



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

Verbale n. 107 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 15 settembre 2020

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

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLCATE~~

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

È presente il Dr Giovanni Baglìo in rappresentanza del Sig. Vice Ministro della Salute Pierpaolo Sileri (in videoconferenza).

È presente la Dr Adriana Ammassari in rappresentanza di AIFA (in videoconferenza).

È presente il Dr Luigi Bertinato di ISS (in videoconferenza).

È presente il Dr Gaetano Settimo di ISS (in videoconferenza).

È presente il Dr Fabio Boccuni di INAIL.

È presente il Dr Walter Ricciardi (in videoconferenza).

La seduta inizia alle ore 15,05.

TRASMISSIONE DATI EPIDEMIOLOGICI EX ART. 1 CO. 16 DEL DL 16/05/2020, N. 33

Il CTS acquisisce i dati epidemiologici relativi all'aggiornamento sull'evoluzione della pandemia (allegato) e del monitoraggio della fase di transizione con i relativi dati di pertinenza delle Regioni e delle Province Autonome (allegato).

TRASMISSIONE DATI EPIDEMIOLOGICI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA INTEGRATA ISS

Il CTS acquisisce i dati epidemiologici aggiornati inerenti alla sorveglianza integrata dell'epidemia da SARS-CoV-2 con il resoconto nazionale (allegato) ed i report regionali relativi all'analisi dell'andamento del COVID-19 nei diversi ambiti territoriali (allegato).

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

AUDIZIONE DEL CAPO DIPARTIMENTO PER LO SPORT DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Il CTS, al fine di acquisire informazioni relative all'effetto sugli indici epidemiologici a seguito della ripresa ai differenti livelli delle attività sportive delle diverse discipline nel Paese, procede all'audizione del Capo del Dipartimento per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con lo scopo di analizzare compiutamente la complessa tematica, anche in ordine ai protocolli di sicurezza per la corretta fruizione delle manifestazioni sportive.

Riguardo ai cosiddetti *mass gatherings*, il CTS si è già espresso nelle sedute n. 95 del 16 e 20/07/2020 e n. 96 del 24/07/2020 in occasione del torneo internazionale di tennis "Internazionali di Italia", nella seduta n. 97 del 30/07/2020 in occasione dell'evento ciclistico "Milano-Sanremo", nella seduta n. 98 del 05/08/2020 a seguito della richiesta della Federazione Italiana Giuoco Calcio per la ripresa dei campionati di Serie A con gli stadi aperti al pubblico, nella seduta n. 105 del 03/09/2020 per il Gran Premio di Italia di Formula 1 e nella seduta n. 106 del 07/09/2020 a seguito della richiesta della Regione Piemonte per la riapertura alla fruizione del pubblico dello stadio Allianz Stadium di Torino, ribadendo che la tipologia di eventi sportivi di massa costituiscono, senza dubbio, nel contesto del rischio di trasmissione, uno dei più critici per la tipologia di modalità di contagio, capacità di un effettivo controllo e complessità di un tracciamento.

Il CTS ha, tra l'altro, sottolineato che al fine di una uniforme e coerente azione indirizzata al contenimento del contagio attraverso la condivisione delle valutazioni di natura precauzionale e preventiva da adottare, sarebbe stato auspicabile che eventi sportivi concernenti più Province o Regioni potessero essere regolati – anche dal punto di vista autorizzativo – in maniera univoca con il coinvolgimento congiunto delle Autorità competenti (Prefetture, Ministero dell'Interno, Province, Regioni, ecc.).

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

Il CTS condivide, quindi, con il Capo del Dipartimento per lo sport l'esigenza di partecipare un percorso univoco per l'analisi sistematica delle diverse manifestazioni sportive al fine di giungere alla definizione di principi generali e di regole puntuali di sicurezza che potranno consentire nel medio-lungo periodo, nel caso di indici epidemiologici particolarmente favorevoli, il ritorno alla fruizione anche parziale degli impianti sportivi da parte del pubblico.

Al riguardo, il CTS ritiene che la previsione attuale relativa alla partecipazione del pubblico ed alla fruizione all'aperto di eventi, spettacoli, manifestazioni sportive, ecc., pur nel rigoroso rispetto delle misure di distanziamento fisico di almeno 1 metro, della igienizzazione delle mani e dell'uso delle mascherine, possa essere consentita ad un numero non superiore a 1000 persone, dove sia possibile assicurare la prenotazione e la preassegnazione del posto a sedere con seduta fissa.

PROPOSTA DI AUMENTO DEL COEFFICIENTE DI RIEMPIMENTO DEI TRENI AD ALTA VELOCITÀ

Il CTS prende visione della documentazione pervenuta dall'Amministratore Delegato di Italo – Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA per il tramite del Sig. Ministro della Salute (allegato) relativa alla proposta per aumentare il coefficiente di riempimento dei treni AV.

Con lo scopo di dare risposte coerenti con il principio di massima precauzione per le azioni di contenimento del contagio, procede all'audizione del Dr Giambattista La Rocca, amministratore delegato di Italo – Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA, e del Dr. Paolo Belforte, Direttore Operativo, per conoscere le soluzioni tecnologiche ed organizzative a supporto della proposta.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

Durante l'interlocuzione, il CTS ha avuto modo di apprendere dall'a.d. di Italo-NTV delle difficoltà in termini occupazionali preesistenti alla contingenza epidemica da SARS-CoV-2. Al riguardo, il CTS ha rimarcato che le valutazioni che il consesso esprime sono esclusivamente di natura tecnico-sanitaria e non di natura economica o socio-economica che attengono ad altre competenze.

La proposta avanzata dalla società Italo-NTV per l'aumento del coefficiente di riempimento dei treni alta velocità (AV) all'80%, in analogia a quanto previsto dal DPCM del 07/09/2020 per il Trasporto Pubblico Locale (TPL) introduce – in aggiunta alle tredici misure organizzative, di prevenzione e protezione già adottate e rappresentate nel documento sottoposto al CTS – la misura addizionale della distribuzione di mascherine chirurgiche a tutti i passeggeri (con sostituzione ogni 4 ore).

Per quanto concerne le modalità organizzative, tecniche e tecnologiche, durante l'audizione, i due dirigenti di Italo-NTV hanno consegnato al CTS due documenti relativi alla redistribuzione dei posti sui treni AV (allegato) ed alle proposte per incrementare il coefficiente di riempimento (allegato) ed una comparazione con il trasporto pubblico locale ferroviario.

Terminata l'audizione, il CTS prosegue la trattazione del tema e, dopo ampia discussione, declina le seguenti considerazioni.

Anche nel trasporto ferroviario, le misure di distanziamento, insieme all'utilizzo della mascherina per la protezione delle vie respiratorie e delle misure di igiene personale e ambientale, costituiscono elementi fondamentali per il contenimento del rischio di trasmissione da SARS-CoV-2, come emerge dalle evidenze scientifiche che sono state oggetto di una approfondita analisi durante la seduta del CTS n. 98 del 05/08/2020 e che, allo stato attuale degli indici epidemiologici, permangono efficaci.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

L'allegato 15 del DPCM 07/09/2020, recante le *"Linee guida per l'informazione agli utenti e le modalità organizzative per il contenimento della diffusione del Covid-19 in materia di trasporto pubblico"* – Settore ferroviario di interesse nazionale e a libero mercato, inserisce alcune deroghe al distanziamento nel trasporto ferroviario a lunga percorrenza, riportando che:

"[...] È consentito derogare al distanziamento interpersonale di un metro, a bordo dei treni a lunga percorrenza, nei soli casi in cui:

- siano previsti sedili singoli in verticale con schienale alto da contenere il capo del passeggero;*
- l'utilizzo di sedili attigui o contrapposti sia limitato esclusivamente all'occupazione da parte di passeggeri che siano congiunti e/o conviventi nella stessa unità abitativa, nonché alle persone che abbiano una stabile frequentazione personale che, pur non condividendo la stessa abitazione, non siano obbligate in altre circostanze (es. luoghi di lavoro) al rispetto della distanza interpersonale di un metro."*

Secondo tali previsioni e sulla base delle tipologie di *layout* delle vetture di Italo-NTV riportate nella nota tecnica, è possibile stimare un indice di occupazione del 60-66%. Nell'ulteriore configurazione del *layout* del treno AGV575 e dopo i chiarimenti acquisiti in fase di audizione, è possibile ottenere comunque un indice di occupazione del 55% in coerenza con la normativa vigente richiamata, nell'ipotesi che tutti i passeggeri viaggiassero da soli e che comunque non vi fossero congiunti/conviventi così come definiti nel DPCM citato.

Risulta evidente che tale limite di occupazione non riflette tutte le possibilità offerte dalla normativa, non essendo stati forniti, in sede di audizione, dati concernenti la possibilità di occupare sedili contigui o *vis-à-vis* da parte dei congiunti/conviventi, che potenzialmente potrebbero colmare l'esigenza manifestata di aumento del limite di

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

riempimento. Al riguardo, il CTS sottolinea che il sistema di prenotazione e acquisto biglietti *online* su pc, dispositivi mobili o altri devices è di gran lunga lo strumento più utilizzato dall'utenza, e costituisce la modalità promossa ed incentivata dal gestore. Il sistema di ticketing online di Italo-NTV fino al giorno 14/09 u.s. non permetteva di usare l'opzione di prenotazione per congiunti/conviventi. Tale opzione è stata successivamente implementata, come si evince dalla documentazione consegnata al CTS in sede di audizione.

È necessario acquisire ulteriori informazioni circa l'impatto di tale opzione sull'intero sistema ferroviario di AV, al fine di poter valutare l'efficacia di tale misura di deroga, nell'obiettivo di aumentare il coefficiente di riempimento dei posti senza però pregiudicare le misure di distanziamento previste per i passeggeri che viaggiano da soli o, comunque, soggetti al distanziamento.

Circa il presupposto della proposta, in analogia con quanto previsto dai limiti di occupazione per il TPL, va rilevato che la valutazione del rischio per l'AV rispetto al TPL deve comunque tenere in considerazione l'elemento del tempo di permanenza medio dei passeggeri a bordo che, per il TPL, è sensibilmente inferiore.

Il DPCM 07/09/2020 prevede, altresì, che: “[...] potrà essere aumentata la capacità di riempimento con deroga al distanziamento di un metro, oltre ai casi previsti, esclusivamente nel caso in cui sia garantito a bordo treno un ricambio di aria almeno ogni 3 minuti e l'utilizzo di filtri altamente efficienti come quelli HEPA e la verticalizzazione del flusso dell'aria”.

Nella nota tecnica di Italo-NTV viene riportato un ricircolo totale dell'aria ogni 2,5 minuti. In sede di audizione, i dirigenti di Italo-NTV hanno fornito le quote di aria primaria (40%) e di aria di ricircolo (60%) al servizio di ciascuna carrozza. Hanno, poi,

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

riferito al CTS che non è prevista, nel breve periodo, la possibilità di installazione e di utilizzo dei filtri HEPA.

In considerazione dell'importanza del tema relativo alla qualità dell'aria, sarebbe opportuno acquisire informazioni di dettaglio sulle caratteristiche degli attuali elementi filtranti al fine di una più completa analisi del rischio e di una più precisa valutazione in termini di efficacia/efficienza nei *layout* di carrozza considerati e, più in generale, sui treni AV in esercizio in Italia.

La misura aggiuntiva dell'apertura delle porte esterne dei treni durante le fermate nelle stazioni non garantisce miglioramenti significativi dell'incremento dei volumi di ricambio d'aria nei convogli.

Infine, il CTS sottolinea l'importanza di mantenere sempre attivo ed in buone condizioni di funzionamento l'impianto di ventilazione 24/24h e 7/7gg quale efficace misura di mitigazione del rischio, già proposta nella nota tecnica.

Per quanto concerne la revisione delle misure di contenimento del coefficiente di riempimento dei treni ad alta velocità e a lunga percorrenza, il CTS rimarca che l'alta velocità ferroviaria rappresenta un *asset* strategico europeo, possedendo, quindi, una valenza sovranazionale.

Al riguardo, il CTS ritiene indispensabile procedere ad una revisione comunitaria delle politiche di utilizzazione e accesso delle vetture adibite al trasporto ad alta velocità e propone al Sig. Ministro della Salute di esaminare la possibilità di proporre, per il tramite del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti, l'adozione di una politica europea comune a livello dell'Unione e dei Paesi confinanti con l'Italia nell'attuale contesto pandemico.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

ANALISI DELLA DURATA DELLA QUARANTENA

Il CTS analizza la condizione attualmente in essere in Francia, relativa alla riduzione a 7 giorni della quarantena per i soggetti riscontrati positivi al test molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Al riguardo, il CTS analizza i documenti pervenuti dal Ministero della Salute concernenti alcuni pronunciamenti da parte di ECDC, OMS, Conseil scientifique COVID-19 (Struttura francese omologa al CTS italiano):

- EC Request 129: "Quarantine period for COVID-19: does the evidence support shortening from 14 to ten days?", ECDC, 27/08/2020 (allegato);
- Avis n° 9 du Conseil scientifique COVID-19 [Struttura francese omologa al CTS italiano]: "Strategie et modalités d'isolement", 03/09/2020 (allegato);
- "Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases" Interim guidance: OMS, 19/08/2020 (allegato).

Data la complessità della tematica, il CTS, dopo ampia discussione, rimanda ad un'ulteriore valutazione complessiva prevista in una delle prossime sedute, anche all'esito di un'analisi internazionale delle procedure di quarantena vigenti attualmente in altri Paesi.

QUESITO DEL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE RELATIVO AL DISTANZIAMENTO FISICO DURANTE LE LEZIONI DI CANTO PRESSO GLI ISTITUTI SCOLASTICI

In riferimento al quesito urgente rappresentato dal Ministero dell'Istruzione relativo al distanziamento fisico da mantenere durante le lezioni di canto presso gli istituti scolastici, il CTS ha già anticipato via mail al Sig. Ministro dell'Istruzione, per il tramite del Coordinatore, le considerazioni che, di seguito, si riportano.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

La tematica è già stata affrontata in diverse sedute del CTS, in occasione della trattazione dei cori e dei cantori nell'ambito delle scuole di coreutica o all'interno delle liturgie di diverse confessioni religiose.

L'indicazione generale è stata quella di "raccomandare una distanza tra le persone di almeno due metri prevedendo, l'aerazione frequente dei locali oltre al rispetto delle abituali norme igieniche".

FESTIVAL INTERNAZIONALE DEL CINEMA DI ROMA – PROBLEMATICHE INERENTI ALLA QUARANTENA DI PERSONE PROVENIENTI DA AREE EXTRA-SCHENGGEN

In riferimento all'istanza proveniente dalla Regione Lazio concernente la richiesta di parere relativo all'isolamento fiduciario per gli ospiti del Festival Internazionale del Cinema di Roma (allegato) e di altre persone provenienti dai Paesi dell'Area Extra-Schengen compresi gli USA, il CTS ribadisce la vigenza attuale del DPCM 07/09/2020 che prevede misure differenziate per l'ingresso in Italia di persone provenienti dall'estero.

Al riguardo, il Ministero della Salute ha emanato una circolare relativa alla definizione di "Linee guida per la concessione della deroga prevista ai sensi art. 1 comma 4 lettera d) del DPCM 07/09/2020 che integra e modifica il DPCM 07/08/2020" (allegato).

Il CTS conclude la seduta alle ore 18,45.

		ASSENTE
Agostino MIOZZO		
Fabio CICILIANO		
Massimo ANTONELLI		
Giovannella BAGGIO	IN VIDEOCONFERENZA	OK Raul OK Raul

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTRONUOVE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

Roberto BERNABEI		OK Mail
Silvio BRUSAFFERO	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Elisabetta DEJANA		X
Mauro DIONISIO	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Ranieri GUERRA	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Sergio IAVICOLI		OK Mail
Giuseppe IPPOLITO		OK Mail
Franco LOCATELLI	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Nicola MAGRINI <i>OK Mail</i>	PRESENTE Ammassari in rappresentanza di AIFA	
Francesco MARAGLINO	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Rosa Marina MELILLO	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Nausicaa ORLANDI		X
Flavia PETRINI		OK Mail
Kyriakoula PETROPULACOS	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Giovanni REZZA	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Luca RICHELDI		OK Mail
Giuseppe RUOCCO		X
Nicola SEBASTIANI		OK Mail
Andrea URBANI	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Alberto VILLANI	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail
Alberto ZOLI	IN VIDEOCONFERENZA	OK Mail

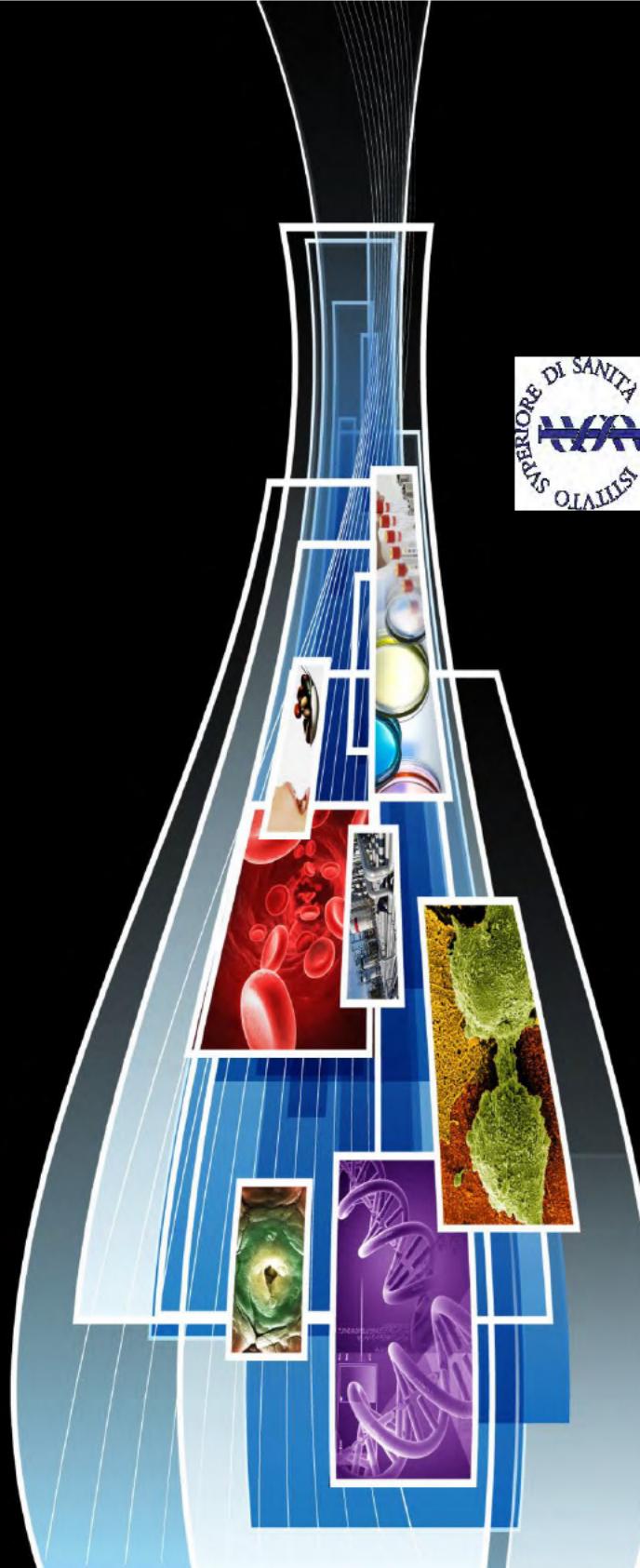
INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Allegato 1

Aggiornamento NUOVO CORONAVIRUS COVID-19, 11 settembre 2020

COVID-19

fase di transizione



COVID-19 – in Italia

Situazione dall'inizio della epidemia

Data di ultimo aggiornamento: 10 settembre 2020

281.008
Casi

31.278
Casi tra gli operatori sanitari*

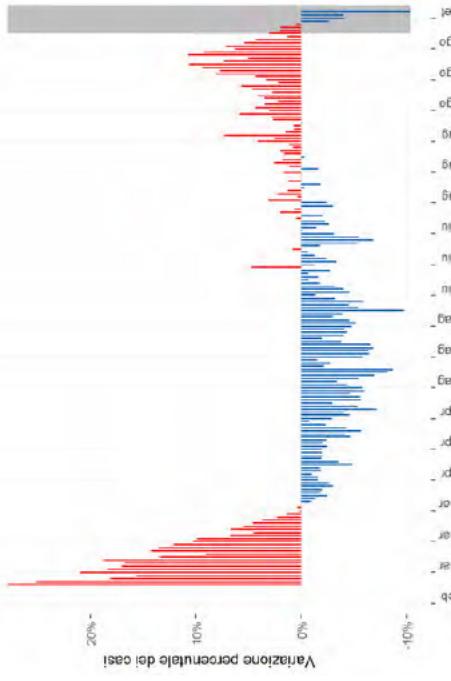
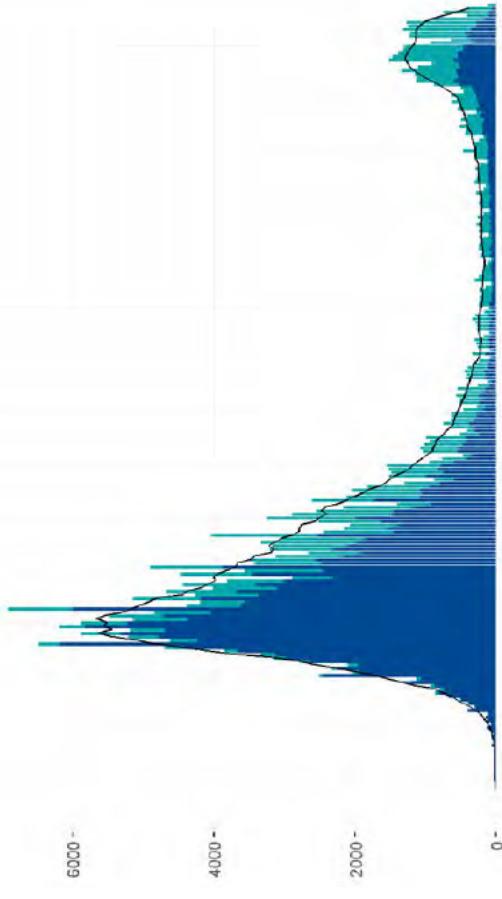
58 anni
Età mediana dei casi

47,2% | 52,8%
Maschi (%) | Femmine (%)

35.595 (12,7%)
Deceduti (letalità)

205.065
Guariti

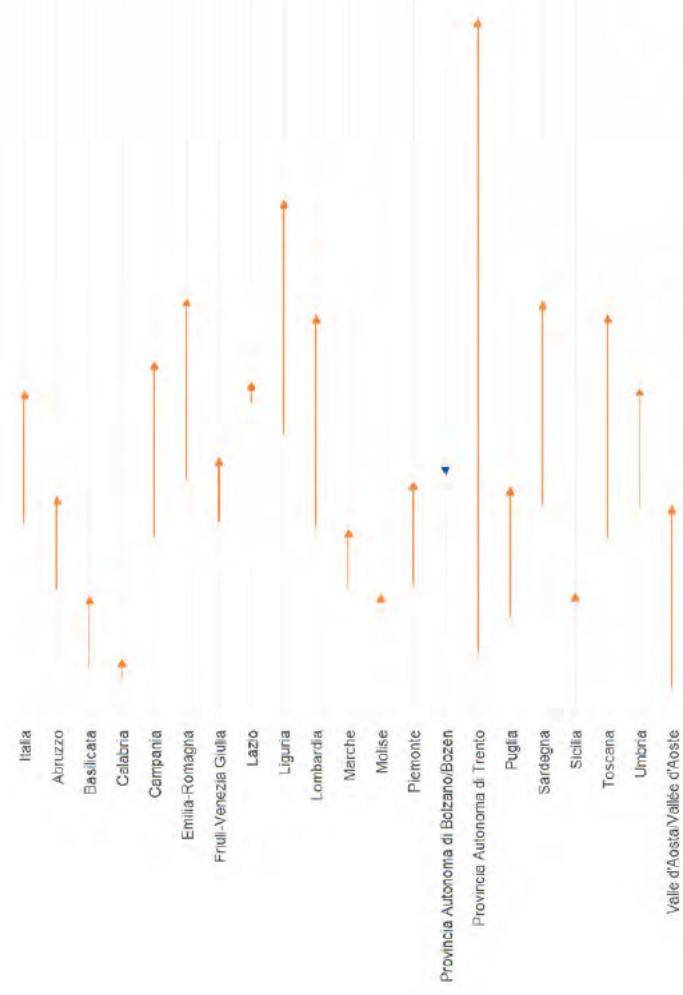
Numero di casi di infezione confermata da virus SARS-CoV-2 in Italia segnalati al sistema di sorveglianza integrato per data di inizio sintomi (blu) e per data di prelievo/diagnosi (verde), 23 gennaio – 7 settembre 2020



COVID-19 – in Italia

Aumento dei casi per Regione/PA

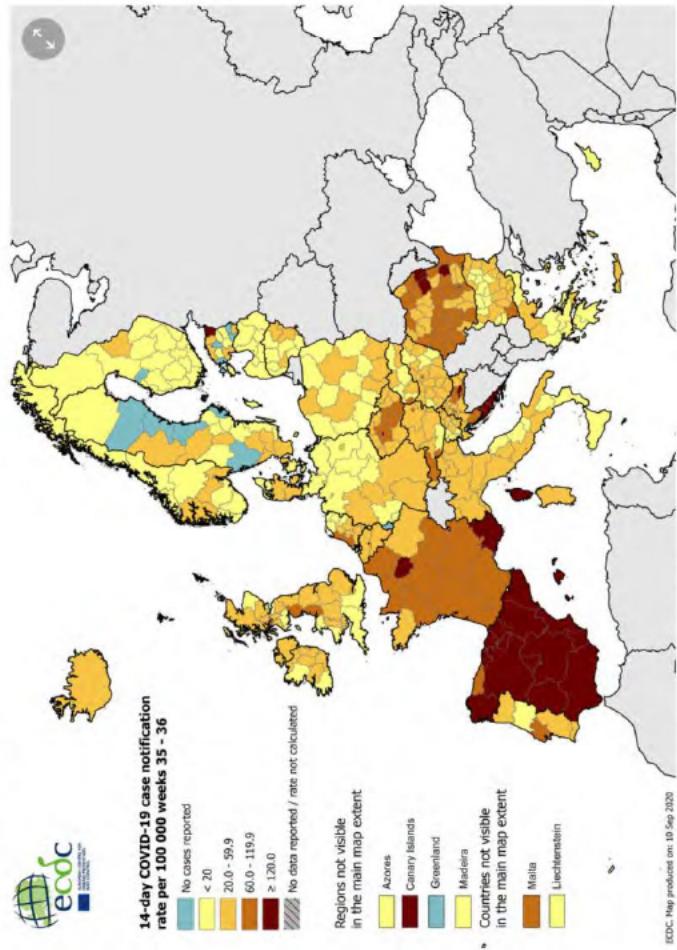
DIFFERENZA INCIDENZA 14 GIORNI (24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020) E (10-23 AGOSTO 2020)



COVID-19 – in Italia

Aumento ancora contenuto rispetto ad altri Paesi EU/EEA, ma in progressivo peggioramento

14-day COVID-19 case notification rate per 100 000,
weeks 35-36

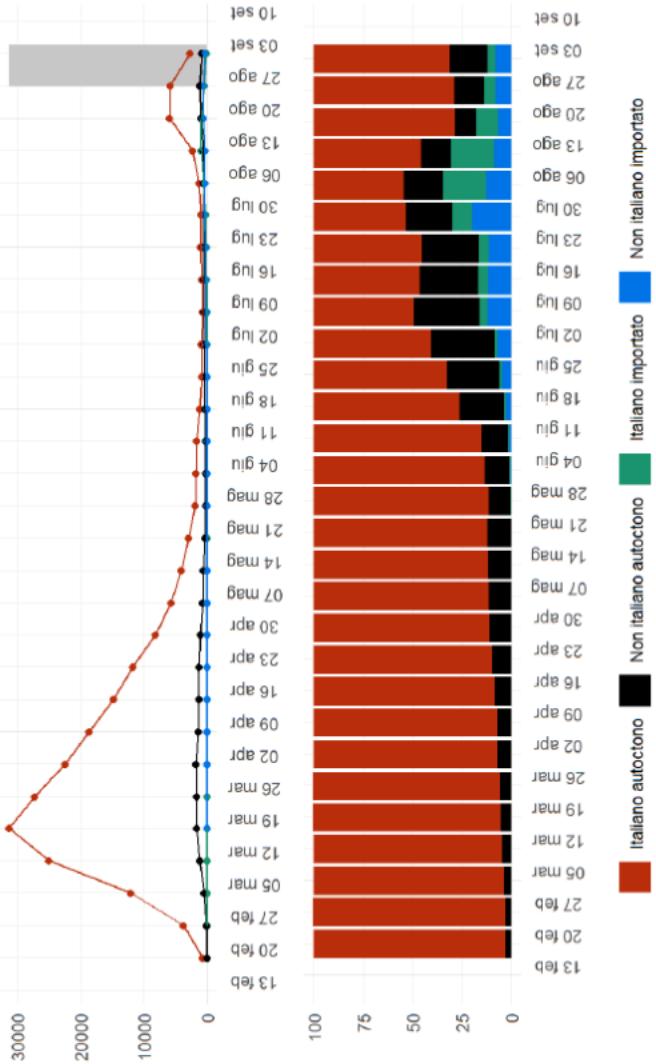
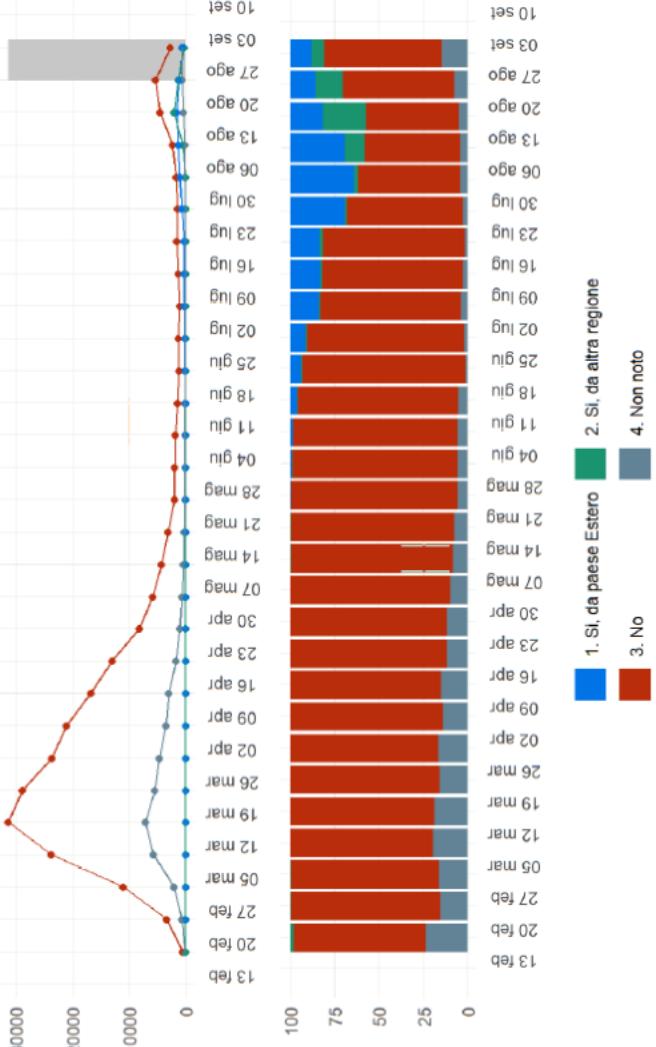


COVID-19 – in Italia

% casi importati/autoctoni per nazionalità italiana/non-italiana

Principalmente casi autoctoni, in particolare in soggetti di nazionalità italiana

In diminuzione i casi importati da altra Regione/PA



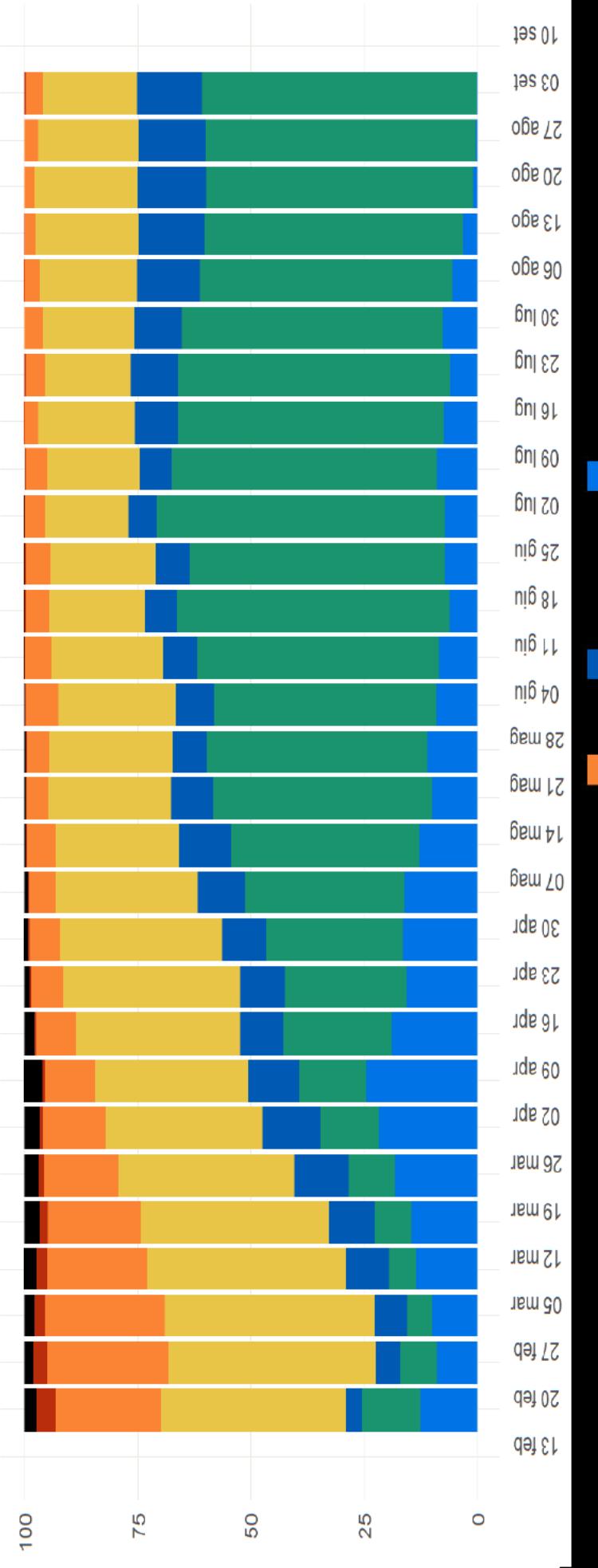
Situazione dall'inizio della epidemia

COVID-19 – in Italia

Transizione epidemiologica

Percentuale di Casi confermati di COVID-19 per stato clinico
alla momento della diagnosi e settimana di diagnosi

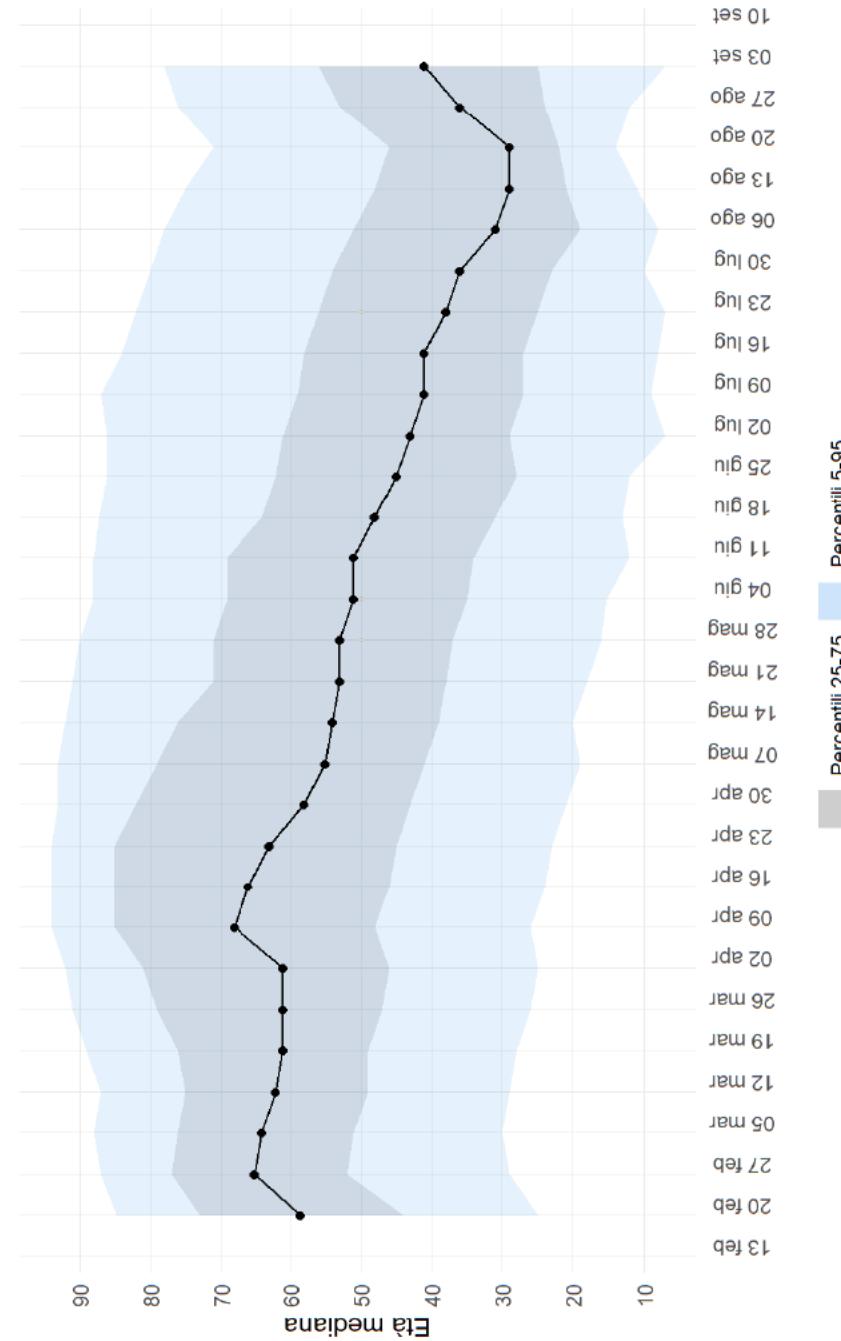
59% asintomatici (casi diagnosticati negli ultimi 7 gg aggiornati, aggiornamento al 8 settembre 2020)



COVID-19 – in Italia

Transizione epidemiologica

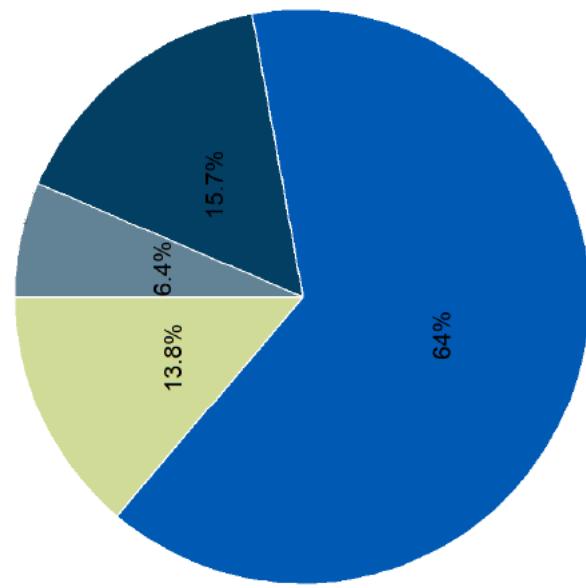
Lieve aumento nell'età mediana dei casi diagnosticati e riportati al sistema di sorveglianza integrato nell'ultima settimana di monitoraggio.



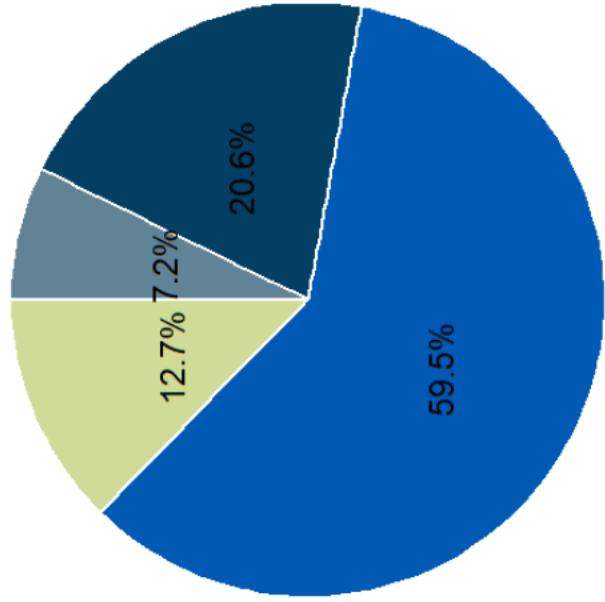
COVID-19 – in Italia

Confronto casi per fascia d'età

CASI DIAGNOSTICATI TRA IL 10
E IL 23 AGOSTO 2020

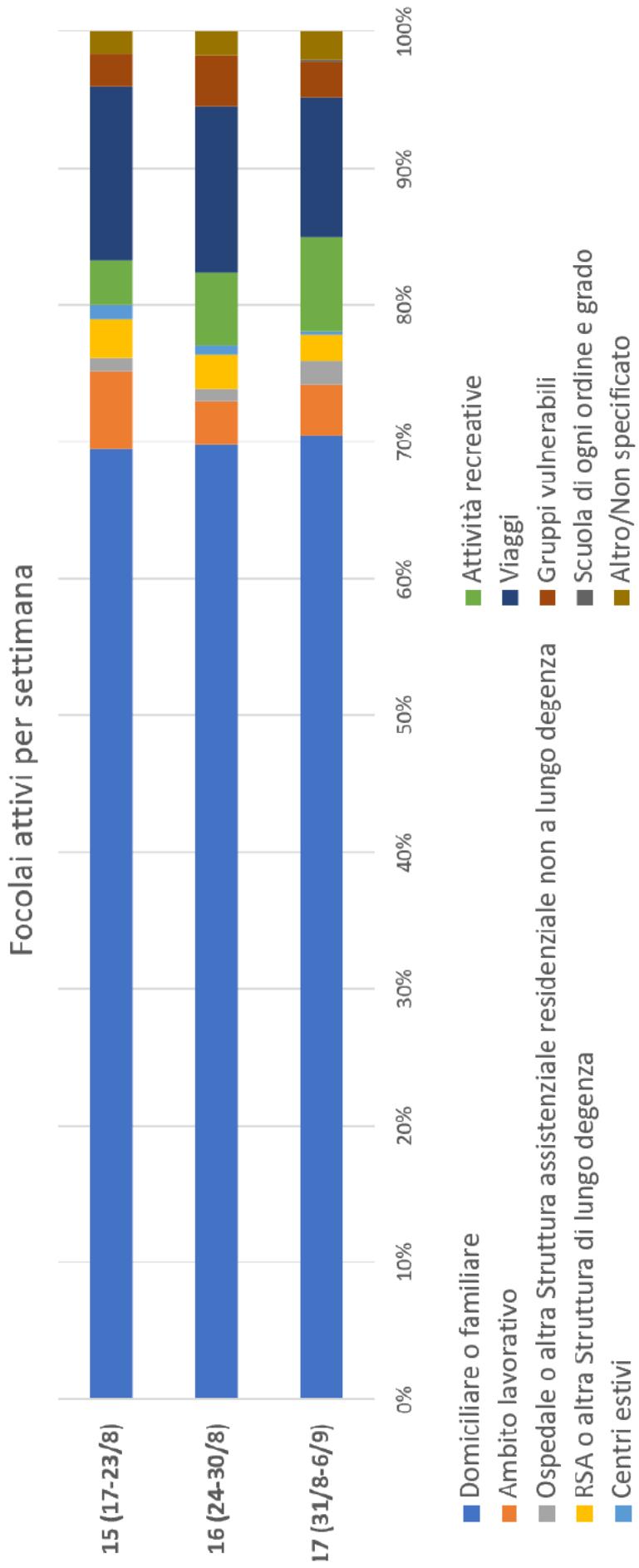


CASI DIAGNOSTICATI TRA IL 24 AGOSTO
E IL 6 SETTEMBRE 2020



COVID-19 – in Italia

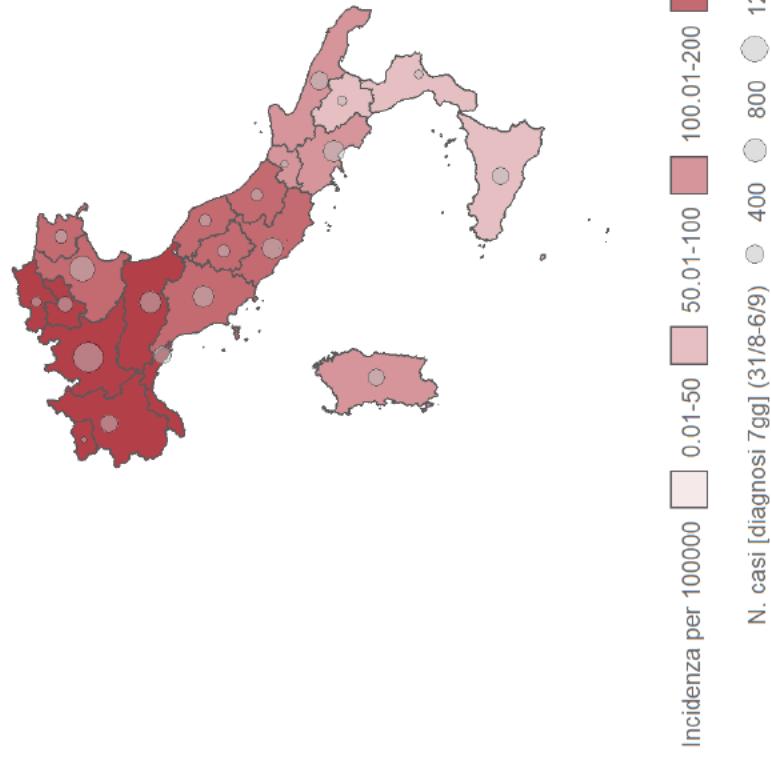
Distribuzione dei focolai attivi in Italia per setting e settimana di monitoraggio



Diminuzione di focolai associati a contesti lavorativi, aumento di focolai collegati a viaggi ed ad attività ricreative.

COVID-19 – in Italia

Persistenza di trasmissione

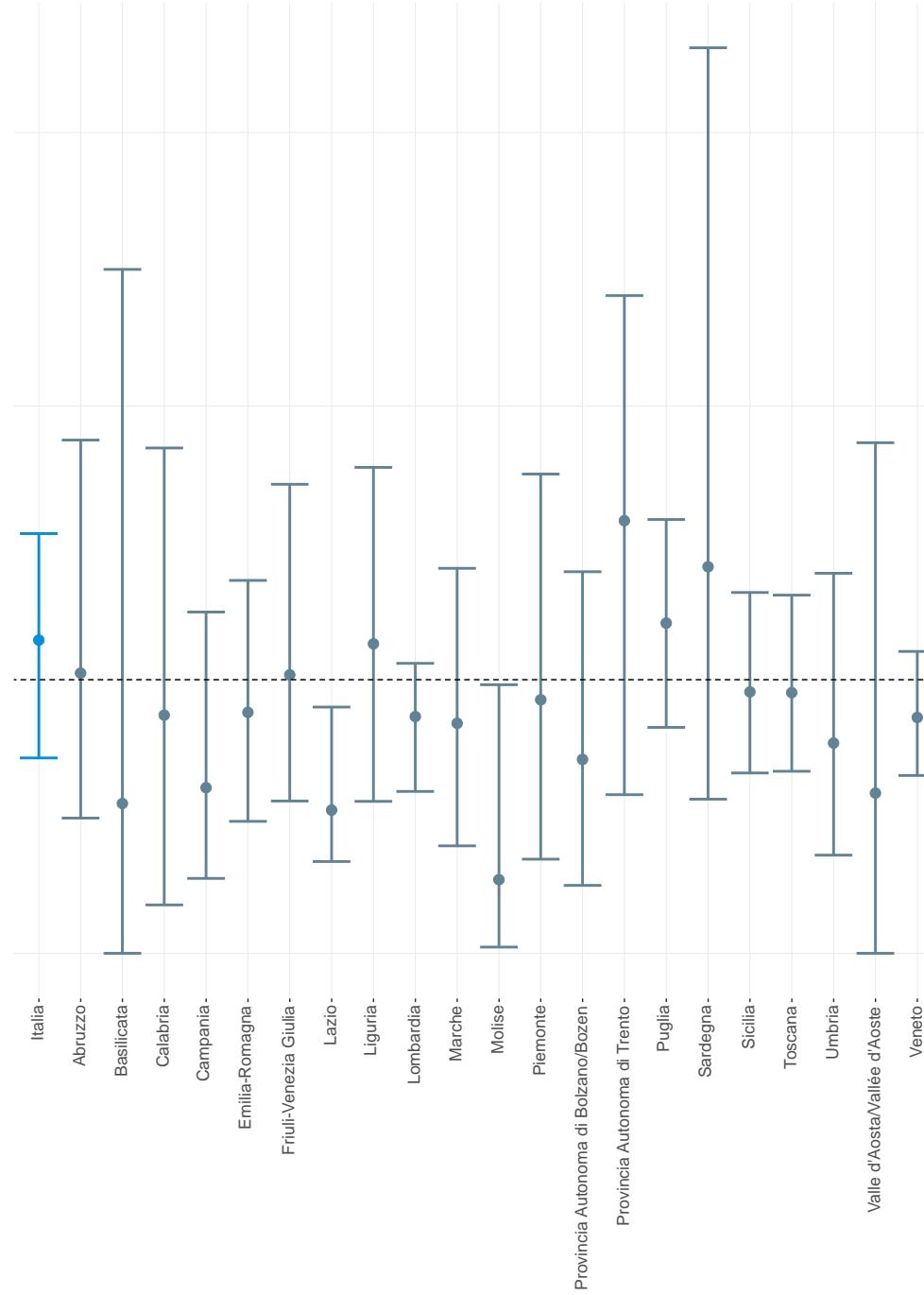


Incidenza (per 100.000 abitanti) dei casi confermati di COVID-19 e numero di casi diagnosticati nella settimana 31 agosto – 6 settembre 2020, per Regione/PA di diagnosi

Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100,000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14gg, dati al 1 settembre 2020 relativi alla settimana 24/8-30/8 e 17/8-30/8 2020

REGIONE/PA	NUMERO DI CASI TOTALE	INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 17-30 AGOSTO	INCIDENZA 14GG (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 24-30 AGOSTO	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB)
Abruzzo	3.906	299,13	249	19,07	127	9,73
Basilicata	535	96,06	60	10,77	42	7,54
Calabria	1.466	76,17	106	5,51	22	1,14
Campania	7.840	135,5	1756	30,35	636	10,99
Emilia-Romagna	32.760	733,36	1591	35,62	665	14,89
Friuli Venezia Giulia	3.968	327,57	270	22,29	144	11,89
Lazio	12.243	208,73	1681	28,66	624	10,64
Liguria	11.390	738,11	676	43,81	387	25,08
Lombardia	102.066	1.010,16	3.459	34,23	1.640	16,23
Marche	7.373	485,58	248	16,33	113	7,44
Molise	541	178,98	33	10,92	16	5,29
Piemonte	33.477	771,12	881	20,29	387	8,91
PA Bolzano	2.998	563,45	112	21,05	57	10,71
PA Trento	5.346	985	320	58,96	251	46,25
Puglia	5.978	149,14	797	19,88	434	10,83
Sardegna	2.343	143,7	577	35,39	296	18,15
Sicilia	4.682	94,24	548	11,03	298	6
Toscana	12.319	330,91	1.276	34,28	610	16,39
Umbria	1.926	218,79	248	28,17	117	13,29
Valle d'Aosta	1.245	992,02	23	18,33	3	2,39
Veneto	24.191	492,90	1.897	38,55	985	20,07

Rt «medio 14 gg» (DAL 20/8 – 2/9, CALCOLATO ALL'8/09/2020)



Indicatori di processo sulla completezza dei dati (tabella 1)

Regione/PA	Ind1.1 precedente	Ind1.1 settimana di riferimento	Variazione	Ind1.2	Ind1.3	Ind1.4
Abruzzo	92.0	89.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.0
Basilicata	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Calabria	83.9	86.2	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	97.9
Campania	63.3	47.5	Sotto soglia	99.3	100	98.3
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	98.2	100	99.6
FVG	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Lazio	93.3	93.7	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.3
Liguria	88.3	74.1	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	94.1
Lombardia	70.9	71.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.5
Marche	100.0	99.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Molise	100.0	93.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Piemonte	74.4	72.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.5
PA Bolzano/Bozen	98.4	96.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.1
PA Trento	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	93.5
Puglia	98.6	95.2	Stabilmente sopra-soglia	99.6	100	99.4
Sardegna	83.4	72.3	Stabilmente sopra-soglia	98.3	100	95.8
Sicilia	67.0	62.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.1
Toscana	97.5	95.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Umbria	97.7	97.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.8
V.d'Aosta/N.d'Aoste	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Veneto	68.0	72.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.7

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE	
Allegato n° 1 Protocollo Uscita	
COVID/0049712 19/09/2020	

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note			
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focali	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9***	
Abruzzo	Si	-5,6	0,76 (CI: 0,54-0,99)	4,1	56	35	↑	29	18	1%	Bassa
Basilicata	Si	81,8	0,82 (CI: 0,31-1,43)	133,3	4	2	↑	4	0	1%	Moderata

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**			
Calabria	Si	84.8	0.44 (CI: 0.21-0.74)	-73.8	10	8	↑	6	8	0%	2%	Moderata
Campania	Si	-15.0	0.39 (CI: 0.28-0.51)	-43.2	13	9	↑	9	162	1%	5%	Non valutabile

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella)

Indicatori di monitoraggio		Classificazione del rischio e note									
Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focali	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
Casi in diminuzione in entrambi i flussi di sorveglianza. Tuttavia si segnala che i casi segnalati alla protezione civile nella settimana di monitoraggio sono oltre 150 in più. Sono stati notificati nuovi casi di età >50aa nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Rt minore di 1, anche nel suo intervallo di confidenza minore. Il numero di focali attivi è elevato ed in aumento nella settimana di monitoraggio con 79 nuovi focali (lieve diminuzione) e 289 nuovi casi non associati a catene di contagio note (in aumento). Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.											
Emilia-Romagna	Si	-7.5	0.68 (Cl: 0.61-0.76)	-28.2	338	243	↑	79	289	2%	3%
FVG	Si	28.2	0.85 (Cl: 0.62-1.11)	14.3	43	32	↑	17	36	2%	1%

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note					
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**		
Lazio	Si	-8.0	0.4 (CI: 0.35-0.46)	-41.0	28	25	↑	16	10	1%	8%	Bassa
Liguria	Si	46.9	1.49 (CI: 1.23-1.78)	33.9	16	15	↑	1	12	3%	3%	Moderata

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note					
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**	
Lombardia	Si	8.7	0.77 (C: 0.71-0.84)	-9.8	773	663	↑	145	1008	3%	3%	Moderata
Marche	Si	-2.3	0.61 (C: 0.41-0.84)	-16.3	25	21	↑	15	42	1%	1%	Bassa
Molise	Si	-21.4	0.29 (C: 0.04-0.73)	-5.9	2	5	↓	1	5	0%	2%	Bassa

Casi in aumento in flusso MinSal ed in diminuzione in quello ISS. Il trend ISS è tuttavia in aumento nel numero dei casi escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Rt minore di 1, anche nell'intervallo di confidenza maggiore. Sono stati notificati nuovi casi di età >50aa nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Sono riportati 773 focolai attivi nella Regione (in aumento) di cui 145 nuovi. La maggior parte dei nuovi casi diagnosticati, 1008, non sono associati a catene di contagio note. Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.

Casi in diminuzione in entrambi i flussi di sorveglianza. Si conferma il trend in diminuzione nel numero dei casi anche escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Rt minore di 1, anche nel suo intervallo di confidenza maggiore. Questa settimana sono segnalati 25 focolai attivi di cui 15 nuovi (in lieve aumento). Sono 42 i nuovi casi che non risultano associati a catene di contagio note, in aumento. Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.

Casi in diminuzione in entrambi i flussi di sorveglianza. Non si conferma il trend in diminuzione nel numero dei casi escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Complessivamente sono stati segnalati 16 nuovi casi al flusso coordinato da ISS diagnostici nella settimana di monitoraggio. Rt minore di 1 anche nell'intervallo di confidenza maggiore. Sono presenti 2 focolai attivi (in diminuzione) di cui uno (focali attivi) è stato segnalato dalla Regione/PA.

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**	
Piemonte	Si	-17.8	0.51 (Cl: 0.39-0.65)	-21.7	56	46	↑	22	41	2%	Bassa
PA Bolzano/Bozen	Si	12.7	0.65 (Cl: 0.33-1.17)	3.6	15	14	↑	8	11	4%	Moderata

Indicatori di risultato di trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)										
Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicators di monitoraggio								Classificazione del rischio e note
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focalai attivi precedente	Focalai attivi trend	Ind3.5 nuovi focali	Ind3.6	Ind3.8**	
PA Trento	Si	275.0	1.69 (CI: 1.3-2.16)	263.8	18	10 ↑	11	40	1%	Moderata
Puglia	Si	20.4	1.16 (CI: 0.97-1.37)	19.6	14	18 ↓	13	149	2% 6%	Moderata

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note					
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**		
Sardegna	Si	2.9	0.79 (CI: 0.66-0.94)	5.3	92	37	↑	30	16	4%	3%	Moderata
Sicilia	Si	47.1	1.01 (CI: 0.81-1.26)	19.2	147	129	↑	39	105	2%	2%	Moderata

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note					
		Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi	Focali attivi precedente	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**			
Toscana	Si	3.1	0.95 (CI: 0.82-1.09)	-8.4	161	127	↑	38	436	2%	Moderata	
Umbria	Si	-9.7	0.52 (CI: 0.36-0.71)	-10.7	35	30	↑	15***	47	2%	1%	Bassa

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Si	54.5	0.93 (Cl: 0.35-1.6)	-85.0	1	.1.	=	0	4	0%	2%
Veneto	Si	18.8	0.82 (Cl: 0.71-0.93)	8.6	433	329	↑	177	0	1%	1%

Casi in aumento in flusso MinSal ed in diminuzione in quello ISS. Si conferma trend in diminuzione nel numero dei casi flusso ISS escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Sono stati notificati nuovi casi di età >50aa nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Rt minore di 1, anche se lo supera nell'intervallo di confidenza maggiore. Vlene riportato un solo focolaio attivo nella Regione, nessuno nuovo. Sono 4 i casi non associati a catene di contagio note (stabili). Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.

Casi in aumento in entrambi flussi. Sono stati notificati nuovi casi di età >50aa nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Si conferma il trend aumento nel flusso coordinato da ISS nel numero dei casi anche escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Rt minore di 1, anche nell'intervallo di confidenza maggiore. Sono segnalati 433 focolai attivi (in aumento) di cui 177 nuovi focolai (in aumento) nella settimana di monitoraggio in corso. Non sono segnalati casi non associati a catene di contagio note. Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.

Bassa

Moderata

Indicatori di processo sulla resilienza dei servizi territoriali (tabella)

Regione/PA	Ind2.1 (sett. rif.)	Ind2.1 (prec.)	Ind2.2	Ind2.3 (opz.)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	2.1%	2.1%	5	4	0.3 per 10000	0.5 per 10000	0.8 per 10000	100%	1 allerta segnalata
Basilicata	1.4%	0.8%	1	0	1 per 10000	6.9 per 10000	7.9 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Calabria	1.5%	0.9%	4.5	4	0.5 per 10000	0.5 per 10000	1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Campania	1.5%	1.6%	2	2	0.4 per 10000	0.7 per 10000	1.1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Emilia-Romagna	2.1%	2.5%	4	ND	0.4 per 10000	0.9 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
FVG	2%	1.3%	2	1	0.3 per 10000	0.6 per 10000	0.8 per 10000	100%	1 allerta segnalata
Lazio	3%	3.3%	3	2	0.7 per 10000	1 per 10000	1.6 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Liguria	3.1%	2.3%	3	ND	0.4 per 10000	1.1 per 10000	1.5 per 10000	64%	0 allerte segnalate. Ind 2.6 minore 95%
Lombardia	5.3%	2%	2	ND	0.4 per 10000	0.7 per 10000	1 per 10000	79,6%	0 allerte segnalate, Ind 2.6 minore 95%; ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Marche	2.1%	2.1%	2	2	0.4 per 10000	1 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Molise	1.1%	0.7%	2.5	0	1.1 per 10000	1.4 per 10000	2.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Piemonte	1.6%	2%	5	2	0.3 per 10000	1 per 10000	1.3 per 10000	99%	0 allerte segnalate
PA Bolzano/Bozen	2.3%	1.6%	1	1.5	0.5 per 10000	1.1 per 10000	1.6 per 10000	100%	0 allerte segnalate
PA Trento	7,6%	2.6%	3	ND	1.1 per 10000	1.6 per 10000	2.7 per 10000	100%	0 allerte segnalate, ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Puglia	4.2%	4.1%	2	2	0.5 per 10000	0.9 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Sardegna	2.5%	4.1%	5	4	0.3 per 10000	1.2 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Sicilia	1.3%	1.4%	2	ND	0.3 per 10000	0.8 per 10000	1.1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Toscana	0.4%	0.6%	3	3	0.4 per 10000	0.9 per 10000	1.3 per 10000	98,2%	0 allerte segnalate
Umbria	3%	3.3%	3	3	0.5 per 10000	1.5 per 10000	2 per 10000	100%	0 allerte segnalate

Quadro sintetico

Regione/PA	Incidenza 14 gg per 100.000 ab	Incidenza 7 gg per 100.000 ab	Nuovi casi diagnosticati nella settimana	Nuovi casi importati da Stato estero (%)	Nuovi casi identificati per screening	Trend settimanale dei nuovi casi di COVID-19 diagnosticati Fonte ISS	Trend settimanale del numero di focolai attivi COVID-19	Stima di Rt (30 agosto 2020)	Classificazione di rischio per aumento di trasmissione ed impatto di COVID-19 sui servizi assistenziali	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	19.07	9.73	127	12 (9.4%)	24	↑	↑	0.76 (Cl: 0.54-0.99)	Bassa	1 allerta segnalata
Basilicata	10.77	7.54	42	11 (26.2%)	14	↓	↓	0.82 (Cl: 0.31-1.43)	Moderata	0 allerte segnalate
Calabria	5.51	1.14	22	3 (13.6%)	6	↓	↓	0.44 (Cl: 0.21-0.74)	Moderata	0 allerte segnalate
Campania	30.35	10.99	636	59 (9.3%)	406	↓	↓	0.39 (Cl: 0.28-0.51)	Non valutabile	0 allerte segnalate
Emilia-Romagna	35.62	14.89	665	195 (29.3%)	187	→	↓	0.68 (Cl: 0.61-0.76)	Bassa	0 allerte segnalate
FVG	22.29	11.89	144	45 (31.2%)	54	↓	↓	0.85 (Cl: 0.62-1.11)	Moderata	1 allerta segnalata
Lazio	28.66	10.64	624	67 (10.7%)	276	→	↓	0.4 (Cl: 0.35-0.46)	Bassa	0 allerte segnalate
Liguria	43.81	25.08	387	7 (1.8%)	59	↓	↑	1.49 (Cl: 1.23-1.78)	Moderata	0 allerte segnalate
Lombardia	34.23	16.23	1640	208 (12.7%)	785	↓	↑	0.77 (Cl: 0.71-0.84)	Moderata	Ind 2.6 minore 95% Ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Marche	16.33	7.44	113	59 (52.2%)	50	↓	↑	0.61 (Cl: 0.41-0.84)	Bassa	0 allerte segnalate
Molise	10.92	5.29	16	2 (12.5%)	3	→	↓	0.29 (Cl: 0.04-0.73)	Bassa	0 allerte segnalate
Piemonte	20.29	8.91	387	95 (24.5%)	151	↓	↓	0.51 (Cl: 0.39-0.65)	Bassa	0 allerte segnalate
PA Bolzano/Bozen	21.05	10.71	57	32 (56.1%)	26	↓	↓	0.65 (Cl: 0.33-1.17)	Moderata	0 allerte segnalate
PA Trento	58.96	46.25	251	3 (1.2%)	121	↓	↑	1.69 (Cl: 1.3-2.16)	Moderata	ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Puglia	19.88	10.83	434	15 (3.5%)	89	↓	↓	1.16 (Cl: 0.97-1.37)	Moderata	0 allerte segnalate
Sardegna	35.39	18.15	296	10 (31.4%)	40	↓	↓	0.79 (Cl: 0.66-0.94)	Moderata	0 allerte segnalate
Sicilia	11.03	6.00	298	44 (14.8%)	58	↓	↓	1.01 (Cl: 0.81-1.26)	Moderata	0 allerte segnalate
Toscana	34.28	16.39	610	87 (14.3%)	193	↓	↓	0.95 (Cl: 0.82-1.09)	Moderata	0 allerte segnalate
Umbria	28.17	13.29	117	30 (25.6%)	39	↓	↓	0.52 (Cl: 0.36-0.71)	Bassa	0 allerte segnalate
V.d'Aosta/N.d'Aoste	18.33	2.39	3	NA (NA%)	2	↓	↓	0.93 (Cl: 0.35-1.6)	Bassa	- 0 allerte segnalate

Conclusione /1

- In Italia si osserva un lento e progressivo peggioramento dell'epidemia di SARS-Cov-2, sebbene inferiore a quello di altri paesi della stessa area geografica. Anche in questa settimana si rileva una trasmissione diffusa del virus su tutto il territorio nazionale, che provoca focolai anche di dimensioni rilevanti e spesso associati ad attività ricreative che comportano assembramenti e violazioni delle regole di distanziamento fisico sia sul territorio nazionale che all'estero.

- Questo sta comportando anche una trasmissione locale dalla popolazione più giovane a quella più fragile o anziana, soprattutto all'interno della famiglia, che si riflette anche in un maggiore impegno dei servizi ospedalieri. Si raccomanda quindi di adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.

- Il numero di nuovi casi di infezione rimane nel complesso inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, ma con un aumento da sei settimane consecutive. Il rispetto delle misure di prevenzione e della quarantena raccomandate dalle autorità sanitarie resta un elemento cruciale ed ineludibile per contrastare la diffusione dell'infezione. D'altra canto l'aumento delle capacità di offerta diagnostica deve essere accompagnato dal potenziamento dei servizi territoriali per la ricerca dei casi e la gestione dei contatti, inclusa la quarantena dei contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi secondari. La riduzione nei tempi tra l'inizio della contagiosità e l'isolamento resta un elemento fondamentale per il controllo della

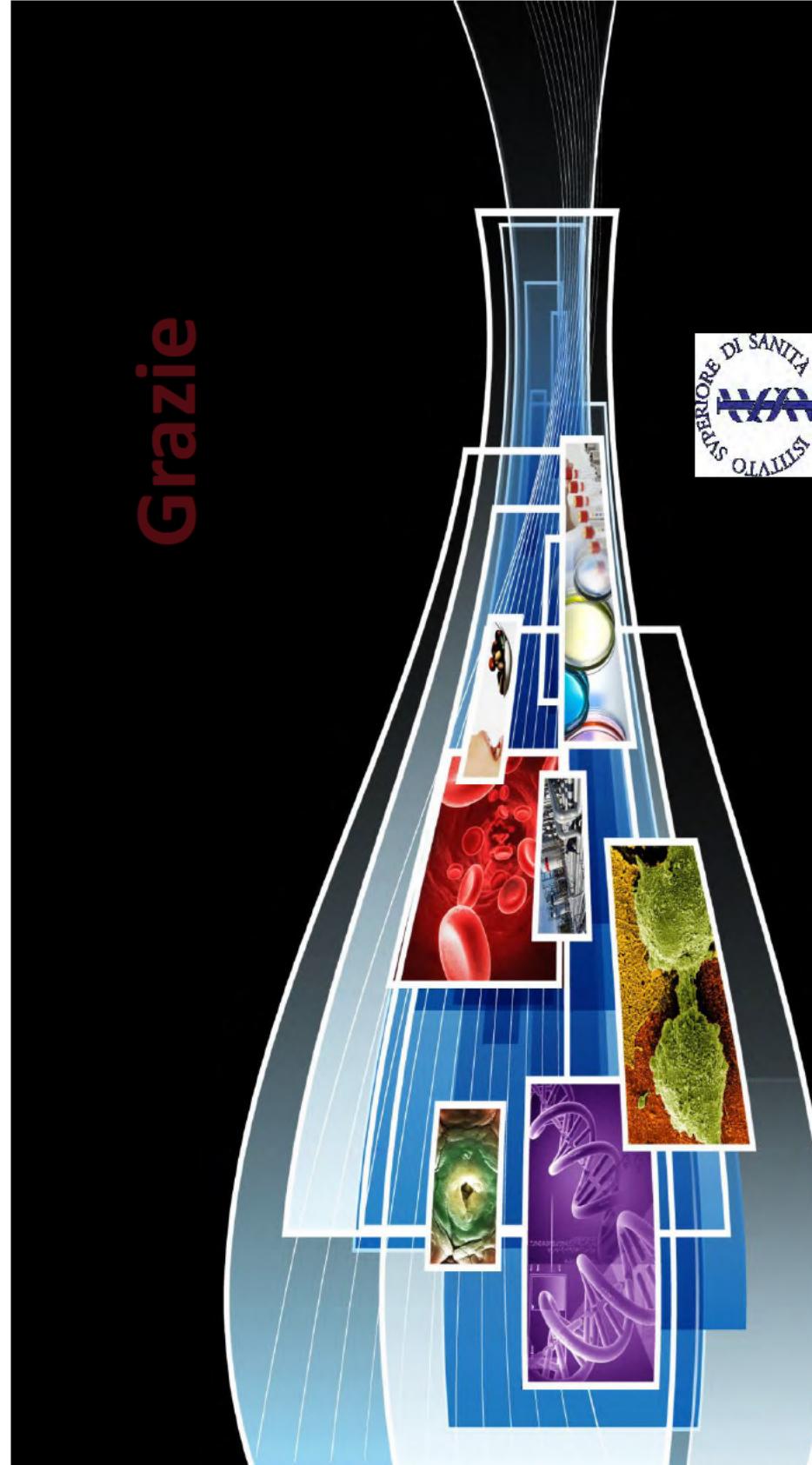
Conclusione /2

- È quindi necessario mantenere elevata la resilienza dei servizi territoriali, continuare a rafforzare la ricerca consapevolezza e la compliance della popolazione al rispetto delle misure di controllo, realizzare la ricerca attiva ed accertamento di potenziali casi, l'isolamento dei casi, la quarantena dei loro contatti stretti. Queste azioni sono fondamentali per controllare la trasmissione ed eventualmente identificare rapidamente e fronteggiare recrudescenze epidemiche.
- È essenziale mantenere elevata l'attenzione e continuare a rafforzare le attività di "contact tracing" (ricerca dei contatti) in modo da identificare precocemente tutti i potenziali focolai di trasmissione e continuare a controllare l'epidemia. Per questo rimane fondamentale mantenere una elevata consapevolezza della popolazione generale circa il peggioramento della situazione epidemiologica e sull'importanza di continuare a rispettare in modo rigoroso tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di trasmissione quali l'igiene individuale, l'uso delle mascherine e il distanziamento fisico.
- Si ribadisce la necessità di rispettare i provvedimenti quaranternari e le altre misure raccomandate dalla autorità sanitarie sia per le persone che rientrano da paesi per i quali è prevista la quarantena, e sia a seguito di richiesta dell'autorità sanitaria essendo stati individuati come contatti stretti di un caso. Sebbene i servizi territoriali siano riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus, viene

Conclusione /3

- La situazione descritta in questo report, relativa prevalentemente ad infezioni contratte nella terza decade di agosto 2020, **conferma la presenza di importanti segnali di allerta legati ad un aumento della trasmissione locale**. Al momento i dati confermano l'opportunità di mantenere le misure di prevenzione e controllo già adottate dalle Regioni/PPAA e essere pronti alla attivazione di ulteriori interventi in caso di evoluzione in ulteriore peggioramento.
- Si raccomanda alla popolazione di prestare particolare attenzione al rischio di contrarre l'infezione in situazioni di affollamento in cui si osserva un mancato rispetto delle misure raccomandate e durante periodi di permanenza in paesi o aree con una più alta circolazione virale. In questi casi, si raccomanda di prestare responsabilmente particolare attenzione alle norme comportamentali di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2, in particolare nei confronti di fasce di popolazione più vulnerabili.

Grazie



Allegato 2

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

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 17 Sintesi nazionale

Fonte dati: Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020).
Dati relativi alla settimana 31 agosto -6 settembre 2020
(aggiornati all'otto settembre 2020)

Aggiornamento: otto settembre 2020 - Periodo di riferimento: 31/8-6/9

Headline della settimana: L'aumento dell'età dei casi diagnosticati nella settimana di monitoraggio riflette la trasmissione del virus dalle fasce di età più giovanili a quelle più anziane, soprattutto all'interno della famiglia.
Si raccomanda quindi di adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.

Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 31 agosto - 6 settembre 2020. 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 agosto. Alcuni dei casi identificati tramite screening, tuttavia, potrebbero aver contratto l'infezione in periodi antecedenti.
- Si conferma un **aumento nei nuovi casi segnalati in Italia per la sesta settimana consecutiva** con una incidenza cumulativa (dati flusso ISS) negli ultimi 14 gg (periodo 24/8-6/9) di **27.89 per 100 000 abitanti**, in aumento dal periodo 6/7-19/7 e **simile ai livelli osservati all'inizio di maggio**. La maggior parte dei casi continua ad essere contratta sul territorio nazionale (risultano importati da stato estero il 15% dei nuovi casi diagnosticati nella settimana di monitoraggio); in particolare si osserva una percentuale non trascurabile **di casi importati da altra Regione/PA** (11,1% nella settimana corrente, in diminuzione rispetto alla settimana precedente).
- In Italia, come in Europa, si è verificata durante l'estate una **transizione epidemiologica** dell'epidemia da SARS-CoV-2 con un forte abbassamento dell'età mediana della popolazione che contrae l'infezione. Tuttavia, nelle ultime due settimane l'età mediana dei casi diagnosticati sta di nuovo aumentando ed è di circa 35 anni. In particolare, le persone con una età maggiore di 50 anni sono nel periodo 24/8-6/9 circa il 28% dei casi; queste erano poco più del 20% nelle due settimane precedenti. **Sebbene la circolazione nel periodo estivo sia avvenuta con maggiore frequenza nelle fasce di età più giovani, in un contesto di avanzata riapertura delle attività commerciali (inclusi luoghi di aggregazione) e di aumentata mobilità, ci sono ora segnali di una maggiore trasmissione sul territorio nazionale in ambito doimciliare/familiare con circolazione anche in persone con età più avanzata.** Le dinamiche di trasmissione si mantengono estremamente fluide: si continuano ad osservare gli effetti di focolai associati ad attività ricreative sia sul territorio nazionale che all'estero già osservati nelle settimane precedenti a cui si associa da questa settimana un ulteriore aumento della trasmissione in ambito familiare/domestico.
- A partire da giugno, probabilmente per effetto delle riaperture del 4 e 18 maggio e del 3 giugno, a livello nazionale si è notato un leggero ma costante incremento dell'indice di trasmissione nazionale (R_t) che ha superato la soglia di 1 intorno al 16 agosto 2020. Nel periodo 20 agosto – 2 settembre 2020 l' R_t calcolato sui casi sintomatici è pari a 1.14 (95%CI:0.71 – 1.53). Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell' R_t 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).
- Bisogna tuttavia interpretare con cautela l'indice di trasmissione nazionale in questo particolare momento dell'epidemia. Infatti R_t calcolato sui casi sintomatici, pur rimanendo l'indicatore più affidabile a livello regionale e confrontabile nel tempo per il monitoraggio della trasmissibilità, **potrebbe sottostimare leggermente la reale trasmissione del virus a livello nazionale**. Pertanto l' R_t nazionale deve essere sempre interpretato tenendo anche in considerazione il dato di incidenza.
- Anche in questa settimana di monitoraggio **sono stati diagnosticati nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 in tutte le Regioni/PPAA**. Nella settimana di monitoraggio il **37% dei nuovi casi diagnosticati in Italia è stato identificato tramite attività di screening, mentre il 31% nell'ambito di attività di contact tracing**. I rimanenti casi sono stati identificati in quanto sintomatici (27%) o non è riportata la ragione dell'accertamento diagnostico (5%). Quindi, complessivamente, il 68% dei nuovi casi sono stati diagnosticati grazie alla intensa attività di screening e alla indagine dei casi con identificazione e monitoraggio dei contatti stretti.
- **Il virus oggi circola in tutto il paese.** Dieci Regioni/PPAA hanno riportato un aumento nel numero di casi diagnosticati rispetto alla settimana precedente (flusso ISS) che non può essere attribuito unicamente ad un aumento di casi importati da stato estero. In quasi tutte le regioni/PPAA continua ad essere segnalato un numero elevato di nuovi casi e si osserva sostanzialmente un trend in aumento da diverse settimane. **Focolai sono riportati nella quasi totalità delle province riflettendo una circolazione del virus su tutto il territorio italiano.** Questo deve invitare alla cautela in quanto denota che nel Paese la circolazione di SARS-CoV-2 è sempre più rilevante. Rispetto alle due settimane di monitoraggio precedenti (dal 17 al 30 agosto 2020), in quasi tutte le Regioni si osserva un aumento del tasso di occupazione dei posti letto dedicati sia in area medica che in terapia intensiva. A livello nazionale il tasso di occupazione in area medica è aumentato dall'1 al 2% mentre il tasso di occupazione in terapia intensiva dal 2 al 3%, con valori superiori al 5% per alcune regioni. Sebbene, non siano ancora stati identificati segnali di sovraccarico dei servizi sanitari assistenziali, la tendenza osservata potrebbe riflettersi a breve tempo in un maggiore impegno. Si conferma, inoltre,

l'importante e crescente impegno dei servizi territoriali (Dipartimenti di Prevenzione) per far sì che i focolai presenti siano prontamente identificati ed indagati.

Nella settimana di monitoraggio sono stati riportati complessivamente 2280 **focolai attivi di cui 691 nuovi** (la definizione adottata di focolaio prevede la individuazione di 2 o più casi positivi tra loro collegati), **entrambi in aumento per la sesta settimana consecutiva** (nella precedente settimana di monitoraggio erano stati segnalati 1799 focolai attivi di cui 649 nuovi). Questo comporta **un sempre maggiore impegno dei servizi territoriali nelle attività di ricerca dei contatti che sono riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus.**

Conclusioni:

In Italia si osserva un lento e **progressivo peggioramento dell'epidemia di SARS-CoV-2, sebbene inferiore a quello di altri paesi della stessa area geografica. Anche in questa settimana si rileva una trasmissione diffusa del virus su tutto il territorio nazionale, che provoca focolai anche di dimensioni rilevanti e spesso associati ad attività ricreative che comportano assembramenti e violazioni delle regole di distanziamento fisico sia sul territorio nazionale che all'estero.**

Questo sta comportando anche una trasmissione locale dalla popolazione più giovane a quella più fragile o anziana, soprattutto all'interno della famiglia, che si riflette anche in un maggiore impegno dei servizi ospedalieri. Si raccomanda quindi di adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.

Il numero di nuovi casi di infezione rimane nel complesso inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, ma con un aumento da sei settimane consecutive. Il rispetto delle misure di prevenzione e della quarantena raccomandate dalle autorità sanitarie resta un elemento cruciale ed ineludibile per contrastare la diffusione dell'infezione. D'altro canto l'aumento delle capacità di offerta diagnostica deve essere accompagnato dal potenziamento dei servizi territoriali per la ricerca dei casi e la gestione dei contatti, inclusa la quarantena dei contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi secondari. **La riduzione nei tempi tra l'inizio della contagiosità e l'isolamento resta un elemento fondamentale per il controllo della diffusione dell'infezione.**

E quindi necessario mantenere elevata la resilienza dei servizi territoriali, continuare a rafforzare la consapevolezza e la **compliance** della popolazione al rispetto delle misure di controllo, realizzare la ricerca attiva ed accertamento diagnostico di potenziali casi, l'isolamento dei casi, la quarantena dei loro contatti stretti. Queste azioni sono fondamentali per controllare la trasmissione ed eventualmente identificare rapidamente e fronteggiare recrudescenze epidemiche.

E essenziale **mantenere elevata l'attenzione** e continuare a rafforzare le attività di "contact tracing" (ricerca dei contatti) in modo da identificare precocemente tutti i potenziali focolai di trasmissione e continuare a controllare l'epidemia. **Per questo rimane fondamentale mantenere una elevata consapevolezza della popolazione generale circa il peggioramento della situazione epidemiologica e sull'importanza di continuare a rispettare in modo rigoroso tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di trasmissione quali l'igiene individuale, l'uso delle mascherine e il distanziamento fisico.**

Si ribadisce la necessità **di rispettare i provvedimenti quarantinari e le altre misure raccomandate dalla autorità sanitarie sia per le persone che rientrano da paesi per i quali è prevista la quarantena, e sia a seguito di richiesta dell'autorità sanitaria essendo stati individuati come contatti stretti di un caso.** Sebbene i servizi territoriali siano riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus, viene ripetutamente segnalato un carico di lavoro eccezionale che rischia di compromettere la tempestiva gestione dei contatti oltre che non assicurare le attività non-collegate a questa emergenza.

La situazione descritta in questo report, relativa prevalentemente ad infezioni contratte nella terza decade di agosto 2020, **conferma la presenza di importanti segnali di allerta legati ad un aumento della trasmissione locale.** Al momento i dati confermano l'opportunità di mantenere le misure di prevenzione e controllo già adottate dalle Regioni/PPAA e essere pronti alla attivazione di ulteriori interventi in caso di evoluzione in ulteriore peggioramento.

Si raccomanda alla popolazione di prestare particolare attenzione al rischio di contrarre l'infezione in situazioni di affollamento in cui si osserva un mancato rispetto delle misure raccomandate e durante periodi di permanenza in paesi o aree con una più alta circolazione virale. In questi casi, si raccomanda di prestare responsabilmente particolare attenzione alle norme comportamentali di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2, in particolare nei confronti di fasce di popolazione più vulnerabili.

Quadro sintetico

Regione.PA	Incidenza 14 gg per 100.000 ab	Incidenza 7 gg per 100.000 ab	Nuovi casi diagnosticati nella settimana	Nuovi casi importati da Stato estero (%)	Nuovi casi identificati per screening	Trend settimanale dei nuovi casi di COVID-19 diagnosticati Fonte ISS	Trend settimanale del numero di focolai attivi COVID-19	Stima di Rt (30 agosto 2020)	Classificazione di rischio per aumento di trasmissione ed impatto di COVID-19 sui servizi assistenziali	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	19.07	9.73	127	12 (9.4%)	24	↑	↑	0.76 (CI: 0.54-0.99)	Bassa	1 allerta segnalata
Basilicata	10.77	7.54	42	11 (26.2%)	14	↑	↑	0.82 (CI: 0.31-1.43)	Moderata	0 allerte segnalate
Calabria	5.51	1.14	22	3 (13.6%)	6	↓	↑	0.44 (CI: 0.21-0.74)	Moderata	0 allerte segnalate
Campania	30.35	10.99	636	59 (9.3%)	406	↓	↑	0.39 (CI: 0.28-0.51)	Non valutabile	0 allerte segnalate
Emilia-Romagna	35.62	14.89	665	195 (29.3%)	187	↓	↑	0.68 (CI: 0.61-0.76)	Bassa	0 allerte segnalate
FVG	22.29	11.89	144	45 (31.2%)	54	↑	↑	0.85 (CI: 0.62-1.11)	Moderata	1 allerta segnalata
Lazio	28.66	10.64	624	67 (10.7%)	276	↓	↑	0.4 (CI: 0.35-0.46)	Bassa	0 allerte segnalate
Liguria	43.81	25.08	387	7 (1.8%)	59	↑	↑	1.49 (CI: 1.23-1.78)	Moderata	0 allerte segnalate. Ind 2.6 minore 95%
Lombardia	34.23	16.23	1640	208 (12.7%)	785	↓	↑	0.77 (CI: 0.71-0.84)	Moderata	0 allerte segnalate, Ind 2.6 minore 95%; ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Marche	16.33	7.44	113	59 (52.2%)	50	↓	↑	0.61 (CI: 0.41-0.84)	Bassa	0 allerte segnalate
Molise	10.92	5.29	16	2 (12.5%)	3	↓	↓	0.29 (CI: 0.04-0.73)	Bassa	0 allerte segnalate
Piemonte	20.29	8.91	387	95 (24.5%)	151	→	↑	0.51 (CI: 0.39-0.65)	Bassa	0 allerte segnalate
PA Bolzano/Bozen	21.05	10.71	57	32 (56.1%)	26	↓	↑	0.65 (CI: 0.33-1.17)	Moderata	0 allerte segnalate
PA Trento	58.96	46.25	251	3 (1.2%)	121	↑	↑	1.69 (CI: 1.3-2.16)	Moderata	0 allerte segnalate, ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Puglia	19.88	10.83	434	15 (3.5%)	89	↑	↓	1.16 (CI: 0.97-1.37)	Moderata	0 allerte segnalate
Sardegna	35.39	18.15	296	10 (3.4%)	40	↑	↑	0.79 (CI: 0.66-0.94)	Moderata	0 allerte segnalate
Sicilia	11.03	6.00	298	44 (14.8%)	58	↓	↑	1.01 (CI: 0.81-1.26)	Moderata	0 allerte segnalate
Toscana	34.28	16.39	610	87 (14.3%)	193	→	↑	0.95 (CI: 0.82-1.09)	Moderata	0 allerte segnalate
Umbria	28.17	13.29	117	30 (25.6%)	39	↓	↑	0.52 (CI: 0.36-0.71)	Bassa	0 allerte segnalate
V.d'Aosta/V.d'Aoste	18.33	2.39	3	NA (NA%)	2	↓	0	0.93 (CI: 0.35-1.6)	Bassa	0 allerte segnalate
Veneto	38.55	20.07	985	91 (9.2%)	322	↑	↑	0.82 (CI: 0.71-0.93)	Moderata	0 allerte segnalate

Dimensione 1 - completezza dei dati

Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

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

Tabella 1 – Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio per Regione, dati all'otto settembre 2020 relativi alla settimana 31/8-6/9

Regione/PA	Ind1.1 precedente	Ind1.1 settimana di riferimento	Variazione	Ind1.2	Ind1.3	Ind1.4
Abruzzo	92.0	89.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.0
Basilicata	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Calabria	83.9	86.2	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	97.9
Campania	63.3	47.5	Sotto soglia	99.3	100	98.3
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	98.2	100	99.6
FVG	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Lazio	93.3	93.7	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.3
Liguria	88.3	74.1	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	94.1
Lombardia	70.9	71.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.5
Marche	100.0	99.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Molise	100.0	93.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Piemonte	74.4	72.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.5
PA Bolzano/Bozen	98.4	96.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.1
PA Trento	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	93.5
Puglia	98.6	95.2	Stabilmente sopra-soglia	99.6	100	99.4
Sardegna	83.4	72.3	Stabilmente sopra-soglia	98.3	100	95.8
Sicilia	67.0	62.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.1
Toscana	97.5	95.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Umbria	97.7	97.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.8
V.d'Aosta/V.d'Aoste	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Veneto	68.0	72.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.7

Dimensione 2 - la classificazione della trasmissione ed impatto

Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari

- 3.1 Numero di casi riportati al Ministero della Salute negli ultimi 14 giorni.
- 3.2 Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione).
- 3.4 Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno.
- 3.5 Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più¹ casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito).
- 3.6 Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note.
- 3.8 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19.
- 3.9 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica (codici 24, 26, 68) per pazienti COVID-19.

Nota Metodologica

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).

Tabella 2 Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari, dati all'8 settembre 2020 relativi alla settimana 31/8-6/9

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note			
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
Abruzzo	Si	-5.6	0.76 (Cl: 0.54-0.99)	4.1	56	35	↑	29	18	1%	3%
Basilicata	Si	81.8	0.82 (Cl: 0.31-1.43)	133.3	4	2	↑	4	0	1%	0%
Calabria	Si	84.8	0.44 (Cl: 0.21-0.74)	-73.8	10	8	↑	6	8	0%	2%

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Focolai nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**		
Campania	Si	-15.0	0.39 (Cl: 0.28-0.51)	-43.2	13	9	↑	9	162	1%	5%	Non valutabile
Emilia-Romagna	Si	-7.5	0.68 (Cl: 0.61-0.76)	-28.2	338	243	↑	79	289	2%	3%	Bassa
FVG	Si	28.2	0.85 (Cl: 0.62-1.11)	14.3	43	32	↑	17	36	2%	1%	Moderata

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note		
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Focolai nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
Lazio	Si	-8.0	0.4 (CI: 0.35-0.46)	-41.0	28	25	↑	16	10	1%
Liguria	Si	46.9	1.49 (Cl: 1.23-1.78)	33.9	16	15	↑	1	12	3%
Lombardia	Si	8.7	0.77 (Cl: 0.71-0.84)	-9.8	773	663	↑	145	1008	3%

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note		
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Focolai nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
Marche	Si	0.61 (Cl: 0.41-0.84)	-16.3	25	21	↑	15	42	1%	Bassa
Molise	Si	0.29 (Cl: 0.04-0.73)	-5.9	2	5	↓	1	5	0%	Bassa
Piemonte	Si	0.51 (Cl: 0.39-0.65)	-21.7	56	46	↑	22	41	2%	Bassa
PA Bolzano/Bozen	Si	0.65 (Cl: 0.33-1.17)	3.6	15	14	↑	8	11	4%	Moderata

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note		
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Focolai nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
PA Trento	Si	275.0	1.69 (Cl: 1.3-2.16)	263.8	18	10 ↗	11	40	1%	Moderata
Puglia	Si	20.4	1.16 (Cl: 0.97-1.37)	19.6	14	18 ↓	13	149	2%	Moderata
Sardegna	Si	2.9	0.79 (Cl: 0.66-0.94)	5.3	92	37	30 ↗	16	4%	3%

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note		
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Focolai nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
Sicilia	Si	47.1	1.01 (Cl: 0.81-1.26)	19.2	147	129	↑	39	105	2%
Toscana	Si	3.1	0.95 (Cl: 0.82-1.09)	-8.4	161	127	↑	38	436	2%
Umbria	Si	-9.7	0.52 (Cl: 0.36-0.71)	-10.7	35	30	↑	15***	47	1%

Indicatori di monitoraggio										Classificazione del rischio e note			
Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focolai attivi precedente	Focolai attivi trend	Focolai nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**			
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Si	54.5	0.93 (Cl: 0.35-1.6)	-85.0	1	1	=	0	4	0%	Bassa	Casi in aumento in flusso MinSal ed in diminuzione in quello ISS. Si conferma trend in diminuzione nel numero dei casi flusso ISS escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Sono stati notificati nuovi casi di età >50a nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Rt minore di 1, anche se lo supera nell'intervallo di confidenza maggiore. Viene riportato un solo focolaio attivo nella Regione, nessuno nuovo. Sono 4 i casi non associati a catene di contagio note (stabili). Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.	
Veneto	Si	18.8	0.82 (Cl: 0.71-0.93)	8.6	433	329	↑	177	0	1%	Moderata	Casi in aumento in entrambi i flussi. Sono stati notificati nuovi casi di età >50a nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Si conferma il trend aumento nel flusso coordinato da ISS nel numero dei casi anche escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Rtminore di 1, anche nell'intervallo di confidenza maggiore. Sono segnalati 433 focolai attivi (in aumento) di cui 177 nuovi focolai (in aumento) nella settimana di monitoraggio in corso. Non sono segnalati casi non associati a catene di contagio note. Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.	

*Rt calcolato su dati reali (non imputati) basato sulla data inizio sintomi valido al 30 agosto 2020; ** valori medi delle rilevazioni giornaliere nella settimana di riferimento
 *** dato corretto dalla Regione

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

- 2.1 Percentuale di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il “re-testing” degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese.
- 2.2 Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi.
- 2.3 Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento (opzionale)
- 2.4 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing.
- 2.5 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento.
- 2.6 Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati.

Tabella 3 - Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti;

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
 Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

Regione/PA	Ind2.1 (sett. rif.)	Ind2.1 (prec.)	Ind2.2	Ind2.3 (opz.)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Risilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	2.1%	2.1%	5	4	0.3 per 10000	0.5 per 10000	0.8 per 10000	100%	1 allerta segnalata
Basilicata	1.4%	0.8%	1	0	1 per 10000	6.9 per 10000	7.9 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Calabria	1.5%	0.9%	4.5	4	0.5 per 10000	0.5 per 10000	1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Campania	1.5%	1.6%	2	2	0.4 per 10000	0.7 per 10000	1.1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Emilia-Romagna	2.1%	2.5%	4	ND	0.4 per 10000	0.9 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
FVG	2%	1.3%	2	1	0.3 per 10000	0.6 per 10000	0.8 per 10000	100%	1 allerta segnalata
Lazio	3%	3.3%	3	2	0.7 per 10000	1 per 10000	1.6 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Liguria	3.1%	2.3%	3	ND	0.4 per 10000	1.1 per 10000	1.5 per 10000	64%	0 allerte segnalate. Ind 2.6 minore 95%; ind 2.6 maggiore 95%
Lombardia	5.3%	2%	2	ND	0.4 per 10000	0.7 per 10000	1 per 10000	79.6%	0 allerte segnalate. Ind 2.6 minore 95%; ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Marche	2.1%	2.1%	2	2	0.4 per 10000	1 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Molise	1.1%	0.7%	2.5	0	1.1 per 10000	1.4 per 10000	2.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Piemonte	1.6%	2%	5	2	0.3 per 10000	1 per 10000	1.3 per 10000	99%	0 allerte segnalate
PA Bolzano/Bozen	2.3%	1.6%	1	1.5	0.5 per 10000	1.1 per 10000	1.6 per 10000	100%	0 allerte segnalate
PA Trento	7.6%	2.6%	3	ND	1.1 per 10000	1.6 per 10000	2.7 per 10000	100%	0 allerte segnalate, ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Puglia	4.2%	4.1%	2	2	0.5 per 10000	0.9 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Sardegna	2.5%	4.1%	5	4	0.3 per 10000	1.2 per 10000	1.4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Sicilia	1.3%	1.4%	2	ND	0.3 per 10000	0.8 per 10000	1.1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Toscana	0.4%	0.6%	3	3	0.4 per 10000	0.9 per 10000	1.3 per 10000	98.2%	0 allerte segnalate
Umbria	3%	3.3%	3	3	0.5 per 10000	1.5 per 10000	2 per 10000	100%	0 allerte segnalate
V.d'Aosta/V.d'Aoste	1.4%	3.8%	1.5	1	0.4 per 10000	1.2 per 10000	1.6 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Veneto	2.6%	2.2%	3	2	1 per 10000	1.9 per 10000	2.9 per 10000	100%	0 allerte segnalate

Tabella aggiuntiva 1 - Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100,000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14 gg, dati all'8 settembre 2020 relativi alla settimana 31/8-6/9

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
 Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

Regione/PA	Numero di casi totale	Incidenza cumulativa per 100.000 ab	Diagnosi ultimi 7 gg	Incidenza 7 gg per 100.000 ab	Diagnosi ultimi 14 gg	Incidenza 14 gg
Abruzzo	3906	299.13	127	9.73	249	19.07
Basilicata	535	96.06	42	7.54	60	10.77
Calabria	1466	76.17	22	1.14	106	5.51
Campania	7840	135.50	636	10.99	1756	30.35
Emilia-Romagna	32760	733.36	665	14.89	1591	35.62
Friuli-Venezia Giulia	3968	327.57	144	11.89	270	22.29
Lazio	12243	208.73	624	10.64	1681	28.66
Liguria	11390	738.11	387	25.08	676	43.81
Lombardia	102066	1010.16	1640	16.23	3459	34.23
Marche	7373	485.58	113	7.44	248	16.33
Molise	541	178.98	16	5.29	33	10.92
Piemonte	33477	771.12	387	8.91	881	20.29
Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	2998	563.45	57	10.71	112	21.05
Provincia Autonoma di Trento	5346	985.00	251	46.25	320	58.96
Puglia	5978	149.14	434	10.83	797	19.88
Sardegna	2343	143.70	296	18.15	577	35.39
Sicilia	4682	94.24	298	6.00	548	11.03
Toscana	12319	330.91	610	16.39	1276	34.28
Umbria	1926	218.79	117	13.29	248	28.17
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1245	992.02	3	2.39	23	18.33
Veneto	24191	492.92	985	20.07	1892	38.55
Italia	278593	462.44	7854	13.04	16803	27.89



Allegato 3

Epidemia COVID-19

Aggiornamento nazionale
8 settembre 2020 – ore 11:00

DATA PUBBLICAZIONE: 11 SETTEMBRE 2020

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

A cura di: Flavia Riccardo, Xanthi Andrianou, Antonino Bella, Martina Del Manso, Alberto Mateo Urdiales, Massimo Fabiani, Stefania Bellino, Stefano Boros, Fortunato (Paolo) D'Ancona, Maria Cristina Rota, Antonietta Filia, Ornella Punzo, Andrea Siddu, Matteo Spuri, Maria Fenicia Vescio, Corrado Di Benedetto, Marco Tallon, Alessandra Ciervo, Patrizio Pezzotti, Paola Stefanelli, Annalisa Pantosti per ISS;

Giorgio Guzzetta, Valentina Marziano, Piero Poletti, Filippo Trentini, Marco Ajelli, Stefano Merler per Fondazione Bruno Kessler;

e di: Antonia Petrucci (Abruzzo); Michele La Bianca (Basilicata); Anna Domenica Mignuoli (Calabria); Pietro Buono (Campania); Erika Massimiliani (Emilia-Romagna); Tolinda Gallo (Friuli Venezia Giulia); Paola Scognamiglio (Lazio); Camilla Sticchi (Liguria); Danilo Cereda (Lombardia); Lucia Di Furia (Marche); Francesco Sforza (Molise); Maria Grazia Zuccaro (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).

Citare il documento come segue: Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 1 settembre 2020

EPIDEMIA COVID-19

Aggiornamento nazionale

8 settembre 2020 – ore 11:00

Nota di lettura: Questo bollettino è prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed integra dati microbiologici ed epidemiologici forniti dalle Regioni/PPAA e dal Laboratorio Nazionale di Riferimento per SARS-CoV-2 dell'ISS. I dati vengono raccolti attraverso una piattaforma web dedicata e riguardano tutti i casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionali. I dati vengono aggiornati giornalmente da ciascuna Regione/PA anche se alcune informazioni possono richiedere qualche giorno per il loro inserimento e/o aggiornamento. Per questo motivo, potrebbe non esserci una completa concordanza con quanto riportato attraverso il flusso informativo del Ministero della Salute che riporta dati aggregati.

I dati raccolti sono in continua fase di consolidamento e, come prevedibile in una situazione emergenziale, alcune informazioni sono incomplete. In particolare, si segnala la possibilità di un ritardo di alcuni giorni tra il momento della esecuzione del tampone per la diagnosi e la segnalazione sulla piattaforma dedicata. Pertanto, il numero casi che si osserva nei giorni più recenti, deve essere al momento interpretato come provvisorio.

Il bollettino descrive, con grafici, mappe e tavelle la diffusione, nel tempo e nello spazio, dell'epidemia di COVID-19 in Italia. Fornisce, inoltre, una descrizione delle caratteristiche delle persone affette.

In evidenza

- Si conferma, **per la sesta settimana consecutiva**, un aumento nei nuovi casi segnalati in Italia con una incidenza cumulativa negli ultimi 14 giorni (periodo 24 agosto – 6 settembre 2020) di 27,89 per 100.000 abitanti, in aumento dal periodo 6-19 luglio.
- **Il virus oggi circola in tutto il paese.** Dieci Regioni/PPAA hanno riportato un aumento nel numero di casi diagnosticati rispetto alla settimana precedente che non può essere attribuito unicamente ad un aumento di casi importati da stato estero. In quasi tutte le regioni/PPAA continua ad essere segnalato un numero elevato di nuovi casi e si osserva sostanzialmente un trend in aumento da diverse settimane. Focolai sono riportati nella quasi totalità delle province riflettendo una circolazione del virus su tutto il territorio italiano.
- La maggior parte dei casi diagnosticati si è infettata sul territorio nazionale (risultano importati da stato estero il 15% dei nuovi casi diagnosticati nella settimana tra il 31 agosto e il 6 settembre); in particolare si osserva una percentuale non trascurabile di casi importati da altra Regione/PA (11,1% nella settimana corrente, in diminuzione rispetto alla settimana precedente).
- Anche in questa settimana sono stati diagnosticati nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 in tutte le Regioni/PPAA. Nella settimana tra il 31 agosto e il 6 settembre il 37% dei nuovi casi diagnosticati in Italia è stato identificato tramite attività di screening, mentre il 31% nell'ambito di attività di contact tracing. I rimanenti casi sono stati identificati in quanto sintomatici (27%) o non è riportata la ragione dell'accertamento diagnostico (5%). Quindi, complessivamente, il 68% dei nuovi casi sono stati diagnosticati grazie alla intensa attività di screening e alla indagine dei casi con identificazione e monitoraggio dei contatti stretti. **Questo conferma l'importante e crescente impegno dei servizi territoriali per far sì che i focolai presenti siano prontamente identificati ed indagati.**
- **Nel periodo 20 agosto – 2 settembre 2020 l'Rt, calcolato sui casi sintomatici, è pari a 1.14 (95%CI:0.71 – 1.53).** Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell'Rt riportato si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito: https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/id/5477037. Bisogna tuttavia interpretare con cautela l'indice di trasmissione nazionale in questo particolare momento dell'epidemia. Infatti Rt calcolato sui casi sintomatici, pur rimanendo l'indicatore più affidabile a livello regionale e confrontabile nel tempo per il monitoraggio della trasmissibilità, potrebbe sottostimare leggermente la reale trasmissione del virus a livello nazionale. Pertanto l'Rt nazionale deve essere sempre interpretato tenendo anche in considerazione il dato di incidenza.
- In Italia, come in Europa e globalmente, si è verificata una transizione epidemiologica dell'epidemia da SARS-CoV-2, con un forte abbassamento dell'età mediana della popolazione che contrae l'infezione. Tuttavia, **l'età mediana dei casi diagnosticati nell'ultima settimana è di 35 anni, in aumento rispetto alla settimana scorsa. Sebbene la circolazione nel periodo estivo sia avvenuta con maggiore frequenza nelle fasce di età più giovani, in un contesto di avanzata riapertura delle attività commerciali (inclusi luoghi di aggregazione) e di aumentata mobilità, ci sono ora segnali di una maggiore trasmissione sul territorio nazionale in ambito domiciliare/familiare con circolazione anche in persone con età più avanzata.**

Raccomandazioni

- La situazione descritta in questo report, relativa prevalentemente ad infezioni contratte nella terza decade di agosto 2020, conferma la presenza di importanti segnali di allerta legati ad un aumento della trasmissione locale. **Al momento i dati confermano l'opportunità di mantenere le misure di prevenzione e controllo già adottate dalle Regioni/PPAA e essere pronti alla attivazione di ulteriori interventi in caso di evoluzione in ulteriore peggioramento.**
- Il numero di nuovi casi di infezione rimane nel complesso inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, ma con un aumento da sei settimane consecutive. **Il rispetto delle misure di prevenzione e della quarantena raccomandate dalle autorità sanitarie resta un elemento cruciale ed ineludibile per contrastare la diffusione dell'infezione.** D'altro canto, l'aumento delle capacità di offerta diagnostica deve essere accompagnato dal potenziamento dei servizi territoriali per la ricerca dei casi e la gestione dei contatti, inclusa la quarantena dei contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi secondari. La riduzione nei tempi tra l'inizio della contagiosità e l'isolamento resta un elemento fondamentale per il controllo della diffusione dell'infezione.
- È necessario **mantenere elevata la resilienza dei servizi territoriali, continuare a rafforzare la consapevolezza e la compliance della popolazione al rispetto delle misure di controllo, realizzare la ricerca attiva ed accertamento diagnostico di potenziali casi, l'isolamento dei casi, la quarantena dei loro contatti stretti.** Queste azioni sono fondamentali per controllare la trasmissione ed eventualmente identificare rapidamente e fronteggiare recrudescenze epidemiche.
- È essenziale mantenere elevata l'attenzione e continuare a rafforzare le attività di "contact tracing" (ricerca dei contatti) in modo da identificare precocemente tutti i potenziali focolai di trasmissione e continuare a controllare l'epidemia. Per questo **rimane fondamentale mantenere una elevata consapevolezza della popolazione generale circa il peggioramento della situazione epidemiologica e sull'importanza di continuare a rispettare in modo rigoroso tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di trasmissione quali l'igiene individuale, l'uso delle mascherine e il distanziamento fisico.**
- L'aumento dell'età dei casi diagnosticati nella settimana di monitoraggio riflette la trasmissione del virus dalle fasce di età più giovanili a quelle più anziane, soprattutto all'interno della famiglia. Si raccomanda quindi di adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.
- Si ribadisce la necessità di rispettare i provvedimenti quarantenari e le altre misure raccomandate dalla autorità sanitarie sia per le persone che rientrano da paesi per i quali è prevista la quarantena, e sia a seguito di richiesta dell'autorità sanitaria essendo stati individuati come contatti stretti di un caso. **Questo comporta un sempre maggiore impegno dei servizi territoriali nelle attività di ricerca dei contatti che sono riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus.**

La situazione nazionale nelle ultime due settimane (24 agosto - 6 settembre 2020)

- Durante il periodo 24 agosto - 6 settembre 2020, sono stati diagnosticati e segnalati 16.803 nuovi casi, di cui 33 deceduti (questo numero non include le persone decedute nel periodo con una diagnosi antecedente 24 agosto).
- 494 (3%) casi si sono verificati in operatori sanitari.
- La maggior parte dei casi sono stati notificati dalla regione Lombardia (N=3.459) seguita dal Veneto (N=1.892), dalla Campania (N=1.756), dal Lazio (N=1681), dall'Emilia-Romagna (N=1.591), e dalla Toscana (N=1.276) (**Figura 1**).

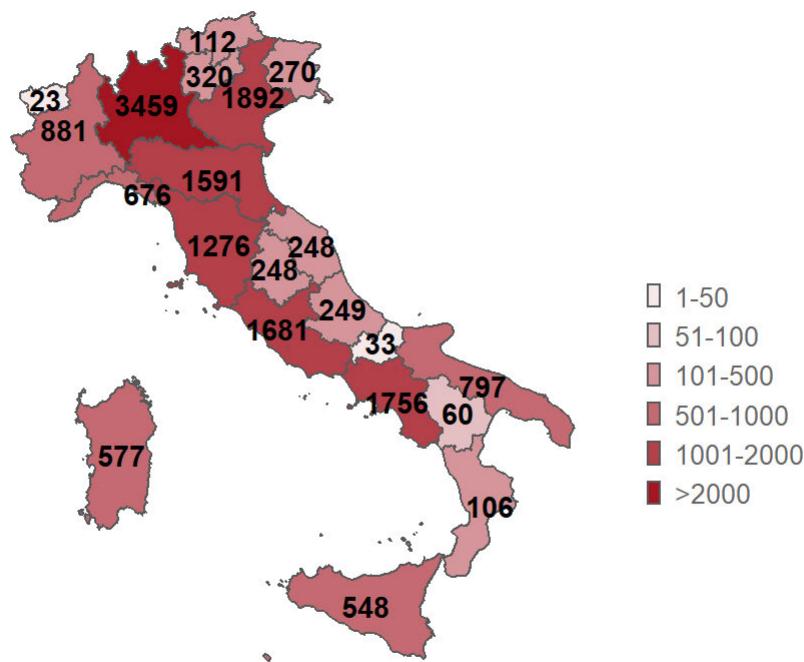


FIGURA 1 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA DI NOTIFICA.
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

- In **Figura 2** è riportata la curva epidemica per data di diagnosi/prelievo dei 16.803 casi diagnosticati tra il 24 agosto - 6 settembre (in verde) e per data di inizio sintomi dei 6.527 casi per cui la data è nota e compresa negli ultimi 30 giorni (in blu). Si evidenzia che per una piccolissima quota di casi, la data di inizio dei sintomi si può far risalire a molto tempo prima rispetto alla data di diagnosi. Questo lungo intervallo, verosimilmente, riflette l'identificazione attraverso attività di screening di casi attualmente non più sintomatici, ma che hanno riferito l'insorgenza dei sintomi settimane o mesi prima dell'effettuazione del tampone rino-oro faringeo. Si sottolinea comunque che per la maggior parte dei casi diagnosticati la data di inizio sintomi è recente e quindi tali persone si sono verosimilmente infettate nella terza decade di agosto. La diminuzione nei giorni più recenti riflette verosimilmente un ritardo di notifica dei casi e non una reale diminuzione.

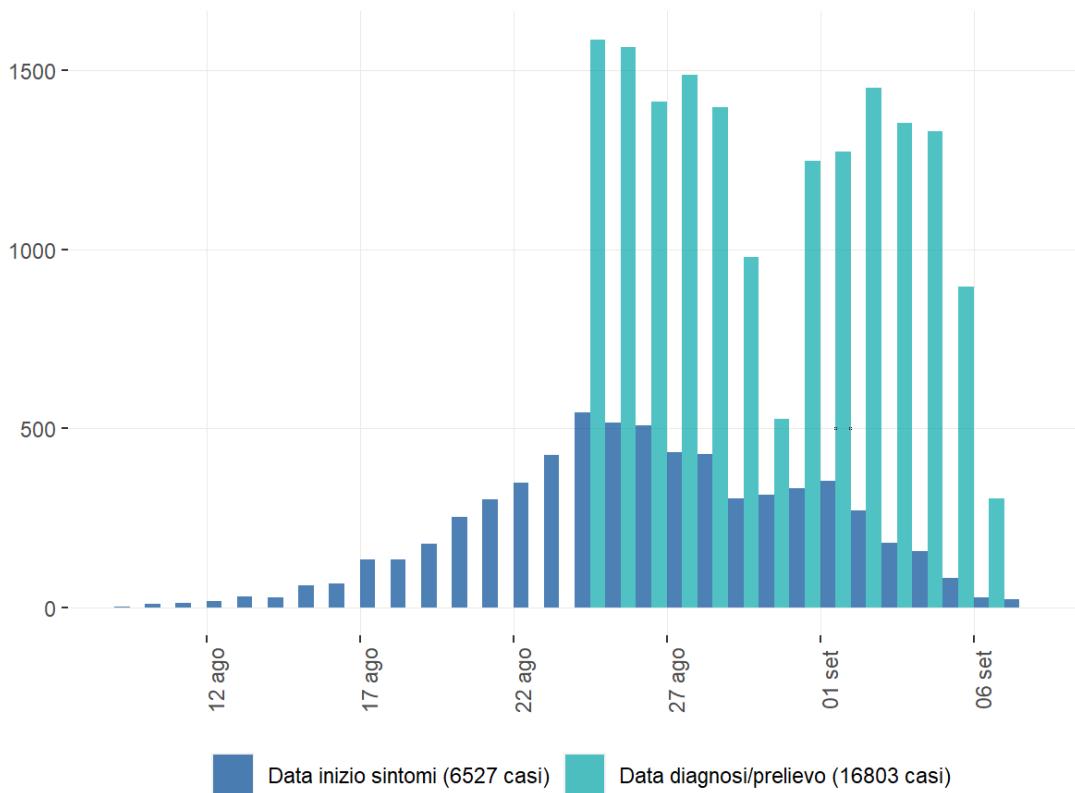


FIGURA 2 – CURVA EPIDEMICA PER DATA DI DIAGNOSI/PRELIEVO (VERDE) E DATA INIZIO SINTOMI (BLU) DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA.
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

- Nel 27,8% dei casi le persone segnalate al sistema di sorveglianza nelle ultime due settimane hanno un'età superiore a 50 anni e il 12,7% ha meno di 19 anni (Età mediana 35 anni (0-100aa); il 53,5% dei casi sono di sesso maschile (**Figura 3** e **Figura 4**).

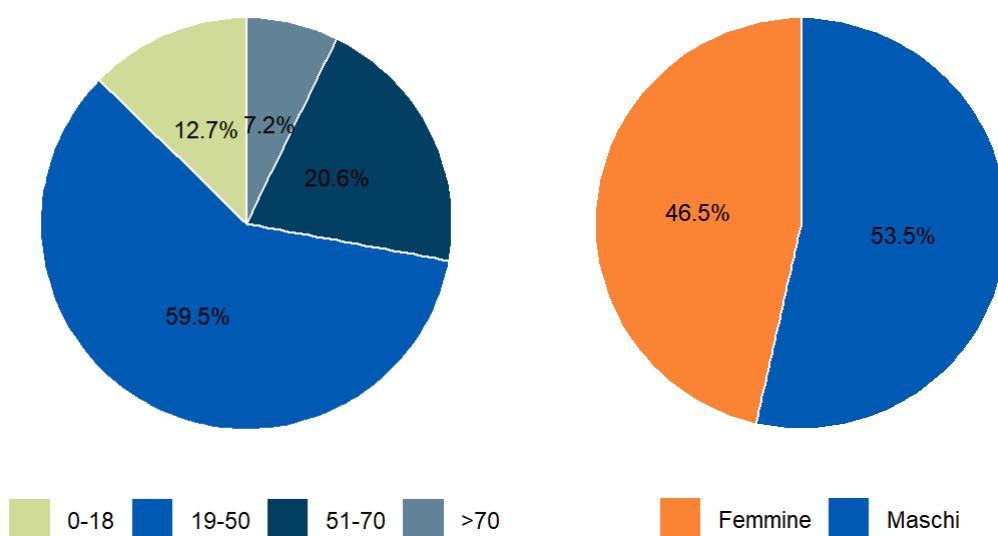


FIGURA 3 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

FIGURA 4 - DISTRIBUZIONE PER SESSO DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

- La **Figura 5** mostra la distribuzione dei nuovi casi per comune di domicilio/residenza riportati al Sistema di Sorveglianza Nazionale Covid-19. Nella mappa sono riportati 16.166 casi rispetto ai 16.803 segnalati nel periodo dal 24 agosto – 6 settembre 2020 (400 casi sono stati esclusi poiché non è nota l'informazione sul domicilio/residenza e 237 casi hanno un domicilio/residenza fuori dalla regione di diagnosi). I casi sono distribuiti in 2.486 comuni. Si osserva una importante diffusione sul territorio nazionale di nuovi casi di infezione con almeno 1 caso segnalato in tutte le Regioni/PPAA.

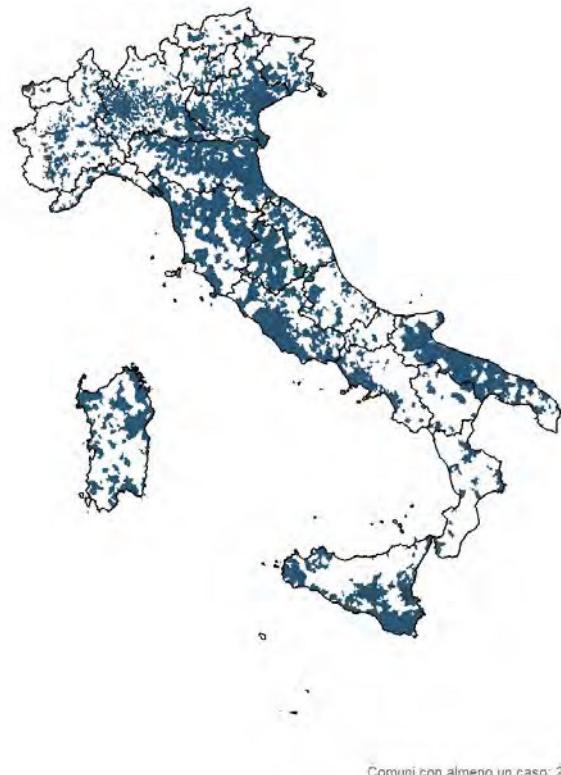


FIGURA 5 - CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER COMUNE DI DOMICILIO/RESIDENZA (COMUNI CON ALMENO UN CASO).
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

- La **Tabella 1** e la **Tabella 2** riportano rispettivamente il motivo per cui i casi sono stati sottoposti a test diagnostico e il luogo di origine dell'infezione dei casi.

**TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEL MOTIVO PER CUI SONO STATI TESTATI I CASI DI COVID-19
DIAGNOSTICATI IN ITALIA.**
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

Motivo del test	Casi	
	N	%
Screening	6.416	38,2
Contact tracing	4.994	29,7
Paziente con sintomi	4.456	26,5
Non noto	937	5,6
Totale	16.803	

TABELLA 2 - DISTRIBUZIONE DELL'ORIGINE DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA.
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

Origine dei casi	Casi	
	N	%
Autoctoni	10.285	61,2
Importati dall'estero	2.486	14,8
Provenienti da regione diversa da quella di notifica	2.647	15,8
Non noto	1.385	8,2
Totale	16.803	

La situazione delle Regioni nelle ultime due settimane (24 agosto - 6 settembre 2020)

- La **Tabella 3** riporta il numero dei casi totali dall'inizio dell'epidemia, l'incidenza cumulativa (per 100.000 abitanti), i casi e l'incidenza nell'ultima settimana (31 agosto 6 settembre 2020) e negli ultimi 14 giorni (24 agosto - 6 settembre 2020) per Regione/PA e complessivamente per l'Italia. La distribuzione dei casi nelle ultime due settimane non è uniforme nelle regioni. La PA di Trento riporta la maggiore incidenza con 58,96 casi per 100.000 abitanti, mentre per la Calabria il valore minimo è pari a 5,51 casi per 100.000 abitanti. Dieci regioni (PA di Trento, Liguria, Veneto, Emilia-Romagna, Sardegna, Toscana, Lombardia, Campania, Lazio e Umbria) riportano un'incidenza pari o superiore a 25 casi per 100.000 abitanti (**Figura 6, Tabella 3**).

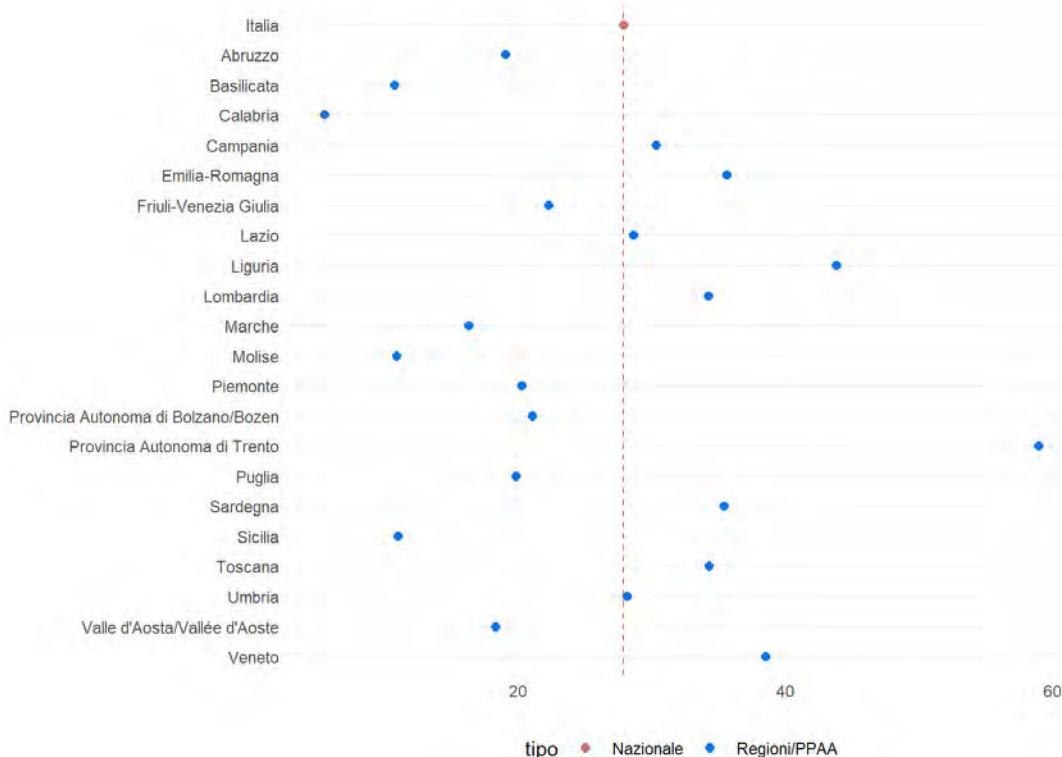


FIGURA 6 - NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE.
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

TABELLA 3 - NUMERO ASSOLUTO E INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100,000 AB) DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA.
PERIODO: 24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020

REGIONE/PA	NUMERO DI CASI TOTALE	INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 17-30 AGOSTO	INCIDENZA 14GG (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 24-30 AGOSTO	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB)
Abruzzo	3.906	299,13	249	19,07	127	9,73
Basilicata	535	96,06	60	10,77	42	7,54
Calabria	1.466	76,17	106	5,51	22	1,14
Campania	7.840	135,5	1756	30,35	636	10,99
Emilia-Romagna	32.760	733,36	1591	35,62	665	14,89
Friuli Venezia Giulia	3.968	327,57	270	22,29	144	11,89
Lazio	12.243	208,73	1681	28,66	624	10,64
Liguria	11.390	738,11	676	43,81	387	25,08
Lombardia	102.066	1.010,16	3.459	34,23	1.640	16,23
Marche	7.373	485,58	248	16,33	113	7,44
Molise	541	178,98	33	10,92	16	5,29
Piemonte	33.477	771,12	881	20,29	387	8,91
PA Bolzano	2.998	563,45	112	21,05	57	10,71
PA Trento	5.346	985	320	58,96	251	46,25
Puglia	5.978	149,14	797	19,88	434	10,83
Sardegna	2.343	143,7	577	35,39	296	18,15
Sicilia	4.682	94,24	548	11,03	298	6
Toscana	12.319	330,91	1.276	34,28	610	16,39
Umbria	1.926	218,79	248	28,17	117	13,29
Valle d'Aosta	1.245	992,02	23	18,33	3	2,39
Veneto	24.191	492,92	1.892	38,55	985	20,07
ITALIA	278.593	462,44	16.803	27,89	7.854	13,04

- In **Figura 7** è riportato il confronto tra l'incidenza (per 100.000 abitanti) delle ultime due settimane (**24 agosto - 6 settembre 2020**) e quella osservata nelle due settimane precedenti (**10-23 agosto 2020**). Il verso e il colore della freccia indicano aumenti (rosso) o diminuzione (blu). Si osserva una riduzione dell'incidenza solo in Calabria. In tutte le altre regioni il numero di casi (per 100.000 abitanti) è in aumento e in modo più marcato in Veneto, nel Lazio, in Emilia-Romagna, in Liguria e in Sardegna.

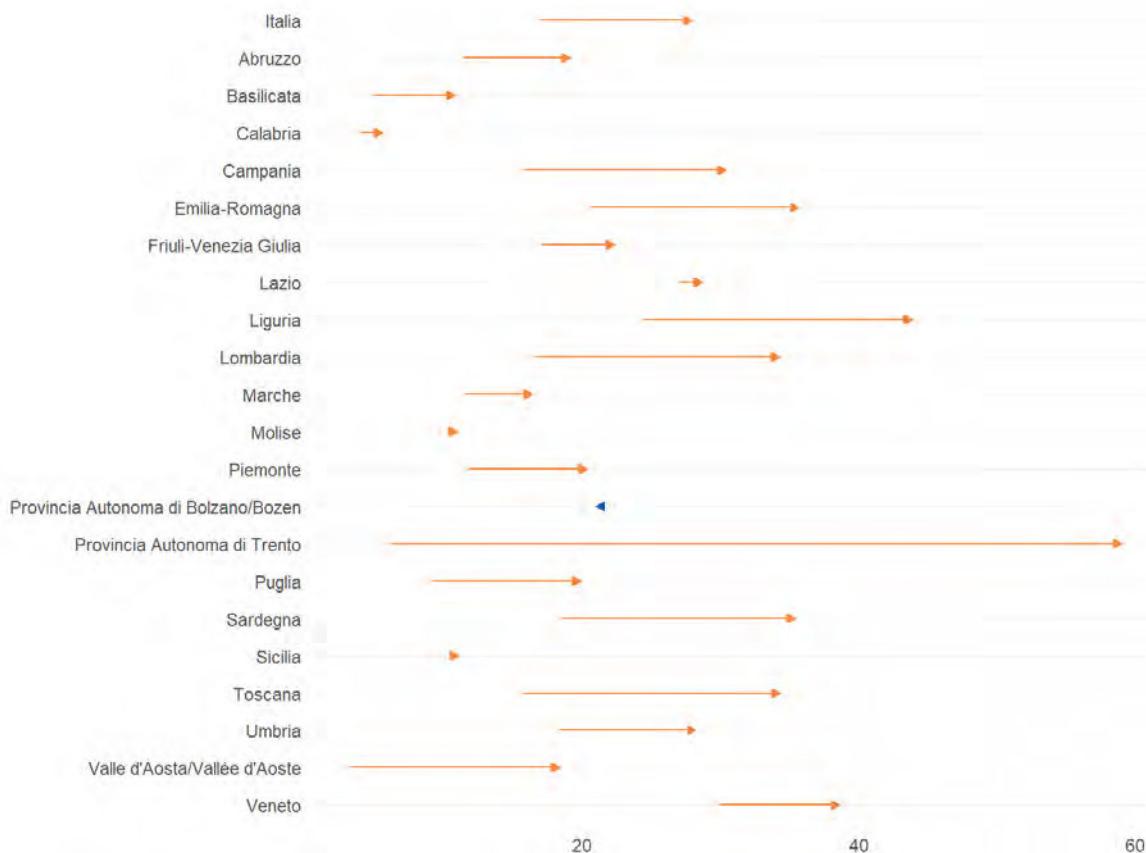


FIGURA 7 – CONFRONTO TRA IL NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE NEL PERIODO (24 AGOSTO - 6 SETTEMBRE 2020) E (10 - 23 AGOSTO 2020)

- In **Figura 8** viene riportata la stima del numero di riproduzione netto Rt medio in un periodo di 14 giorni basato sulla data di inizio sintomi (Rtmedio14gg). L'indice di trasmissione nazionale (Rtmedio14gg) calcolato al 8 settembre 2020 sui casi sintomatici e riferito al periodo 20 agosto – 2 settembre 2020, è pari a **1,14** (95% CI: 0.71 – 1.53).
- In diverse Regioni l'Rt presenta valori intorno o superiori ad 1 ma con intervalli di confidenza che non superano 1 nel loro intervallo inferiore. Si sottolinea che quando il numero di casi è molto piccolo, alcune Regioni/PPAA possono presentare temporaneamente stime con valore medio $Rt>1$ a causa di piccoli focolai locali che incidono sul totale dei casi, senza che questo rappresenti necessariamente un elemento preoccupante.

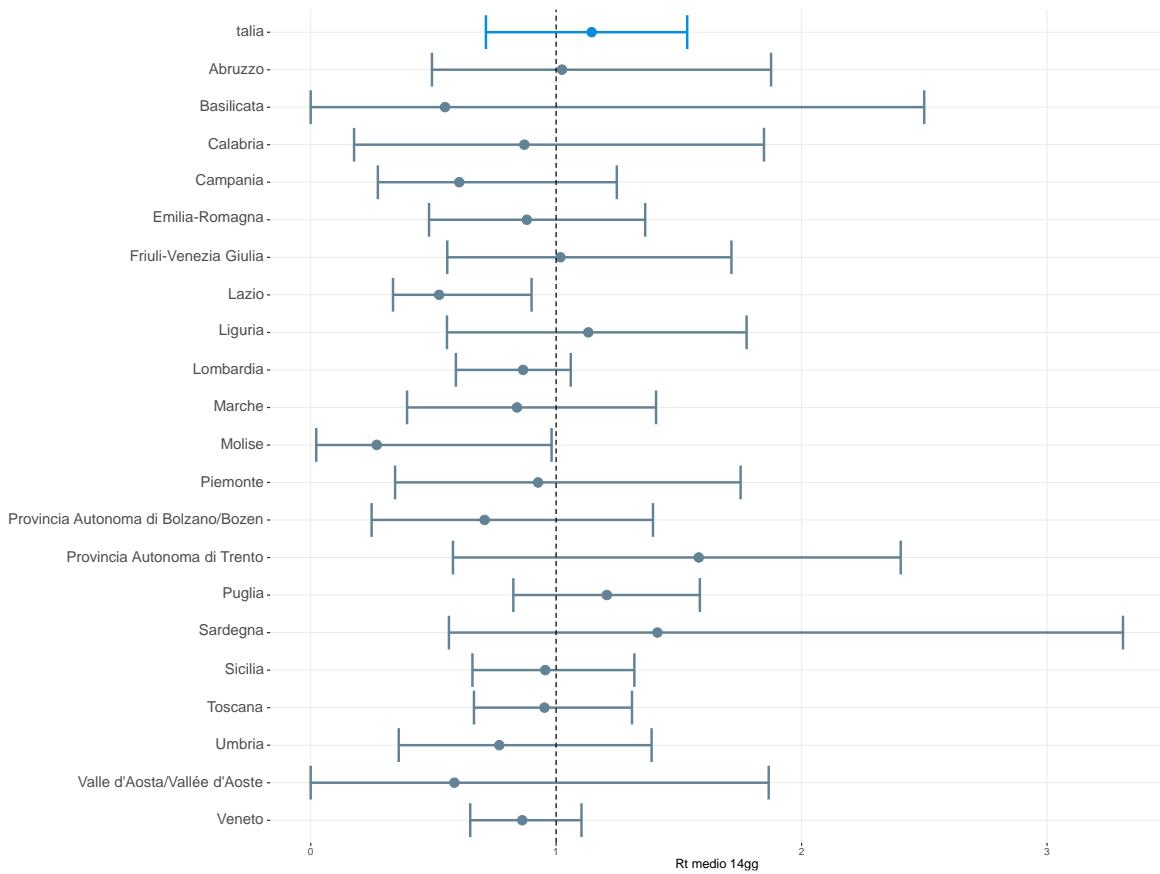


FIGURA 8 - STIMA RIEPILOGATIVA DELL'RtMEDIO14GG PER REGIONE BASATO SU INIZIO SINTOMI DAL 20 AGOSTO – 2 SETTEMBRE, CALCOLATO L' 08/09/2020

- Nelle ultime due settimane, al netto dei casi asintomatici che non rientrano nel calcolo dell'Rt, si osserva un aumento dell'indice di trasmissione nazionale Rt, con superamento del valore soglia, che sta ad indicare un lieve aumento della trasmissione del virus nel nostro paese. **Figura 9.**

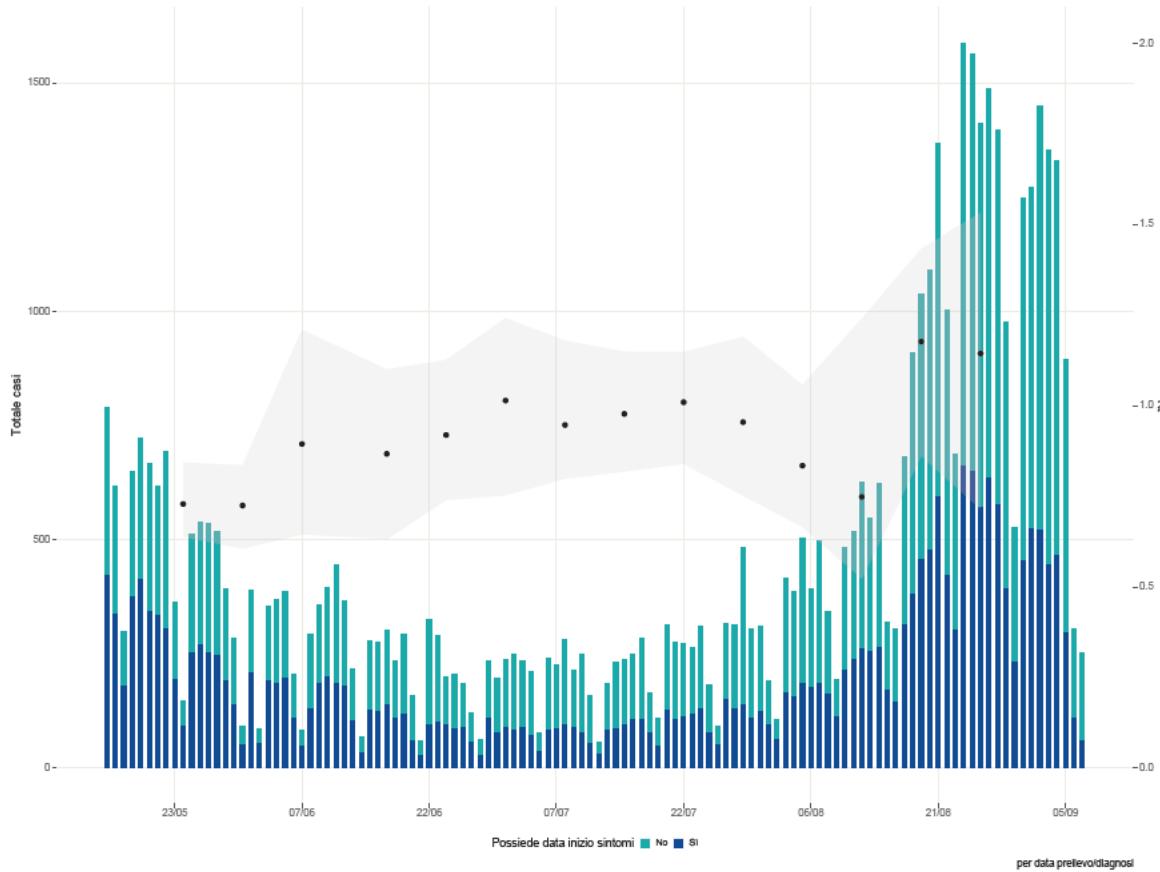


FIGURA 9 - STIMA DELL'RtMEDIO14GG CALCOLATO L'8/09/2020 E NUMERO DI CASI PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI DISTINTI PER PRESENZA O ASSENZA DELLA DATA DI INIZIO SINTOMI.

- Queste considerazioni assieme ad altri indicatori ci permettono inoltre di affermare che, sebbene il numero di casi riportato giornalmente sia numericamente simile a quanto riportato alla fine di febbraio 2020, la situazione epidemiologica è notevolmente cambiata. Questo dato, letto assieme al dato sul numero di nuovi casi diagnosticati ogni giorno, suggerisce che il grande lavoro svolto dai servizi territoriali ha per il momento contenuto la diffusione del virus sul nostro territorio. La maggior parte dei casi è identificato attraverso screening di popolazione e ricerca dei contatti con identificazione dei focolai e rapida realizzazione di misure di isolamento e quarantena. Anche se al momento i servizi territoriali sono ancora in grado di far fronte alle attività associate al contact tracing, un ulteriore aumento dei casi diagnosticati potrebbe mettere i servizi territoriali a rischio di un sovraccarico.

La situazione nazionale dall'inizio dell'epidemia (all'8 settembre 2020)

Dall'inizio dell'epidemia alle ore 11 dell'8 settembre 2020, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 278.593 casi di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionale come positivi per SARS-CoV-2 (9.551 casi in più rispetto al 8 settembre 2020) e 35.569 decessi (50 decessi in più rispetto al 1 settembre al netto di una rivalutazione avvenuta da parte di alcune regione che hanno riconsiderato il numero di decessi riportati sulla base del Rapporto ISS COVID-19 • n. 49/2020: "Covid-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di

morte" e quindi alcuni decessi inizialmente attribuiti a Covid-19, sono invece risultati attribuibili a altre cause.

- La **Figura 10** mostra l'andamento del numero di casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo/diagnosi (disponibile per 278.159/278.593 casi). Dopo un lungo periodo con un trend in discesa, la curva epidemica mostra nelle ultime settimane un aumento nel numero di nuovi casi diagnosticati anche se con piccole variazioni giornaliere, con valori più bassi nei fine settimana. Si ricorda che le diagnosi più recenti potrebbero essere sottostimate a causa di un ritardo nella notifica, particolarmente negli ultimi 5 giorni (box grigio).

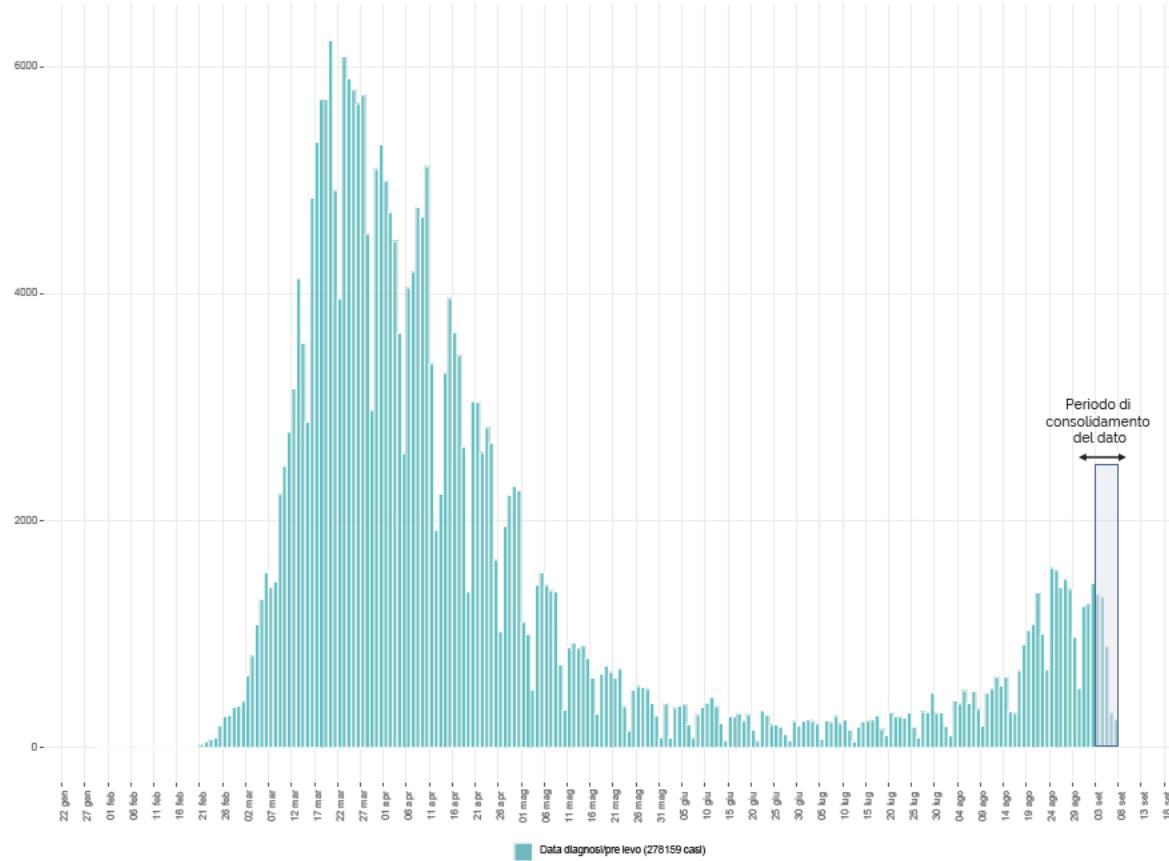


FIGURA 10 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI (N=278.159).

Nota: i dati più recenti devono essere considerati provvisori (vedere soprattutto riquadro grigio)

- La **Figura 11** mostra la distribuzione dei casi per data inizio dei sintomi. La data di inizio sintomi è al momento disponibile per 197.719/278.593 casi segnalati. Lo scarto tra il numero di casi segnalati e quello di casi per i quali è disponibile la data di inizio dei sintomi può essere dovuto al fatto che una parte dei casi diagnosticati è asintomatica e/o dal consolidamento del dato ancora in corso. L'andamento osservato è simile a quello per data di prelievo/diagnosi ma è chiaramente in anticipo con casi che hanno riportato sintomi già da fine gennaio.

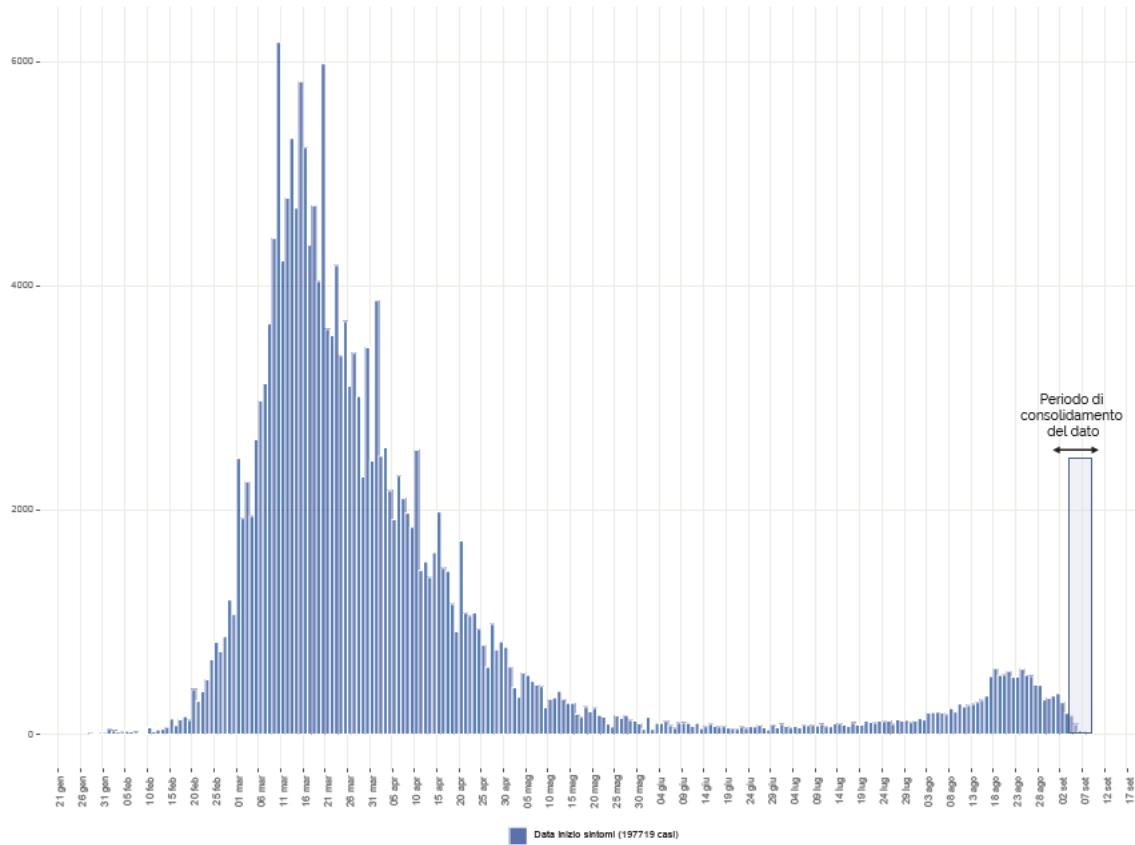


FIGURA 11 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA INIZIO SINTOMI (N=197.719).

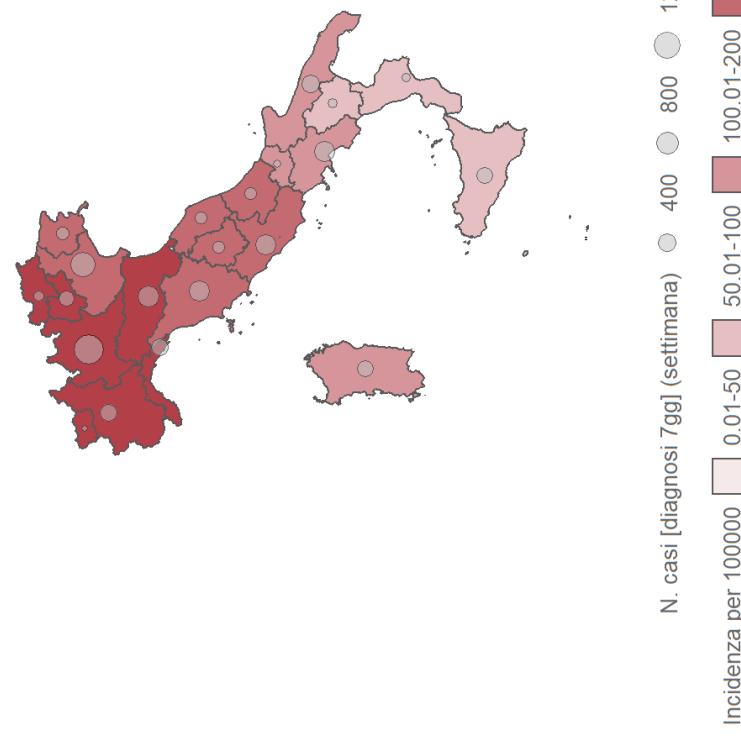
Nota: i dati più recenti devono essere considerati provvisori sia per il ritardo di notifica sia perché casi non ancora diagnosticati riporteranno in parte la data di inizio sintomi nei giorni del riquadro grigio.

- La **Tabella 4** riporta il tempo mediano trascorso tra la data di insorgenza dei primi sintomi e la data di diagnosi (dato disponibile per 197.530 casi) per intervalli di tempo con lo stesso tempo mediano. Da metà giugno a fine agosto si osserva una riduzione del tempo mediano intercorso tra inizio dei sintomi e prelievo/diagnosi. Dal 28 agosto si osserva un graduale aumento del tempo mediano che passa prima a 3 giorni e successivamente a 4 giorni nella prima settimana di settembre.

TABELLA 4 - DISTRIBUZIONE DEI CASI PER TEMPO MEDIANO INTERCORSO TRA DATA INIZIO DEI SINTOMI E PRELIEVO/DIAGNOSI (N=197.530).

Periodo di prelievo/diagnosi		N. casi	Tempo mediano (gg)
dal	al		
20/02/2020	10/03/2020	13.110	4
11/03/2020	20/03/2020	38.204	5
21/03/2020	30/03/2020	42.081	6
31/03/2020	09/04/2020	33.205	5
10/04/2020	19/04/2020	21.186	4
20/04/2020	29/05/2020	30.917	5
30/05/2020	08/06/2020	1.307	4
09/06/2020	18/06/2020	1.381	5
19/06/2020	27/08/2020	12.070	2
28/08/2020	06/09/2020	4.010	3
07/09/2020	08/09/2020	59	4

**FIGURA 12 – INCIDENZA (PER 100.000 ABITANTI) E NUMERO DI CASI COVID-19
 DIAGNOSTICATI IN ITALIA (N=278.593) NELLA SETTIMANA 31 AGOSTO – 6
 SETTEMBRE 2020 (N=7.854), PER REGIONE/PA DI DIAGNOSI**



**TABELLA 5 - DISTRIBUZIONE DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA
 PER REGIONE/PA DI DIAGNOSI (N=278.593) DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA**

Regione/PA	N. Casi	% sul totale	% cumulativa per 100.000
Lombardia	102.066	36,6%	1.010,16
Valle d'Aosta	1.245	0,4%	992,02
PA Trento	5.346	1,9%	985
Piemonte	33.477	12,0%	771,12
Liguria	11.390	4,1%	738,11
Emilia-Romagna	32.760	11,8%	733,36
PA Bolzano	2.998	1,1%	563,45
Veneto	24.191	8,7%	492,92
Marche	7.373	2,6%	485,58
Toscana	12.319	4,4%	330,91
Friuli Venezia Giulia	3.968	1,4%	327,57
Abruzzo	3.906	1,4%	299,13
Umbria	1.926	0,7%	218,79
Lazio	12.243	4,4%	208,73
Molise	541	0,2%	178,98
Puglia	5.978	2,1%	149,14
Sardegna	2.343	0,8%	143,7
Campania	7.840	2,8%	135,5
Basilicata	535	0,2%	96,06
Sicilia	4.682	1,7%	94,24
Calabria	1.466	0,5%	76,17

- La **Figura 12** mostra i dati di incidenza (per 100.000 abitanti) dei casi confermati di COVID-19 (n=278.593) e il numero di casi diagnosticati nella settimana dal 31 agosto al 6 settembre 2020 (n=7.854), per Regione/P.A. di diagnosi.
- La **Tavella 5** riporta in dettaglio il numero dei casi cumulativi ed il tasso di incidenza per 100.000 abitanti per regione/PA. I casi sono stati diagnosticati soprattutto nel Nord Italia, in particolare in Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana, Lazio e Liguria (l'82% del totale nazionale). Campania, Marche, Puglia e PA di Trento hanno riportato tra 5.000 e 10.000 casi; Molise e Basilicata meno di 1.000 casi ciascuna. Si sottolinea che, a causa della numerosità della popolazione, la PA di Trento e la regione Valle d'Aosta pur riportando un numero meno consistente di casi presentano una incidenza cumulativa (numero di casi totali segnalati/popolazione residente) particolarmente elevata, con valori simili a quelli riportati dalla Lombardia.
- L'età mediana dei casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 segnalati dall'inizio dell'epidemia è di 58 anni (range 0-109). La **Figura 13** mostra l'andamento dell'età mediana per settimana di diagnosi; si osserva, a partire dalla fine di aprile, un chiaro trend in diminuzione con l'età mediana che passa da oltre 60 anni nei primi due mesi dell'epidemia fino a circa 30 nella settimana centrale di agosto. Si osserva poi un nuovo importante aumento con una età mediana di circa 35 anni nelle ultime due settimane.

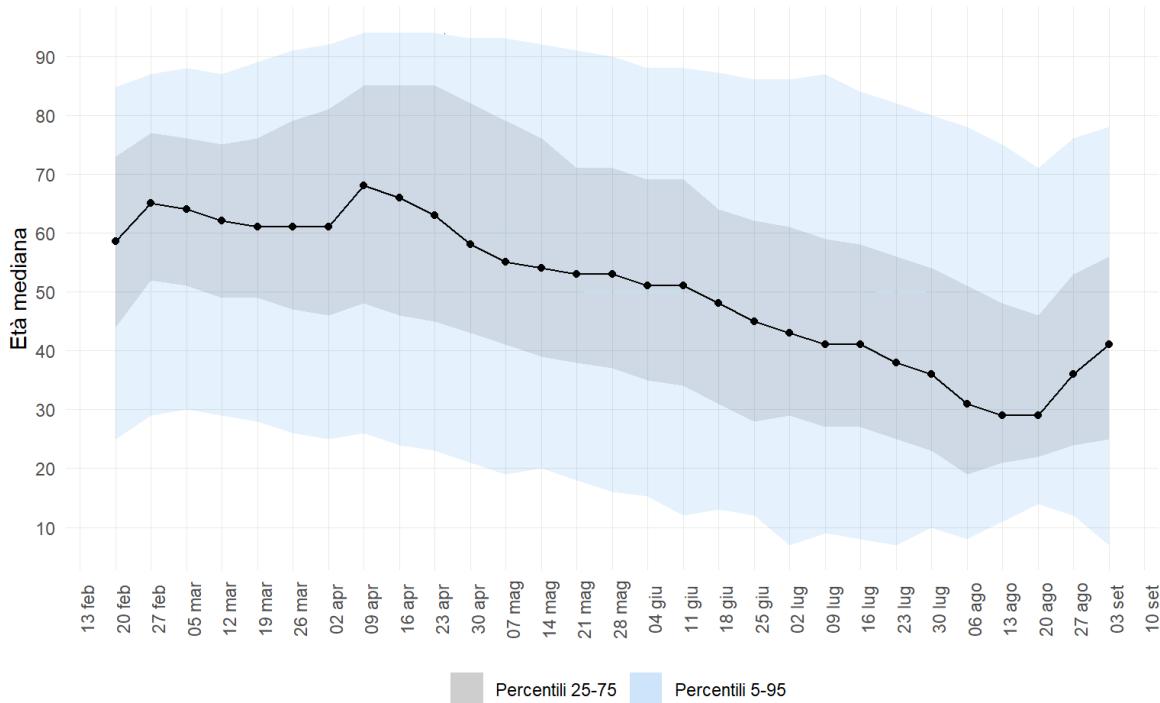


FIGURA 13 – ETÀ MEDIANA DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI

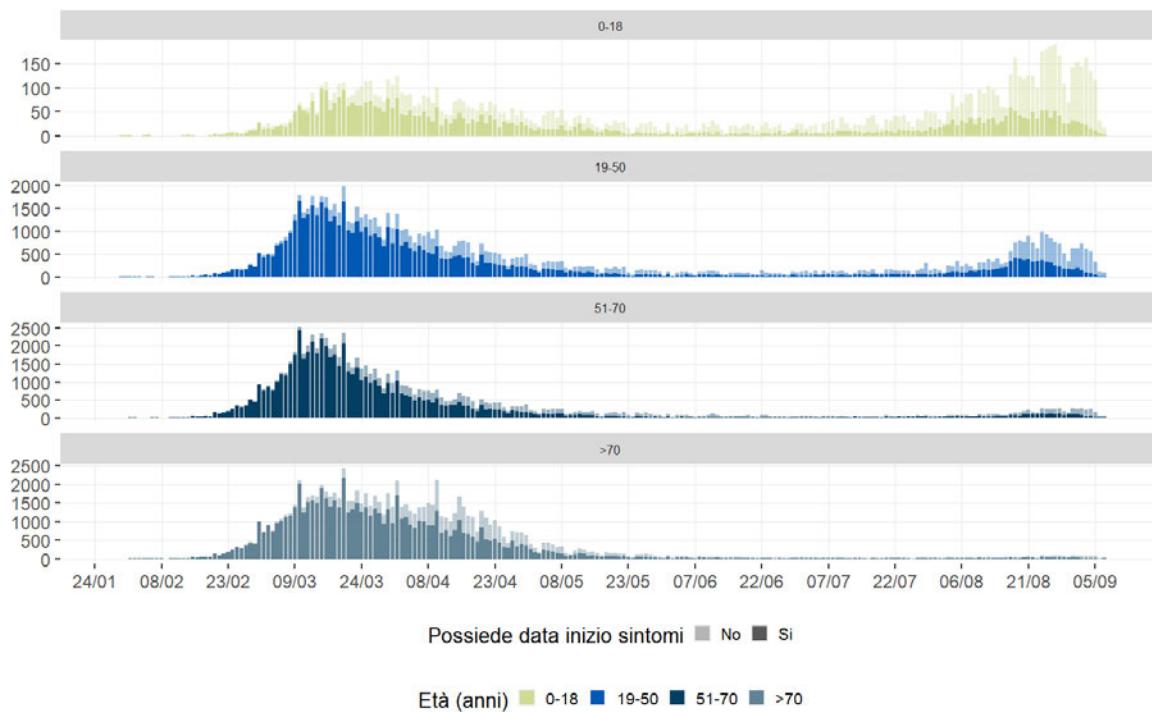


FIGURA 14 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA INIZIO SINTOMI (O PRELIEVO/DIAGNOSI) PER CLASSE DI ETÀ

- La **Figura 14** mostra l'andamento dei casi (per data inizio sintomi o data prelievo/diagnosi se non disponibile la data inizio sintomi) per classe di età. Si osserva che a partire dall'inizio di maggio si è verificata una diminuzione importante del numero di casi in tutte le fasce di età ma con un decremento più marcato nei soggetti di età maggiore di 50 anni. Nelle ultime settimane si evidenzia un considerevole incremento dei casi nella fascia di età 0-18 e 19-50 anni di cui molti asintomatici. Nelle ultime due settimane di agosto si inizia ad osservare di nuovo un aumento dei casi anche nelle persone >50 anni con una quota di asintomatici molto più piccola.
- La **Figura 15** mostra la percentuale di casi per sesso nel tempo. Complessivamente si è riscontrato un numero maggiore di casi in persone di sesso femminile (52,9%). Tuttavia, si osserva che, sia nella fase iniziale dell'epidemia che in quella più recente, il numero di casi diagnosticati in persone di sesso maschile è stato leggermente superiore.
- La **Figura 16** mostra la variazione nel tempo del numero assoluto e della proporzione di casi confermati di Covid-19 per nazionalità (italiana/non italiana) e luogo (Italia/Esteri) di acquisizione della malattia. Sebbene la maggior parte dei casi segnalati sia sempre contratta localmente, a partire dalla metà di giugno, è aumentato il numero di nuovi casi di infezione da virus SARS-CoV-2 importati da uno stato estero. L'incremento è verosimilmente legato all'aumento della mobilità in seguito alla sospensione delle misure di lock-down in diversi paesi. In particolare, nel mese di agosto 2020 sono stati segnalati 2.931 (13,1%) casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in cittadini italiani di ritorno da un viaggio all'estero (dato soggetto ad aggiornamento in base alle indagini epidemiologiche in corso). Nonostante questo, in termini assoluti, nel mese di agosto la maggior parte dei nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 segnalati

continua ad essere contratta localmente (77,8%), il che indica una persistente ed ampia diffusione del patogeno sul territorio nazionale.

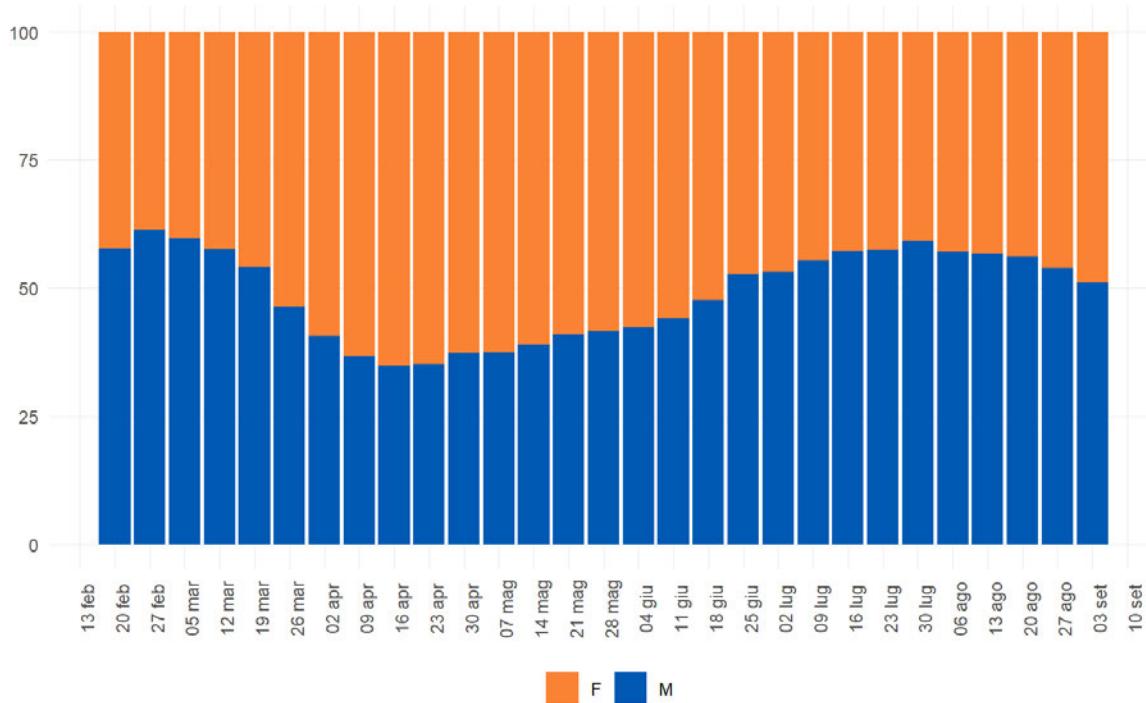


FIGURA 15 – PERCENTUALE DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SESSO E SETTIMANA DI DIAGNOSI

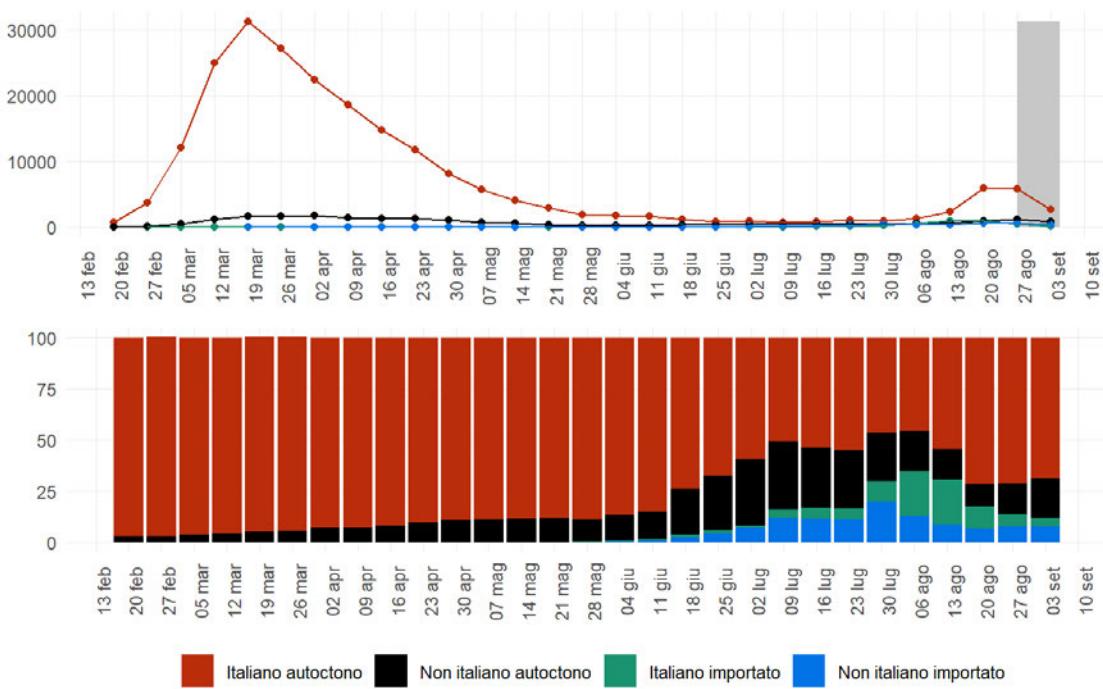


FIGURA 16 – NUMERO E PERCENTUALE DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI, PER NAZIONALITA' E PER LUOGO DI ESPOSIZIONE

- La **Figura 17** mostra il cambiamento nel tempo del quadro clinico riportato al momento della diagnosi dei casi confermati di Covid-19. Mentre nelle prime settimane dell'epidemia c'era una maggiore percentuale di casi severi, critici e di casi già deceduti al momento della diagnosi (diagnosticati mediante tamponi effettuati *post-mortem*), con il passare del tempo, si evidenzia, in percentuale, un netto incremento dei casi asintomatici o pauci-sintomatici e una marcata riduzione dei casi severi e dei decessi. La percentuale degli asintomatici rispetto al totale dei casi diagnosticati nelle ultime 5 settimane sembra esser costante, mentre è in leggero aumento la percentuale dei casi con stato clinico severo e critico al momento della diagnosi.

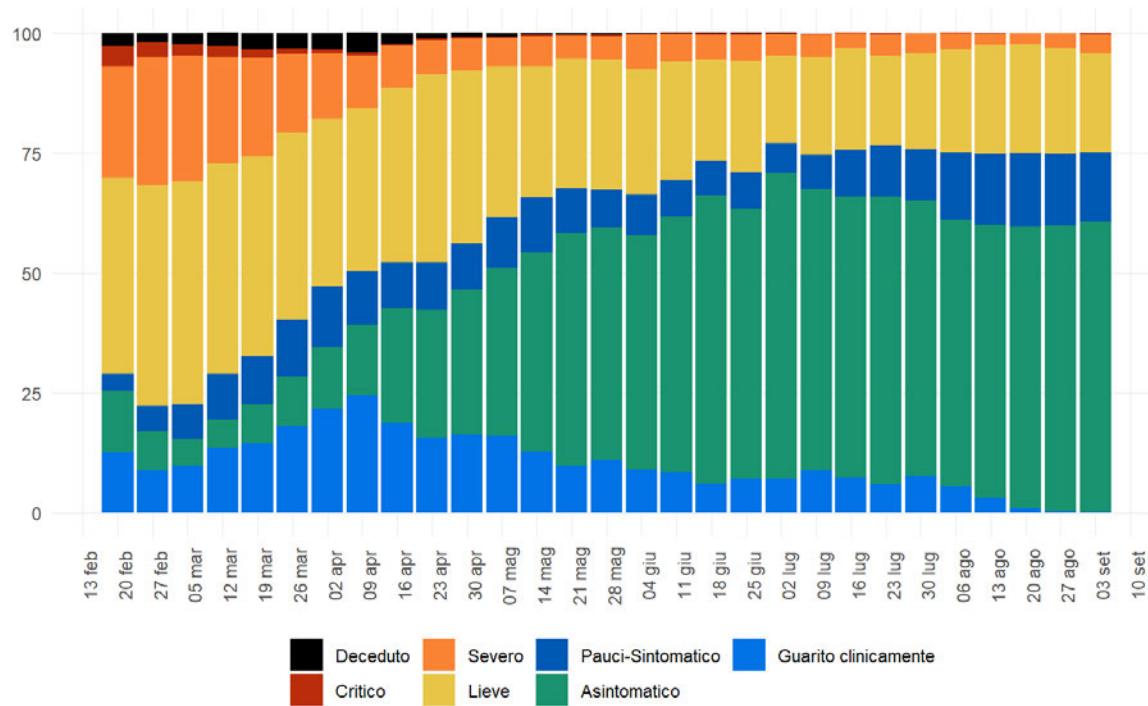


FIGURA 17 – PERCENTUALE DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER STATO CLINICO AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI E SETTIMANA DI DIAGNOSI

- La **Tabella 6** mostra la distribuzione dei casi e dei decessi segnalati per sesso e fasce di età decennali. L'informazione sul sesso è nota per il 100% dei casi segnalati (278.574); **147.290** casi sono di sesso femminile (52,9%). Nelle fasce di età 0-9, 10-19, 20-29, 60-69 e 70-79 anni si osserva un numero maggiore di casi di sesso maschile rispetto a quello di casi di sesso femminile. Inoltre, la tabella riporta il numero dei casi e la letalità per fascia di età e sesso. Si osserva un aumento della letalità con l'aumentare dell'età dei pazienti. La letalità è più elevata in soggetti di sesso maschile in tutte le fasce di età, ad eccezione di quelle più giovani.

TABELLA 6 - DISTRIBUZIONE DEI CASI (N=278.593) E DEI DECESSI (N=35.569) PER COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile				Soggetti di sesso femminile				Casi totali			
	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi per classe di età
0-9	2.006	51,6	1	25,0	0,0	1.883	48,4	3	75,0	0,2	3.889	1,4
10-19	4.473	53,2	0	0,0	0,0	3.938	46,8	0	0,0	0,0	8.411	3,0
20-29	12.087	51,1	12	80,0	0,1	11.583	48,9	3	20,0	0,0	23.674	8,5
30-39	12.164	48,4	45	66,2	0,4	12.992	51,6	23	33,8	0,2	25.160	9,0
40-49	16.089	43,9	223	71,5	1,4	20.537	56,1	89	28,5	0,4	36.627	13,1
50-59	22.436	46,7	941	75,8	4,2	25.573	53,3	301	24,2	1,2	48.011	17,2
60-69	20.441	59,0	2.716	76,0	13,3	14.233	41,0	856	24,0	6,0	34.675	12,4
70-79	20.369	56,8	6.442	69,3	31,6	15.499	43,2	2.857	30,7	18,4	35.868	12,9
80-89	17.264	40,4	7.971	54,8	46,2	25.450	59,6	6.586	45,2	25,9	42.721	15,3
≥90	3.950	20,2	2.058	31,7	52,1	15.584	79,8	4.441	68,3	28,5	19.534	7,0
Età non nota	5	21,7	0	0,0	0,0	18	78,3	1	100,0	5,6	23	0,0
Totali	131.284	47,1	20.409	57,4	15,5	147.290	52,9	15.160	42,6	10,3	278.593	99,8
											35.569	99,9
												12,8

NOTA: LA TABELLA NON INCLUDE I CASI CON SESSO NON NOTO

- La **Figura 18** mostra, a partire dall'alto verso il basso, la distribuzione dei casi per data inizio sintomi, data di prelievo/diagnosi, data di ricovero e data di decesso. L'andamento dei casi è simile tra loro ma si osserva che il raggiungimento del picco si sposta nel tempo. Infatti, mentre il picco della curva per data inizio sintomi è intorno al 10 marzo, il picco per data prelievo/diagnosi e quello per ricovero sono intorno al 20 marzo; quello dei decessi è invece tra fine marzo ed inizio aprile.

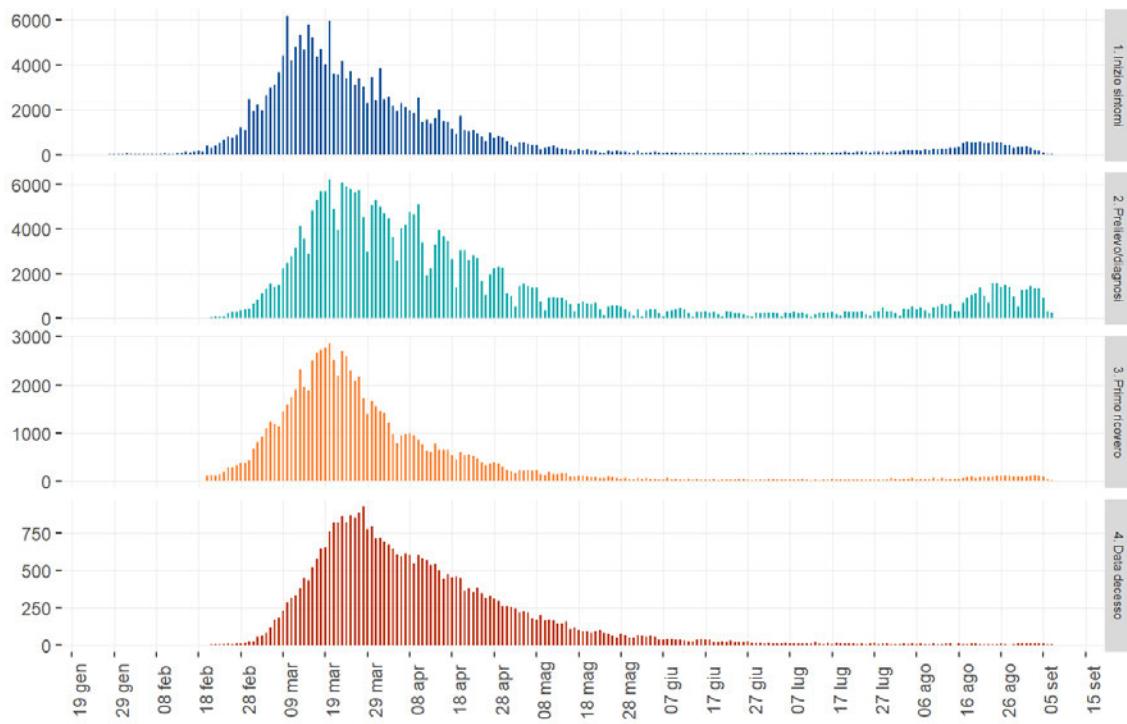


FIGURA 18 – CONFRONTO TRA I CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA DI INIZIO SINTOMI, DATA DI PRELIEVO/DIAGNOSI, DATA DI RICOVERO E DATA DI DECESSO

- All'8 settembre 2020, risultano guariti 205.248 casi. Escludendo dal totale dei casi segnalati i casi guariti e quelli deceduti (35.569), l'informazione sulla gravità clinica dei pazienti affetti da COVID-19 è disponibile per 30.864/37.707 casi confermati (81,8%) riportati al sistema di sorveglianza. Tra questi, 16.078 (52,1%) risultano asintomatici, 4.164 (13,5%) sono pauci-sintomatici, 7.241 (23,5%) hanno sintomi lievi, 3.099 (10%) severi e 282 (0,9%) presentano un quadro clinico critico.
- Escludendo i casi che risultano guariti e quelli deceduti, l'informazione sulla collocazione del paziente è disponibile per 31.220/37.707 casi (82,8% del totale); in particolare, 28.597 (91,6%) stanno affrontando l'infezione presso il proprio domicilio/in altra struttura, 19 casi si trovano su una Nave Quarantena, 41 sono ricoverati presso l'Ospedale Militare (Celio) e 2.563 (8,2%) sono ospedalizzati. Di questi, 141 (8,3%) sono ricoverati in Terapia Intensiva. Si sottolinea che i dati sullo stato clinico e sul reparto di degenza sono soggetti a modifiche dovute a un loro progressivo e continuo consolidamento. Tale informazione, nel flusso della Sorveglianza Integrata Covid-19 dell'ISS è aggiornata meno tempestivamente di quella del flusso aggregato del Ministero della Salute.

- La **Figura 19** mostra l'andamento dei dati aggregati, riportati dal Ministero della Salute all'8 settembre 2020, per condizione di ricovero, isolamento domiciliare e esito dei casi confermati di COVID-19.

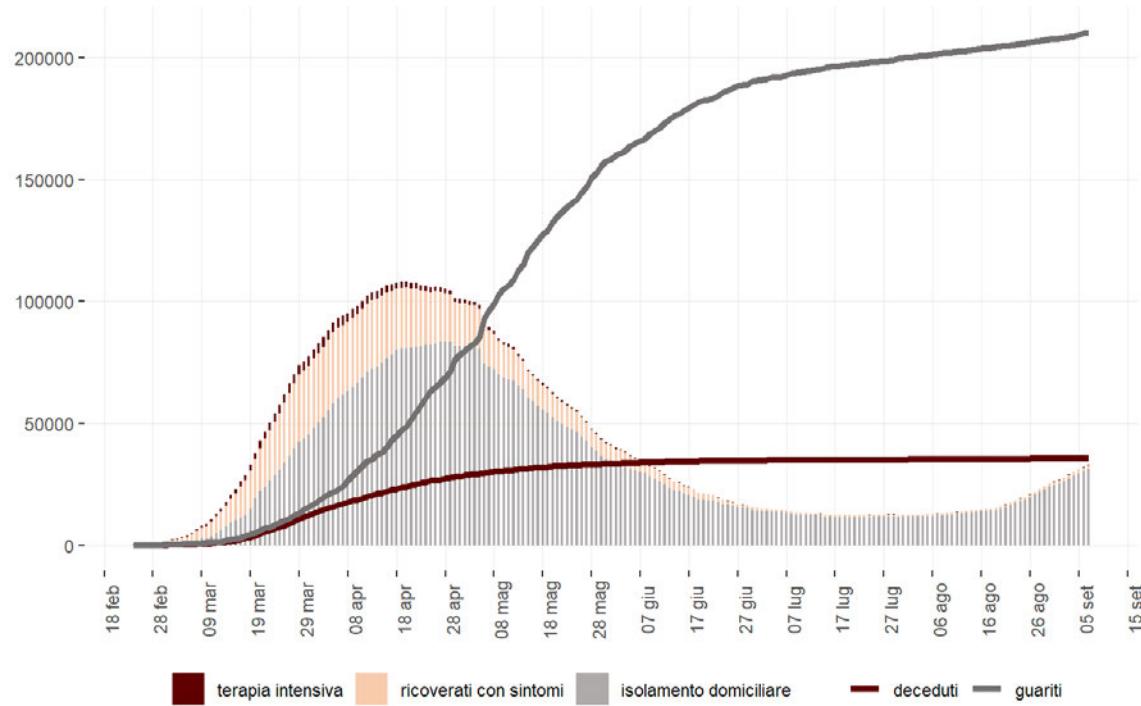


FIGURA 19 – NUMERO TOTALE DI CASI DI COVID-19 (ESCLUSI GUARITI E DECEDUTI) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER STATO DI RICOVERO/ISOLAMENTO E NUMERO CUMULATIVO DELL'ESITO (N=280.153) ALL'8/09/2020 (FONTE DATI MINISTERO DELLA SALUTE E PROTEZIONE CIVILE).

- Dall'inizio dell'epidemia sono stati diagnosticati 31.189 casi tra gli operatori sanitari (età mediana 47 anni) pari al 11% dei casi totali segnalati. La **Tabella 7** riporta la distribuzione dei casi segnalati per classe di età e la letalità osservata in questa popolazione.

TABELLA 7. DISTRIBUZIONE DI CASI, DECESSI E LETALITÀ NEGLI OPERATORI SANITARI

Classe di età (anni)	Casi		Deceduti		Letalità (%)
	N	%	N	%	
18-29	3.599	11,6	0	NA	0%
30-39	5.535	17,8	1	1,1	0%
40-49	8.619	27,7	4	4,3	0%
50-59	9.980	32,1	23	24,5	0,2%
60-69	3.169	10,2	51	54,3	1,6%
70-79	160	0,5	15	16,0	9,4%
Totale	31.062		94		0,3%

NOTA: LA TABELLA NON INCLUDE I CASI CON ETÀ NON NOTA

- I dati riportati dalle regioni indicano che la letalità tra gli operatori sanitari è inferiore, anche a parità di classe di età (**Tabella 7**), rispetto alla letalità totale (vedi **Tabella 6**), verosimilmente perché gli operatori sanitari asintomatici e pauci-sintomatici sono stati maggiormente testati rispetto alla popolazione generale.

La **Figura 20** riporta la proporzione di casi tra operatori sanitari sul totale dei casi segnalati in Italia per periodo di diagnosi (ogni 4 giorni). Da inizio giugno la percentuale di operatori sanitari è inferiore al 10% del totale dei casi.

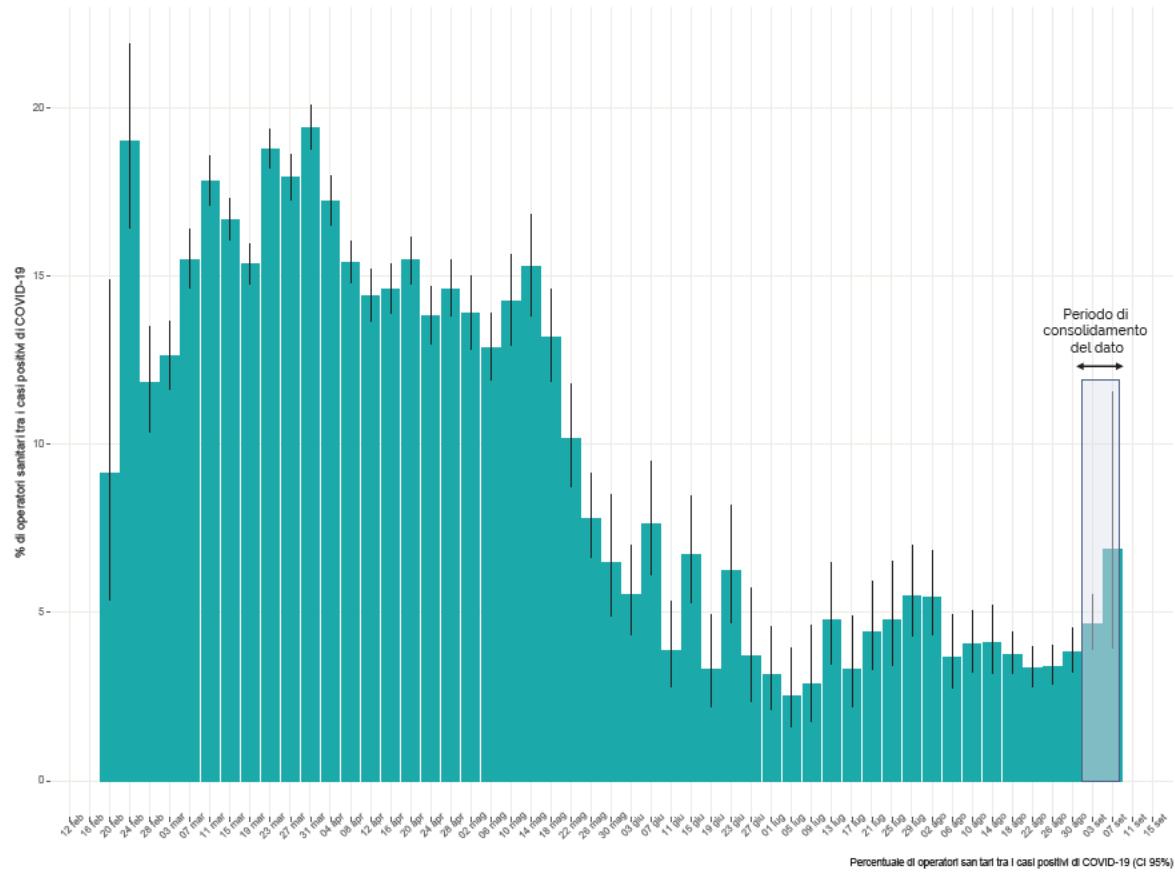


FIGURA 20 – PERCENTUALE DI OPERATORI SANITARI RIPORTATI SUL TOTALE DEI CASI DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER PERIODO DI DIAGNOSI (4 GIORNI).

NOTA: OGNI BARRA FA RIFERIMENTO ALL'INTERVALLO DI TEMPO TRA LA DATA INDICATA SOTTO LA BARRA E QUELLA SUCCESSIVA (ESEMPIO: 19 FEB SI RIFERISCE AL PERIODO DAL 19-22 FEB, 23 FEB SI RIFERISCE AL PERIODO DAL 23-26 FEB, ETC.).



Allegato 4

EPIDEMIA COVID-19

Aggiornamento nazionale (appendice): 8 settembre 2020

DATA PUBBLICAZIONE: 11 SETTEMBRE 2020

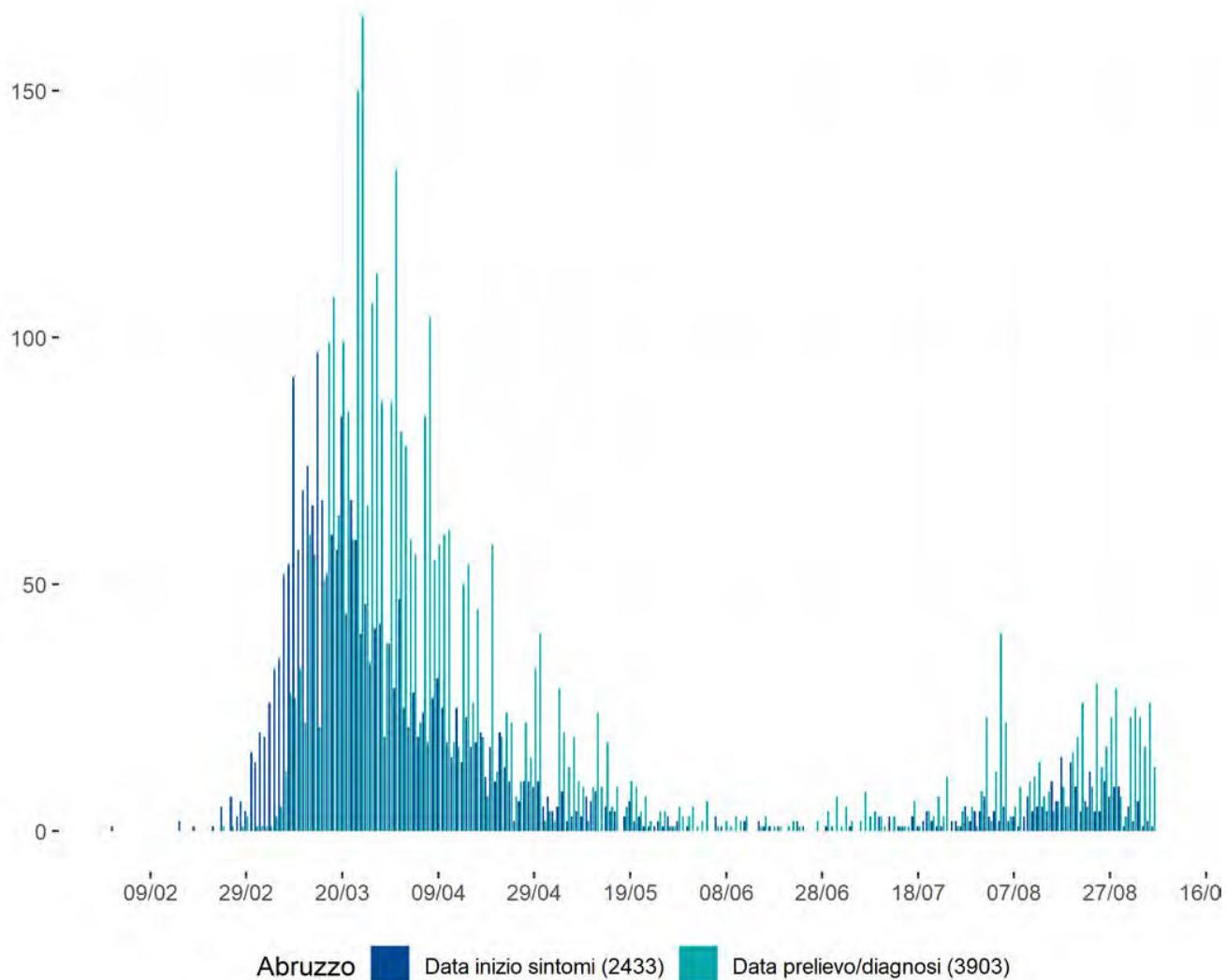
I dati raccolti sono in continua fase di consolidamento e, come prevedibile in una situazione emergenziale, alcune informazioni sono incomplete. In particolare, si segnala, soprattutto nelle Regioni in cui si sta verificando una trasmissione locale sostenuta del virus, la possibilità di un ritardo di alcuni giorni tra il momento della esecuzione del tampone per la diagnosi e la segnalazione sulla piattaforma dedicata. I grafici, le tabelle e le mappe sono generati automaticamente e potrebbero essere soggetti a piccoli difetti grafici che non impattano sulla precisione del dato presentato. Nelle mappe sono riportati casi per comune di diagnosi e provincia quando queste coincidono con la Regione/PA di diagnosi.

Abruzzo

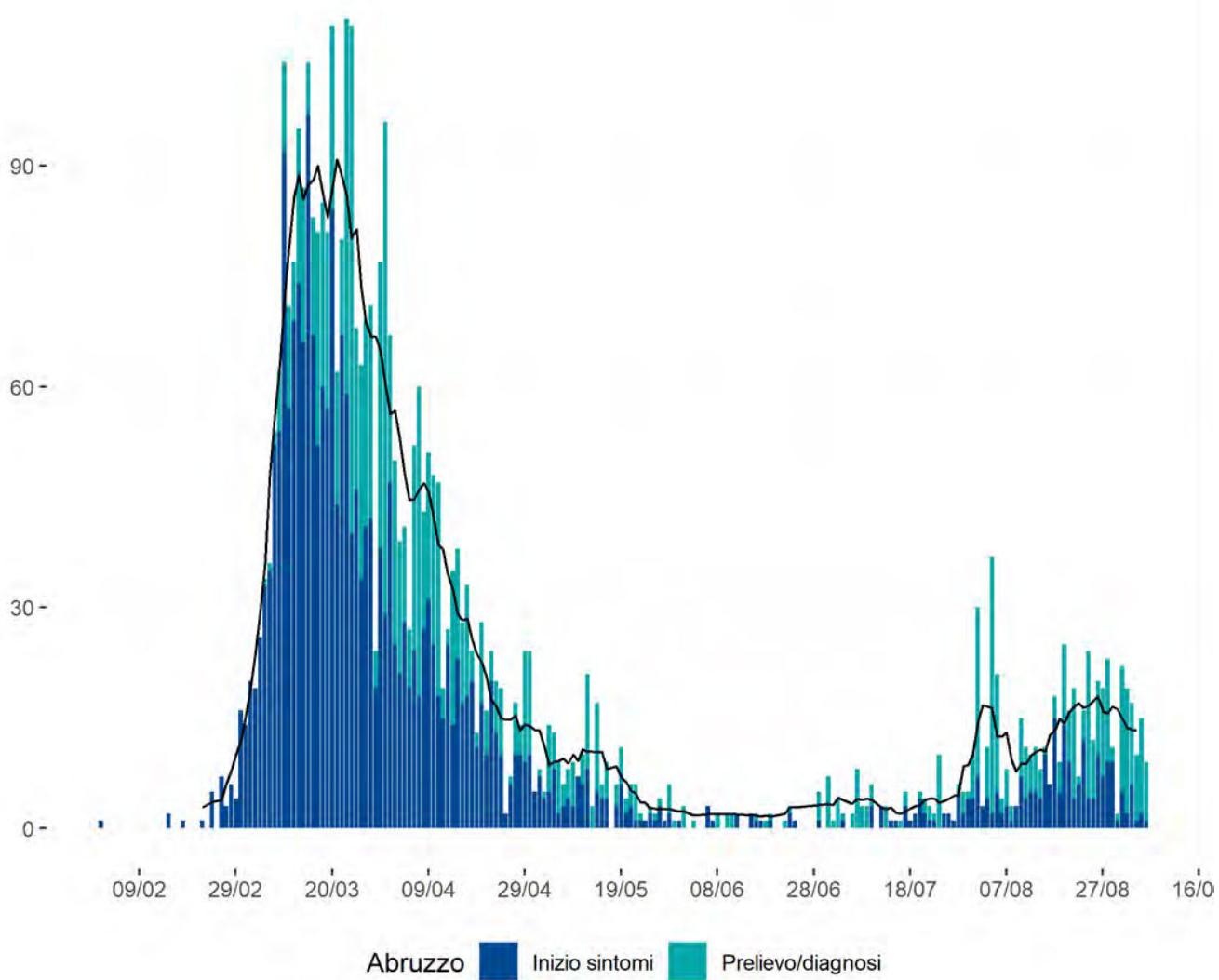
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 3906 | Incidenza cumulativa: 299.13 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 127 | Incidenza: 9.73 per 100000
- Rt: 1.02 (CI: 0.49-1.88) [medio 14gg]

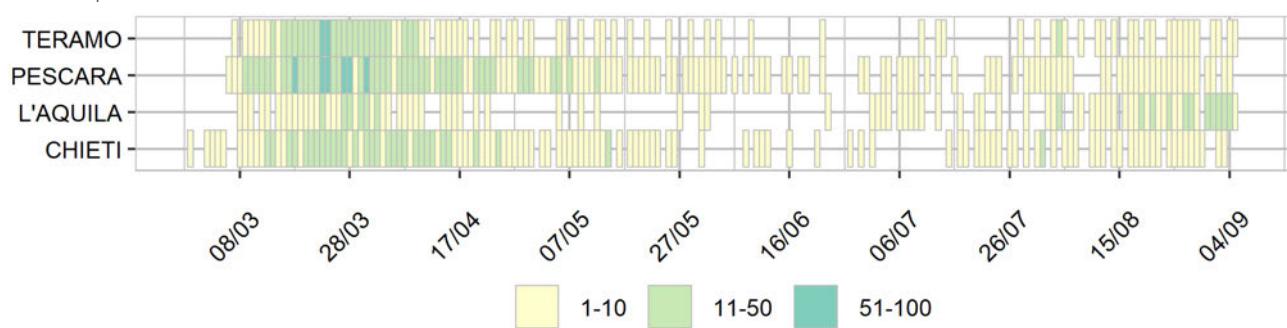
Curva epidemica



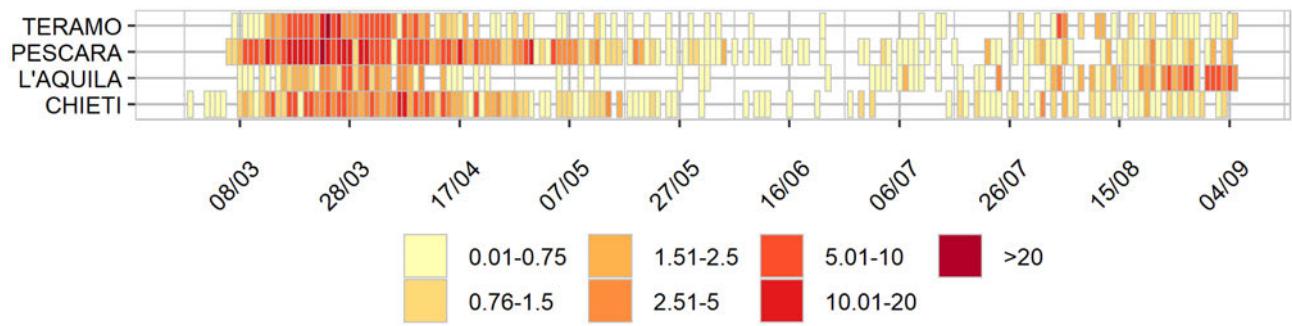
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi



Heatmap - incidenza per 100000

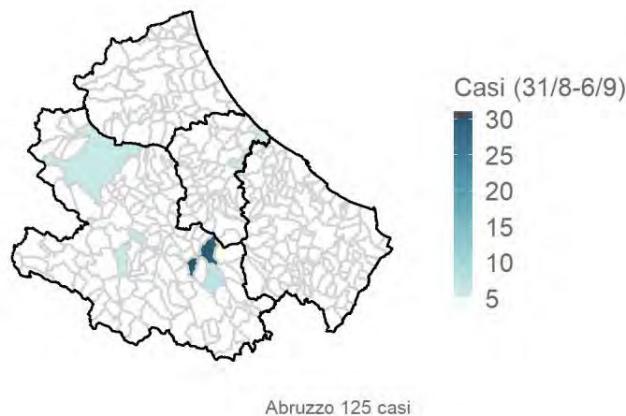


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

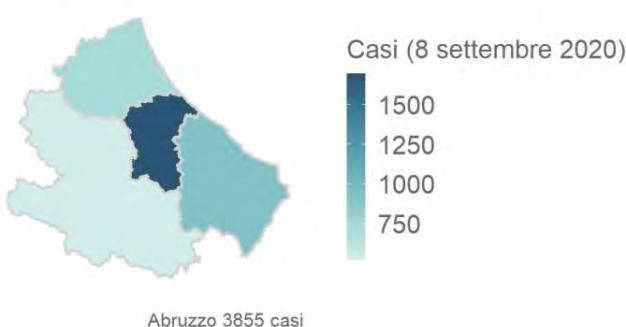


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

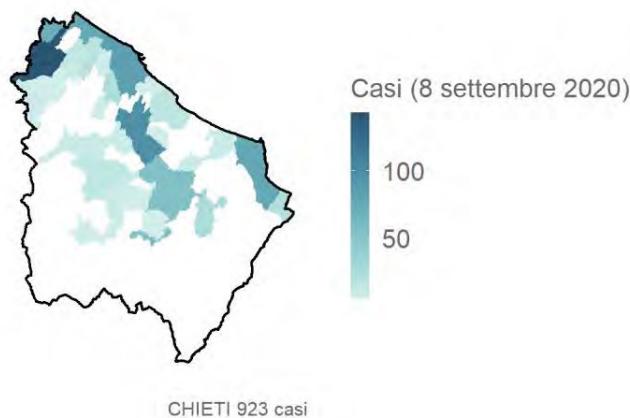
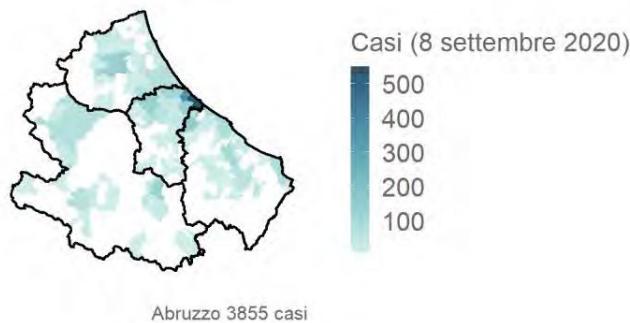


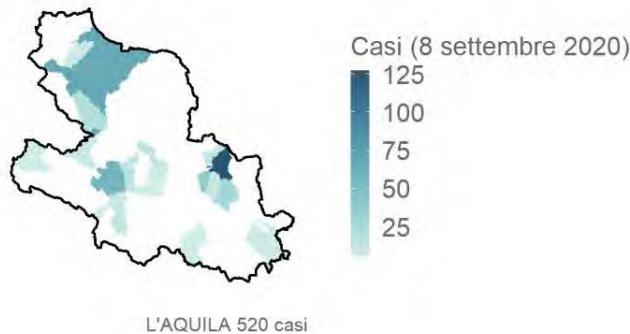
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

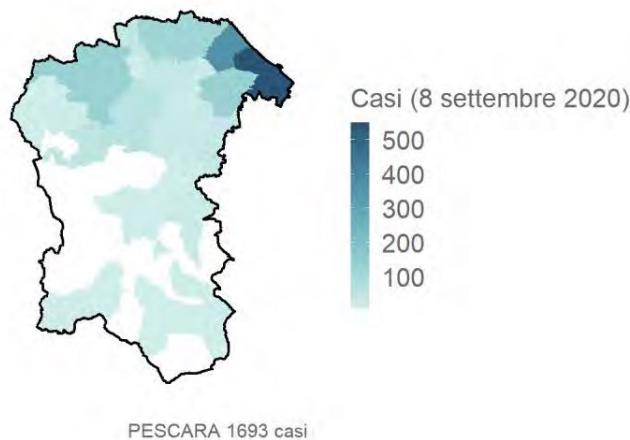
Mappa - province (domicilio/residenza)

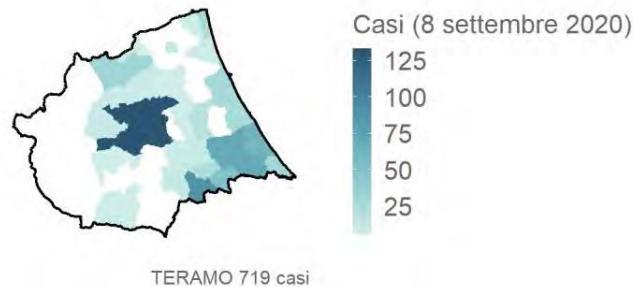


Mappa - comuni (domicilio/residenza)







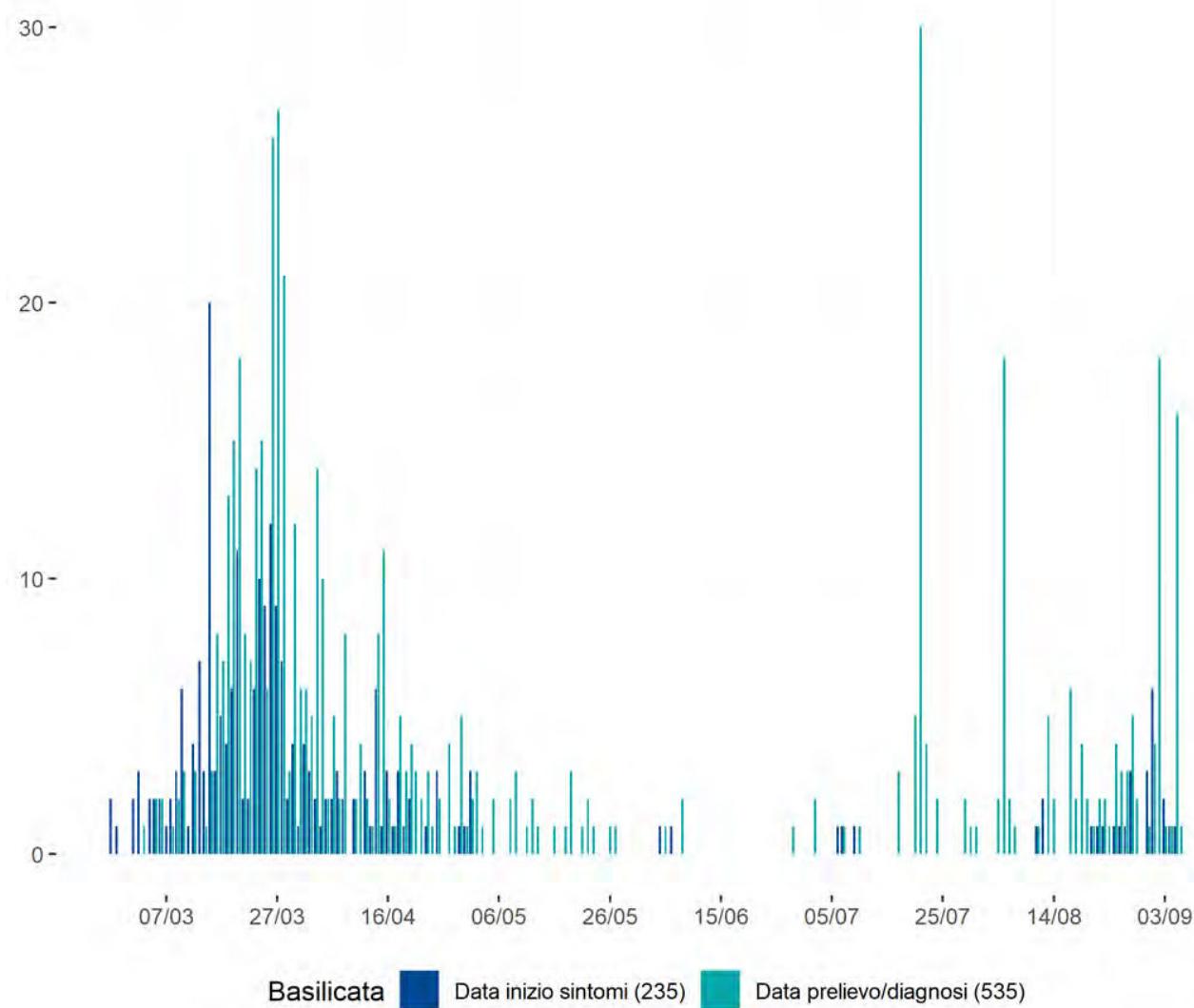


Basilicata

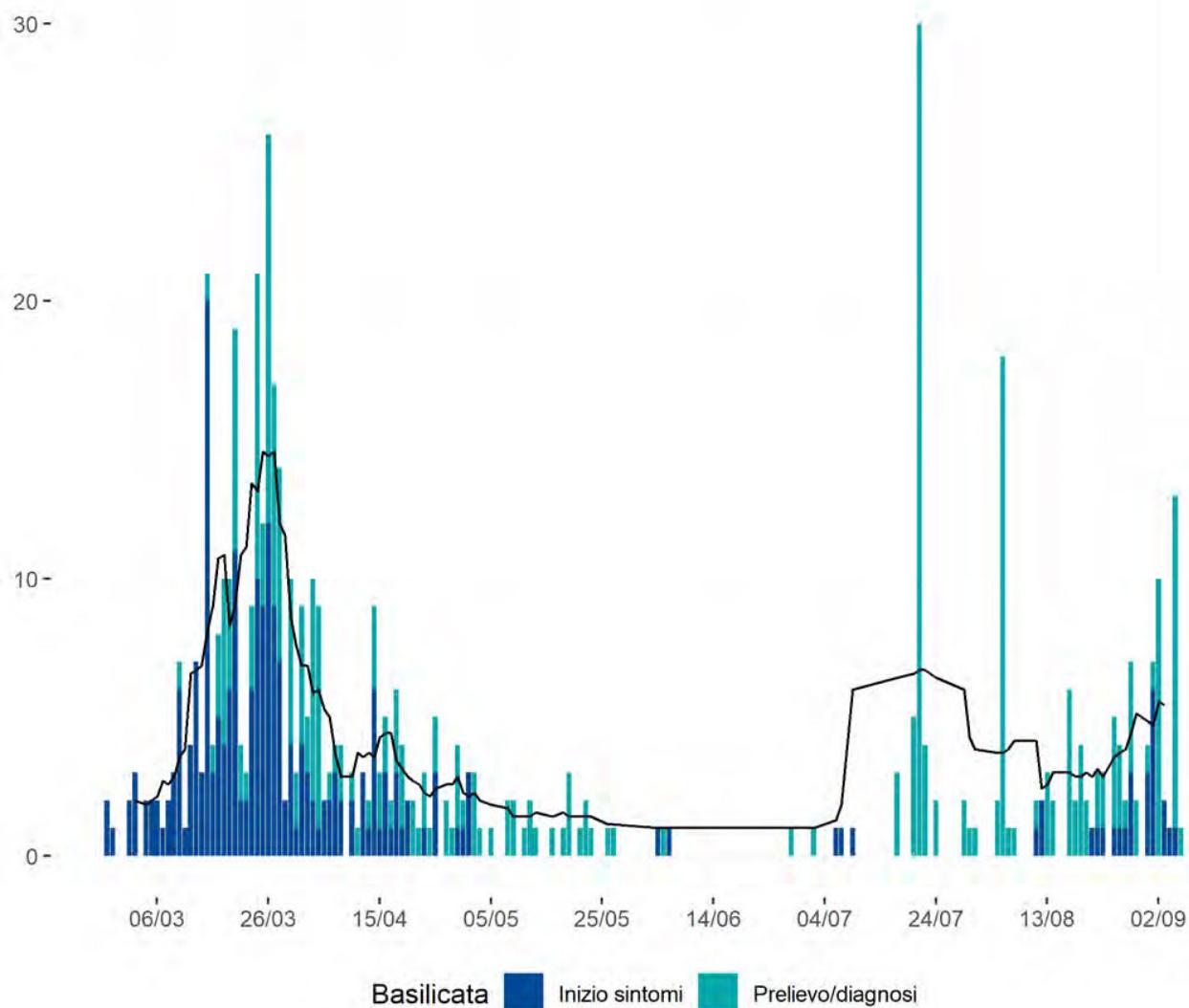
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 535 | Incidenza cumulativa: 96.06 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 42 | Incidenza: 7.54 per 100000
- Rt: 0.55 (CI: 0-2.5) [medio 14gg]

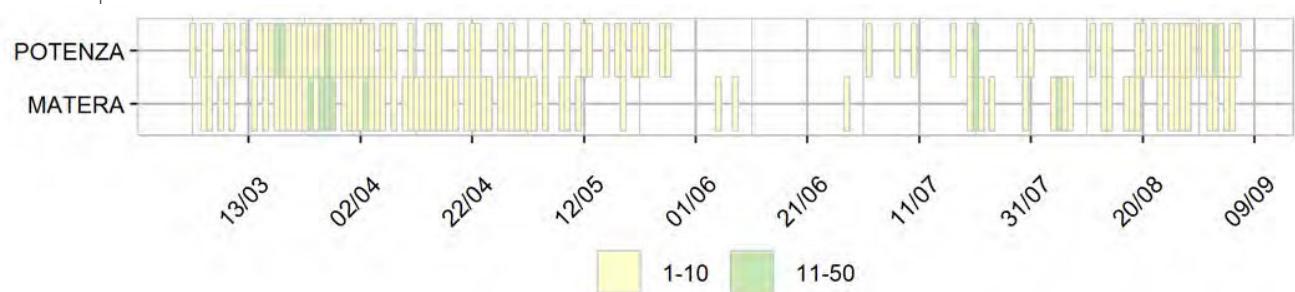
Curva epidemica



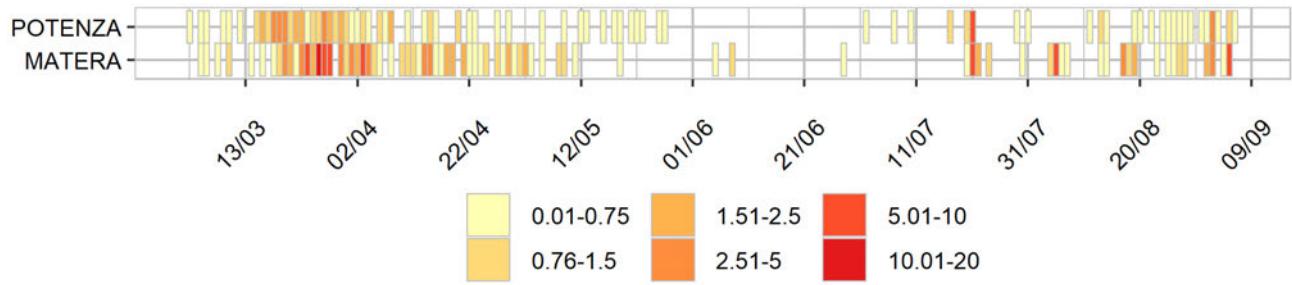
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

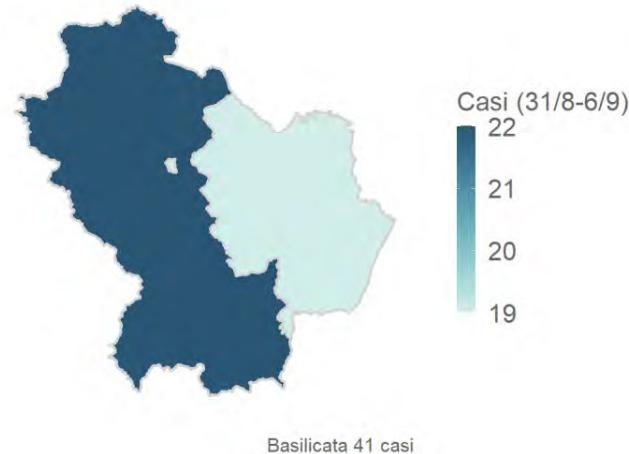


Heatmap - incidenza per 100000

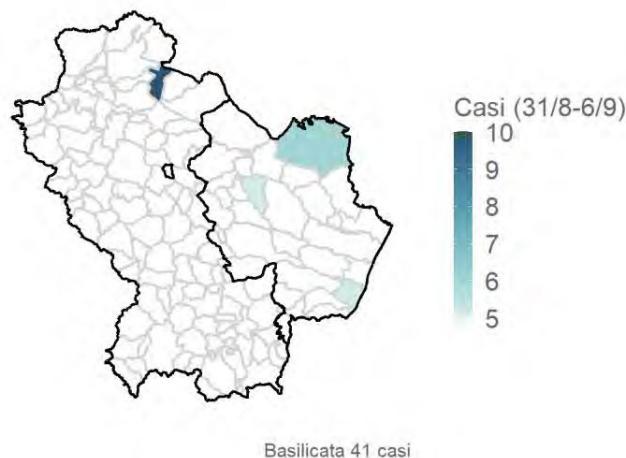


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

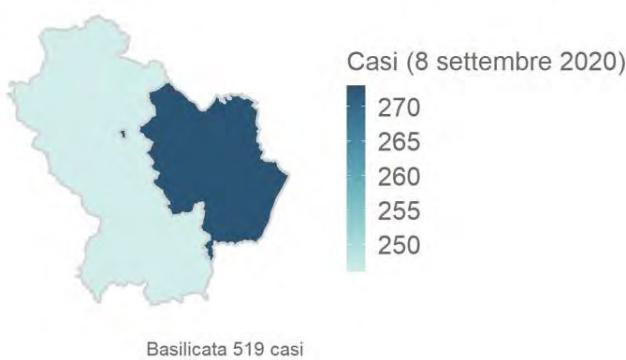


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

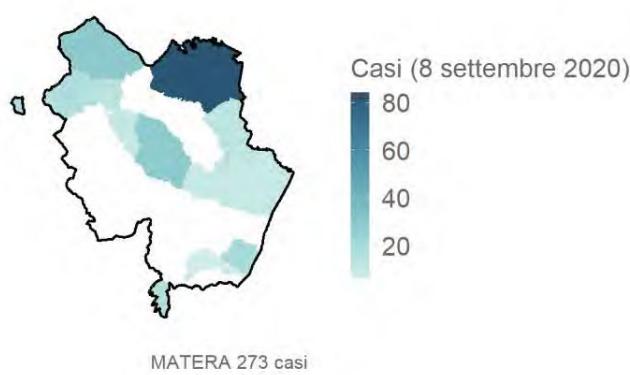
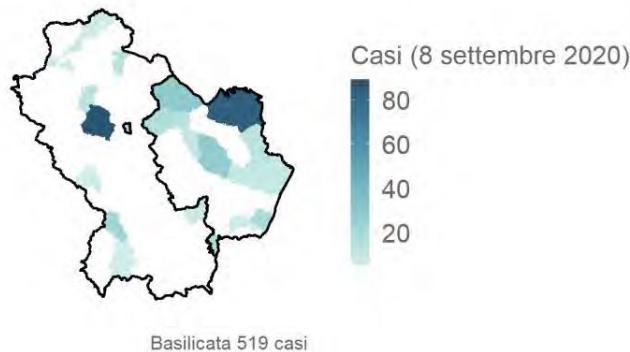


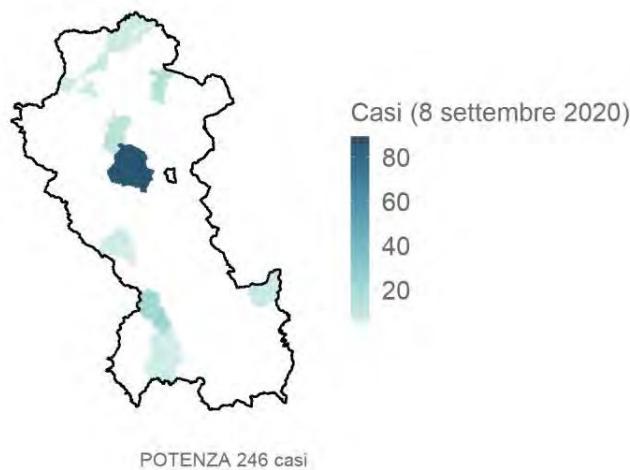
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)



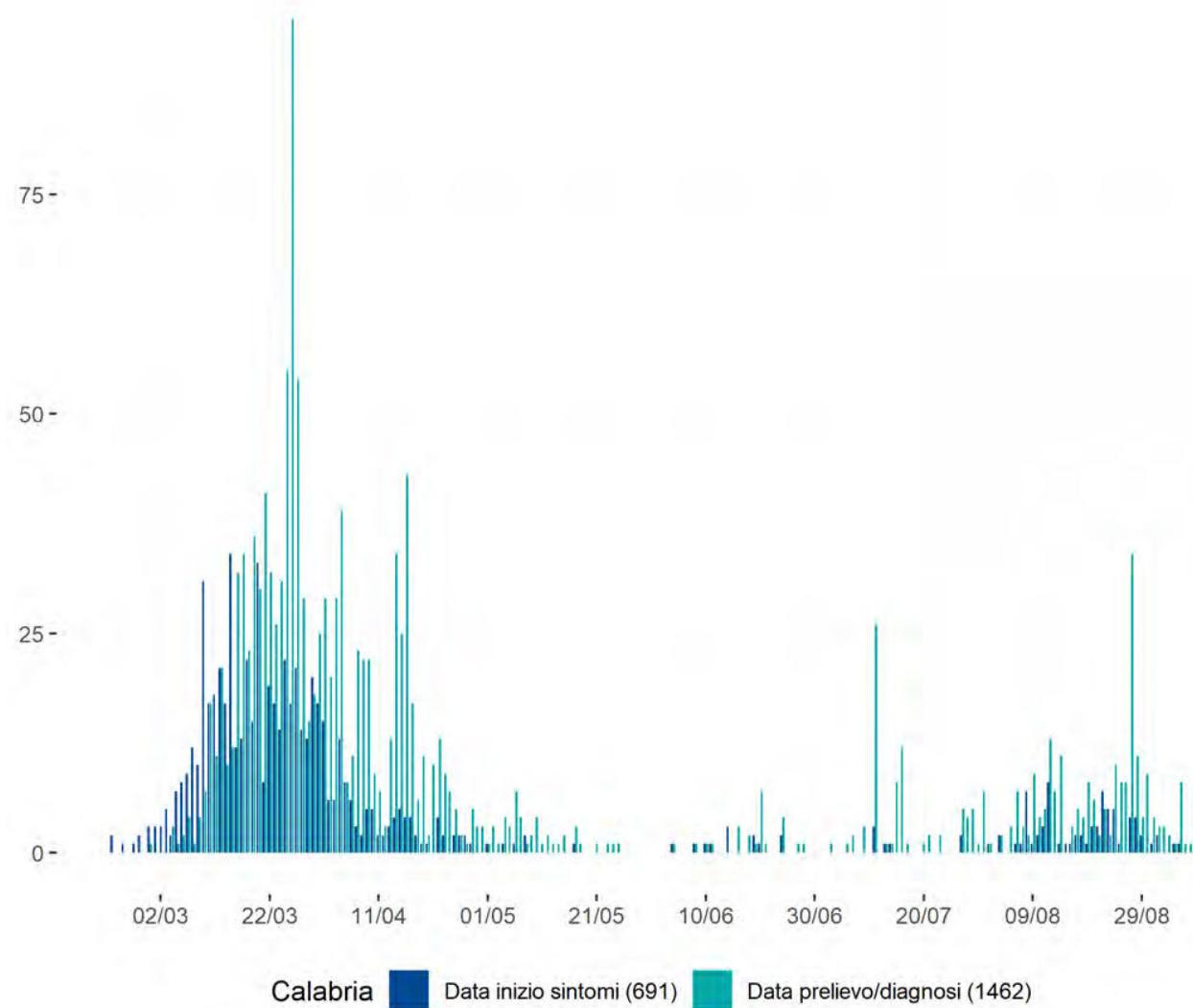


Calabria

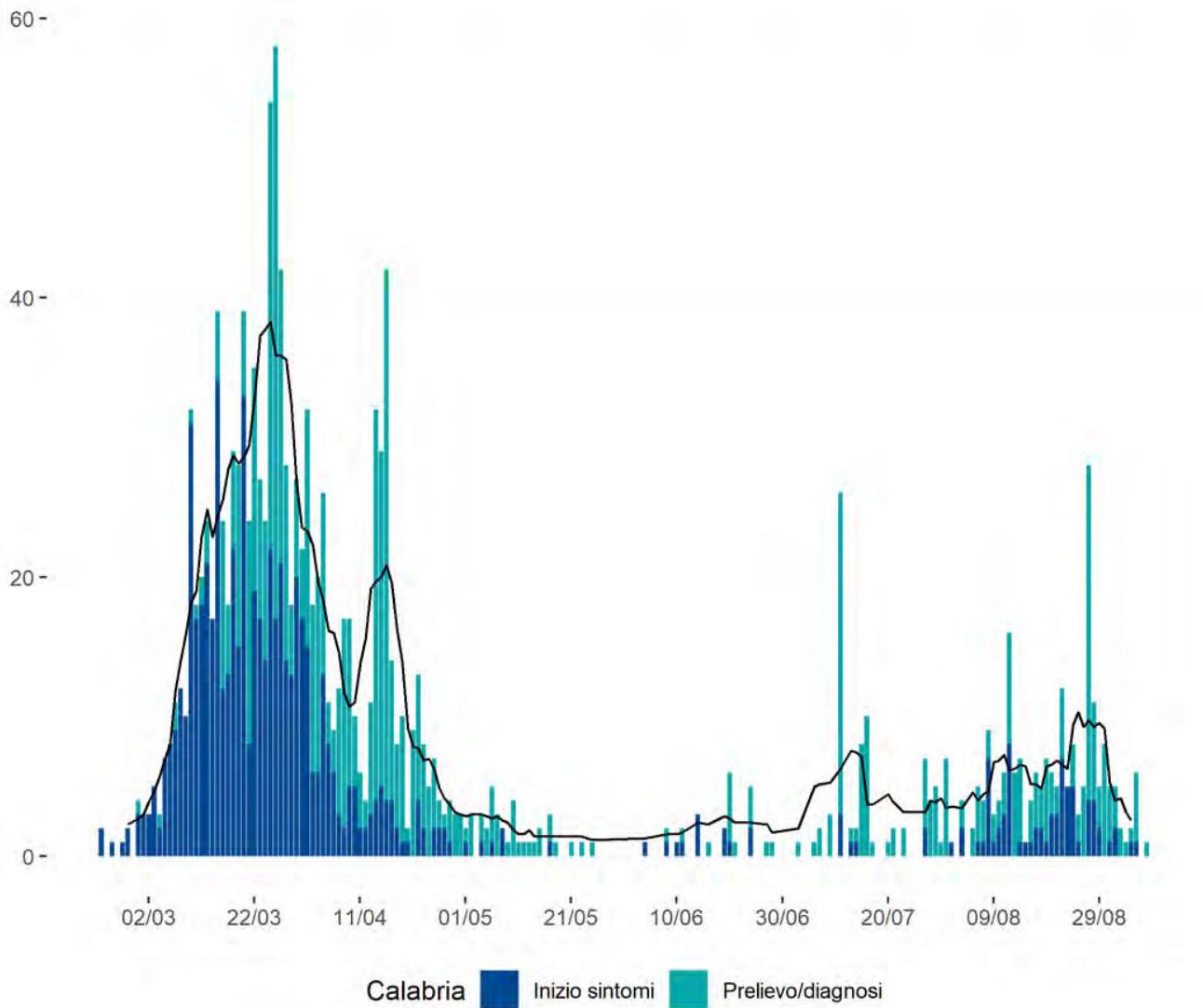
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 1466 | Incidenza cumulativa: 76.17 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 22 | Incidenza: 1.14 per 100000
- Rt: 0.87 (CI: 0.18-1.85) [medio 14gg]

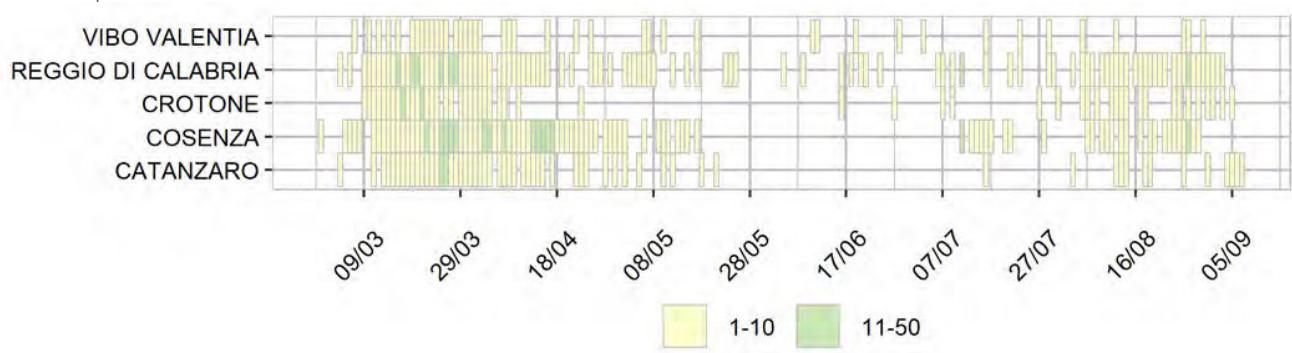
Curva epidemica



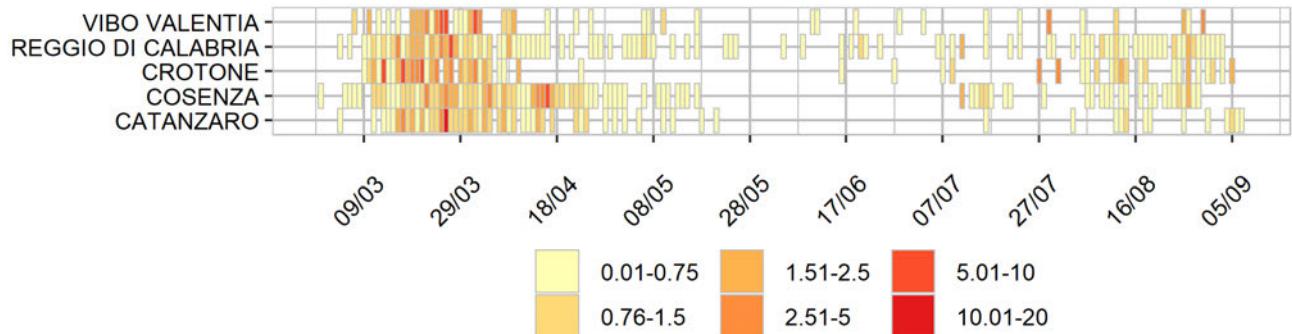
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

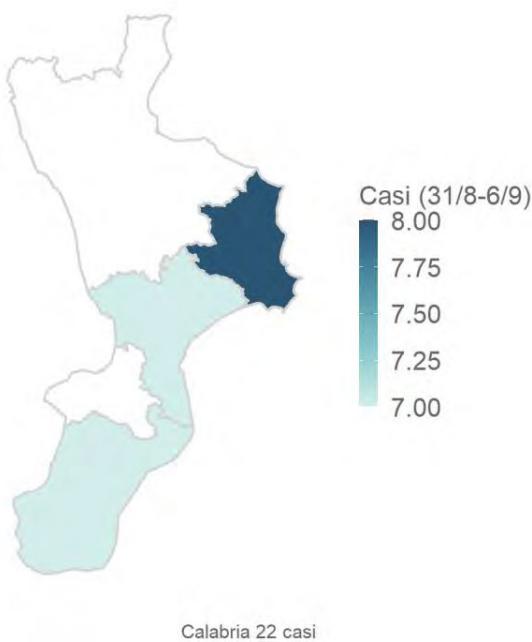


Heatmap - incidenza per 100000

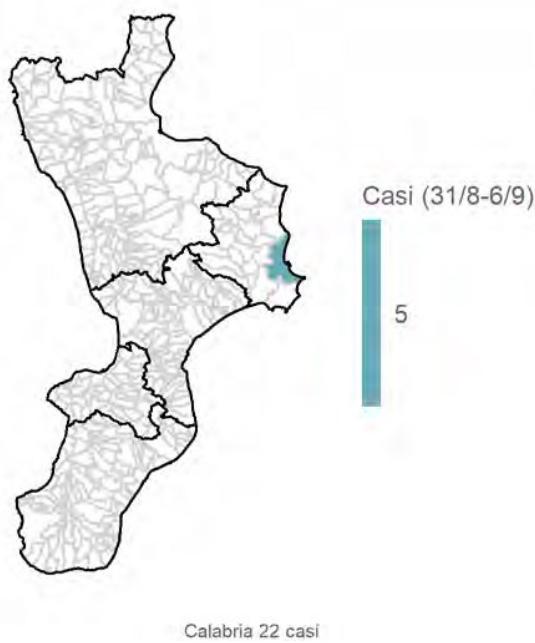


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



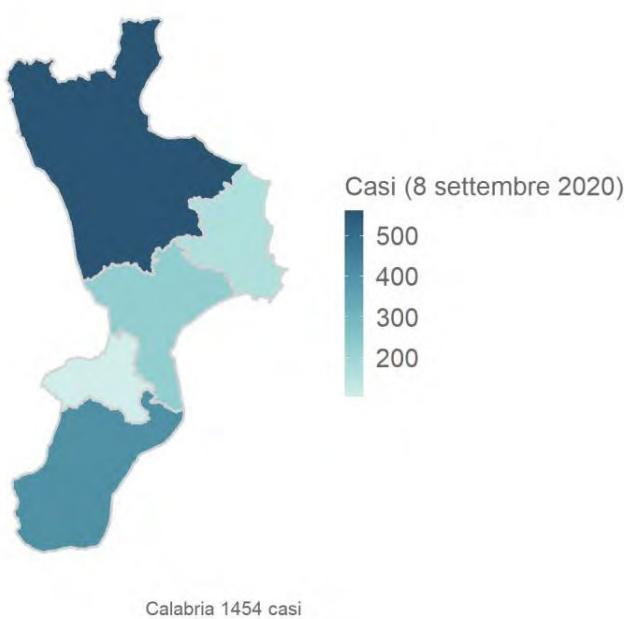
Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Calabria 22 casi

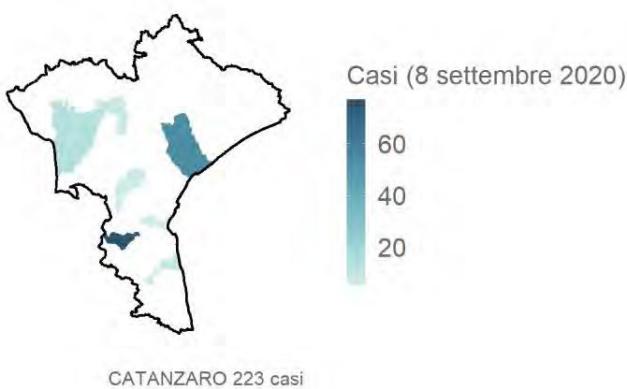
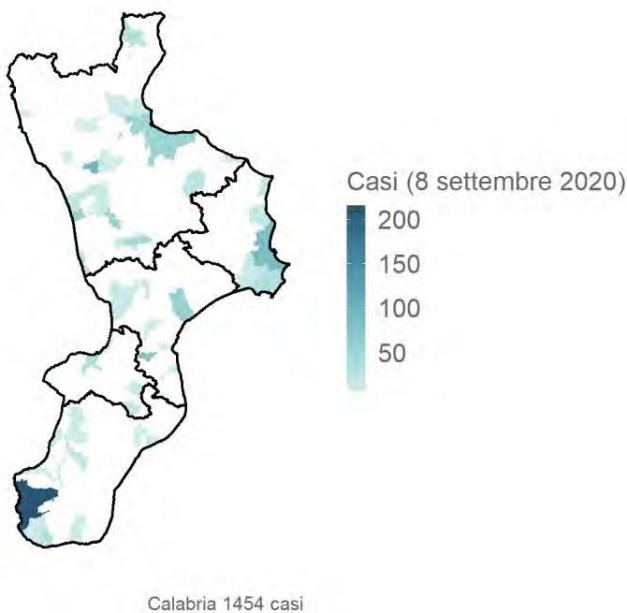
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

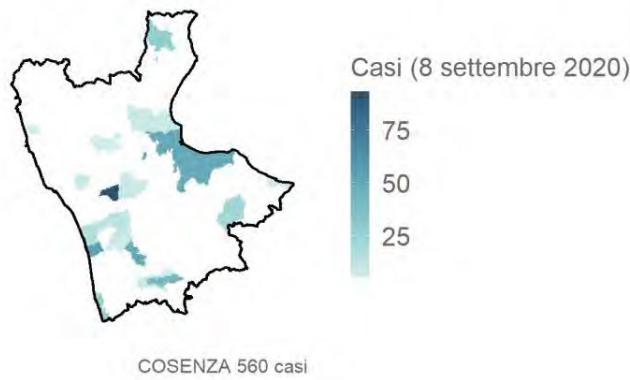
Mappa - province (domicilio/residenza)

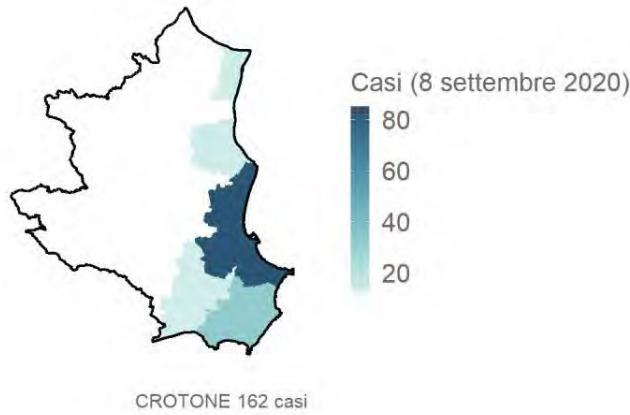


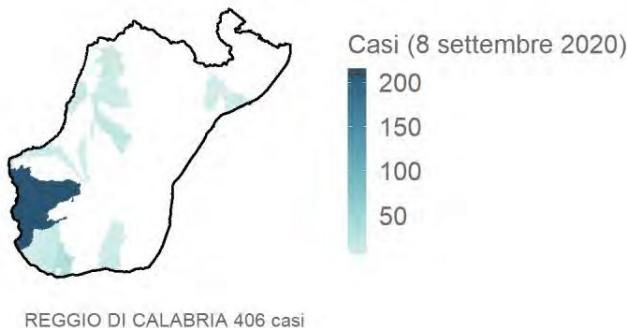
Calabria 1454 casi

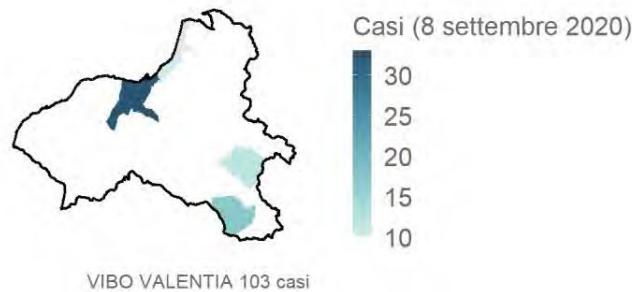
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









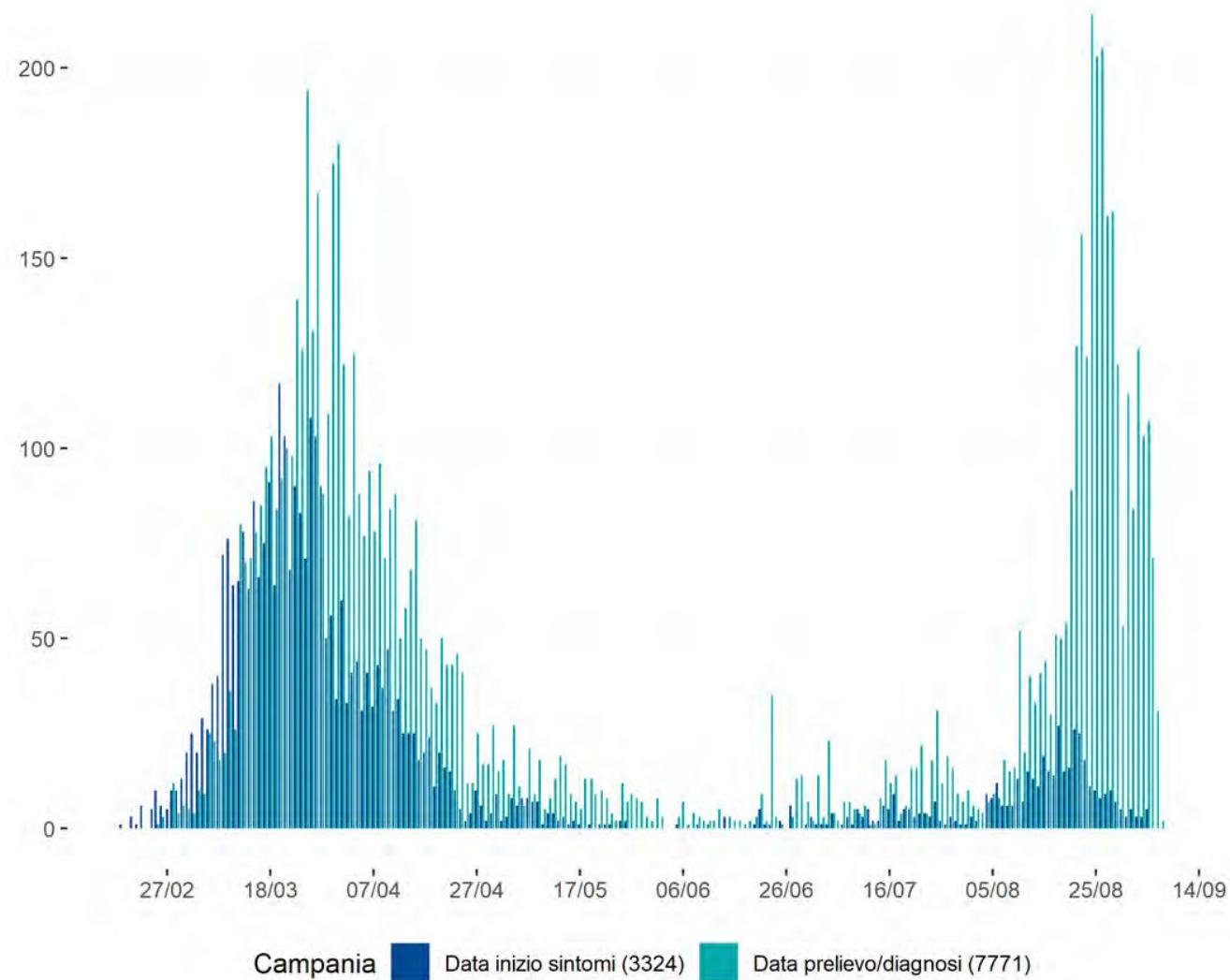


Campania

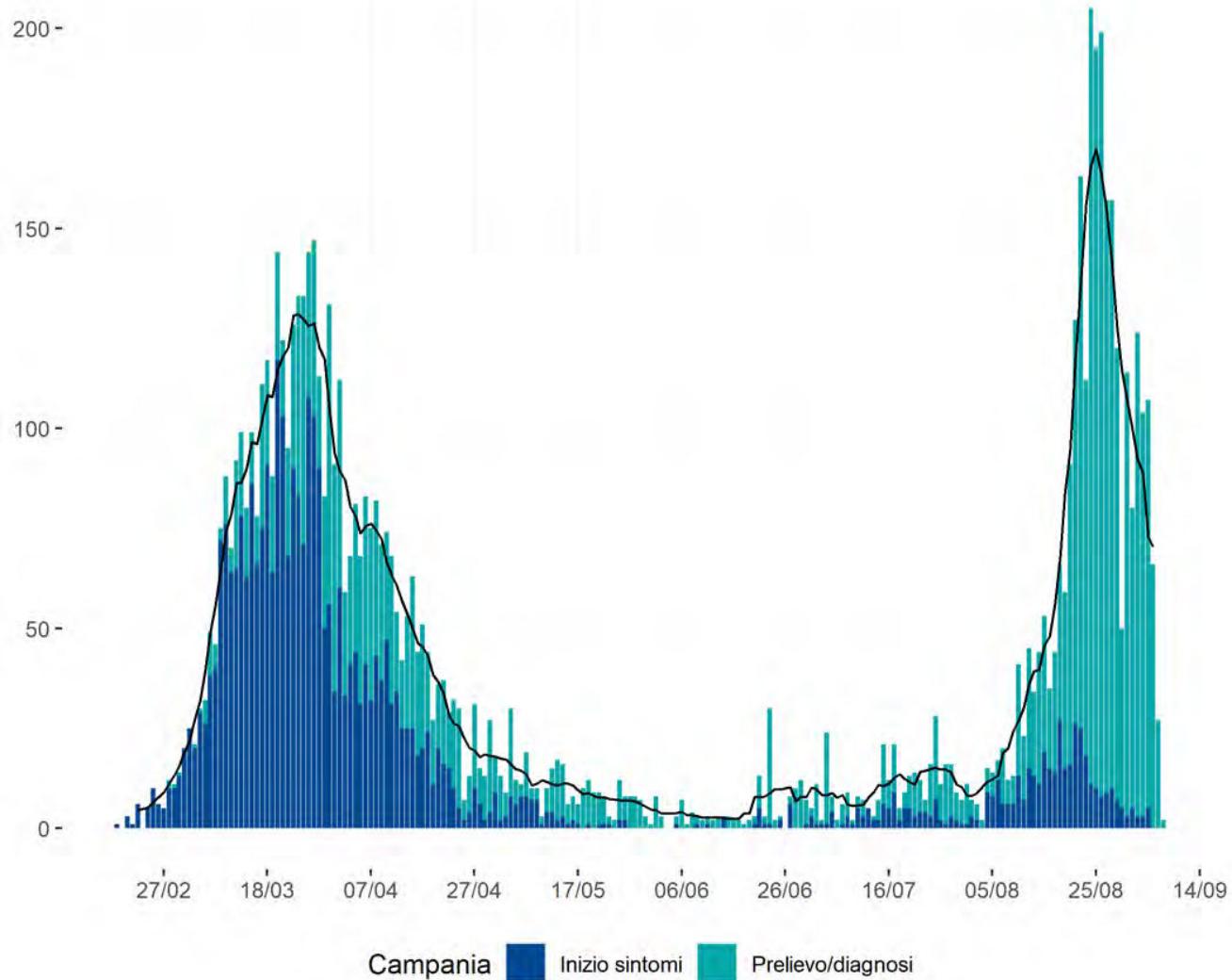
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 7840 | Incidenza cumulativa: 135.5 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 636 | Incidenza: 10.99 per 100000
- Rt: 0.61 (CI: 0.27-1.25) [medio 14gg]

Curva epidemica



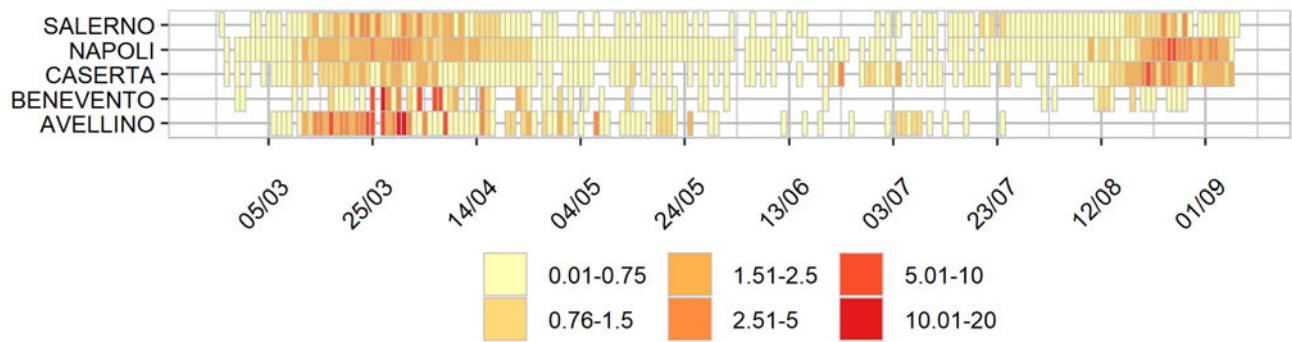
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

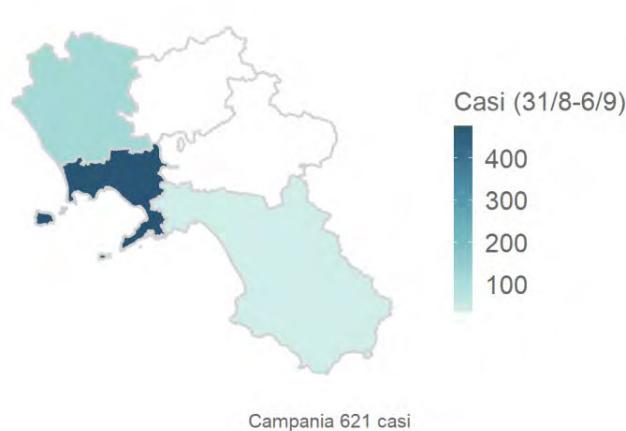


Heatmap - incidenza per 100000

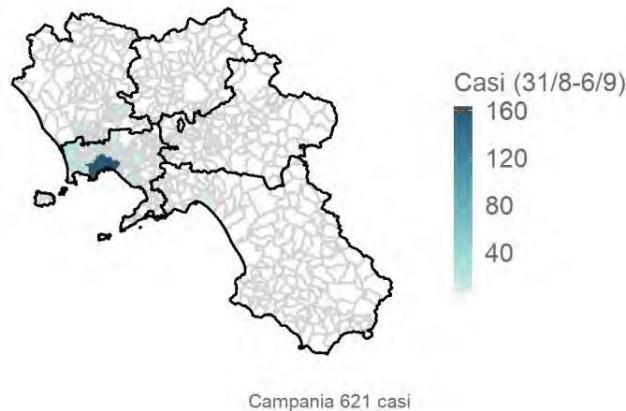


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

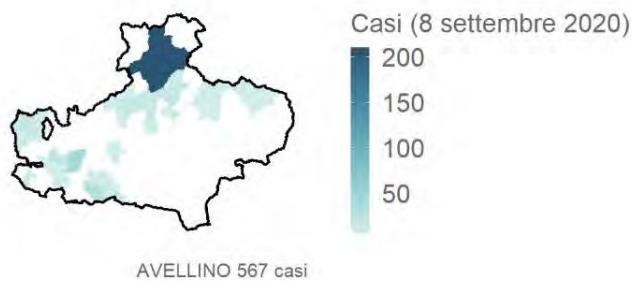
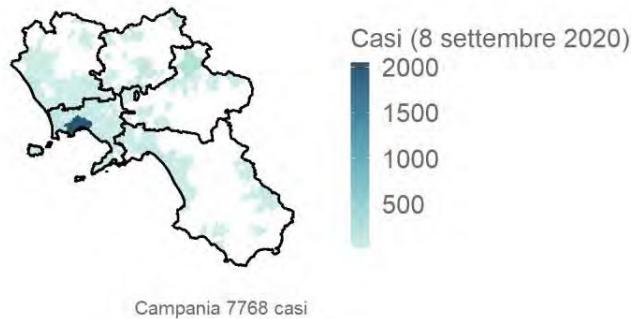


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

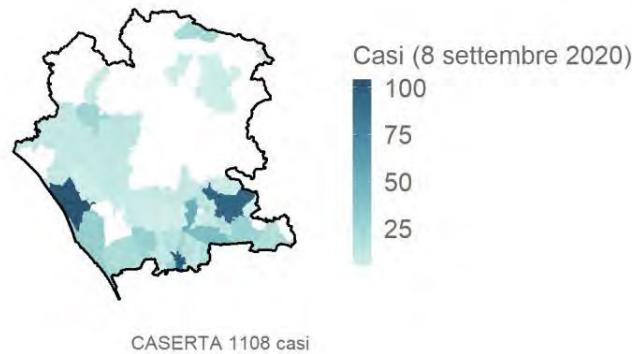
Mappa - province (domicilio/residenza)

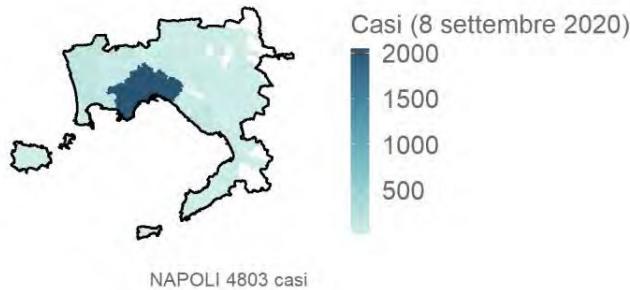


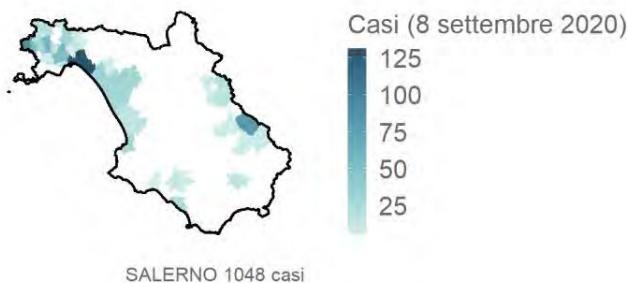
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









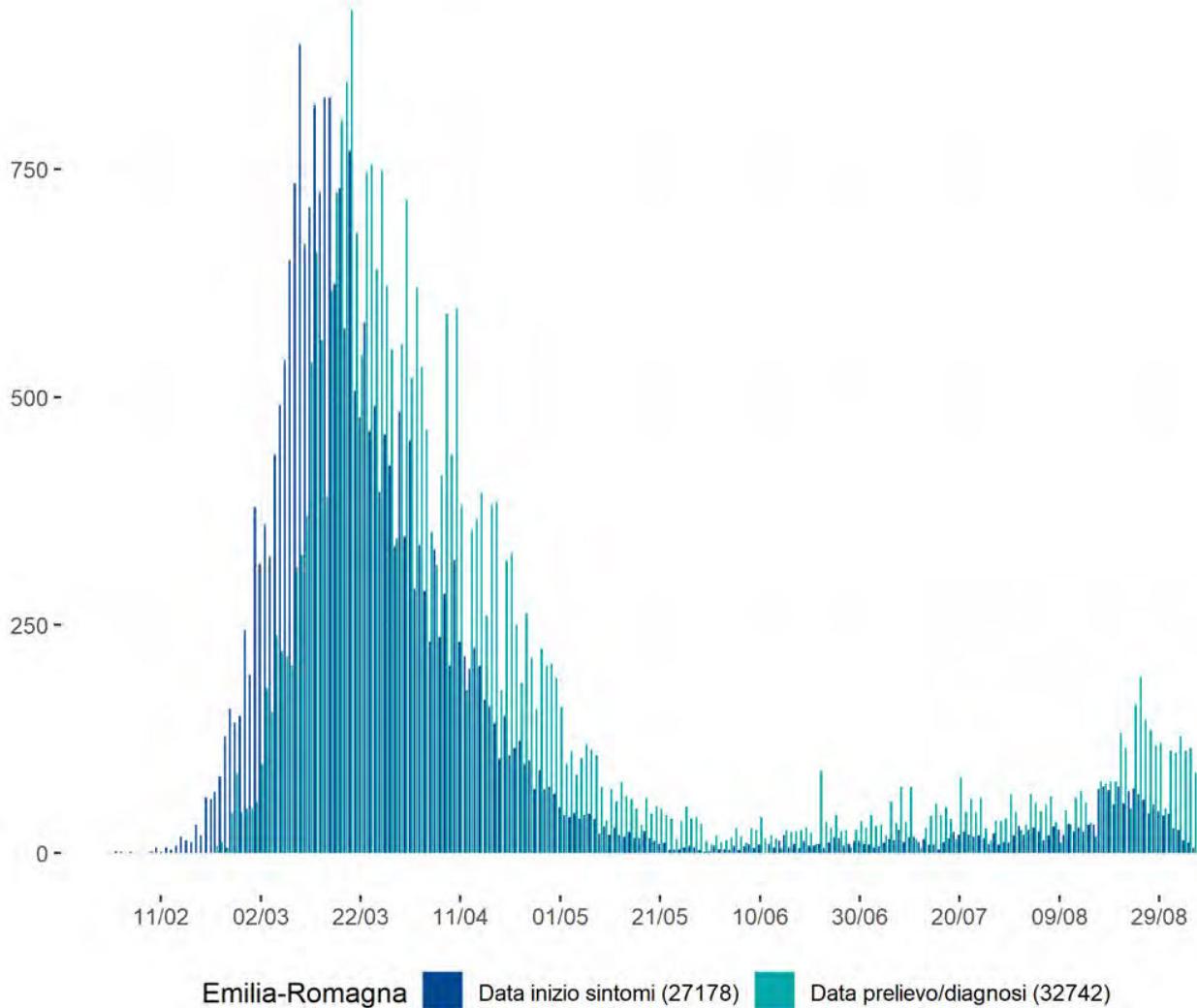


Emilia-Romagna

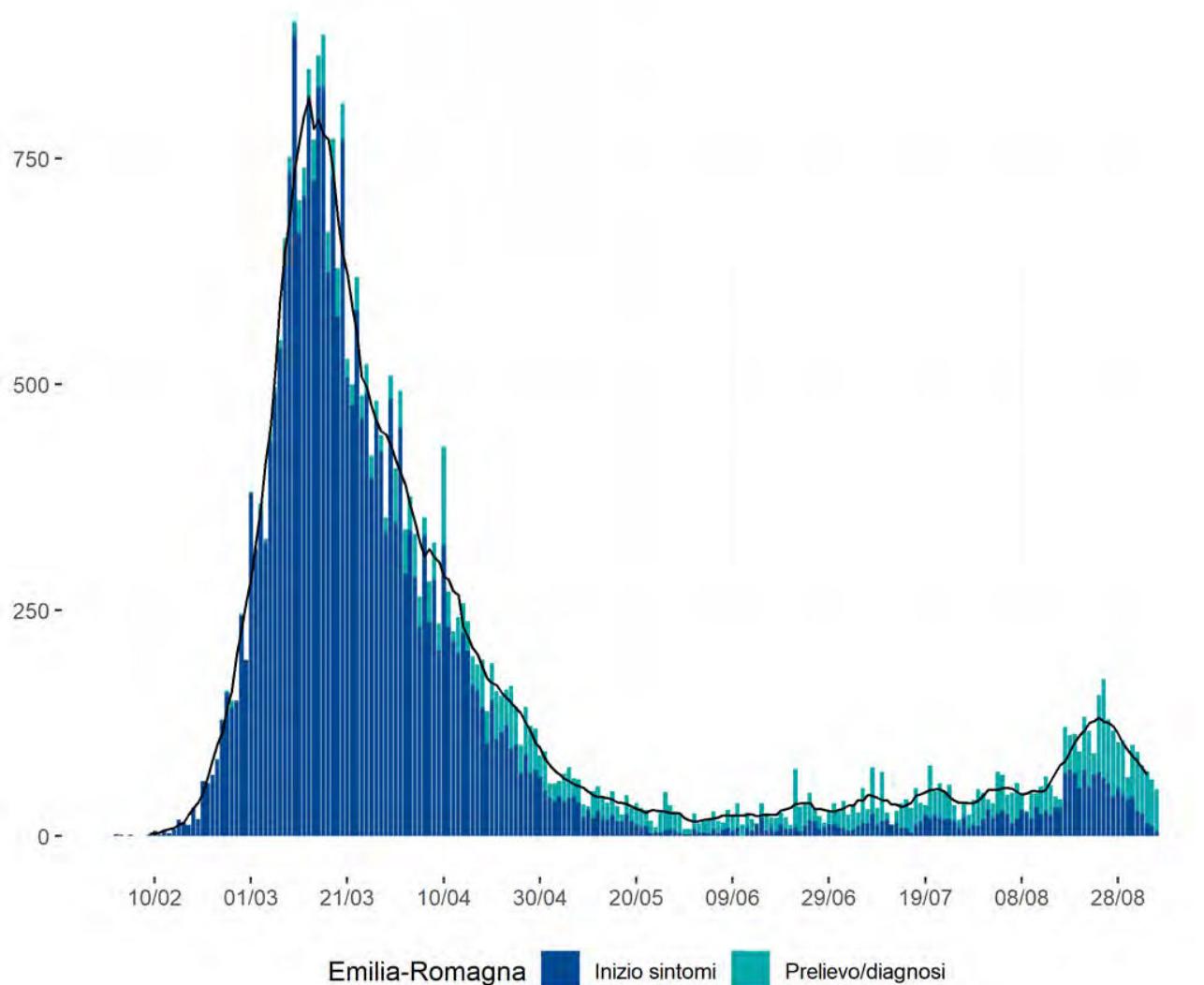
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 32760 | Incidenza cumulativa: 733.36 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 665 | Incidenza: 14.89 per 100000
- Rt: 0.88 (CI: 0.48-1.36) [medio 14gg]

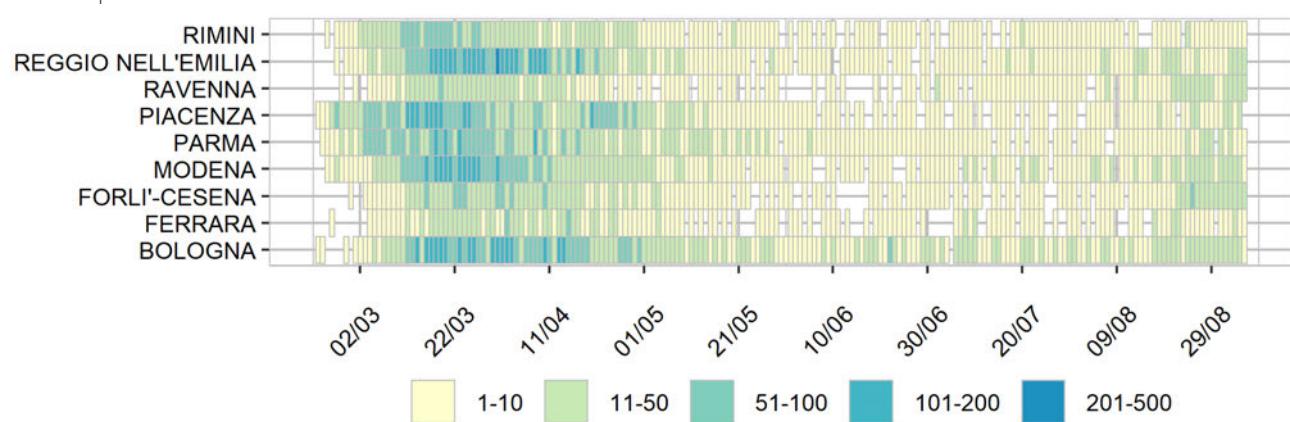
Curva epidemica



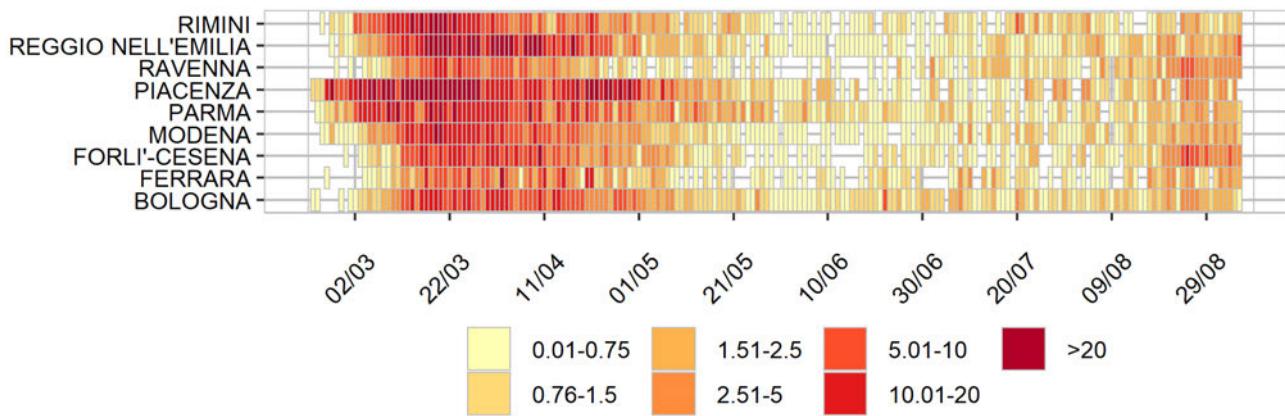
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

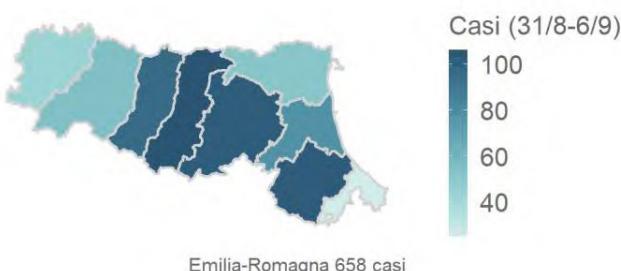


Heatmap - incidenza per 100000

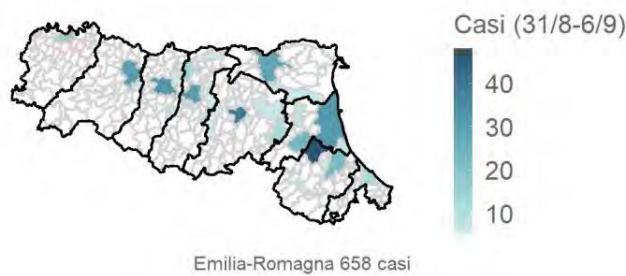


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

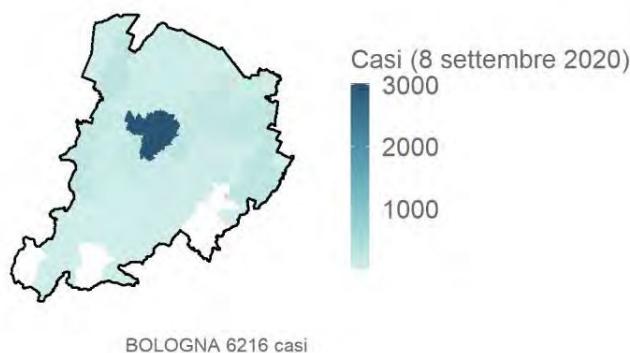
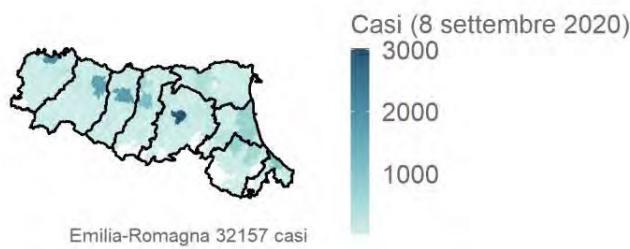


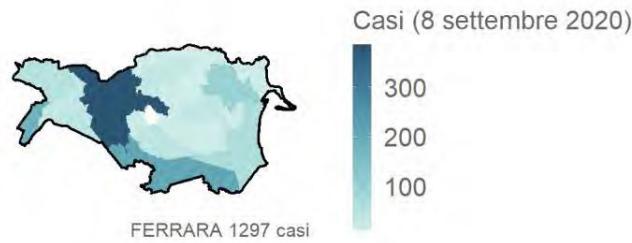
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

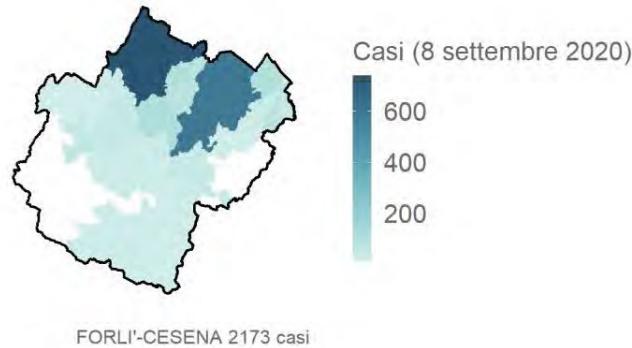
Mappa - province (domicilio/residenza)

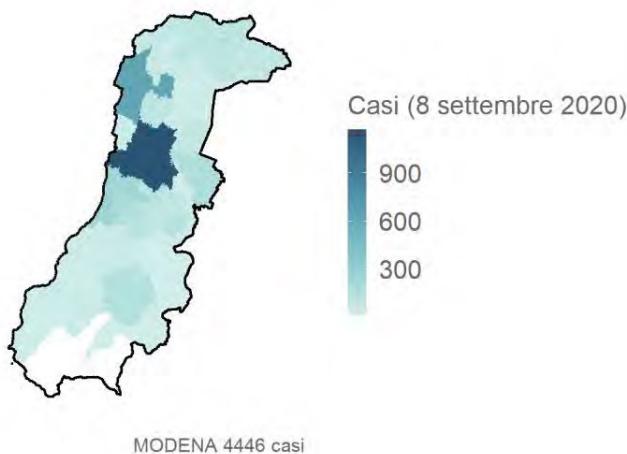


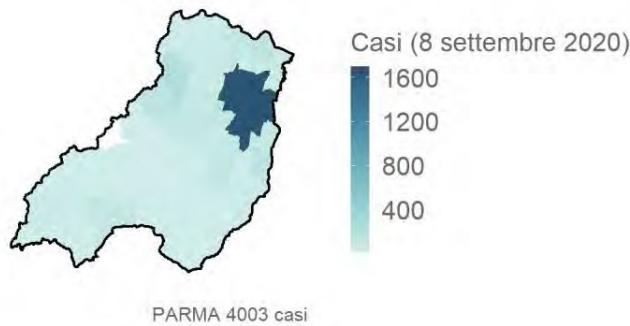
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

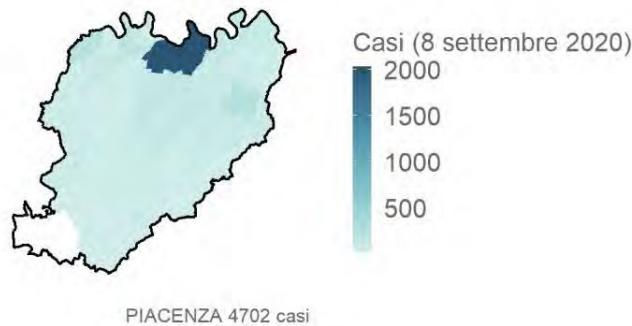


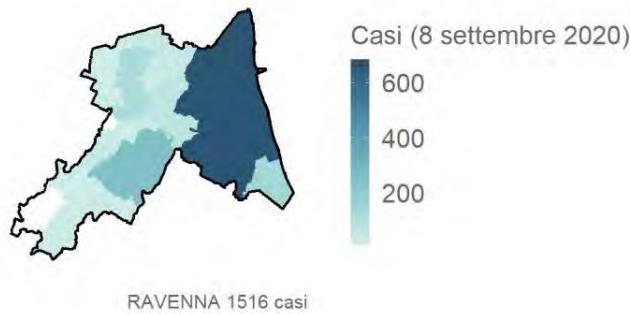


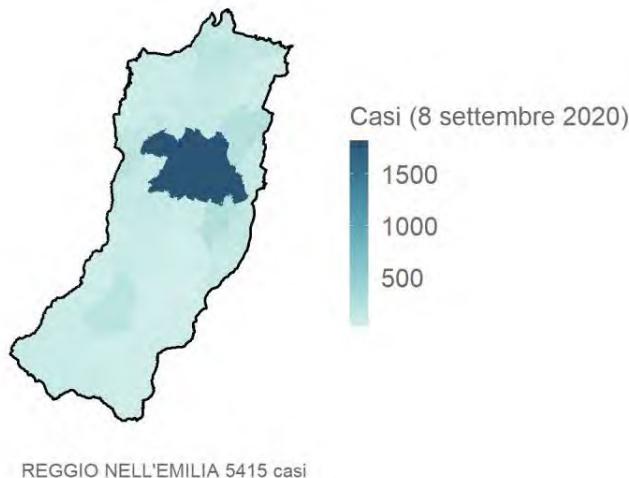


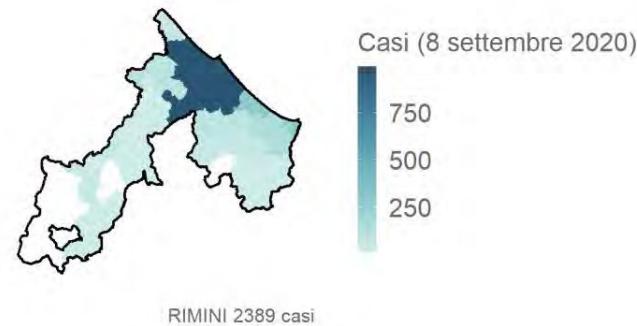










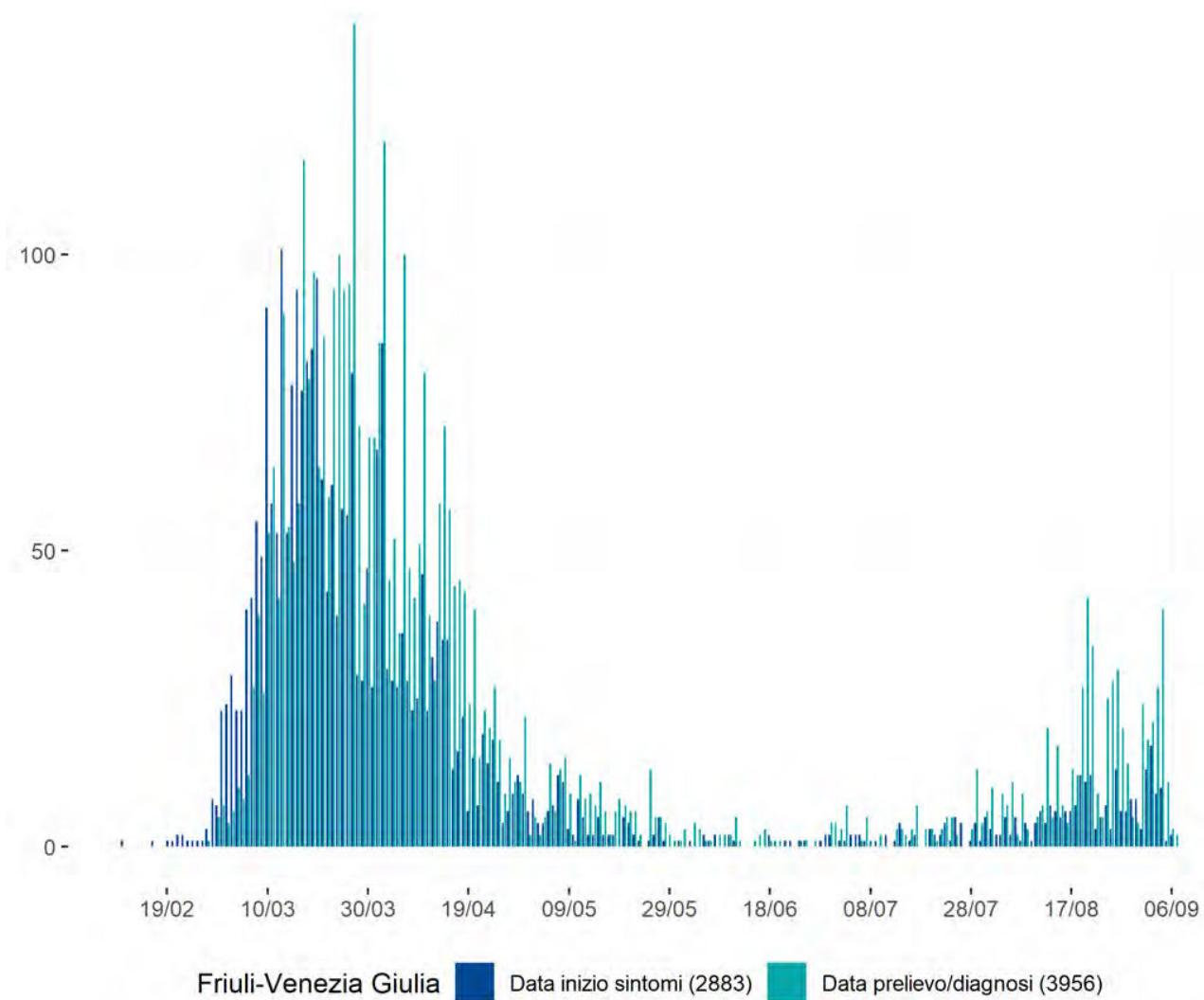


Friuli-Venezia Giulia

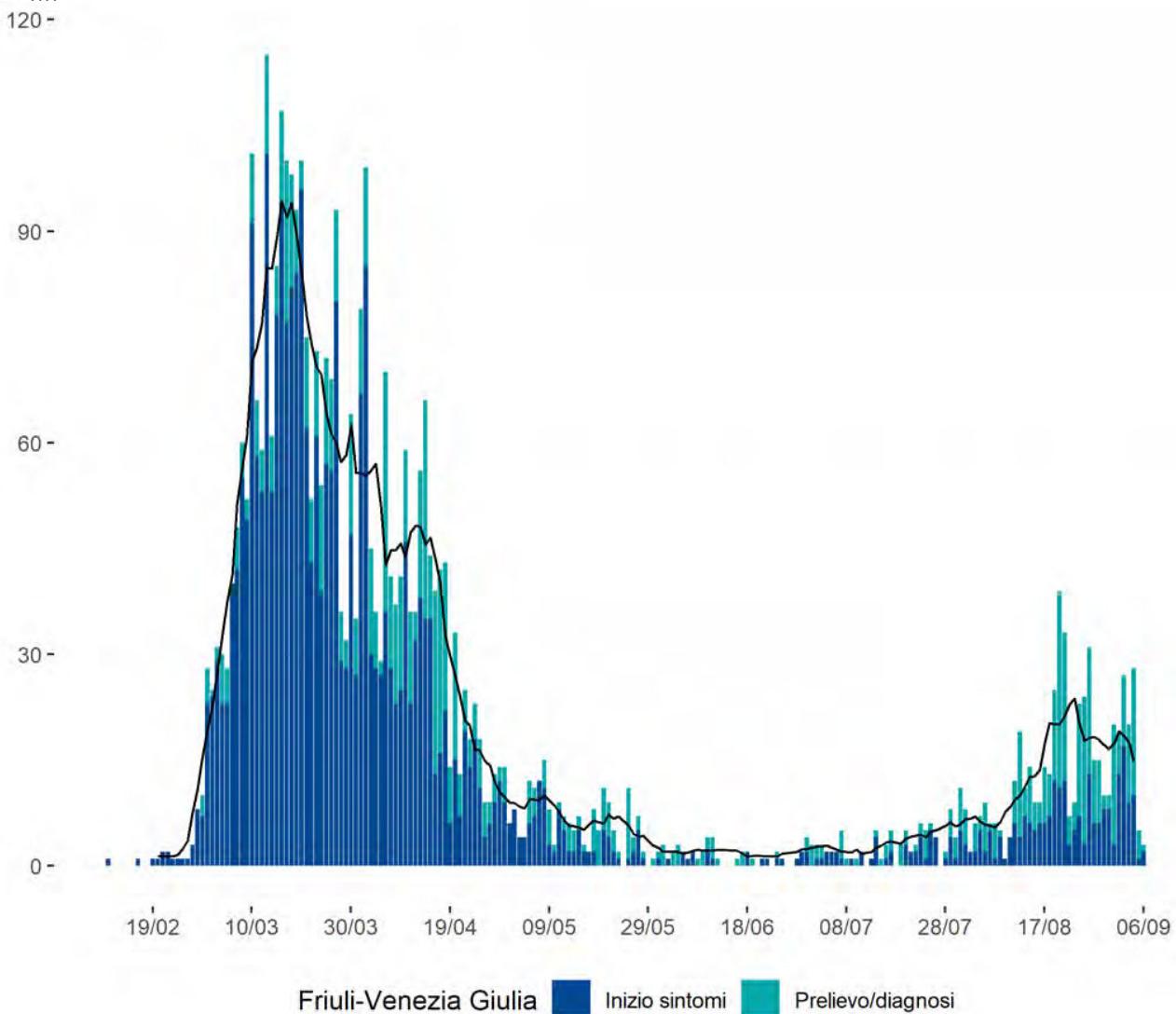
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 3968 | Incidenza cumulativa: 327.57 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 144 | Incidenza: 11.89 per 100000
- Rt: 1.02 (CI: 0.56-1.71) [medio 14gg]

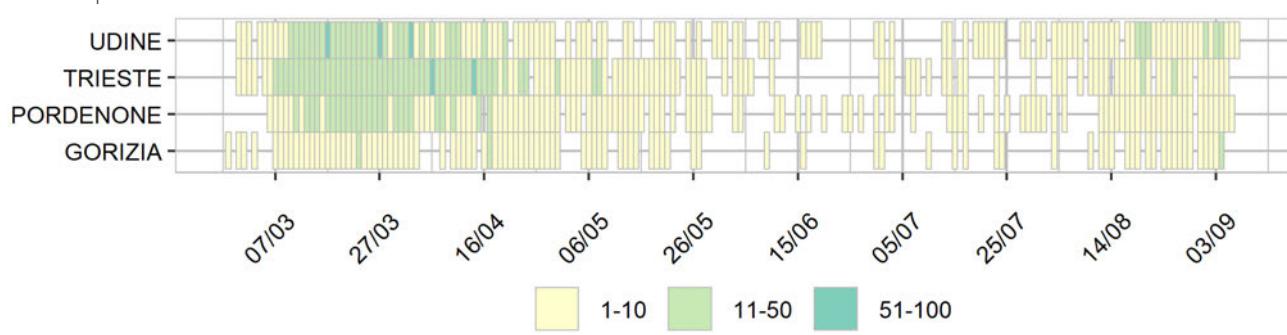
Curva epidemica



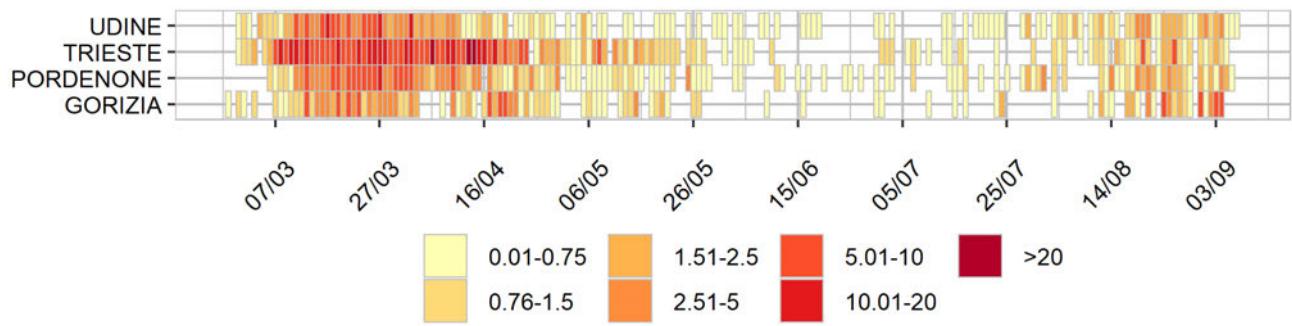
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

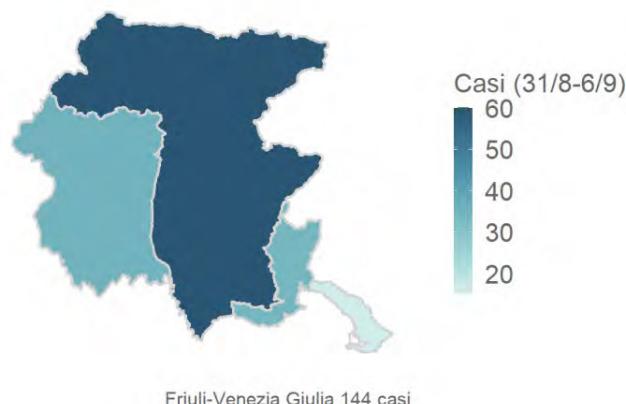


Heatmap - incidenza per 100000

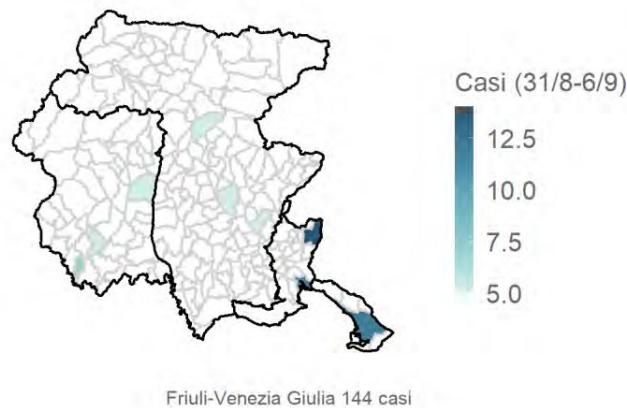


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

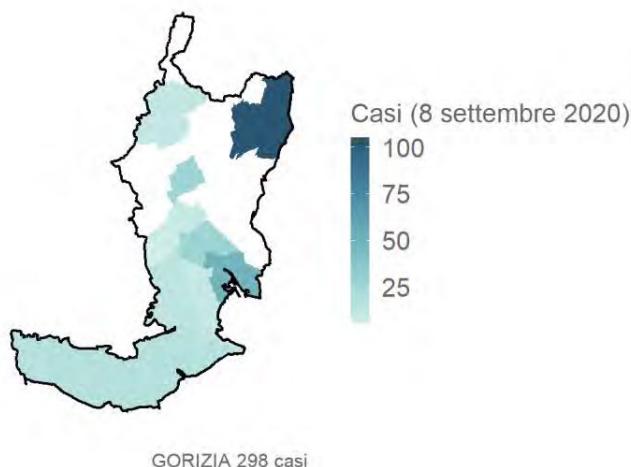
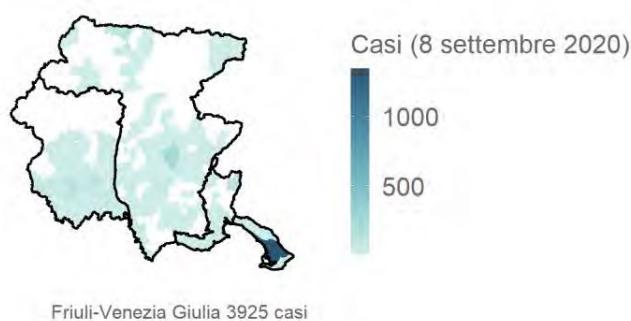


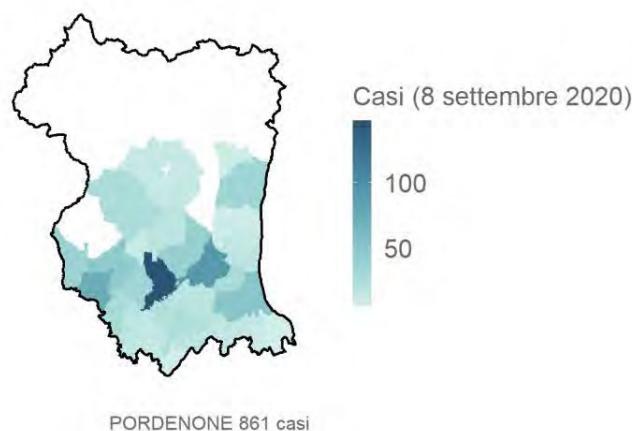
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

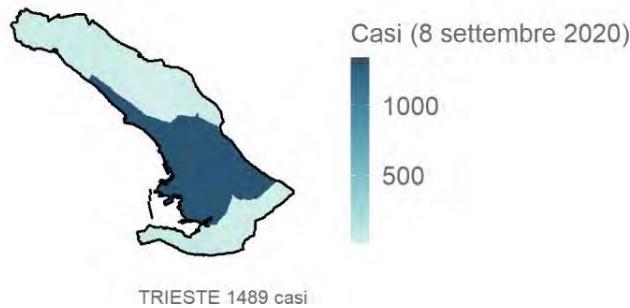
Mappa - province (domicilio/residenza)

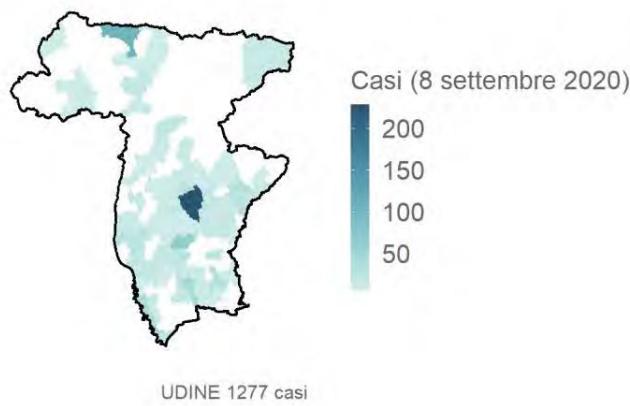


Mappa - comuni (domicilio/residenza)







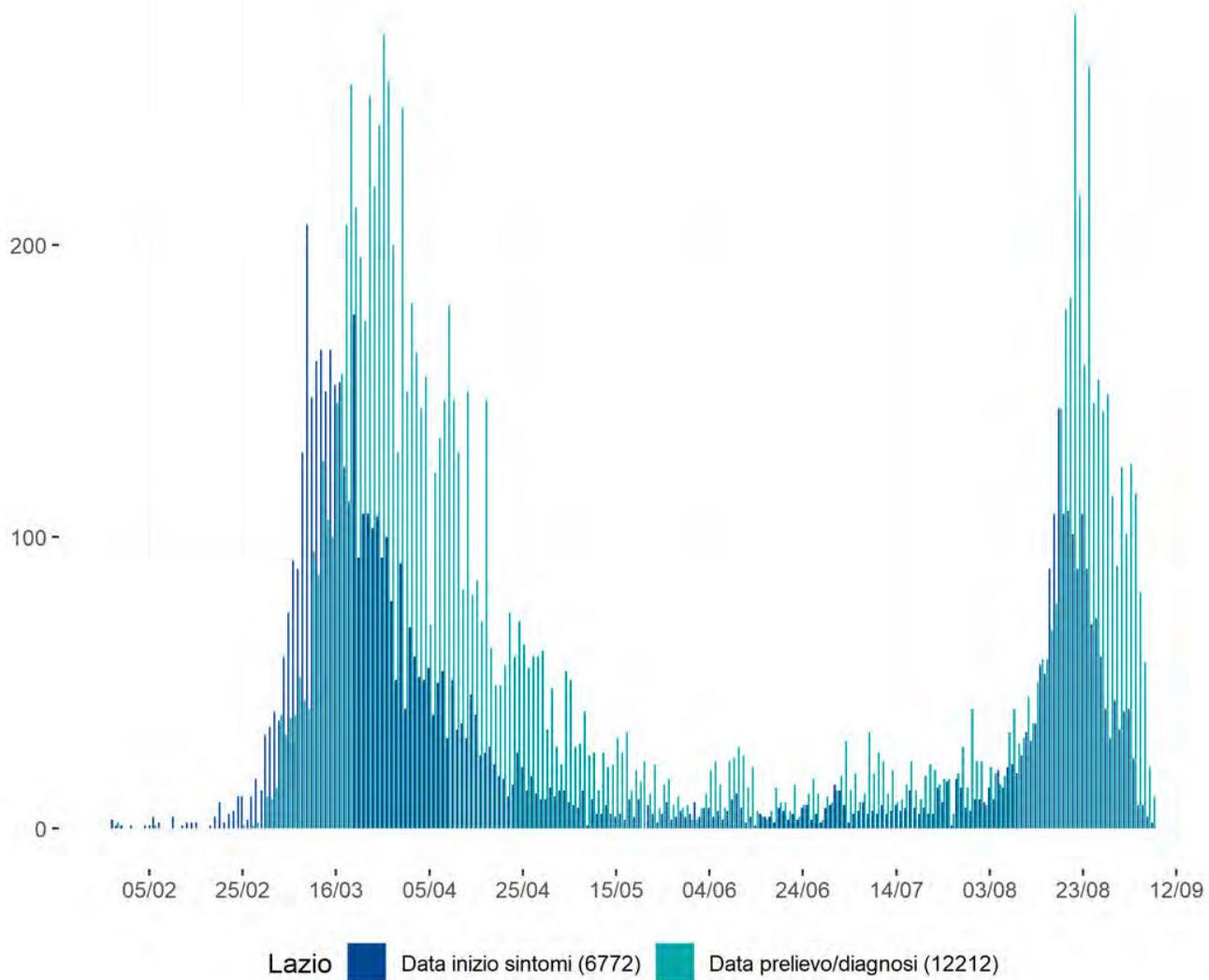


Lazio

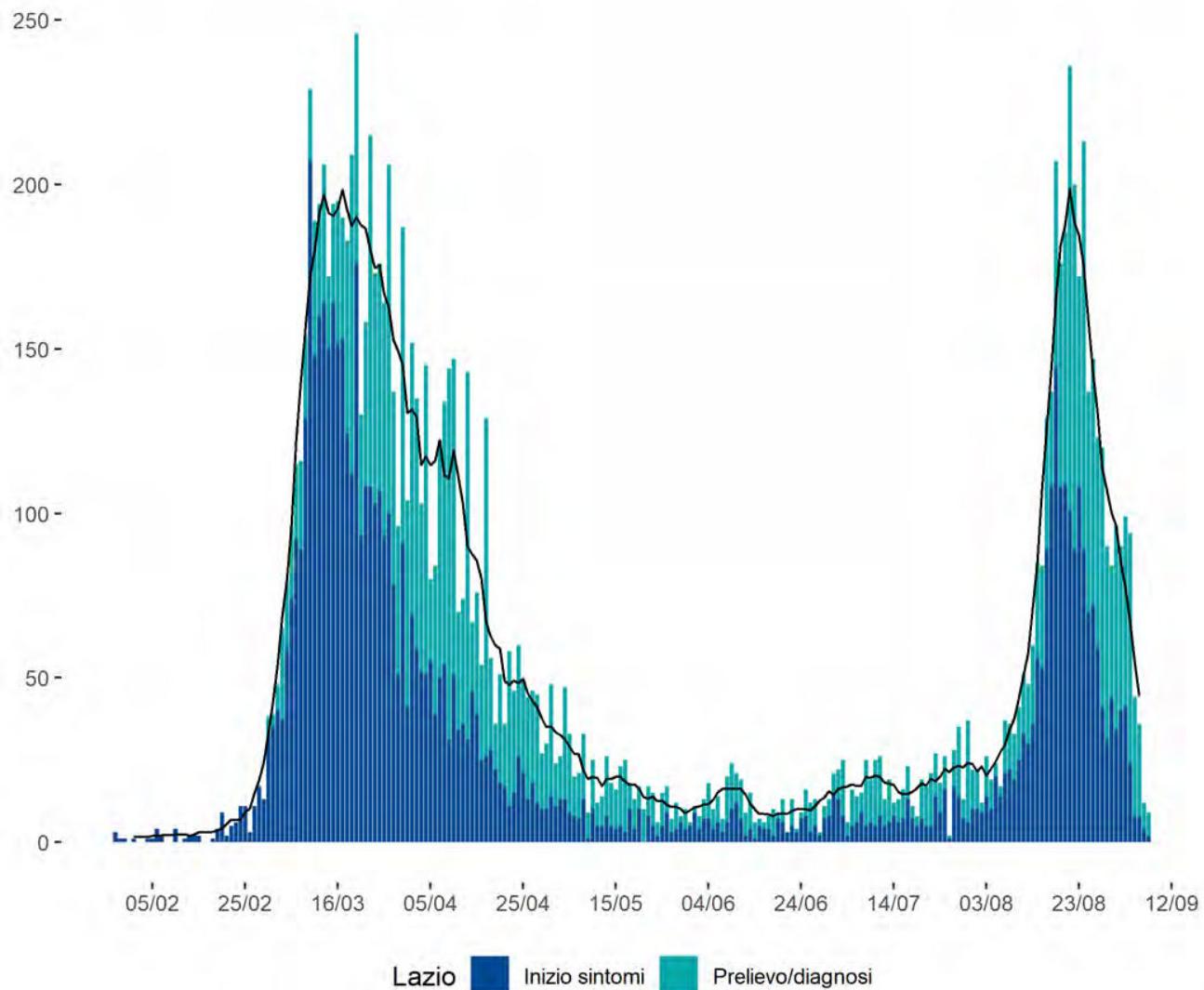
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 12243 | Incidenza cumulativa: 208.73 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 624 | Incidenza: 10.64 per 100000
- Rt: 0.52 (CI: 0.34-0.9) [medio 14gg]

Curva epidemica



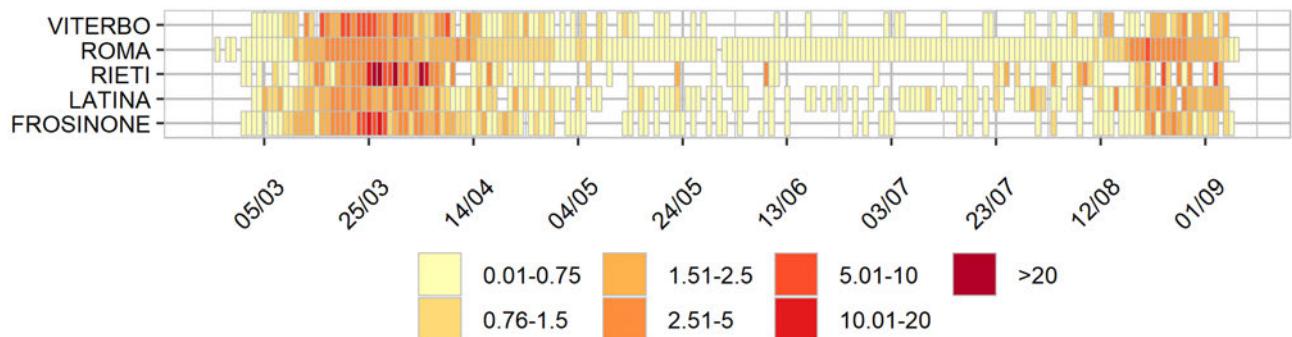
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

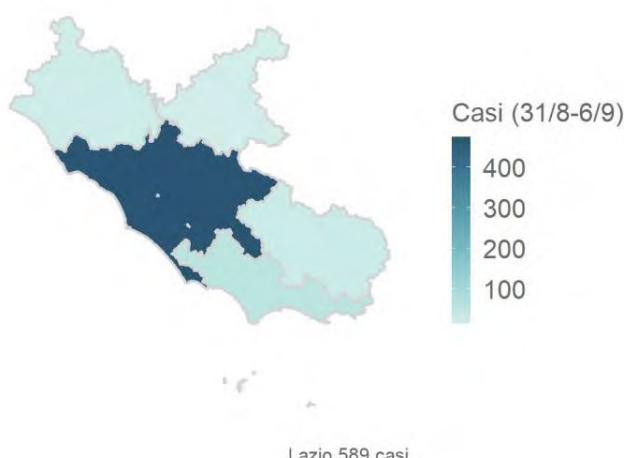


Heatmap - incidenza per 100000

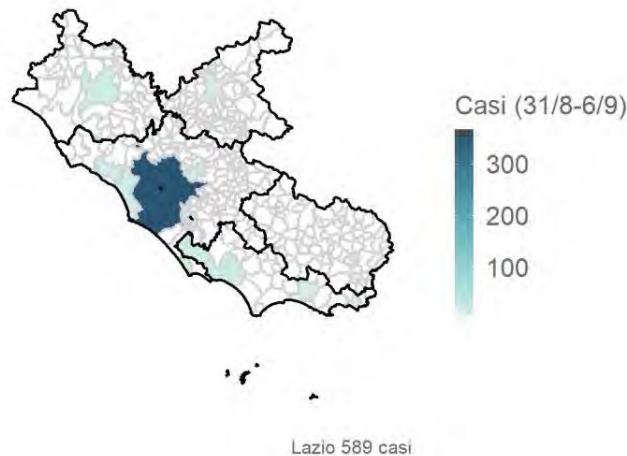


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

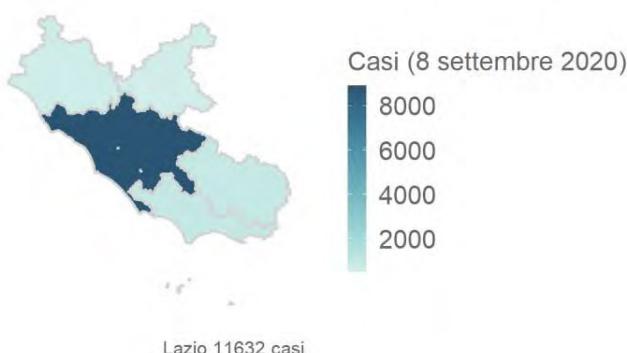


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

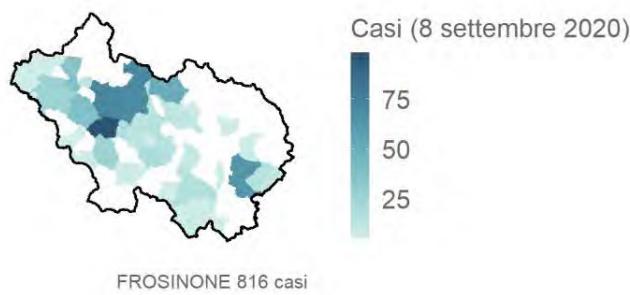
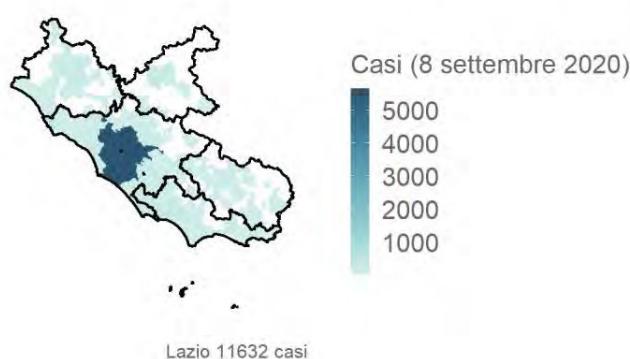


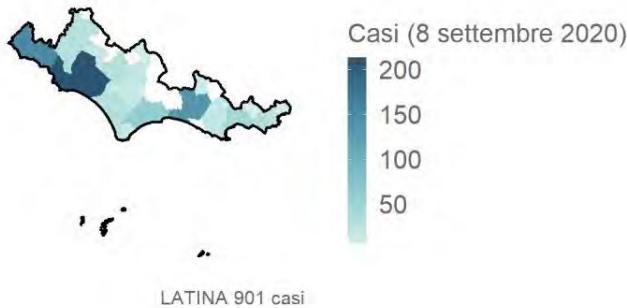
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

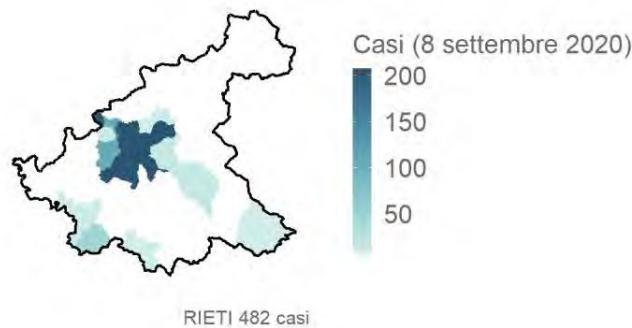
Mappa - province (domicilio/residenza)

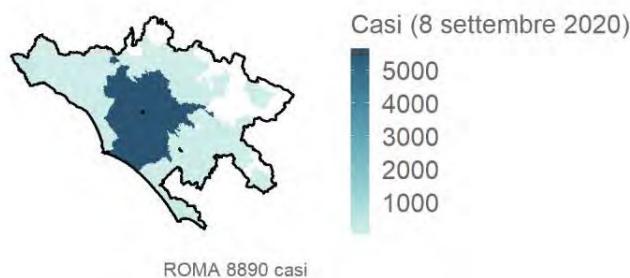


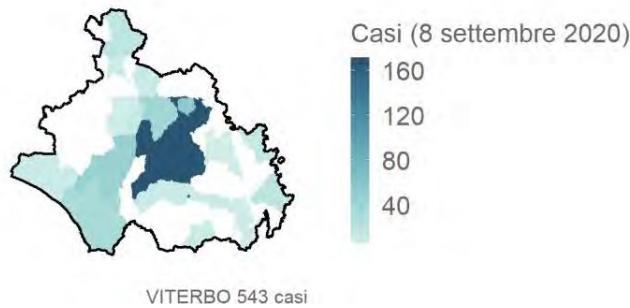
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









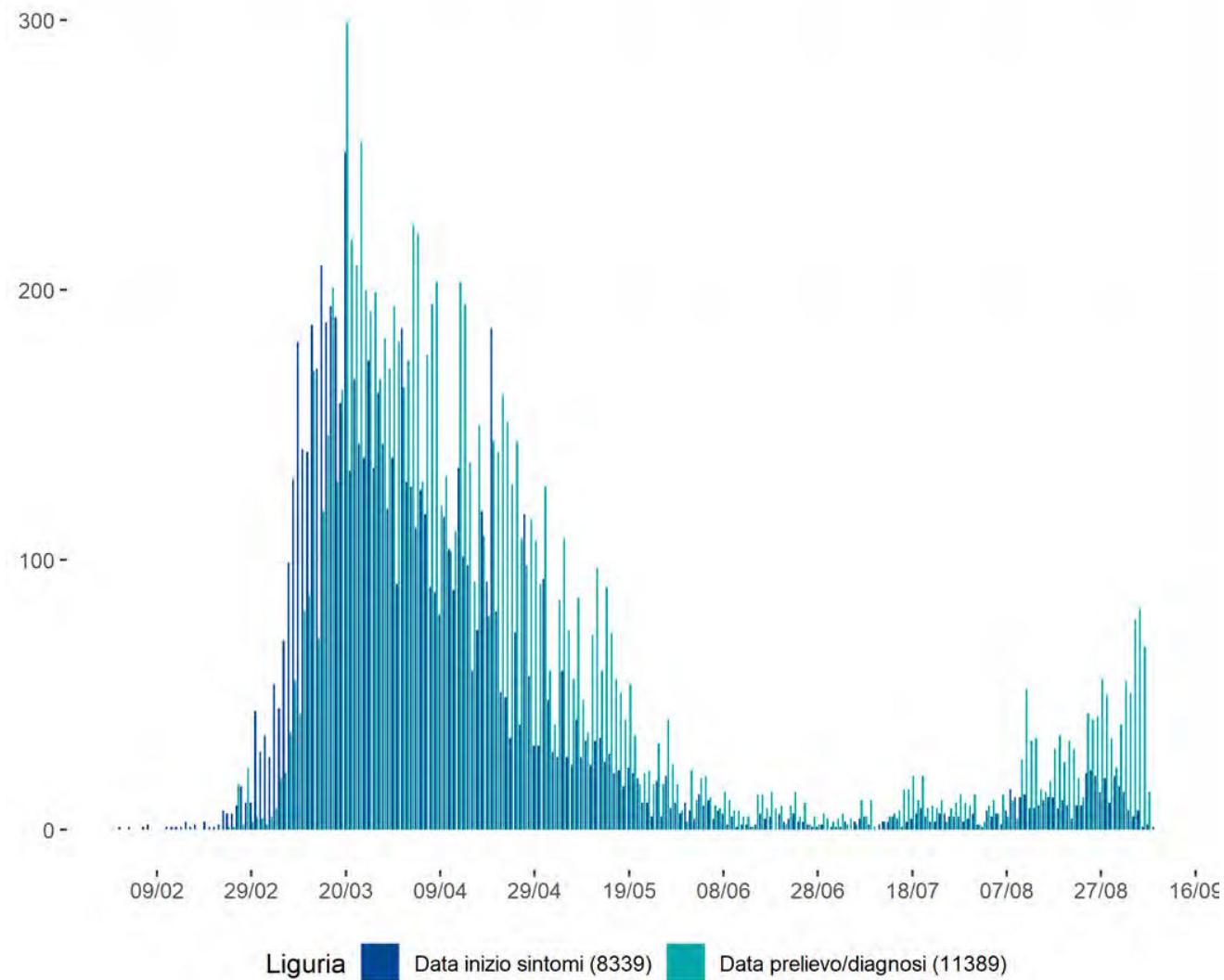


Liguria

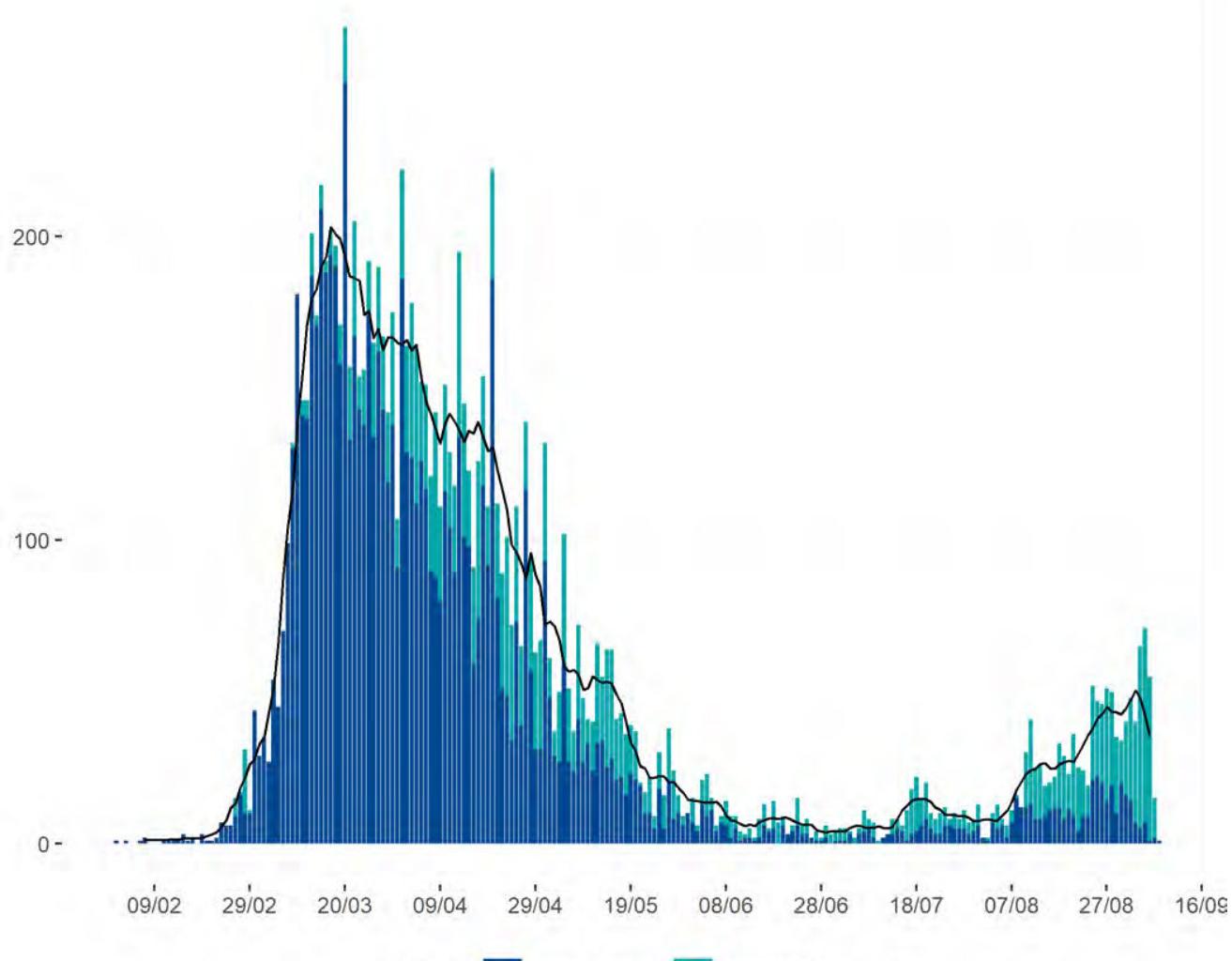
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 11390 | Incidenza cumulativa: 738.11 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 387 | Incidenza: 25.08 per 100000
- Rt: 1.13 (CI: 0.56-1.78) [medio 14gg]

Curva epidemica



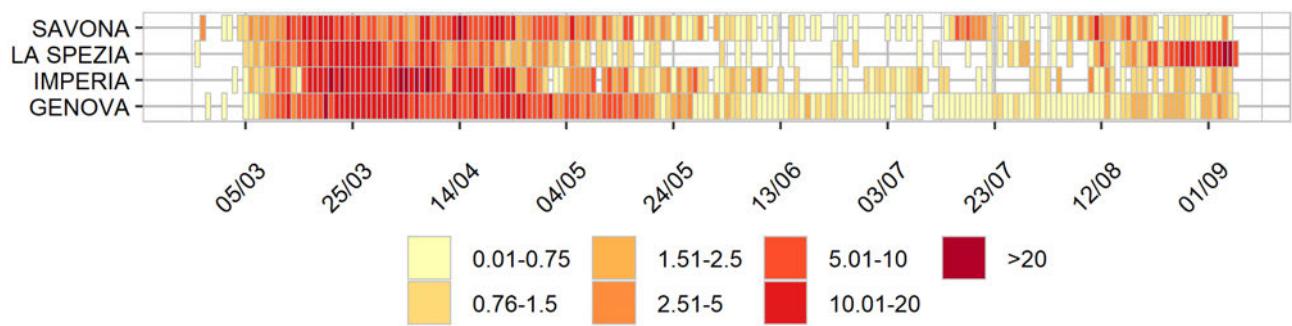
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi



Heatmap - incidenza per 100000



Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

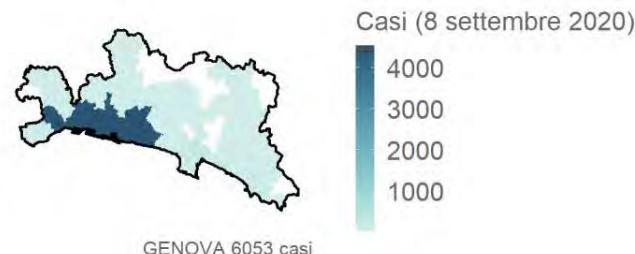
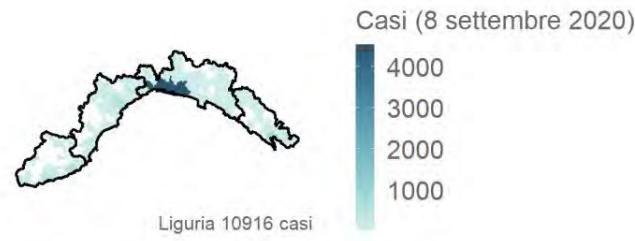


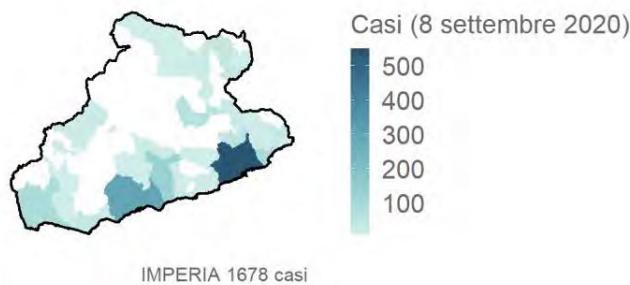
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

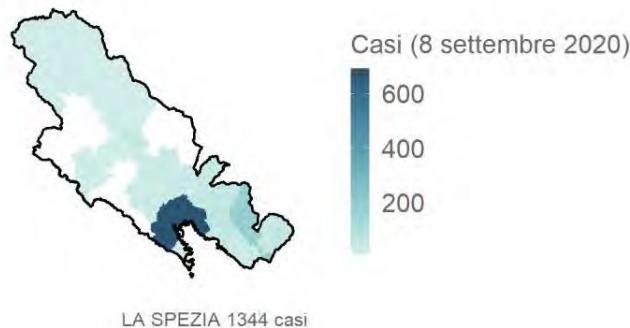
Mappa - province (domicilio/residenza)

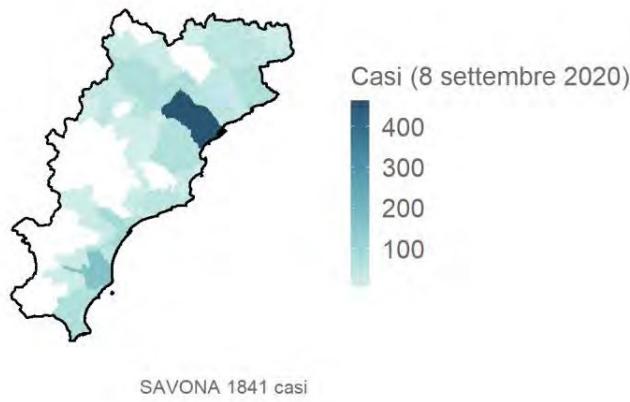


Mappa - comuni (domicilio/residenza)







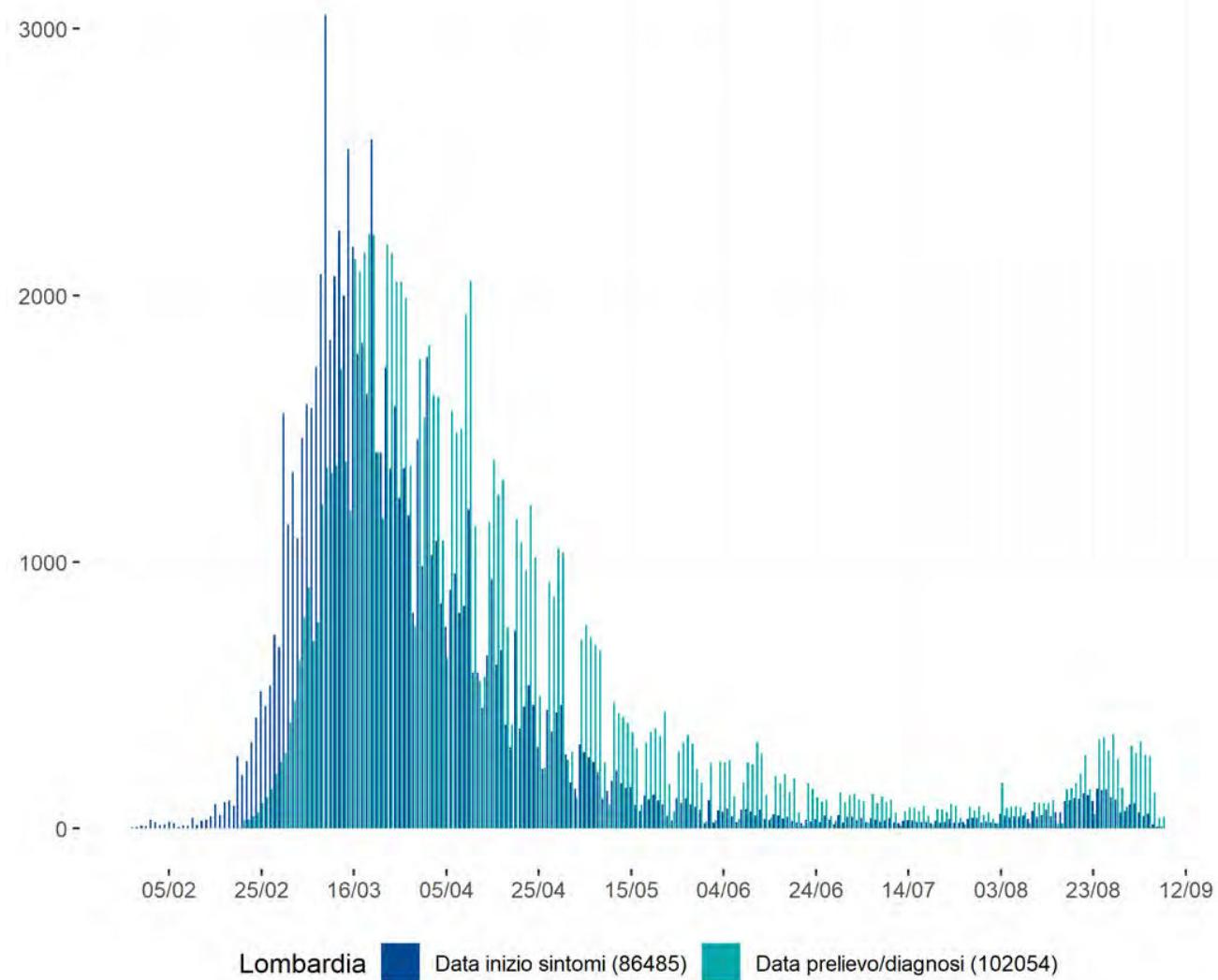


Lombardia

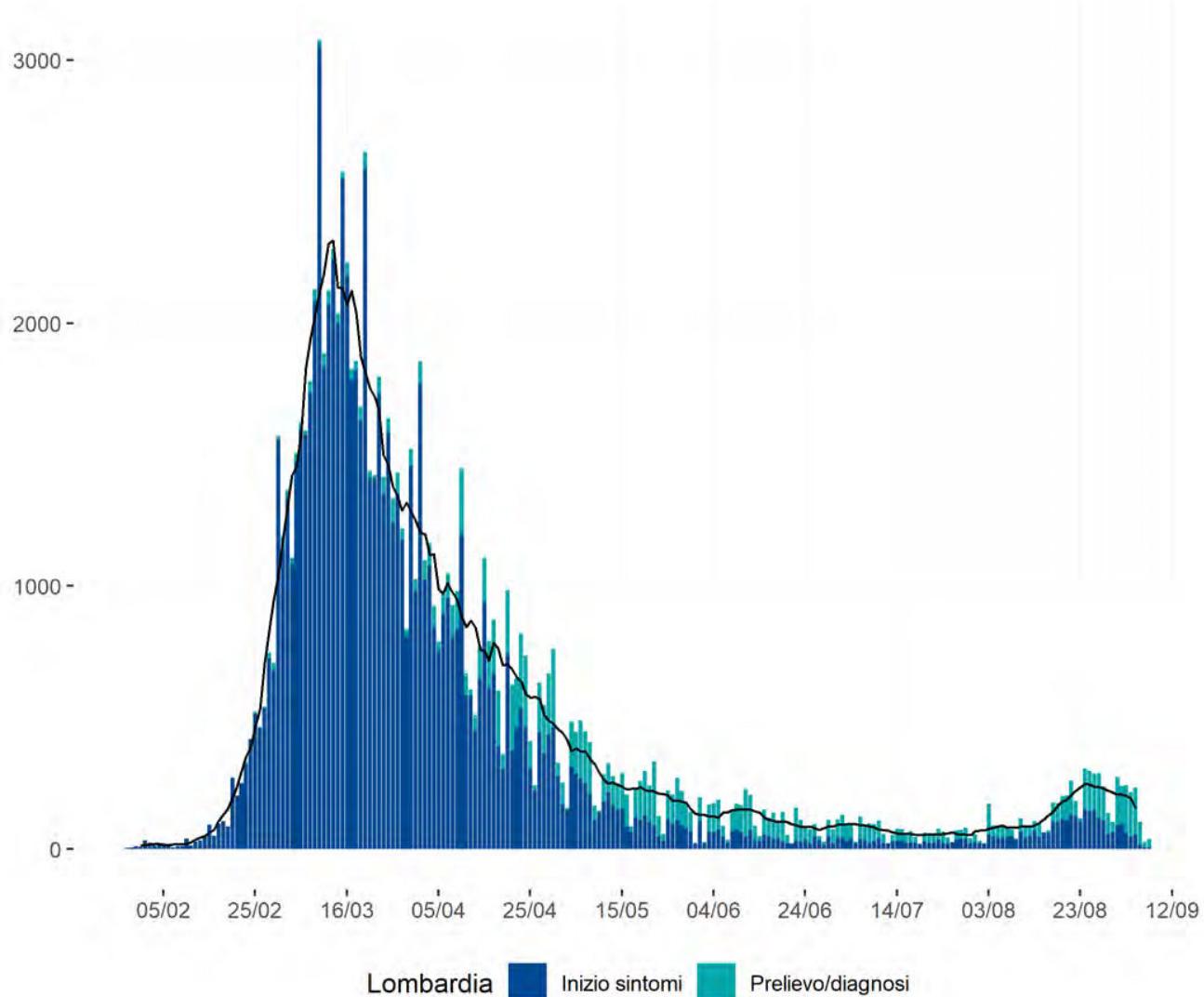
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 102066 | Incidenza cumulativa: 1010.16 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 1640 | Incidenza: 16.23 per 100000
- Rt: 0.87 (CI: 0.59-1.06) [medio 14gg]

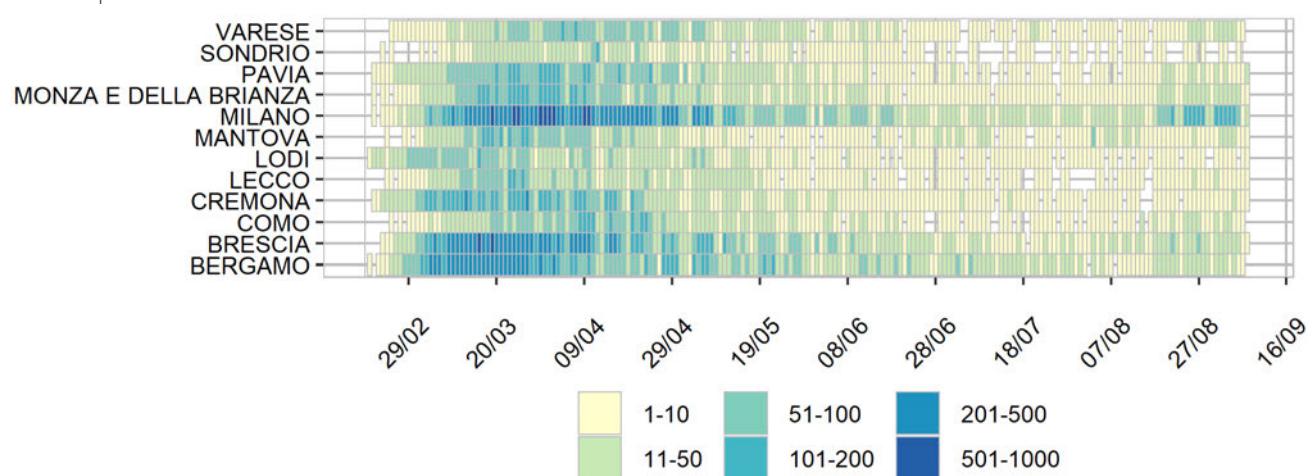
Curva epidemica



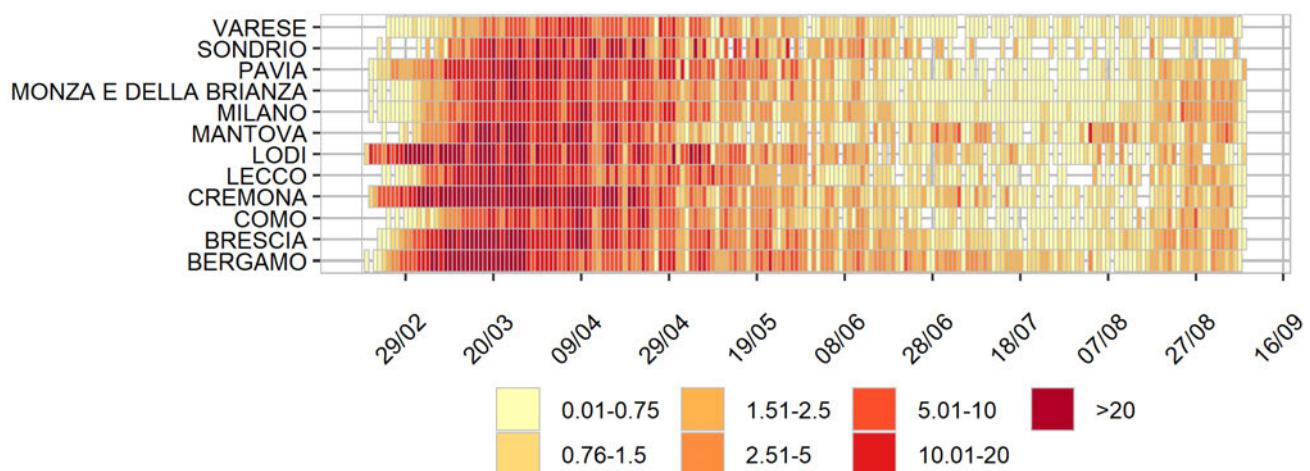
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

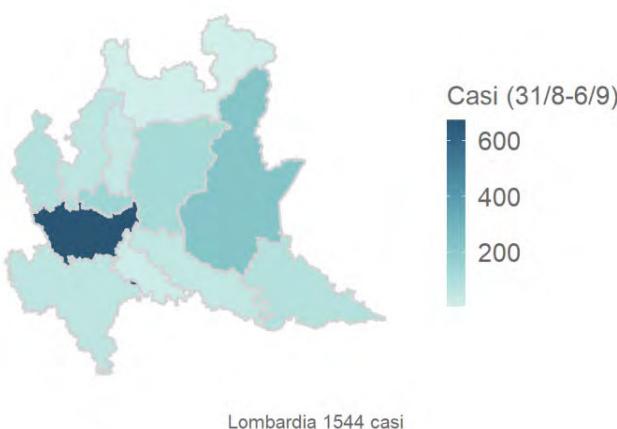


Heatmap - incidenza per 100000



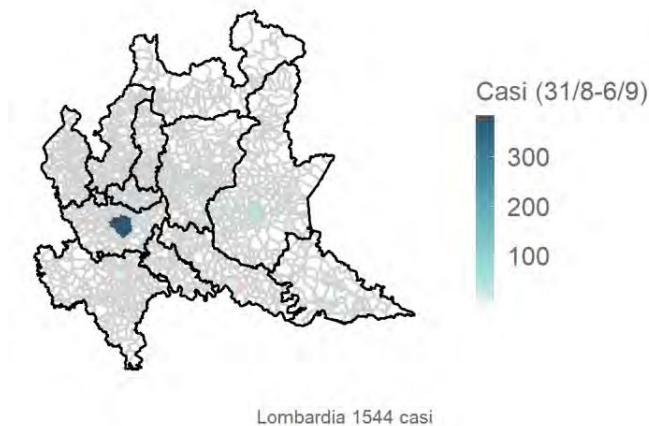
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



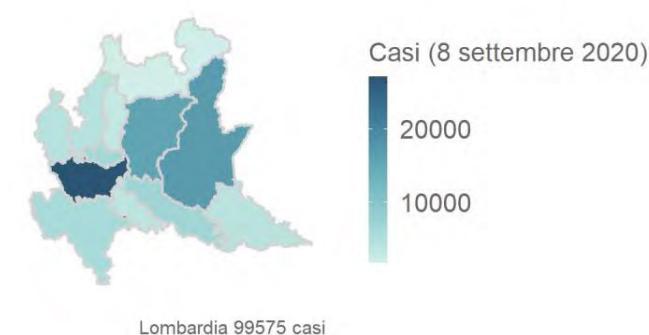
Lombardia 1544 casi

Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

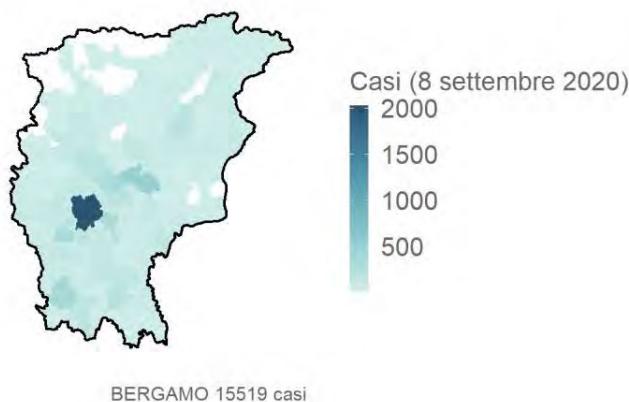
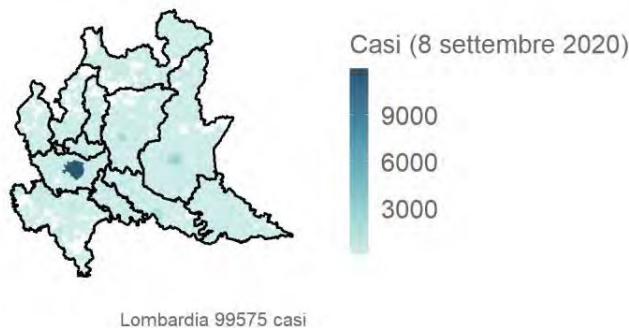


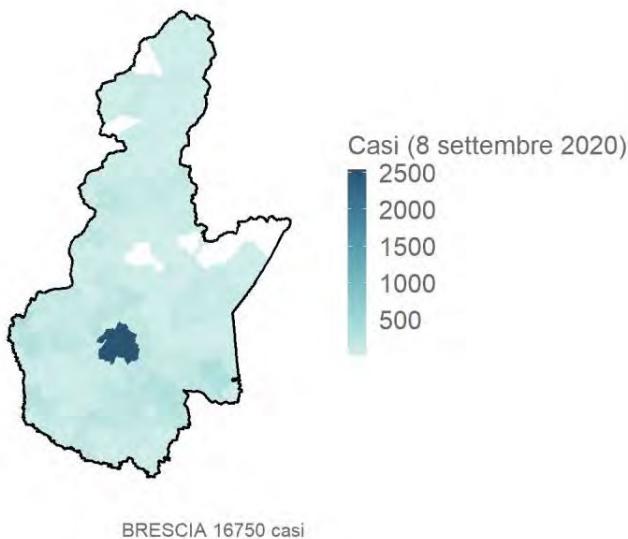
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

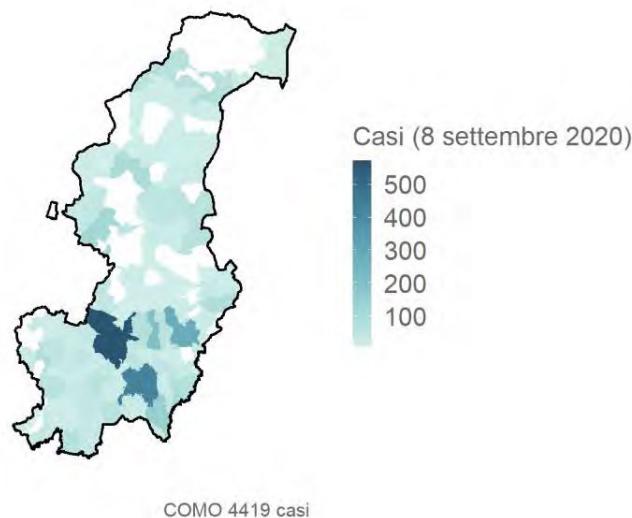
Mappa - province (domicilio/residenza)

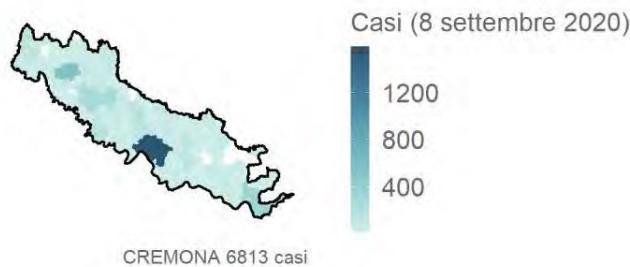


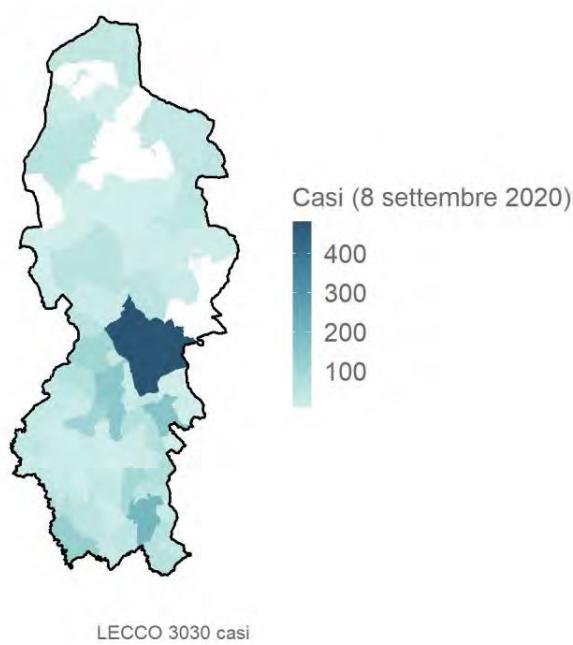
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

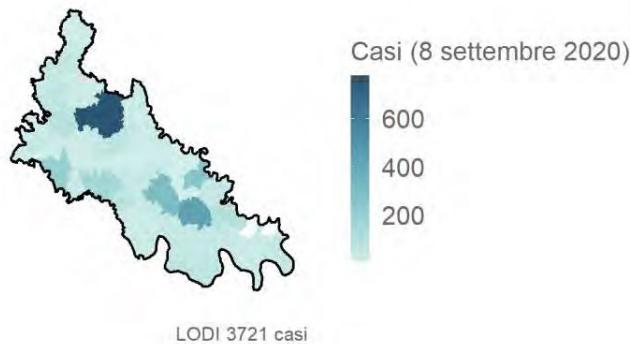


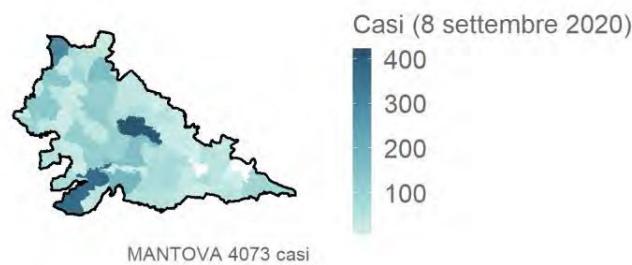


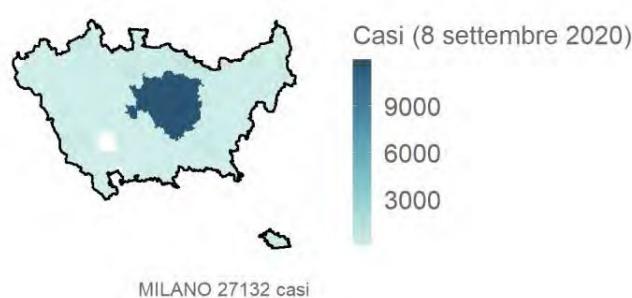


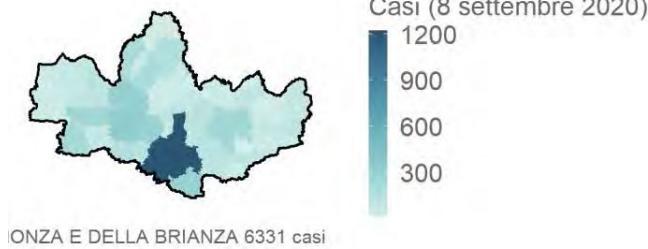


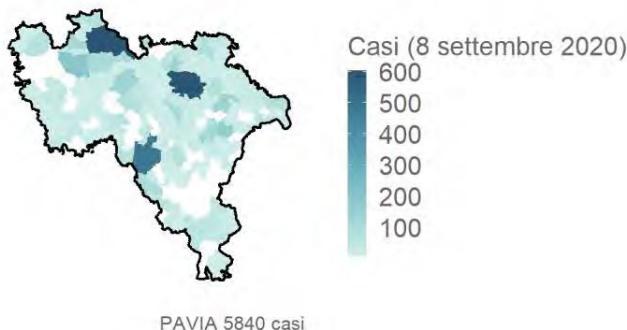


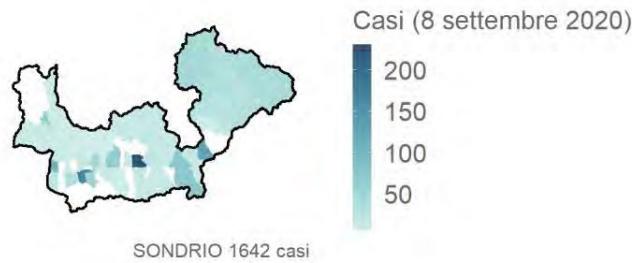


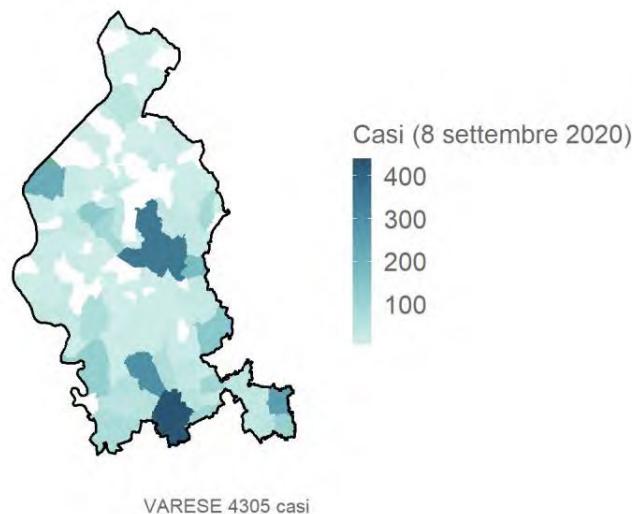










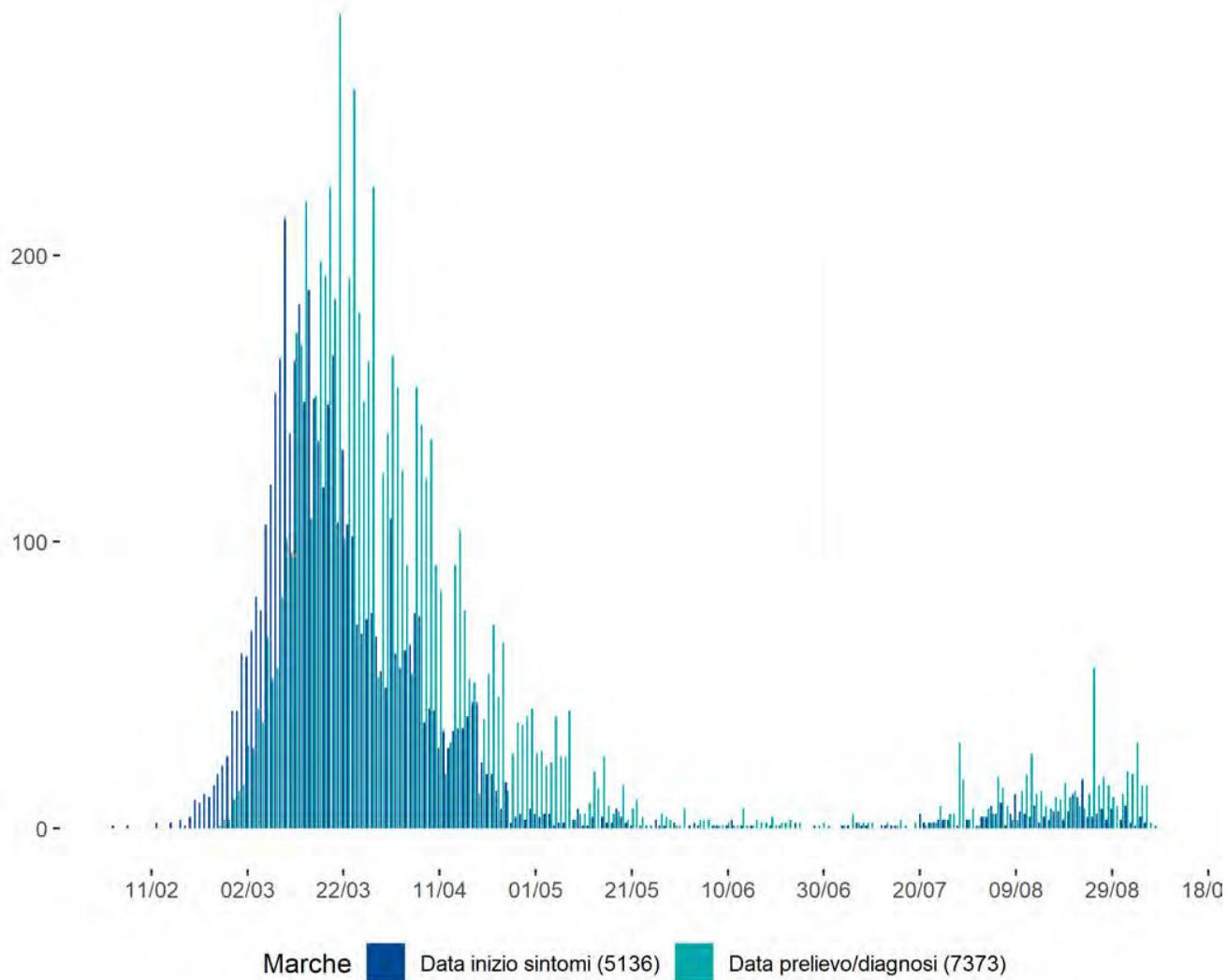


Marche

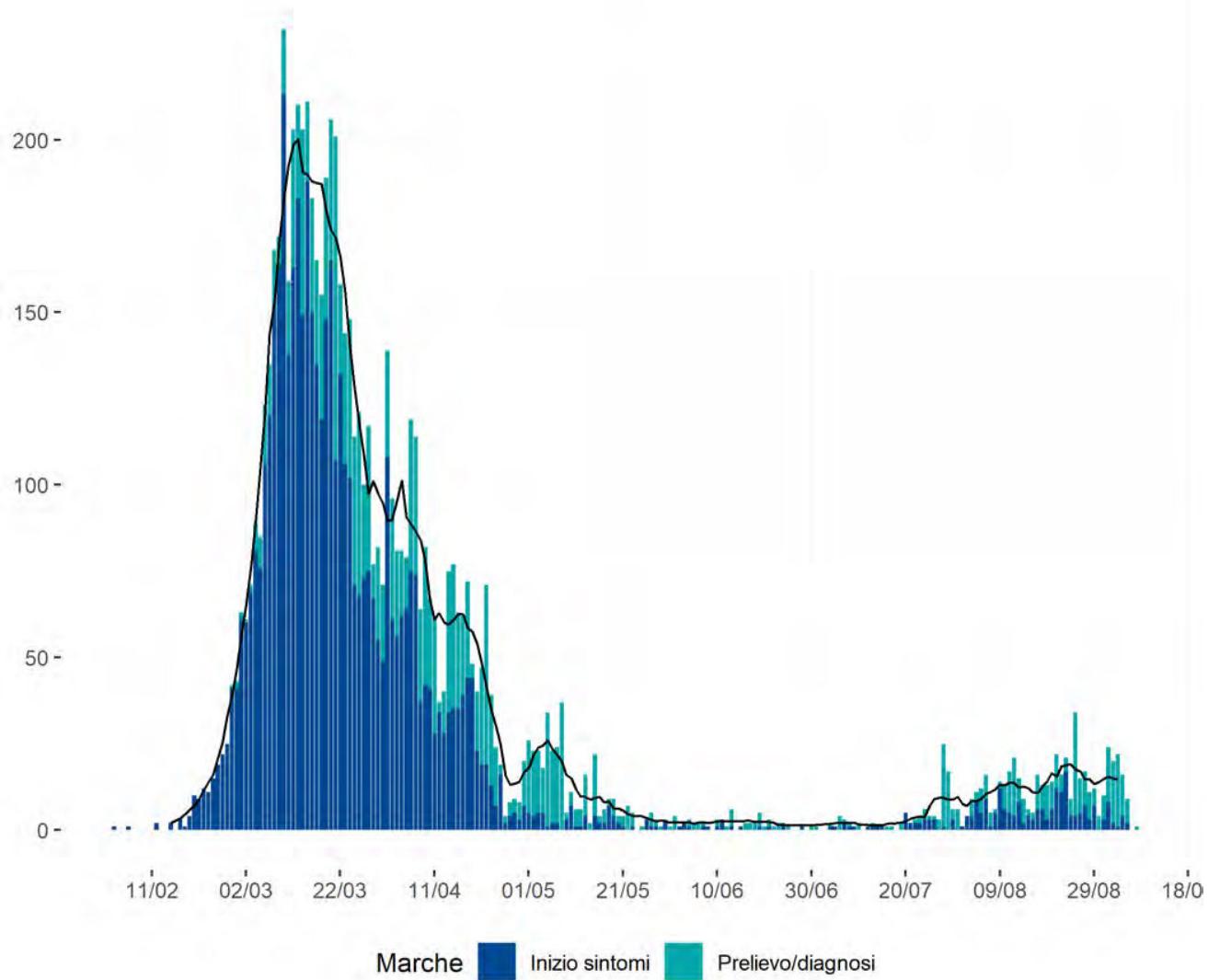
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 7373 | Incidenza cumulativa: 485.58 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 113 | Incidenza: 7.44 per 100000
- Rt: 0.84 (CI: 0.39-1.41) [medio 14gg]

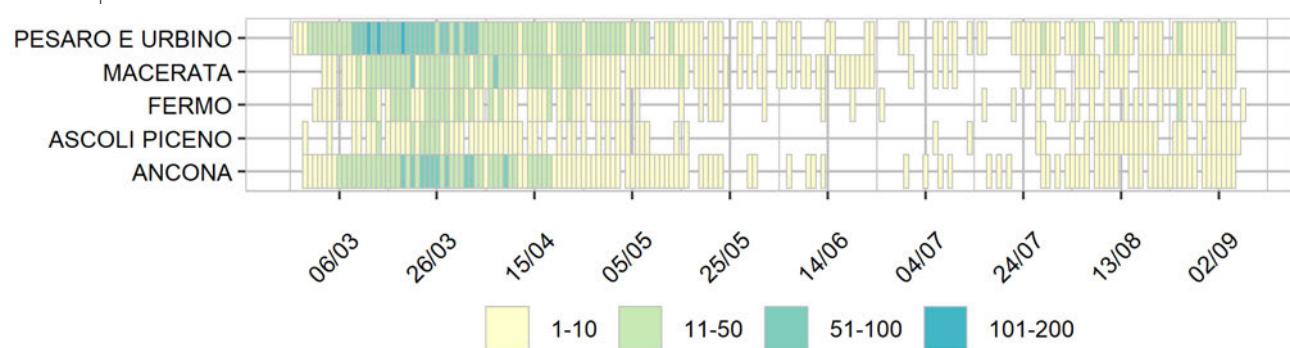
Curva epidemica



Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

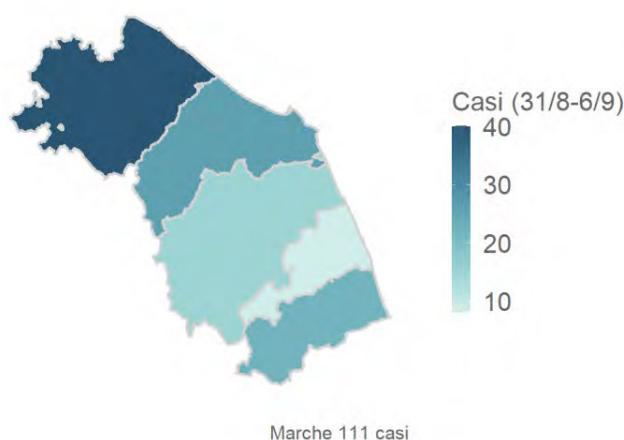


Heatmap - incidenza per 100000

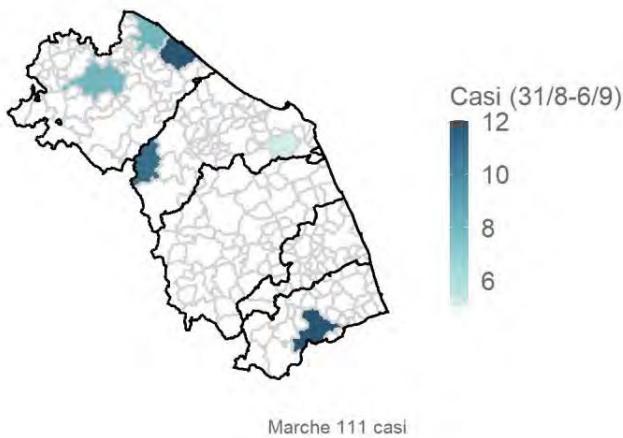


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

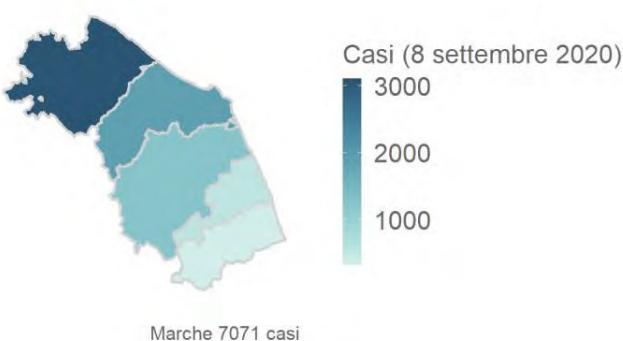


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

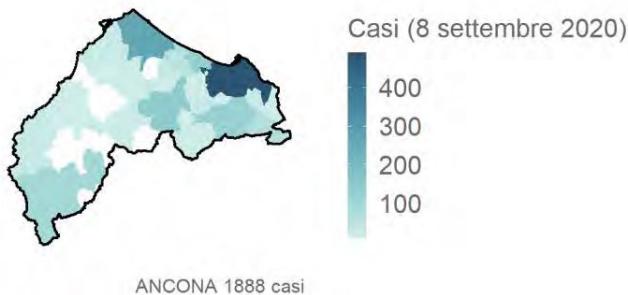
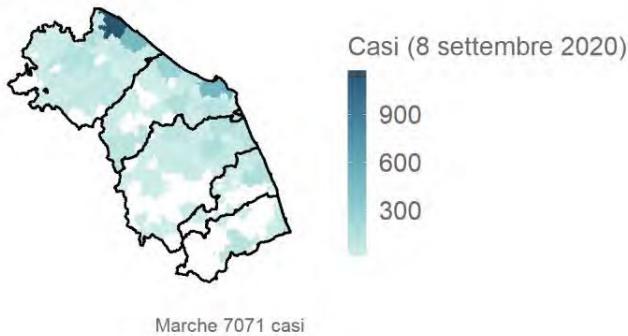


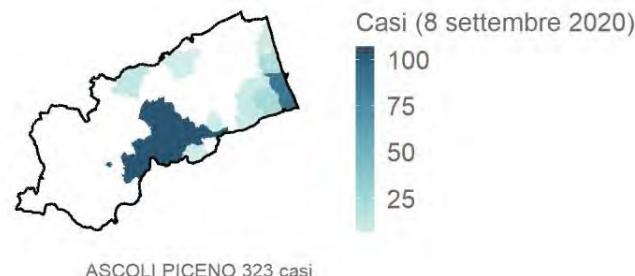
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

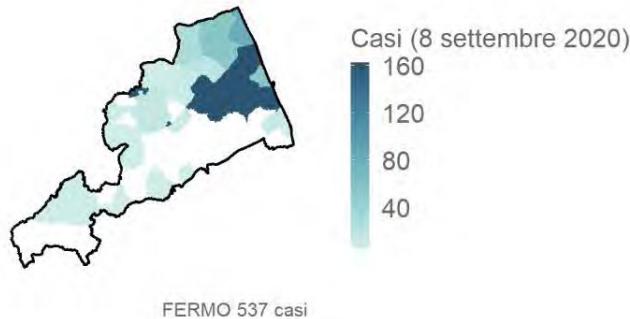
Mappa - province (domicilio/residenza)

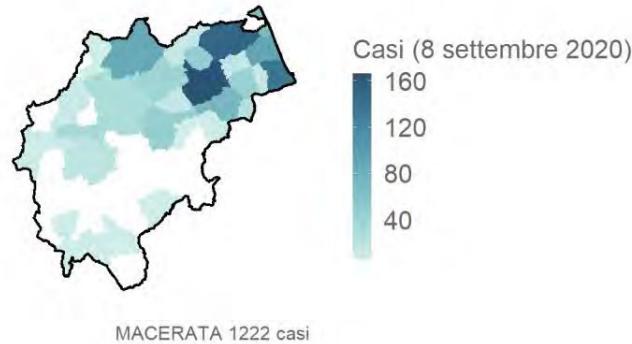


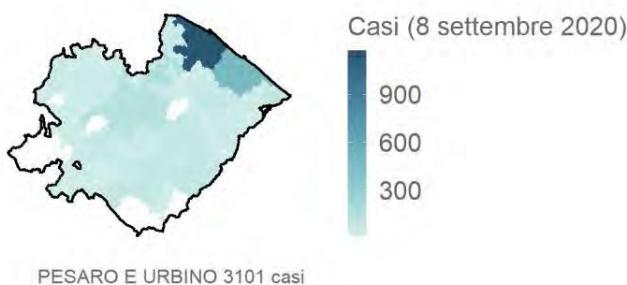
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









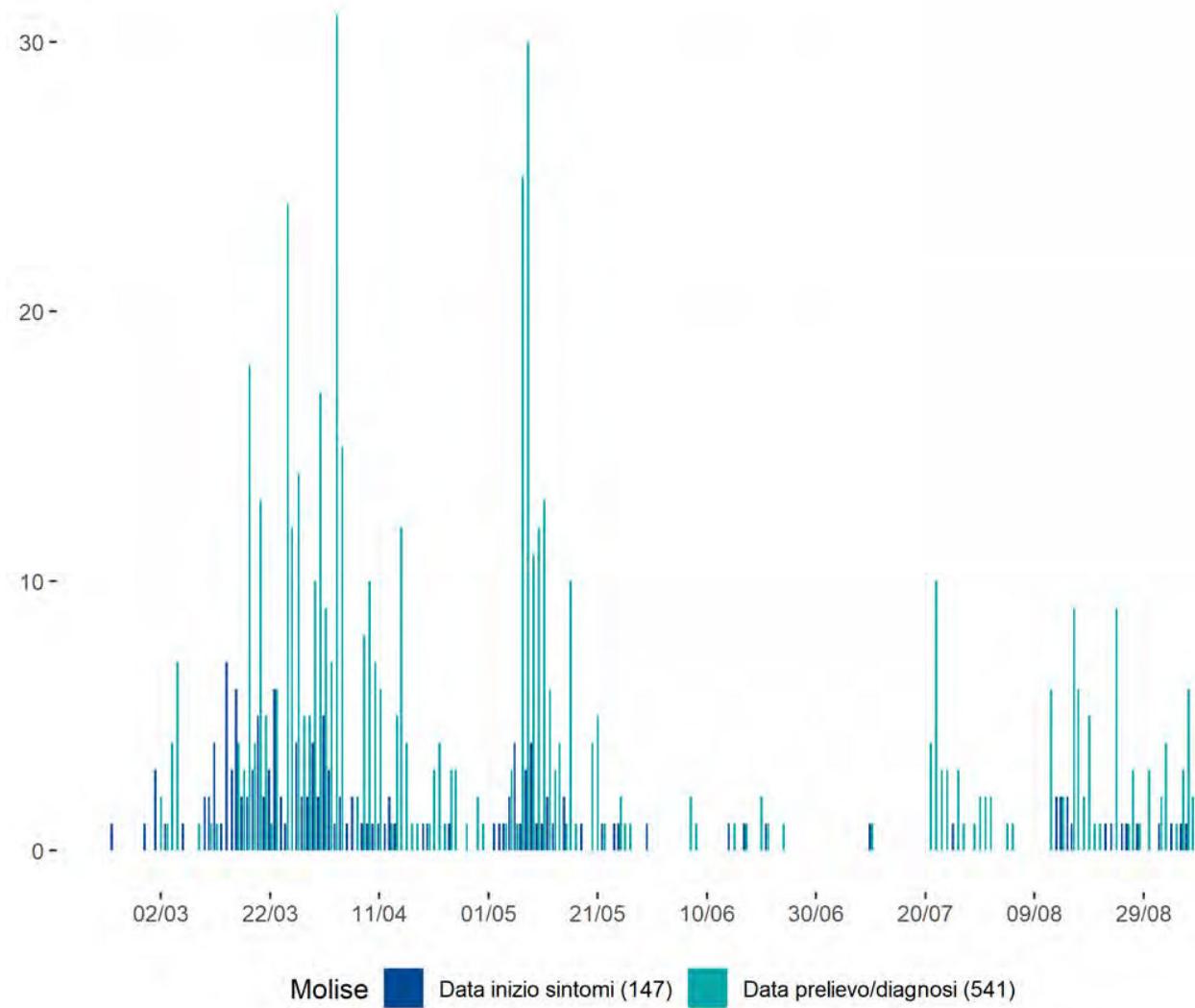


Molise

Aggiornamento epidemiologico

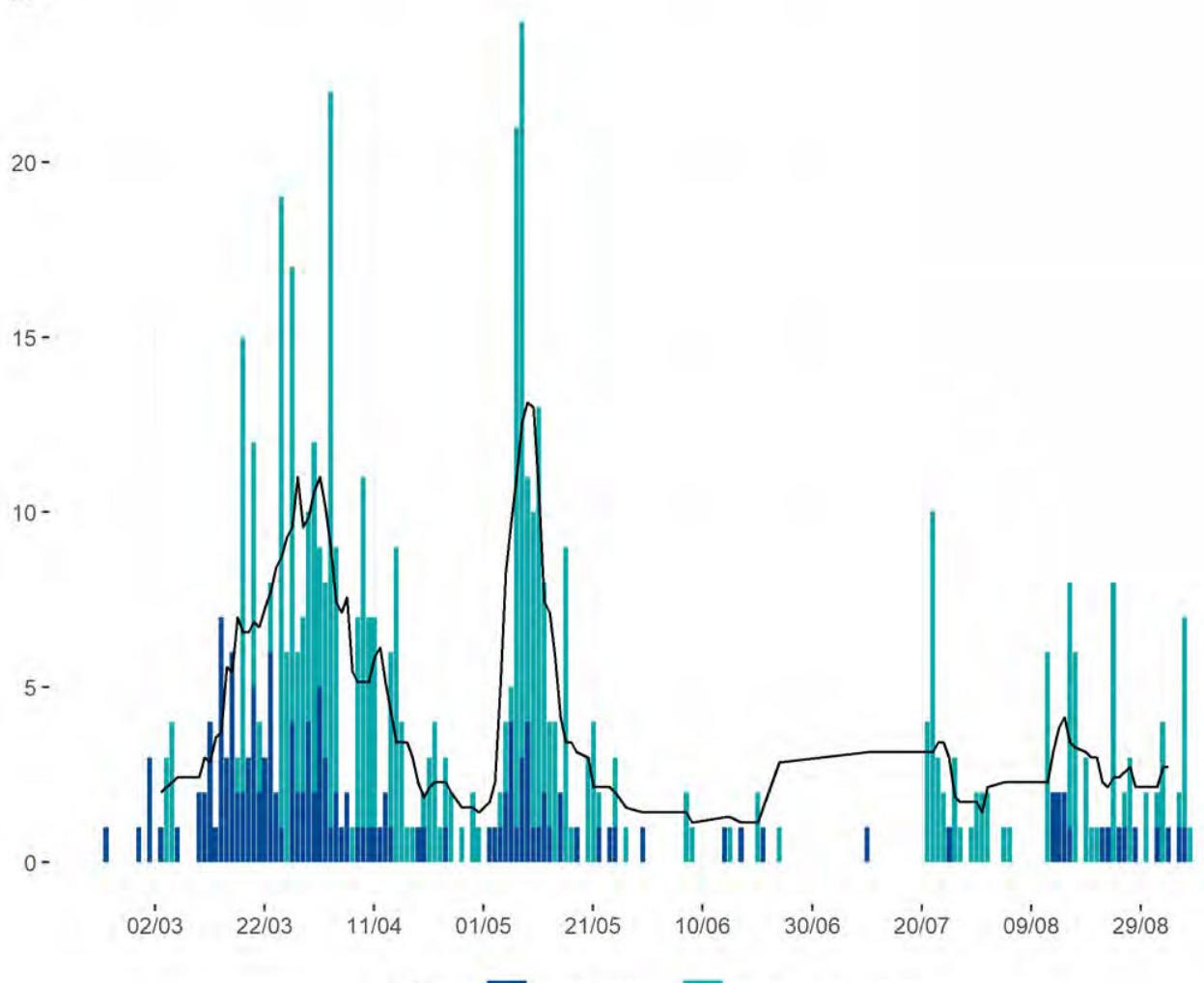
- Casi totali: 541 | Incidenza cumulativa: 178.98 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 16 | Incidenza: 5.29 per 100000
- Rt: 0.27 (CI: 0.02-0.98) [medio 14gg]

Curva epidemica

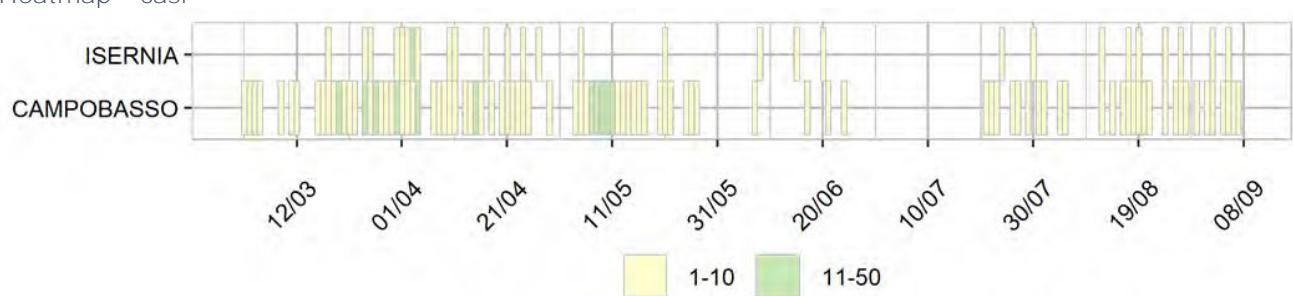


Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg

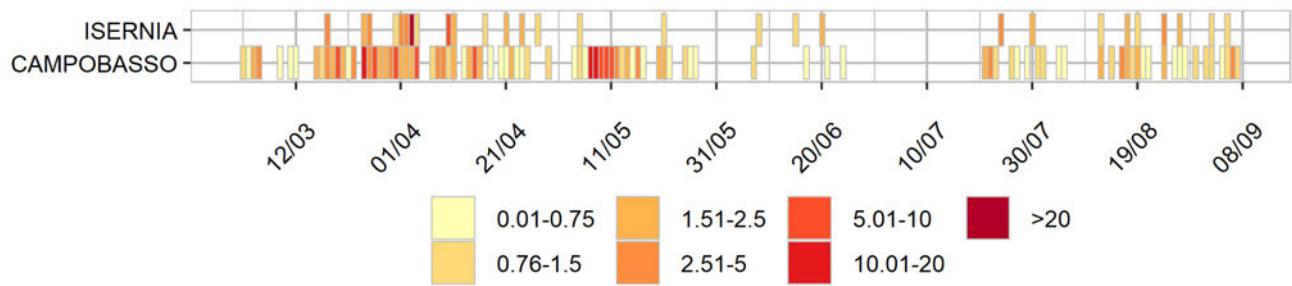
25 -



Heatmap - casi

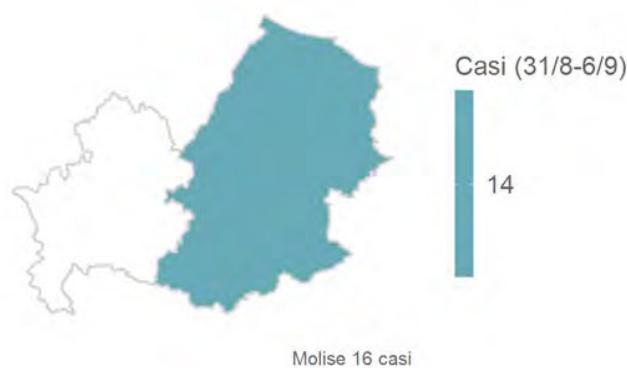


Heatmap - incidenza per 100000

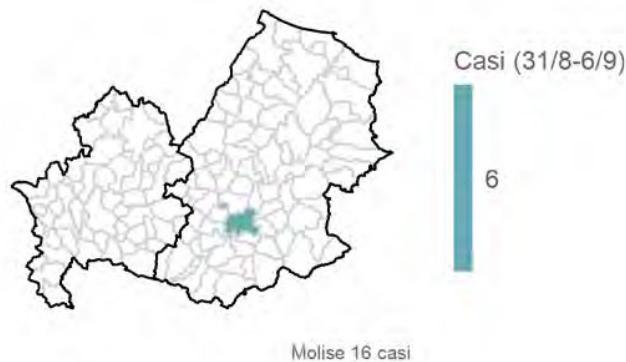


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

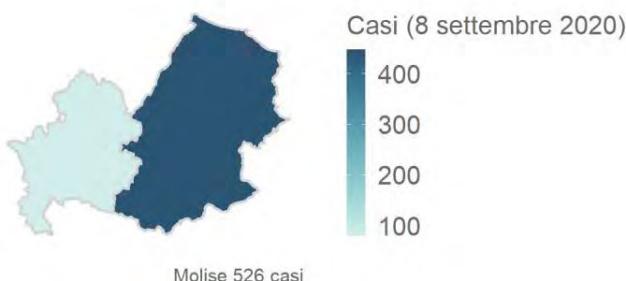


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

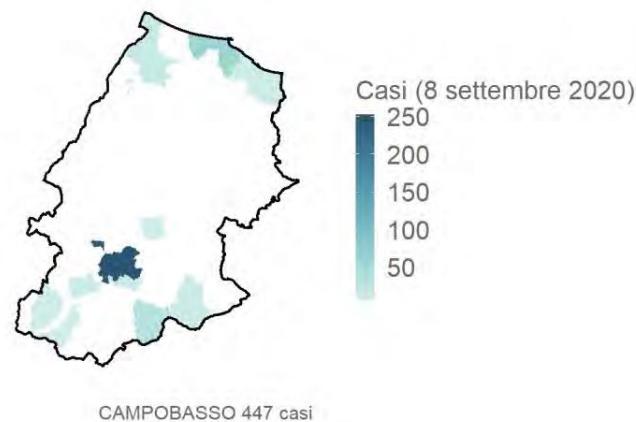
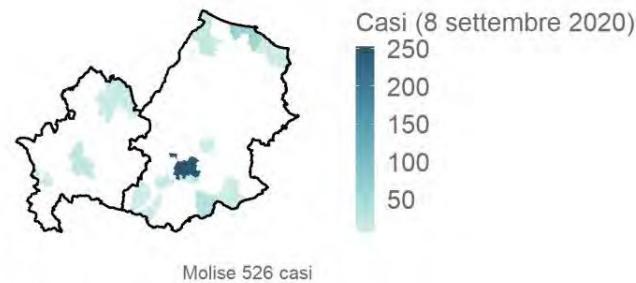


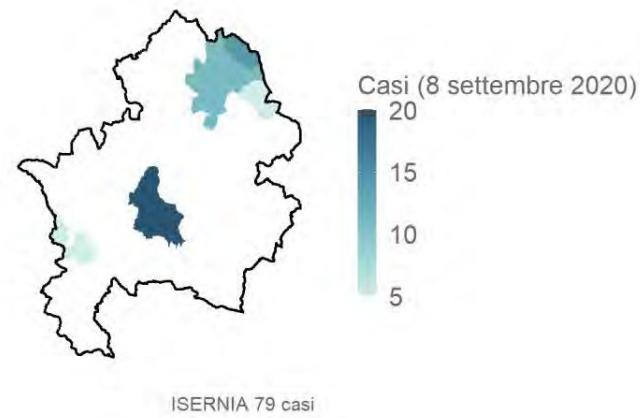
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)



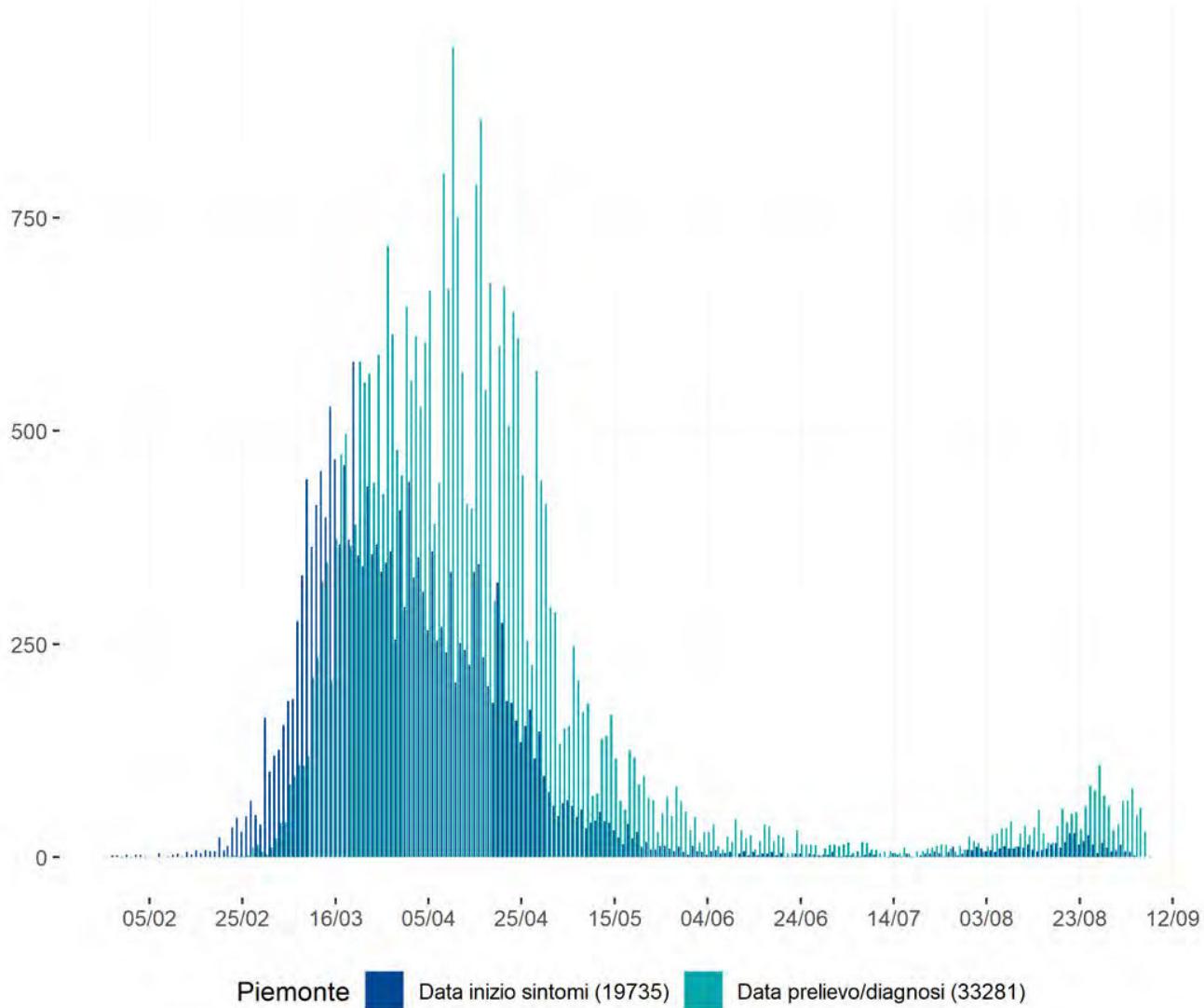


Piemonte

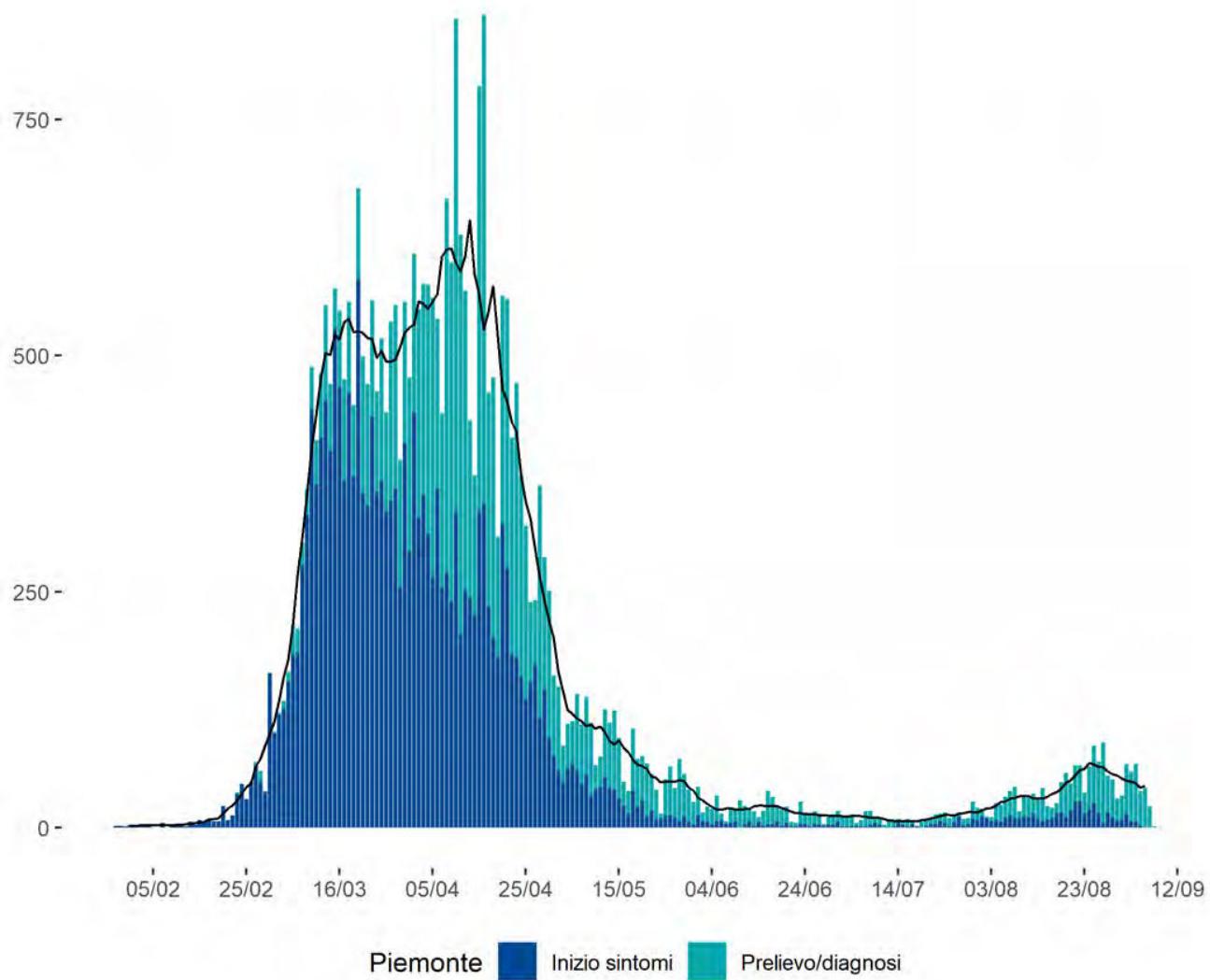
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 33477 | Incidenza cumulativa: 771.12 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 387 | Incidenza: 8.91 per 100000
- Rt: 0.93 (CI: 0.34-1.75) [medio 14gg]

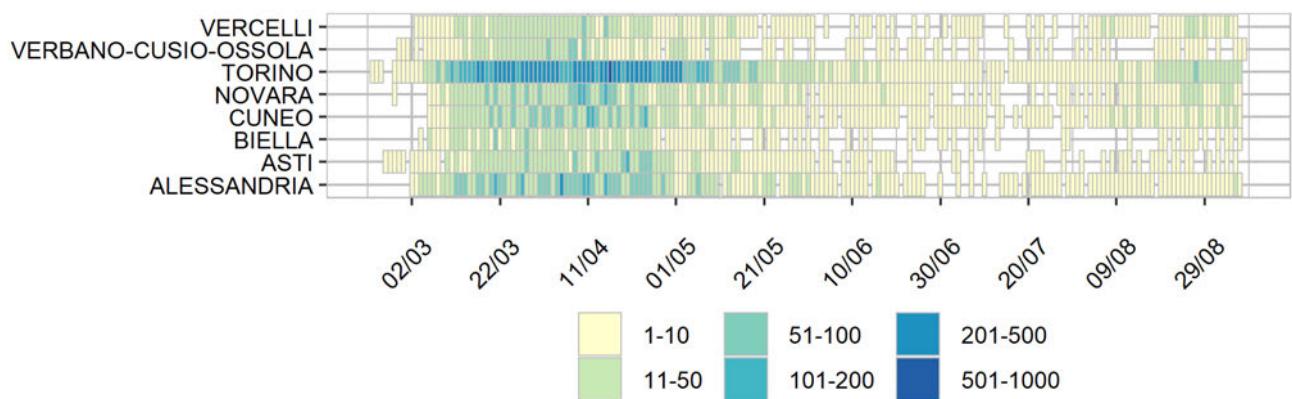
Curva epidemica



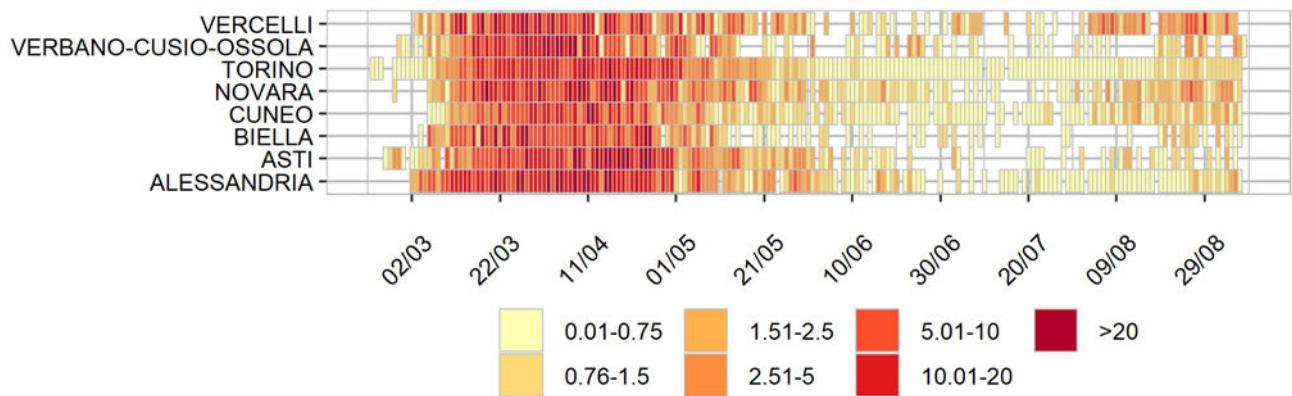
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

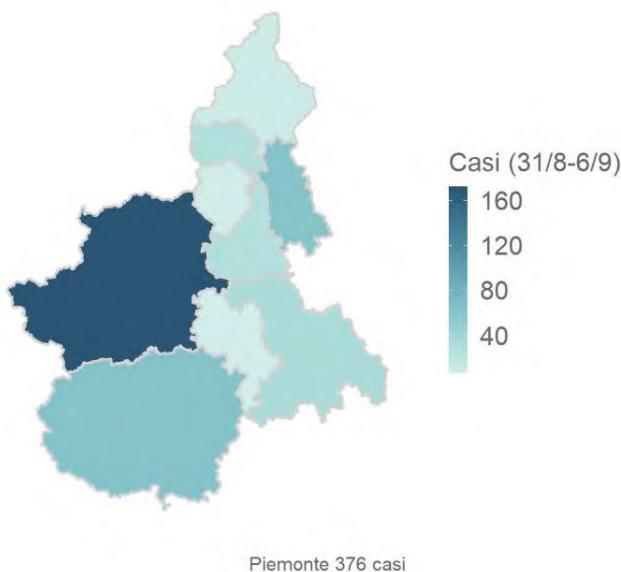


Heatmap - incidenza per 100000

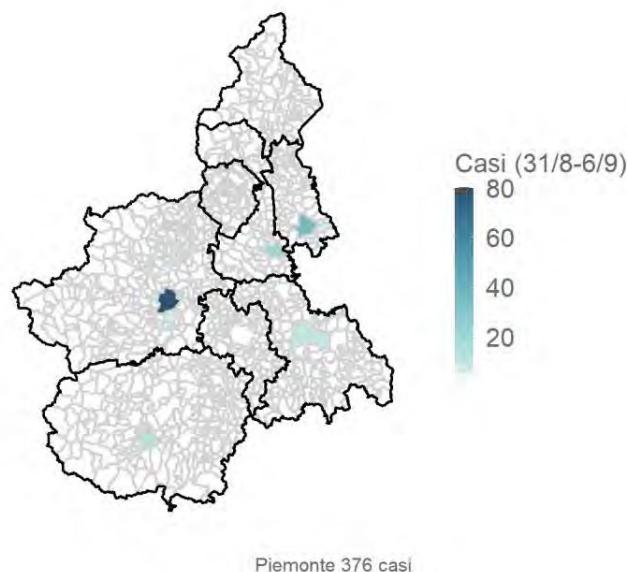


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

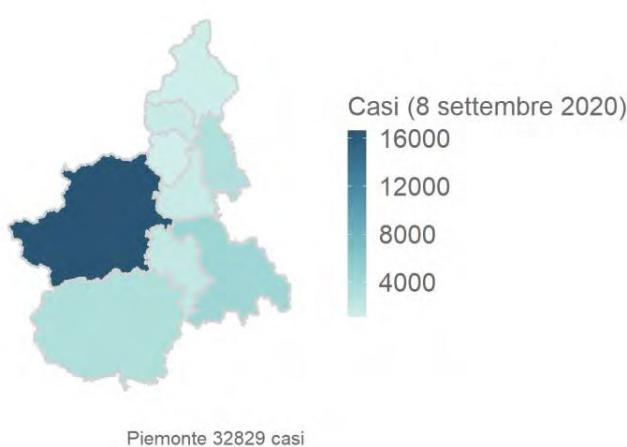


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

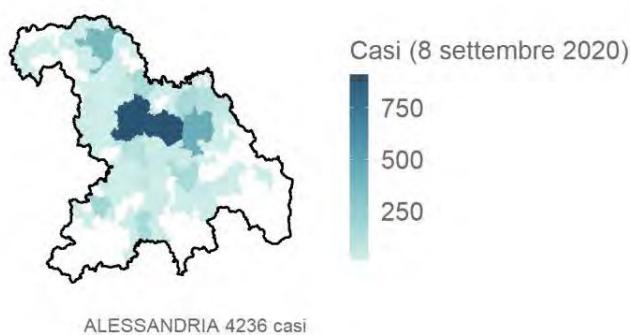
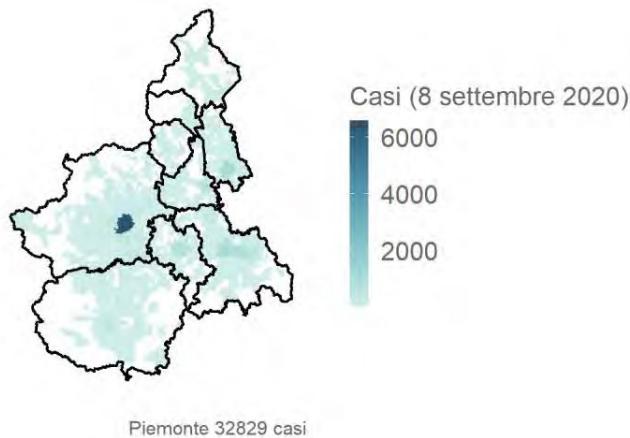


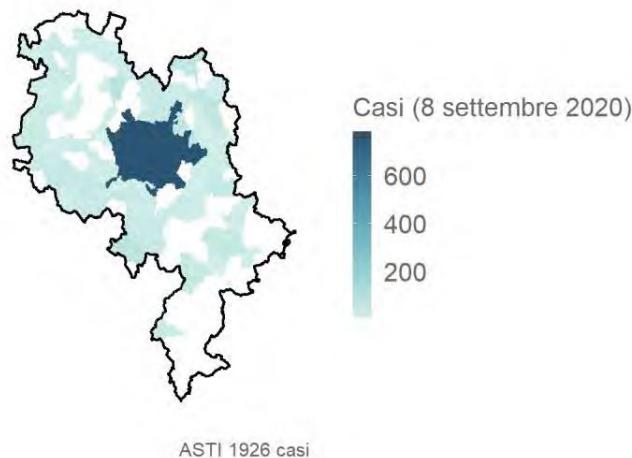
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

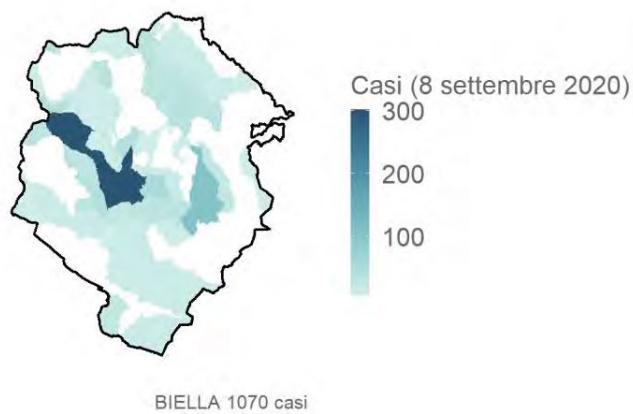
Mappa - province (domicilio/residenza)

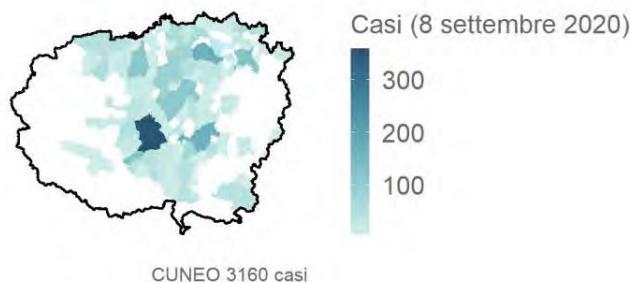


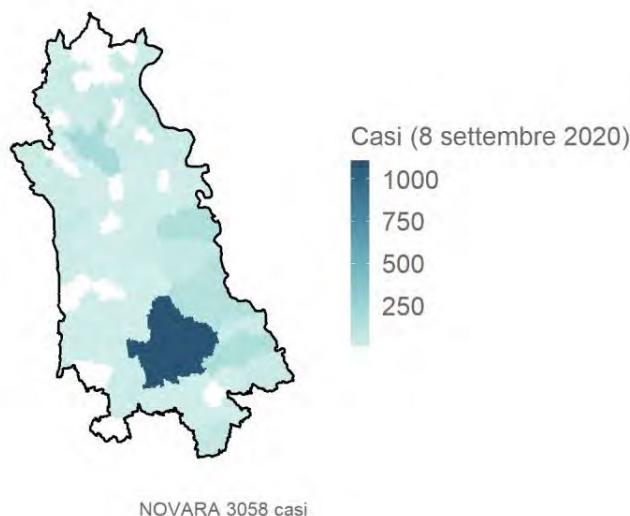
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

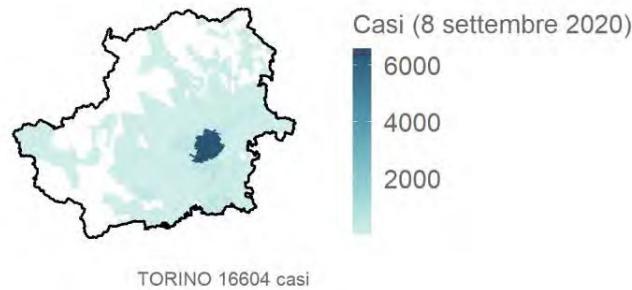


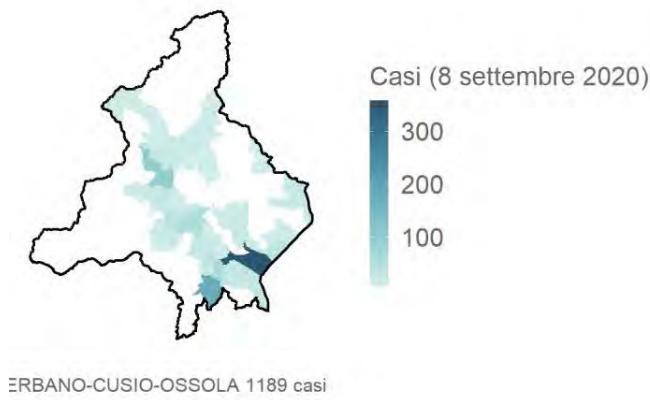


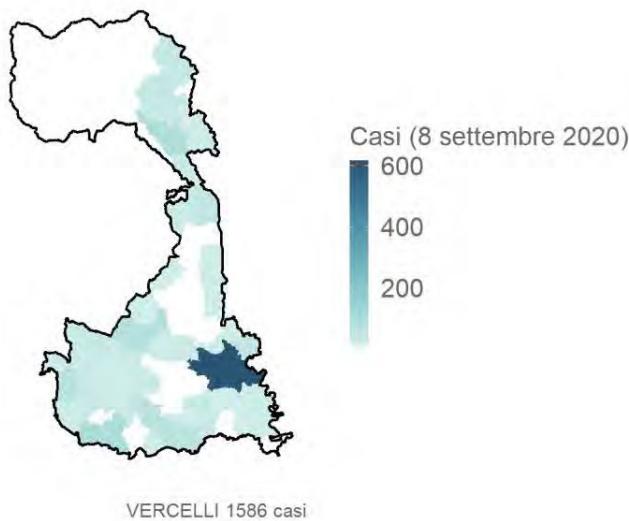










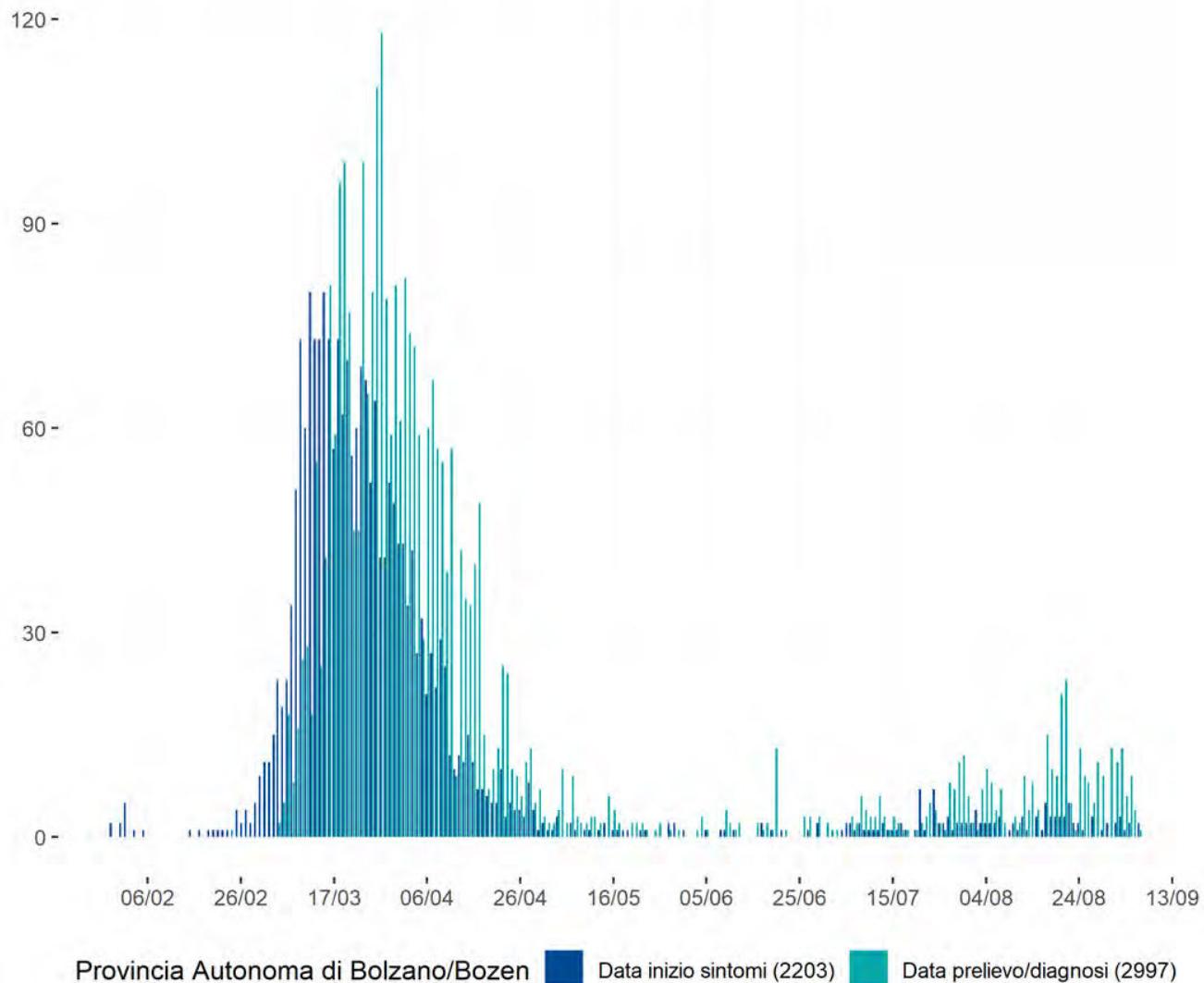


Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen

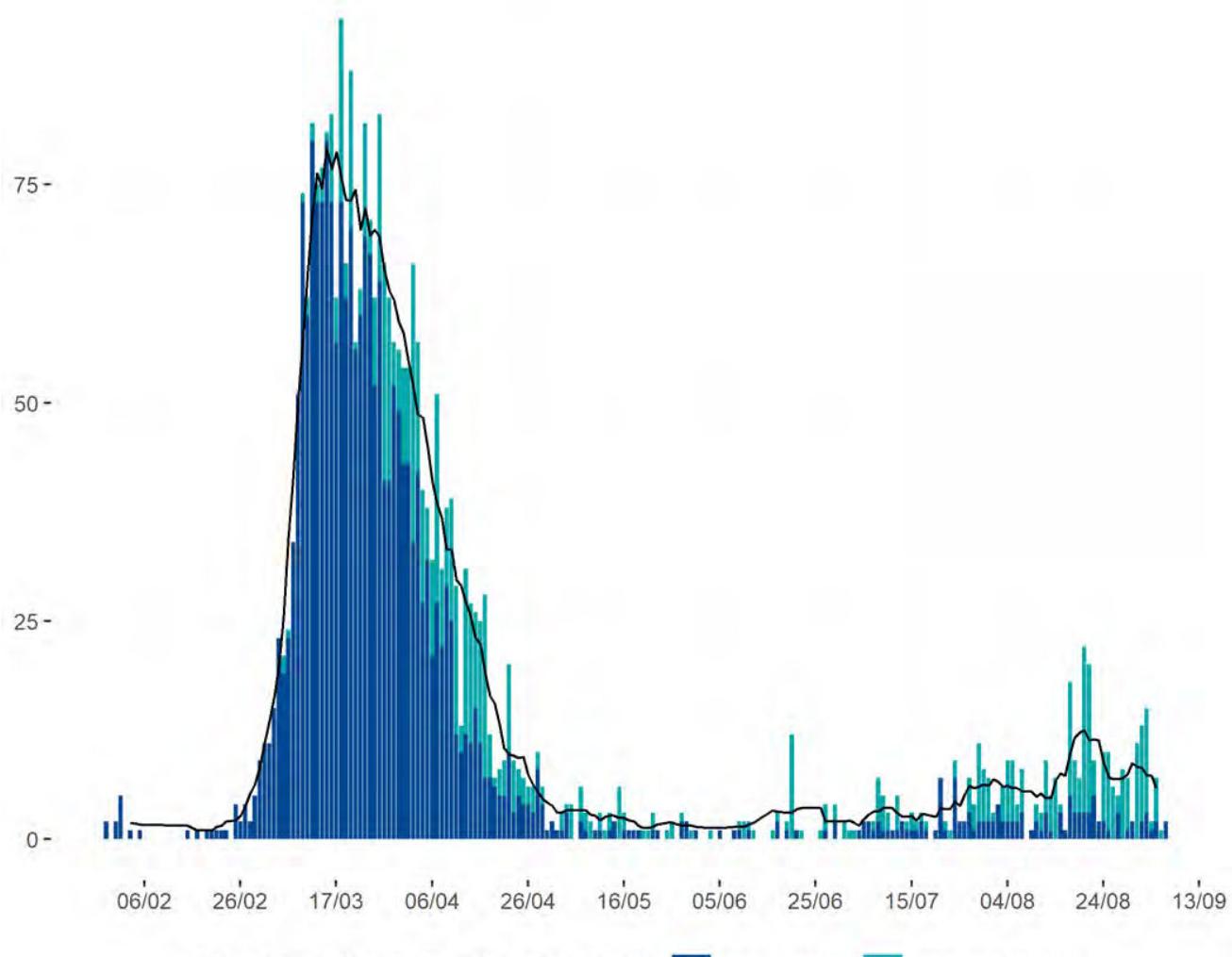
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 2998 | Incidenza cumulativa: 563.45 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 57 | Incidenza: 10.71 per 100000
- Rt: 0.71 (CI: 0.25-1.4) [medio 14gg]

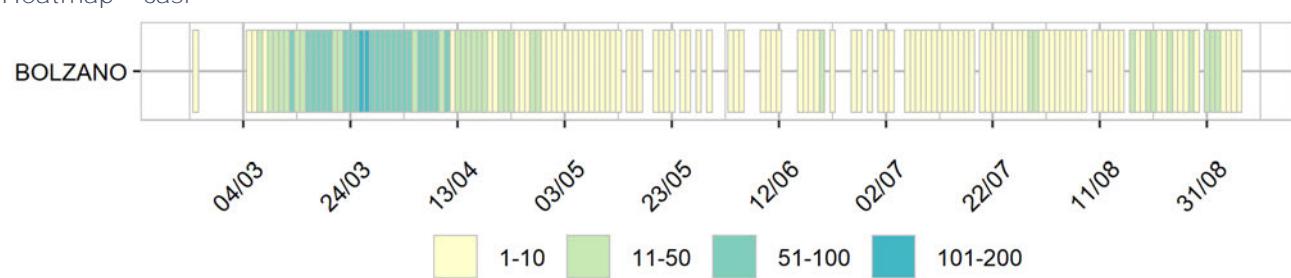
Curva epidemica



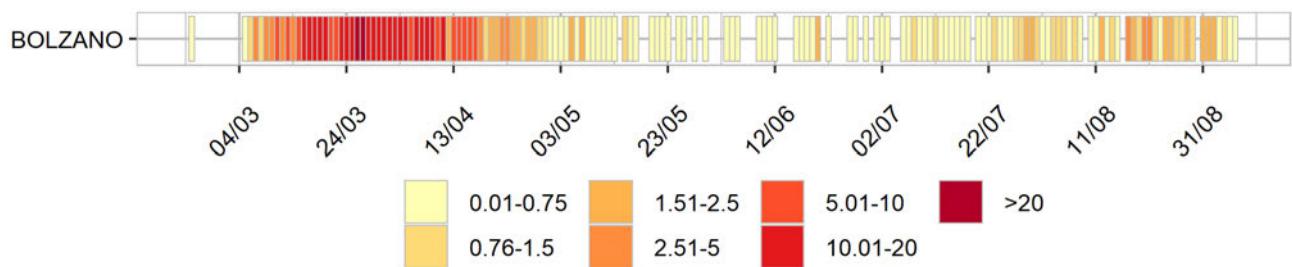
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi



Heatmap - incidenza per 100000



Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen 53 casi

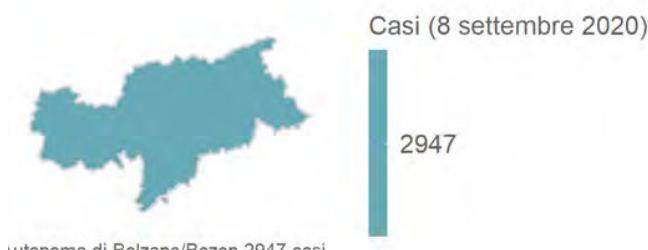
Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen 53 casi

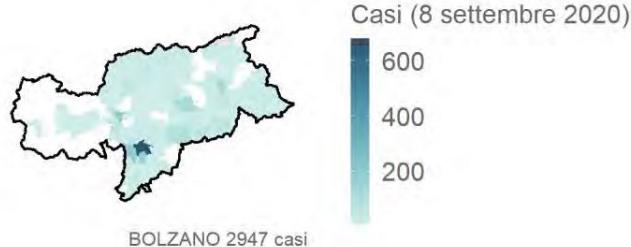
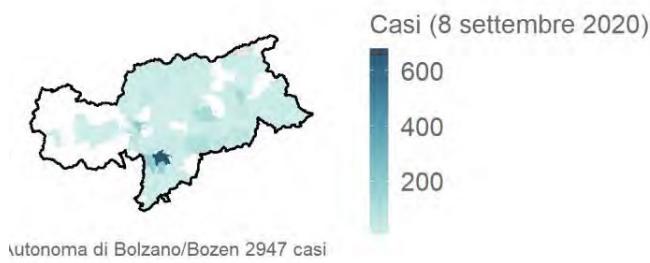
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Autonoma di Bolzano/Bozen 2947 casi

Mappa - comuni (domicilio/residenza)

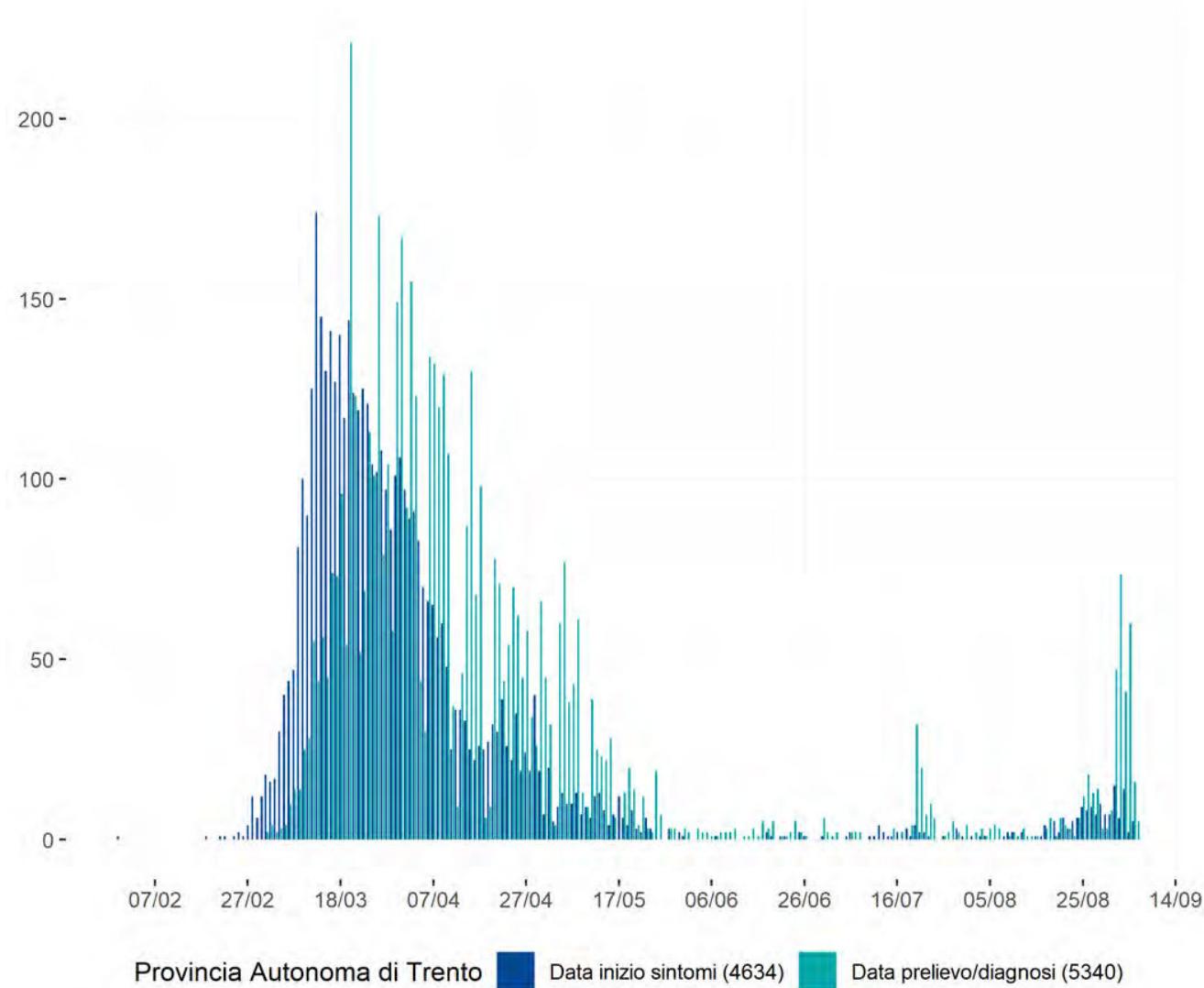


Provincia Autonoma di Trento

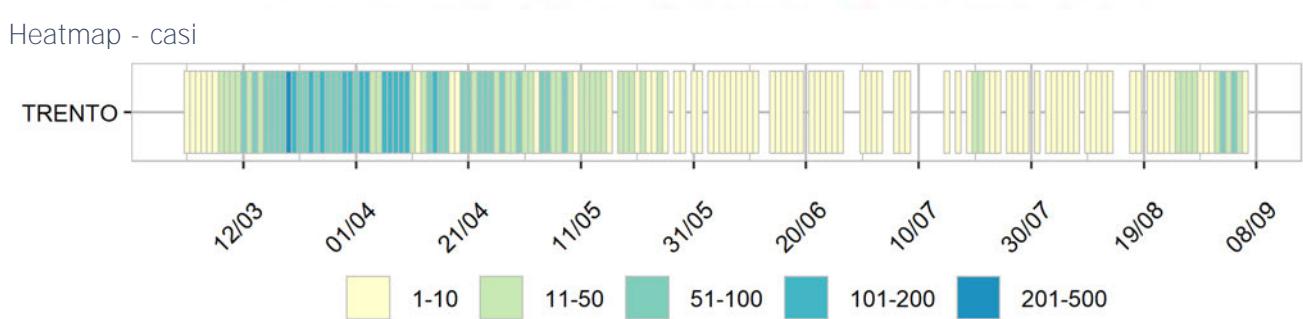
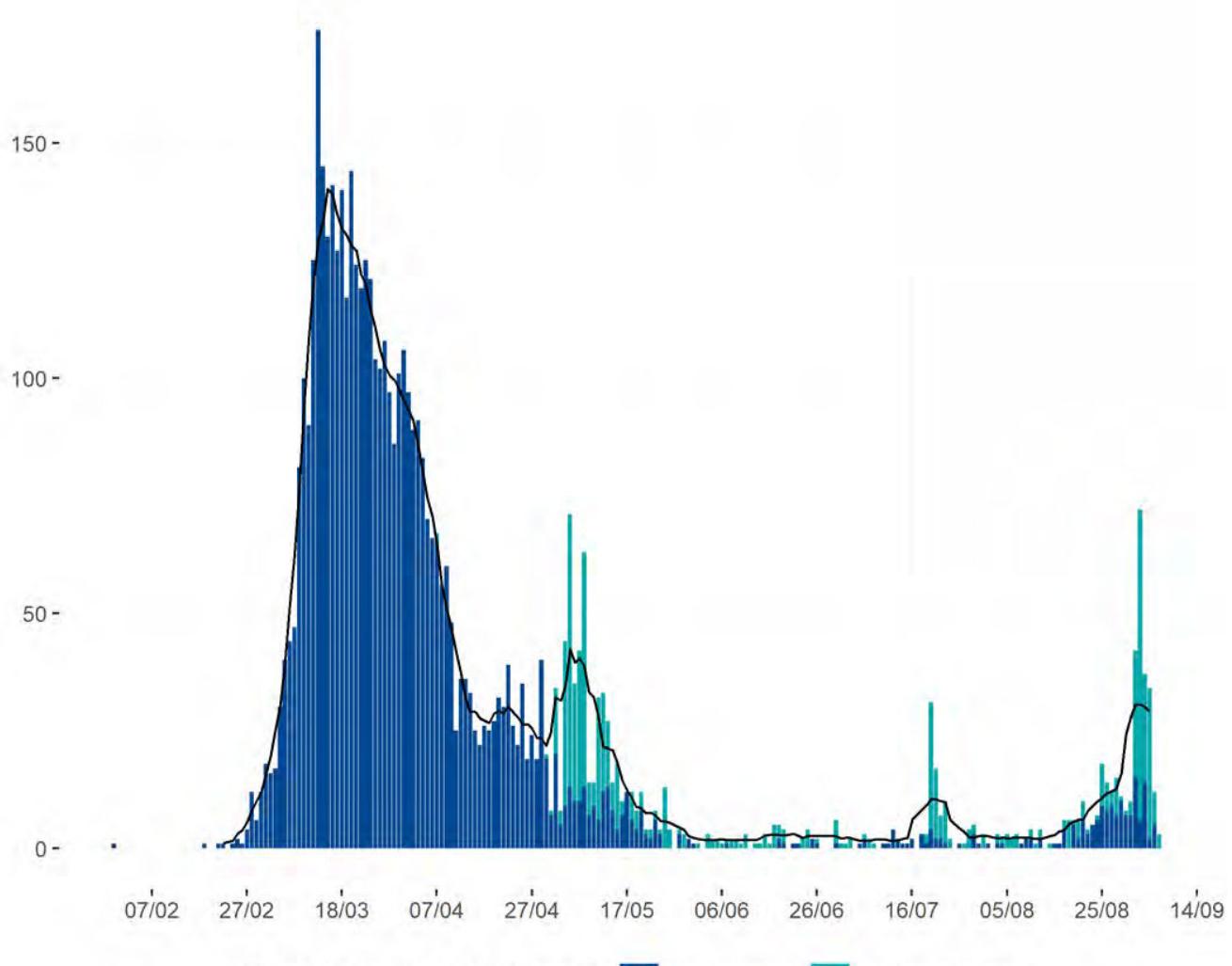
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 5346 | Incidenza cumulativa: 985 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 251 | Incidenza: 46.25 per 100000
- Rt: 1.58 (CI: 0.58-2.4) [medio 14gg]

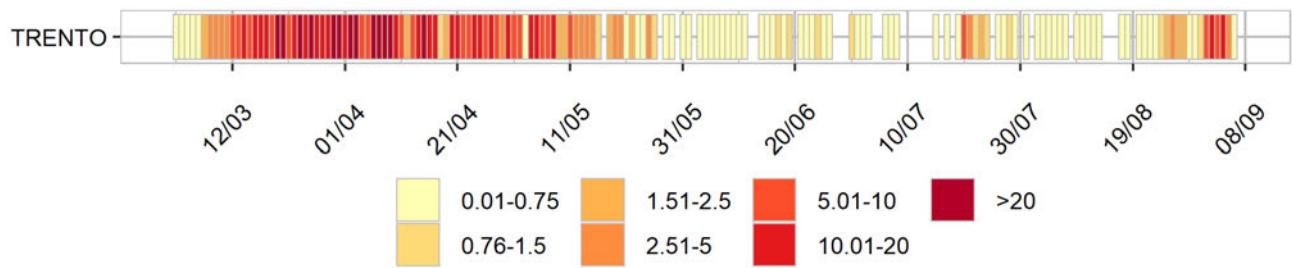
Curva epidemica



Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - incidenza per 100000



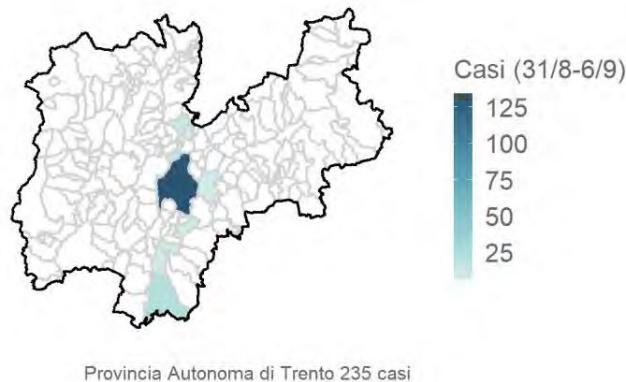
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Provincia Autonoma di Trento 235 casi

Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

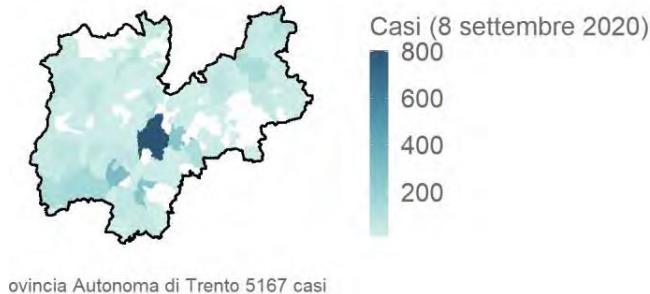


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)



Provincia Autonoma di Trento 5167 casi



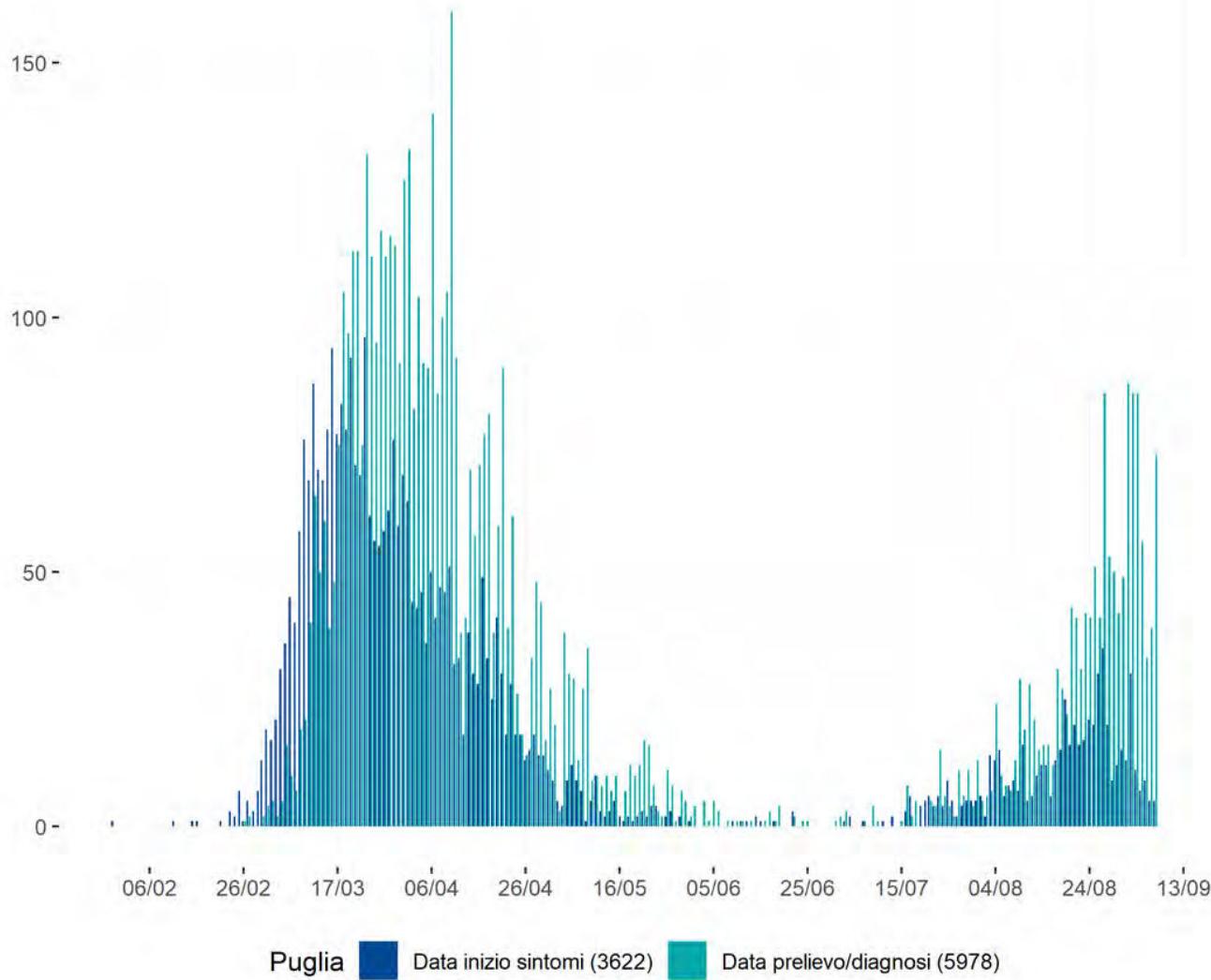
TRENTO 5167 casi

Puglia

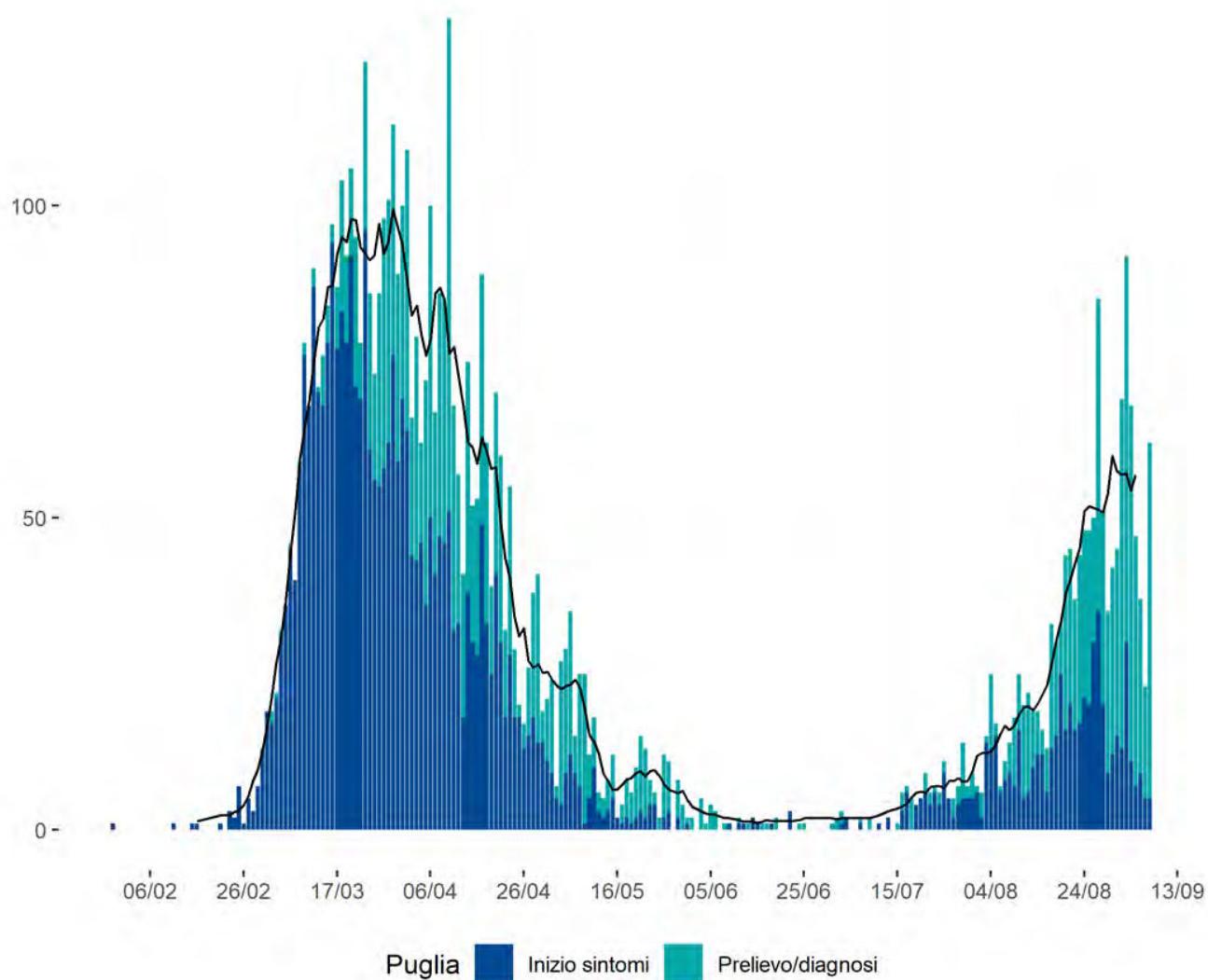
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 5978 | Incidenza cumulativa: 149.14 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 434 | Incidenza: 10.83 per 100000
- Rt: 1.21 (CI: 0.83-1.59) [medio 14gg]

Curva epidemica



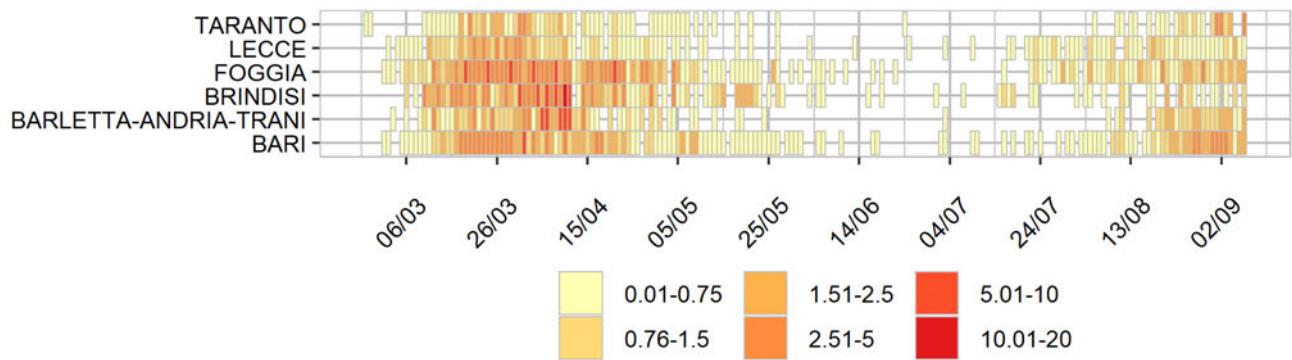
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

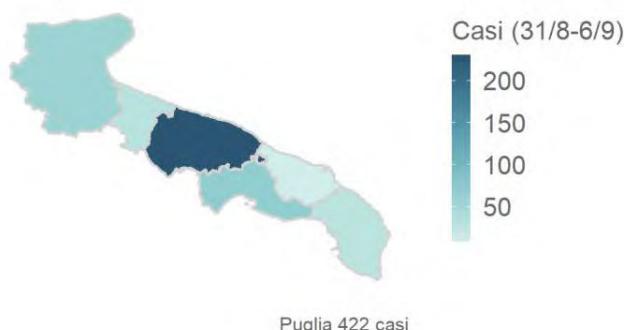


Heatmap - incidenza per 100000

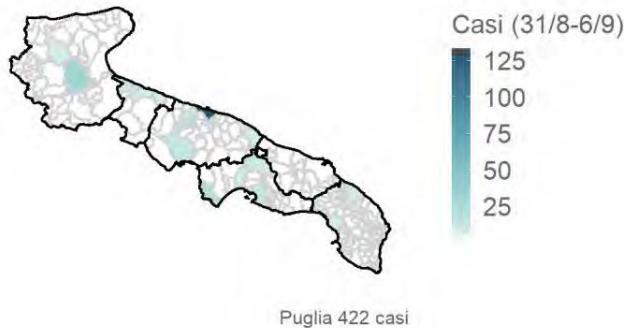


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

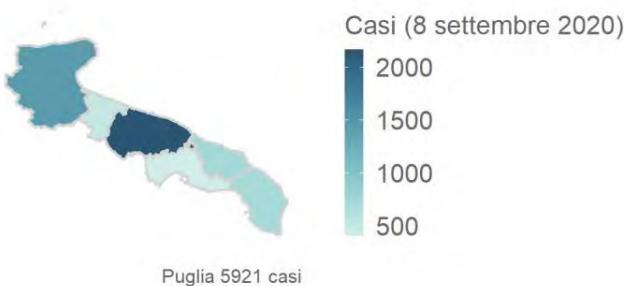


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

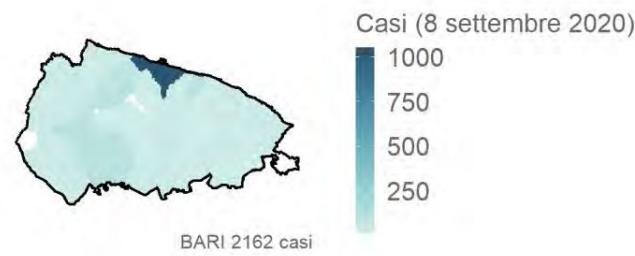
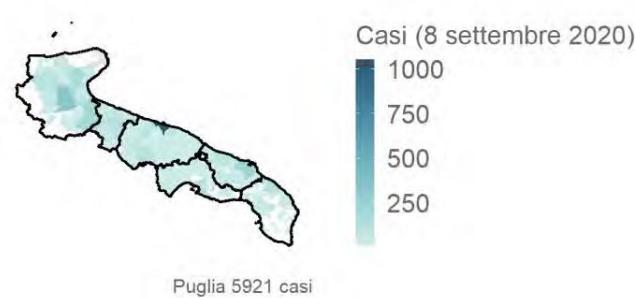


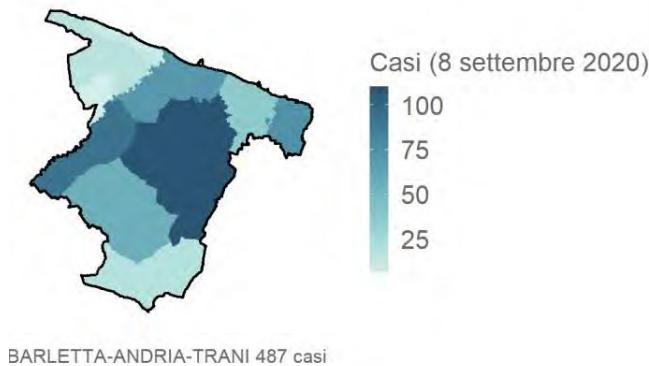
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

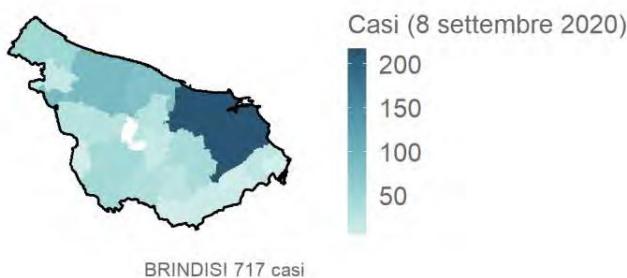
Mappa - province (domicilio/residenza)

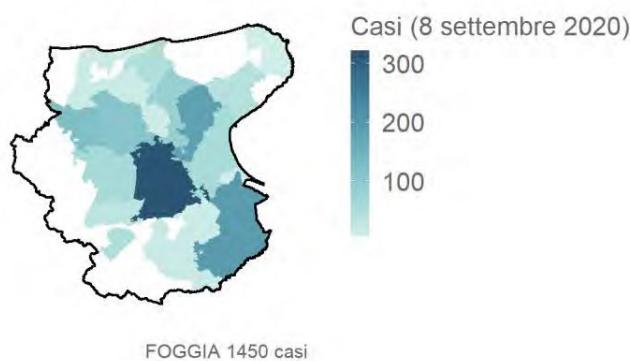


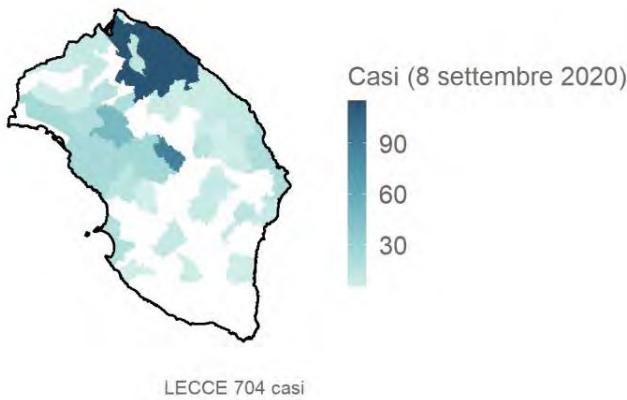
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

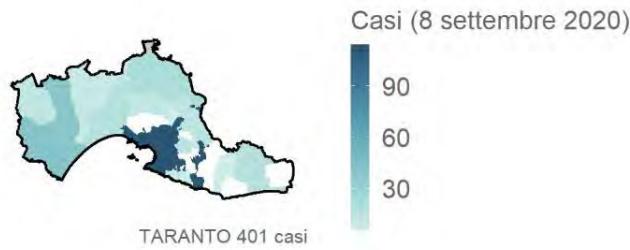










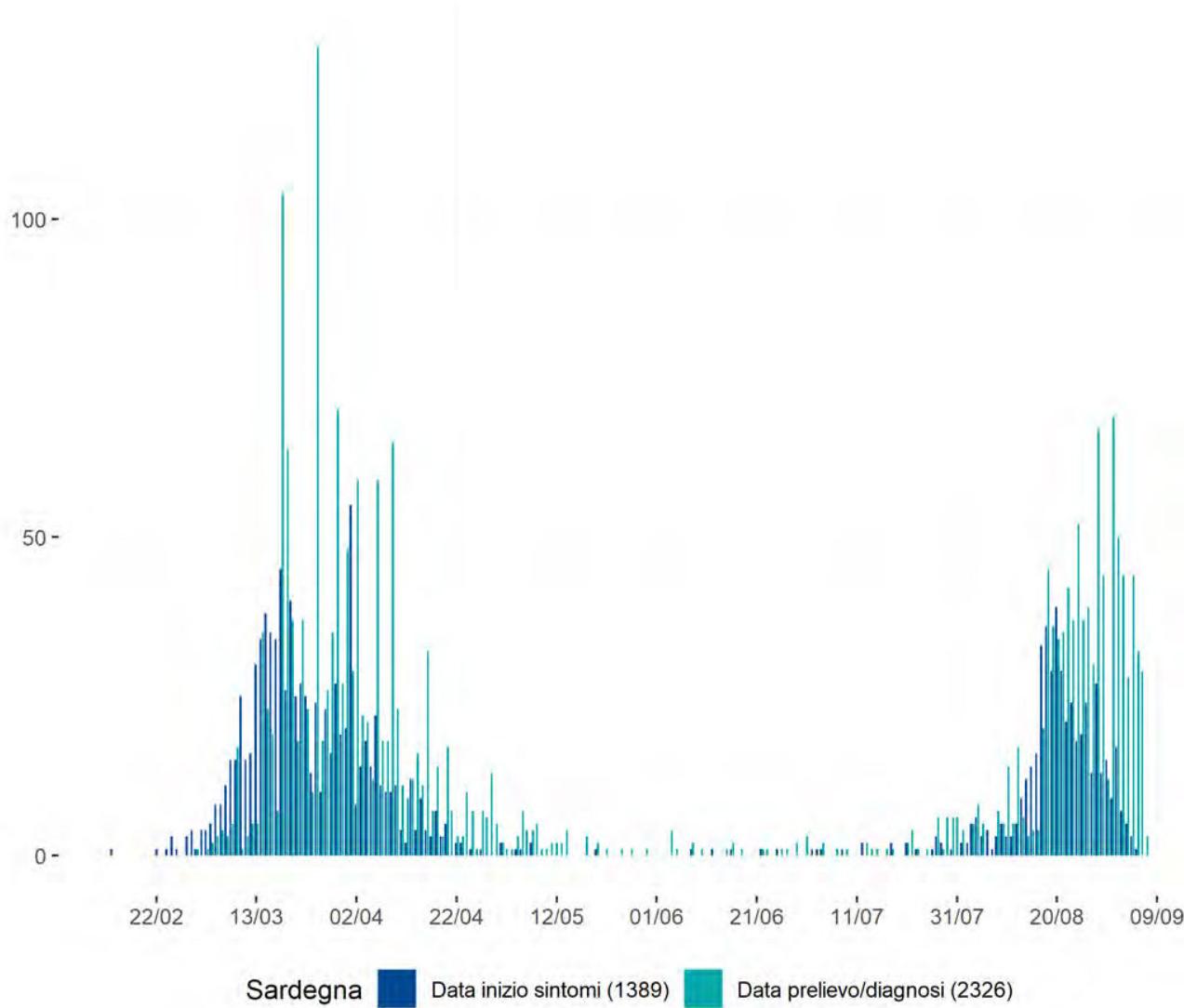


Sardegna

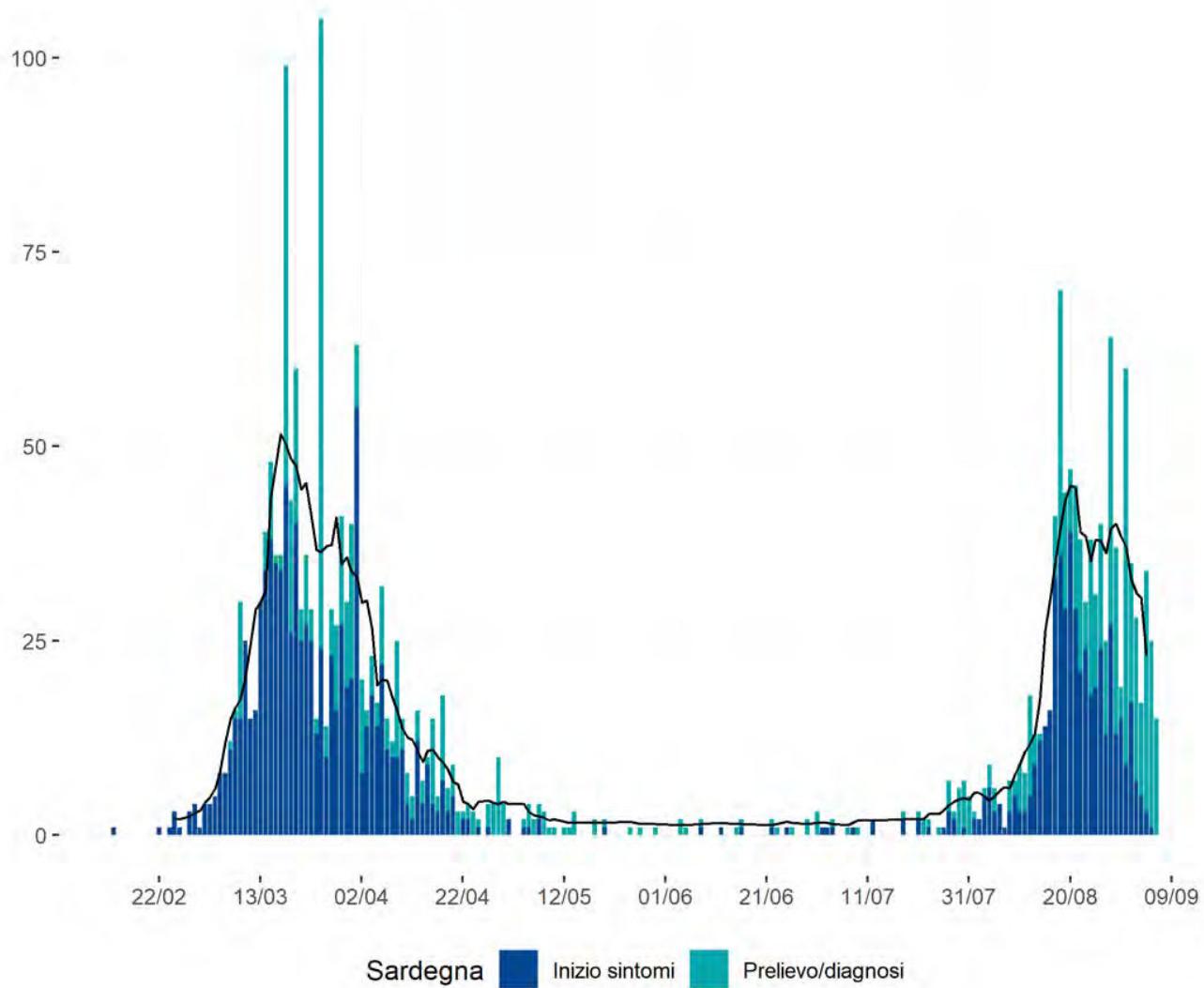
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 2343 | Incidenza cumulativa: 143.7 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 296 | Incidenza: 18.15 per 100000
- Rt: 1.41 (CI: 0.56-3.31) [medio 14gg]

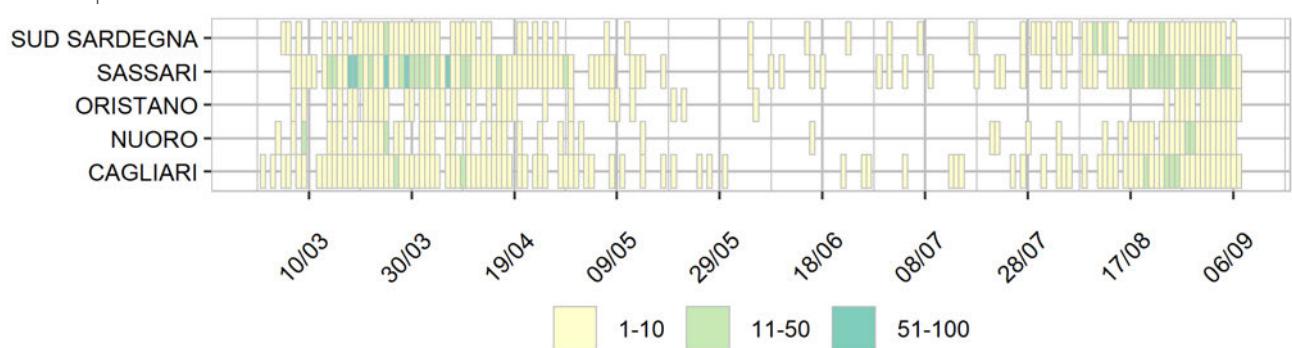
Curva epidemica



Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

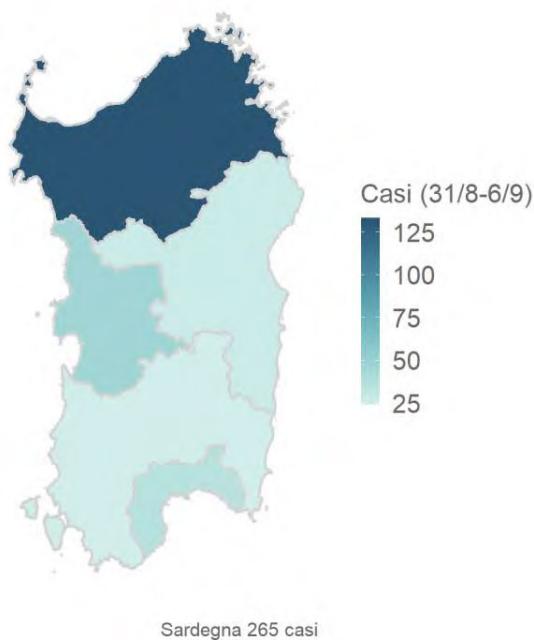


Heatmap - incidenza per 100000

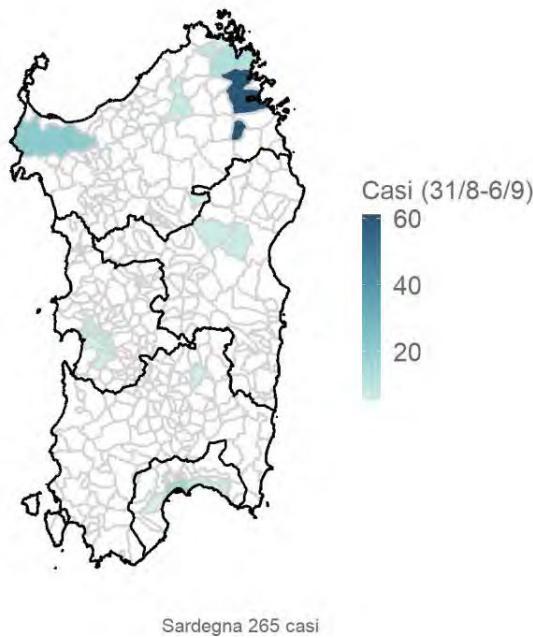


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



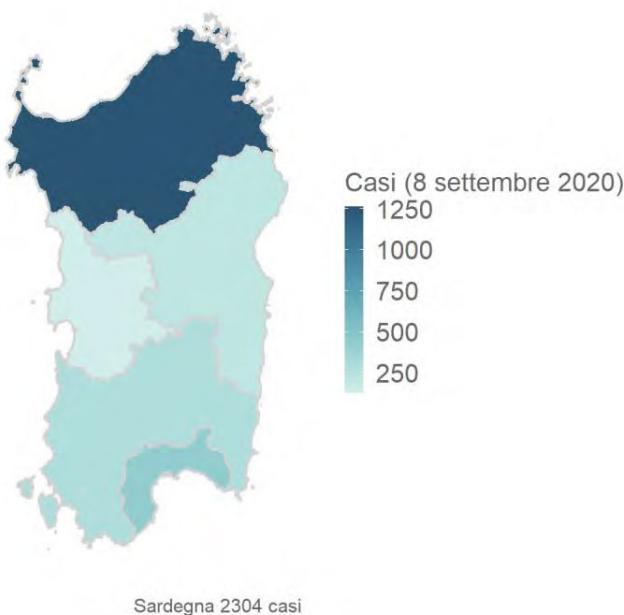
Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Sardegna 265 casi

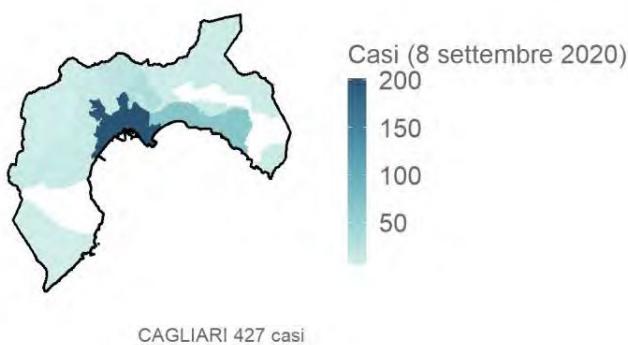
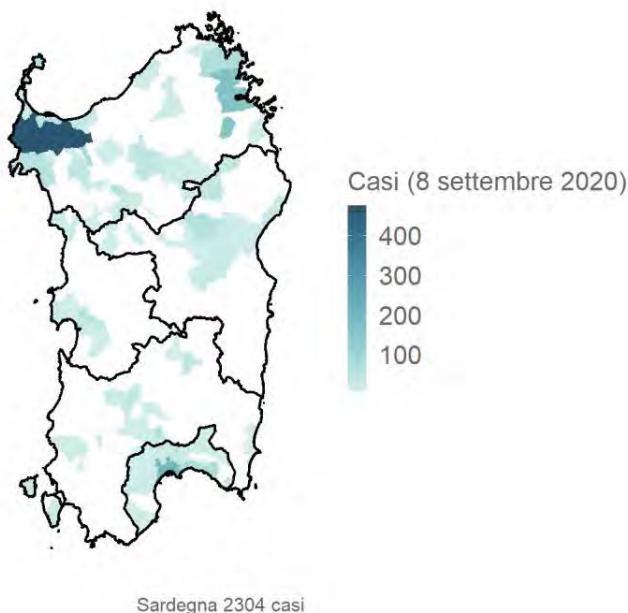
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

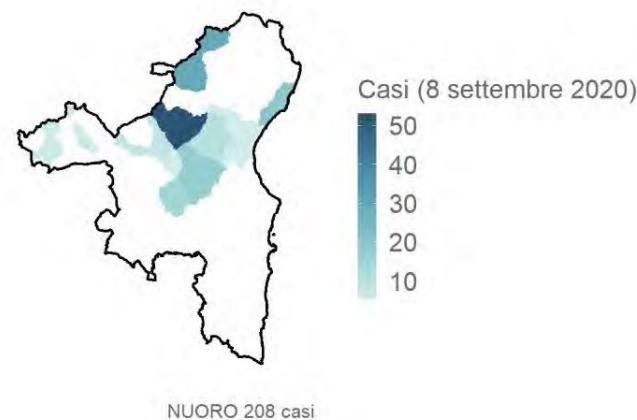
Mappa - province (domicilio/residenza)

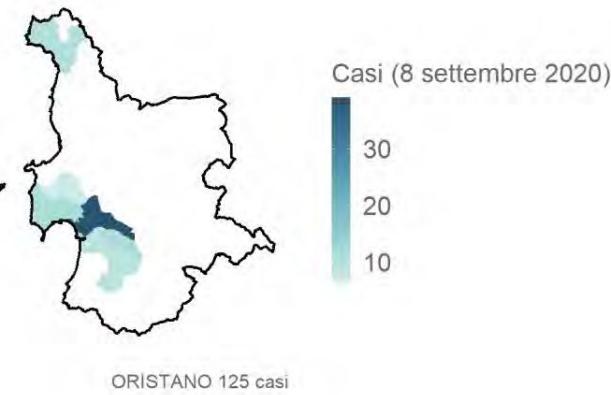


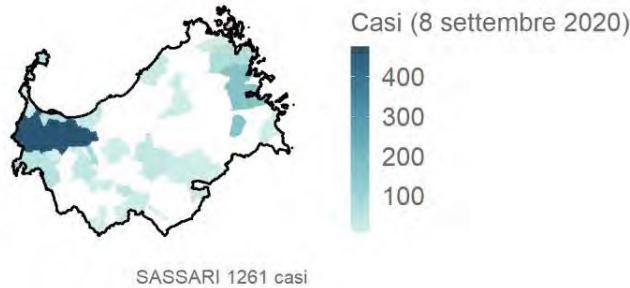
Sardegna 2304 casi

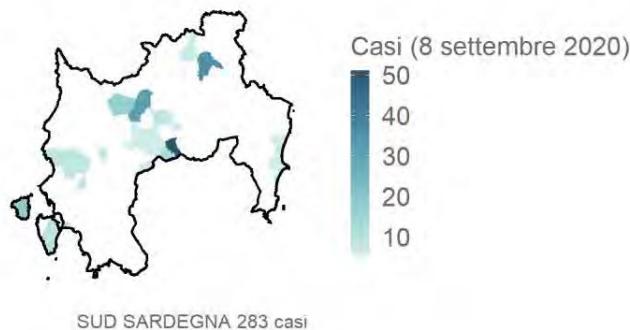
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









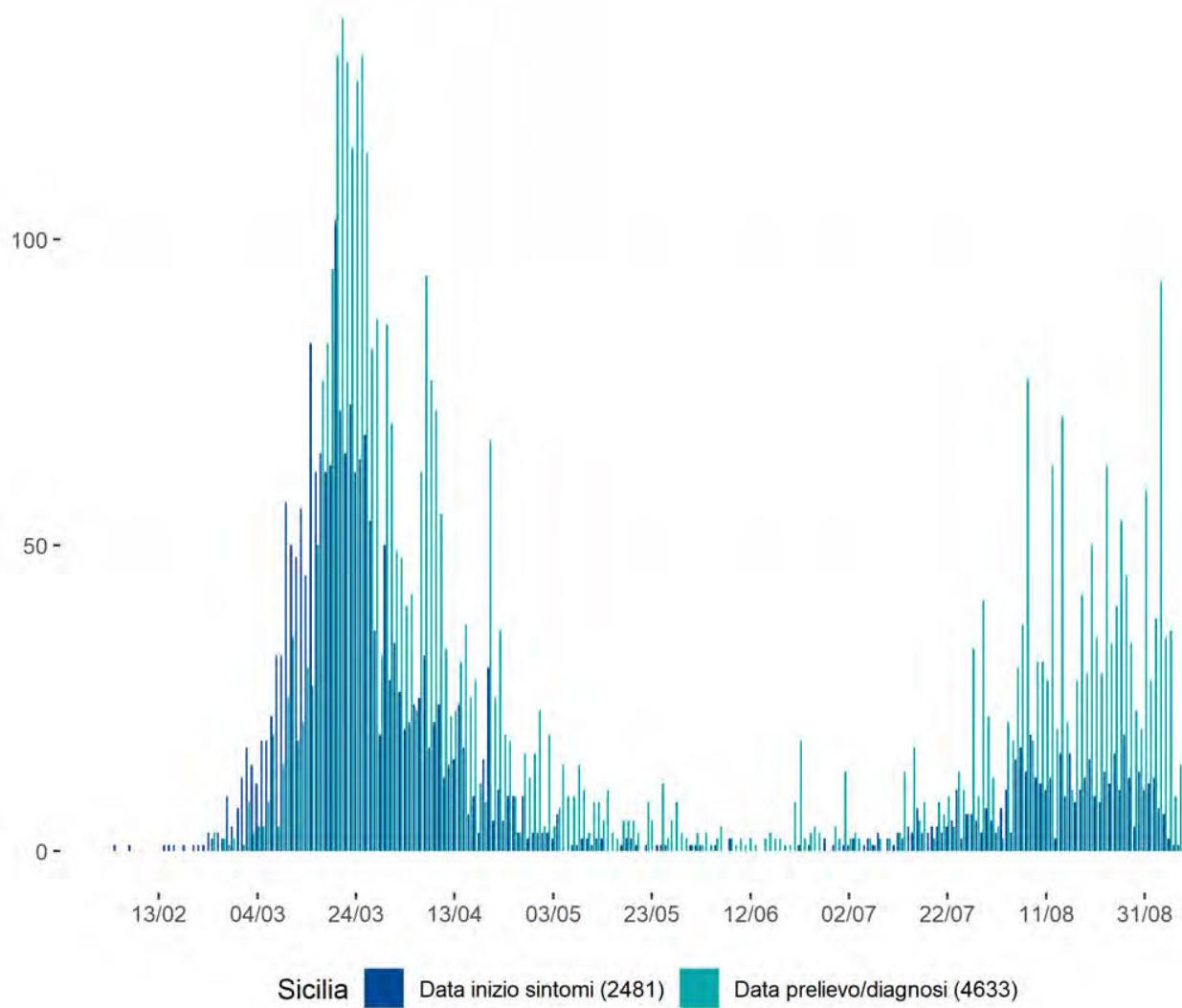


Sicilia

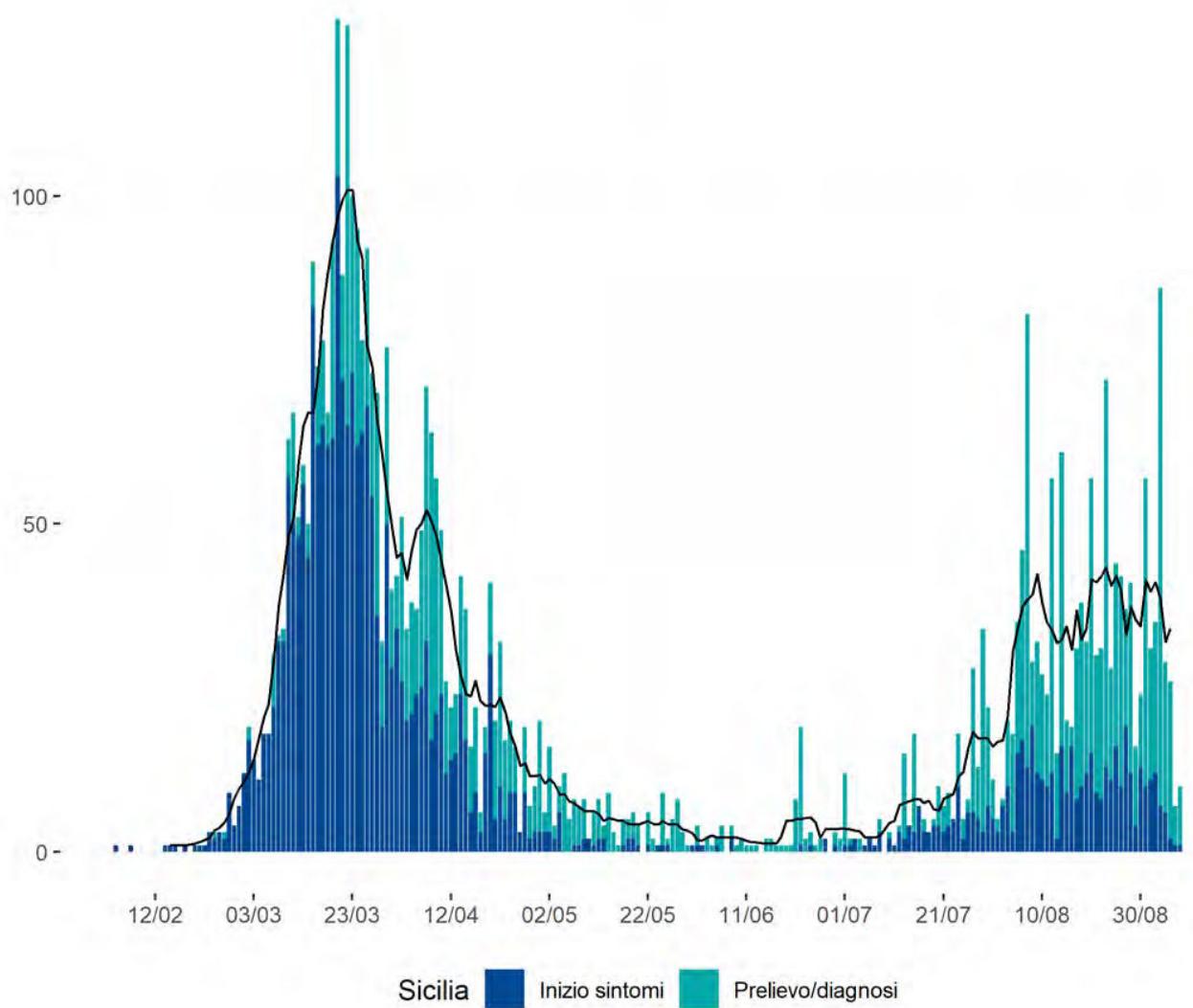
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 4682 | Incidenza cumulativa: 94.24 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 298 | Incidenza: 6 per 100000
- Rt: 0.96 (CI: 0.66-1.32) [medio 14gg]

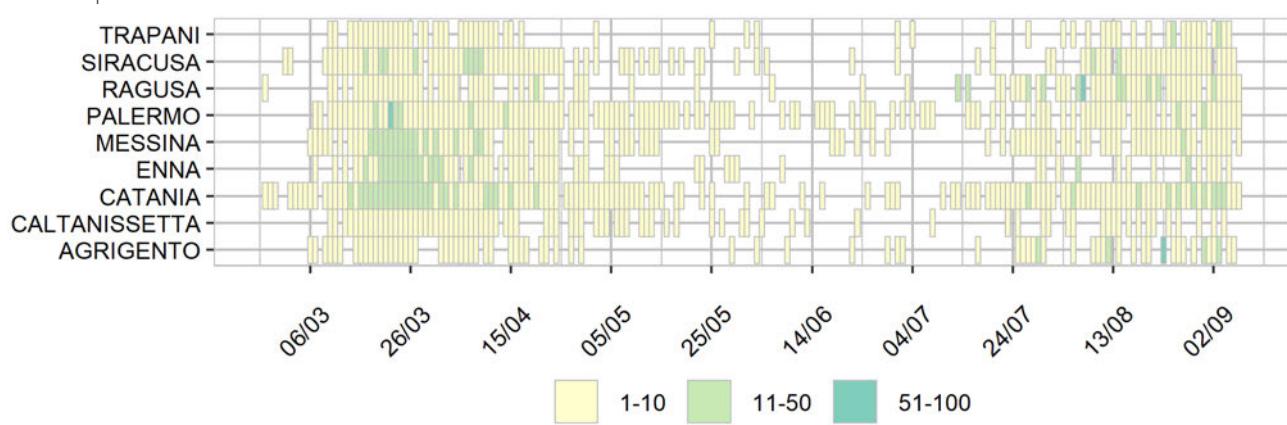
Curva epidemica



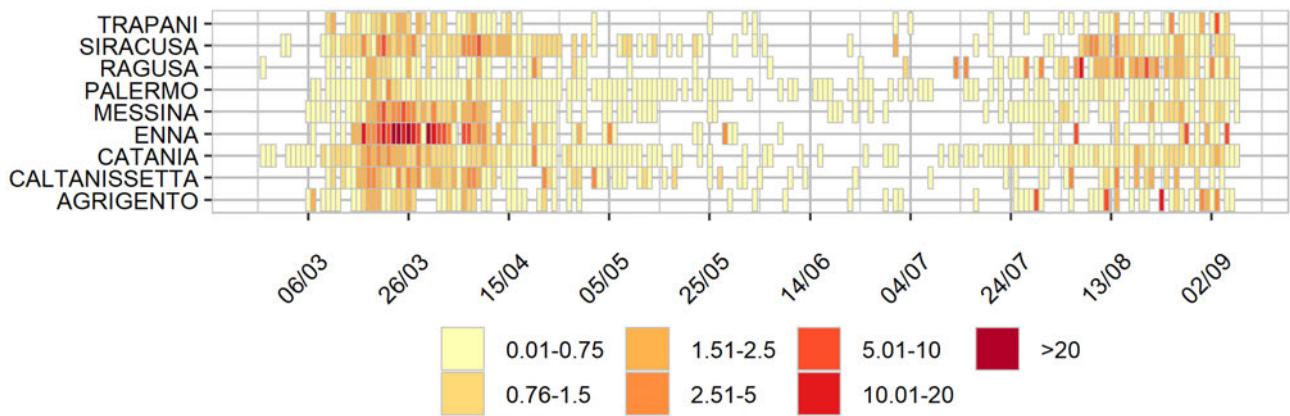
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

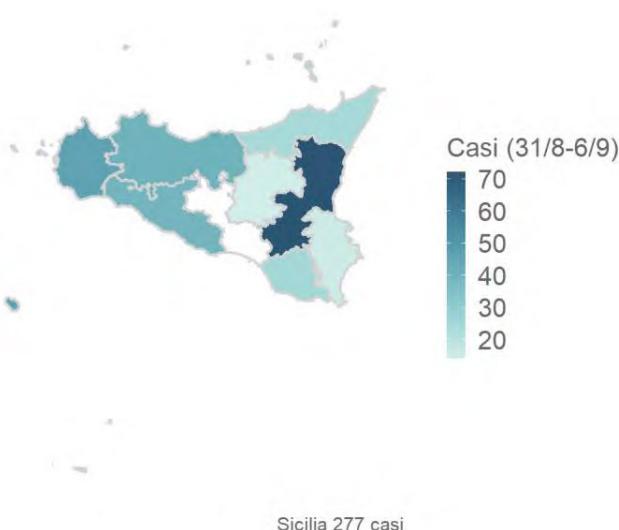


Heatmap - incidenza per 100000

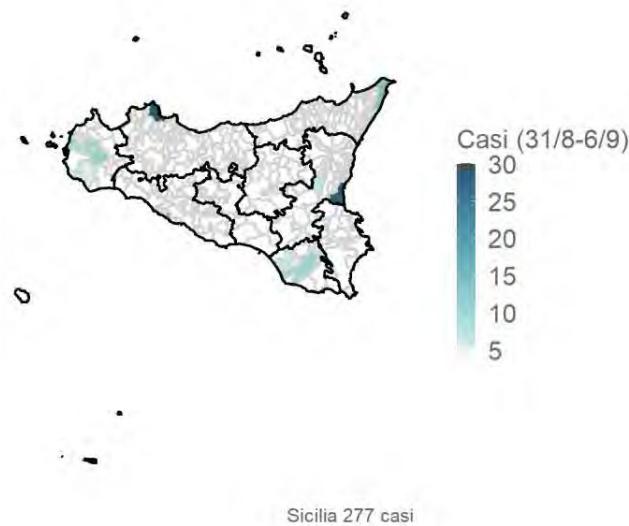


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

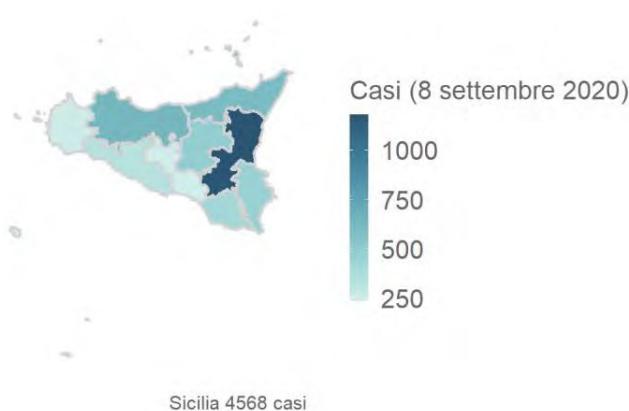


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

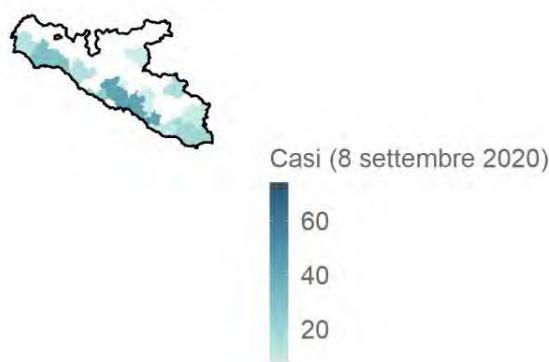
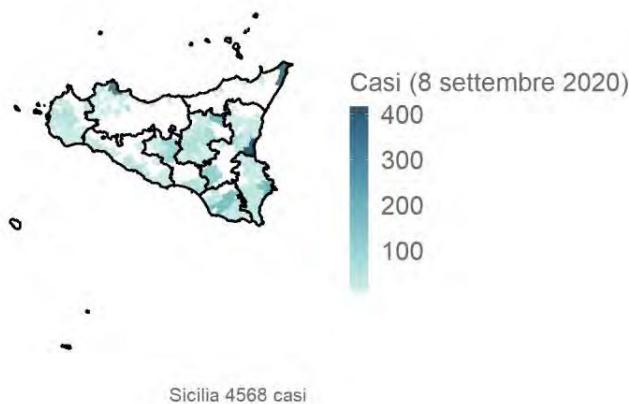


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

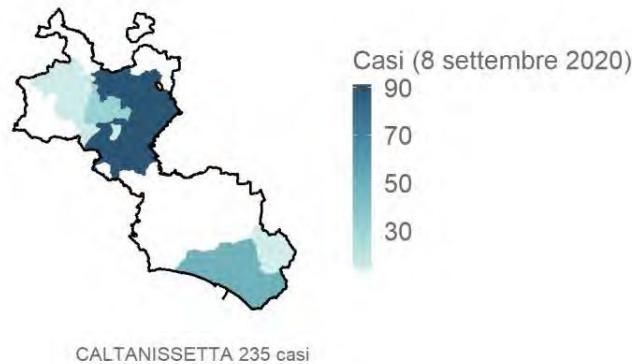
Mappa - province (domicilio/residenza)

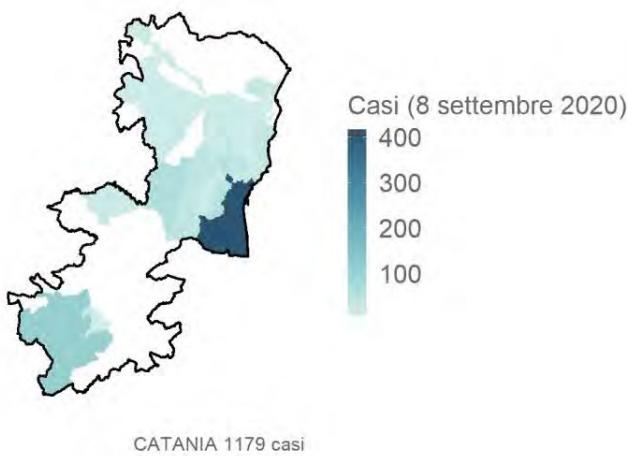


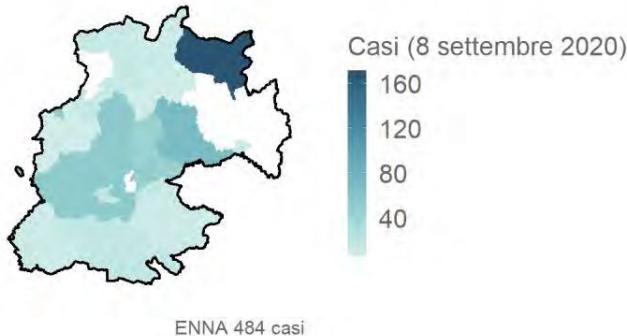
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

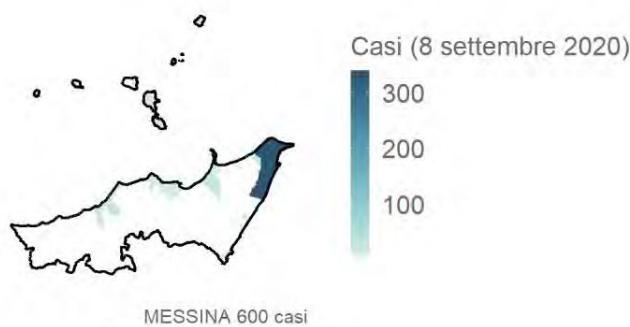


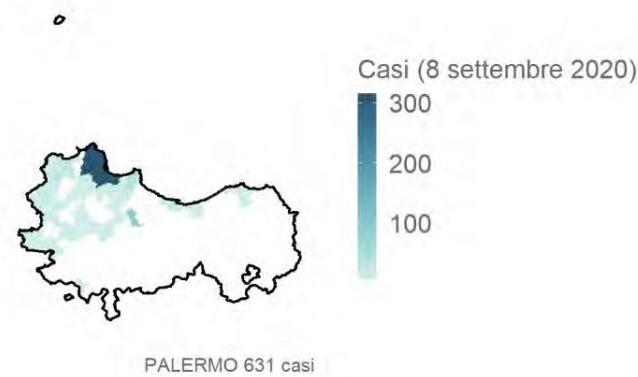
AGRIGENTO 331 casi

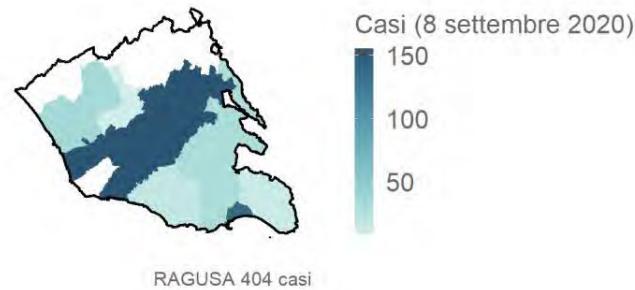


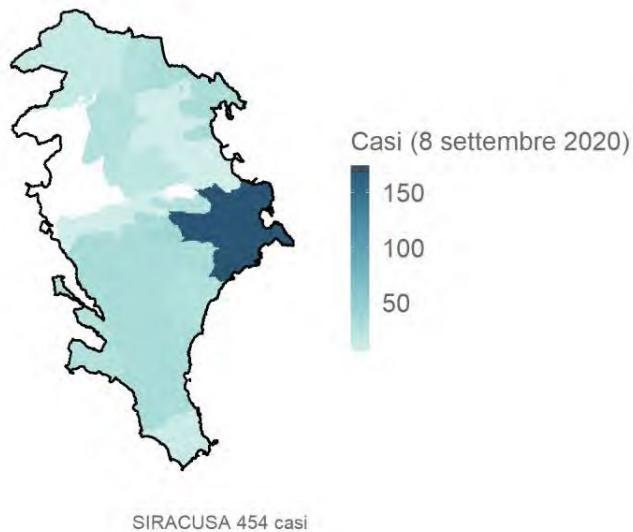


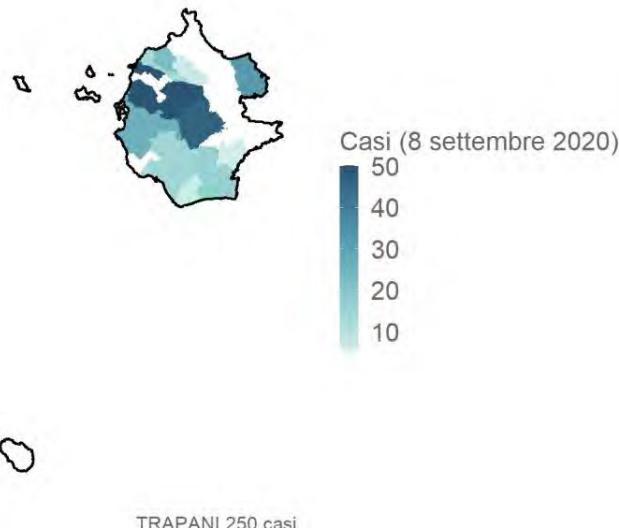










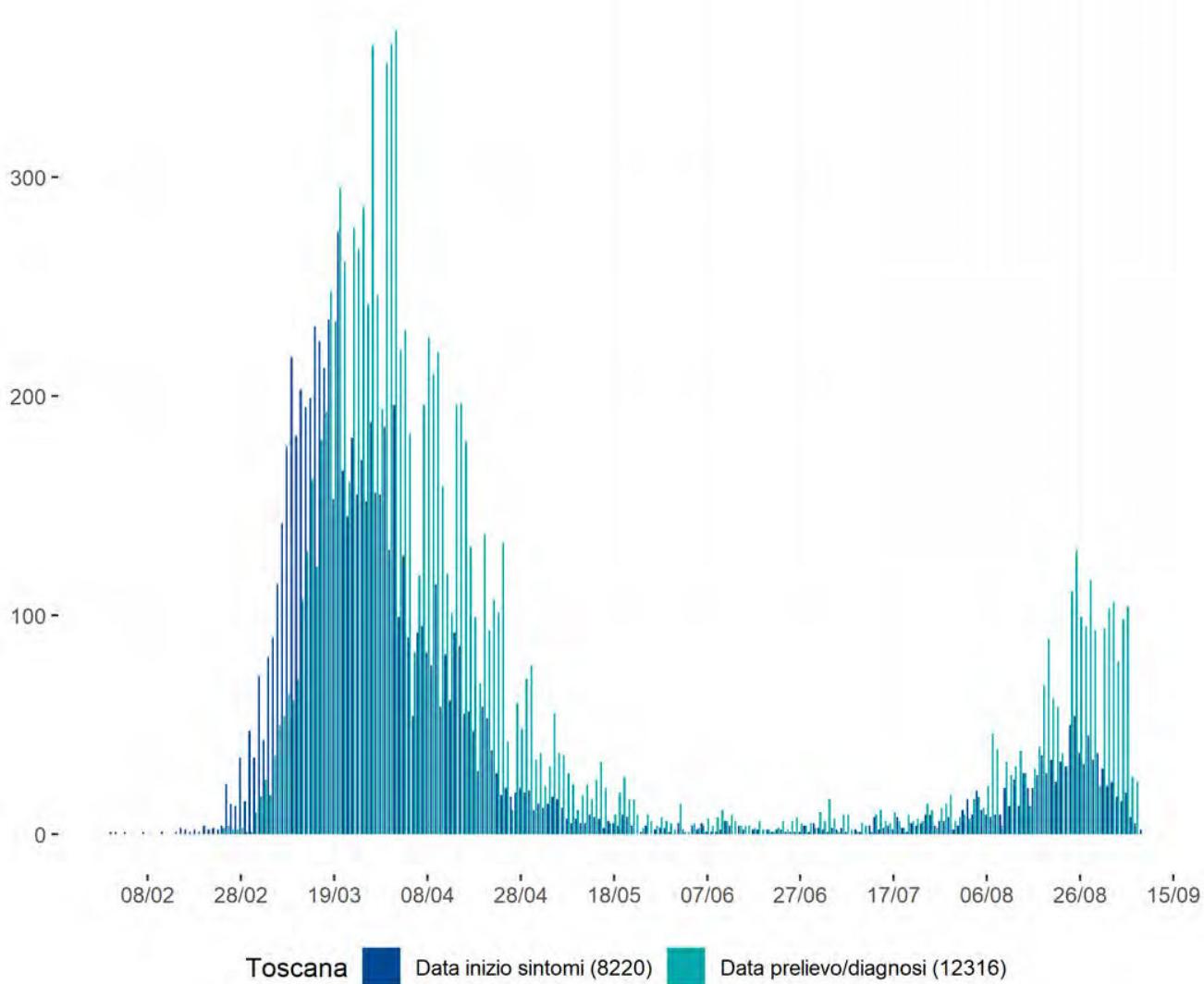


Toscana

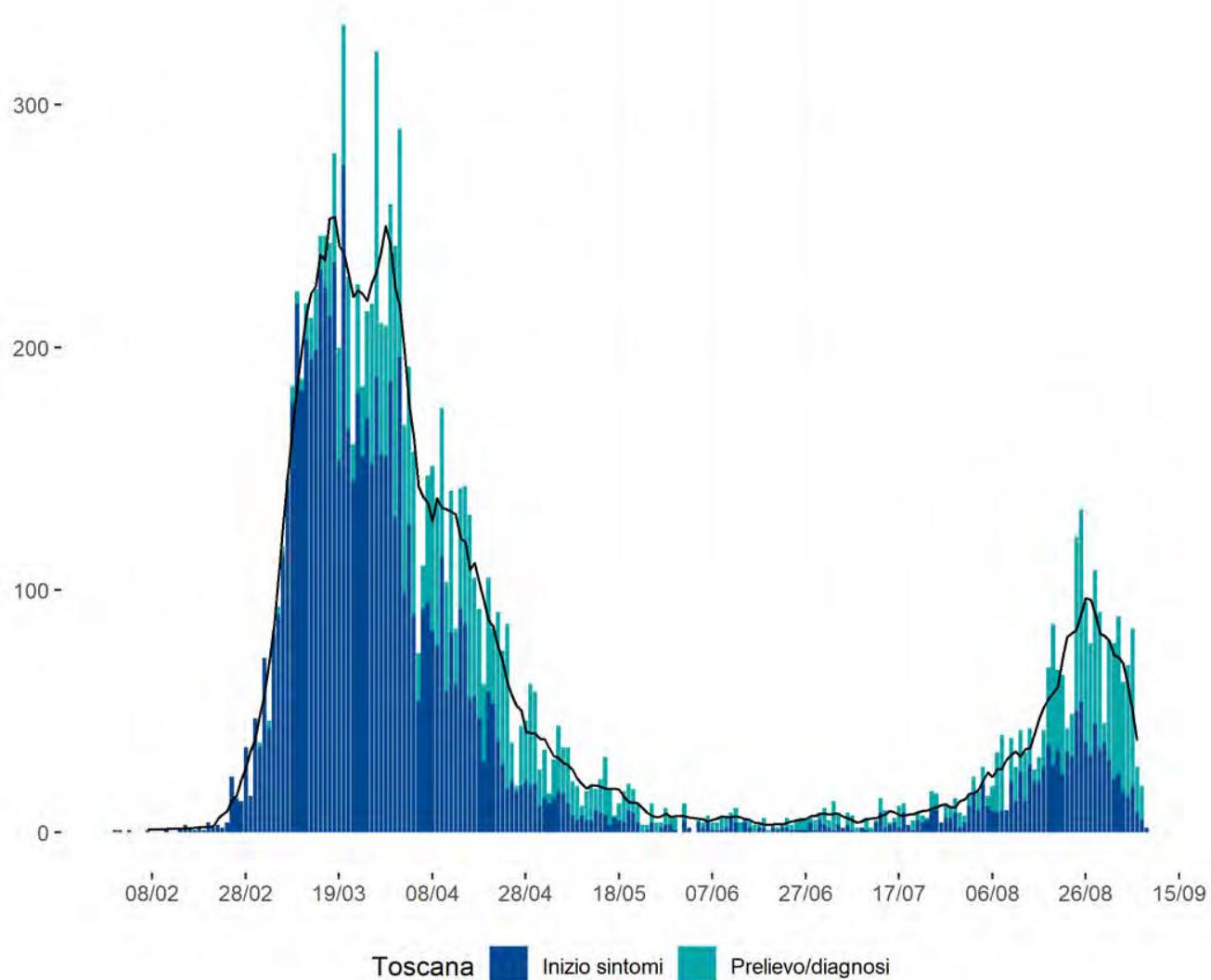
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 12319 | Incidenza cumulativa: 330.91 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 610 | Incidenza: 16.39 per 100000
- Rt: 0.95 (CI: 0.67-1.31) [medio 14gg]

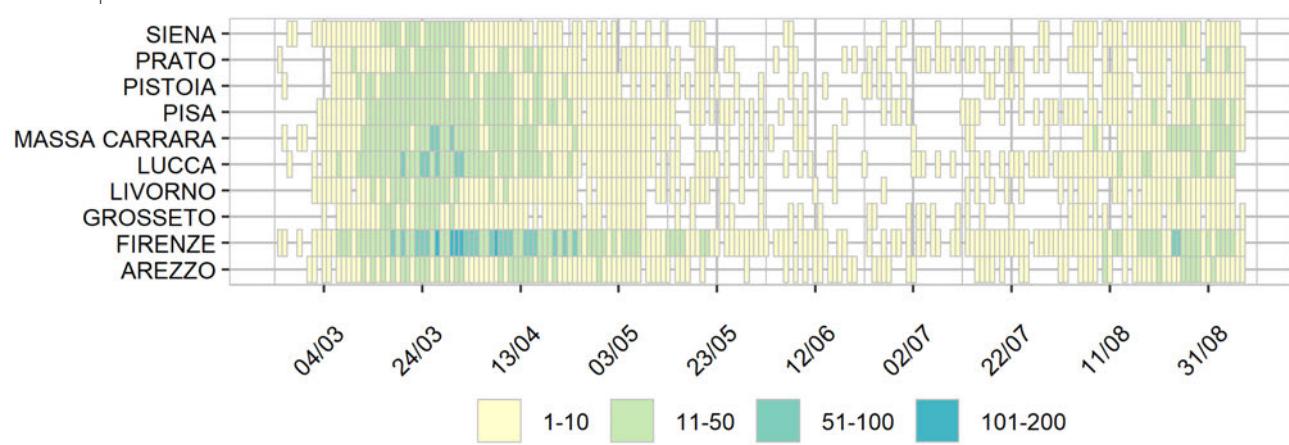
Curva epidemica



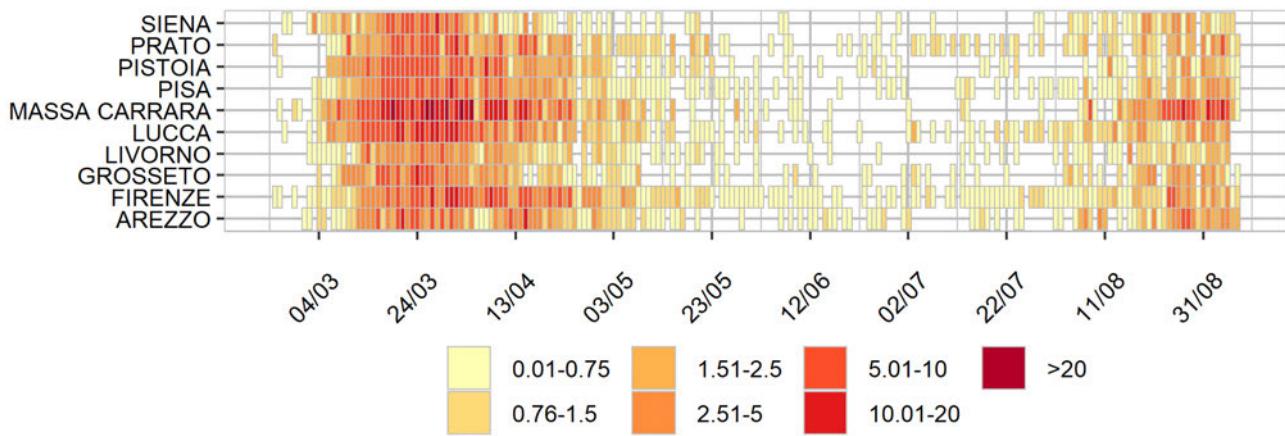
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

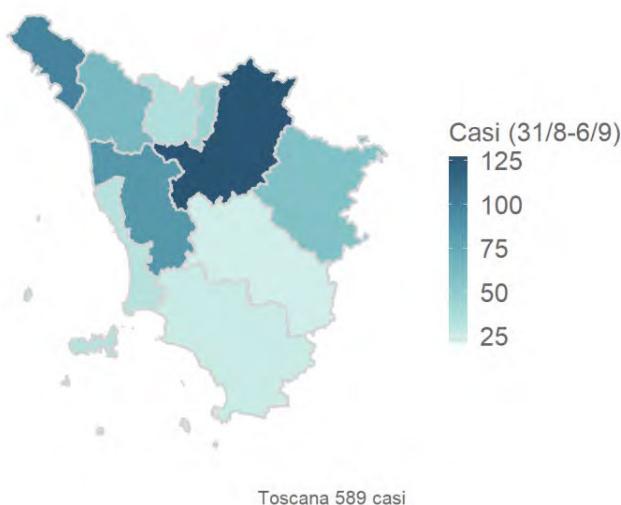


Heatmap - incidenza per 100000

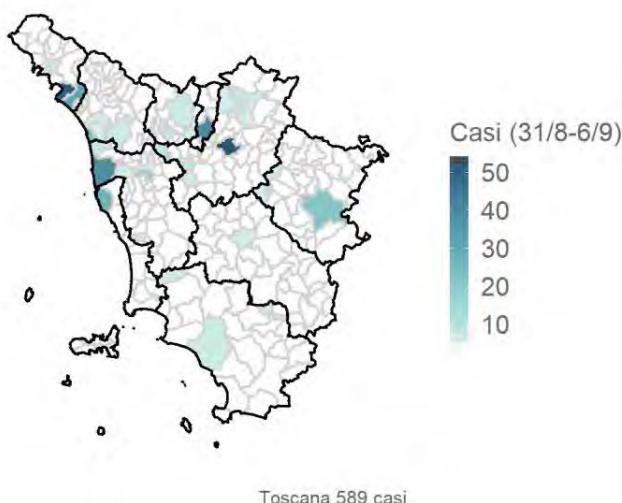


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

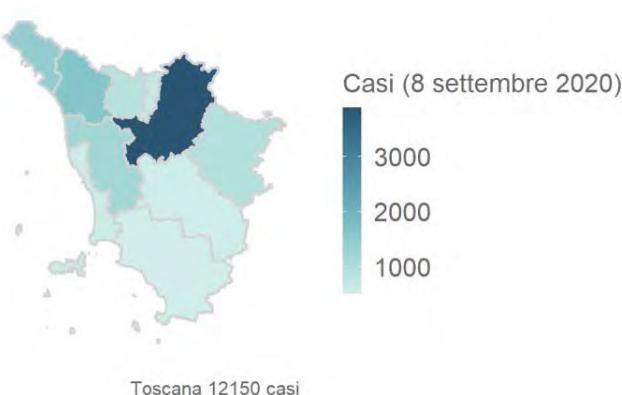


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

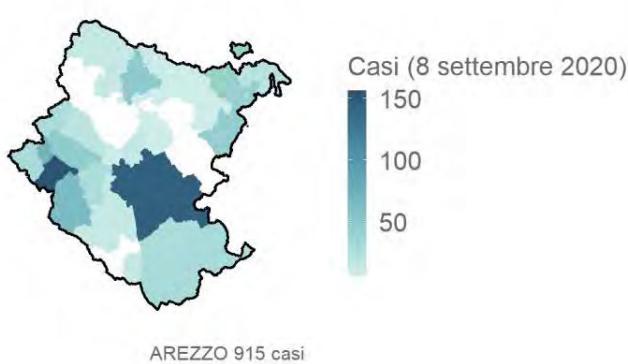
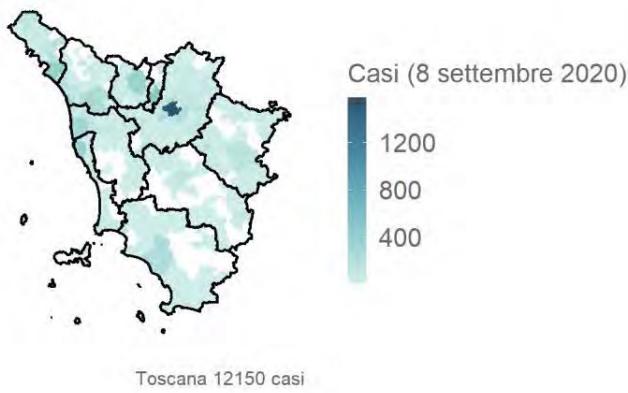


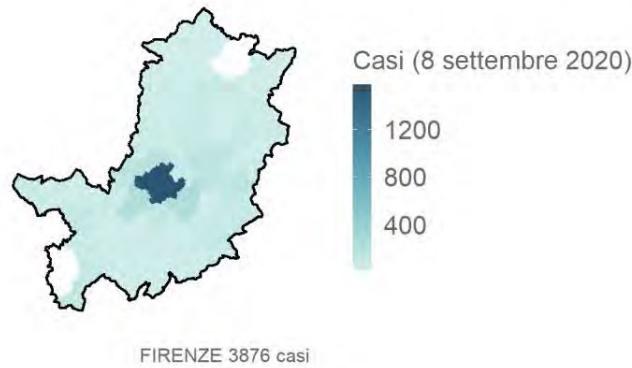
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

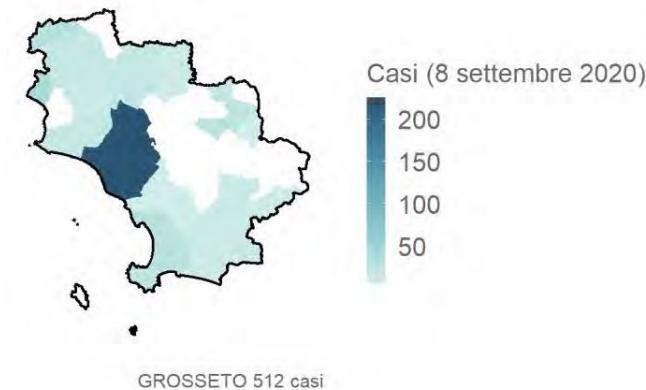
Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)





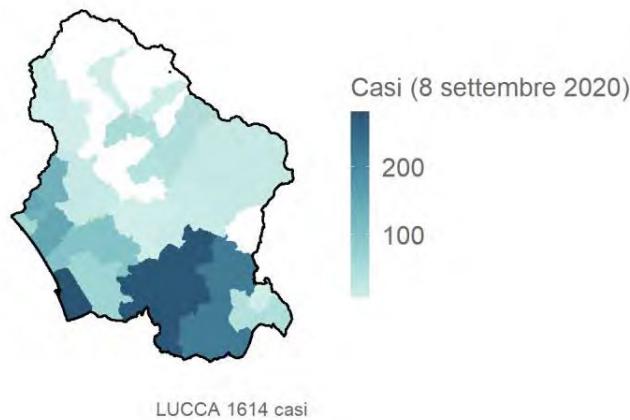


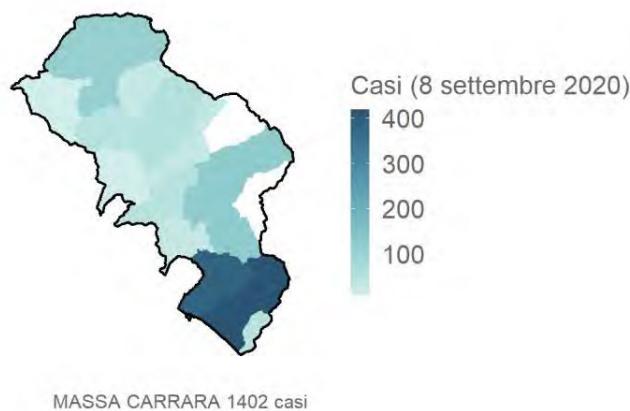


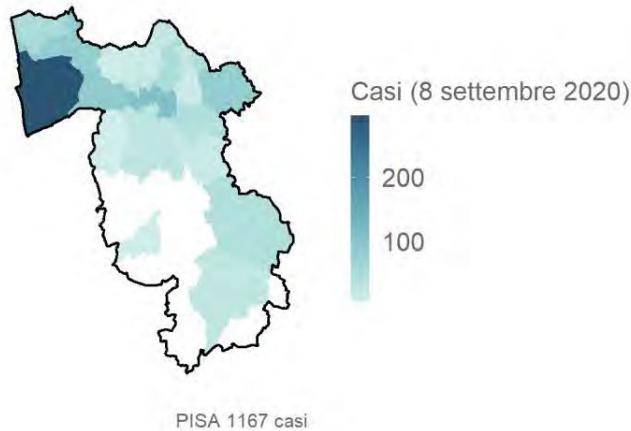
Casi (8 settembre 2020)

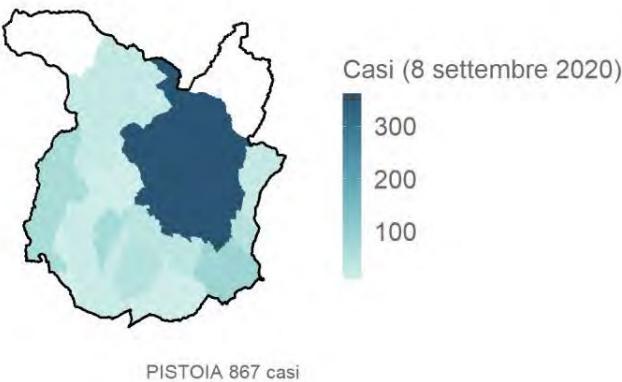
300
200
100

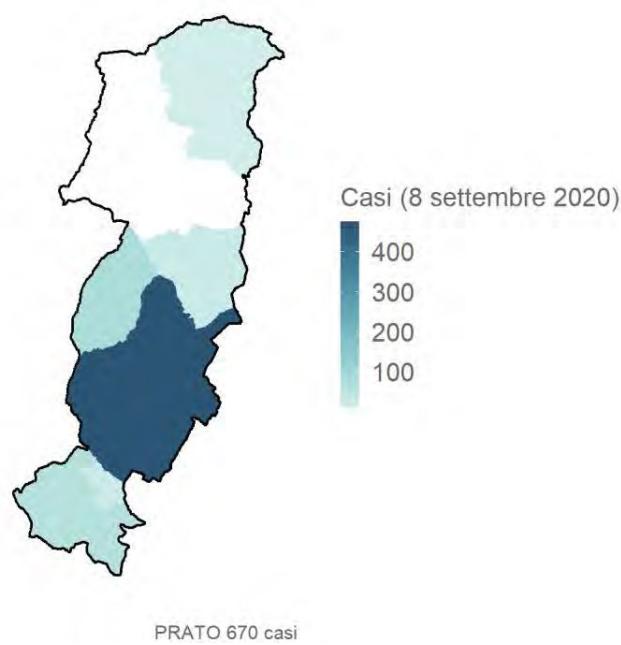
LIVORNO 581 casi

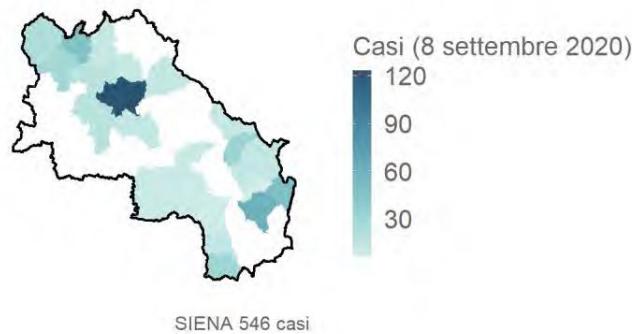










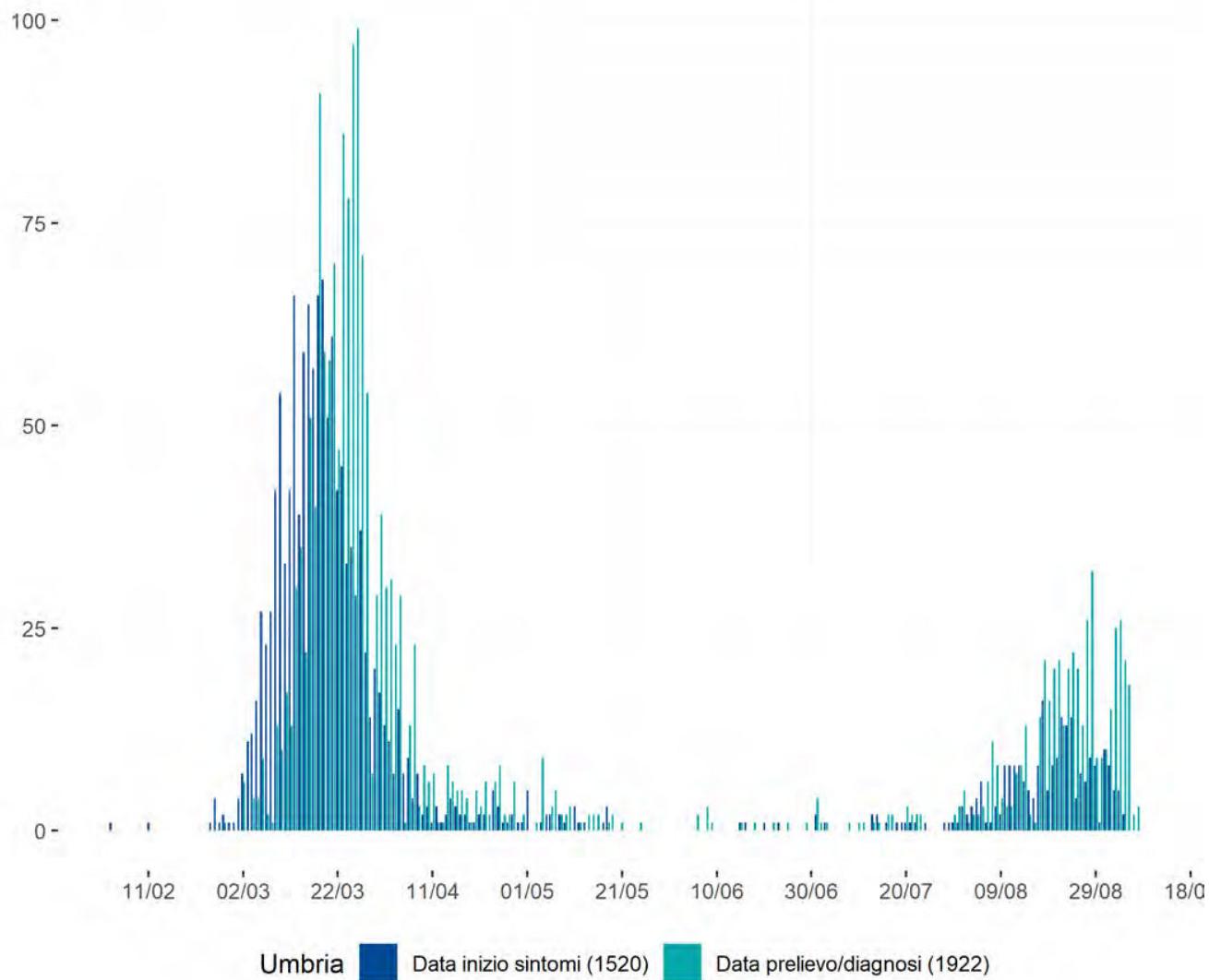


Umbria

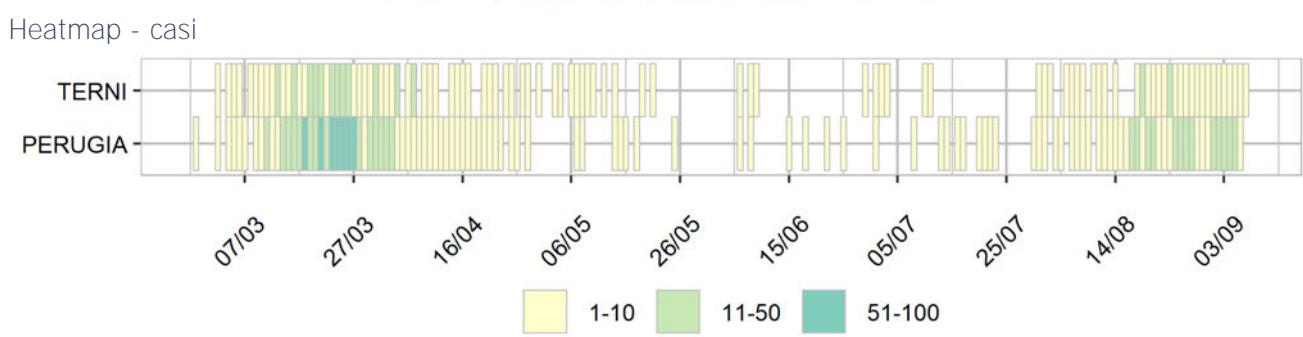
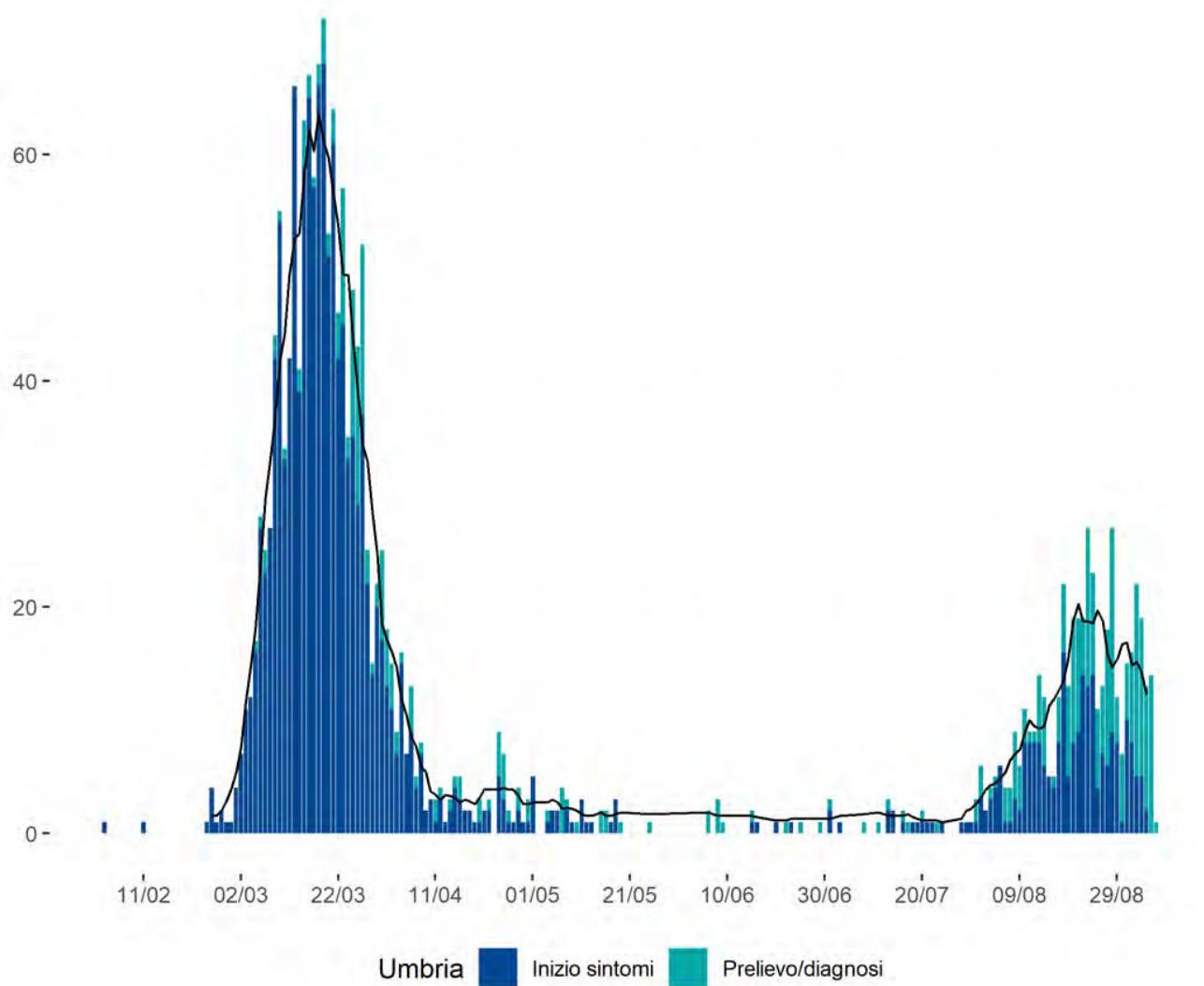
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 1926 | Incidenza cumulativa: 218.79 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 117 | Incidenza: 13.29 per 100000
- Rt: 0.77 (CI: 0.36-1.39) [medio 14gg]

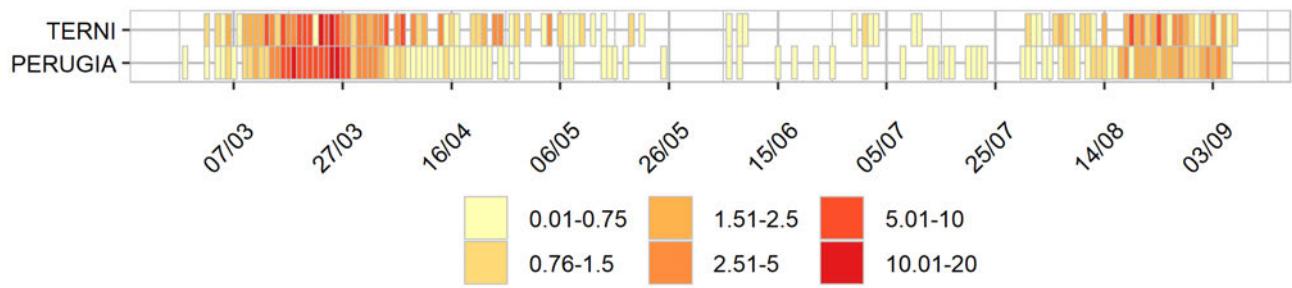
Curva epidemica



Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg

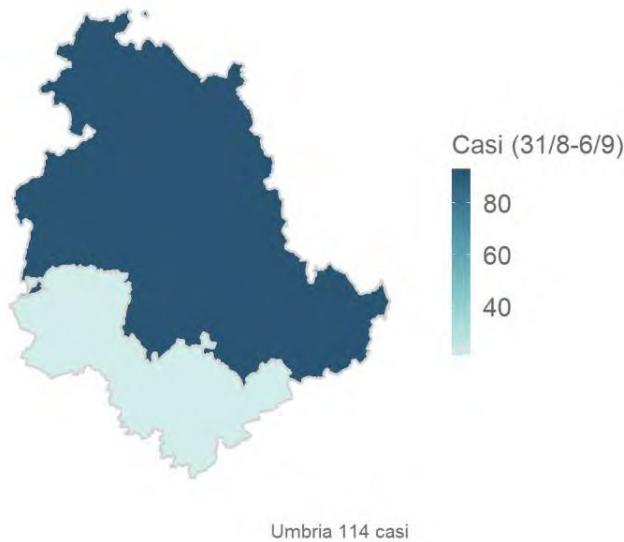


Heatmap - incidenza per 100000

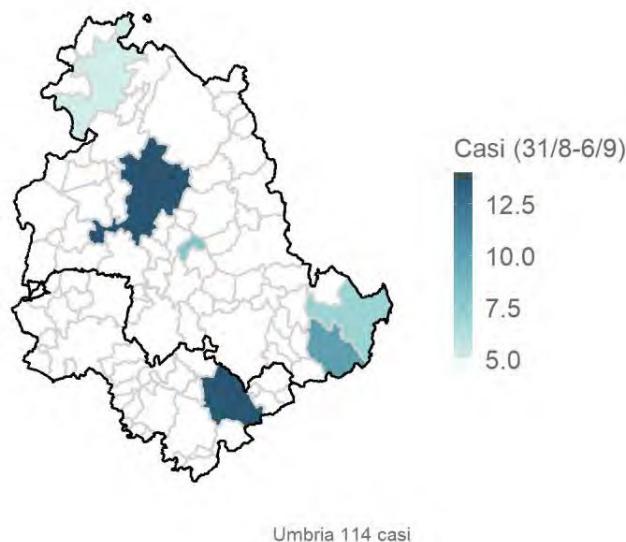


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

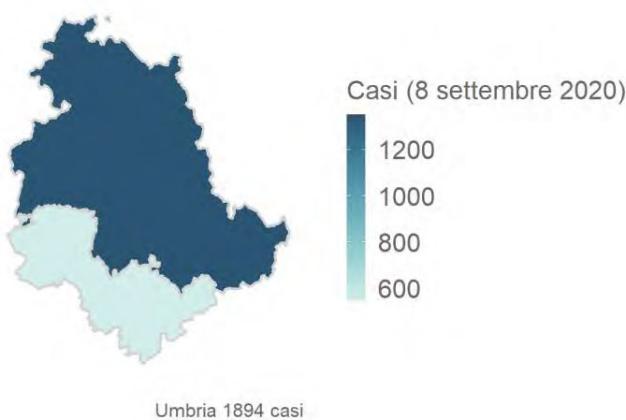


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

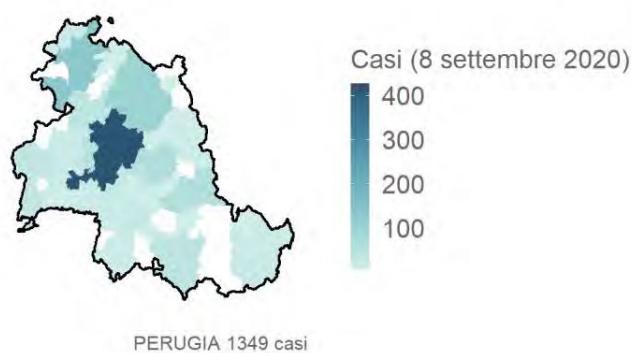
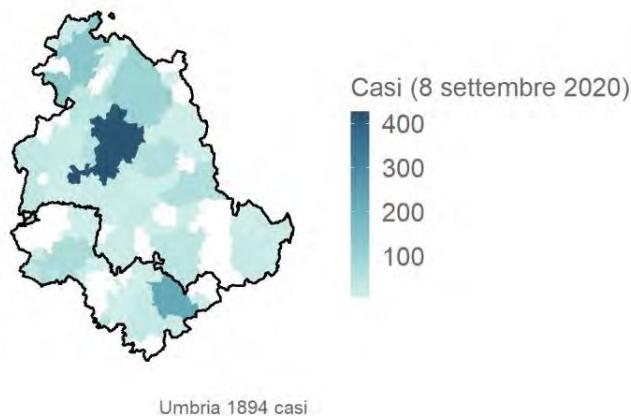


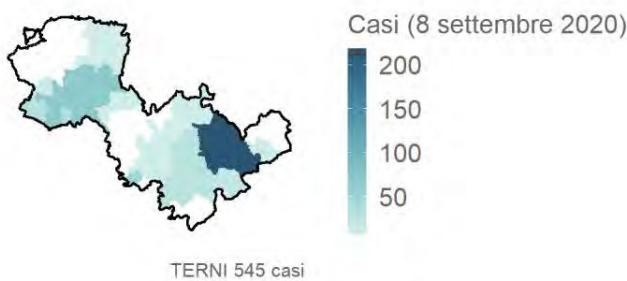
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)

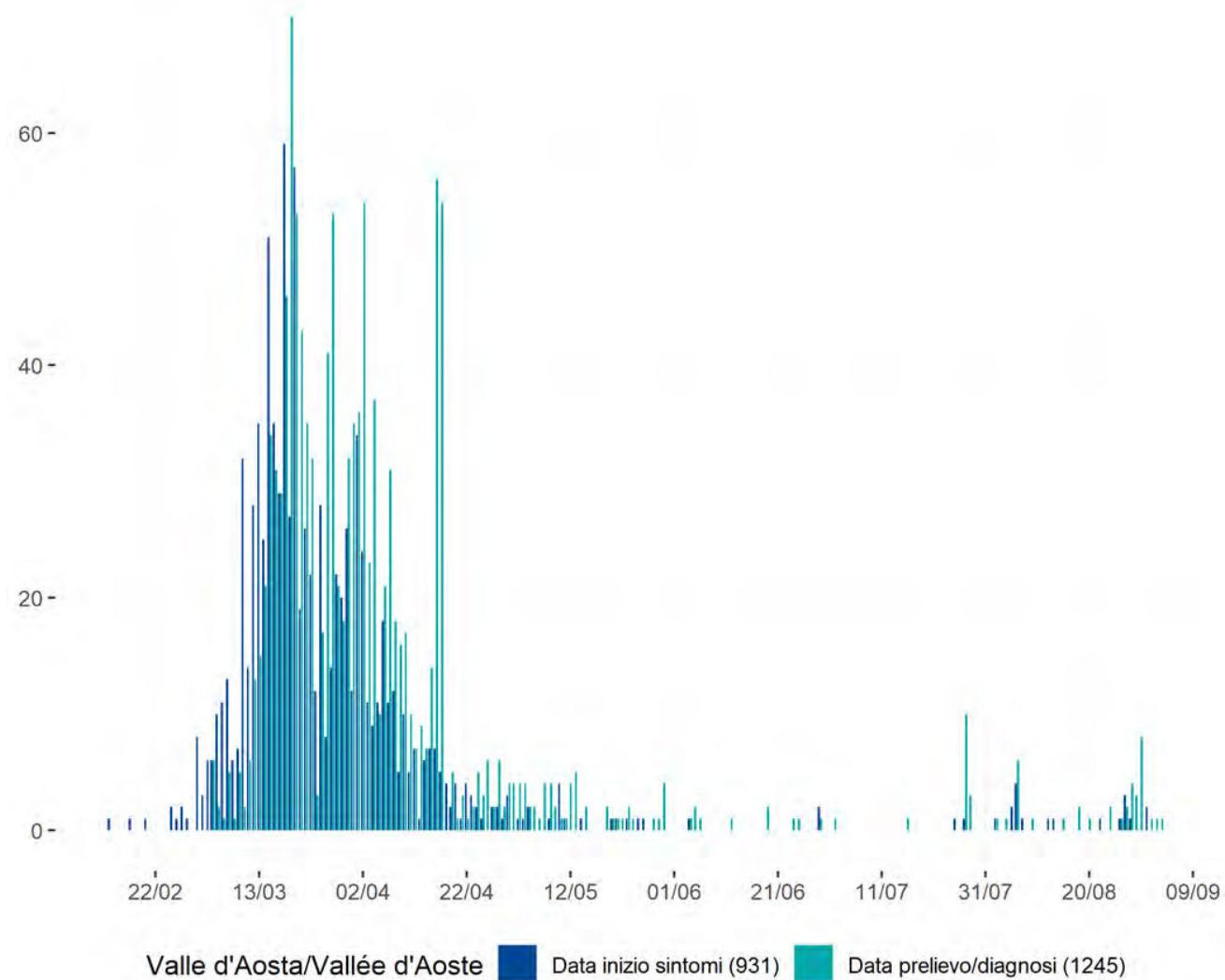




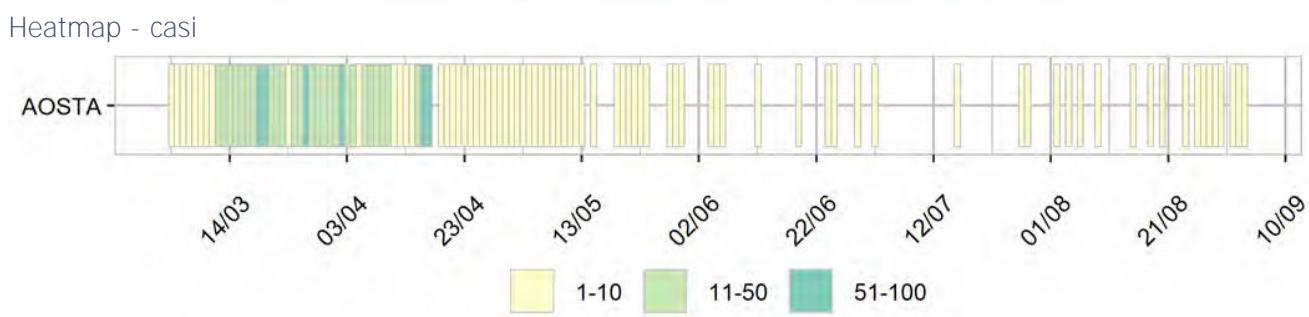
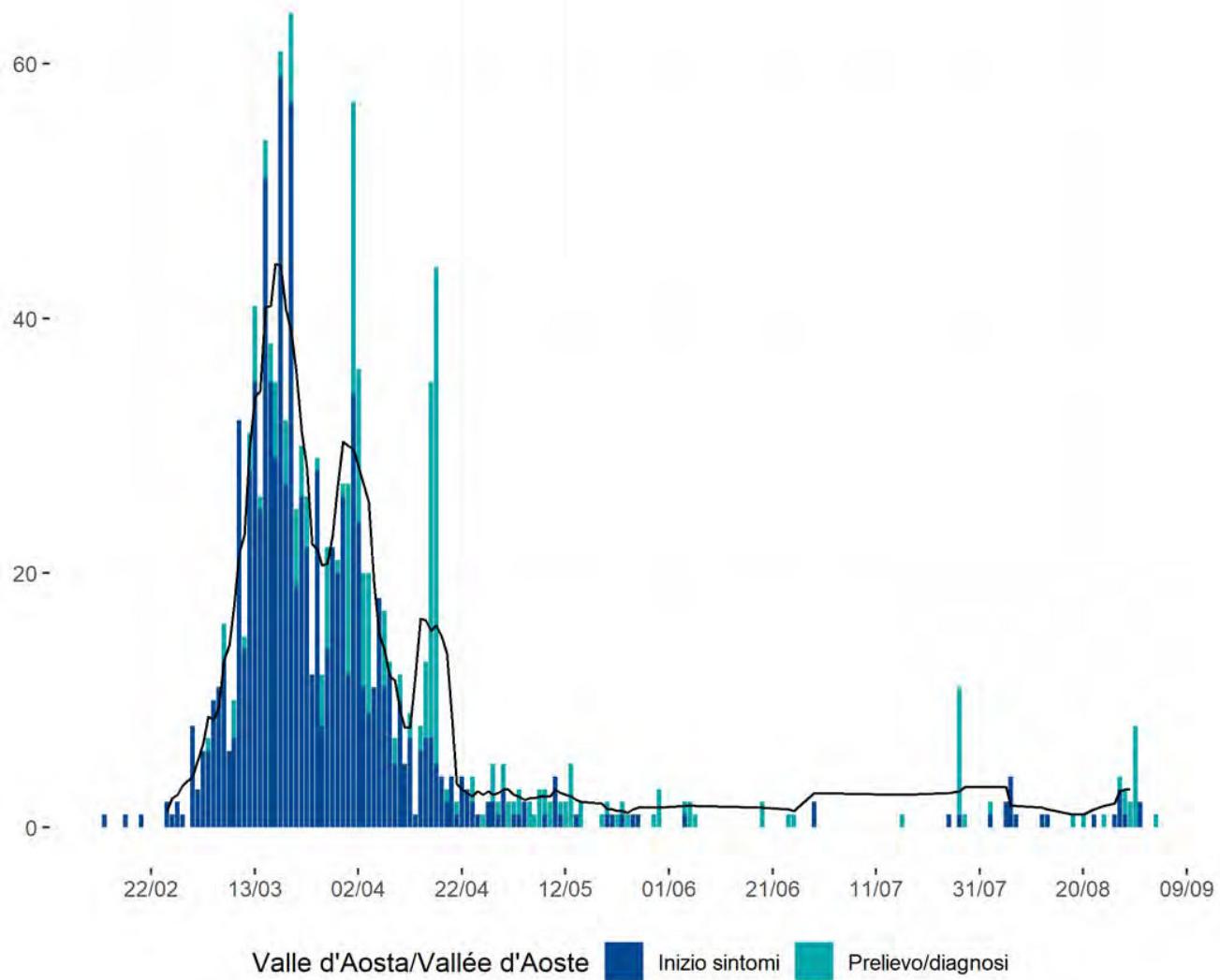
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 1245 | Incidenza cumulativa: 992.02 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 3 | Incidenza: 2.39 per 100000
- Rt: 0.59 (CI: 0-1.87) [medio 14gg]

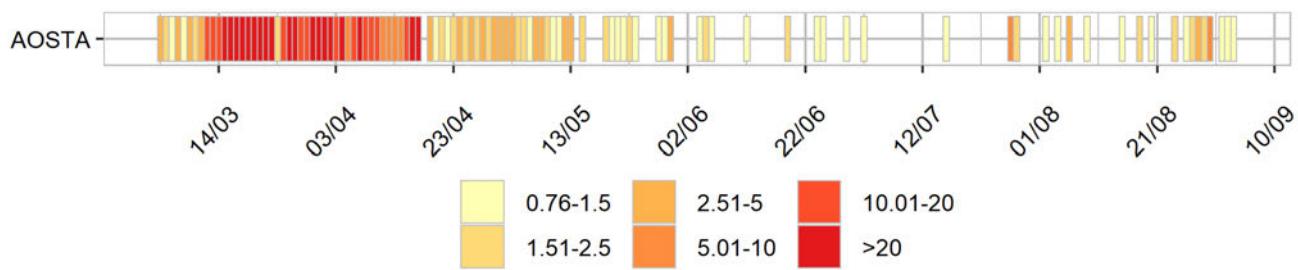
Curva epidemica



Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - incidenza per 100000



Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)



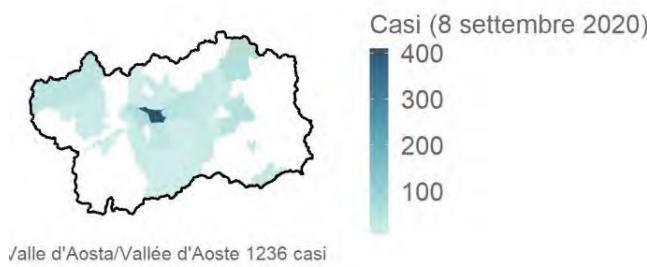
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste 3 casi

Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

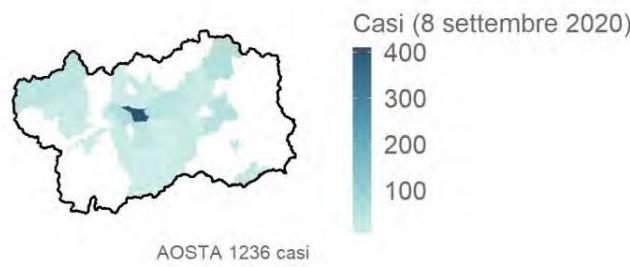
Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)



/alle d'Aosta/Vallée d'Aoste 1236 casi



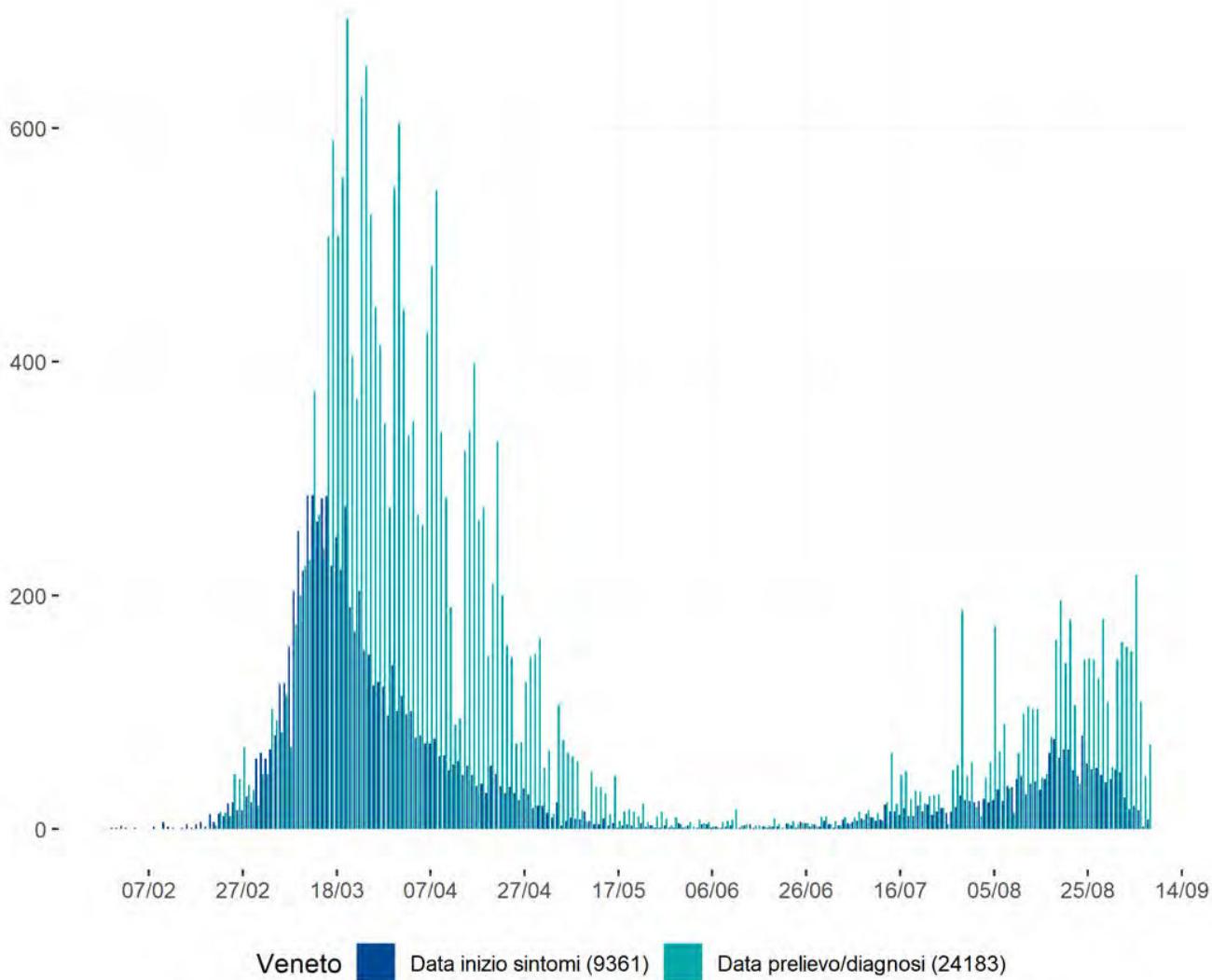
AOSTA 1236 casi

Veneto

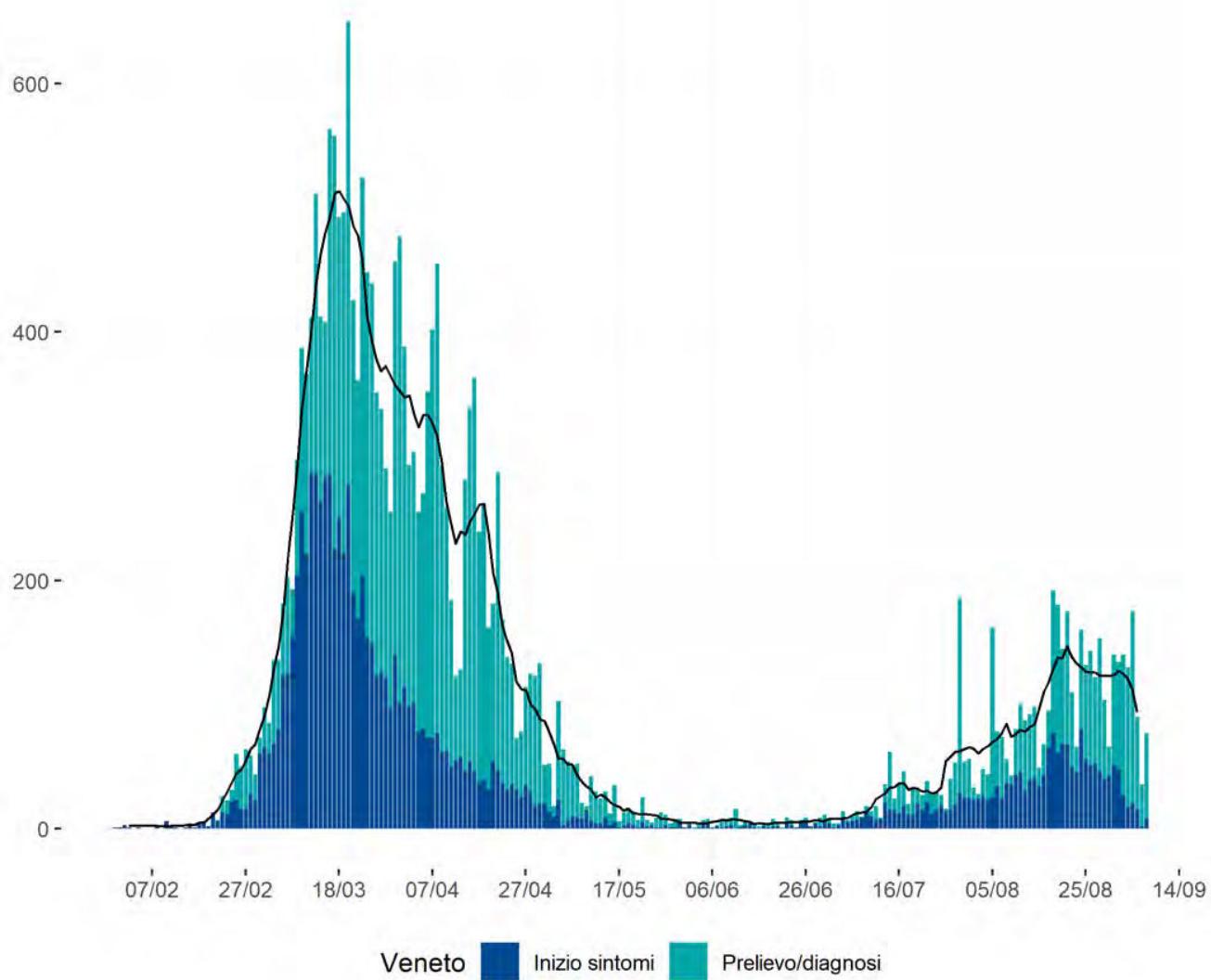
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 24191 | Incidenza cumulativa: 492.92 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 31/8-6/9: 985 | Incidenza: 20.07 per 100000
- Rt: 0.86 (CI: 0.65-1.1) [medio 14gg]

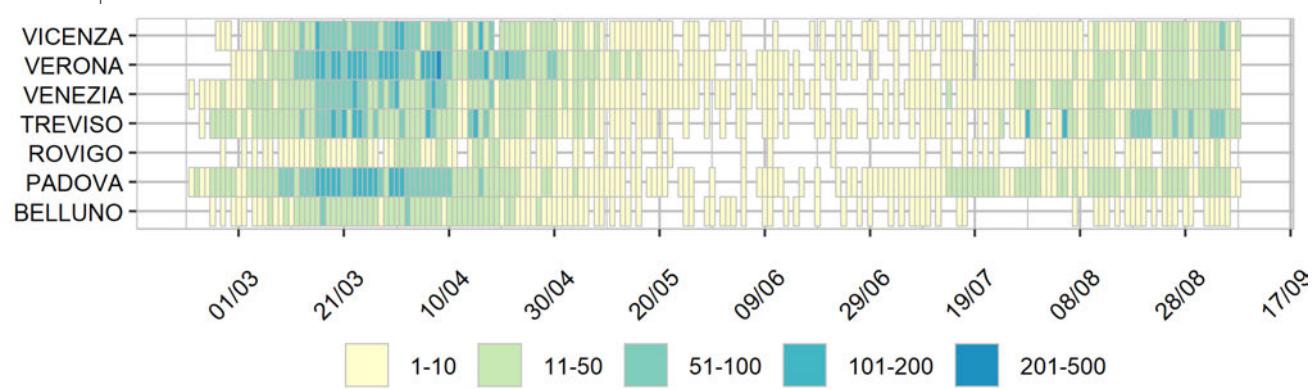
Curva epidemica



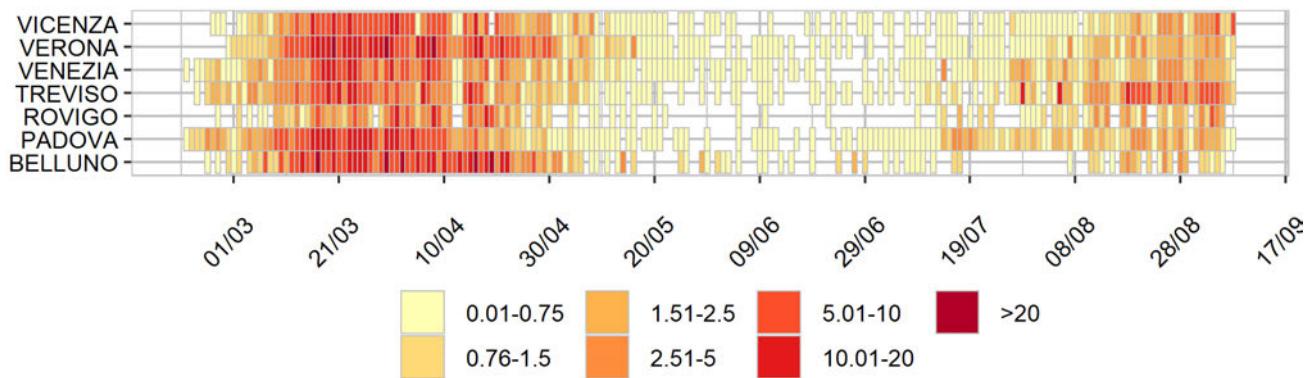
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

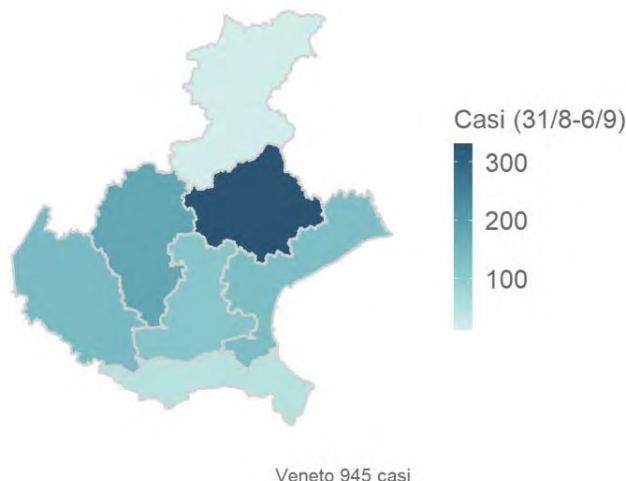


Heatmap - incidenza per 100000

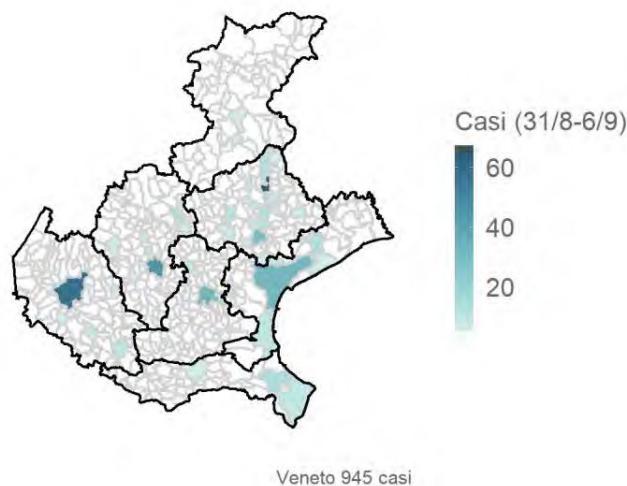


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

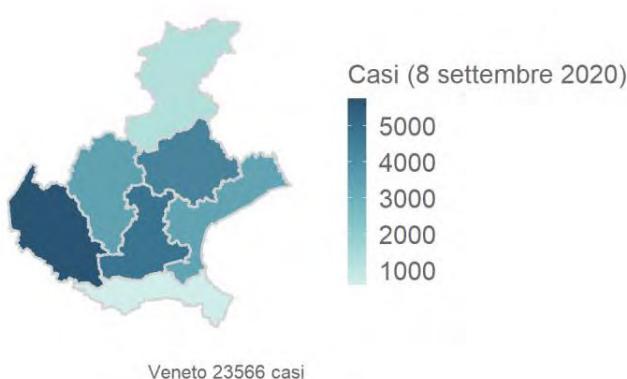


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 31/8-6/9)

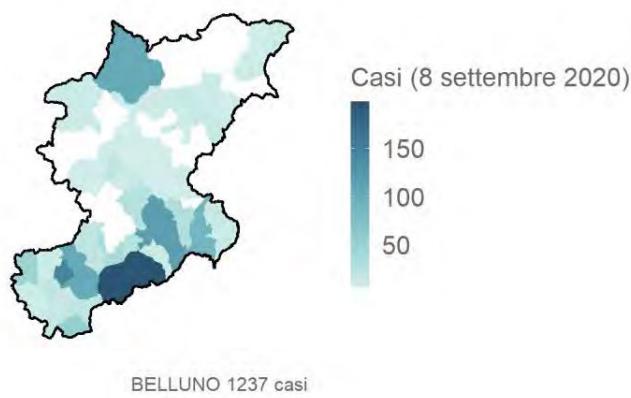
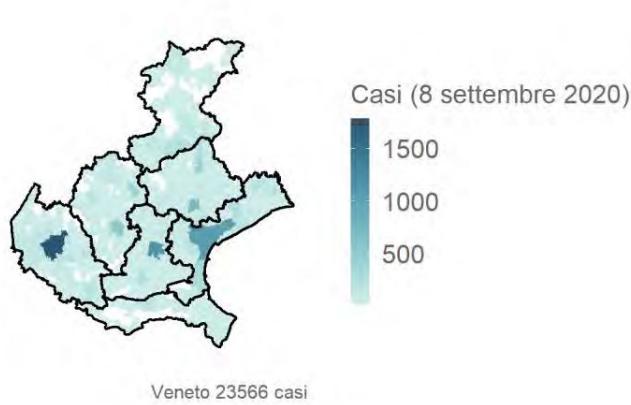


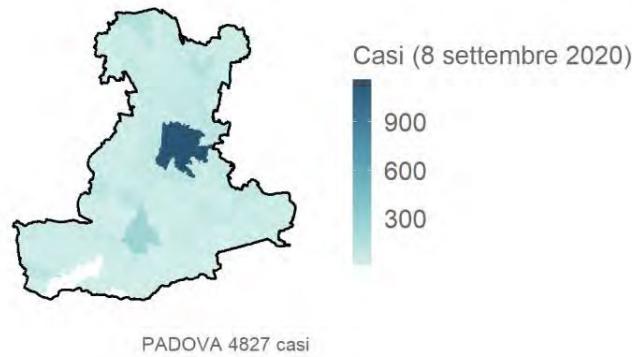
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

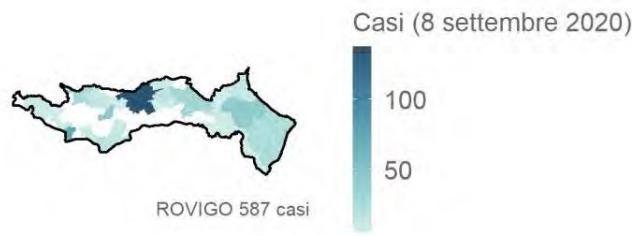
Mappa - province (domicilio/residenza)

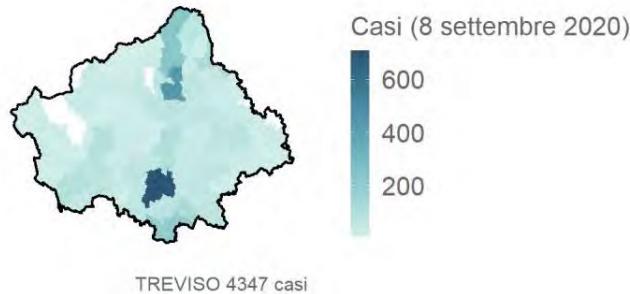


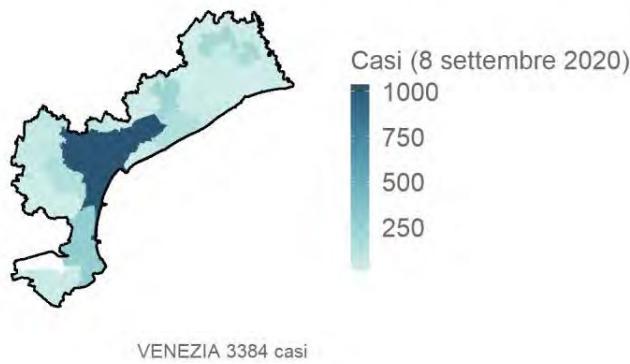
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

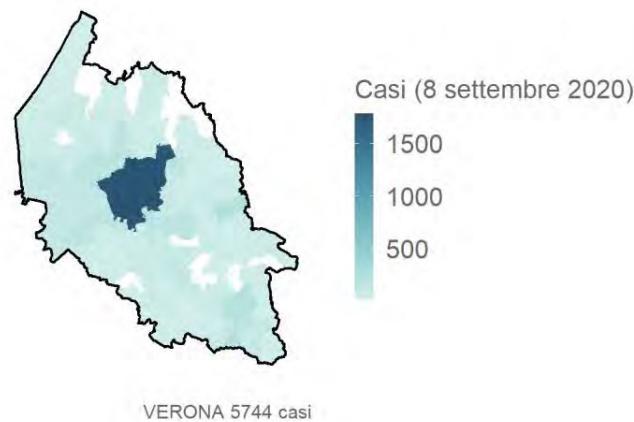


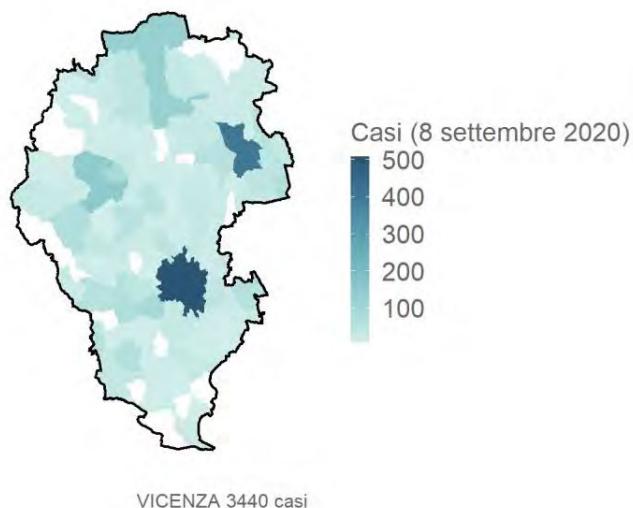














Allegato 5

Il Ministro della Salute

Ministero della Salute

GAB

0012583-P-05/09/2020

I.Z.b.a/2020/21



402380087

faccio riferimento all'accusa nota del 4 settembre 2020, con la quale l'amministratore delegato di Italo – Nuovo trasporto viaggiatori SpA, ha presentato una proposta operativa per "aumento coefficiente di riempimento dei treni AV".

Ciò premesso, Le chiedo cortesemente di voler sottoporre le predette istanze alle valutazioni del Comitato tecnico scientifico, affinché possano essere elaborate, con ogni consentita urgenza, le direttive e le indicazioni necessarie anche attraverso un confronto con gli Uffici tecnici dell'azienda per una più completa illustrazione della proposta.

L'occasione mi è gradita per porgerTi cordiali saluti.

Roberto Specanza

Dott. Agostino Miozzo
Coordinatore Comitato tecnico scientifico
Dipartimento della protezione civile
Presidenza del Consiglio dei ministri



Nuovo Trasporto Viaggiatori

Gianbattista La Rocca
Amministratore Delegato

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020



Roma, 4 settembre 2020

Ns. prot.: ITALO/P/20/248.001

Vs. rif.:

Spett.le
MINISTERO DELLA SALUTE
Lungotevere Ripa, 1
00153 - Roma

Alla c.a. On.le Ministro dott. Roberto Speranza
Trasmessa a mezzo pec: spm@postacert.sanita.it

Oggetto: Proposta Italo per aumento coefficiente di riempimento sui treni AV

Onorevole Ministro,

ringraziandoLa nuovamente per il proficuo incontro di martedì 1 settembre u.s., come da accordi sono a trasmetterLe la nota che descrive le misure tecniche ed organizzative da sottoporre al Comitato Tecnico Scientifico che Italo propone al fine di aumentare il coefficiente di riempimento dei treni AV.

La proposta è finalizzata a raggiungere un tasso di riempimento massimo dei treni Italo del 80% in analogia con quanto già approvato dal Comitato Tecnico Scientifico e previsto nelle Linee Guida emanate dal Ministero dei Trasporti il 1 settembre 2020 per il Trasporto Pubblico Locale (automobilistico, metropolitano, tranviario, filoviario, lagunare, costiero e ferroviario).

Rimandando la descrizione completa e dettagliata delle misure al documento allegato, ritengo sia fondamentale evidenziare quanto segue:

- il servizio operato da Italo prevede sempre l'assegnazione del posto a sedere, che non può essere cambiato durante il viaggio;
- non viene effettuata la vendita di posti in piedi;
- i treni alta velocità di Italo sono caratterizzati da ambienti spaziosi e da una disposizione dei posti in larga maggioranza a correre, i cui schienali creano una barriera naturale alla dispersione del respiro;
- in analogia a quanto avviene per il Trasporto Pubblico Locale, è previsto un ricambio dell'aria costante, garantito sia dagli impianti di climatizzazione che prevedono sempre una percentuale di aria prelevata dall'esterno, sia dall'apertura delle porte interne ed esterne ad ogni fermata;
- la proposta di Italo prevede comunque che i sedili faccia a faccia (cd. vis a vis) rimangano oggetto di distanziamento;
- Italo ha già in atto per il proprio servizio 13 misure tecniche ed organizzative alle quali con la presente proposta se ne aggiungerebbe un'ulteriore.

Peraltra, in uno scenario così complesso e delicato come quello che stiamo vivendo ormai da mesi, sono sicuro che condividerà che, come sia stato importante permettere una maggiore capienza nei mezzi del Trasporto Pubblico Locale al fine di consentire la ripartenza dell'attività scolastica e più in generale delle attività produttive del Paese, sia altrettanto fondamentale fornire la possibilità di spostamenti sull'alta

Ministero della Salute

GAB

0012582-A-05/09/2020

I .2 .b .a /2020/21-13-2



402380017

Italo - Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA
Viale del Policlinico 149/b
00161 Roma
I +39 06 422 9911
f +39 06 422 99 200

Registro Imprese di Roma
n. 09247981005
C.C.I.A.A. di Roma - n. REA 1150652
Cod. Fiscale e P.IVA 09247981005
Capitale Sociale € 60.017.725,00 i.v.

italo@pec.ntvspa.it
www.italospa.it



velocità che ha, sin dalla sua nascita, costituito motivo di evoluzione, sviluppo economico ed orgoglio del Sistema Italia, anche rispetto agli altri Paesi europei.

Come già anticipato, oltre alle 13 misure adottate da Italo in questo periodo di emergenza COVID che hanno già comportato pesanti interventi organizzativi e cospicui investimenti volti al continuo miglioramento della sicurezza e della qualità del servizio offerto, è riportata una proposta di misura addizionale al fine di consentire l'aumento del riempimento dei treni.

La misura addizionale che si propone è la distribuzione gratuita, durante la permanenza a bordo del treno, di mascherine chirurgiche certificate dall'Istituto Superiore di Sanità. Per garantire la sostituzione ogni quattro ore, saranno previste più tranches di distribuzione a seconda della durata del viaggio. Questa misura consente di avere assoluta garanzia che i passeggeri utilizzino correttamente mascherine chirurgiche e siano sempre dotati di una mascherina chirurgica nuova.

Tenuto conto dei cospicui investimenti e degli interventi organizzativi e tecnici già messi in campo da Italo, nonché dell'ulteriore investimento che Italo si rende disponibile a realizzare, sono a richiederLe la possibilità che il Comitato Tecnico Scientifico tratti l'argomento in oggetto nella prima seduta utile da tenersi ad hoc.

Come largamente illustrato nell'incontro di martedì 1 settembre u.s., la definizione di regole e misure certe, efficaci e realizzabili in tempi ragionevoli è un elemento oramai necessario ed imprescindibile per la sopravvivenza di Italo, un'azienda privata già duramente colpita dall'emergenza COVID-19 che opera senza alcuna forma di sussidio o contribuzione.

È evidente che quanto sopra rappresenti il presupposto per scongiurare il rischio di una crisi aziendale profonda con gravi ed irreversibili impatti sociali, sia in termini occupazionali che di ricadute sulla concorrenza, con inevitabili effetti negativi anche sui consumatori che vedrebbero venir meno i benefici di un mercato aperto (riduzione dei prezzi ed incremento della qualità dei servizi per spostamenti a breve, medio e lungo raggio all'interno del Paese).

La ringrazio per l'attenzione e Le invio i miei più cordiali saluti.

All.to: c.s.



NOTA TECNICA: CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO FERROVIARIO ALTA VELOCITA' ITALO E MISURE TECNICHE ED ORGANIZZATIVE AL FINE DI AUMENTARE IL COEFFICIENTE DI RIEMPIMENTO DEI TRENI AV

PREMESSA

Si riportano di seguito le misure tecniche ed organizzative finalizzate al raggiungimento di un coefficiente di riempimento massimo del 80% dei treni Italo, restando fermo il distanziamento interpersonale per i posti vis-à-vis (c.d. faccia a faccia).

La trattazione si suddivide in due sezioni:

- nella prima sezione è presentata una misura addizionale, sulla quale Italo intenderebbe investire per consentire l'aumento del riempimento, che si andrebbe ad aggiungere alle 13 misure sulle quali Italo ha già messo in campo cospicui investimenti negli ultimi mesi e sin dall'inizio dell'emergenza. La nuova misura consiste nella distribuzione gratuita a tutti i viaggiatori di mascherine chirurgiche certificate dall'Istituto Superiore di Sanità, prevedendone inoltre la sostituzione ogni quattro ore; questa misura si presenta efficace, tecnicamente fattibile ed implementabile in tempi ragionevoli;
- nella seconda sezione sono riportate le 13 misure già applicate sui servizi Italo, delle quali si riporta sotto una tabella sintetica per maggiore chiarezza.

Misura	Descrizione
1	MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA
2	AUTOCERTIFICAZIONE (OBBLIGHI PROPEDEUTICI AL VIAGGIO)
3	BIGLIETTO NOMINATIVO
4	RINUNCIA AL VIAGGIO IN CASO DI INSORGENZA DI SINTOMI RICONDUCIBILI AL COVID
5	DIVIETO BAGAGLI VOLUMINOSI A BORDO
6	DISCIPLINA DELLA SALITA E DISCESA DEI VIAGGIATORI
7	SERVIZI DI CATERING CON PRODOTTI MONODOSE CONFEZIONATI
8	GEL DISINFETTANTE
9	PULIZIA E SANIFICAZIONE SUPERFICI DURANTE IL VIAGGIO
10	LAYOUT DELLE CARROZZE E DISTANZIAMENTO DEI POSTI VIS-A-VIS
11	RICAMBIO DELL'ARIA E CLIMATIZZAZIONE
12	SANIFICAZIONE AMBIENTI DOPO IL VIAGGIO
13	AUTOCERTIFICAZIONE (OBBLIGO DEL CLIENTE DI INFORMARE LE AUTORITÀ NEL CASO DI INSORGENZA DI SINTOMI RICONDUCIBILI AL COVID)



SEZIONE 1

DISTRIBUZIONE GRATUITA DI MASCHERINE CHIRURGICHE

La misura addizionale che si propone è la distribuzione gratuita, durante la permanenza a bordo del treno, di mascherine chirurgiche certificate dall'Istituto Superiore di Sanità. Per garantire la sostituzione ogni quattro ore, saranno previste più tranches di distribuzione a seconda della durata del viaggio. Questa misura consente, ancorché già oggi sia obbligatoria la mascherina chirurgica a bordo, di avere assoluta garanzia che i passeggeri utilizzino mascherine chirurgiche nuove e conformi alla normativa, garantendone la sostituzione entro il termine di 4 ore stabilito dalla norma.

Questa misura è fattibile tecnicamente ed implementabile in tempi ragionevoli e consentirebbe la protezione dei viaggiatori durante tutta la permanenza a bordo treno.

La misura si andrebbe ad aggiungere ai già cospicui investimenti fatti da Italo sin dall'inizio dell'emergenza per il costante impegno nei confronti della sicurezza e qualità del viaggio.



Figura 1 - esempio di mascherina chirurgica

SEZIONE 2

PRIMA DEL VIAGGIO

MISURA 1: MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA

Il Gestore dell'infrastruttura prevede, in tutte le stazioni di partenza dei treni ad Alta Velocità, ingressi dedicati per l'accesso ai treni AV, al fine di procedere alla misurazione della temperatura corporea da effettuarsi prima dell'accesso al treno. Nel caso in cui sia rilevata una temperatura corporea superiore a 37,5 °C, non è consentita la salita a bordo treno.

MISURA 2: AUTOCERTIFICAZIONE (OBBLIGHI PROPEDEUTICI AL VIAGGIO)

In fase di vendita del titolo di trasporto, viene acquisita una specifica autocertificazione del passeggero che attesti:

- di non essere affetto da COVID 19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 giorni;



- (ii) di non accusare sintomi riconducibili al Covid 19, quali, a titolo esemplificativo, temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse insistente, raffreddore e di non aver avuto contatti con persona affetta da Covid 19 negli ultimi 14 giorni;
- (iii) l'impegno a rinunciare al viaggio e a informare l'Autorità sanitaria competente nell'ipotesi in cui qualsiasi dei predetti sintomi emergeresse o delle predette condizioni si verificasse prima del viaggio o entro otto giorni dal viaggio, specificando altresì i servizi ferroviari utilizzati.

MISURA 3: BIGLIETTO NOMINATIVO E CONTACT TRACING

È prevista l'adozione del biglietto nominativo al fine di rendere possibile l'identificazione e la rintracciabilità di tutti i passeggeri e gestire eventuali casi in cui persone che hanno viaggiato a bordo dei treni siano risultate successivamente positive al virus COVID-19 (contact tracing).

MISURA 4: RINUNCIA AL VIAGGIO

Il passeggero di Italo si impegna a rinunciare al viaggio nell'ipotesi di insorgenza di sintomi riconducibili al COVID o nel caso di eventuale contatto con persone che ne sono affette.

Italo gestisce, attraverso il Contact Center, detta rinuncia; in questi casi si procede all'emissione di apposito voucher in favore del cliente impossibilitato a viaggiare. La semplicità del processo permette di avere una migliore garanzia sulla rinuncia al viaggio da parte degli utenti che si vedono velocemente accreditato un importo pari a quello del biglietto non fruito (incoraggiando comportamenti responsabili e virtuosi da parte dei passeggeri).

DURANTE IL VIAGGIO

MISURA 5: DIVIETO BAGAGLI VOLUMINOSI A BORDO

Nelle attuali condizioni di trasporto, è stato vietato il trasporto di bagagli particolarmente voluminosi e/o di oggetti ingombranti e/o di biciclette tradizionali. Questa misura consente:

- a tutti i viaggiatori di disporre di spazio per i propri bagagli sopra la propria seduta;
- di limitare gli spostamenti all'interno delle vetture per tutta la durata del viaggio;
- di evitare assembramenti nei vestiboli nelle fasi di salita e discesa dal treno.

MISURA 6: DISCIPLINA DELLA SALITA E DISCESA DEI VIAGGIATORI

Sono state disciplinate le modalità di accesso dei viaggiatori, regolamentandone in maniera ordinata la salita e la discesa, mediante differenziazione degli accessi al treno (Figura 2) e annunci sonori dedicati a bordo treno ed in stazione. Questa misura consente di ridurre i contatti fra le persone e gli assembramenti nella zona delle porte.



Figura 2 - pittogrammi per la differenziazione dei flussi di salita e discesa dal treno

MISURA 7: SERVIZI DI CATERING CON PRODOTTI MONODOSE CONFEZIONATI

È già previsto che i servizi di ristorazione/assistenza a bordo treno siano limitati alla sola distribuzione di prodotti monodose confezionati.

MISURA 8: GEL DISINFETTANTE

All'ingresso di ogni carrozza sono a disposizione distributori di gel igienizzante. Tutti i bagni del treno sono inoltre dotati di detergente disinfettante a disposizione dei viaggiatori. Questa misura assicura che i viaggiatori possano costantemente detergere e sanificare le mani.

MISURA 9: PULIZIA E SANIFICAZIONE SUPERFICI DURANTE IL VIAGGIO

I treni Italo sono oggetto di pulizia disinfettante regolare; stante il processo industriale implementato, il treno è oggetto di continua sanificazione prima e durante ciascun viaggio.

In particolare, su tutti i treni è presente il pulitore di bordo che durante il viaggio si occupa di sanificare costantemente le superfici con maggiore frequenza di contatto (maniglie, pulsanti di apertura porte, pulsantiere, vending machine, ecc.). Tale misura, unitamente alla presenza del gel igienizzante in tutte le carrozze e del sapone disinfettante nei bagni, minimizza il rischio di contagio per contatto con superfici contaminate.

MISURA 10: LAYOUT DELLE CARROZZE E DISTANZIAMENTO DEI POSTI VIS-A-VIS

I treni AV di Italo sono caratterizzati dalla presenza di:

- posti a correre i cui schienali creano una barriera naturale alla dispersione del respiro;
- posti vis a vis per i quali Italo intende mantenere la disposizione a scacchiera per garantire il distanziamento interpersonale di 1 m ed evitare che due passeggeri possano ritrovarsi seduti faccia a faccia.

In Figura 3 sono rappresentati due esempi di disposizione dei posti sulle carrozze dei treni Italo.

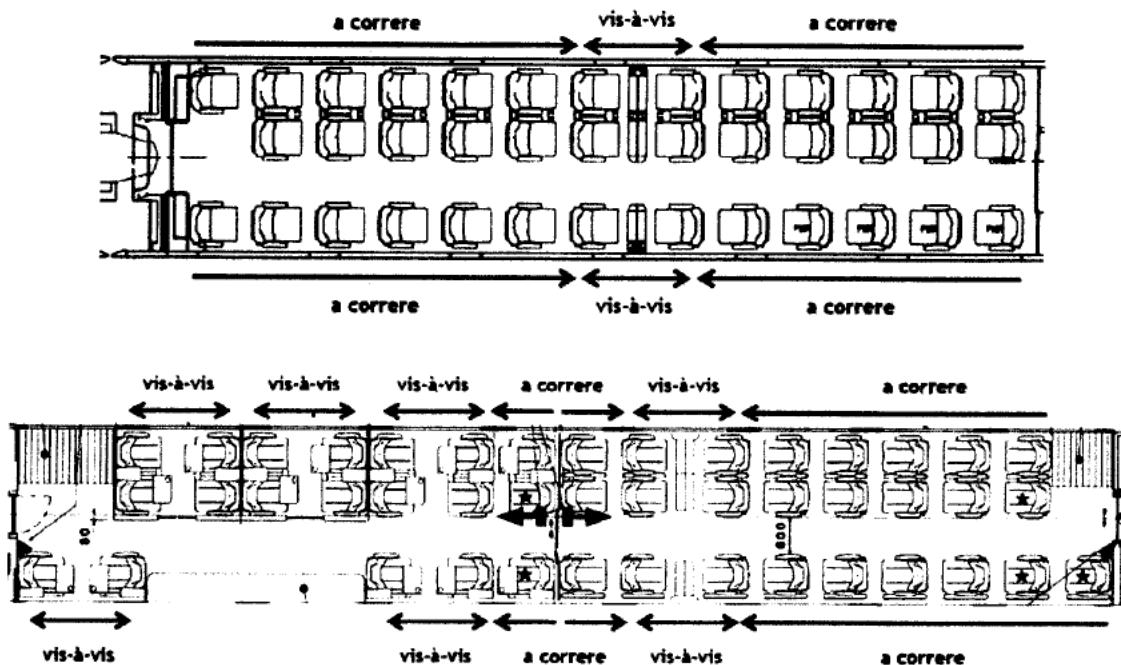


Figura 3 - esempi di disposizione dei posti per 2 vetture dei treni Italo

Si evidenzia inoltre che a differenza degli altri sistemi di trasporto di terra:

- l'acquisto del biglietto prevede sempre l'assegnazione del posto a sedere, che non può essere cambiato durante il viaggio;
- non viene effettuata la vendita di posti in piedi e non è ammessa la presenza di viaggiatori in piedi.

Gli ambienti del treno sono spaziosi e garantiscono distanze e volumi in media superiori rispetto a quelli previsti nel settore aereo, come evidente dalla tabella di raffronto di seguito riportata.

	SETTORE FERROVIARIO VS SETTORE AEREO
Disposizione prevalente dei posti a sedere	entrambi a correre
Distanza longitudinale tra i sedili	+22% in Smart (Italo) +29% in Prima (Italo)
Spazio volumetrico	+50% in Smart (Italo) +100% in Prima (Italo)

MISURA 11: RICAMBIO DELL'ARIA E CLIMATIZZAZIONE

Impianto di climatizzazione

Si ricorda che gli impianti di climatizzazione dei treni Italo sono conformi agli standard europei e, come gli altri impianti dei veicoli, sono sottoposti a processi approfonditi di validazione e verifica.

Sui treni AV di Italo, l'impianto di climatizzazione lavora con immissione di aria fresca dall'esterno ed una parte di aria di ricircolo; come descritto nel seguito, il ricambio di aria dall'esterno avviene non solo durante le soste in stazione, ma anche durante la marcia del treno.

Tenuto conto del rinnovamento dell'aria sia mediante l'impianto di climatizzazione sia mediante l'apertura delle porte esterne alle fermate, il sistema di climatizzazione permette un ricircolo totale di aria ogni 2,5 minuti.

Infine segnaliamo che, anche sui treni come sugli aerei, l'ambiente viaggiatori è a pressione positiva ed i flussi sono verticali.

Ricambio ulteriore dell'aria

Giova segnalare inoltre tre ulteriori aspetti distintivi dei treni AV di Italo:

- nei treni, il ricambio di aria è sempre garantito dal sistema di climatizzazione in tutte le fasi del viaggio ed inoltre dall'apertura delle porte esterne nelle stazioni, non solo ad origine corsa ed a fine servizio, ma anche ogniqualvolta il treno sosta nelle stazioni di fermata intermedie (di durata compresa tra 2 e 10 minuti mediamente ogni 47 minuti di viaggio);
- per alcuni minuti prima e dopo la fermata in ogni stazione tutte le porte interne vengono simultaneamente aperte (con un comando automatico centralizzato da parte del personale di bordo) al fine di garantire il ricircolo di aria fra tutte le zone del treno (Figura 4 e Figura 5) e permangono aperte anche durante la sosta nelle stazioni di fermata;
- il sistema di climatizzazione è sempre attivo 24/24h sia durante le soste fra i diversi servizi commerciali, sia durante le soste notturne: ciò permette di cambiare l'aria interna con continuità; ad esempio, durante la sosta notturna il volume di aria interno viene cambiato oltre 60 volte consecutive, mentre nel caso del trasporto aereo gli aeromobili sono disattivati e sigillati durante le soste notturne.

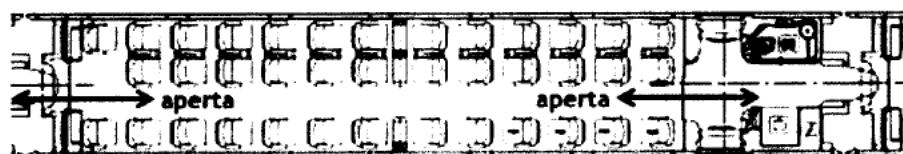


Figura 4 - apertura porte interne in approssimazione alle stazioni di fermata

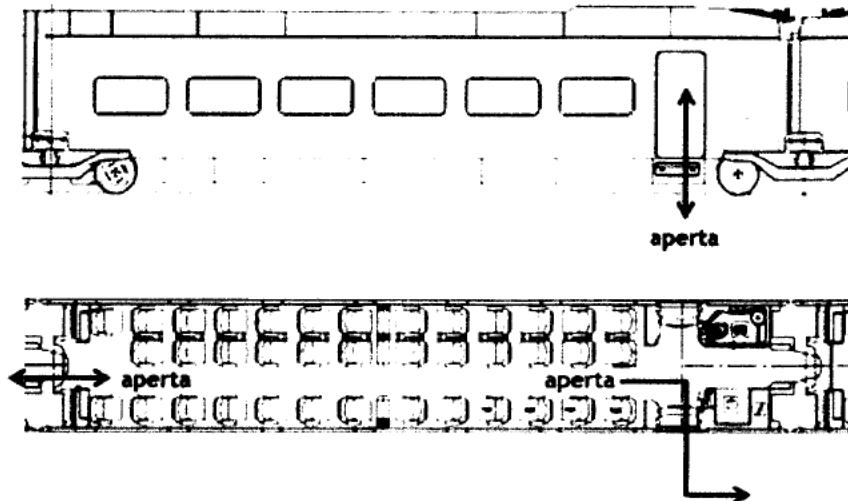


Figura 5 - apertura porte interne ed esterne durante le soste in stazione

Manutenzione dell'impianto

L'aria viene sempre filtrata tramite filtri certificati, posti all'interno dei canali dell'aria. Si segnala che Italo ha già attivato, tramite il proprio fornitore di manutenzione, il raddoppio della sostituzione dei filtri del sistema di climatizzazione (ogni 30 giorni anziché ogni 60 giorni): ciò vuol dire che i singoli filtri vengono sostituiti il doppio delle volte rispetto a quanto richiesto dalle normative vigenti in materia di sicurezza, nazionali ed europee.

DOPO IL VIAGGIO

MISURA 12: SANIFICAZIONE AMBIENTI DOPO IL VIAGGIO

Durante la sosta del treno e comunque prima di ogni nuovo servizio commerciale, viene effettuata un'accurata attività di sanificazione che comprende anche la pulizia approfondita dei sedili, dei braccioli e dei tavolini e di tutte le superfici del treno.

MISURA 13: AUTOCERTIFICAZIONE (OBBLIGO DEL CLIENTE DI INFORMARE LE AUTORITÀ NEL CASO DI INSORGENZA DI SINTOMI RICONDUCIBILI AL COVID)

L'autocertificazione acquisita in fase di vendita del titolo di trasporto prevede tra l'altro l'impegno del viaggiatore ad informare l'Autorità sanitaria competente nell'ipotesi in cui, entro otto giorni dal viaggio, risultasse affetto da COVID 19 o emergesse qualsiasi dei sintomi riconducibili al COVID 19 (a titolo esemplificativo, temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse insistente, raffreddore), specificando altresì i servizi ferroviari utilizzati.

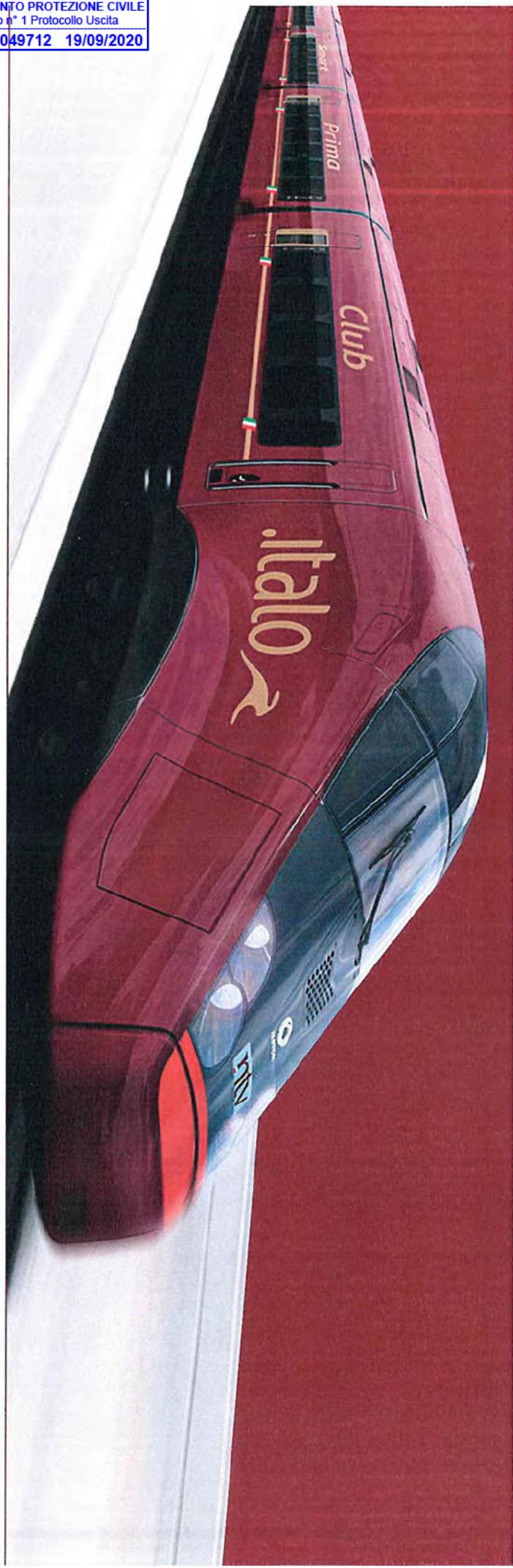
Questa misura rende possibile la gestione di eventuali casi in cui persone che hanno viaggiato a bordo dei treni siano risultate successivamente positive al virus COVID-19 (contact tracing).

.italo

15 settembre 2020

Disposizione posti sui treni Italo con distanziamento

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020



.italo
Nuovo Trasporto Viaggiatori

Allegato 6

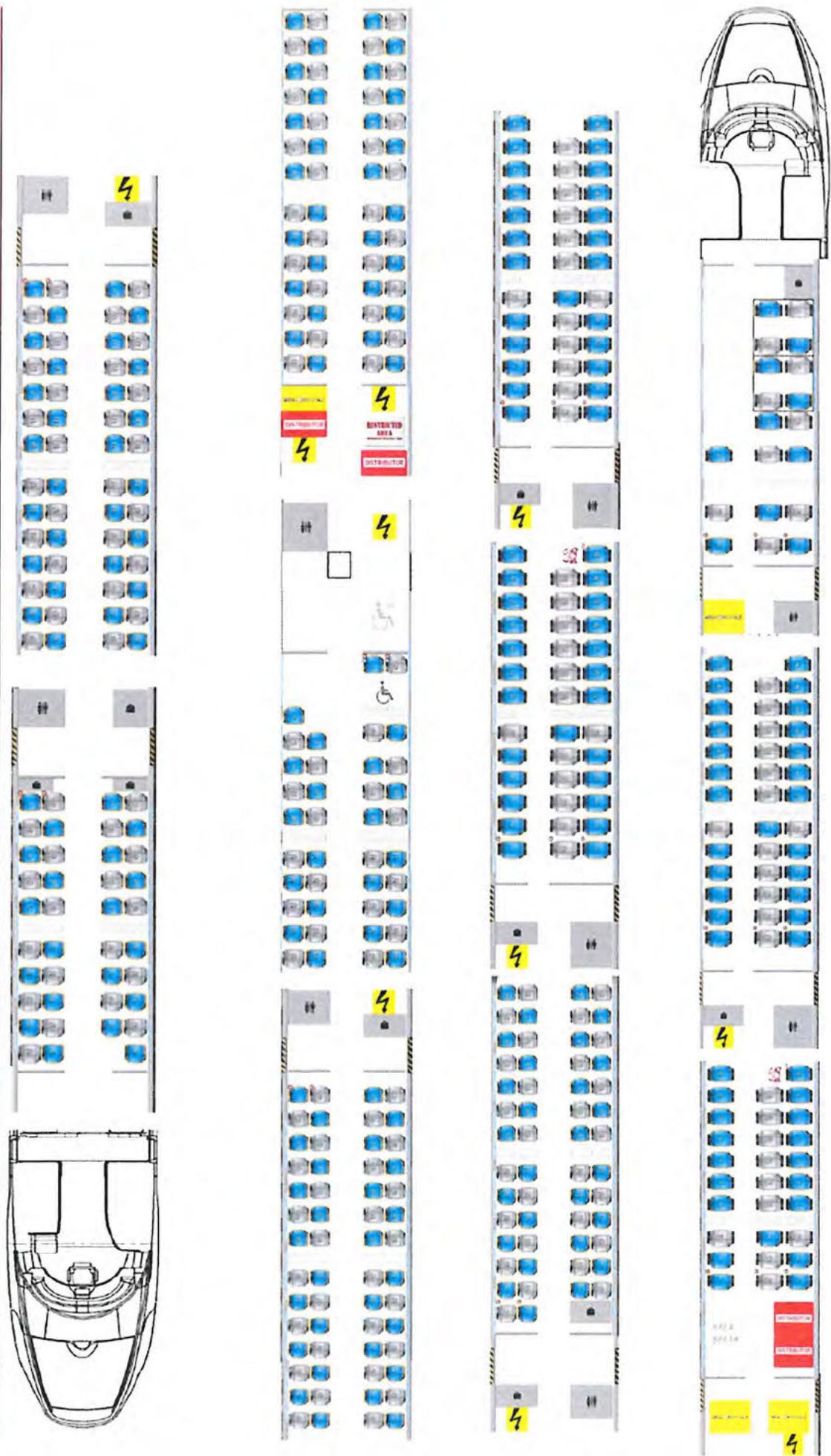
Treno AGV575

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

.italo

	<i>Pax nominali</i>	<i>pax in piedi</i>	<i>Totali</i>
	<i>Posti seduti</i>		
1 Club	19	8	27
2 Prima	38	9	47
3 Prima	29	9	38
4 Prima	38	9	47
5 Prima	38	9	47
6 Smart	54	6	60
7 Smart	56	6	62
8 Smart	39	6	45
9 Smart	56	6	62
10 Smart	56	6	62
11 Smart	39	6	45
TOTALE	462	80	542

Trenitalia



Treno AGV575 - layout

Treno AGV575 - Summary

	<i>Posti seduti</i>	<i>pax in piedi</i>	<i>Totali</i>	<i>Distanziati 1 m</i>
1 Club	19	8	27	10
2 Prima	38	9	47	25
3 Prima	29	9	38	19
4 Prima	38	9	47	25
5 Prima	38	9	47	25
6 Smart	54	6	60	27
7 Smart	56	6	62	28
8 Smart	39	6	45	20
9 Smart	56	6	62	28
10 Smart	56	6	62	28
11 Smart	39	6	45	20
TOTALE	462	80	542	255

Con distanziamento di 1 metro:

- 47% posti rispetto ai posti consentiti dalla carta di circolazione;
- 55% posti rispetto ai passeggeri seduti.

Nuovo Transporto Viaggiatori
Treni

Allegato 7

n.	Proposta Italo	TPL Ferroviario	Note
1	Misurazione della temperatura	NO	Obligatorio solo per i treni AV ed IC tramite ingressi dedicati nelle stazioni. Non prevista per TPL.
2	Autocertificazione (obblighi propedeutici al viaggio)	NO	In fase di acquisto, il viaggiatore Italo prende visione degli obblighi di legge che si impegna a rispettare. Non prevista per TPL.
3	Biglietto nominativo	NO	Nel caso dei treni Italo, si garantisce, essendo anche assegnato un posto, la possibilità di operare il contact tracing da parte degli enti preposti.
4	Rinuncia al viaggio in caso di insorgenza di sintomi riconducibili al covid	NO	Al viaggiatore viene riconosciuto un voucher di importo pari al biglietto con una facile procedura in caso di rinuncia al viaggio per insorgenza sintomi COVID.
5	Divieto bagagli voluminosi a bordo	NO	Divieto esplicitamente previsto nelle contrattuali di trasporto al fine di limitare gli spostamenti nelle carrozze.
6	Disciplina della salita e discesa dei viaggiatori	SI	
7	Servizi di catering con prodotti monodosi confezionali	n.a.	Non applicabile
8	Gel disinettante		Installazione graduale Per il TPL è prevista che siano "installati, anche in modo graduale, privilegiando i mezzi di trasporto maggiormente utilizzati dagli utenti" (da DPCM del 7.9.2020). Presenti dispenser in tutte le carrozze dei treni Italo. Sui treni Italo, il pulitore di bordo è sempre presente su tutte le tratte e durante tutto il viaggio, al fine di garantire la pulizia e la sanitizzazione delle vetture.
9	Pulizia e sanificazione superfici durante il viaggio	NO	La normativa del TPL prevede l'occupabilità del 80% della carta di circolazione, ovvero 100% dei posti a sedere, oltre ad una percentuale di posti in piedi. Nei casi dei treni Italo, oltre ai maggiori spazi a disposizione dei viaggiatori, non è prevista l'occupazione completa dei posti (sono comunque esclusi tutti i vis a vis).
10	Layout delle carrozze e distanziamento dei posti vis-a-vis	NO	Sui treni Italo, i filtri vengono sostituiti con frequenza raddoppiata rispetto alla normativa. Inoltre sui treni Italo è stato introdotto sul treni un automatismo che permette l'apertura di tutte le porte interne in appoggio alle fermate.
11	Ricambio dell'aria e Climatizzazione	NO	Nei casi dei treni del TPL la sanificazione è richiesta almeno 1 volta al giorno, ovvero gli stessi possono effettuare più viaggi senza essere sanificati.
12	Ricambio ambienti dopo il viaggio	NO	Nei casi dei treni Italo, viene garantita la sanificazione dopo ogni singolo viaggio. Questa misura consente di operare il contact tracing da parte degli enti preposti per i viaggiatori dei treni Italo (unitamente a misura 2).
13	Autocertificazione (obbligo del cliente di informare le autorità nel caso di insorgenza di sintomi riconducibili al covid)	NO	
14	Distribuzione mascherina chirurgica nuova ogni 4 ore	NO	Nel TPL è prevista obbligo di mascherina di comunità, senza distribuzione a bordo e senza obbligo di sostituzione dopo 4 ore. Nel caso dei treni Italo, sarà prevista la distribuzione a bordo gratuita di mascherine chirurgiche certificate, con sostituzione entro le 4 ore.
a	Divieto di vendita di posti in piedi	NO	Sui treni regionali sono ammessi viaggiatori in piedi, dal momento che il DPCM del 7.9.2020 prevede che gli stessi possano utilizzare un "coefficiente di riempimento dei mezzi non superiore al 80% dei posti consentiti dalla carta di circolazione". Sui treni Italo è stata sospenduta la vendita dei posti in piedi.
b	Controllo continuo da parte del personale di bordo (TM+HS)	NO	Sui treni Italo sono presenti due persone dell'equipaggio di bordo che garantiscono il controllo continuo dei viaggiatori, ivi incluso il rispetto delle misure previste da parte dei viaggiatori (fra cui il corretto utilizzo della mascherina)

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0049712 19/09/2020

EC Request 129: Quarantine period for COVID-19: does the evidence support shortening from 14 to ten days?

Background / Member State request

Date of request: 27 August 2020

Requesting Member State: Germany

From : Dr. Gesa Lücking, Referat 611 - Gesundheitssicherheit, Krisenmanagement national

"during the HSC meeting yesterday there was a trend that several MS will reduce the quarantine from 14 days to 10 days, especially with regard to travellers coming from risk areas without symptoms.

We therefore ask you for an ECDC scientific opinion and advice on reducing the quarantine period from 14 to 10 days taking into account the incubation period and other relevant data.

It would be helpful to have this advice in place for our discussion next Tuesday within the HSC."

Quarantine in the context of individuals that are contacts of confirmed cases – does the evidence support a shortening of quarantine from 14 to ten days?

ECDC expert opinion

Based on the evidence described below, ECDC considers that there is not sufficient evidence to support a decrease in the COVID-19 incubation period from 14 to ten days. ECDC continues to monitor and review the evidence as it becomes available to ensure timely updates in its assessments.

In light of the current state of knowledge and available literature - ECDC estimates that the reduction from a 14-day to a 10-day quarantine would result in a **loss of detection of secondary symptomatic cases among close contacts of confirmed cases of around 6%**, and considers

this to be large enough to have public health relevance in a scenario where the level of exposure is high (such as quarantine of close contacts).

The below ECDC assessment is based on five studies (two systematic reviews and three original articles) looking at the range of SARS-CoV-2 incubation time after exposure to infection.

Evidence-base supporting the opinion

In July 2020, ECDC received a similar request in light of recently published systematic reviews and meta-analyses on the incubation period for COVID-19.

Below follows a summary of these studies on which ECDC has based its opinion.

The systematic review done by *Wei et al* which compiled 56 studies, which include 4 095 COVID-19 cases. Based on their findings, the authors conclude that SARS-CoV-2 shows a long, dispersed **incubation time, which could explain the extent of the virus' global spread**. Furthermore, based on their analyses authors considered the 14-day quarantine period sufficient to trace and identify symptomatic infections among an active monitoring population. As per ECDC assessment, this study does not provide strong evidence for the decrease of the quarantine time.

Using parameters and data from *Wei et al.* to estimate the impact of a 10-day quarantine vs 14 days, and assuming full compliance with quarantine measures, ECDC analysed the impact and found that the total number of expected secondary cases would be around 560 for a population of 10 000 contacts, where the *default "risk of contacts of people with symptomatic infections"* being infected is 0.063.

Taking the above into account, for a quarantine length of 10 days:

- 57 contacts are expected to develop symptoms after 10 days; that is around 10% of the total of the expected cases (= 90% detected before the 10 days).
- 23 contacts are expected to develop symptoms after 14 days; that is around 4% of the total expected cases (= 96% detected before the 14 days).
- taking into account the total number of cases, about 2.5 times more undetected cases could be expected if the quarantine period is shortened from 14 to 10 days (57 vs 23), which would contribute to the additional further transmission.

For a quarantine period of 14 days:

- the detection rate would be 96%, implying that an additional 6% of cases would be captured by a 14-day quarantine compared to a ten-day quarantine.

For a disease, where rigorous and wide-spread testing is advocated and where strict control strategies are recommended and are in place:

- having 10% of cases going undetected (in the scenario of a day 10 quarantine) can be considered as **"high"**, especially when the absolute number of people under quarantine is high.
- Gaining an additional 6% in case detection can be considered as important, especially for a high incidence emerging disease such as COVID-19, where an effective treatment or vaccine is still lacking, and where quarantine, as well as strong physical distancing, remain the most **"efficient"** tools to reduce further transmission.

These conclusions apply in the scenario of exposure to confirmed cases where the level of exposure is high, as in the example above, which is based on the results of quarantine of close contacts in Ningbo City, China. In situations where the risk of exposure to cases is lower, or in the specific case of returning travellers from areas of high endemicity without documented exposure to confirmed cases, the marginal effect of secondary case detection by maintaining a quarantine up to day 14 will be low.

A number of limitations to this review should be noted:

- the lack of the peer-review of several of the included studies (pre-prints),

- the possibility that some data were used repeatedly in more than one study,
- the limited number of studies from outside mainland China, and
- the high heterogeneity in the sample size of the individual studies included.
- **it is not clear what definitions were used for 'contact persons' in the papers used to generate the graph.**
- this analysis does not consider the further impact of asymptomatic cases, due to the lack of data on infectivity in these cases, however the proportion of asymptomatic cases is significant (up to 16%) and the viral loads in them tend to decrease slower than in symptomatic cases.
- all our calculations assume that the exposure to COVID-19 is well defined and documented by the public health team on site.

The systematic review and meta-analysis by [McAloon et al](#) shows that the pooled parameter estimates resulted in a median incubation period of 5.1 (4.5, 5.8) days, whereas the 95th percentile was 11.6 (9.5, 14.2) days.

A number of limitations of this study also warrant being highlighted:

- it is limited to the inclusion of publications up to 8th April 2020;
- the meta-analysis is limited to seven studies;
- the majority of studies suitable for inclusion in the final analysis modelled incubation period as a lognormal distribution, and
- a random effects meta-analysis of the parameters of these distributions was conducted.

In addition, three additional peer-reviewed publications after April 2020 (i.e. not included in the Wei et al. systematic review or McAloon et al.) have considered the question of quarantine.

1. The publication of [Shen et al.](#) describes a cluster of seven COVID-19 cases, where the incubation period ranged 4-12 days, with median of 7 days.
2. *In the study by Yang et al.* the median incubation period of COVID-19 was assessed to be 5.4 days (bootstrapped 95% CI 4.8–6.0), and the 2.5th and 97.5th percentiles are 1 and 15 days, respectively. 95% of symptomatic cases showed symptoms by 13.7 days (95% CI 12.5–14.9) and 99% showed symptoms by 17.8 days (95% CI 15.9–19.7). The authors draw a conclusion that "**the current practice of 14-day quarantine period in many regions is reasonable**".
3. *The study by Kong et al.* includes 10 cases of a cluster. In this study, all cases had an incubation period of less than 14 days, the median incubation period being 6.0 days (interquartile range, 3.5-9.5 days).

Avis n°9 du Conseil scientifique COVID-19

3 SEPTEMBRE 2020

STRATEGIE ET MODALITES D'ISOLEMENT

Membres du Conseil scientifique associés à cet avis :

Jean-François Delfraissy, Président

Laetitia Atlani Duault, Anthropologue

Daniel Benamouzig, Sociologue

Lila Bouadma, Réanimatrice

Simon Cauchemez, Modélisateur

Franck Chauvin, Médecin de santé publique

Pierre Louis Druais, Médecine de Ville

Arnaud Fontanet, Epidémiologiste

Marie-Aleth Grard, Milieu associatif

Aymeril Hoang, Spécialiste des nouvelles technologies

Bruno Lina, Virologue

Denis Malvy, Infectiologue

Yazdan Yazdanpanah, Infectiologue

Cet avis a été transmis aux autorités nationales le 3 septembre 2020 à 19H.

Comme les autres avis du Conseil scientifique, cet avis a vocation à être rendu public.

Par une saisine datée du 24 aout 2020, le gouvernement a demandé au Conseil scientifique un avis dédié portant sur la stratégie en matière d'isolement dans la lutte contre le COVID-19. Cet avis fait suite au dernier avis du Conseil scientifique, en date du 27 juillet 2020, où il indiquait parmi les éléments de préparation des protocoles du plan de précaution et prévention renforcé, des axes d'amélioration pour la stratégie nationale « Tester- Tracer- so er ». Ces derniers ciblaient les deux premiers dispositifs du triptyque, sur lesquels les efforts se sont concentrés jusqu'à présent. Cet avis dédié est consacré au 3^{ème} pilier de ce triptyque, l'isolement et propose d'affiner la stratégie définie précédemment dans l'approche « Tester – Tracer – Isoler » (voir avis 7 et 8 du Conseil scientifique).

RESUME

L'isolement est un des trois piliers de la stratégie nationale de lutte contre le SARS-CoV-2 aux côtés du dépistage et du traçage des personnes-contact. Il permet, s'il est bien réalisé et accepté, de réduire le risque de contamination secondaire à partir d'un cas index. En France, et dans d'autres pays, il est de 14 jours.

Constatant « que le non-respect des mesures d'isolement par une partie (...) possiblement importante des personnes atteintes par le virus ou contacts à risque, fragilise notre capacité à maîtriser les chaînes de transmission », constatant également une stratégie d'isolement sans cahier des charges ni budget à l'échelle nationale, des recommandations assez peu relayées auprès du public, le manque de données précises sur les conditions et le suivi de l'isolement, le Conseil scientifique fait aujourd'hui des propositions sur cette question. Destiné à réviser la stratégie française en matière d'isolement, l'Avis 9 du Conseil scientifique « Stratégie et modalités d'isolement » du 3 septembre 2020 s'inscrit à un moment où la situation épidémiologique évolue, passant d'une gestion aiguë de l'épidémie à une gestion à plus long terme, mais qui reste préoccupante, voire inquiétante, dans certaines régions. La stratégie proposée, si elle était acceptée, devra être évaluée et rester flexible pour s'adapter à l'évolution de l'épidémie et à l'avancée des connaissances.

Cette stratégie concerne la durée de l'isolement et son renforcement. Le Conseil scientifique appuie son analyse sur les données scientifiques actuelles. Il relève en particulier qu'avec les outils dont on dispose aujourd'hui, « la transmission du Sars-CoV-2 à partir des personnes infectées est maximale entre 2 jours avant l'apparition des signes clinique et 5 jours après, et n'a été documentée que très exceptionnellement au-delà du 8^e jour d'infection ». De plus, « il n'y a pas de virus cultivable au-delà du 8^e jour chez les patients confirmés présentant des formes ne nécessitant pas d'hospitalisation, même si de très faibles traces du virus restent détectables par RT-PCR au-delà du 8^e jour ».

Il propose, sur cette base, un isolement de 7 jours :

- ⇒ A partir du jour du début des symptômes pour les cas confirmés, sans attendre les résultats du test ;
- ⇒ A partir du jour du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques ;
- ⇒ A partir du jour du contact avec un cas confirmé pour les personnes-contact, suivi d'un test diagnostique réalisé au 7^e jour d'isolement, isolement qui sera poursuivi si le résultat du test est positif.

Quelle stratégie pour renforcer l'isolement ?

Plusieurs scénarios sont envisageables pour renforcer l'isolement : situation actuelle inchangée mais avec des moyens de communication augmentés (voire axés sur l'injonction), ou encore obligation de suivi des mesures d'isolement accompagnée de mesures contraignantes.

Le Conseil scientifique, qui ne les retient pas, recommande une double stratégie de droits et de devoirs, alliant la promotion du devoir de solidarité (par l'auto-isolement) à des mesures fortes de compensation. Cette stratégie révise fondamentalement l'approche jusqu'alors suivie.

Cette stratégie a pour piliers :

- **La promotion de l'auto-isolement**, même si cela entraîne l'isolement des membres du foyer. Avec cette approche, qui propose une révision de la stratégie actuelle, la capacité, ou non, à démontrer l'existence d'une chambre individuelle par personne dans un foyer ne sera plus un critère majeur et l'usage des résidences dédiées COVID+ sera limité. Seules les personnes ne pouvant s'isoler dans leur foyer du fait de leurs conditions de vie pourront être accueillies en résidence COVID+. Cette stratégie d'auto-isolement doit être particulièrement bien expliquée à la population jeune.
- **La mise en place par l'Etat de mesures de compensation, telles que :**
 - Des prescriptions d'arrêts de travail permettant les procédures réglementaires et dont le motif conduira à l'annulation du délai de carence ;
 - Une prime de compensation de perte de revenus pour les professions indépendantes et pour ceux n'ayant pas de revenus réguliers permettant d'autres formes de compensation ;
 - Des certificats médicaux permettant aux mineurs dans le foyer de justifier de leur absence de l'établissement scolaire ;
 - Un service de prise en charge à domicile des besoins (nourriture, soins de santé, assistantes sociales etc.) si nécessaire.

Etre responsable de son isolement presuppose une **information précise sur le protocole à suivre** par les autorités de santé et un **important effort de communication**. Pour être parfaitement comprises et acceptées, le Conseil scientifique insiste à nouveau sur la nécessité d'associer les citoyens au processus de décision, ce qui pourrait être mis en place au niveau des territoires.

RECOMMANDATIONS

- 1. Pour tous les cas de contamination ou de suspicion de contamination, la durée de l'isolement doit être égal à 7 jours pleins. Durant la semaine qui suit la levée de l'isolement, le risque résiduel peut être parfaitement maîtrisé par le port rigoureux du masque chirurgical, et le suivi scrupuleux des mesures d'hygiène et de la distanciation physique.**
- 2. Le Conseil scientifique recommande une stratégie d'auto-isolement alliant la promotion du devoir de solidarité à des mesures de compensations présentées comme des droits visant à faciliter l'adhésion.**
- 3. Des données recueillies de manière systématique et détaillée représentent un enjeu important pour mesurer le suivi du respect, ou non, de l'isolement. Pour ce faire, un système d'information adapté doit être mis en place au niveau territorial et national.**
- 4. Il est nécessaire que les recommandations en matière d'isolement soient davantage relayées au grand public par les acteurs locaux de manière à ce que chaque français comprenne et puisse appliquer le protocole à suivre en cas de contamination ou de suspicion de contamination.**

Le Conseil scientifique insiste sur la nécessité d'associer des membres de la société civile au processus de décision en particulier au niveau des territoires. Le Conseil scientifique réitère cette demande.

I - CONSTAT

Dans le cadre du triptyque « Tester – Tracer – Isoler », le non-respect des mesures d'isolement, par une partie encore à déterminer mais possiblement importante des personnes atteintes par le virus ou contacts à risque, fragilise notre capacité à maîtriser les chaînes de transmission.

L'isolement des cas est un des piliers de la lutte contre la dissémination du SARS-CoV-2 et permet, s'il est bien réalisé et accepté, de réduire le risque de contamination secondaire à partir d'un cas index. Pour cela, cette mesure nécessite d'être non seulement claire et simple, mais aussi adaptée aux risques, sans excès.

De plus, la stratégie en matière d'isolement doit s'inscrire dans la dynamique générale de la lutte contre la pandémie sur le territoire national. En cette rentrée de septembre, la situation épidémiologique est celle d'une augmentation constante mais contrôlée des cas COVID-19. Ce moment particulier correspond à une évolution de la situation épidémiologique et en conséquence de la stratégie de lutte contre le virus SARS-CoV-2, avec le passage d'une gestion aiguë à court terme d'une crise à la gestion plus à long terme des risques.

Or aujourd'hui, plusieurs constats peuvent être faits :

- 1) Une enquête réalisée par la Direction Générale de la Santé auprès du réseau des ARS constate cependant **une augmentation du refus de suivi sanitaire et du non-respect des mesures d'isolement et de quatorzaine par les cas et les personnes-contacts à risque**. Parmi les raisons rapportées, plus particulièrement pour les personnes contacts, on note : la méconnaissance ou le refus du principe de l'isolement, en particulier chez les patients asymptomatiques, des pressions liées à l'emploi, le refus d'un dispositif contraignant, ou encore la crainte d'une ingérence des services de l'Etat dans la vie privée.
- 2) **Les recommandations en matière d'isolement ont été peu relayées dans la communication grand public**, qui s'est focalisée en priorité sur l'usage des masques et le dépistage.
- 3) La mise en œuvre de la stratégie d'isolement n'a bénéficié ni d'un cahier des charges précis ni de budgets dédiés à l'échelle nationale, ce qui a non seulement limité la possibilité d'une approche cohérente mais fait peser une lourde charge sur les territoires, tant en matière de choix stratégiques, de ressources humaines que de financements.

- 4) Les principaux acteurs institutionnels concernés (SPF, ARS, CNAM) confirment l'**absence de données disponibles précises** sur les conditions et le suivi de l'isolement des cas, permettant une évaluation des mesures d'isolement à l'échelle nationale.

Dans ce cadre, cet avis vise à réviser la stratégie française en matière d'isolement et porte sur deux questions clés :

- 1. Quelle durée pour l'isolement ?**
- 2. Comment renforcer l'isolement des cas ?**

Les modalités déclinées dans cet avis s'appliquent à différents types de personnes en fonction de leur statut vis-à-vis de la maladie, de leur état clinique mais aussi de leur état biologique. Les personnes concernées par l'isolement peuvent être :

- Une personne symptomatique en attente d'un rendez-vous pour un test RT-PCR
- Le patient symptomatique en attente du résultat d'un test RT-PCR
- Le cas COVID-19 symptomatique ou asymptomatique, après rendu de résultat positif de la RT-PCR (entre 30 000 et 50 000 cas par semaine actuellement)
- La personne-contact, quel que soit son état clinique, et ce, jusqu'au rendu d'un résultat négatif du test RT-PCR.

Il est bien sûr entendu que dans les mois qui viennent, la stratégie en matière d'isolement devra rester très flexible et s'adapter rapidement à l'évolution de l'épidémie et des dernières avancées de la recherche et en particulier sur les nouveaux tests virologiques. L'impact des différentes mesures de contrôle considérées devra être évalué afin de pouvoir progressivement optimiser la stratégie en matière d'isolement.

II - LA DUREE DE L'ISOLEMENT DES CAS : LOGIQUE D'UN ISOLEMENT LIMITE A 1 SEMAINE PLEINE

1. Données préliminaires

A) *Cas symptomatiques ou confirmés*

Les données de la littérature et l'expérience internationale montrent de manière non ambiguë que l'excrétion virale infectieuse (donc potentiellement contagieuse) n'est observée qu'à partir des sécrétions venant des voies aériennes supérieures et inférieures. Il apparaît que l'excrétion d'ARN viral détectée dans les selles de certains patients n'est pas associée à un risque de transmission, il n'y a pas de virus infectieux dans les fèces et aucun cas de transmission à partir de matériel fécal n'a été observé.

D'une manière générale, l'excrétion virale est mesurée par RT-PCR sur des prélèvements naso-pharyngés. Cette technique est considérée comme la technique de référence, ayant la meilleure sensibilité et spécificité. A ce jour, toutes les autres techniques de détection proposées (prélèvements oro-pharyngés, prélèvements nasaux profonds, prélèvements salivaires) présentent une sensibilité inférieure au prélèvement naso-pharyngé. De même, les autres systèmes de détection (amplification LAMP, détection antigénique) présentent une sensibilité inférieure à celle de la RT-PCR et sont en cours d'évaluation.

La détection d'ARN viral n'a pas la même signification que la détection d'un virus infectieux. En effet, au fil de l'infection, cette détection peut refléter la présence de virus dégradés non infectieux ou d'ARN viral intracellulaire tronqué, dont la persistance n'est pas associée avec la persistance d'un risque de transmission. La détection d'ARN viral non infectieux peut être observée au-delà du 30^e jour, mais la transmission n'a été documentée que très exceptionnellement au-delà du 8^e jour d'infection de cas identifiés, sauf situation particulière (infection d'un patient présentant une immunodépression). Le risque de transmission semble très corrélé à la proximité du début des symptômes, étant aussi possible en pré-symptomatique (phase d'incubation) et aussi chez des patients asymptomatiques.

L'estimation du risque de transmission d'un virus infectieux à partir d'un cas est déterminée actuellement par une approche de substitution qui est la détection d'un virus cultivable dans l'échantillon biologique considéré. Les résultats de cette mise en culture sont cohérents avec ceux observés ; hormis dans de rares exceptions, il n'y a pas de virus cultivable au-delà du 8^e jour chez les patients confirmés présentant des formes cliniques simples ne nécessitant pas d'hospitalisation.

B) Personnes-contact

Dans ce domaine aussi, la littérature fournit des informations robustes et surtout reproductive sur les délais d'incubation. Cela permet de définir des durées d'isolement optimisées, et de déterminer le moment le mieux adapté pour réaliser le test permettant de confirmer l'infection ou de lever l'isolement. Des propositions de stratégie d'échantillonnage des personnes-contact ont été proposées par plusieurs structures.

Ainsi, il est établi que le délai d'apparition des symptômes après comptage infectieux est de 2 à 12 jours. Par ailleurs, la médiane d'apparition des symptômes après le comptage est assez courte, entre 5 et 7 jours, et peu de cas se déclarent au-delà du 10ème jour. Enfin, il est aussi établi que l'excrétion virale pré-symptomatique est détectable en moyenne 3 jours avant l'apparition des symptômes. Ces informations sont basées sur des tests de détection sensibles (RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé).

2. Proposition de durée d'isolement des cas confirmés non hospitalisés et non immunodéprimés

Sur cette notion de risque limité à une semaine pleine (soit 7 jours entiers) après le début des symptômes cliniques, il apparaît légitime de réduire la durée actuelle de l'isolement proposé.

Le confinement d'un cas confirmé doit être d'une semaine pleine à partir du début des symptômes. Au-delà de cette durée d'isolement, le risque de transmission est très faible, et le risque résiduel peut être parfaitement maîtrisé par le **port rigoureux du masque chirurgical, et le suivi scrupuleux des mesures d'hygiène (lavage régulier des mains) et de la distanciation physique** pendant la semaine qui suit la levée de l'isolement.

Par ailleurs, en cas de détection positive chez un cas asymptomatique, l'isolement d'une semaine pleine devra être débuté en prenant comme premier jour celui de la date du prélèvement positif. Si des symptômes apparaissent au cours de cette période, cela signifie que le patient a été dépisté dans la phase pré-symptomatique et qu'il **faudra donc allonger cette période d'isolement afin qu'elle dure 1 semaine pleine à compter du premier jour d'apparition des signes cliniques.**

La levée de l'isolement devra aussi prendre en compte l'absence de fièvre au 7^e jour. Si le cas reste fébrile, l'isolement devra être maintenu pendant 48h après disparition de cette fièvre. Par ailleurs, le patient devra se rapprocher de son médecin traitant pour l'investigation de cette persistance de la fièvre (infection compliquée, évolution vers une forme nécessitant une hospitalisation).

Cette proposition ne concerne pas les patients hospitalisés pour lesquels le médecin hospitalier définira la prise en charge et le suivi, ni les cas immunodéprimés pour lesquels l'excrétion de virus infectieux peut être prolongée.

3. Proposition de durée d'isolement des personnes-contact

Les données sur les périodes d'incubation moyennes et les durées d'excrétion virale pré-symptomatique permettent de proposer un schéma de prise en charge simplifié et plus court pour les personnes-contact en isolement.

En cas de contact avéré, le personne-contact doit être placé en isolement.

- Si au cours des 7 premiers jours de l'isolement la personne devient patient symptomatique, le patient est immédiatement testé par RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé.
- En cas d'absence de signes cliniques au 7^e jour de son isolement (qui correspond à la borne supérieure de la moyenne d'apparition des symptômes), il lui sera proposé un dépistage par RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé (test le plus sensible). Cet écouvillon réalisé au 7^e jour permet de détecter aussi les cas pré-symptomatique susceptibles de débuter les symptômes dans les 3 jours qui suivent. Cela correspond à une surveillance précise jusqu'à J10, date au-delà de laquelle le risque de voir des cas symptomatiques se déclarer est très faible.

Cette évaluation au 7^e jour permet aussi d'avoir une cohérence de durée avec la mesure appliquée pour l'isolement des cas confirmés (logique de la semaine).

**Pour toutes ces situations, le Conseil scientifique recommande un isolement de 7 jours.
Cet isolement s'applique :**

- **7 jours après le début des symptômes pour les cas confirmés, sans attendre les résultats du test**
- **7 jours après un prélèvement positif pour les cas asymptomatiques**
- **7 jours après un contact avec un cas confirmé pour les personne-contacts suivi d'un test diagnostique réalisé au 7^{ème} jour d'isolement, isolement qui sera poursuivi si le résultat du test est positif**

III – RENFORCER L'ISOLEMENT DES CAS

Plusieurs scénarios sont envisageables pour tenter de renforcer l'isolement des cas et des personnes-contact :

- I. **Scénario 1 : Poursuite de la stratégie actuelle, avec plus de moyens accordés à la communication ;**
- II. **Scénario 2 : Poursuite de la stratégie actuelle, avec de plus une communication axée sur l'injonction ;**

Comme noté plus haut, la stratégie actuelle semble devoir être affinée. De plus, malgré le peu de données disponibles actuellement (des enquêtes sont en cours et leurs résultats devraient pouvoir être disponibles prochainement), tant les résultats de l'enquête réalisée par la DGS auprès des ARS et que les remontées d'informations venant des professionnels de terrain mettent en garde contre une communication axée sur l'injonction, qui risque de renforcer la suspicion sans pour autant emporter l'adhésion. Le dépistage, traçage, isolement étant étroitement liés cela peut même diminuer la proportion de personnes qui se dépistent pour éviter un éventuel isolement.

- III. **Scénario 3 : Une stratégie d'obligation des mesures d'isolement des cas, avec la mise en place de mesures contraignantes demandant des révisions législatives et réglementaires, doublée d'une communication axée sur l'injonction**

Le caractère obligatoire de l'isolement des cas et des personnes-contact, s'il peut éventuellement se justifier en période de crise aiguë (à même de se présenter à nouveau, en particulier dans certaines régions) doit, dans la période actuelle de gestion d'un risque qui s'étale sur la durée, être bien pesé en matière d'efficacité. Dépistage/diagnostic précoce, traçage, et isolement sont étroitement liés et font partie d'une seule entité.

Le Conseil scientifique ne recommande pas ce scénario aujourd'hui car, alors que le diagnostic précoce est essentiel, le risque est important en cas d'obligation d'isolement de réduire l'adhésion au dépistage et au diagnostic précoce qui a été construite avec un relatif succès ces derniers semaines et mois, en particulier auprès des jeunes. Si l'isolement devient obligatoire et qu'une série de mesures contraignantes encadrent cette obligation, le risque d'évitement du dépistage, du diagnostic précoce et de refus est majeur, le partage des informations sur les personnes-contact de la part des cas est en effet important.

Ce scénario pourrait néanmoins être appliqué en cas de reprise aiguë de l'épidémie et/ou d'échec de la stratégie d'auto-isolement.

IV. Scénario 4 : Une stratégie d'auto-isolement faite de droits et de devoirs, couplant des mesures de compensation et une stratégie de communication adaptée

En l'état actuel de l'évolution de l'épidémie et des connaissances, **ce scénario est recommandé par le Conseil scientifique.**

Il est recommandé de revoir la stratégie d'isolement des cas, par une **double approche** :

1) La promotion de l'auto-isolement à domicile sans mesure contraignante

Etant donné l'importance de l'isolement des cas (et par extension des personnes-contact) dans la lutte contre la pandémie, d'une part, et l'échec relatif de la mise en place des résidences COVID+ dédiées ainsi que les difficultés multiples nécessaires pour en améliorer les conditions (en matière de RH, financement, configuration des locaux versus, conditions de sécurité, protection des mineurs, etc.) d'autre part, le Conseil scientifique recommande que **la priorité soit donnée à l'isolement à domicile, même si cela entraîne l'isolement de l'ensemble des membres du foyer.** Ainsi la capacité, ou non, à démontrer l'existence d'une chambre individuelle par personne dans un foyer ne sera plus un critère majeur. **Seules les personnes ne pouvant s'isoler dans leur foyer du fait de leurs conditions de vie pourront être accueillies en résidence COVID+ dédiées pour la durée de leur isolement.**

2) La mise en place d'une véritable stratégie de droits et de devoirs, alliant la promotion du devoir de solidarité (par l'auto-isolement) à une palette de mesures d'incitation et de compensation présentées comme des droits et visant à faciliter l'adhésion.

Des mesures d'incitation et de compensation accompagneront le choix de l'auto-isolement à domicile et marqueront les droits des personnes qui, par devoir de solidarité, décideront de l'auto-isolement.

Les modalités de contrôle et de suivi – qui devront être rapides et opérationnelles – seront définies par les agences de l'Etat, et pourront être déclinées de façon différentielle par les autorités territoriales. Le rôle des médecins généralistes ou d'autres acteurs de santé de proximité devra être mieux défini, et la mise en œuvre de ces mesures devront impliquer les employeurs ainsi que les collectivités concernées (écoles, activités périscolaires...) afin de favoriser l'isolement chaque fois que nécessaire, et éviter ce qui rendrait l'isolement difficile, notamment dans un contexte de travail. Les enjeux personnels et collectifs devront être expliqués aux cas confirmés et à leur entourage.

Le Conseil scientifique recommande que puissent être mises en œuvre les mesures d'incitation et de compensation suivantes, le temps de l'isolement :

- **Des prescriptions d'arrêts de travail permettant les procédures réglementaires ;**
- **La mention du motif de l'arrêt de travail doit conduire à l'annulation du délai de carence.** Cette mesure demandera une décision réglementaire. Il est à noter que l'isolement n'empêche pas, quand l'activité le permet, de télé-travailler en l'absence de symptômes ;
- **Une prime de compensation de perte de revenus** pour les professions indépendantes et pour ceux ne pouvant prouver de revenus réguliers permettant d'autres formes de compensation ;
- **Des certificats médicaux permettant aux mineurs dans le foyer de justifier de leur absence de l'établissement scolaire le temps de l'isolement du foyer ;**
- **Des prescriptions permettant un service de prise en charge à domicile des besoins (nourriture, soins de santé, assistantes sociales etc.) si nécessaire par les services spécialisés.**

Afin de favoriser ce suivi dans la durée, **il importe que les données de suivi soient recueillies et analysées de manière systématique et détaillée, notamment à l'échelle territoriale, ce qui nécessite le renforcement du système d'information** qui est actuellement insuffisant à ce sujet.

IV - INFORMATION ET ROLE DE LA SOCIETE CIVILE

Une communication adaptée accompagnera cette stratégie de promotion de l'auto-isolement faite de droits et de devoirs. Le Conseil scientifique considère nécessaire une communication adaptée et spécifique à l'isolement de chacun en cas d'apparition de symptômes, d'attente de réponse d'un test ou de test qui s'est avéré positif. Chaque français doit être en mesure de savoir quel protocole suivre en fonction de son statut vis-à-vis de l'infection, de son état clinique ou biologique notamment, la durée de son isolement, mais aussi le protocole à suivre pour les membres de son foyer. Le Conseil scientifique a par ailleurs déjà soulevé précédemment que la communication concernant l'isolement était plus faible que celles relatives au masque ou au dépistage, ce qui in fine affaiblit l'ensemble de la stratégie de lutte contre l'épidémie.

En l'état actuel de l'épidémie, chaque citoyen doit être responsable de son isolement en cas de suspicion de COVID-19 ou lorsque la positivité est avérée, ce qui presuppose une information précise sur le protocole à suivre de la part des autorités sanitaires.

Le Conseil scientifique insiste une nouvelle fois encore sur l'enjeu majeur que représente **l'adhésion des citoyens** à ce type de mesure. Cela est d'autant plus nécessaire dans le cadre de l'auto-isolement, dont le respect repose sur les responsabilités individuelles de chacun.

L'adhésion aux mesures d'isolement conditionnent le respect de ces mesures et leur efficacité sanitaire. Le Conseil scientifique soutient de longue date la **nécessité d'associer des membres de la société civile au processus de décision**. Il a recommandé à plusieurs reprises la constitution d'un **comité de liaison citoyenne**, en tant qu'espace de discussion et de propositions. Ce comité n'a pas été mis en place au niveau national. Des conseils rassemblant la société civile pourraient être mis en place au niveau **des territoires**, afin de discuter par exemple de la mise en place concrète de ce type de mesure.

ANNEXE – STRATEGIES ET EXPERIENCES EUROPENNES RELATIVES A L'ISOLEMENT

L'isolement est un outil largement utilisé dans l'ensemble des pays européens en tant que composante de la stratégie globale de lutte contre la pandémie COVID-19. Cet outil a été cependant décliné de différentes manières en fonction des pays européens.

Chez la plupart de nos pays voisins, à savoir l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni, l'Autriche ou encore le Danemark la durée d'isolement est supérieure ou égale à 10 jours avec des modalités différentes en fonction du profil de la personne isolée (symptomatique/asymptomatique, contact à risque élevé, test positif/en attente de test...). Seule la Suède recommande un isolement basé sur une durée de 7 jours après l'apparition des symptômes.

Dans la conception des stratégies d'isolement, l'ensemble des pays européens précités ont retenu que les personnes testées positives ainsi que les personnes symptomatiques devaient s'isoler. Différents choix ont été pris concernant les personnes-contact de cas confirmés, les personnes partageant le foyer d'une personne isolée, les personnes asymptomatiques en attente d'un résultat de test, ou encore les voyageurs.

La doctrine concernant le régime de la mesure d'isolement est cependant variable :

- **L'isolement est une obligation légale**, qui peut prendre la forme d'une décision administrative individuelle notifiée, dont le manquement est passible de sanctions. C'est le cas en Allemagne, en Autriche et au Royaume-Uni.
- **L'isolement est fortement recommandé**. C'est le cas notamment pour l'Espagne, l'Italie, le Danemark ou encore la Suède.

Finalement, concernant la question du suivi des personnes isolées, cette question semble être celle qui pose le plus de difficulté à l'étranger. Certains systèmes reposent sur le rôle du médecin de proximité comme en Suède et en Autriche, ou bien sur les agents des départements de santé publique locaux comme en Allemagne ou en Italie. L'examen comparatif des modalités d'isolement dans les pays européens met en évidence la difficulté commune d'établir un protocole clair de suivi des personnes isolées au niveau national, et ce, quel que soit le caractère obligatoire ou non de l'isolement de la personne.

Bibliographie

Documents institutionnels

- Conseil scientifique. Avis n°7 du Conseil scientifique COVID-19 - 4 SCENARIOS POUR LA PERIODE POST-CONFINEMENT ANTICIPER POUR MIEUX PROTEGER. 2 juin 2020.
Disponible à <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/covid-19-conseil-scientifique-covid-19>.
- Conseil scientifique. Avis n°8 du Conseil scientifique COVID-19 – Se préparer maintenant pour anticiper un retour du virus à l'automne. 27 juillet 2020.
Disponible à <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/covid-19-conseil-scientifique-covid-19>.
- Santé Publique France. Point épidémiologique hebdomadaire du 27 août 2020. Santé Publique France COVID-19.
Disponible à <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-27-aout-2020>.
- Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2. 16 mars 2020.

Documents cliniques

- Rhee C, Kanjilal S, Baker M, Klompas M (2020). Duration of SARS-CoV-2 Infectivity: When is it Safe to Discontinue Isolation? Clin Infect Dis. 2020; ciaa344. Doi:10.1093/cid/ciaa1249
- Lauer S, Grantz K, Qifang B, Jones F, Zheng Q et al. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Ann Intern Med. Published online May 5, 2020. Doi:10.7326/M20-0504
- Cevik M, Tate M, Lloyd O, Maraolo A, Schafers J, Ho A (2020). SARS-CoV-2, SARS-CoV-1 and MERS-CoV viral load dynamics, duration of viral shedding and infectiousness: a living systematic review and meta-analysis. Published online July 28, 2020. Doi:10.1101/2020.07.25.20162107
- CDC, Healthcare workers. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. Published online August 16, 2020.
Available on <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>.

Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases

Allegato 11

Interim guidance
19 August 2020



This document is an update of interim guidance entitled Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19), published on 19 March 2020. This version is restricted to the use of quarantine for contacts of confirmed or probable cases of COVID-19. It provides updated guidance for the implementation of quarantine, as well as additional guidance on ventilation and on the care of children in quarantine. The update is based on evidence on controlling the spread of SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19, and scientific knowledge of the virus.

Background

As the COVID-19 pandemic continues to evolve, Member States need to implement a comprehensive set of public health measures that are adapted to the local context and epidemiology of the disease. The overarching goal is to control COVID-19 by slowing down transmission of the virus and preventing associated illness and death.¹

Several core public health measures that break the chains of transmission are central to this comprehensive strategy, including (1) identification, isolation, testing, and clinical care for all cases, (2) tracing and quarantine of contacts, and (3) encouraging physical distancing of at least 1 metre combined with frequent hand hygiene and respiratory etiquette. These three components should be central to every national COVID-19 response.²

Quarantine means “the restriction of activities and/or separation from others of suspect persons (...) who are not ill in such a manner as to prevent the possible spread of infection or contamination.”³ The use of quarantine to control infectious diseases has a long history that goes back centuries. Today, many countries have the legal authority to impose quarantine which, in accordance with Article 3 of the International Health Regulations (2005), must be fully respectful of the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons.⁴

There are two scenarios in which quarantine may be implemented: (1) for travellers from areas with community transmission and (2) for contacts of known cases. This document offers interim guidance to Member States on implementing quarantine, in the latter scenario, for the contacts of people with probable or confirmed COVID-19. Thus, this guidance is intended for national authorities responsible for their local or national policy on the quarantine of contacts of confirmed or probable COVID-19 cases⁵ and for ensuring adherence to infection prevention and control (IPC) measures.

As mentioned, quarantine may also be used in the context of travel and is included within the legal framework of the International Health Regulations (2005),³ specifically:

- Article 30 – Travellers under public health observation;
- Article 31 – Health measures relating to entry of travellers;
- Article 32 – Treatment of travellers.³

Member States have, in accordance with the Charter of the United Nations and the principles of international law, the sovereign right to legislate and to implement legislation, in pursuit of their health policies, even when such legislation that restricts the movement of individuals.

The use of quarantine in the context of travel measures may delay the introduction or re-introduction of SARS-CoV-2 to a country or area, or may delay the peak of transmission, or both.^{6,7} However, if not properly implemented, quarantine of travellers may create additional sources of contamination and dissemination of the disease. Recent research shows that, when implemented in conjunction with other public health interventions, quarantine can be effective in preventing new COVID-19 cases or deaths.⁷ If Member States choose to implement quarantine measures for travellers on arrival at their destination, they should do so based on a risk assessment and consideration of local circumstances.⁶

The scope of this interim guidance document, therefore, is restricted to the use of quarantine for contacts of confirmed or probable cases of COVID-19.

Policy considerations for the quarantine of contacts of COVID-19 cases

In the context of COVID-19, the quarantine of contacts is the restriction of activities and/or the separation of persons who are not ill, but who may have been exposed to an infected person.³ The objective is to monitor their symptoms and ensure the early detection of cases. Quarantine is different from isolation, which is the separation of infected persons from others to prevent the spread of the virus.

Before implementing quarantine, countries should communicate why this measure is needed, and provide appropriate support to enable individuals to quarantine safely.

- Authorities should provide people with clear, up-to-date, transparent and consistent guidance, and with reliable information about quarantine measures.
- Constructive engagement with communities is essential if quarantine measures are to be accepted.

- Persons who are quarantined need access to health care as well as to financial, social and psychosocial support; protection; as well as to support to meet their basic needs, including food, water, hygiene, communication and other essentials for themselves and for household members and children who they are supporting or caring for. The needs of vulnerable populations should be prioritized.
- Cultural, geographic and economic factors affect the effectiveness of quarantine. Rapid assessment of the local context should evaluate both the drivers of success and the potential barriers to quarantine, and they should be used to inform plans for the most appropriate and culturally accepted measures.

Who should be quarantined

In the context of the current COVID-19 outbreak, WHO recommends the rapid identification of COVID-19 cases and their isolation and management either in a medical facility⁸ or an alternative setting, such as the home.⁹

WHO recommends that all contacts of individuals with a confirmed or probable COVID-19 be quarantined in a designated facility or at home for 14 days from their last exposure.

A contact is a person in any of the following situations from 2 days before and up to 14 days after the onset of symptoms in the confirmed or probable case of COVID-19:

- face-to-face contact with a probable or confirmed case of COVID-19 within 1 meter and for more than 15 minutes;
- direct physical contact with a probable or confirmed case of COVID-19
- direct care for an individual with probable or confirmed COVID-19 without using proper personal protective equipment;¹⁰ or
- other situations, as indicated by local risk assessments.⁵

Recommendations for implementing quarantine

If a decision to implement quarantine is taken, the authorities should ensure that:

1. adequate food, water, protection, hygiene and communication provisions can be made for the quarantine period;
2. the infection prevention and control (IPC) measures can be implemented;
3. the requirements for monitoring the health of quarantined persons can be met during quarantine.

These measures apply to both quarantine in a designated facility and quarantine at home.

Ensuring an appropriate setting and adequate provisions

The implementation of quarantine implies the use or creation of appropriate facilities in which a person or persons are physically separated from the community while being cared for.

Possible settings for quarantine include hotels, dormitories, other facilities catering to groups, or the contact's home. Regardless of the setting, an assessment must ensure that the appropriate conditions for safe and effective quarantine are being met. Facilities for those in quarantine should be disability inclusive, and address the specific needs of women and children.

If quarantine is undertaken at home, chosen, the quarantined person should occupy a well-ventilated single room, or if a single room is not available, maintain a distance of at least 1 metre from other household members. The use of shared spaces, crockery and cutlery should be minimized, and shared spaces (such as the kitchen and bathroom) should be well ventilated.

Quarantine arrangements in designated facilities should include the following measures:

Those who are in quarantine should be placed in adequately ventilated rooms with large quantities of fresh and clean outdoor air to control contaminants and odours. There are three basic criteria for ventilation:

1. ventilation rate: the amount and quality of outdoor air provided into the space;
2. airflow direction: the direction of airflow should be from clean to less-clean zones; and
3. air distribution or airflow pattern: the supply of air to each part of the space to improve dilution and removal of pollutants from the space.

For quarantine facilities, ventilation of 60 liters/second per person (L/s/person) is adequate for naturally ventilated areas or 6 air changes per hour for mechanically ventilated areas (See Box 1. How to estimate airflow rate and air change per hour).

Airflow direction can be assessed by measuring the pressure difference between the rooms with a differential pressure gauge. If measuring the pressure difference is not feasible, the airflow direction from a clean to a less clean area can be assessed using cold smoke (clearance of smoke should occur within a few seconds of release). Incense sticks can also be used if cold smoke test puffers are not available. Those performing this measurement should be mindful of fire hazards.

For quarantine at home, consider using natural ventilation, opening windows if feasible and safe to do so. For mechanical systems, increase the percentage of outdoor air, using economizer modes of heating, ventilation and air-conditioning (HVAC) systems operations and potentially as high as 100%. Before increasing outdoor air percentage, verify compatibility with HVAC system capabilities for both temperature and humidity control as well as compatibility with outdoor/indoor air quality considerations.

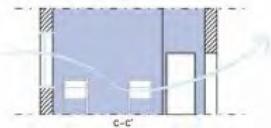
If HVAC systems are used, they should be regularly inspected, maintained and cleaned. Rigorous standards for installation and maintenance of ventilation systems are essential to ensure that they are effective and contribute to a safe environment within the health facility as a whole. Recirculation of air (e.g. split AC units, fan coils, or any system that runs with a recirculation mode) should be avoided where possible. The

Box 1- How to estimate airflow and air change per hour (ACH)

Natural ventilation

As a rule of thumb, wind-driven natural ventilation rate can be calculated as follows:

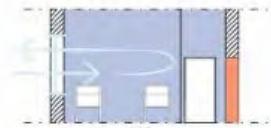
Cross ventilation



i.e. Open window + open door

$$\text{Ventilation rate (l/s)} = 0.65 \times \text{wind speed (m/s)} \times \text{smallest opening area (m}^2\text{)} \times 1000$$

Single-side ventilation



i.e. Open window + closed door

$$\text{Ventilation rate (l/s)} = 0.05 \times \text{wind speed (m/s)} \times \text{smallest opening area (m}^2\text{)} \times 1000$$

Mechanical ventilation

Knowing the airflow (ventilation rate) provided by the ventilation system and the volume of the room:

$$\text{ACH} = [\text{ventilation rate (l/s)} \times 3600 (\text{s/hr})] \times 0.001 (\text{m}^3/\text{s})] / [\text{room volume (m}^3\text{)}]$$

use of fans for air circulation should be avoided if possible unless it is in a single occupancy room when there are no other individuals present. If the use of fans is unavoidable, increase outdoor air exchange by opening windows and minimizing air blowing from one person directly at another in order to avoid spread of droplets or aerosols.

- Strategies for ensuring adequate ventilation in public buildings are described in the WHO Q&A on ventilation and air conditioning in the context of COVID-19.¹¹ The rooms should ideally be a single room with ensuite hand hygiene and toilet facilities. If single rooms are not available, beds should be placed at least 1 metre apart (see section on children).
- Physical distance of at least 1 metre must be maintained between all persons who are quarantined.
- Suitable environmental infection controls must be used, including ensuring access to basic hygiene facilities (i.e. running water and toilets) and waste-management protocols.
- Accommodation should include:
 - provision of adequate food, water, and hygiene facilities;
 - secure storage places for baggage and other possessions;
 - medical treatment for existing conditions as necessary;
 - communication in a language that the quarantined individuals can understand, with an explanation of their rights, services that are available, how long they will need to stay and what will happen if they become sick; if necessary, contact information for their local embassy or consular support should be provided.
- Health care must be provided for those requiring medical assistance.
- Those who are in quarantine, including children, must have some form of communication with family members who are outside the quarantine facility, for example, telephone.

- If possible, access to the internet, news, and entertainment should be provided.
- Psychosocial support should be available.
- Older persons and those with comorbid conditions require special attention because of their increased risk for severe COVID-19, including access to medical provisions and equipment (e.g. medical masks).

Protection and provision of care for children

When implementing quarantine, authorities should avoid family separation, weighing the welfare of the child against the potential risk of COVID-19 transmission within the family. Any decision to separate a child from his or her caregiver when implementing quarantine should include careful and thorough consideration of the possible consequences of family separation.

If a child is a contact:

- Children should ideally be quarantined at home, in the care of a parent or other caregiver.
- When this is not possible, children should be quarantined in a household in the care of an adult family member or other caregiver who is at low risk of severe COVID-19. Known risk factors for severe disease include individuals aged >60 years and individuals with underlying medical conditions.⁸
- If quarantine at home is not possible, children should be quarantined and cared for in a child-friendly space, taking into consideration the specific needs of children, their safety as well as physical and mental well-being. All efforts should be made to allow a caregiver or other adult family member to visit daily and/or stay with the child throughout the quarantine period.
- Policies and individual decisions should allow home-based quarantine of children and caregivers based on a holistic assessment in which the child's best interests are the primary consideration.

- Any setting that anticipates hosting children, particularly children without caregivers, must provide sufficiently trained care staff who can provide the children with a safe, caring and stimulating environment. Each quarantine facility receiving children should assign one staff member as a focal point for child protection issues. Staff who monitor the health of quarantined children should be trained to recognize the symptoms of COVID-19 in children, as well as signs that they need immediate medical assistance. Referral pathways should be established in advance.

If an adult is a contact, and a child is not, the adult may need to be quarantined apart from the child. In this case, the child should be placed in the care of another non-contact adult family member or caregiver.

Infection prevention and control measures

The following IPC measures¹⁰ should be used to ensure a safe environment for quarantined persons. These measures apply to quarantine in a designated facility and to quarantine at home.

a. Early recognition and control

- Any person in quarantine who develops febrile illness or respiratory symptoms at any point during the quarantine period should be treated and managed as a suspected COVID-19 case and immediately isolated. Ensure the quarantine facility has a designated referral centre and clear process for any symptomatic person. A designated room (or, if not feasible, designated area) is recommended for isolating any persons who develop symptoms, if the facility uses shared rooms, while waiting to transfer the individual to the referral centre.
- Standard precautions apply to all persons who are quarantined and to quarantine personnel.
 - Perform hand hygiene frequently, particularly after contact with respiratory secretions, before eating, and after using the toilet. Hand hygiene includes either cleaning hands with soap and water or with an alcohol-based hand rub. Alcohol-based hand rubs are preferred if hands are not visibly dirty; hands should be washed with soap and water when they are visibly dirty.
 - Ensure that all persons in quarantine are practising respiratory hygiene and are aware of the importance of covering their nose and mouth with a bent elbow or paper tissue when coughing or sneezing, and then immediately disposing of the tissue in a wastebasket with a lid and then performing hand hygiene.
 - Refrain from touching the eyes, nose and mouth.
 - Physical distance of at least 1 metre should be maintained between all persons who are quarantined.
 - To prevent COVID-19 transmission effectively in areas of community transmission, governments should encourage the general public to wear masks in specific situations and settings, such as on public transport, in shops or in other confined or crowded environments, as part of a comprehensive approach to suppress SARS-CoV-2 transmission.¹²

b. Administrative controls

Administrative controls and policies for IPC within quarantine facilities include but may not be limited to:

- Educating persons who are quarantined and quarantine personnel about IPC measures. All personnel working in the quarantine facility need to have training on standard precautions (hand hygiene, respiratory etiquette, PPE, cleaning and disinfection, waste and linen management) before the quarantine measures are implemented. The same advice on standard precautions should be given to all quarantined persons on arrival.
- Both personnel and quarantined persons should understand the importance of promptly seeking medical care if they develop symptoms; developing policies to ensure the early recognition and referral of a suspected COVID-19 case.

c. Environmental controls

Environmental cleaning and disinfection procedures¹³ must be followed consistently and correctly. Those responsible for cleaning need to be educated about and protected from COVID-19 and ensure that environmental surfaces are regularly and thoroughly cleaned throughout the quarantine period, as well as ensuring safe and appropriate storage, handling and use of all cleaning materials and disinfectants. The following actions are important:

- Establish sustainable IPC infrastructure (for example, by designing appropriate facilities).
- Ensure all persons quarantined in facilities have single rooms with ensuite facilities. Where single rooms are not available, maintain a minimum of 1 metre separation between beds and apply cohorting strategies.
- Clean and disinfect frequently touched surfaces – such as bedside tables, bed frames and other bedroom furniture – at least once daily. Clean and disinfect bathroom and toilet surfaces at least once daily. Regular household soap or detergent should be used first for cleaning, and then after rinsing, regular household disinfectant, containing 0.1% sodium hypochlorite (bleach, equivalent to 1000ppm) should be applied by wiping surfaces.¹³ For surfaces that cannot be cleaned with bleach, 70% ethanol can be used.
- Wash clothes, bed linen, and bath and hand towels using regular laundry soap and water, or machine wash at 60–90 °C (140–194 °F) with common laundry detergent, and dry thoroughly.
- In a designated quarantine facility, cleaning personnel should wear adequate personal protective equipment (PPE)¹⁴ and be trained to use it safely. In non-health care settings where disinfectants such as bleach are being prepared and used, the minimum recommended PPE is rubber gloves, impermeable aprons and closed shoes.¹³ Eye protection and medical masks may be needed to protect personnel against chemicals used or if there is a risk of exposure to blood /body fluids, such as when handling soiled linen or cleaning toilets. Cleaning personnel should perform hand hygiene before putting on and after removing PPE.
- Waste generated during quarantine should be placed in strong bags and sealed before disposal.¹⁵

- Countries should consider implementing measures to ensure that this type of waste is disposed of in a sanitary landfill and not in an unmonitored open area.

Requirements for monitoring the health of quarantined persons

Daily follow up of persons who are quarantined should be conducted within the facility or home for the duration of the quarantine period and should include screening for body temperature and symptoms in accordance with WHO and/or national surveillance protocols and case definitions. Groups of persons at higher risk of severe disease (individuals aged >60 years and individuals with underlying medical conditions) may require additional surveillance or specific medical treatments.

Consideration should be given to the resources needed, including personnel and, for example, rest periods for staff at quarantine facilities. Appropriate resource allocation is particularly important in the context of an ongoing outbreak, when limited public health resources may need to be prioritized for health-care facilities and case-detection activities.

Laboratory testing during quarantine

Any person in quarantine who develops symptoms consistent with COVID-19 at any point during the quarantine period should be treated and managed as a suspected case of COVID-19 and tested.

For contacts who do not develop symptoms, WHO no longer considers laboratory testing a requirement for leaving quarantine after 14 days.

References

1. Strategic preparedness and response plan. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://www.who.int/publications/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus> accessed 11 August 2020)
2. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332665/WHO-COVID-19-Community Actions-2020.4-eng.pdf> accessed 11 August 2020)
3. International Health Regulations (2005) Third edition. 2016. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://www.who.int/ehr/publications/9789241580496/en/> accessed 11 August 2020)
4. Key considerations: quarantine in the context of COVID-19. In: Social Science in Humanitarian Action: A Communication for Development Platform [website]. New York: UNICEF, Institute of Development Studies; 2020
(<https://www.socialscienceinaction.org/resources/february-2020-social-science-humanitarian-action-platform/> accessed 11 August 2020)
5. Public health surveillance for COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333752> accessed 11 August 2020)
6. Public health considerations while resuming international travel. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel> accessed 11 August 2020)
7. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu A et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Apr 8;4(4):CD013574.
8. Clinical management of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196> accessed 11 August 2020)
9. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333782> accessed 11 August 2020)
10. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332879/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4-eng.pdf> accessed 11 August 2020)
11. Q&A: Ventilation and air conditioning and COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-ventilation-and-air-conditioning-and-covid-19> accessed 11 August 2020)
12. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332293> accessed 11 August 2020)
13. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332096> accessed 11 August 2020)
14. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Geneva: World Health Organization; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695> accessed 11 August 2020)
15. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2020.
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333560> accessed 11 August 2020)

Acknowledgements

This interim guidance was developed by WHO in collaboration with UNICEF.

WHO continues to monitor the situation closely for any changes that may affect this interim guidance. Should any factors change, WHO will issue a further update. Otherwise, this interim guidance document will expire 2 years after the date of publication.

© World Health Organization 2020. Some rights reserved. This work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#) licence.

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/IHR_Quarantine/2020.3](#)

Fwd: festival internazionale del cinema di Roma

Miozzo Agostino

Allegato 12

gio 10/09/2020 14:15

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

Inviato da iPhone

Inizio messaggio inoltrato:

Da: Alessio D'Amato <a.damato@regione.lazio.it>
Data: 10 settembre 2020 14:13:01 CEST
A: Miozzo Agostino <Agostino.Miozzo@protezionecivile.it>, Ippolito Giuseppe <giuseppe.ippolito@inmi.it>
Cc: Giovanna Pugliese <gpugliese@regione.lazio.it>
Oggetto: festival internazionale del cinema di Roma

Caro Agostino mi pongono il tema, per gli ospiti della Festa internazionale del Cinema di Roma, del superamento del dpcm sulla quarantena per coloro che hanno effettuato il tampone nelle 72 ore precedenti provenienti extra UE in modo particolare dagli USA . Potete cortesemente valutare la situazione . Ne ho parlato già con Giuseppe Ippolito. Un saluto e buon lavoro. Unità di Crisi Covid 19 Alessio D'Amato



ALESSIO D'AMATO

ASSESSORE SANITÀ E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA Ufficio 3 – Coordinamento USMA - SASN

Linee guida per la concessione della deroga prevista ai sensi art. 1 comma 4 lettera d) del DPCM 07/09/2020 che integra e modifica il DPCM 07/08/2020.

Il presente documento rappresenta una indicazione per la concessione della deroga prevista ai sensi dell'art. 1 comma 4 lettera del DPCM 07/09/2020 che integra e modifica il DPCM 07/08/2020.

Introduzione

Il presente protocollo serve a garantire, per quanto possibile, che il soggetto, in quanto proveniente da una zona a rischio, sia in buone condizioni di salute prima e durante il viaggio verso il territorio nazionale.

Procedura da seguire prima della partenza per l'Italia.

Dato il carattere particolarmente diffusivo della pandemia determinata dal virus SARS-CoV-2 e l'attuale rilievo di numerosi casi positivi riscontrati tra soggetti provenienti da paesi esteri che hanno innescato numerosi focolai nel nostro paese, si rende necessario rafforzare i controlli tesi a diminuire il rischio di reimportazione dell'infezione.

Considerando che il periodo di incubazione, ovvero il lasso di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici si stima che vari fra 2 e 11 giorni, fino ad un massimo di 14 giorni, affinché si disponga della deroga per l'entrata in Italia da Stati terzi, **il soggetto** dovrà sottoporsi alle seguenti misure:

- nei 14 giorni precedenti la partenza per l'Italia, evitare luoghi pubblici o comunque affollati o, in alternativa, utilizzare DPI adeguati e previsti nonché mantenimento delle norme igieniche e di distanziamento sociale previste;
- 72 ore prima dell'Ingresso nel territorio nazionale, dovrà sottoporsi a test molecolare con test RT-PCR o antigenico per la determinazione del virus SARS-COV 2 effettuato per mezzo di tampone e risultato negativo;
- effettuare il trasferimento verso l'aeroporto preferibilmente con mezzo privato, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso;
- a partire da 72 ore prima della partenza dovrà essere misurata la temperatura corporea due volte al giorno (la mattina e la sera). In caso di una temperatura $>37,5$ °C questa alterazione dovrà essere comunicata all'autorità sanitaria competente deputata ad attestare lo stato di salute del soggetto in base alle informazioni epidemiologiche, anamnestiche e alla visita clinica specificando esplicitamente:
 - l'assenza di segni e sintomi clinici ascrivibili all'infezione da SARS-COV 2 (febbre, tosse, stato di debolezza/affaticamento, mal di testa, dolori muscolari, mal di gola,

rinite acuta, dispnea, anoressia/nausea/vomito, diarrea, stato mentale alterato, anosmia, ageusia) al momento della certificazione e nelle 72 ore precedenti.

- l'assenza di collegamento epidemiologico con un cluster di casi al cui interno vi sia almeno un caso confermato;

La certificazione dell'autorità sanitaria competente dovrà essere prodotta in originale, con firma autografa e timbro dell'autorità sanitaria dello Stato di origine.

- La presenza di una temperatura > a 37,5 °C al giorno della partenza è criterio di esclusione dalla deroga, impedendo di fatto la partenza per l'Italia.

Nota Tamponi.

1. l'esecuzione del tampone rino-faringeo con test RT-PCR e/o di quello antigenico è a carico del soggetto;
2. il risultato delle analisi di laboratorio deve provenire da un laboratorio/ospedale/struttura sanitaria autorizzato dalle autorità sanitarie di origine; la mancanza di questa condizione renderà il risultato del tampone non valido impedendo l'accesso in Italia;
3. i tamponi devono essere effettuati entro e non oltre secondo la cadenza indicata precedentemente (72 ore);
4. la certificazione dell'esito delle analisi dovrà essere prodotta in originale, con firma e timbro del referente della struttura di cui al comma 2, specificando che sono state utilizzati protocolli specifici per SARS-CoV-2 indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
5. nell'evenienza di un tampone positivo, al soggetto positivo sarà preclusa la partenza per l'Italia.

Misure da seguire all'imbarco, sul mezzo e allo sbarco.

Il soggetto, in base all'art. 5 comma 1 del DPCM 7 agosto 2020 dovrà obbligatoriamente consegnare al vettore all'atto dell'imbarco sul mezzo con cui intende arrivare in Italia e a chiunque sia deputato ad effettuare i controlli, una dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 Dicembre 2000 n. 445, nonché l'attestazione di essersi sottoposti nelle 72 ore precedenti all'ingresso nel territorio nazionale, ad un test molecolare o antigenico, effettuato per mezzo di tampone e risultato negativo.

Inoltre:

- In caso la Temperatura Corporea del soggetto fosse superiore a 37,5°C alla misurazione effettuata dal vettore al momento dell'imbarco, sarà precluso l'ingresso in Italia;
- dovrà rispettare le norme di distanziamento sociale e di igiene, nonché l'utilizzo dei DPI, sia in aeroporto che in aereo;
- durante il viaggio è obbligatorio l'uso della mascherina che vada a coprire naso e bocca interamente;

- durante il viaggio dovranno essere limitati il più possibile gli spostamenti all'interno del mezzo; nel caso sia necessario l'uso dei servizi igienici ricordarsi di igienizzare le mani con soluzione idroalcolica al 70% dopo l'utilizzo di questi, evitando di toccarsi naso e bocca con le mani non igienizzate;
- all'arrivo in aeroporto è prevista la misurazione della temperatura, nel caso fosse > 37,5°C, così come da disposizione del DPCM 7 agosto 2020 il soggetto dovrà allertare immediatamente l'autorità competente locale e recarsi tramite mezzo privato nel luogo scelto in cui dovrà effettuare il periodo di sorveglianza sanitaria e di isolamento fiduciario di 14 giorni ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera c);
- in caso di temperatura <37,5°C dirigersi usando un mezzo privato nel luogo stabilito di soggiorno nel minor tempo possibile;

Soggiorno in Italia

In base a quanto previsto dall'art 5 comma 2 del DPCM 7 agosto 2020, il soggetto dovrà obbligatoriamente e immediatamente comunicare il proprio ingresso in Italia al Dipartimento prevenzione dell'autorità sanitaria competente per territorio, che disporrà eventuali ulteriori accertamenti clinici laboratoristici ritenuti necessari e le misure di sanità pubblica appropriate.

Il soggetto dovrà rimanere reperibile per ogni attività di sorveglianza e, in caso di comparsa di sintomi, dovrà avvertire immediatamente il Dipartimento di prevenzione territorialmente competente per il tramite dei numeri telefonici appositamente dedicati, e sottoporsi, nelle more delle conseguenti determinazioni dell'autorità sanitaria, ad isolamento.

Il soggetto, per quanto possibile, limiterà al minimo gli spostamenti e i contatti con chiunque non faccia parte dell'evento/manifestazione e/o che non sia correlato alla motivazione non differibile per cui fa ingresso in Italia.

Gli spostamenti in Italia al di fuori di quelli previsti per l'evento/manifestazione e/o che non siano correlati alla motivazione non differibile per cui si fa Ingresso nel territorio Nazionale avverranno solo con mezzo privato, rispettando le misure del distanziamento sociale e quelle igieniche nonché l'utilizzo dei DPI previsti.

Dovrà essere tenuto un diario giornaliero con gli spostamenti effettuati, le località visitate inclusi i locali (alberghi, ristoranti, ecc.) ed eventuali contatti stretti con persone in assenza dei DPI previsti.

Partenza dall'Italia e ritorno nel Paese di provenienza

Al termine della permanenza il soggetto dovrà tornare nel luogo di soggiorno evitando il più possibile eventuali contatti.

Per il rientro in patria valgono le precedenti procedure.

Al rientro nel paese di provenienza, il soggetto dovrà sottoporsi a un nuovo tampone, nei modi e con i mezzi descritti precedentemente in questo documento. Nel caso in cui l'esito del Tampone dovesse risultare positivo, il referto del tampone unitamente al diario giornaliero compilato, dovrà essere inviato all'autorità sanitaria competente.

Bibliografia.

1. “Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro” 24/04/2020;

2. "Rapporto ISS COVID 19 n°20_2020" per la gestione degli ambienti indoor (https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+20_2020.pdf/2877483a-49cf-9e41a173-03e9ab18f00e?t=1589185558757);
3. WHO "Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases" Interim guidance 19 Marzo 2020;
4. WHO: "Public health surveillance for COVID-19: interim guidance" 7 Agosto 2020
5. ECDC COVID-19-cruise-guidance-27-07-2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-cruise-guidance-27-07-2020.pdf>)
6. DPCM 7 Agosto 2020, DPCM 07 Settembre 2020

Respons. proced.:

Direzione Generale DGPRE Ministero della Salute-ufficio-3:

Ulrico Angeloni

Andrea Pagliara

Alioto Luigi

Il Direttore

Dr. Mauro Dionisio

f.to Dr. Mauro Dionisio*

*firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93

Scheda Anagrafica

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente quanto segue:

Nome/Name _____ Cognome/Family name _____

Residenza: via e numero / street name and n° _____

Città/City _____ Stato/Country _____ CAP/Zip-

postal code _____ Numero di telefono/your contact number: _____

Email _____

Passaporto o numero del documento di viaggio/passport or travel document number:

_____ Rilasciato il/Issued on _____

Da/ Issuing Country/ _____

Domicilio in Italia/Domicile in Italy: _____

Data effettuazione Tampone/Date of swabbing _____ **Esito/Result** _____

Dati di Viaggio/Travel information

Data e ora di arrivo/Date and time of arrival: _____

Numero del Volo/Flight number: _____

Data e ora di Ritorno (se previsto)/Date and time of retun (in the evenience of):

Numero del Volo/Flight number: _____

Motivo del viaggio/ purpose of the trip:

Con la presente dichiaro di attenermi alle indicazioni previste dalle allegate linee guida/ I hereby declare to comply with the indications provided for in the guidelines attached.

N.B. Allegare alla presente eventuale documentazione comprovante le motivazioni del viaggio e copia della mail ricevuta dal Ministero della Salute/ It is mandatory to carry any required document to prove the reasons for the trip and the copy of the email received from the Ministry of Health

Data

Firma/Signature
