori dei media e spettatori durante lo svolgimento della manifestazione.

- Presentazione dell'evento indicando luogo di svolgimento (città, impianto, indirizzo), date di svolgimento (specificando inizio e chiusura della manifestazione più gli eventuali giorni precedenti o successivi necessari alla fase di allestimento), organizzazione e caratteristiche dell'evento
- Programma della manifestazione
- Numeri previsti della manifestazione (persone coinvolte):
 - ✓ Team (atleti, allenatori, accompagnatori);
 - ✓ Comitato organizzatore;
 - ✓ Staff area sportiva;
 - ✓ Arbitri, giuria, cronometraggio;
 - ✓ Media;
 - ✓ Personale sanitario e antidoping;
 - ✓ Sponsor;
 - ✓ Collaboratori e volontari;
 - ✓ Spettatori.

Ai fini di una migliore interpretazione del presente documento, si precisa che per:

- Partecipante: si intende la persona che prende parte alla competizione, ovvero: team (atleti, allenatori, medici delle squadre, fisioterapisti, accompagnatori), personale della Federazione/DSA/EPS, della giuria, del personale addetto al cronometraggio, personale addetto all'antidoping, personale medico e sanitario del soccorso;
- Accreditato: si intende la persona facente parte dell'organizzazione dell'evento o che ne prenda parte a titolo lavorativo, ovvero: professionisti dei media (giornalisti, fotografi, operatori radio-TV, social media), staff dell'organizzazione, volontari, personale di supporto, Forze dell'Ordine, fornitori, guest, ospiti, autorità;
- Spettatore: si intende la persona esterna all'organizzazione e non partecipante alla competizione, ovvero: pubblico.

2. Indicazioni di prevenzione COVID-19 e igiene

Con l'obiettivo specifico di creare e mantenere un ambiente sicuro per tutti i partecipanti, è necessario individuare una serie di misure base di prevenzione ed igiene da adottare sia prima che durante l'evento sportivo da parte di tutti i partecipanti e delle persone che a vario titolo entrano in contatto con i partecipanti.

Le misure base di seguito elencate a titolo esemplificativo, dovranno essere osservate in tutte le location della manifestazione:

- Continua informazione alle persone presenti a qualunque titolo all'evento, incentrata su tutte le misure in atto e sui corretti comportamenti personali da adottare prima e durante l'evento.
- Per i lavoratori/operatori, raccomandare di limitare i contatti al di fuori del proprio gruppo di lavoro.
- **Al chiuso è obbligatorio l'uso della mascherina, in zona bianca e in zona gialla. All'aperto, è obbligatorio in zona gialla, mentre, in zona bianca, l'obbligo vige nei contesti in cui non sia rispettato almeno un metro di distanziamento, nonché ove si creino condizioni di assembramento.**
- Costante sanificazione delle mani, favorita dal posizionamento di colonnine e dispenser gel in ogni punto strategico.
- Misurazione della temperatura corporea ad ogni primo accesso alle location (in presenza di temperatura superiore ai 37,5° C si negherà l'accesso alla location).
- Predisposizione di layout nelle varie location in cui si svolge l'evento in modo da favorire il distanziamento interpersonale, la corretta gestione dei flussi e l'esclusione di assembramenti.
- Diversificazione dei percorsi sia in entrata che in uscita dalle aree della competizione sportiva e da ogni area riservata a ciascun gruppo, inclusi gli spettatori.
- Il numero di spettatori previsto non potrà essere superiore a quello indicato dalla norma, che alla data della stesura delle Linee guida, è pari al 25 per cento della capienza dell'impianto e, comunque, non potrà essere superiore a 1.000 per impianti all'aperto e a 500 per impianti al chiuso.
- Installazione di barriere fisiche (es. plexiglass) dove non è possibile mantenere il distanziamento interpersonale.
- Divieto di accedere a qualsiasi area dell'evento in presenza di sintomi comuni di infezione da Covid-19. Tutto dovrà essere giornalmente autocertificato, dai soggetti accreditati, su apposito modulo e/o applicazione digitale (*app*).
- Mantenere corretti comportamenti igienici, con massima cura alla pulizia personale e a comportamenti di igiene respiratoria quali starnutire nel gomito, utilizzo di fazzoletti usa e getta, nonché sanificazione dei propri effetti personali (es. computer e scrivania).
- Costante azione di pulizia e sanificazione di tutte le location dell'evento.
- In tutte le occasioni dove si opera in ambienti chiusi assicurare adeguati ricambi d'aria e, ove siano presenti impianti di trattamento d'aria, l'esclusione della funzione di ricircolo.

Nel più ampio contesto delle misure di prevenzione, assume particolare importanza l'effettuazione dei test Covid-19 a tutti gli accreditati all'evento. Gli eventuali successivi protocolli dovranno contenere le attività previste al riguardo e le modalità/tempistiche di effettuazione dei tamponi. Tale previsione può essere derogata in caso di soggetti vaccinati o che abbiano ricevuto da almeno 15 giorni la prima dose di vaccino, e per i soggetti guariti dalla Covid-19 da non più di sei mesi.

3. Riferimenti normativi

Come specificato nell'introduzione, i più recenti riferimenti normativi da osservare, in vigore alla stesura delle presenti Linee Guida, sono DPCM del 2 marzo 2021, il decreto-legge n. 52 del 23 aprile 2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, il decreto-legge n. 105 del 23 luglio 2021 **ed il decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111**.

Inoltre sarà necessario far riferimento alle varie ordinanze del Ministero della Salute e delle Regioni o Enti Locali interessati dallo svolgimento della manifestazione, nonché devono essere valutate eventuali indicazioni

predisposte da CONI, CIP e dalla Federazione, DSA o EPS di riferimento e dai competenti organismi internazionali.

4. Principio delle bolle: norme specifiche per singole categorie di accreditati

Nel contesto organizzativo di un evento o competizione sportiva si ritiene utile prevedere un'organizzazione basata sul principio delle "bolle", da intendersi come un ecosistema di gruppi di lavoro omogenei, i quali devono limitare al minimo i contatti e la condivisione di spazi fisici durante l'evento.

Il principio intende quindi diminuire i contatti con persone non appartenenti ai contatti abituali, preservando un principio di isolamento in gruppi di lavoro limitati e costanti per tutto il periodo della manifestazione.

Le bolle possono essere contraddistinte da vari colori, che vengono riportati su tutto il materiale informativo e nella cartellonistica per identificare fisicamente gli spazi di competenza adibiti a ciascun gruppo.

I diversi gruppi possono essere suddivisi, a mero titolo di esempio:

- Bolla rossa: team (atleti, allenatori, medici delle squadre, fisioterapisti, accompagnatori), personale della Federazione/DSA/EPS, della giuria, del personale addetto al cronometraggio, personale addetto all'antidoping, personale medico e sanitario del soccorso;
- Bolla gialla: professionisti dei media (giornalisti, fotografi, operatori radio-TV, social media);
- Bolla blu: staff dell'organizzazione, volontari, personale di supporto, Forze dell'Ordine, fornitori;
- Bolla verde: guest, ospiti, autorità.

L'organizzazione deve prevedere uno stock di mascherine chirurgiche all'entrata di ogni area; tali mascherine, da cambiarsi ogni 4 ore, saranno a disposizione degli accreditati/partecipanti che non dovessero essere dotati di adeguati Dispositivi di protezione individuale (DPI). Alle bolle sopra indicate, che racchiudono gli accreditati, si aggiungono gli spettatori, trattati nell'apposito paragrafo.

Ad ogni bolla saranno applicate indicazioni specifiche, a titolo esemplificativo, secondo la seguente strutturazione:

A. Bolla rossa

Valgono le Linee guida di Prevenzione ed Igiene riportate al punto 2. In aggiunta, si sottolineano gli aspetti specifici sotto riportati:

Organizzazione interna dei team

- È consigliata una permanenza in loco quanto più breve possibile, identificata con il tempo strettamente necessario per la partecipazione a prove ufficiali e gare; qualsiasi arrivo anticipato ed allenamento in loco è fortemente sconsigliato.
- È consigliata una organizzazione interna dei team in sottogruppi, di dimensione limitata e fissi per l'intera durata della manifestazione.
- Sono sconsigliate riunioni di squadra in presenza, che devono essere sostituite da strumenti alternativi (video call).

Uso mascherina

- L'obbligo dell'utilizzo della mascherina chirurgica è valido e obbligatorio anche per gli atleti, in ogni contesto ad esclusione del momento della performance sportiva (che si configura dall'ingresso nell'area di partenza all'uscita dal campo/terreno di gioco).

Aree hospitality atleti

- La capienza delle varie aree individuate, a uso esclusivo della bolla rossa, sarà limitata; sarà favorita una permanenza ridotta nell'area, agevolando la permanenza degli atleti negli spazi all'aperto.

- Le aree hospitality saranno organizzate con tavoli preassegnati ai vari team.
- Cibo e bevande saranno servite da personale con idonei DPI; non sarà prevista alcuna forma self-service; il cibo verrà servito in porzioni singole, possibilmente preconfezionate.
- Il numero dei servizi sarà congruo alla capienza delle varie aree; sarà garantito un servizio di pulizia continuo.

Servizi sportivi

- L'utilizzo di palestre, saune e spazi benessere, ove eventualmente consentito dalle norme nazionali, deve essere valutato con attenzione favorendo le situazioni dove tali strutture possano essere dedicate ai teams in esclusiva.

Rapporti con i media e gli sponsor

- È fortemente consigliato di limitare i rapporti con la stampa, evitando interviste e conferenze stampa se non nel contesto della cerimonia di premiazione.
- Qualsiasi intervista deve essere concessa in spazi aperti, con utilizzo della mascherina chirurgica da parte di intervistatore e intervistato e con distanziamento di almeno 1,5 mt.
- Sono sconsigliate attività con gli sponsor, quali presenze a eventi, presentazioni, conferenze stampa, consegna premi anche ove consentito dalle norme nazionali.

Premiazioni

- Saranno svolte sul campo di gara, a fine competizione.
- Sarà garantito il distanziamento fra gli atleti di almeno 1mt.
- Gli atleti dovranno indossare la mascherina.

B. Bolla gialla

Valgono le Linee guida di Prevenzione ed Igiene riportate al punto 2. In aggiunta, si sottolineano gli aspetti specifici sotto riportati:

- L'organizzazione deve prevedere uno stock di mascherine chirurgiche all'entrata di ogni area; tali mascherine saranno a disposizione degli accreditati che non dovessero indossare adeguati DPI.

Comportamento nei confronti degli atleti

- Limitare contatti ed interviste con gli atleti al minimo indispensabile.
- Nelle interviste, utilizzare microfoni con asta lunga, con continua sanificazione del cupolino o cambio del copri microfono.

Centro media

- Le postazioni di lavoro saranno limitate ad un congruo numero di persone.
- Ogni postazione sarà assegnata in via esclusiva ad un accreditato per tutto il periodo della manifestazione.
- Gli oggetti personali dovranno essere riposti in armadietti e rimossi a fine giornata, per consentire una completa sanificazione degli spazi.

Spazi per radio-TV

- L'utilizzo dei mezzi delle televisioni (c.d. OB van, mezzi tecnici) potrà essere garantito nel rispetto del distanziamento interpersonale minimo di 1 mt., con obbligo di utilizzo della mascherina chirurgica.
- In ogni piattaforma nella mixed zone (2,00 x 2,00mt.), potranno accedere un massimo di 3 persone. Fra una piattaforma e l'altra sarà interposto un corridoio della larghezza di 1 mt.

C. Bolla blu

Valgono le Linee guida di Prevenzione ed Igiene riportate al punto 2. In aggiunta, si sottolineano gli aspetti specifici sotto riportati:

Comportamenti da adottare

- Focus su una continua campagna di informazione, incentrata sui corretti comportamenti da adottare durante l'evento.
- Sono vietati i contatti non strettamente necessari con componenti delle altre bolle.
- Le attività sono organizzate in gruppi di lavoro ristretti, mantenuti omogenei per tutta la durata dell'evento.
- Ai volontari e al personale coinvolto nell'evento, il Comitato Organizzatore può rendere disponibile la frequentazione di un corso di formazione online sulle norme basilari di prevenzione, uso delle mascherine, igiene respiratoria e delle mani, attenzione al distanziamento sociale e per evitare assembramenti e sul ruolo dei ricambi d'aria e della ventilazione negli ambienti. In ogni caso a tutti verrà richiesto di autocertificare la conoscenza di tali norme basilari di prevenzione.
- Sono comunque fatte salve, se ed in quanto applicabili, le raccomandazioni presenti nel Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 6 aprile 2021.
- Il personale deve essere costantemente sottoposto a test anti-Covid da inizio lavori.

D. Bolla verde

Valgono le Linee guida di Prevenzione ed Igiene riportate al punto 2. In aggiunta, si sottolineano gli aspetti specifici sotto riportati:

Accredito e accesso

- Tutti gli ospiti avranno accesso nominale all'area dedicata.
- Non sarà possibile mettere a disposizione pass/biglietti generici per staff/ospiti.
- L'accesso di visitatori avverrà con procedure di ingresso, transito, uscita, modalità, percorsi e tempistiche predefinite e differenziate, al fine di ridurre le occasioni di contatto.
- I posti a sedere saranno tutti preventivamente assegnati ai vari ospiti/sponsor.
- L'organizzazione deve prevedere uno stock di mascherine chirurgiche all'entrata di ogni area; tali mascherine saranno a disposizione degli ospiti che non dovessero indossare adeguati DPI.
- Sono assolutamente vietati i contatti con le altre bolle partecipanti all'evento.

Trasporto e navette

- L'eventuale servizio di trasporto deve essere gestito con flotta dedicata, sanificata ad ogni tratta.
- Presso le aree di carico, sarà allestita una zona filtro con:
 - Controlli sanitari, mediante misurazione della temperatura corporea.
 - Pre-controllo del titolo di accesso (ticket).
 - L'utilizzo di mezzi propri dedicati per i vari gruppi è fortemente consigliato.

5. Gestione spettatori

Per la presenza di spettatori è necessario che vengano seguite specifiche norme volte sia a prevenire il rischio

del contagio che ad assicurare il tracciamento nel caso in cui vengano riscontrate positività.

Per tutti gli eventi e le competizioni organizzate l'accesso è riservato esclusivamente alle persone in possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87.

Si forniscono di seguito le principali indicazioni:

Biglietteria

- I biglietti devono essere nominali e con posto preassegnato.
- All'atto della registrazione alla piattaforma di prenotazione o tramite altro strumento di assegnazione posti, l'utente dovrà fornire i propri dati anagrafici; contestualmente, dovrà fornire un contatto mail e telefonico utile per l'inoltro della documentazione informativa pre-evento e per eventuali contatti post evento, in particolare per necessità prioritarie relative al tracking.
- I ticket d'accesso dovranno essere preferibilmente smaterializzati evitando ticket office e casse fisiche all'evento.

Trasporti (qualora necessari all'interno della location dell'evento/competizione)

- Gli spettatori potranno accedere all'area della manifestazione unicamente a piedi o con il servizio di trasporto predisposto dall'organizzazione.
- Il servizio di trasporto collega i c.d. parcheggi scambiatori con le aree ove si svolgerà l'evento.
- Nei parcheggi scambiatori sarà allestita una zona filtro con:
 - o Controlli di sicurezza mediante scanner.
 - o Controlli sanitari, mediante misurazione della temperatura.
 - o Pre controllo del titolo di accesso (ticket).
- Gli spazi antistanti i gate di accesso saranno attrezzati con transenne leggere, per il mantenimento del distanziamento interpersonale.

Spazi per spettatori

- Gli spettatori potranno assistere alla manifestazione unicamente dai posti loro assegnati.
- **Esclusivamente per le competizioni e gli eventi all'aperto, la disposizione dei posti potrà prevedere postazioni alternate e, ove necessario, a scacchiera, sia per gli spettatori che non siano abitualmente conviventi, sia per il personale, in modo da assicurare il rispetto di un'adeguata distanza interpersonale. Al chiuso, dovrà essere assicurato il rispetto della distanza interpersonale di almeno un metro.**
- Gli stalli per gli spettatori saranno utilizzati per la capienza consentita, salvo disposizioni più restrittive fornite dalle autorità competenti.
- Il riempimento e lo svuotamento delle tribune saranno coordinati da personale, che gestirà i flussi in maniera tale da evitare code e assembramenti in entrata ed in uscita.
- Sulle tribune sarà possibile assistere alle competizioni esclusivamente seduti.
- **Al chiuso è obbligatorio l'uso della mascherina, in zona bianca e in zona gialla. All'aperto, è obbligatorio in zona gialla, mentre, in zona bianca, l'obbligo vige nei contesti in cui non sia rispettato almeno un metro di distanziamento, nonché ove si creino condizioni di assembramento.**
- Eventuali assembramenti all'esterno delle aree recintate saranno regolati mediante personale del servizio d'ordine.
- I flussi in entrata e in uscita saranno differenziati.

Ristorazione

- Sarà allestita un'area specifica per l'ordinazione e la consumazione di cibi e bevande.
- Tale area sarà attrezzata con spazi contingentati e file d'ingresso transennate.
- Il personale di servizio di sicurezza garantirà il distanziamento interpersonale.
- L'area sarà attrezzata solo per l'asporto; il consumo sarà possibile solo seduti, al posto assegnato sulla tribuna.
- Per disincentivare gli spostamenti, sarà favorito un servizio delivery presso le gradinate.

Info generiche

- L'organizzazione prevede uno stock di mascherine chirurgiche all'entrata di ogni area; tali mascherine saranno a disposizione degli spettatori che, **ove previsto obbligatoriamente dalla normativa**, non dovessero indossare adeguati DPI.
- Sono previsti servizi igienici ad uso esclusivo degli spettatori con acqua corrente.
- Possono essere previsti ulteriori servizi igienici chimici.
- Non sono previste aree commerciali se non strettamente collegate all'evento ed organizzate in maniera tale da non creare assembramenti, secondo quanto previsto per le attività commerciali in genere.
- Sono vietati tutti i contatti con gli accreditati partecipanti all'evento.
- È consigliata una frequente igienizzazione delle mani.

6. Norme specifiche per la location

Si forniscono specifiche indicazioni sulla gestione dei possibili spazi dell'evento e degli spostamenti al suo interno. Eventuali protocolli integrativi dovranno essere eventualmente corredati anche da mappe illustrate.

Luogo di svolgimento delle gare

- Gli spazi dedicati allo svolgimento delle gare saranno organizzati secondo il principio delle "bolle", dedicando aree differenziate alle varie categorie di accreditati.
- Ogni area sarà identificata da apposita segnaletica e branding caratterizzato dal colore della bolla di riferimento.
- In tutte le diverse aree sarà rispettato il distanziamento interpersonale e sarà obbligatorio l'uso della mascherina.
- Il flow management sarà gestito nell'ottica di limitare gli incroci tra flussi di accreditati differenti; ogni percorso sarà delimitato e dedicato in via esclusiva ad una sola bolla.
- L'accesso attraverso i mezzi privati e/o dell'organizzazione avverrà in precisi punti di carico e scarico, differenziati per le differenti bolle.

Area della cerimonia di apertura e dell'eventuale sponsor village

- L'accesso all'area avverrà solo su invito.
- L'area sarà regolata da un numero adeguato di cancelli di accesso, ai quali verrà controllato titolo di accesso e misurata la temperatura.
- I posti saranno tutti su sedute numerate e preassegnate.
- Verrà garantito il distanziamento interpersonale minimo di 1 mt.
- Tutti i flussi di accesso e uscita verranno gestiti in modalità unidirezionale, con l'ausilio di personale specializzato (c.d. steward).

Uffici e centro accrediti

- Tutti gli uffici e i centri accreditato saranno diversificati e dedicati in via esclusiva ad una bolla.
- I percorsi di accesso e uscita saranno monodirezionali, con utilizzo di segnaletica a terra.
- Le postazioni di lavoro degli operatori saranno protette da barriere plexiglass.
- Eventuali pagamenti è preferibile che siano effettuati in modalità contactless

Centro media

- La capienza sarà limitata in base alla superficie dell'ambiente dedicato, accomodati in postazioni con distanziamento minimo, secondo spazi come di seguito indicato.
- La struttura sarà organizzata in tre differenti zone indipendenti: area accettazione, area di lavoro, media cafè.
- Il flusso sarà monodirezionale, con differenziazione tra entrata ed uscita.
- Le postazioni di lavoro saranno preassegnate per l'intera durata della manifestazione.
- Potranno essere presenti armadietti, assegnati univocamente ad ogni singolo accreditato per tutta la durata dell'evento; tutto il materiale personale deve essere riposto negli armadietti, nulla potrà essere lasciato sulle postazioni di lavoro.
- Il ricambio d'aria sarà costante e garantito da un sistema di immissione ed estrazione d'aria; non è consentito il ricircolo dell'aria.
- Tutte le attività del centro media è preferibile che siano rese disponibili in modalità streaming.

Tende catering (per i soli accreditati all'evento)

- Le capienze sono limitate, secondo un tasso di almeno 3,5mq disponibili per singolo ospite.
- Saranno predisposti percorsi di accesso e flussi interni unidirezionali, per evitare incroci tra le persone.
- Organizzazione dei tavoli e delle sedute mantenendo il distanziamento interpersonale di almeno 1mt.
- Pre-assegnazione delle sedute; ogni tavolo sarà assegnato a gruppi di lavoro omogenei (bolle) per l'intera durata dell'evento.
- Predisposizione di un adeguato numero di servizi igienici, con acqua corrente; tutti i servizi verranno costantemente sanificati da personale dedicato.
- Verrà garantita una continua sanificazione dei tavoli e delle sedute, mediante pulizie effettuate con prodotti idonei.
- La possibilità di consumare i pasti sarà consentita solo al tavolo.
- Eventuale tovagliato e materiale di consumo sarà solo in formula usa e getta.
- Eventuali pagamenti è preferibile che siano effettuati in modalità contactless.
- Sarà favorita la consegna presso le strutture di lavoro.

Ufficio direzione gara

- L'accesso sarà consentito ad un unico rappresentante per genere per delegazione.
- Lo stesso rappresentante sarà l'unica persona che potrà ritirare accrediti ed eventuali pass auto.
- Nessun atleta è ammesso in questi spazi.
- Le riunioni di giuria saranno aperte al minor numero di persone contemporaneamente presenti.
- Le riunioni di giuria saranno eventualmente rese disponibili in modalità streaming.

Stazione antidoping

- Gli spazi saranno resi disponibili solo per il personale sanitario addetto.
- L'accesso degli atleti sarà garantito secondo i regolamenti sportivi, evitando assembramenti nei locali.
- Gli chaperones devono attendere all'esterno, essendo ammesso solo uno di loro nella sala di attesa della stazione antidoping con funzione di sorveglianza.
- Tutto il personale di servizio dovrà indossare mascherine di tipo Ffp2/Ffp3 senza valvola.

7. Servizi generali

Le regole per ridurre al minimo la possibilità di contagio da Covid19 saranno le seguenti:

- Capienza dei mezzi di trasporto secondo la normativa in vigore.
- Presenza di personale volontario presso le fermate per controllare l'accesso ai mezzi, tramite accredito da esibire obbligatoriamente.
- Obbligo di utilizzo della mascherina chirurgica per tutti (autista e passeggeri) sia a terra che a bordo.
- Obbligo di misurazione della temperatura corporea e di sanificazione delle mani prima di salire a bordo.
- Autisti controllati periodicamente tramite tampone.
- Ove possibile, si preferisce che il viaggio avvenga con finestrini aperti per favorire il ricambio d'aria.
- Negli impianti di climatizzazione dei mezzi di trasporto deve essere eliminata la funzione ricircolo dell'aria.
- Alla fine di ogni corsa le navette verranno arieggiate per 2 minuti, tramite apertura di tutti gli sportelli.
- Sanificazione quotidiana del veicolo a fine giornata.

Dati questi presupposti, considerato che le "bolle" identificano persone che condividono abitualmente gli stessi luoghi e che per disposizione generale tutti i partecipanti all'evento debbono autocertificare di non essere affetti da COVID-19, di non essere sottoposti a periodi di quarantena obbligatoria, di non accusare sintomi riconducibili al COVID-19 e di non aver avuto contatti con persona affetta da tale infezione negli ultimi 14 giorni, si ritiene che nei minivan/navette, sia dell'organizzazione che di eventuali servizi NCC, possano essere occupati tutti i posti disponibili, fatta eccezione per quelli anteriori nel caso in cui non sia stato possibile installare paratie divisorie fra autista e passeggeri. Sono vietati trasporti con sedili "faccia a faccia". (rif. "Linee guida per l'informazione agli utenti e le modalità organizzative per il contenimento della diffusione del covid-19 in materia di trasporto pubblico" All. 9 DPCM 2 marzo 2021).

Servizi igienici

- Organizzati rispettando il principio dell'uso esclusivo da parte di accreditati della stessa bolla.
- È favorita l'installazione di bagni dotati di acqua corrente.
- Gli asciugamani sono in formato usa e getta.
- È presente dispenser di sapone liquido.
- È garantito il piantonamento costante, per la pulizia e la disinfezione che devono essere garantita regolarmente nel corso della giornata.

8. Processo di accredito

Tutti i partecipanti alla manifestazione devono richiedere un accredito all'organizzazione per poter essere ammessi; il processo di accreditamento prevede la raccolta di tutte le informazioni anagrafiche delle persone, oltre ad eventuali altre informazioni di tipo, per esempio, sanitario, nel rispetto del DGPR.

L'accesso a qualsiasi area della manifestazione senza accredito è vietato.

Il processo di accreditamento è consigliabile che venga gestito attraverso soluzioni tecnologiche software che devono essere in grado di:

- Caricare e verificare i test Covid-19, o altra documentazione indicata dal CTS ;
- Tracciare gli spostamenti del partecipante negli ultimi 14 giorni (che ciascun partecipante dovrà aggiornare giornalmente indicando i propri spostamenti nel periodo di osservazione dei 14 giorni precedenti l'evento);
- Informazioni sullo stato di salute del partecipante aggiornate quotidianamente.

In sintesi, il processo di accreditamento identifica le seguenti fasi:

- La registrazione dell'anagrafica di ogni partecipante, in fase di richiesta accredito;
- La validazione della richiesta di accredito da parte dell'organizzazione, previo controllo dell'Autorità di Pubblica Sicurezza sui nominativi;
- Il caricamento dei risultati dei test Covid-19 richiesti pre-evento;
- Il caricamento di altre informazioni riguardo allo stato di salute del partecipante e riguardo agli spostamenti avvenuti negli ultimi 14 giorni;
- La validazione o il diniego dell'emissione d'accordo;

9. Piano sanitario: tamponi

Uno dei pilastri del contenimento del rischio è una azione ampia e continua di test Covid-19. Lo screening si rende necessario per identificare, tracciare e allontanare eventuali positivi dalle bolle identificate.

Come anticipato, per tutti gli eventi e le competizioni organizzate gli spettatori dovranno essere in possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87.

Per le altre persone presenti (atleti, tecnici, staff, media, ecc.), dovrà invece essere previsto un piano di tamponi. Si ricorda che in caso di definizione di Protocollo integrativo, questo dovrà indicare le modalità di effettuazione di test, pre e durante l'evento.

Anche ai sensi delle presenti Linee guida, a titolo esemplificativo, data l'eventuale mole di persone da sottoporre a test, si suggerisce di distinguere il processo in 2 fasi:

- Una serie di tamponi pre-evento:
 - o a carico dell'accreditato, di tipo PCR, per team e media: un tampone deve essere eseguito 48 ore prima dell'evento;
 - o a carico dell'organizzazione, di tipo antigenico rapido, per staff, volontari, fornitori;
- Una serie di tamponi durante l'evento, di tipo antigenico rapido, da ripetere ogni 3 giorni, con tolleranza massima di 4 giorni solo in caso di forza maggiore o particolari difficoltà organizzative. In caso di positività, viene immediatamente effettuato un tampone RT-PCR di verifica e il soggetto è posto in quarantena.

Ulteriori indicazioni, a titolo esemplificativo, da includere nel Protocollo:

Esclusioni dai tamponi

- Restano esclusi dai test preventivi e dallo screening continuo, coloro che siano in possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87.
- In ogni caso, l'insorgere di sintomatologia clinica riconducibile a Covid-19, indipendentemente dalle

cause di esclusione sopra indicate, comporterà l'immediata sottoposizione del soggetto interessato a test di verifica.

Logistica

- È possibile prevedere anche più punti di effettuazione dei tamponi se necessario per accelerare le procedure e ridurre la finestra temporale dedicata all'attività. Tali punti test sono dislocati intorno all'area dell'evento, cercando di rendere fluido ed efficiente il flusso dei veicoli e delle persone che si devono recare ai vari punti test.

Caso di test positivo e relative misure

- In caso di riscontrata positività al test antigenico rapido durante la manifestazione, viene attivato il seguente processo:
 - 1) Il caso positivo viene avvertito mediante notifica istantanea (via mail o SMS o telefono) di presentarsi immediatamente nel punto designato per l'effettuazione di un test PCR; la conferma che la persona si è sottoposta a tale esame avverrà con "annotazione" nella piattaforma di accreditamento, fermo restando che fino all'esito dello stesso, l'interessato non potrà ritirare l'accreditamento ovvero, in caso di re-test, l'accreditamento resterà sospeso fino all'esito del tampone PCR.
 - 2) Tale test viene trattato dall'autorità sanitaria competente, con garanzia di risultato in tempi brevi;
 - 3) Nel frattempo, il sospetto positivo viene posto in isolamento, procedendo al contact tracing anche avvalendosi delle informazioni in possesso del Comitato Organizzatore;
 - 4) In caso non fosse possibile l'isolamento come al punto precedente, il sospetto positivo viene accompagnato presso lo spazio-Covid individuato dall'organizzazione;
 - 5) In caso di esito del test PCR negativo, l'accreditato può proseguire la manifestazione;
 - 6) in caso di esito del test PCR positivo, l'accreditato è invitato a lasciare il sito della manifestazione nel più breve tempo possibile con propri mezzi, oppure verrà riaccompagnato al domicilio a proprie spese con mezzo idoneo. Ove una o ambedue le predette circostanze non fossero possibili, l'interessato trascorrerà il periodo di isolamento, a proprie spese, in luogo idoneo individuato dall'organizzazione.
 - 7) In caso di esito positivo e manifestazione di sintomi gravi tali da impedire il rientro al domicilio, la persona verrà presa in cura dal Servizio Sanitario.

Contact tracing

- In attesa della chiamata da parte del Dipartimento di Prevenzione, la persona che abbia ricevuto la notizia della propria positività può predisporre una lista di tutti i contatti stretti (vedi sopra) con cui ha avuto a che fare a partire da 48 ore prima della comparsa dei primi sintomi, fino al momento della notizia di positività e dunque dell'immediato autoisolamento (in attesa della chiamata).
- Se la persona positiva è sempre stata asintomatica, inizia a contare i contatti stretti a partire da 48 ore prima dell'esecuzione del tampone diagnostico, fino al momento della notizia di positività e dunque dell'immediato autoisolamento (in attesa della chiamata).
- I dati di questi contatti che il caso positivo deve fornire al Dipartimento di Prevenzione sono: nome, cognome, data di nascita (solo se disponibile per una più certa identificazione dell'individuo), recapito telefonico, breve descrizione del tipo di contatto intrattenuto (es. convivente, familiare cui si è prestata assistenza, amico con cui si è cenato...) e quando questo contatto è avvenuto (al fine del corretto calcolo dei giorni di quarantena).
- La piattaforma di accreditamento dell'evento potrà essere di aiuto a tali operazioni, mediante estrazione dei dati di tracing ivi registrati.

- Si raccomanda in ogni caso a tutti l'attivazione della App "Immuni" (disponibile per il download dalle piattaforme Apple e Google - multilingue)

10. Calcolo del livello di rischio C-19 per eventi di massa secondo indici OMS

Ai fini della predisposizione di eventuali Protocolli, si riporta, inoltre, l'analisi atta a determinare il rischio complessivo di diffusione della malattia durante un evento, tenendo conto delle misure attuate per limitarlo. Questa analisi, molto utile da includere nei Protocolli, si basa su strumenti specifici proposti dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che sono stati rivisti e adattati da una Task Force internazionale per gli eventi sportivi di massa (partecipazione di un gran numero di atleti e spettatori).

Tale analisi deve essere fatta seguendo le indicazioni e le tabelle contenute al seguente indirizzo:

[WHO Mass gathering COVID-19 risk assessment tool – Sports events](#)

Si sottolinea la valenza di tale analisi non solo come strumento di valutazione del rischio, ma anche ai fini di una sua mitigazione.

11. Allegati: Segnaletica specifica

Esempi di segnaletica da apporre in tutti i luoghi ove si svolgerà la manifestazione:

