



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

Verbale n. 60 della riunione tenuta presso il Dipartimento della Protezione Civile il giorno 14 gennaio 2022

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

Ordine del giorno, di cui alla nota di convocazione e alla nota integrativa del 12 gennaio 2022:

1. Aggiornamento situazione epidemiologica nel Paese;
2. Valutazione di un documento sulle procedure indicate per la gestione di "casi positivi" negli sport di squadra;
3. Focus sulla comunicazione quotidiana delle risultanze epidemiologiche;
4. Varie ed eventuali.

La seduta inizia alle ore 11,05, con l'esame del punto n. 1 dell'ordine del giorno.

Il CTS ha ricevuto in visione i dati epidemiologici relativi al periodo 3/01/2022–9/01/2022, trasmessi dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), inerenti al sistema di

¹ Collegato in videoconferenza a partire dalle ore 11,25.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751 monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari istituito dal Ministero della salute ed elaborati dalla cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020 (allegato).

Il CTS prende atto che, dagli aggiornamenti dei dati epidemiologici di ISS e dal monitoraggio del rischio della suddetta cabina di regia, si registra un ulteriore significativo aumento dell'incidenza settimanale a livello nazionale: 1622 per 100.000 abitanti (3/01/2022 – 9/01/2022) vs 1098 per 100.000 abitanti (27/12/2021 – 2/01/2021), dati flusso ISS. Questa tendenza trova conferma anche nel periodo più recente sulla base dei dati aggregati raccolti dal Ministero della Salute (1.988 per 100.000 abitanti nel periodo 7/01/22-13/01/22, dati flusso dati aggregati Ministero della Salute).

La fascia di età che registra il più alto tasso di incidenza settimanale per 100.000 abitanti continua ad essere la fascia d'età 20-29 anni, con un'incidenza pari a 2.872 per 100.000 abitanti, in aumento rispetto alla settimana precedente. Al momento, l'incidenza più bassa, ma, comunque, attestata su un valore molto elevato, si rileva nelle fasce di età superiori agli 80 anni (489 per 100.000 abitanti nella fascia d'età 80-89 e 497 per 100.000 abitanti nella fascia 90+), che presentano anche una maggiore copertura vaccinale, intesa sia come ciclo completo che come dose di richiamo.

Nel periodo 22 dicembre 2021 – 4 gennaio 2022, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,56 (range 1,24 – 1,8), in ulteriore aumento rispetto alla settimana precedente e ben al di sopra della soglia epidemica. È in leggera diminuzione, invece, l'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero ($R_t = 1,2$ (1,18-1,22) al 4/01/2022 vs $R_t = 1,3$ (1,27-1,32) al 28/12/2021). La cabina di regia sottolinea, peraltro, che diverse Regioni/PPAA hanno segnalato problemi nell'invio dei dati del flusso individuale, a causa dell'attuale situazione epidemiologica, che non permette la tempestiva trasmissione dei dati. Questo stato

FL

X



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751 di cose porta a non potersi escludere che i valori sopra indicati possano essere sottostimati.

Tredici Regioni/PPAA sono classificate a rischio alto, di cui 3 a causa dell'impossibilità di valutazione, 8 Regioni/PPAA risultano classificate a rischio moderato secondo il DM del 30 aprile 2020. Tra queste, cinque Regioni/PPAA sono ad alta probabilità di progressione a rischio Alto secondo il DM del 30 aprile 2020.

La soglia critica del 10% di occupazione dei posti letto in terapia intensiva è superata o raggiunta da 18 Regioni/PP.AA. Anche la soglia del 15% di occupazione dei posti letto di area medica è superata da 18 Regioni/PP.AA.

Il tasso nazionale di occupazione in terapia intensiva è al 18,2% e in continuo e costante aumento rispetto alle settimane precedenti (rilevazione giornaliera Ministero della Salute del 11/01/2022); il numero di persone ricoverate passa da 1.392 (4/01/2022) a 1.677 (11/01/2022) con un incremento relativo del 20%. Anche il tasso di occupazione in aree mediche Covid-19 a livello nazionale aumenta ed è pari al 26,6%. Il numero di persone ricoverate in queste aree è in aumento da 12.912 (4/01/2022) a 17.067 (11/01/2022), con un incremento relativo del 32%. Questo elevato numero di ammissioni in strutture ospedaliere sta imponendo una revisione organizzativa delle prestazioni assistenziali erogate a favore dei pazienti COVID-19 e a discapito di pazienti affetti da altre patologie.

È raddoppiato il numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione (649.489 vs 309.903 della settimana precedente). La percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti è in forte diminuzione (13% vs 16% la scorsa settimana). È in diminuzione anche la percentuale dei casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi (48% vs 50%) mentre aumenta la percentuale di casi diagnosticati attraverso attività di screening (39% vs 34%).

FL

X



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751
L'attuale situazione caratterizzata da elevata incidenza pari a circa 40 volte la soglia dei 50 casi settimanali per 100.000 abitanti non consente una puntuale mappatura dei contatti dei casi, come evidenziato dalla bassa percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento, pari al 13%, ed in continua e costante diminuzione.

L'epidemia si trova in una fase connotata da larga circolazione virale e si osserva ormai da numerose settimane un impatto in crescita sui servizi territoriali ed assistenziali. È auspicabile una rapida e significativa inversione di tendenza, per impedire un aggravamento ulteriore delle condizioni di sovraccarico dei servizi sanitari, già oggi fortemente impegnati, come emerge dallo scenario dell'utilizzo dei servizi ospedalieri osservato nelle ultime settimane, peraltro coerente con quello che si osserva in altri Paesi europei.

Una più elevata copertura vaccinale, in tutte le fasce di età, anche quella 5-11 anni, il completamento dei cicli di vaccinazione ed il mantenimento di una elevata risposta immunitaria attraverso la dose di richiamo, con particolare riguardo alle categorie indicate dalle disposizioni ministeriali, rappresentano strumenti necessari a mitigare l'impatto soprattutto clinico dell'epidemia anche sostenuta da varianti emergenti.

Inoltre, il CTS richiama l'attenzione sulla necessità di continuare con il rigoroso rispetto delle misure comportamentali individuali e collettive, ed in particolare distanziamento interpersonale, uso della mascherina, aereazione dei locali, igiene delle mani, riducendo le occasioni di contatto ed evitando, in particolare, situazioni di assembramento.

Il Coordinatore esamina la questione che forma oggetto del punto n. 2 dell'ordine del giorno, relativo alla valutazione di un documento elaborato da un Tavolo tecnico



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751
Regioni-Salute sulle **procedure indicate per la gestione di “casi positivi” negli sport di squadra**, sottoposto al CTS dal Capo di Gabinetto del Ministero della salute, d'intesa con il Segretario Generale della Presidenza del Consiglio dei ministri (allegato).

Come chiarito anche in una nota di accompagnamento del Dipartimento per lo Sport della Presidenza del Consiglio, le misure sottoposte all'esame del Comitato avranno carattere temporaneo e troveranno applicazione alle competizioni professionalistiche e ai massimi campionati dilettantistici, salvo previsioni più restrittive decise dagli organismi sportivi competenti.

Nel documento si ipotizza, in particolare, l'adozione delle seguenti misure:

1. alla luce dello scenario epidemiologico attuale, prevedere per la sorveglianza l'utilizzo di tamponi antigenici/molecolari, nel rispetto dei criteri definiti dal Ministero della Salute;

2. in presenza di un caso positivo all'interno del Gruppo Squadra:

- i soggetti positivi vengono messi in isolamento, monitorati e controllati nei termini e con le modalità previste dalla normativa vigente;

- contatti ad alto rischio (soggetti del Gruppo Squadra esposti all'interno del Gruppo o in ambito comunitario): test antigenico ogni giorno per almeno 5 giorni e obbligo di indossare la mascherina FFP2 in tutti i contesti in cui non viene effettuata attività sportiva. Il protocollo si applica indipendentemente dallo stato vaccinale. Deve, comunque, essere effettuato un test antigenico con esito negativo 4 ore prima della gara;

- contatti a basso rischio (soggetti che entrano in contatto con il Gruppo Squadra anche in maniera non continuativa): si applicano le misure previste dalle indicazioni

FL

X



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Ex O.C.D.P.C. 3 febbraio 2020, n. 630, come modificata dalla O.C.D.P.C. 17 marzo 2021, n. 751 ministeriali, anche in relazione allo stato vaccinale. È raccomandato l'utilizzo della mascherina FFP2 in ambito lavorativo.

3. prevedere che con il raggiungimento di un numero di positivi superiore al 35% dei componenti del Gruppo Atleti venga bloccato l'intero Gruppo Squadra.

Il Coordinatore dà conto, inoltre, di avere in mattinata inviato via e-mail a tutti i componenti del CTS un documento a lui direttamente indirizzato dall'amministratore delegato della Lega di serie A, riassuntivo delle posizioni assunte dal Consiglio di Lega della Serie A di calcio tenutosi informalmente il 13 gennaio 2022, nel quale vengono proposte, in relazione al Campionato di Serie A, alcune possibili integrazioni al documento in esame:

- chiarire che la sorveglianza sui soggetti del Gruppo Squadra è affidata al Medico Responsabile;
- nel punto 2, in caso di presenza di un soggetto positivo occorrerebbe discriminare i contatti ad alto rischio da quelli a basso rischio in base al completamento o meno del processo vaccinale. I soggetti con tre dosi di vaccino e/o guariti o che abbiano ricevuto la seconda dose da meno di 120 giorni sono da considerarsi soggetti a basso rischio. Coloro che abbiano ricevuto la seconda dose da oltre 120 giorni o non abbiano ricevuto la seconda dose sono da considerarsi soggetti ad alto rischio; FL
- per i soggetti a basso rischio non si può utilizzare la mascherina in ambito lavorativo;
- i soggetti ad alto rischio dovranno sottoporsi a tampone con cadenza ogni 48h nel periodo di sorveglianza attiva; FK
- nel punto 3, specificare che il Gruppo Atleti si compone di 30 atleti, di cui la Lega provvederà a disciplinare i criteri di individuazione quanto prima (indicazione, questa, che appare riferibile solo alle squadre di calcio).



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

Infine, il Coordinatore propone di esaminare, nel contesto della discussione sul punto n. 2 dell'ordine del giorno, anche la bozza di **circolare** che aggiorna le indicazioni sulla **"idoneità all'attività agonistica in atleti non professionisti Covid-19 positivi e in atleti con sintomi suggestivi per Covid-19 in assenza di diagnosi da SARS-CoV-2"**, che è stata comunicata al CTS, ai fini di un parere, con nota del 12 gennaio 2021 della Capo di Gabinetto del Ministro della salute ed è stata diffusa tra i componenti nel CTS nella giornata di ieri (v. allegato).

*

Il CTS, esaminate le suddette questioni, ritiene meritevoli di approvazione le misure contenute nel documento sulla gestione dei casi positivi elaborato da un Tavolo tecnico Regioni-Salute, purché resti fermo l'obbligo del Medico Responsabile di comunicare tempestivamente ed esaustivamente tutti i dati relativi ai casi in oggetto alle autorità sanitarie locali, ossia ai Dipartimenti di prevenzione delle competenti aziende sanitarie locali.

Il Comitato, inoltre, non esprime parere contrario all'accoglimento delle proposte di integrazione formulate dalla Lega Calcio di Serie A, ove le medesime fossero condivise dalle autorità competenti in materia e dal Dipartimento dello Sport. FL

Quanto alla bozza di circolare sulla idoneità all'attività agonistica, il CTS, nel manifestare apprezzamento per il testo proposto e per l'attenzione rivolta in termini largamente cautelativi alla salute degli atleti, invita le autorità competenti a valutare se, esaminati tutti i profili di rischio (ivi incluso quello connesso all'età e al documentato stato di completa salute pregresso all'infezione), per gli atleti del c.d. "Gruppo A1" sia appropriato considerare la possibilità di un alleggerimento del numero degli esami diagnostici richiesti, anche al fine di contenere eventuali diseguaglianze di accesso alla ripresa dell'attività sportiva, tenuto conto del costo che è previsto per la realizzazione di tali esami. A



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

Il Coordinatore introduce, quindi, la discussione sul **punto n. 3** dell'ordine del giorno, rappresentando di avere chiesto al CTS una riflessione sulla comunicazione quotidiana delle risultanze epidemiologiche, raccogliendo così le sollecitazioni di alcuni componenti, anche in considerazione del dibattito che, sul punto, si è negli ultimi giorni sviluppato a livello dei mezzi di comunicazione di massa, nei quali, peraltro, il tema della comunicazione è stato spesso impropriamente confuso con quello della sorveglianza epidemiologica (ossia la raccolta sistematica di tutti dati pertinenti, sanitari e no, l'analisi e la sintesi dei medesimi, la loro diffusione a tutti coloro che hanno la necessità di conoscerli per ragioni professionali) e con quello dei c.d. "indicatori decisionali" (ossia dell'utilizzo dei detti dati e delle loro classificazioni ai fini della adozione e della concreta applicazione di decisioni di politica sanitaria).

Dopo articolata discussione, il CTS, all'unanimità, nel sottolineare l'esigenza che la sorveglianza epidemiologica continui ad essere esercitata nel modo più completo ed esaustivo possibile e che, quindi, rimanga costante il relativo flusso di dati e informazioni, non ravvisa – tanto più nell'attuale contingenza, ossia nel corso di una fase acuta dell'epidemia – l'opportunità di una modifica delle modalità e delle forme di comunicazione pubblica dei dati, ferma restando la possibilità che, in futuro e in un mutato contesto epidemiologico, possa essere utilmente avviata una riflessione sulla selezione dei dati da inserire nella comunicazione periodica al pubblico della situazione epidemiologica, con l'obiettivo di fornire una rappresentazione maggiormente leggibile per la pubblica opinione degli effettivi rischi derivanti dalla diffusione dell'infezione e, dunque, di meglio orientare i comportamenti individuali in funzione di tali rischi.

*



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

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

Alle ore 12,45, in assenza di altri argomenti sui quali concentrare l'attenzione, il Coordinatore dichiara chiusa la seduta.

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

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

IL COORDINATORE

Franco Locatelli

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Sergio Fiorentino

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

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 87 Sintesi nazionale

Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020)
Dati relativi alla settimana 3/01/2022-9/01/2022
(aggiornati al 12/1/2022)

Aggiornamento 12 gennaio 2022 - Periodo di riferimento: 3/1/2021-9/1/2021

Headline della settimana:

Si conferma nella settimana di monitoraggio una situazione epidemica acuta con una incidenza settimanale che a livello nazionale raggiunge il valore di 1.988 casi per 100.000 abitanti con una velocità di trasmissione nel Paese che si mantiene significativamente sopra la soglia epidemica.

Si confermano segnali plurimi di allerta a livello regionale nelle attività di sorveglianza e indagine dei contatti.

La maggior parte del Paese si colloca a Rischio Alto o a Rischio Moderato con alta probabilità di progressione a rischio Alto: 13 Regioni italiane sono classificate a rischio Alto (o equiparate a rischio Alto) di una epidemia non controllata e non gestibile e 5 Regioni/PA si collocano a rischio Moderato con alta probabilità di progressione a rischio Alto, nel caso fosse mantenuta l'attuale trasmissibilità.

La pressione sui servizi ospedalieri osservata nell'ultima settimana, associata alle progressive evidenze che arrivano da altri Paesi Europei, rende necessario invertire rapidamente la tendenza per evitare condizioni di estremo sovraccarico dei servizi sanitari, già oggi fortemente impegnati.

L'epidemia si trova in una fase delicata e si osserva ormai da numerose settimane un persistente aumento nel numero di casi e nelle ospedalizzazioni. Alla luce della elevata incidenza e della circolazione della variante Omicron di SARS-CoV-2, è necessario il rigoroso rispetto delle misure comportamentali individuali e collettive, ed in particolare distanziamento interpersonale, uso della mascherina, aereazione dei locali, igiene delle mani e riducendo le occasioni di contatto ed evitando in particolare situazioni di assembramento.

Una più elevata copertura vaccinale, in tutte le fasce di età, anche quella 5-11 anni, il completamento dei cicli di vaccinazione ed il mantenimento di una elevata risposta immunitaria attraverso la dose di richiamo, con particolare riguardo alle categorie indicate dalle disposizioni ministeriali, rappresentano strumenti necessari a contenere l'impatto soprattutto clinico dell'epidemia anche sostenuta da varianti emergenti.

Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 3 gennaio – 9 gennaio 2022. 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 seconda metà di dicembre 2021.
- **Aumenta ancora l'incidenza settimanale a livello nazionale:** 1.622 per 100.000 abitanti (3/1/2022-9/1/2022) vs 1.098 per 100.000 abitanti (27/12/2021 – 2/1/2022), dati flusso ISS. Questa tendenza trova conferma anche nel periodo più recente sulla base dei dati aggregati raccolti dal Ministero della Salute (1.988 per 100.000 abitanti nel periodo 07/01/22-13/01/22, dati flusso dati aggregati Ministero della Salute).
- La fascia di età che registra il più alto tasso di incidenza settimanale per 100.000 abitanti continua ad essere la fascia d'età 20-29 anni con un'incidenza pari a 2.872 per 100.000 abitanti, in aumento rispetto alla settimana precedente. Al momento, l'incidenza più bassa, ma ormai molto elevata, si rileva nelle fasce di età superiori agli 80 anni (489 per 100.000 abitanti nella fascia d'età 80-89 e 497 per 100.000 abitanti nella fascia 90+) che presentano anche una maggiore copertura vaccinale sia con ciclo completo che con dose di richiamo.
- Nel periodo 22 dicembre 2021 – 4 gennaio 2022, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a **1,56 (range 1,24 – 1,8)**, in **ulteriore aumento rispetto alla settimana precedente e ben al di sopra della soglia epidemica**. È in leggera diminuzione invece l'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero ($R_t = 1,2$ (1,18-1,22) al 4/01/2022 vs $R_t = 1,3$ (1,27-1,32) al 28/12/2021). Si sottolinea però che diverse Regioni/PPAA hanno segnalato problemi nell'invio dei dati del flusso individuale e questo non esclude che tali valori possano essere sottostimati. Tale risultato è legato all'attuale situazione epidemiologica che non permette la tempestiva trasmissione dei dati e degli aggiornamenti. Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell'Rt riportato si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmUz9/content/id/5477037).
- **Il tasso di occupazione in terapia intensiva è al 18,2% e in continuo e costante aumento rispetto alle settimane precedenti** (rilevazione giornaliera Ministero della Salute del 11/01/2022); il numero di persone ricoverate passa da 1.392 (4/01/2022) a 1.677 (11/01/2022) con un incremento relativo del 20%. **Anche il tasso di occupazione in aree mediche Covid-19 a livello nazionale aumenta ed è pari al 26,6%**. Il numero di persone ricoverate in queste aree è in aumento da 12.912 (4/01/2022) a 17.067 (11/01/2022) con un incremento relativo del 32%. Questo sta imponendo una revisione organizzativa delle prestazioni assistenziali erogate a favore dei pazienti COVID-19.
- L'attuale scenario dell'utilizzo dei servizi ospedalieri osservato nelle ultime settimane, coerenti con quello che si osserva in altri Paesi Europei, **rende necessario invertire rapidamente la tendenza per evitare un aggravamento ulteriore delle condizioni di sovraccarico dei servizi sanitari**, già oggi fortemente impegnati.
- **13 Regioni/PPAA sono classificate a rischio Alto**, di cui 3 a causa dell'impossibilità di valutazione, **8 Regioni/PPAA risultano classificate a rischio Moderato** secondo il DM del 30 aprile 2020. Tra queste, cinque Regioni/PPAA sono ad alta probabilità di progressione a rischio Alto secondo il DM del 30 aprile 2020.
- Quasi tutte le Regioni/PPAA riportano almeno una singola allerta di resilienza. Dieci Regioni/PPAA riportano molteplici allerte di resilienza.
- **Raddoppia il numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione** (649.489 vs 309.903 della settimana precedente). La **percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti è in forte diminuzione** (13% vs 16% la scorsa settimana). È in diminuzione anche la percentuale dei casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi (48% vs 50%) mentre aumenta la percentuale di casi diagnosticati attraverso attività di screening (39% vs 34%).
- L'attuale situazione caratterizzata da elevata incidenza pari a circa 40 volte la soglia dei 50 casi settimanali per 100.000 abitanti **non consente una puntuale mappatura dei contatti dei casi**, come evidenziato dalla bassa percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento, pari al 13%, ed in continua e costante diminuzione.
- L'epidemia si trova in una fase delicata e si osserva ormai da numerose settimane un impatto in crescita sui servizi territoriali ed assistenziali. Per questo è necessaria una rapida e significativa inversione di tendenza anche attraverso il **rigoroso rispetto delle misure comportamentali individuali e collettive**, ed in particolare distanziamento interpersonale, uso della mascherina, aereazione dei locali, igiene delle mani e riducendo le occasioni di contatto ed evitando, in particolare, situazioni di assembramento.



Ministero della Salute



- **Una più elevata copertura vaccinale, in tutte le fasce di età, anche quella 5-11 anni, il completamento dei cicli di vaccinazione ed il mantenimento di una elevata risposta immunitaria attraverso la dose di richiamo, con particolare riguardo alle categorie indicate dalle disposizioni ministeriali,** rappresentano strumenti necessari a mitigare l'impatto soprattutto clinico dell'epidemia anche sostenuta da varianti emergenti.

Sommario

Aggiornamento 12 gennaio 2022 - Periodo di riferimento: 3/1/2021-9/1/2021	2
Punti chiave:	3
1. Valutazione del rischio	7
Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento.....	8
Algoritmo di valutazione di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento	10
Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto	12
2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio	14
Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:	18
Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione	20
Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti.....	23

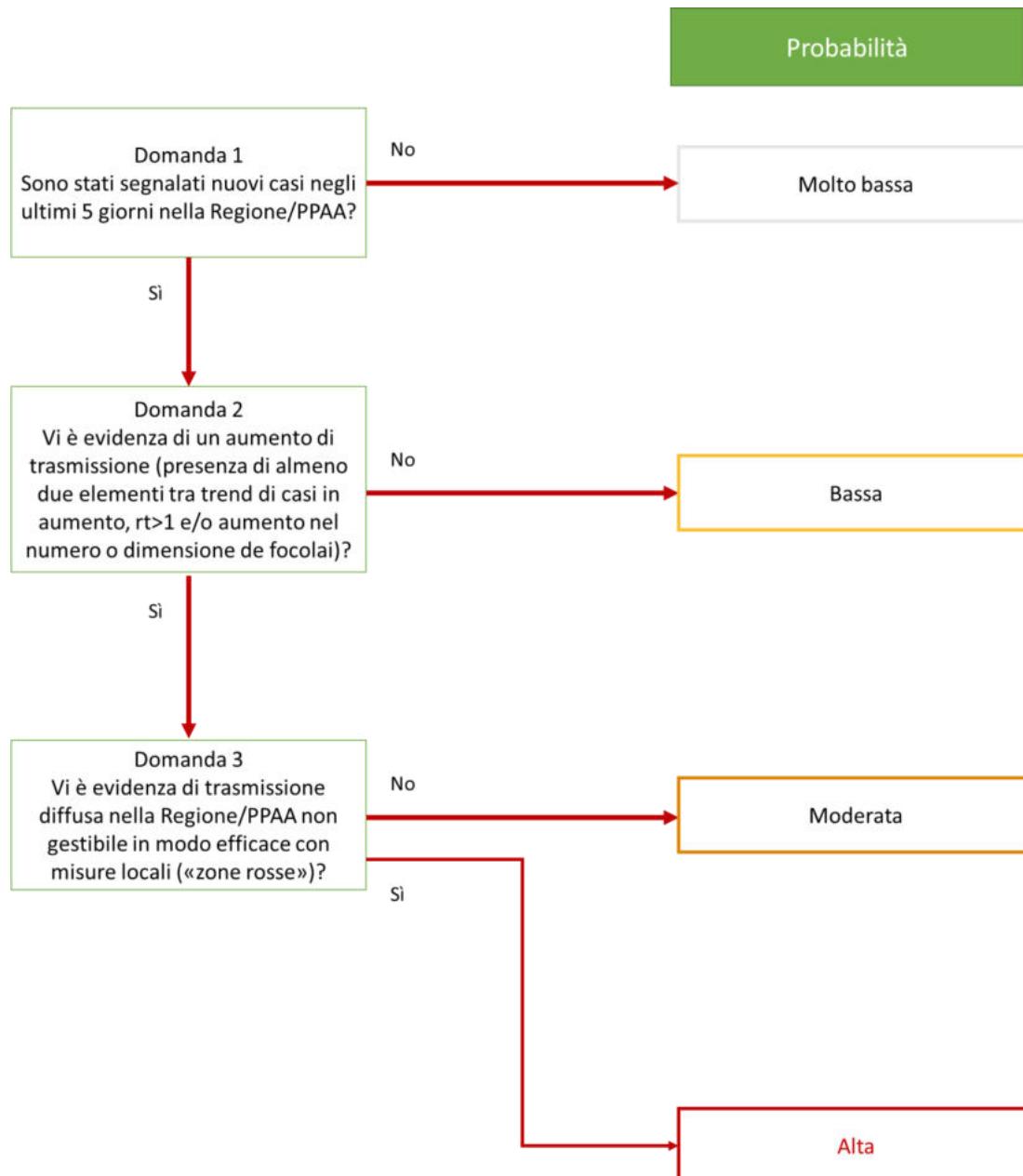
1. Valutazione del rischio



Ministero della Salute

Valutazione del rischio - Valutazione di probabilità di diffusione

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





Ministero della Salute



Tabella 1 - Valutazione della probabilità di diffusione d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile 2020, dati al 12 gennaio 2022 relativi alla settimana 3/1/2022-9/1/2022

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

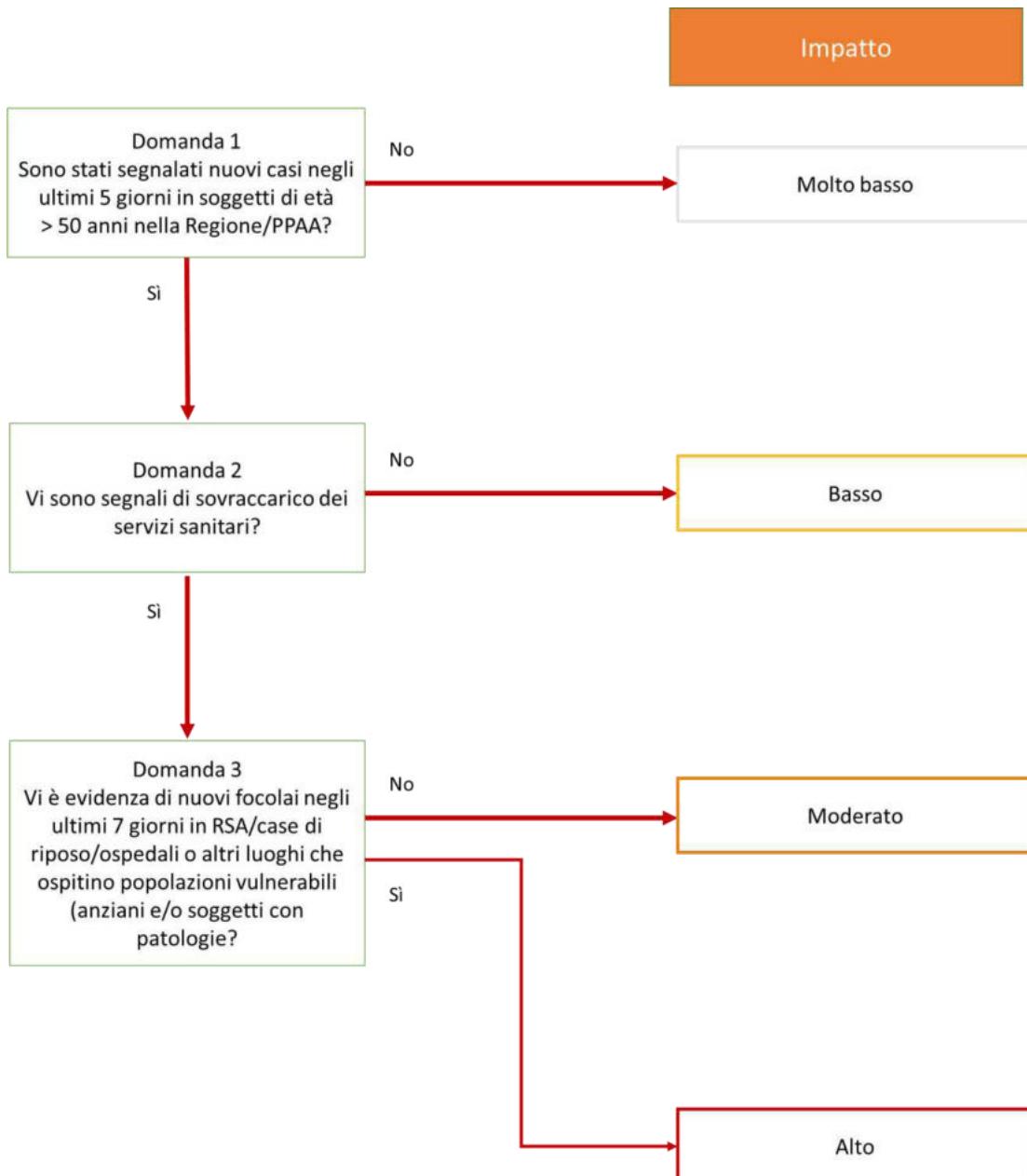


Ministero della Salute



Valutazione del rischio - Valutazione di impatto

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





Ministero della Salute



Tabella 2 – Valutazione di impatto d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile, dati al 12 gennaio 2022 relativi alla settimana 3/1/2022-9/1/2022

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

*aggiornato al 11/1/2022



Ministero della Salute



Valutazione del rischio - Classificazione complessiva di rischio

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

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



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

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



Ministero della Salute

Tabella 3 – Valutazione complessiva di rischio d'accordo alla matrice di rischio del DM Salute 30 aprile e sulla probabilità di raggiungere le soglie critiche di occupazione dei PL in area medica e terapia intensiva nei prossimi 30 giorni, dati al 12 gennaio 2022 relativi alla settimana 3/1/2022-9/1/2022

Regione.PA	Valutazion e della probabilit à	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 4)	Probabilità di una escalation nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 11/02/2022 della probabilità di superare le soglie di occupazione dei PL)		Classificazione complessiva del rischio
				% probabilità raggiungere occupazione TI 30%**	% probabilità raggiungere occupazione aree mediche 40%	
Abruzzo	Non valutabile	Basso	No	da 5 a 50%	>50%	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #,§
Basilicata *	Moderata	Basso	No	<5%	<5%	Moderato
Calabria	Moderata	Basso	Si	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Alto #
Campania	Moderata	Basso	Si	<5%	>50%	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Emilia-Romagna	Moderata	Basso	Si	>50%	>50%	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
FVG	Moderata	Basso	Si	<5%	<5%	Alto #
Lazio *	Moderata	Basso	No	<5%	<5%	Moderato
Liguria	Non valutabile	Basso	No	>50%	>50%	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #,§
Lombardia	Moderata	Basso	No	>50%	>50%	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Marche *	Moderata	Basso	No	da 5 a 50%	>50%	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Molise	Moderata	Basso	No	<5%	>50%	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Piemonte	Moderata	Basso	Si	>50%	>50%	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
PA Bolzano/Bozen *	Moderata	Basso	No	<5%	<5%	Moderato
PA Trento	Moderata	Alto	No	>50%	>50%	Alto (ad alta probabilità di progressione)
Puglia	Moderata	Basso	Si	<5%	>50%	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Sardegna *	Moderata	Basso	Si	<5%	<5%	Alto #
Sicilia	Moderata	Basso	No	>50%	>50%	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Toscana	Moderata	Basso	Si	>50%	>50%	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Umbria *	Moderata	Basso	No	<5%	>50%	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Moderata	Moderato	Si	>50%	>50%	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Veneto	Non valutabile	Basso	Si	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #,§

Le proiezioni sono basate su valori Rt "ospedalieri". È possibile che col progredire delle vaccinazioni gli ingressi in terapia intensiva seguano un Rt diverso da quello delle ospedalizzazioni in area medica. Data l'incertezza su questo importante parametro, le proiezioni di occupazione di terapia intensiva sono da interpretare con estrema cautela. Inoltre, le stime qui riportate fanno riferimento a tempi di ricovero in area medica basate su dati relativi al 2020 (Trentini F, et al. Am J Epidemiol. 2021. doi: 10.1093/aje/kwab252). I tempi di ricovero in terapia intensiva sono stati aggiornati utilizzando dati recenti (non pubblici) forniti dai medici intervistati di regione Lombardia. In particolare, il tempo medio di ricovero in terapia intensiva è diminuito da 14.5 a 11.8 giorni.

#La classificazione complessiva di rischio è alta in quanto sono state registrate molteplici allerte di resilienza (vedere tabella 4 dell'appendice)

§Ai sensi del DM del 30 aprile 2020 tali Regioni/PPAA sono da considerarsi non valutabili a poiché l'indicatore 1.1 risulta essere al di sotto della soglia critica, posta al 60%

*L'Rt basato su ricoveri, e quindi le proiezioni, di queste Regioni/PPAA è in rapido declino rispetto alla settimana passata, pertanto, la sua attendibilità è in forte dubbio. Tale risultato è legato all'attuale situazione epidemiologica che non permette la tempestiva trasmissione dei dati e degli aggiornamenti.

**A partire dalle proiezioni prodotte il 12/01/2022, che fanno riferimento fino al giorno 11/02/2022, le proiezioni per la TI sono calcolate partendo dall'Rt basato sui ricoveri in terapia intensiva (Ricu) per quelle regioni che superano i 50 ricoveri in questo reparto nell'ultima settimana precedente la data di validità dell'Rt ospedaliero. Per le regioni che non superano questa soglia viene usato il valore minimo tra la stima nazionale di Ricu e il valore di Rhos regionale. Se il valore di Ricu per una regione è superiore alla stima di Rhos regionale, viene usato il valore di Rhos regionale.



Ministère della Salute



2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio



Ministero della Salute



Appendice - Tabella 1 – Quadro sintetico con i principali indicatori del monitoraggio e compatibilità con gli Rt puntuali con gli scenari ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", dati al 12 gennaio 2022 relativi alla settimana 3/1/2022-9/1/2022

Regione.PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 29/12/2021)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparabile ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Abruzzo	28487	↑	↑	1.44 (CI: 1.39-1.49) **	No	Non valutabile	Basso	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento	3	Non valutabile (equiparato a rischio)	No
Basilicata	5764	↑	↑	2.3 (CI: 2.13-2.49)	No	Moderata	Basso	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento	4	Moderato	No
Calabria	5612	↑	↑	1.22 (CI: 1.15-1.3)	No	Moderata	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.3 >3	2	Alto #	No
Campania	90389	↑	↑	2.16 (CI: 2.15-2.18)	No	Moderata	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.3 >3	4	Alto (ad alta probabilità di progressione) #	No
Emilia-Romagna	117122	↑	↓	1.84 (CI: 1.83-1.85)	No	Moderata	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 in diminuzione	4	Alto (ad alta probabilità di progressione) #	No
FVG	8908	↓	↑	1.61 (CI: 1.58-1.64)	No	Moderata	Basso	2 allerta di resilienza. Ind 2.1 non valutabile e Ind	4	Alto #	No
Lazio	79670	↑	↑	1.13 (CI: 1.1-1.15)	No	Moderata	Basso	0 allerte di resilienza	2	Moderato	No
Liguria	26208	↑	↑	1.26 (CI: 1.23-1.29) **	No	Non valutabile	Basso	0 allerte di resilienza	2	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #,§	No



Ministero della Salute



Regione.PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 29/12/2021)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparabile ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Lombardia	272920	↑	↑	2.16 (CI: 2.16-2.17)	No	Moderata	Basso	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento	4	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
Marche	11877	↑	↑	0.98 (CI: 0.9-1.06)	No	Moderata	Basso	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento	1	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
Molise	2388	↑	↑	1.9 (CI: 1.28-2.52)	No	Moderata	Basso	0 allerte di resilienza	3	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
Piemonte	91014	↑	↑	1.88 (CI: 1.86-1.9)	No	Moderata	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e	4	Alto (ad alta probabilità di progressione)	No
PA Bolzano/Bozen	1163	↓	↑	1.29 (CI: 1.22-1.35)	No	Moderata	Basso	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento	2	Moderato	No
PA Trento	14280	↑	↑	2.15 (CI: 2.07-2.24)	No	Moderata	Alto	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento	4	Alto (ad alta probabilità di progressione)	No
Puglia	32079	↑	↑	2 (CI: 1.95-2.05)	No	Moderata	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%	4	Alto (ad alta probabilità di progressione) #	No
Sardegna	5509	↓	↑	1.86 (CI: 1.79-1.93)	No	Moderata	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%	4	Alto #	No
Sicilia	18692	↓	↑	1.29 (CI: 1.26-1.34)	No	Moderata	Basso	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento	3	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No



Ministero della Salute



Regione.PA	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 29/12/2021)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Toscana	19531	↓	↑	1.41 (CI: 1.39-1.43)	No	Moderata	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%	3	Alto (ad alta probabilità di progressione) #	No
Umbria	19403	↑	↑	1.39 (CI: 1.35-1.44)	No	Moderata	Basso	1 allerta di resilienza. Ind 2.6 <75%	3	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
V.d'Aosta/V.d'Aoste	3660	↑	↑	1.48 (CI: 1.37-1.58)	No	Moderata	Moderato	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%	3	Alto (ad alta probabilità di progressione) #	Si
Veneto	106211	↑	↑	1.34 (CI: 1.32-1.35) **	No	Non valutabile	Basso	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%	3	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #, §	No

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

La classificazione complessiva di rischio è alta in quanto sono state registrate molteplici allerte di resilienza (vedere tabella 4 dell'appendice)

§ Ai sensi del DM del 30 aprile 2020 tali Regioni/PPAA sono da considerarsi non valutabili a poiché l'indicatore 1.1 risulta essere al di sotto della soglia critica, posta al 60%

** La stima dell'Rt puntuale è da considerarsi meno affidabile in quanto la completezza del dato misurata dall'indicatore 1.1 è al di sotto della soglia di qualità prevista.



Ministero della Salute



Dimensione 1 - completezza dei dati

Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Allerta
Capacità di monitoraggio (indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale)	1.1	Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi / totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.2	Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo	Almeno il 60% con trend in miglioramento Un valore di almeno 50% con trend in miglioramento sarà considerato accettabile nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020	<60%	Sorveglianza integrata nazionale
	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			

Appendice - Tabella 2 – Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio, monitoraggio per Regione, dati al 12 gennaio 2022 relativi alla settimana 3/1/2022-9/1/2022

Regione.PA	Ind1.1 settimana precedente (%)	Ind1.1 settimana di riferimento (%)	Variazione	Ind1.2 (%)	Ind1.3 (%)	Ind1.4 (%)
Abruzzo	23.3	13.1	Sotto soglia (<60%)	99.6	100.0	97.5
Basilicata	99.2	99.7	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	100.0
Calabria	93.6	90.6	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	99.8
Campania	100.0	83.0	Sopra soglia, in diminuzione	100.0	100.0	99.7
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	98.7
FVG	99.9	99.9	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	99.9
Lazio	94.0	92.9	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	96.2
Liguria	64.4	52.1	Sotto soglia (<60%)	100.0	100.0	95.9
Lombardia	77.6	73.1	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	97.0
Marche	100.0	100.0	Stabilmente sopra soglia	100.0	97.4	100.0
Molise	100.0	100.0	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	100.0
Piemonte	93.1	77.9	Sopra soglia, in diminuzione	99.4	100.0	93.9
PA Bolzano/Bozen	96.3	96.2	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	99.0
PA Trento	100.0	100.0	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	87.4
Puglia	95.1	95.3	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	100.0
Sardegna	98.8	98.9	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	100.0
Sicilia	91.6	89.6	Stabilmente sopra soglia	99.9	100.0	99.5
Toscana	94.2	92.7	Stabilmente sopra soglia	100.0	100.0	99.8
Umbria	43.5	66.2	Sopra soglia, in aumento	100.0	100.0	99.8
V.d'Aosta/V.d'Aoste	61.0	95.4	Sopra soglia, in aumento	100.0	100.0	99.6
Veneto *	59.3	46.3	Sotto soglia (<60%)	100.0	100.0	100.0

*La Regione Veneto comunica che "sta attuando opportune attività per migliorare il recupero delle informazioni mancanti" - dovute ad un attacco hacker subito nelle settimane precedenti - "e rafforzare le attività di contact tracing in tutti i contesti pur riscontrando le difficoltà legate al contesto epidemiologico".

Dimensione 2 - la classificazione della trasmissione ed impatto

Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione

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

Nota Metodologica

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ministero della Salute



Appendice - Tabella 3 – Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione, dati al 12 gennaio 2022 relativi alla settimana 3/1/2022-9/1/2022

Regione.PA	Ind3.1	Trend 3.1 (% variazione settimanale)	Trend 3.4 (% variazione settimanale)	Ind3.2 (Rt puntuale)	Ind3.5	Ind3.6	Ind3.8*	Ind3.9*
Abruzzo	43928	90.7	75.8	1.44 (CI: 1.39-1.49) **	905	6642	18%	26%
Basilicata	9116	77.8	55.7	2.3 (CI: 2.13-2.49)	17	75	3%	21%
Calabria	22360	52.8	61.2 #	1.22 (CI: 1.15-1.3)	151	1745	20%	38%
Campania	151546	35.2	29.9	2.16 (CI: 2.15-2.18)	8811	22358	12%	25%
Emilia-Romagna	168272	139.2	62.0	1.84 (CI: 1.83-1.85)	0	100235	17%	24%
FVG	32632	105.5	-20.3 #	1.61 (CI: 1.58-1.64)	1170	19225	21%	28%
Lazio	132220	80.6	64.7	1.13 (CI: 1.1-1.15)	8542	1125	21%	25%
Liguria	25228	26.3	23.0	1.26 (CI: 1.23-1.29) **	2798	2015	20%	38%
Lombardia	466999	39.7	29.7	2.16 (CI: 2.16-2.17)	8700	207401	17%	31%
Marche	21947	35.4	36.7	0.98 (CI: 0.9-1.06)	598	7656	22%	25%
Molise	3956	40.2	23.2	1.9 (CI: 1.28-2.52)	29	0	5%	13%
Piemonte	147488	66.7	56.3	1.88 (CI: 1.86-1.9)	14468	39936	24%	33%
PA Bolzano/Bozen	12808	148.0	-58.8 #	1.29 (CI: 1.22-1.35)	935	5308	17%	15%
PA Trento	20399	119.2	109.1	2.15 (CI: 2.07-2.24)	1917	4318	31%	24%
Puglia	59837	71.2	11.3	2 (CI: 1.95-2.05)	801	19705	10%	17%
Sardegna	12874	47.5	-5.1 #	1.86 (CI: 1.79-1.93)	866	3331	14%	13%
Sicilia	94941	140.0	-17.4 #	1.29 (CI: 1.26-1.34)	3763	25236	20%	32%
Toscana	164653	39.7	-40.5 #	1.41 (CI: 1.39-1.43)	2030	93133	21%	22%
Umbria	36929	12.6	7.4	1.39 (CI: 1.35-1.44)	669	17933	16%	30%
V.d'Aosta/V.d'Aoste	5173	100.8	87.1	1.48 (CI: 1.37-1.58)	150	3212	18%	54%
Veneto	156320	77.3	69.2	1.34 (CI: 1.32-1.35) **	14180	68900	20%	25%

*dato aggiornato al giorno 11/1/2022 (denominatore posti letto attivi e attivabili entro 24 ore);

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

**La stima dell'Rt puntuale è da considerarsi meno affidabile in quanto la completezza del dato misurata dall'indicatore 1.1 è al di sotto della soglia di qualità prevista.

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

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

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

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

Regione.PA	Ind2.1* (precedente)	Ind2.1# (settimana di riferimento)	Ind2.2 (mediana giorni tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	12%	24%	2	Non calcolabile	0.7 per 10000	0.9 per 10000	1.6 per 10000	81.3%	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento
Basilicata	21%	33%	5	0	2.4 per 10000	4.3 per 10000	6.7 per 10000	99.4%	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento
Calabria	12%	16%	0	4	0.6 per 10000	1.2 per 10000	1.7 per 10000	83.1%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.3 >3
Campania	30%	31%	5	6	0.8 per 10000	1.5 per 10000	2.2 per 10000	89.8%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.3 >3
Emilia-Romagna	34%	46%	2	Non calcolabile	1 per 10000	1 per 10000	2.1 per 10000	86.9%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 in diminuzione
FVG§	30%	20%	2	1	0.8 per 10000	1.2 per 10000	2 per 10000	42.5%	2 allerta di resilienza. Ind 2.1 non valutabile e Ind 2.6 <75%
Lazio	41%	41%	1	1	0.9 per 10000	1 per 10000	1.9 per 10000	87.8%	0 allerte di resilienza
Liguria	27%	24%	5	Non calcolabile	0.5 per 10000	0.7 per 10000	1.1 per 10000	95.5%	0 allerte di resilienza
Lombardia	11%	13%	2	Non calcolabile	0.4 per 10000	0.6 per 10000	1.1 per 10000	86.1%	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento
Marche	17%	22%	0	0	0.5 per 10000	0.7 per 10000	1.3 per 10000	100%	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento
Molise##	21%	18%	0	0	1.1 per 10000	2.6 per 10000	3.7 per 10000	100%	0 allerte di resilienza
Piemonte	18%	30%	2	Non calcolabile	1.1 per 10000	1.5 per 10000	2.6 per 10000	88.8%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 in diminuzione
PA Bolzano/Bozen	11%	16%	2	2	1.7 per 10000	2.2 per 10000	3.8 per 10000	85.8%	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento

Regione.PA	Ind2.1* (precedente)	Ind2.1# (settimana di riferimento)	Ind2.2 (mediana giorni tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
PA Trento	30%	32%	2	2	1.1 per 10000	1.6 per 10000	2.7 per 10000	100%	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento
Puglia	14%	25%	1	1	0.5 per 10000	0.8 per 10000	1.3 per 10000	60%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%
Sardegna	19%	28%	3	1	0.2 per 10000	1.2 per 10000	1.3 per 10000	71.3%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%
Sicilia	26%	29%	2	Non calcolabile	1 per 10000	2.1 per 10000	3.1 per 10000	87.5%	1 allerta di resilienza. Ind 2.1 in aumento
Toscana	40%	50%	0	3	0.8 per 10000	0.8 per 10000	1.6 per 10000	55.5%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%
Umbria	35%	35%	3	2	0.6 per 10000	1.9 per 10000	2.4 per 10000	52.8%	1 allerta di resilienza. Ind 2.6 <75%
V.d'Aosta/V.d'Aoste	12%	21%	2	0	0.4 per 10000	1.6 per 10000	2 per 10000	39.3%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%
Veneto ***	10%	19%	1	1	1 per 10000	1.8 per 10000	2.9 per 10000	26%	2 allerte di resilienza. Ind 2.1 in aumento e Ind 2.6 <75%

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

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

#Come concordato con le Regioni/PPAA (specificato in Verbale Cabina di Regia del 16/7/2021), si considera il trend dell'indicatore 2.1 con % di positività arrotondata al suo valore intero più prossimo.

La Regione Molise ha confermato l'indicatore 2.6 relativo al mese di novembre 2021.

§ La Regione Friuli-Venezia Giulia ha il comunicato che l'indicatore 2.1 non è valutabile in quanto, nel conteggio della settimana corrente, sono stati inseriti anche i tamponi provenienti da farmacia

***La Regione Veneto comunica che "sta attuando opportune attività per migliorare il recupero delle informazioni mancanti" - dovute ad un attacco hacker subito nelle settimane precedenti - "e rafforzare le attività di contact tracing in tutti i contesti pur riscontrando le difficoltà legate al contesto epidemiologico".

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

Aggiornamento del 13/01/2022

Regione	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 24-30 dicembre	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 31 dicembre 2021 - 06 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 7-13 gennaio 2022	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 13/01/2022	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 13/01/2022
Abruzzo	530	2108,5	2064,3	26,4%	20,6%
Basilicata	383	876	1061,0	22,1%	1,6%
Calabria	358	631,6	780,0	38,7%	17,5%
Campania	735	1511,7	2280,9	25,8%	10,6%
Emilia Romagna	622	2153	2783,7	25,1%	17,0%
Friuli Venezia Giulia	593	1517,7	2007,0	28,9%	23,4%
Lazio	518	1299,2	1470,2	25,2%	17,2%
Liguria	568	946,9	2845,7	37,3%	17,7%
Lombardia	1442	2578,1	2490,2	33,0%	16,8%
Marche	487	784,9	813,0	26,3%	28,2%
Molise	207	774,9	1258,8	10,2%	5,1%
PA di Bolzano	503	1218,4	2538,4	14,8%	16,0%
PA di Trento	794	2051,2	2715,9	24,8%	27,8%
Piemonte	1021	1817	2227,3	28,4%	23,2%
Puglia	332	778,4	936,5	17,8%	10,0%
Sardegna	226	436,5	553,7	14,4%	13,7%
Sicilia	393	983	1653,8	33,9%	19,4%
Toscana	1098	2680	2303,1	23,3%	21,6%
Umbria	1485	2235,6	1889,1	32,3%	9,4%
Valle d'Aosta	964	2255,9	3087,3	53,5%	21,2%
Veneto	860	1755,5	2238,8	23,5%	19,1%
ITALIA	783	1669	1988	27,1%	17,5%

Fonte dati: Ministero della Salute / Protezione Civile

* In riferimento alle disposizioni di cui all'art. 2, comma 2 del D.L. 23 luglio 2021, n. 105 in merito agli indicatori individuati per la valutazione della necessità di applicazione di misure di contenimento e controllo dell'epidemia da SARS-CoV-2, si comunica che nel corso della riunione del 24 settembre 2021, la Cabina di Regia per il monitoraggio del rischio sanitario, di cui all'allegato 10 del DPCM 26/04/2020 e al D.M. Salute 30 aprile 2020, in considerazione della verificata stabilità dei flussi relativi all'occupazione dei posti letto di Area Medica e di Terapia Intensiva e dell'opportunità di riferirsi al dato quanto più possibile aggiornato, ha ritenuto opportuno prendere a riferimento per la valutazione settimanale i dati riferiti alla giornata del giovedì antecedente la riunione di monitoraggio, che si svolge ogni venerdì. Qualora non disponibili, si utilizzeranno i dati più recenti.

14 gennaio 2022

Epidemia COVID-19

Monitoraggio del rischio

Silvio Brusaferro
Istituto Superiore di Sanità

 www.iss.it/presidenza



1

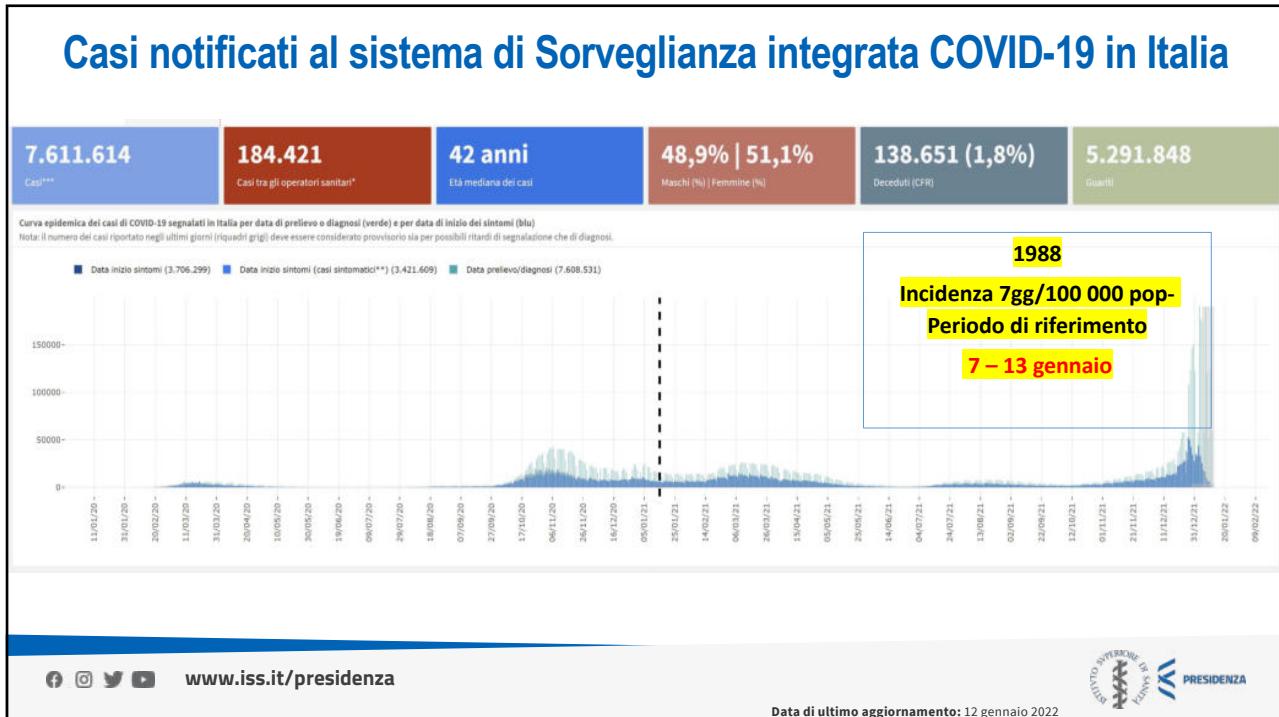
Situazione epidemiologica in Italia

 www.iss.it/presidenza

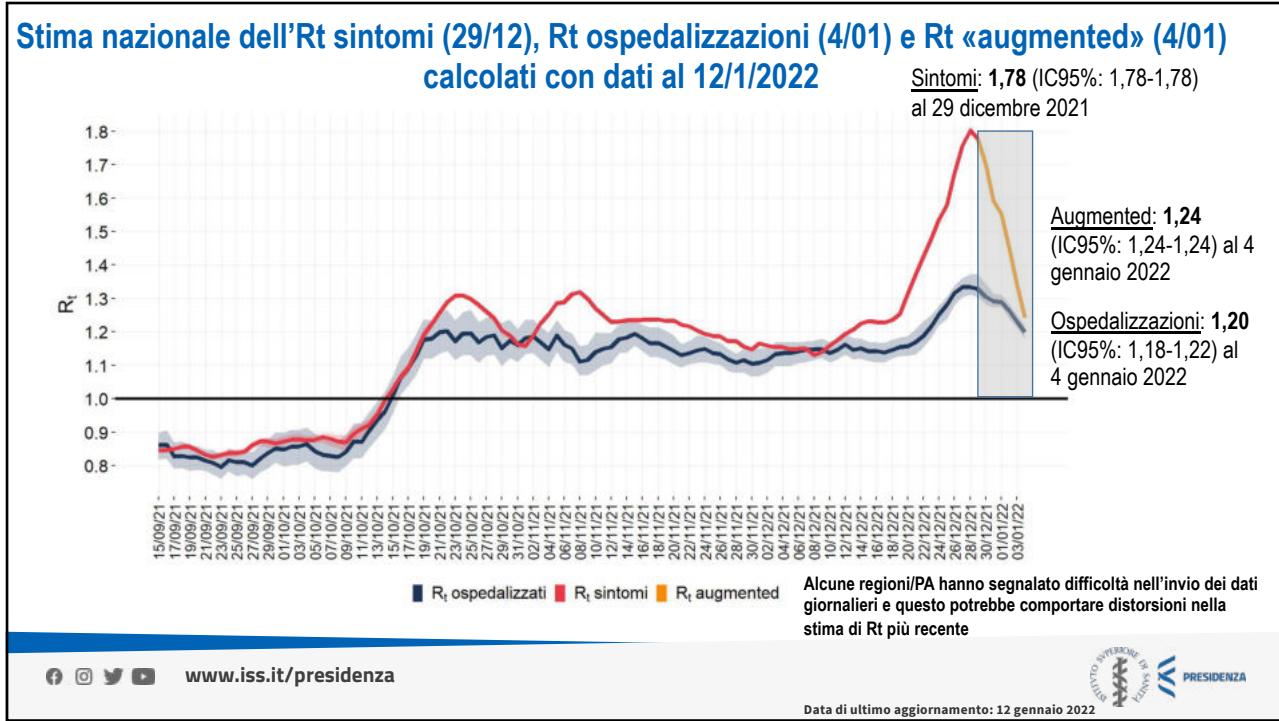


2

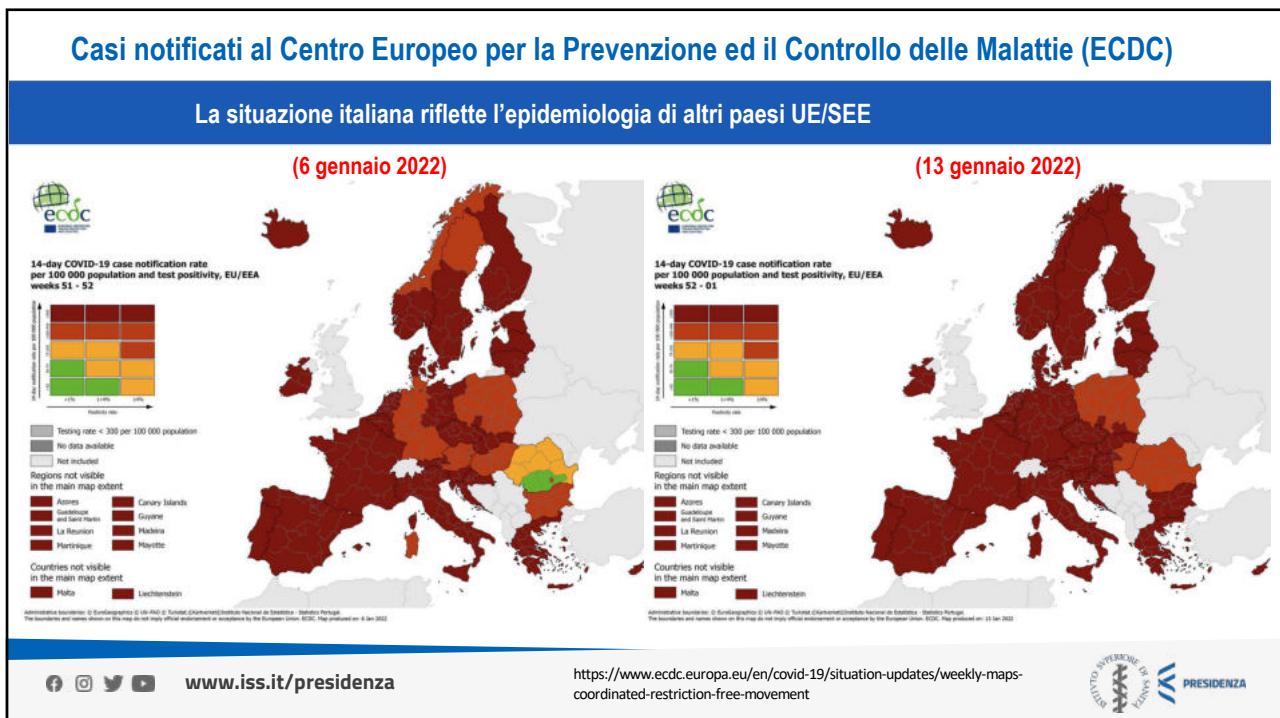
1



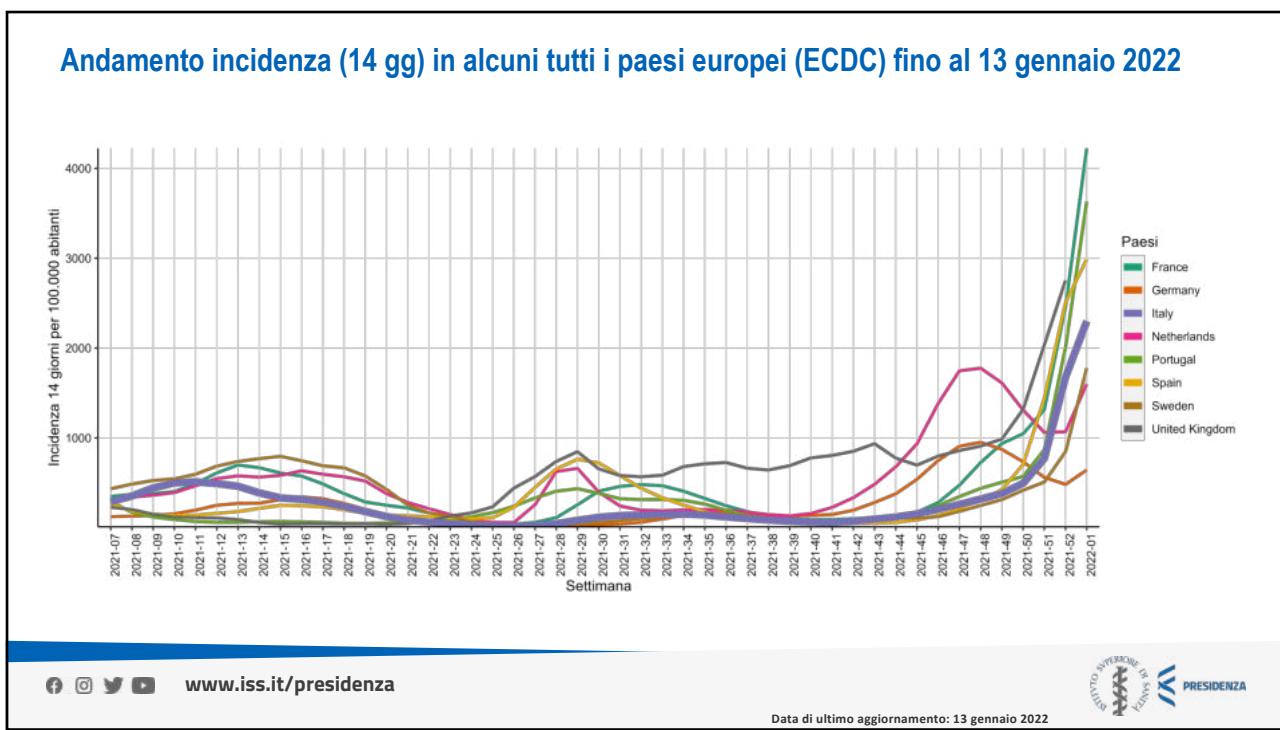
3



4

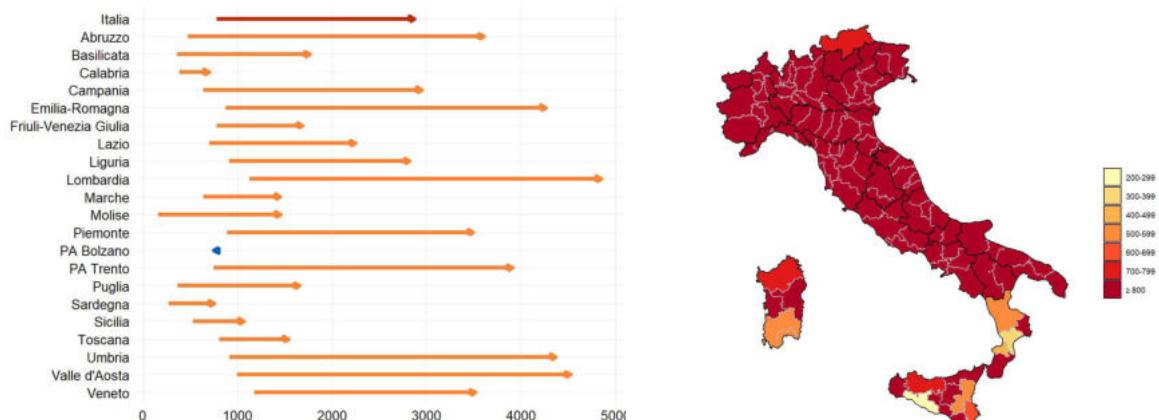


5



6

Casi in aumento in tutte le Regioni/PPAA, nuovi casi presenti su tutto il territorio nazionale negli ultimi 14 giorni



CONFRONTO TRA IL NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA

PER REGIONE NEL PERIODO 27/12/2021-9/1/2022 E 13-26/12/2021

* Calabria, FVG, Sardegna, Sicilia, Toscana e la PA di Bolzano hanno notificato nell'ultima settimana un numero inferiore di casi per problemi tecnico-organizzativi e forte pressione sui servizi sanitari



INCIDENZA PER 100.000 CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA
PER PROVINCIA DOMICILIO/RESIDENZA



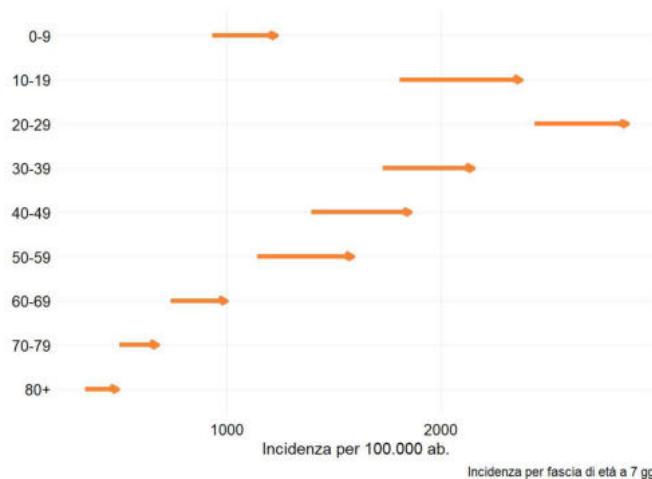
www.iss.it/presidenza



Data di ultimo aggiornamento: 12 gennaio 2022

7

Casi in aumento in tutte le fasce d'età negli ultimi 7 gg



CONFRONTO TRA IL NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER FASCIA D'ETA' NEL PERIODO 3 – 9 GENNAIO 2022 e 27 DICEMBRE 2021 – 2 GENNAIO 2022



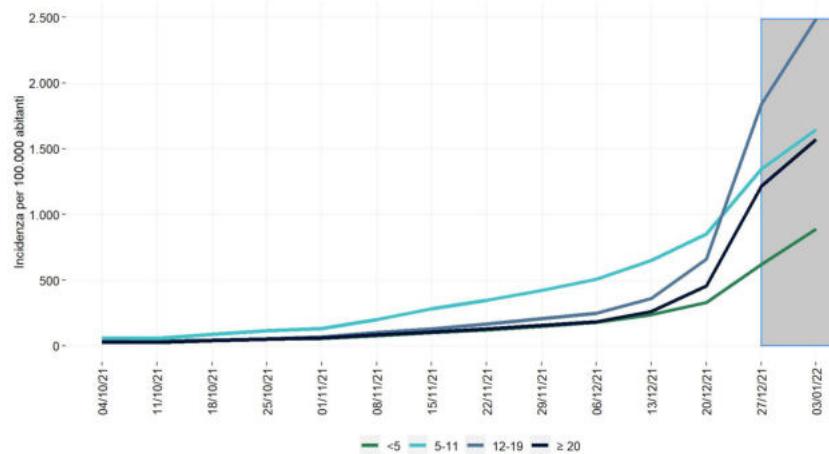
www.iss.it/presidenza



Data di ultimo aggiornamento: 12 gennaio 2022

8

INCIDENZA PER 100.000 SETTIMANALE CASI CON ETÀ SCOLARE (0-19 ANNI) E CON ETÀ MAGGIORE O UGUALE A 20 ANNI PER FASCIA D'ETÀ



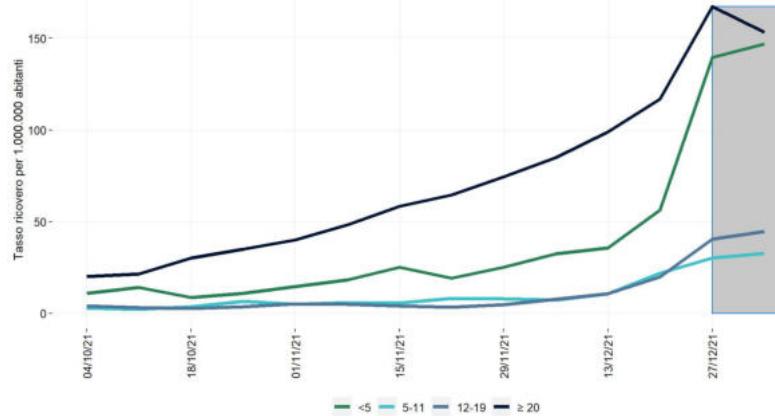
www.iss.it/presidenza



Data di ultimo aggiornamento: 12 gennaio 2022

9

INCIDENZA RICOVERI PER 100.000 SETTIMANALE PER FASCIA D'ETA' NELLA POPOLAZIONE 0-19 ANNI



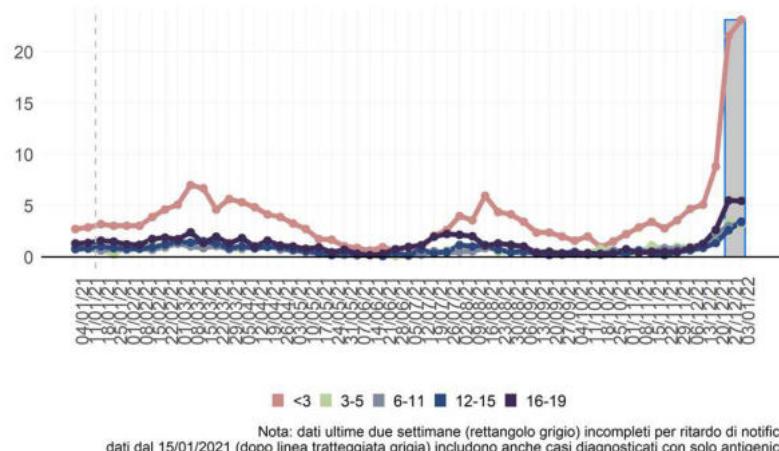
www.iss.it/presidenza



Data di ultimo aggiornamento: 12 gennaio 2022

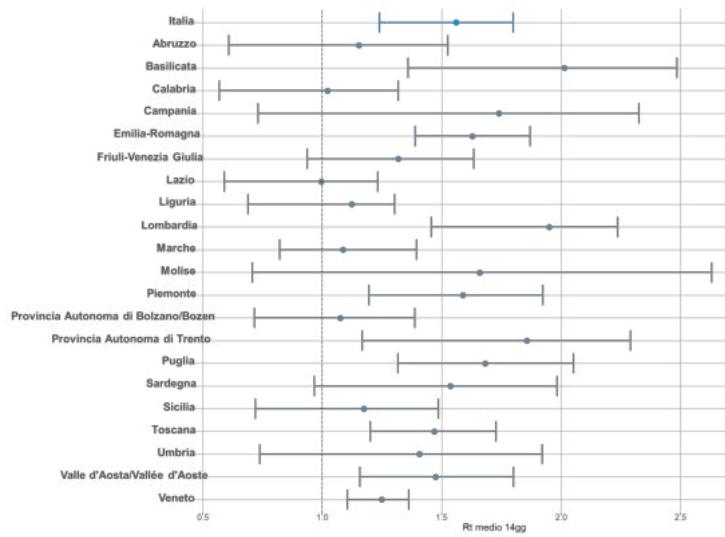
10

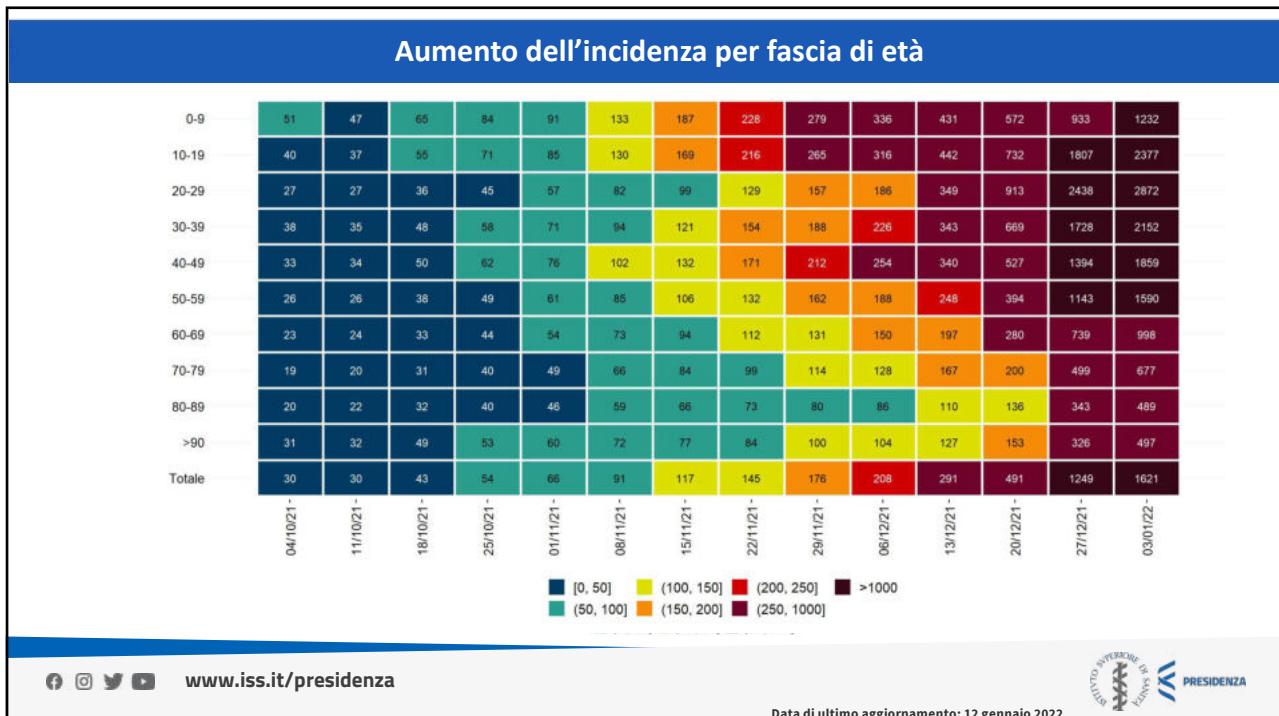
INCIDENZA RICOVERI PER 100.000 GIORNALIERA PER FASCIA D'ETA' NELLA POPOLAZIONE 0-19 ANNI



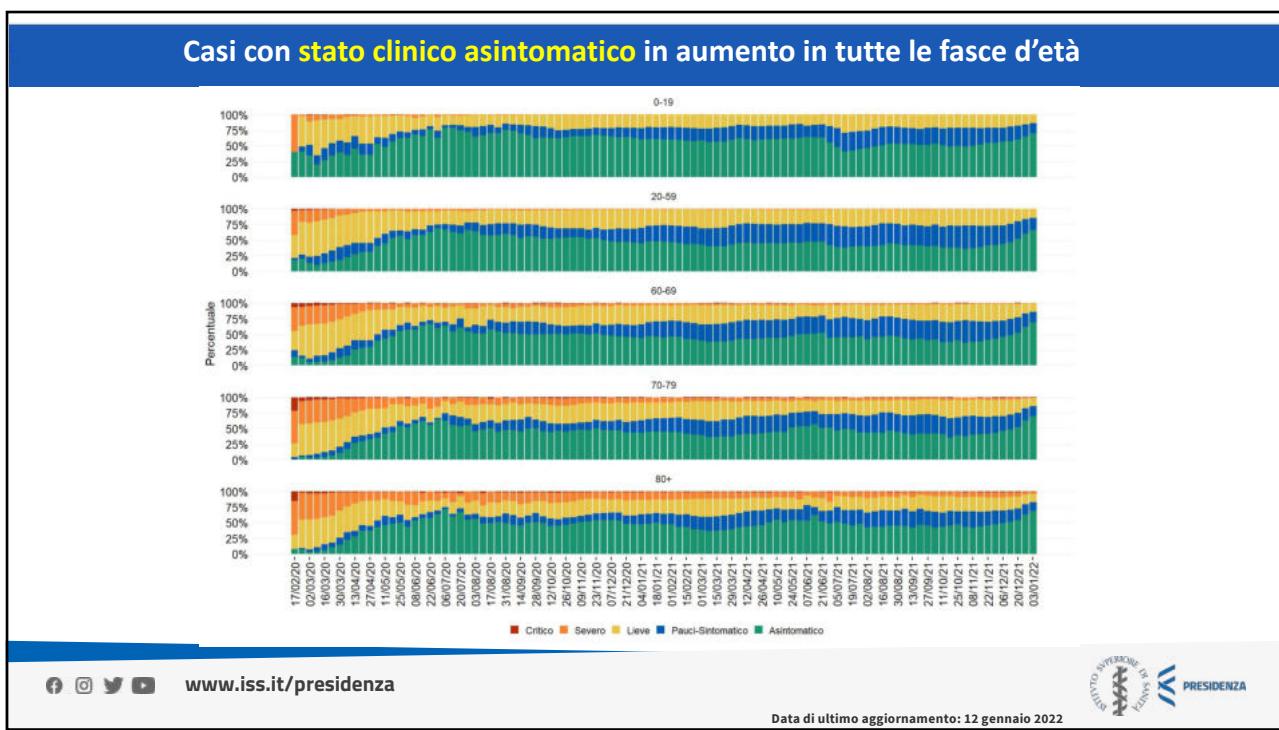
Nota: dati ultime due settimane (rettangolo grigio) incompleti per ritardo di notifica
dati dal 15/01/2021 (dopo linea tratteggiata grigia) includono anche casi diagnosticati con solo antigenico

STIMA DELL'RT MEDIO 14gg PER REGIONE/PA BASATO SU INIZIO SINTOMI FINO AL 5 GENNAIO 2022, CALCOLATO IL 12/1/2022

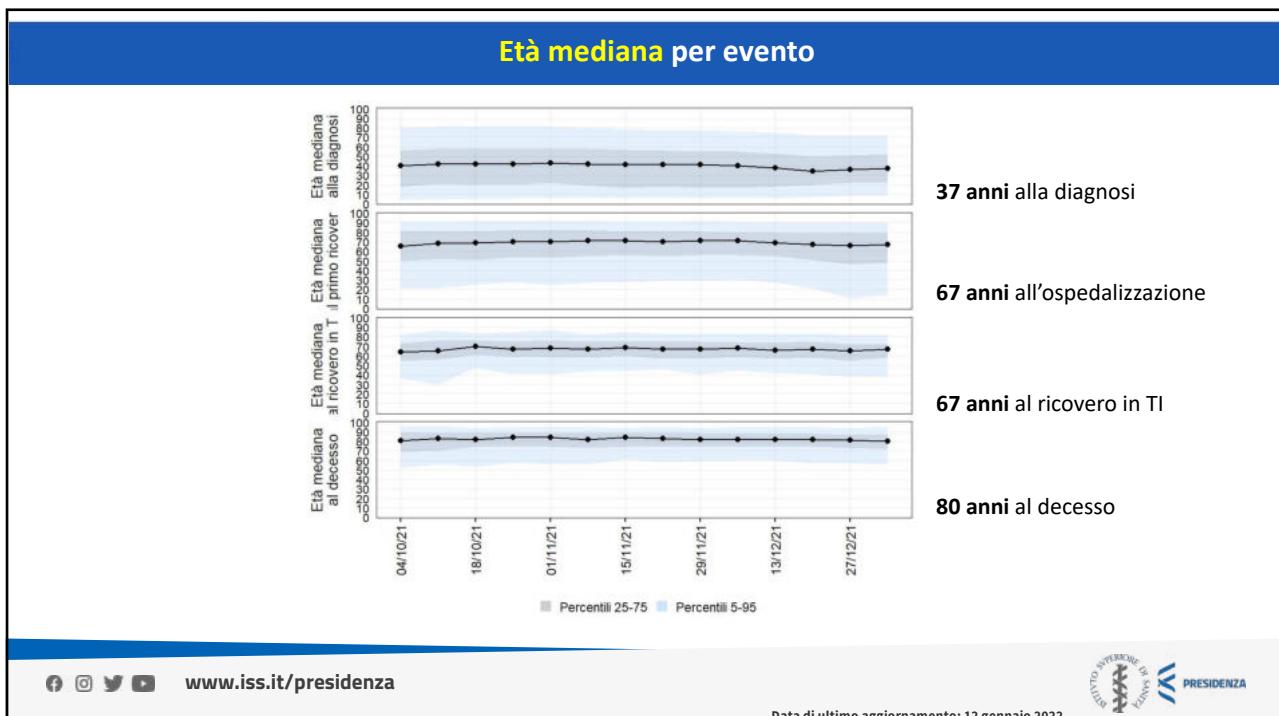




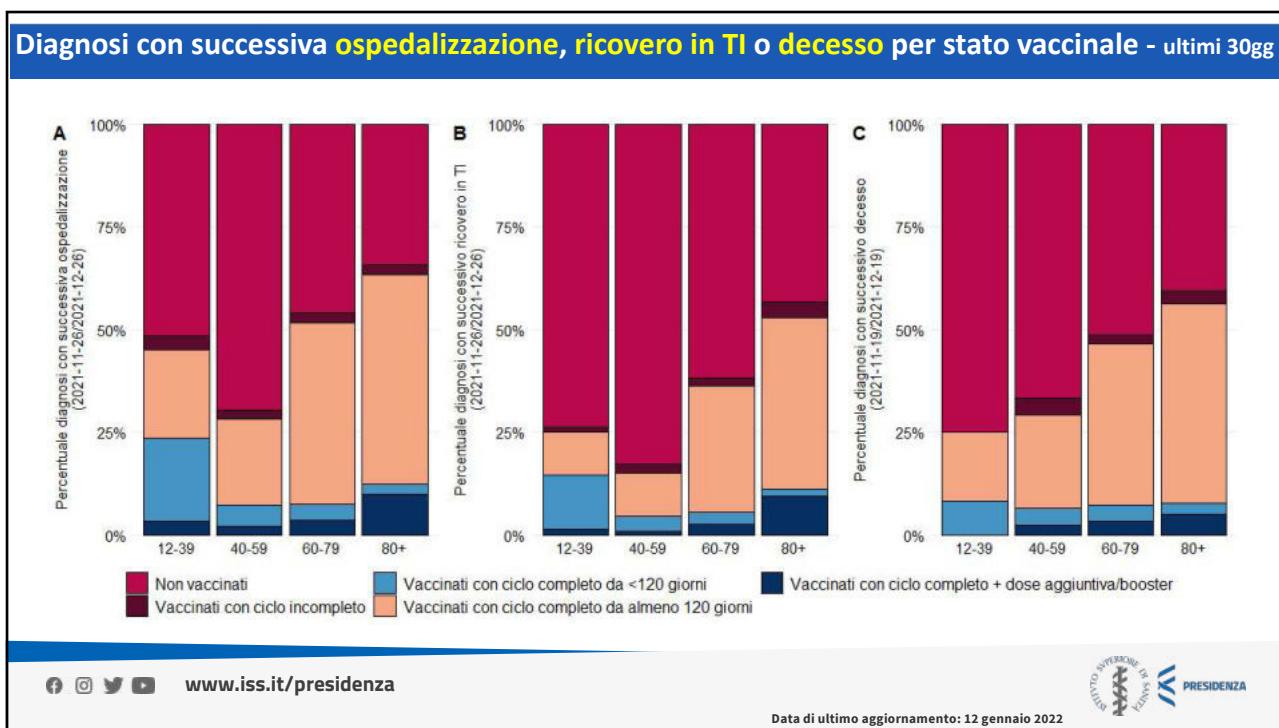
13



14

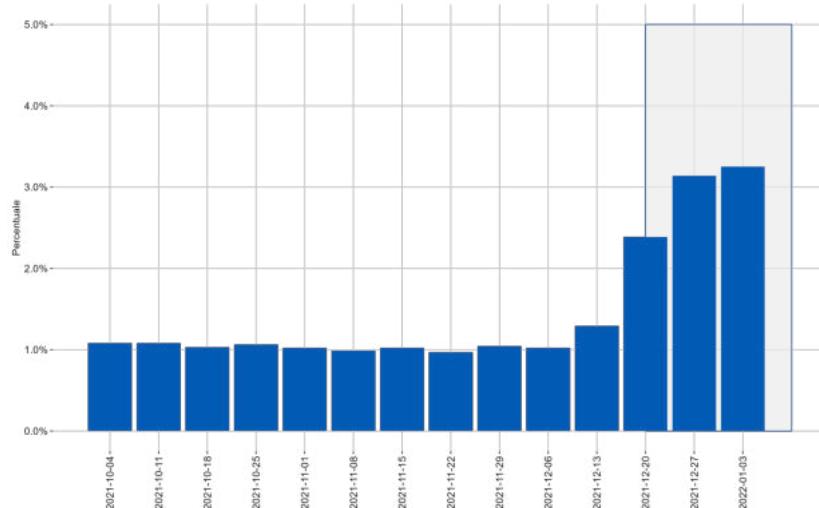


15



16

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE SETTIMANALE DEI CASI DI REINFEZIONE DA SARS-COV-2 SUL TOTALE DEI CASI DIAGNOSTICATI PER DATA DI PRELIEVO/DIAGNOSI A PARTIRE DA OTTOBRE 2021



www.iss.it/presidenza



Data di ultimo aggiornamento: 12 gennaio 2022

17

**N. assoluto e incidenza casi diagnosticati per Regione/PA, tamponi e % positività
07/01/2022-13/01/2022**

Regione/PA	Popolazione	Tamponi nei 7gg	Casi testati nei 7gg	Nuovi casi nei 7gg	Tamponi 7gg/100 000 pop	Incidenza 7gg/100 000 pop	Percentuale positività'
Abruzzo	1.285.256	286.069	37.016	26.532	22.258	2064,3	9,3
Basilicata	547.579	19.969	6.442	5.810	3.647	1061,0	29,1
Calabria	1.877.728	90.398	54.893	14.647	4.814	780,0	16,2
Campania	5.679.759	714.706	129.157	129.552	12.583	2280,9	18,1
Emilia-Romagna	4.445.549	422.307	44.923	123.749	9.500	2783,7	29,3
Friuli Venezia Giulia	1.198.753	166.802	19.380	24.059	13.915	2007,0	14,4
Lazio	5.720.796	637.663	29.588	84.110	11.146	1470,2	13,2
Liguria	1.509.805	178.883	32.864	42.964	11.848	2845,7	24,0
Lombardia	9.966.992	1.314.303	193.007	248.202	13.187	2490,2	18,9
Marche	1.501.406	98.877	74.112	12.207	6.586	813,0	12,3
Molise	296.547	25.599	24.624	3.733	8.632	1258,8	14,6
P.A. Bolzano	533.715	95.311	9.047	13.548	17.858	2538,4	14,2
P.A. Trento	544.745	89.496	13.988	14.795	16.429	2715,9	16,5
Piemonte	4.273.210	574.362	119.394	95.178	13.441	2227,3	16,6
Puglia	3.926.931	471.672	69.497	36.776	12.011	936,5	7,8
Sardegna	1.598.225	128.722	33.221	8.849	8.054	553,7	6,9
Sicilia	4.840.876	335.979	329.715	80.058	6.940	1653,8	23,8
Toscana	3.668.333	435.667	117.258	84.485	11.876	2303,1	19,4
Umbria	865.013	139.887	29.417	16.341	16.172	1889,1	11,7
Valle d'Aosta	123.895	18.701	3.688	3.825	15.094	3087,3	20,5
Veneto	4.852.453	820.347	41.625	108.638	16.906	2238,8	13,2
ITALIA	59.257.566	7.065.720	1.412.856	1.178.058	11.924	1988,0	16,7

www.iss.it/presidenza

FONTE: MINISTERO DELLA SALUTE/PROTEZIONE CIVILE



18

Indicatori decisionali come da Decreto Legge del 18 maggio 2021

n.65 articolo 13 - Aggiornamento del 13 gennaio 2022

Regione	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 24-30 dicembre 2021	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 31 dicembre 2021 - 06 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 7-13 gennaio 2022	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 13/01/2022	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 13/01/2022
Abruzzo	530	2108,5	2064,3	26,4%	20,6%
Basilicata	383	876	1061,0	22,1%	1,6%
Calabria	358	631,6	780,0	38,7%	17,5%
Campania	735	1511,7	2280,9	25,8%	10,6%
Emilia Romagna	622	2153	2783,7	25,1%	17,0%
Friuli Venezia Giulia	593	1517,7	2007,0	28,9%	23,4%
Lazio	518	1299,2	1470,2	25,2%	17,2%
Liguria	568	946,9	2845,7	37,3%	17,7%
Lombardia	1442	2578,1	2490,2	33,0%	16,8%
Marche	487	784,9	813,0	26,3%	28,2%
Molise	207	774,9	1258,8	10,2%	5,1%
PA di Bolzano	503	1218,4	2538,4	14,8%	16,0%
PA di Trento	794	2051,2	2715,9	24,8%	27,8%
Piemonte	1021	1817	2227,3	28,4%	23,2%
Puglia	332	778,4	936,5	17,8%	10,0%
Sardegna	226	436,5	553,7	14,4%	13,7%
Sicilia	393	983	1653,8	33,9%	19,4%
Toscana	1098	2680	2303,1	23,3%	21,6%
Umbria	1485	2235,6	1889,1	32,3%	9,4%
Valle d'Aosta	964	2255,9	3087,3	53,5%	21,2%
Veneto	860	1755,5	2238,8	23,5%	19,1%
ITALIA	783	1669	1988	27,1%	17,5%

Fonte dati: Ministero della Salute / Protezione Civile

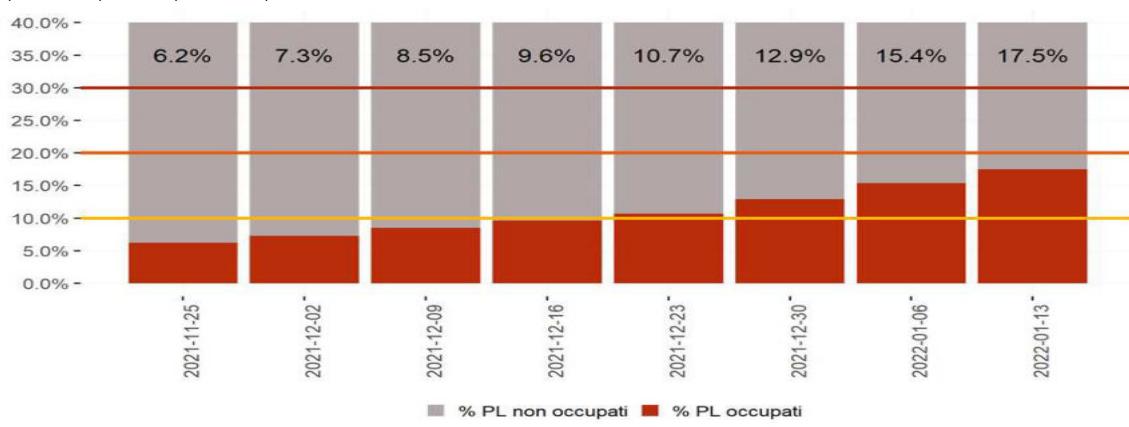
 www.iss.it/presidenza



19

Occupazione dei posti letto (attivi e attivabili ai sensi del DL 105 del 23 luglio 2021) in terapia intensiva al 13/01/2022

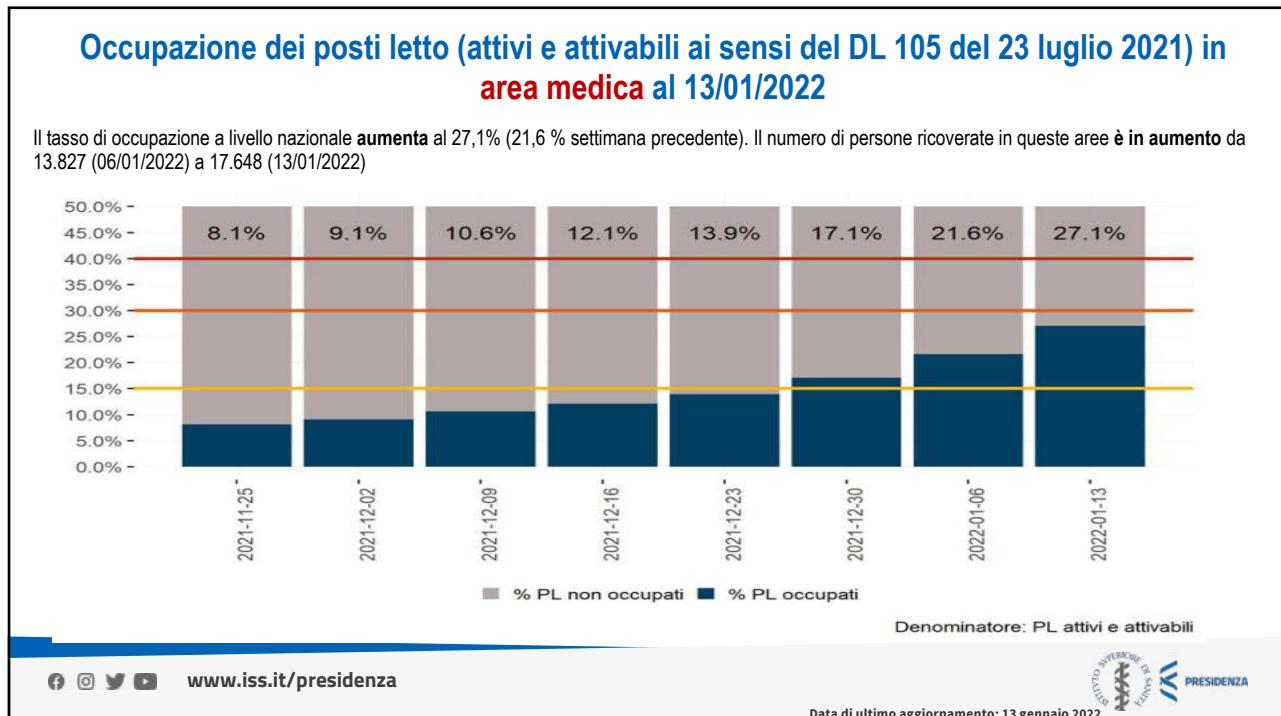
Il tasso di occupazione a livello nazionale **aumenta** al 17,5% (15,4% settimana precedente). Il numero di persone ricoverate in queste aree è in **aumento** da 1.467 (06/01/2022) a 1.668 (13/01/2022)



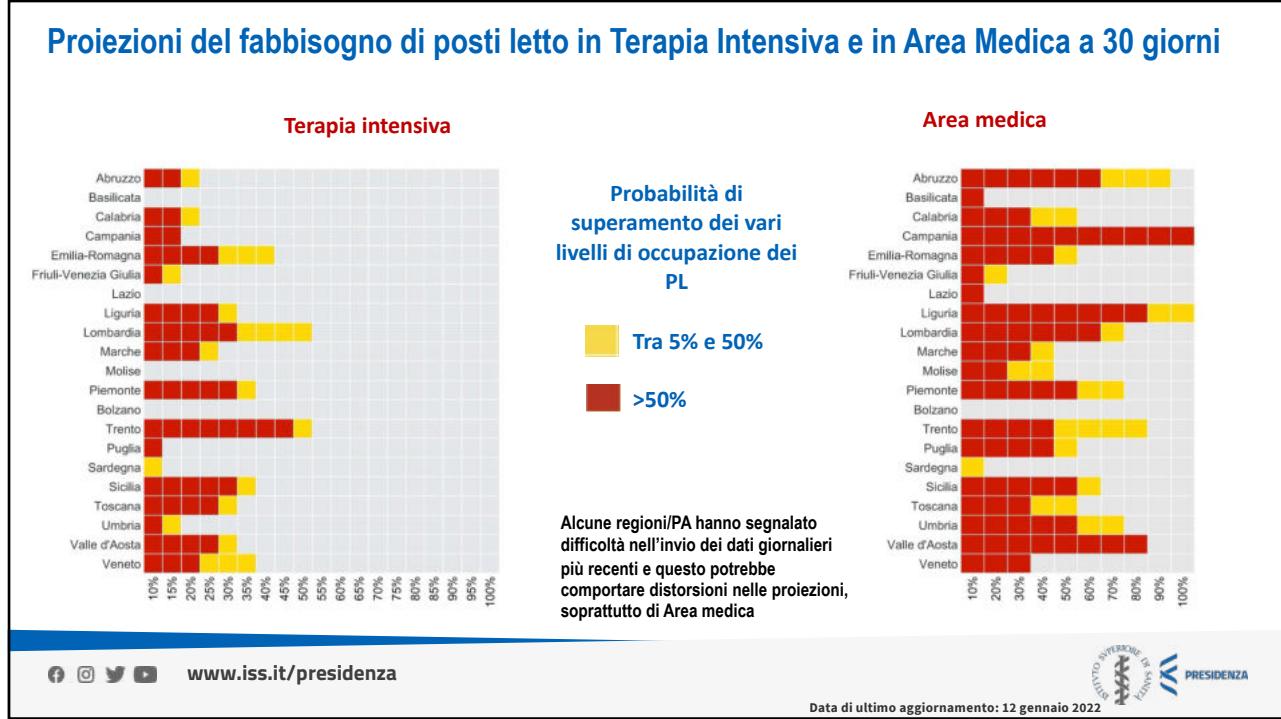
 www.iss.it/presidenza



20



21



22

Stima di prevalenza delle Varianti di SARS-CoV-2

(indagine del 3 gennaio 2022)



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

www.iss.it/presidenza



23

Stima della prevalenza delle varianti VOC (*Variants Of Concern*) e di altre varianti di SARS-CoV-2 in Italia

- NOMENCLATURA -

Nomenclatura OMS	Lineage* Pango	Clade/lineage GISAID	Nextstrain clade	Primi campioni documentati	Data di designazione
Beta	B.1.351	GH/501Y.V2	20H (V2)	Sud Africa, maggio-2020	18-dicembre-2020
Gamma	P.1	GR/501Y.V3	20J (V3)	Brasile, novembre-2020	11-gennaio-2021
Delta	B.1.617.2	G/478K.V1	21A, 21I, 21J	India, ottobre-2020	VOI: 4-aprile -2021 VOC: 11-maggio -2021
Omicron	B.1.1.529	GRA	21K, 21L, 21M	Paesi multipli, novembre-2021	VUM: 24-novembre -2021 VOC: 26-novembre -2021

*Include tutti i lignaggi discendenti

Fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>
<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

www.iss.it/presidenza



24

Risultati

In totale hanno partecipato all'indagine le 21 Regioni/PPAA e complessivamente **120** laboratori regionali e il Laboratorio di Sanità Militare.

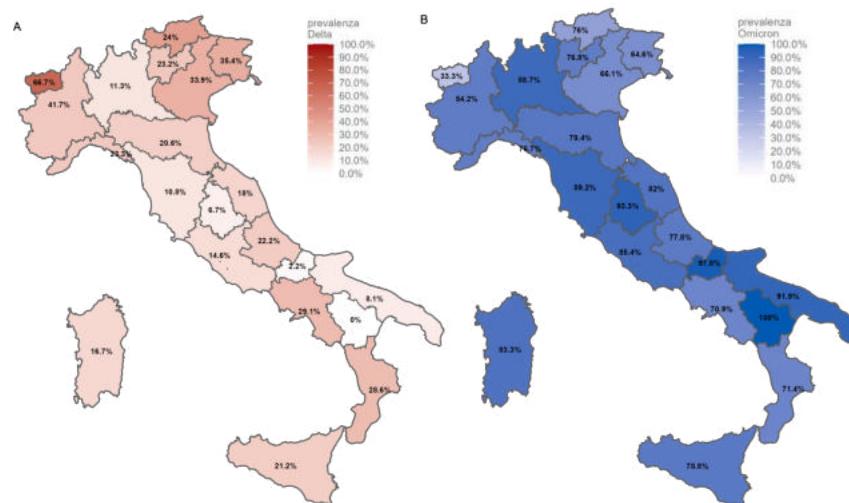
2.571 sequenze sono state ottenute per l'analisi.

Le **stime di prevalenza** a livello nazionale:

- **Variante delta** **19,22%** (range: 0,0% - 66,7%)
- **Variante omicron** **80,75%** (range: 33,3% - 100%)

- Sono stati segnalati **43** diversi **sotto-lignaggi AY.n (variante Delta)**.

Stima della prevalenza delle varianti VOC (Variant Of Concern) e di altre varianti di SARS-CoV-2 in Italia (Indagine del 03/01/2022)



La prevalenza della variante omicron (Figura B) si attesta all'**80,75%** (range : 33,3%-100%), divenendo quindi la variante prevalente in Italia.
La prevalenza della variante delta (Figura A) è pari invece al **19,22%** (range: 0,0%-66,7%)

REGIONE/PA	N. Laboratori	N. campioni positivi in RT-PCR	N. campioni sequenziati	N. di sequenze ottenute per analisi	Prevalenza	
					Delta^	Omicron†
ABRUZZO	2	1990	117	117	22,2	77,8
BASILICATA	2	535	11	11	0,0	100,0
CALABRIA	4	1073	40	35	28,6	71,4
CAMPANIA	3	9802	221	213	29,1	70,9
EMILIA ROMAGNA	3	131	131	131	20,6	79,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	8	422	96	96	35,4	64,6
LAZIO*	4	407	345	301	14,6	85,4
LIGURIA	8	815	30	30	23,3	76,7
LOMBARDIA	16	443	443	443	11,3	88,7
MARCHE	5	82	50	50	18,0	82,0
MOLISE	1	46	46	46	2,2	97,8
PA BOLZANO	1	371	24	24	41,7	54,2
PA TRENTO	1	26	26	25	24,0	76,0
PIEMONTE	14	101	101	99	23,2	76,8
PUGLIA	11	76	74	74	8,1	91,9
SARDEGNA	10	1237	54	54	16,7	83,3
SICILIA	5	1807	274	274	21,2	78,8
TOSCANA	3	276	139	139	10,8	89,2
UMBRIA	5	1036	91	90	6,7	93,3
VALLE D'AOSTA	1	3	3	3	66,7	33,3
VENETO	13	316	316	316	33,9	66,1
ITALIA	120	20995	2632	2571	19,22	80,75

[^] Include il lignaggio B.1.617.2 ed i relativi sotto-lignaggi AY.n, come da documento ECDC del 5 gennaio 2022, consultabile al link: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>
[†] Include il lignaggio B.1.1.529 ed i relativi sotto-lignaggi BA.n, come da documento ECDC del 5 gennaio 2022, consultabile al link: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>
* Inclusi i risultati del laboratorio di Sanità Militare

 www.iss.it/presidenza

27

Conclusioni

- In relazione alla **più alta trasmissibilità della variante omicron** (lignaggio B.1.1.529 e sottolignaggi BA.n) anche nel nostro Paese si osserva una prevalenza superiore all'80%, se pur con una certa variabilità tra le Regioni/PPAA. (*Nell'indagine precedente, e relativa ai casi del 20 di dicembre 2021, la prevalenza era stata stimata pari al 21%.*)
- Non bisogna trascurare il fatto che la **variante delta** co-circola nel Paese, sia pure con una prevalenza che sta diminuendo progressivamente nel tempo, che suggerisce uno **svantaggio competitivo** nei confronti di omicron.

28

Vaccinazioni somministrate al 12/1/2022 e loro impatto

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

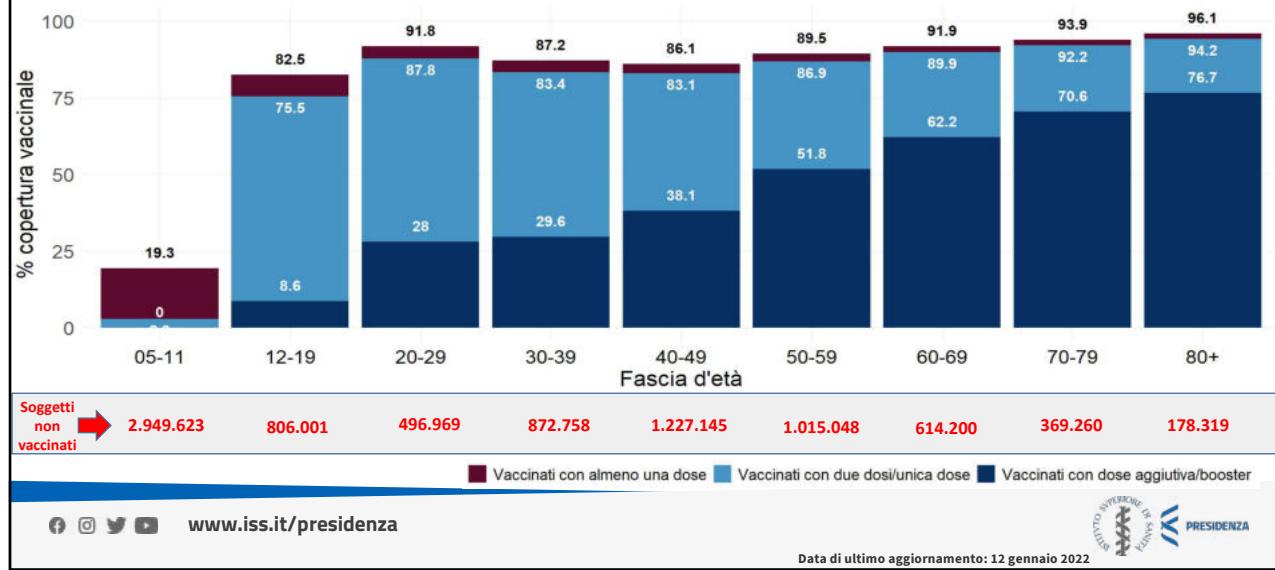
[www.iss.it/presidenza](#)



29

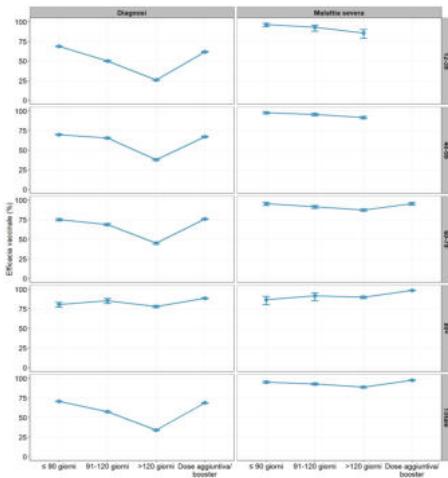
Percentuale copertura vaccinale per classe d'età

5+ vaccinati con una dose: 3.9% (3.6% settimana precedente)
5+ vaccinati con ciclo completo: 81.3% (80.7% settimana precedente)
5+ vaccinati con dose booster/aggiuntiva: 43.2% (37.4% settimana precedente)



30

Stima dell'efficacia nei soggetti vaccinati con ciclo completo entro 90 giorni, da 91 - 120 giorni e oltre 120 giorni, e con dose aggiuntiva/booster rispetto ai non vaccinati per diagnosi e malattia severa, nella popolazione italiana di età > 12, per classe d'età



GRUPPO	FASCIA DI ETÀ	VACCINATI CON CICLO COMPLETO ENTRO 90 GIORNI	VACCINATI CON CICLO COMPLETO DA 91 - 120 GIORNI	VACCINATI CON CICLO COMPLETO DA >120 GIORNI	VACCINATI CON CICLO COMPLETO CON DOSE AGGIUNTIVA/ BOOSTER
Diagnosi di Sars-CoV-2	12-39	68,8 [68,3-69,3]	50,2 [49,5-51,0]	25,9 [25,0-26,9]	61,8 [60,9-62,8]
	40-59	69,9 [69,2-70,6]	65,6 [64,8-66,3]	37,7 [36,9-38,5]	67,3 [66,6-68,0]
	60-79	75,1 [73,6-76,4]	69,0 [67,6-70,3]	45,1 [43,8-46,3]	75,9 [75,2-76,6]
	80+	80,6 [77,3-83,4]**	85,4 [81,9-88,2]**	77,9 [76,6-79,2]**	88,5 [87,7-89,1]**
Malattia Severa	Totale	70,7 [70,4-71,1]	57,4 [56,9-58,0]	34,0 [33,5-34,6]	68,8 [68,3-69,2]
	12-39	96,7 [94,0-98,2]	93,1 [88,2-95,9]	85,9 [79,3-90,4]	-
	40-59	97,9 [96,4-98,8]	95,7 [93,9-97,0]	91,9 [90,3-93,2]	-
	60-79	95,5 [93,2-97,1]	91,5 [89,5-93,1]	87,5 [86,1-88,8]	95,6 [93,7-97,0]
	80+	86,7 [80,5-90,9]**	91,8 [85,4-95,4]**	89,9 [88,4-91,3]**	98,7 [98,2-99,0]**
Malattia Severa	Totale	95,4 [94,2-96,4]	92,9 [91,7-94,0]	88,9 [88,0-89,7]	97,8 [97,3-98,2]

NB. * Stime non calcolabili per bassa frequenza di eventi in alcuni strati

**Le stime di efficacia relative alla fascia di età 80+ potrebbero risentire di un maggiore sbilanciamento nella distribuzione della popolazione fra vaccinati e non vaccinati. Quest'ultimi attualmente rappresentano una fetta molto piccola della popolazione, caratterizzata verosimilmente da fattori di rischio differenti per i quali non è possibile aggiustare all'interno dei modelli per mancanza di adeguate informazioni a livello individuale (es: aspetti socio-comportamentali).

Analisi del rischio e scenario per Regione/PA

Regione/PA	Stima di Rt- puntuale (calcolato al 29/12/2021)	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio
Abruzzo	1,44 (CI: 1,39-1,49) **	3	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #,§
Basilicata	2,3 (CI: 2,13-2,49)	4	Moderato
Calabria	1,22 (CI: 1,15-1,3)	2	Alto #
Campania	2,16 (CI: 2,15-2,18)	4	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Emilia-Romagna	1,84 (CI: 1,83-1,85)	4	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
FVG	1,61 (CI: 1,58-1,64)	4	Alto #
Lazio	1,13 (CI: 1,1-1,15)	2	Moderato
Liguria	1,26 (CI: 1,23-1,29) **	2	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #,§
Lombardia	2,16 (CI: 2,16-2,17)	4	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Marche	0,98 (CI: 0,9-1,06)	1	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Molise	1,9 (CI: 1,28-2,52)	3	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Piemonte	1,88 (CI: 1,86-1,9)	4	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
PA Bolzano/Bozen	1,29 (CI: 1,22-1,35)	2	Moderato
PA Trento	2,15 (CI: 2,07-2,24)	4	Alto (ad alta probabilità di progressione)
Puglia	2 (CI: 1,95-2,05)	4	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Sardegna	1,86 (CI: 1,79-1,93)	4	Alto #
Sicilia	1,29 (CI: 1,26-1,34)	3	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
Toscana	1,41 (CI: 1,39-1,43)	3	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Umbria	1,39 (CI: 1,35-1,44)	3	Moderato (ad alta probabilità di progressione)
V.d'Aosta/V.d'Aoste	1,48 (CI: 1,37-1,58)	3	Alto (ad alta probabilità di progressione) #
Veneto	1,34 (CI: 1,32-1,35) **	3	Non valutabile (equiparato a rischio alto) #,§

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

La classificazione complessiva di rischio è alta in quanto sono state registrate molteplici allerte di resilienza (vedere tabella 4 dell'appendice)

§ Ai sensi del DM del 30 aprile 2020 tali Regioni/PA sono da considerarsi non valutabili a poiché l'indicatore 1,1 risulta essere al di sotto della soglia critica, posta al 60%

** La stima dell'Rt puntuale è da considerarsi meno affidabile in quanto la completezza del dato misurata dall'indicatore 1,1 è al di sotto della soglia di qualità prevista.

Headline della Cabina di Regia (14 gennaio 2022)

Si conferma nella settimana di monitoraggio una situazione epidemica acuta con una incidenza settimanale che a livello nazionale raggiunge il valore di 1.988 casi per 100.000 abitanti con una velocità di trasmissione nel Paese che si mantiene significativamente sopra la soglia epidemica.

Si confermano segnali plurimi di allerta a livello regionale nelle attività di sorveglianza e indagine dei contatti.

La maggior parte del Paese si colloca a Rischio Alto o a Rischio Moderato con alta probabilità di progressione a rischio Alto: 13 Regioni italiane sono classificate a rischio Alto (o equiparate a rischio Alto) di una epidemia non controllata e non gestibile e 5 Regioni/PA si collocano a rischio Moderato con alta probabilità di progressione a rischio Alto, nel caso fosse mantenuta l'attuale trasmissibilità.

La pressione sui servizi ospedalieri osservata nell'ultima settimana, associata alle progressive evidenze che arrivano da altri Paesi Europei, rende necessario invertire rapidamente la tendenza per evitare condizioni di estremo sovraccarico dei servizi sanitari, già oggi fortemente impegnati.

Headline della Cabina di Regia (14 gennaio 2022)

L'epidemia si trova in una fase delicata e si osserva ormai da numerose settimane un persistente aumento nel numero di casi e nelle ospedalizzazioni. Alla luce della elevata incidenza e della circolazione della variante Omicron di SARS-CoV-2, è necessario il rigoroso rispetto delle misure comportamentali individuali e collettive, ed in particolare distanziamento interpersonale, uso della mascherina, aereazione dei locali, igiene delle mani e riducendo le occasioni di contatto ed evitando in particolare situazioni di assembramento.

Una più elevata copertura vaccinale, in tutte le fasce di età, anche quella 5-11 anni, il completamento dei cicli di vaccinazione ed il mantenimento di una elevata risposta immunitaria attraverso la dose di richiamo, con particolare riguardo alle categorie indicate dalle disposizioni ministeriali, rappresentano strumenti necessari a contenere l'impatto soprattutto clinico dell'epidemia anche sostenuta da varianti emergenti.

Grazie.

 www.iss.it/presidenza



**Stima della prevalenza delle varianti VOC (*Variant Of Concern*)
e di altre varianti
di SARS-CoV-2 in Italia**

(Indagine del 03/01/2022)

Obiettivo

Come riportato nella circolare n. 60088 del 30/12/2021¹, al fine di stimare la prevalenza delle varianti VOC (Variants of Concern) e di altre varianti in Italia, è stata realizzata una indagine rapida (*quick survey*) coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità con il supporto della Fondazione Bruno Kessler e in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le PPAA (Provincie Autonome). L'obiettivo di questa indagine è di identificare, tra i campioni con risultato positivo per SARS-CoV-2 in RT-PCR, possibili casi di infezione riconducibili a queste varianti.

Questa valutazione ha preso in considerazione i campioni notificati il 3 gennaio 2022 (prime infezioni, non *follow-up*) da analizzare tramite sequenziamento genomico.

La dimensione campionaria per Regione/PA è stata calcolata da Fondazione B. Kessler. Il campione necessario n per poter osservare una variante con prevalenza p sul territorio nazionale in una popolazione di ampiezza N (popolazione dei positivi notificati) e stimare questa prevalenza con una precisione ε e livello di confidenza $(1-\alpha)\%$ è dato dalla seguente formula

$$n \geq \frac{Nz_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{\varepsilon^2(N-1) + z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

Sono state considerate 4 macroaree (nomenclatura NUTS): Nord-Ovest (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia), Nord-Est (Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna), Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio), Sud e Isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia).

Assumendo di voler stimare una prevalenza del 5% con precisione 2% in queste macroaree la tabella 1 riporta i valori dell'ampiezza campionaria richiesta in base ai casi COVID-19 positivi notificati il 29 dicembre 2021.

Tabella 1.

Macroarea	Casi notificati al 29/12/2021	Aampiezza campionaria ($p=5\%$, $\varepsilon=2\%$)
Nord-Est	16049	446
Nord-Ovest	44230	454
Centro	17420	447
Sud e Isole	20321	451
TOTALE	98020	1798

L'ampiezza campionaria in ciascuna macroarea è stata quindi ridistribuita nelle Regioni/PPAA corrispondenti in base alla percentuale di casi COVID-19 positivi notificati il 29 dicembre 2021 sul totale di casi notificati nella macroarea di riferimento (Tabella 2).

Tabella 2.

Regione	Macroarea	Casi notificati al 29/12/2021	% casi nella macroarea	Aampiezza campionaria (p=5%, ε=2%)
Abruzzo	Sud	921	4,5%	21
Basilicata	Sud	464	2,3%	11
Calabria	Sud	1590	7,8%	35
Campania	Sud	9802	48,2%	216
Emilia-Romagna	Nord-Est	4134	25,8%	115
Friuli Venezia Giulia	Nord-Est	1817	11,3%	51
Lazio	Centro	5238	30,1%	134
Liguria	Nord-Ovest	1634	3,7%	17
Lombardia	Nord-Ovest	32696	73,9%	335
Marche	Centro	1707	9,8%	44
Molise	Sud	159	0,8%	4
P.A. Bolzano	Nord-Est	494	3,1%	14
P.A. Trento	Nord-Est	938	5,8%	26
Piemonte	Nord-Ovest	9671	21,9%	99
Puglia	Sud	2885	14,2%	64
Sardegna	Isole	771	3,8%	17
Sicilia	Isole	3729	18,4%	83
Toscana	Centro	7304	41,9%	187
Umbria	Centro	3171	18,2%	82
Valle d'Aosta	Nord-Ovest	229	0,5%	3
Veneto	Nord-Est	8666	54,0%	240
TOTALE		98020		1798

Si calcola che, con l'ampiezza campionaria scelta, sia possibile stimare prevalenze intorno a 1%, 10% o 50% con precisione rispettivamente intorno a 0.9%, 2.7% e 4.6% nelle 4 macro-aree considerate. Inoltre, seguendo il protocollo ECDC sul sequenziamento del SARS-CoV-2², con l'ampiezza campionaria scelta è possibile osservare in ogni macro-regione varianti che circolano intorno allo 0.5-1% con un livello di confidenza del 95%.

Il campione richiesto per l'indagine è stato selezionato dalle Regioni/PPAA in modo casuale fra i campioni positivi garantendo la rappresentatività geografica e per fasce di età.

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

I dati sono stati raccolti in un file Excel standardizzato per le Regioni/PPAA partecipanti ed inviati all'Istituto Superiore di Sanità e al Ministero della Salute entro il 13 gennaio 2022.

Risultati

In totale, hanno partecipato all'indagine tutte le Regioni/PPAA e complessivamente 120 laboratori regionali e il Laboratorio di Sanità Militare.

Come mostrato in Tabella 3, da 20.995 casi confermati in RT-PCR, sono stati sequenziati 2632 campioni e classificati in base al lignaggio (software Pangolin v. 3.1.17 e PangoLEARN 2022-01-05).

In dettaglio, tra le 2571 sequenze ottenute per l'analisi ne sono state individuate:

- | | | | |
|----|---------------------------------|----------|---------|
| a) | 512 riconducibili a SARS-CoV-2 | variante | delta |
| b) | 2058 riconducibili a SARS-CoV-2 | variante | omicron |

Le stime di prevalenza a livello nazionale, ottenute come la media delle prevalenze nelle diverse Regioni/PPAA pesate per il numero di casi regionali notificati il 3 gennaio 2022, sono le seguenti:

19,22% (range: 0.0% - 66.7%)	variante	delta
80,75% (range: 33.3% - 100%)	variante	omicron

Sono stati segnalati 43 diversi sotto-lignaggi AY.n (variante delta), di cui i più frequenti sono: AY.43 (28,5%), AY.4 (14%) e AY.122 (13,2%).

Complessivamente, dieci Regioni/PA hanno notificato sequenze appartenenti al lignaggio AY.4.2 (e relativi sotto-lignaggi); nel 56,5% (13/23) di queste sono state identificate le mutazioni Y145H e A222V (delta plus).

Tabella 3.

REGIONE/PA	N. Laboratori	N. campioni positivi in RT-PCR	N. campioni sequenziati	N. di sequenze ottenute per analisi	Numero			Prevalenza	
					Delta [^]	Omicron [†]	Altre varianti	Delta	Omicron
ABRUZZO	2	1990	117	117	26	91	0	22,2	77,8
BASILICATA	2	535	11	11	0	11	0	0,0	100,0
CALABRIA	4	1073	40	35	10	25	0	28,6	71,4
CAMPANIA	3	9802	221	213	62	151	0	29,1	70,9
EMILIA ROMAGNA	3	131	131	131	27	104	0	20,6	79,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	8	422	96	96	34	62	0	35,4	64,6
LAZIO*	4	407	345	301	44	257	0	14,6	85,4
LIGURIA	8	815	30	30	7	23	0	23,3	76,7
LOMBARDIA	16	443	443	443	50	393	0	11,3	88,7
MARCHE**	5	82	50	50	9	41	0	18,0	82,0
MOLISE	1	46	46	46	1	45	0	2,2	97,8
PA BOLZANO	1	371	24	24	10	13	1~	41,7	54,2
PA TRENTO	1	26	26	25	6	19	0	24,0	76,0
PIEMONTE	14	101	101	99	23	76	0	23,2	76,8
PUGLIA	11	76	74	74	6	68	0	8,1	91,9
SARDEGNA***	10	1237	54	54	9	45	0	16,7	83,3
SICILIA	5	1807	274	274	58	216	0	21,2	78,8
TOSCANA****	3	276	139	139	15	124	0	10,8	89,2
UMBRIA	5	1036	91	90	6	84	0	6,7	93,3
VALLE D'AOSTA	1	3	3	3	2	1	0	66,7	33,3
VENETO	13	316	316	316	107	209	0	33,9	66,1
ITALIA	120	20995	2632	2571	512	2058	1	19,22	80,75

[^] La variante Delta include il lignaggio B.1.617.2 e tutti i sotto-lignaggi AY.n come da documento ECDC SARS-CoV-2 variants of concern as of 5 January 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>

[†] La variante Omicron include il lignaggio B.1.529 e tutti i sotto-lignaggi BA.n come da documento ECDC SARS-CoV-2 variants of concern as of 5 January 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>

*inclusi i risultati del laboratorio di Sanità Militare: n. 166 positivi, n. 104 campioni sequenziati, n. 104 sequenze ottenute per analisi, n. 10 Delta, n. 94 Omicron.

La Regione Marche comunica che ulteriori 32 sequenze sono state analizzate mediante screening molecolare: 5 sequenze sono attribuibili alla variante Delta e 27 sequenze sono attribuibili alla variante Omicron; *La Regione Sardegna comunica che per 14 dei 54 campioni analizzati, è stato sequenziato solo il Gene S; ****La Regione Toscana comunica che ulteriori 137 campioni sono stati analizzati attraverso metodiche di screening; 137 sono risultati positivi allo screening per Omicron. ~ Lignaggio B.1.639

Limiti

Tra i possibili limiti dell'indagine vanno menzionati i seguenti punti:

- devono essere considerate differenze regionali relative al *timing* diverso di introduzione della variante omicron;
- il metodo di campionamento potrebbe essere disomogeneo e non random in alcune Regioni/PPAA;
- per alcune Regioni, essendo bassa la numerosità della popolazione, il numero di sequenze è esiguo, per cui la presenza di varianti virali circolanti potrebbe non essere stimata correttamente;
- non sono al momento disponibili dati relativi alle fasce di età dei casi selezionati per l'indagine, alla possibile appartenenza a focolai, e alla geo-localizzazione (potenzialmente utili per valutare con maggiore accuratezza la rappresentatività geografica).

Conclusioni

Per stimare la prevalenza delle varianti di SARS-CoV-2 circolanti nel Paese si è ritenuto opportuno organizzare ripetute indagini di prevalenza rapide sul territorio nazionale.

Quest'ultima indagine ha visto la partecipazione di tutte le Regioni/PPAA e di un elevato numero di laboratori distribuiti nelle diverse aree del Paese, e ha permesso di ottenere risultati relativi alla tipizzazione genomica su un numero significativo di campioni positivi sul territorio italiano.

In relazione alla più alta trasmissibilità della variante omicron anche nel nostro Paese si osserva, dai dati di questa indagine e relativa ai casi del 3 gennaio 2022, una prevalenza superiore all'80%, se pur con una certa variabilità tra le Regioni/PPAA.

Nell'indagine precedente, e relativa ai casi del 20 di dicembre 2021, la prevalenza era stata stimata pari al 21%.

Questi risultati, per quanto non privi di limiti e *bias*, mostrano una rapida diffusione della variante omicron, in linea con quanto già descritto recentemente in altri Paesi Europei⁴. Inoltre, non bisogna trascurare il fatto che la variante delta co-circola nel Paese, sia pure con una prevalenza che sta diminuendo progressivamente nel tempo, che suggerisce uno svantaggio competitivo nei confronti di omicron.



Nell'attuale scenario è necessario continuare a monitorare con grande attenzione, in coerenza con le raccomandazioni nazionali ed internazionali e con le indicazioni ministeriali, la diffusione delle varianti virali circolanti e/o emergenti, ed in particolare, di quelle a maggiore trasmissibilità e/o con mutazioni correlate ad una potenziale evasione della risposta immunitaria.

Ringraziamenti

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

Referenze

1. Ministero della Salute. Circolare n. 60088 del 30/12/2021 "Stima della prevalenza delle varianti VOC (Variant Of Concern) e di altre varianti di SARS-CoV-2 in Italia".
2. ECDC Sequencing of SARS-CoV-2: first update. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Sequencing-of-SARS-CoV-2-first-update.pdf>
3. ECDC SARS-CoV-2 variants of concern as of 5 January 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>
4. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/weekly-epidemiological-update-omicron-variant-concern-voc-week-1-data-7-january-2022>

Ministero della Salute
Istituto Superiore di Sanità

Aggiornamento Nazionale Focus incidenza

Dati Ministero della Salute (fonte: pubblica)

Aggiornamento: 13 gennaio 2022 | Data di analisi: 13 gennaio 2022

Situazione Nazionale

Fonte dati: Protezione Civile/ Ministero della Salute

Report automatico basato sui dati pubblicati sul sito: <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>
(al 13 gennaio 2022 alle 20:05:32)

Periodi

- **7gg: 7/1/2022-13/1/2022**
- **14gg: 31/12/2021-13/1/2022**

Percentuale positività = Totale casi/Tamponi | Popolazione: ISTAT al 1/1/2021

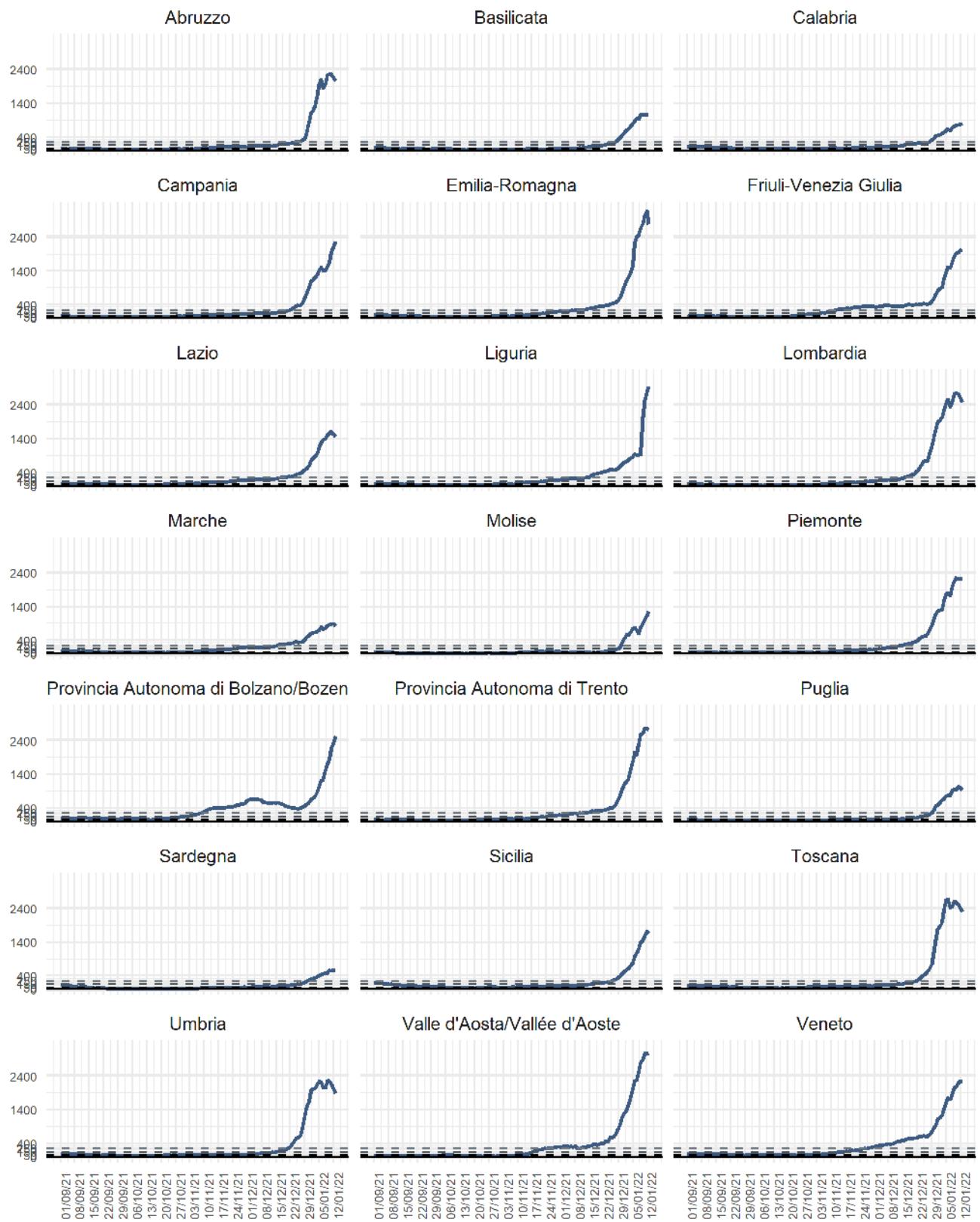
Il numero di tamponi, di casi testati e di casi totali nei 7 giorni è ottenuto attraverso la differenza dei valori cumulati al 13/01/2022 e i valori cumulati al 06/01/2022.

Il numero di tamponi, di casi testati e di casi totali nei 14 giorni è ottenuto attraverso la differenza dei valori cumulati al 13/01/2022 e i valori cumulati al 30/12/2021.

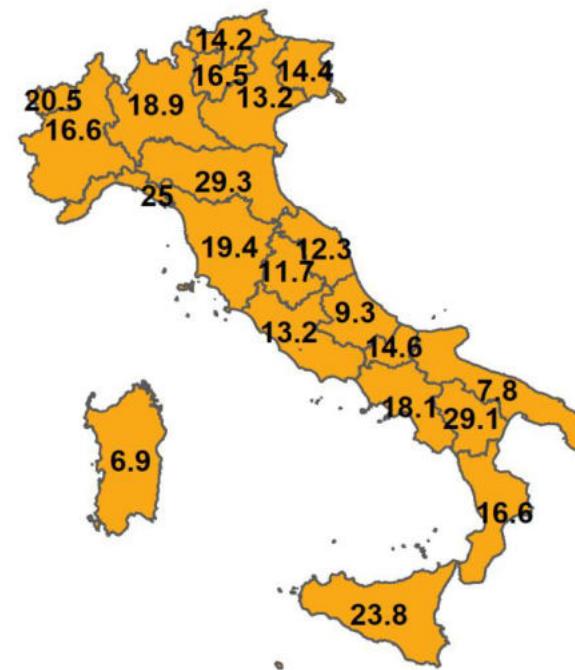
Periodo 7gg: 7/1/2022-13/1/2022

Regione/ PA	Tamponi 7gg	Casi testati 7gg	Totale casi 7gg	Popolazio ne	Tamponi 7gg/100 000 pop	Incidenza 7gg/100 000 pop (MdS/PC)	Percentu ale positività'
Abruzzo	286069	37016	26532	1285256	22257.7	2064	9.3
Basilicata	19969	6442	5810	547579	3646.8	1061	29.1
Calabria	90398	54893	15031	1877728	4814.2	800	16.6
Campania	714706	129157	129552	5679759	12583.4	2281	18.1
ER	422307	44923	123749	4445549	9499.5	2784	29.3
FVG	166802	19380	24059	1198753	13914.6	2007	14.4
Lazio	637663	29588	84110	5720796	11146.4	1470	13.2
Liguria	178883	32864	44702	1509805	11848.1	2961	25
Lombardia	1314303	193007	248202	9966992	13186.6	2490	18.9
Marche	98877	74112	12207	1501406	6585.6	813	12.3
Molise	25599	24624	3733	296547	8632.4	1259	14.6
Piemonte	574362	119394	95178	4273210	13441	2227	16.6
PA Bolzano	95311	9047	13548	533715	17858	2538	14.2
PA Trento	89496	13988	14795	544745	16429	2716	16.5
Puglia	471672	69497	36776	3926931	12011.2	937	7.8
Sardegna	128722	33221	8849	1598225	8054.1	554	6.9
Sicilia	335979	329715	80058	4840876	6940.5	1654	23.8
Toscana	435667	117258	84485	3668333	11876.4	2303	19.4
Umbria	139887	29417	16341	865013	16171.7	1889	11.7
Valle d'Aosta	18701	3688	3825	123895	15094.2	3087	20.5
Veneto	820347	41625	108638	4852453	16905.8	2239	13.2
Italia	7065720	1412856	1180180	59257566	11923.7	1992	16.7

Incidenza negli ultimi sette giorni per giorno e per regione (troncata a 3300)



Incidenza per 100.000 e percentuale positività 7gg nel periodo: 7/1/2022-13/1/2022 - Fonte: PC/MdS



Incidenza per 100.000 7gg
Periodo: 7/1/2022-13/1/2022
Fonte: PC/MdS

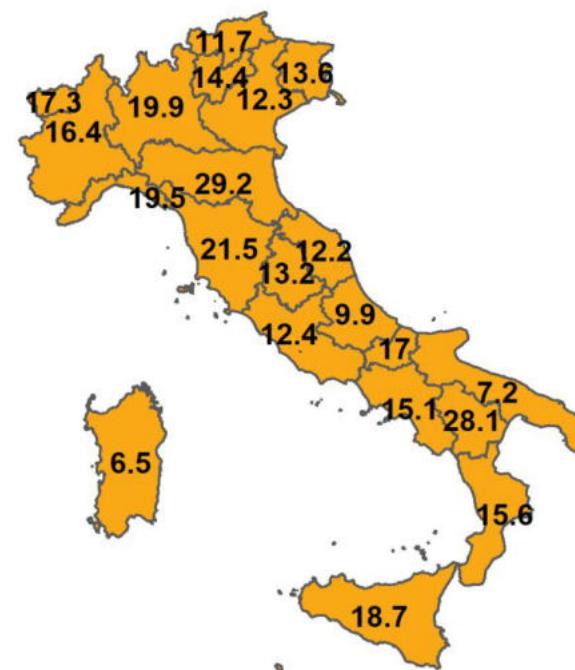
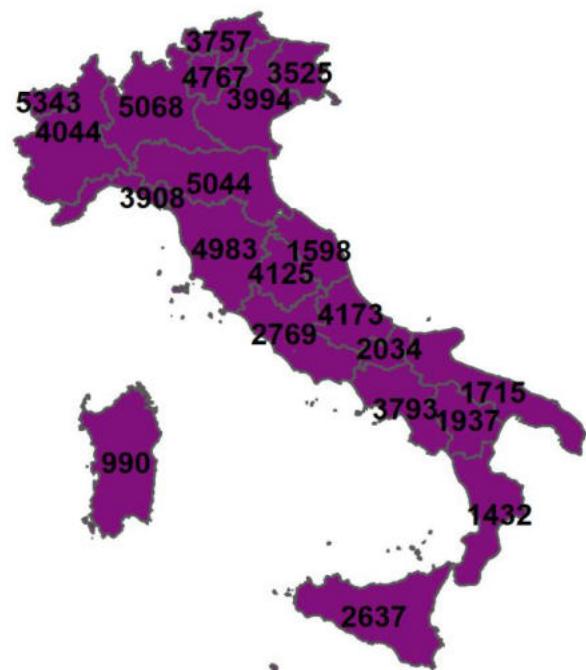
Perc. pos. 7gg
Periodo: 7/1/2022-13/1/2022
=<4%>4%

Fonte: PC/MdS
L'incidenza è arrotondata al numero intero più vicino

Periodo 14gg: 31/12/2021-13/1/2022

Regione/ PA	Tamponi 14gg	Casi testati 14gg	Totale casi 14gg	Popolazio ne	Tamponi 14gg/100 000 pop	Incidenza 14gg/100 000 pop (MdS/PC)	Percentu ale positività'
Abruzzo	539521	78355	53632	1285256	41977.7	4173	9.9
Basilicata	37773	12836	10607	547579	6898.2	1937	28.1
Calabria	172288	102522	26891	1877728	9175.3	1432	15.6
Campania	1424589	235686	215414	5679759	25081.9	3793	15.1
ER	769151	85739	224214	4445549	17301.6	5044	29.2
FVG	311615	38922	42253	1198753	25994.9	3525	13.6
Lazio	1277131	62317	158435	5720796	22324.4	2769	12.4
Liguria	302169	56327	58999	1509805	20013.8	3908	19.5
Lombardia	2539265	418119	505160	9966992	25476.7	5068	19.9
Marche	196197	147576	23991	1501406	13067.6	1598	12.2
Molise	35530	34292	6031	296547	11981.2	2034	17
Piemonte	1054050	242191	172824	4273210	24666.5	4044	16.4
PA Bolzano	171802	16036	20051	533715	32189.8	3757	11.7
PA Trento	180752	33883	25969	544745	33181	4767	14.4
Puglia	931761	140266	67344	3926931	23727.5	1715	7.2
Sardegna	242883	62783	15825	1598225	15197	990	6.5
Sicilia	683548	491768	127661	4840876	14120.3	2637	18.7
Toscana	849599	260323	182795	3668333	23160.4	4983	21.5
Umbria	270558	65771	35679	865013	31277.9	4125	13.2
Valle d'Aosta	38344	9796	6620	123895	30948.8	5343	17.3
Veneto	1577105	83164	193822	4852453	32501.2	3994	12.3
Italia	13605631	2678672	2174217	59257566	22960.2	3669	16

Incidenza per 100.000 e percentuale positività 14gg nel periodo: 31/12/2021-13/1/2022 - Fonte: PC/MdS



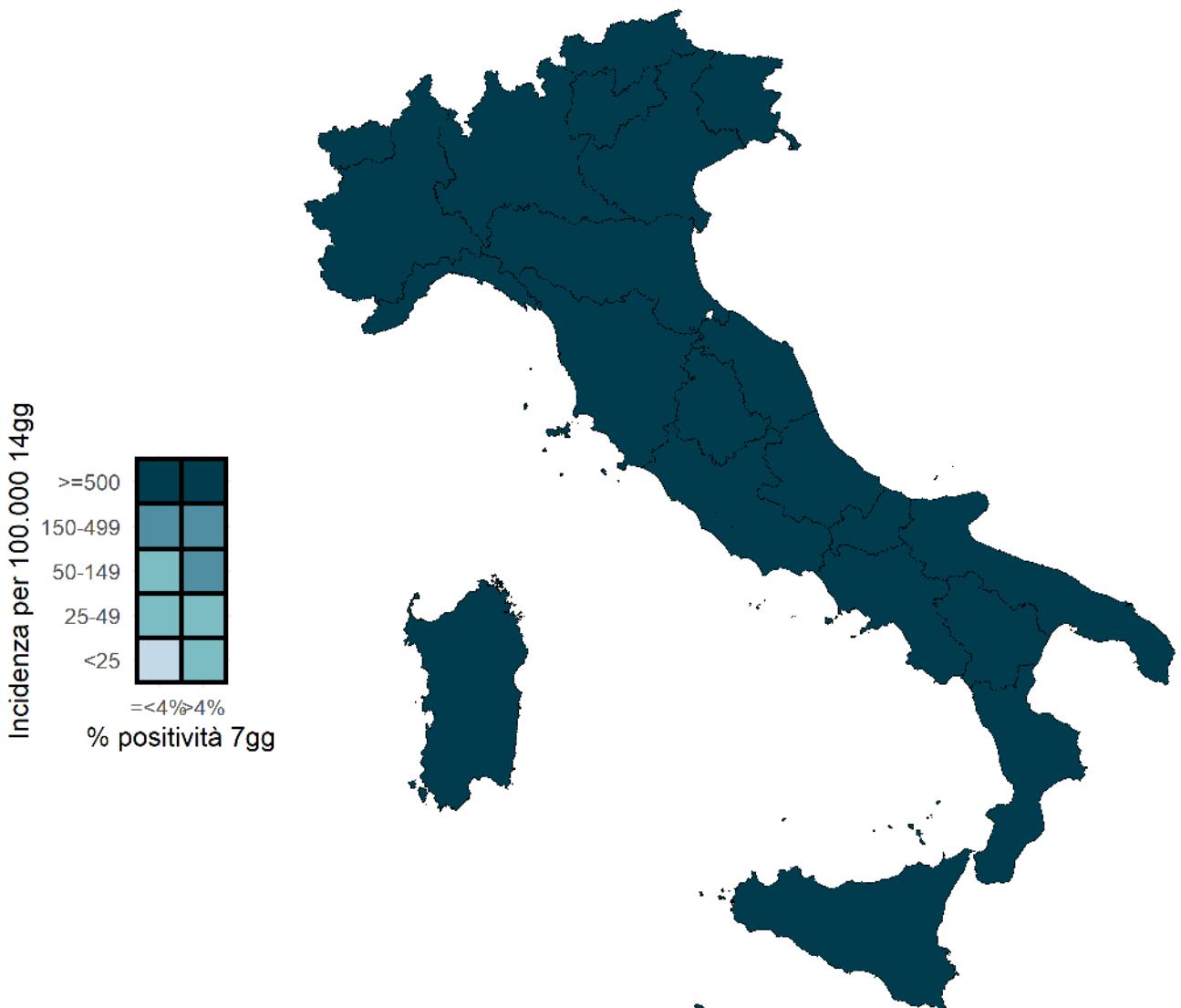
Incidenza per 100.000 14gg
Periodo: 31/12/2021-13/1/2022
Fonte: PC/MdS

<25 25-49 50-149
150-499>=500

Perc. pos. 14gg
Periodo: 31/12/2021-13/1/2022
=<4%>4%

Fonte: PC/MdS
L'incidenza è arrotondata al numero intero più vicino

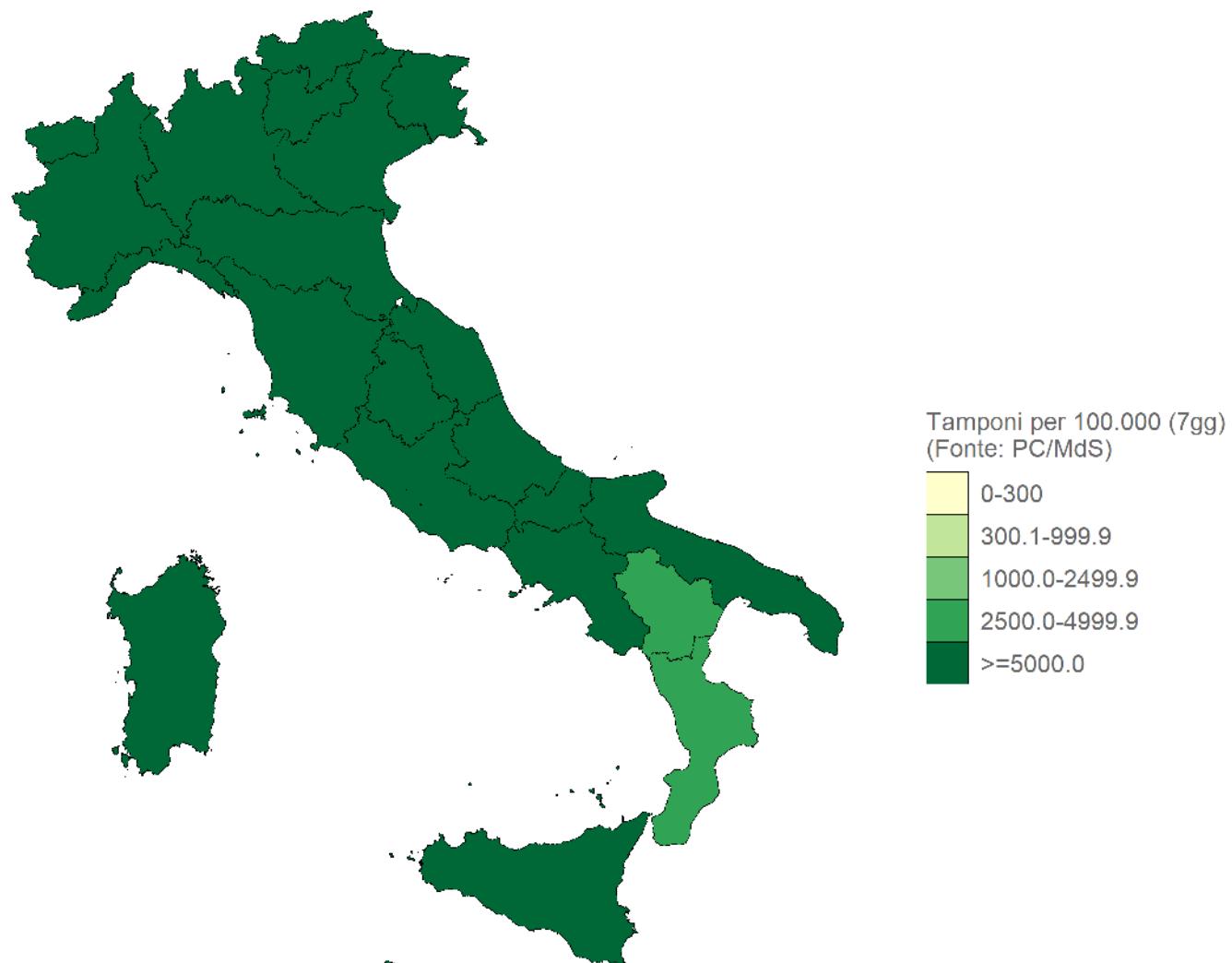
**Livello di circolazione virale calcolato sulla base della valutazione dell'incidenza 14gg
(31/12/2021-13/1/2022) e della percentuale di positività a tampone, 7/1/2022-
13/1/2022 (7gg)**



Fonte: PC/MdS periodi:
31/12/2021-13/1/2022 e 7/1/2022-13/1/2022

Nota: questa mappa è analoga a quella pubblicata sul sito ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>). Si osserva, tuttavia, che ci possono essere alcune piccole possibili differenze in quanto ECDC non specifica con esattezza il periodo esatto di riferimento. L'incidenza è arrotondata al numero intero più vicino mentre la percentuale di positività è arrotondata al primo decimale

Tamponi per 100.000 abitanti, 7/1/2022-13/1/2022 (7gg)



Fonte: PC/MdS periodo: 7/1/2022-13/1/2022

Nota: questa mappa è analoga a quella pubblicata sul sito ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>). Si osserva, tuttavia, che ci possono essere alcune piccole possibili differenze in quanto ECDC non specifica con esattezza il periodo esatto di riferimento.

RISERVATO

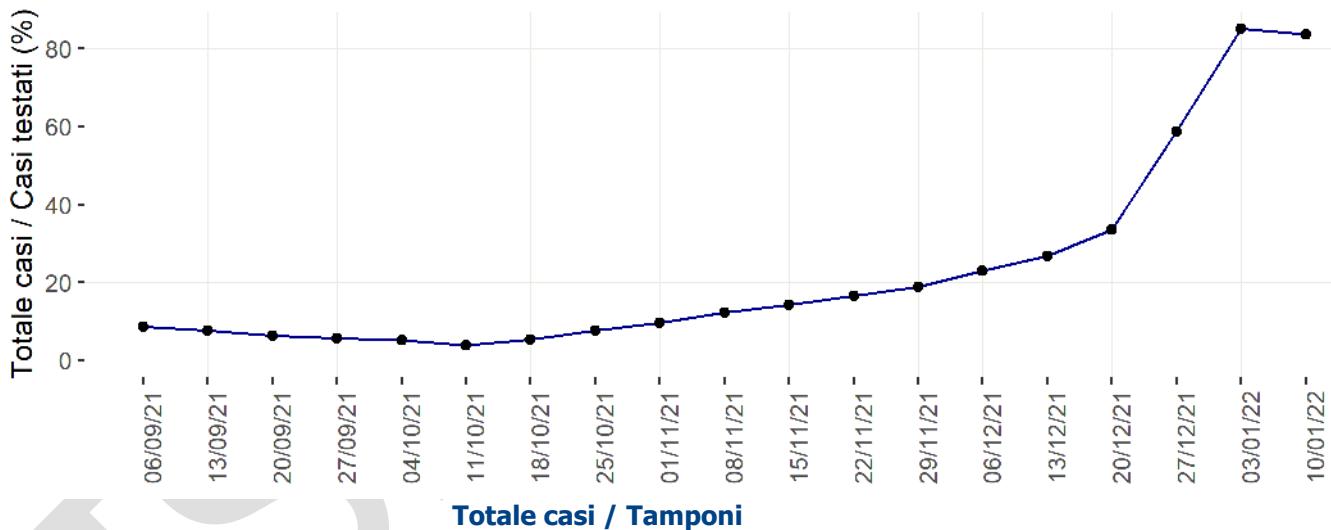
Tamponi per settimana, casi/casi testati, casi/tamponi (Fonte: MinSal)

Nota: I dati relativi a casi e tamponi sono aggregati per settimana, di conseguenza il dato relativo all'ultima settimana è da considerarsi parziale.

Tamponi per settimana per 100.000 abitanti



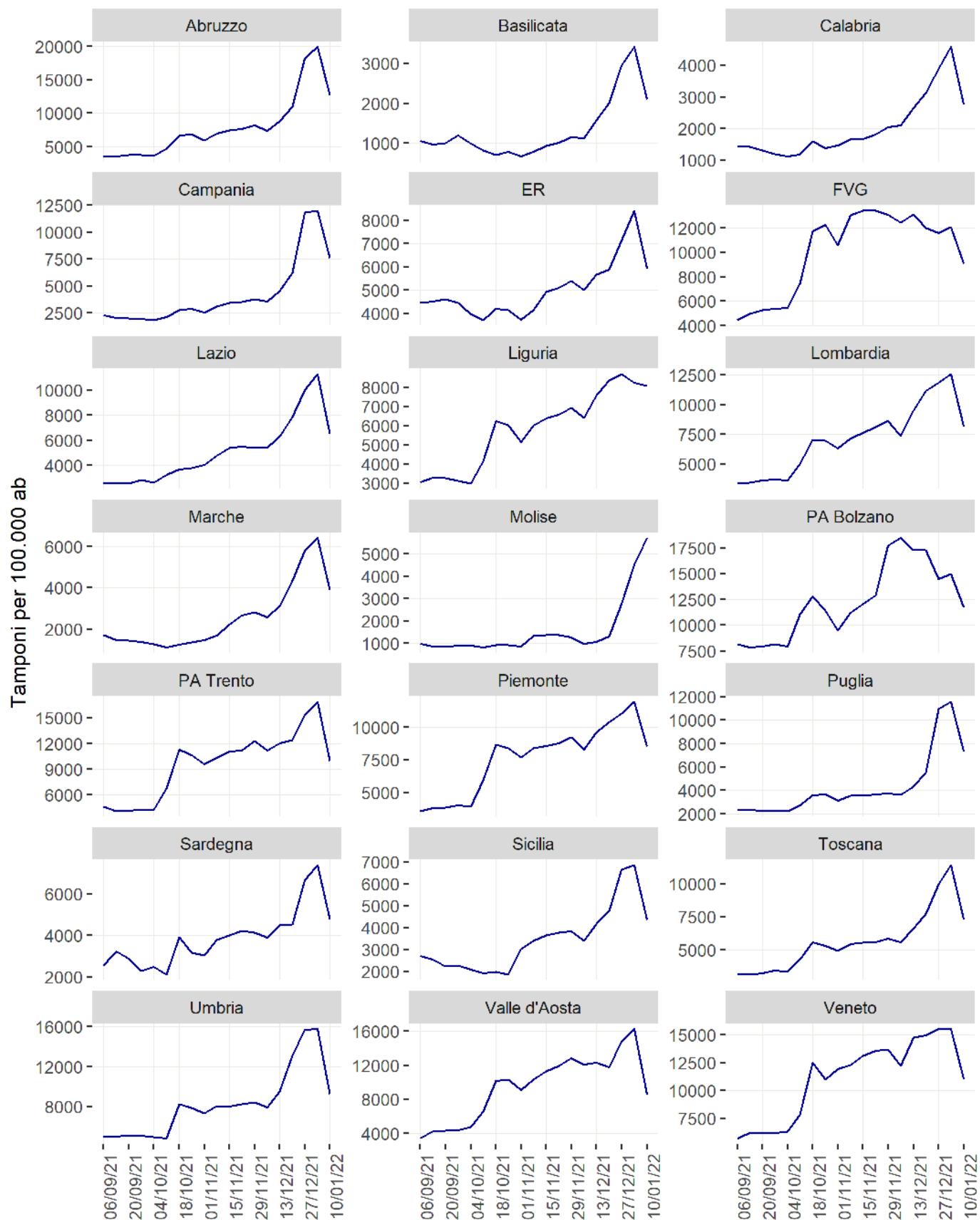
Totale casi / Casi testati

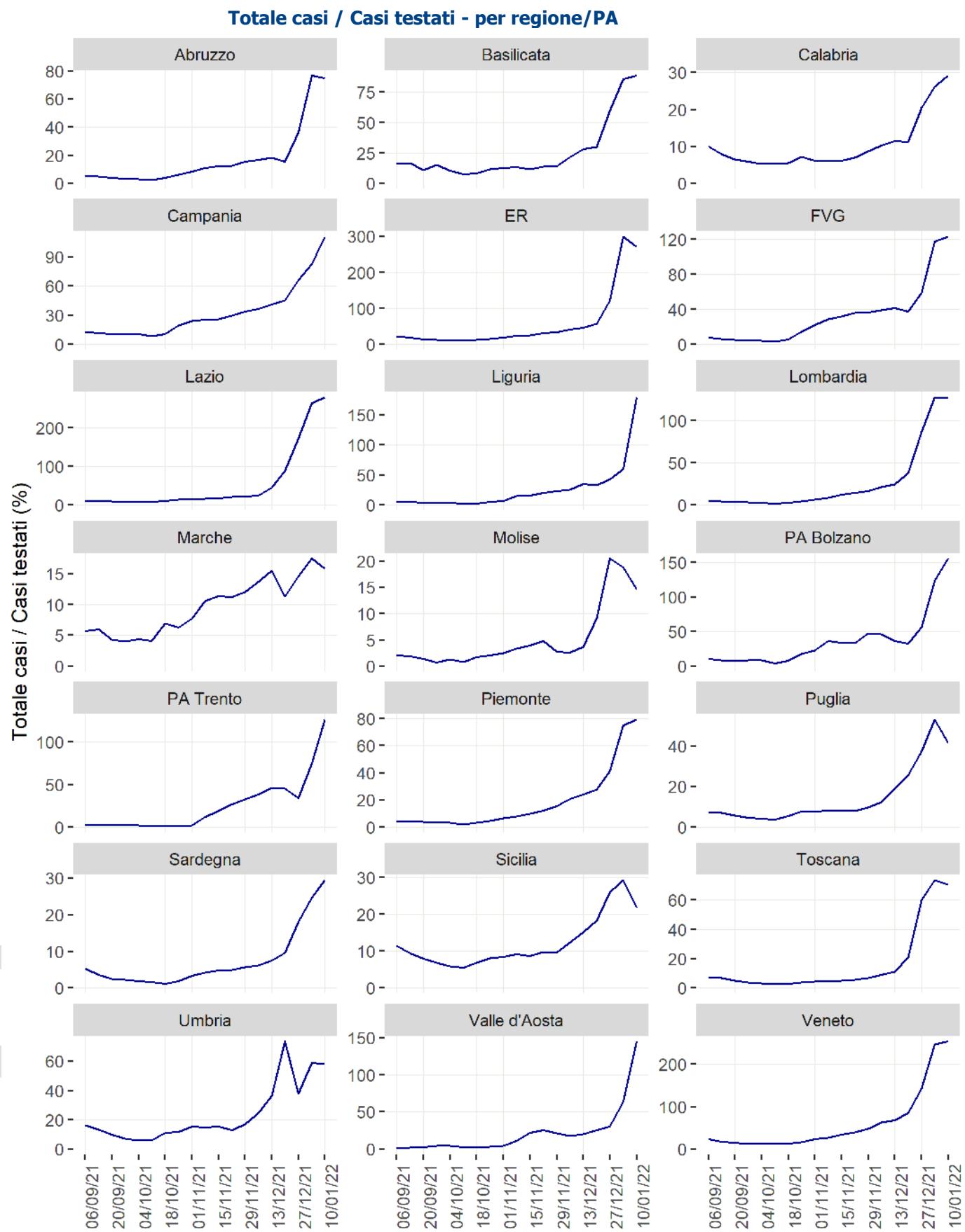


Totale casi / Tamponi

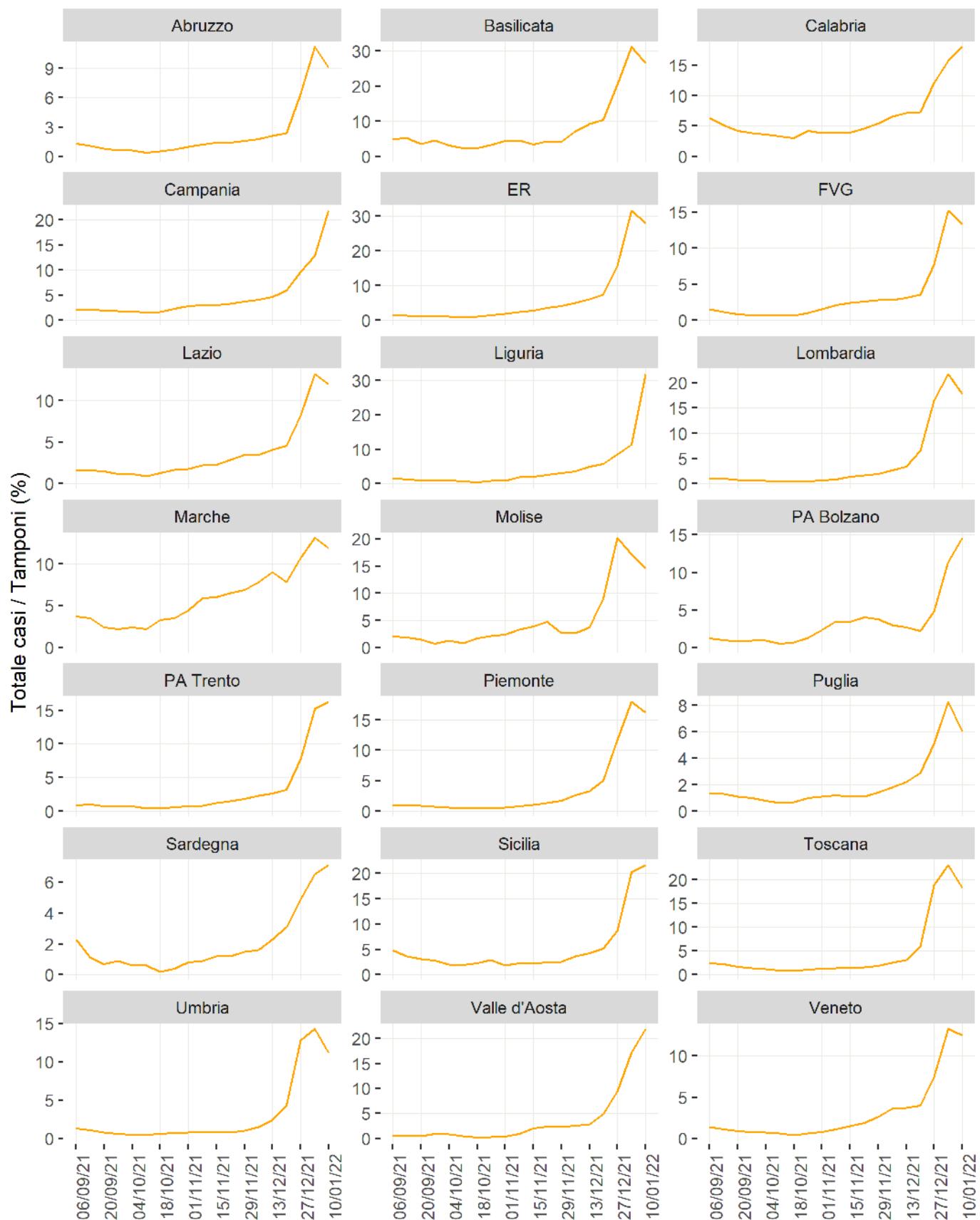


Tamponi per settimana per 100.000 abitanti - per regione/PA





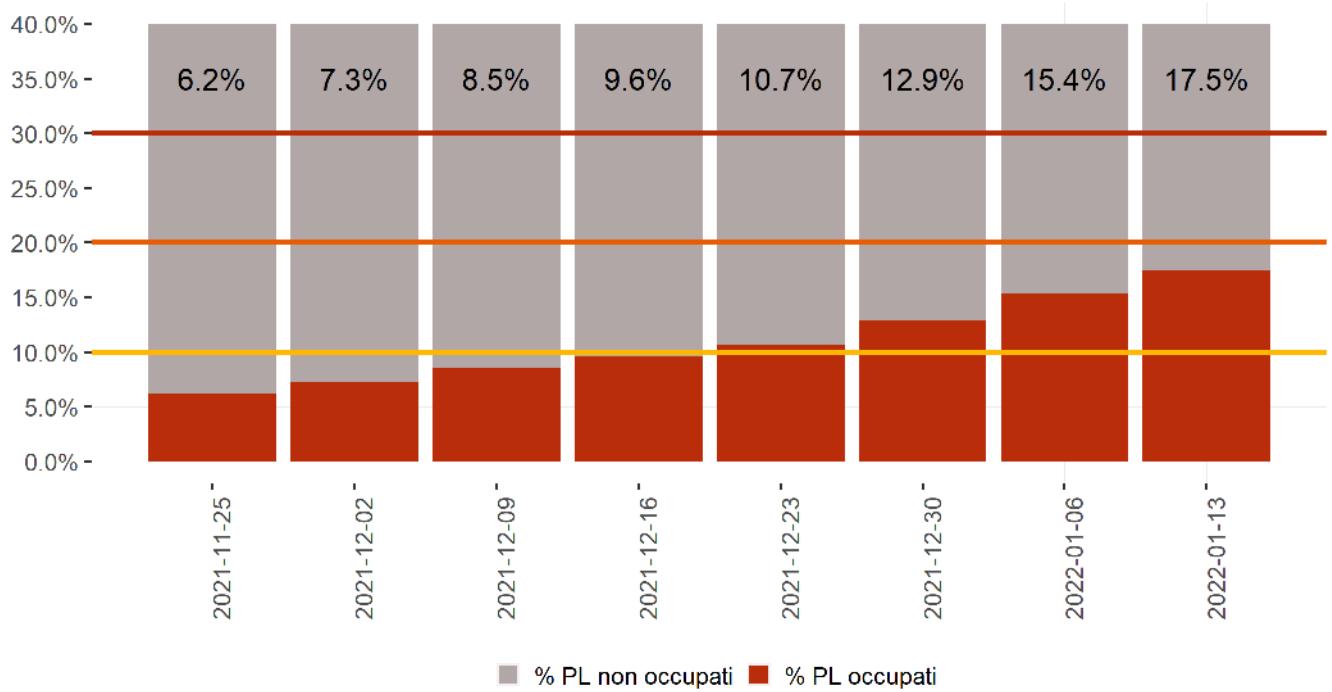
Percentuale positività' (Totale casi / Tamponi) - per regione/PA



RISERVATO

Occupazione terapia intensiva e area medica (Fonte: MinSal)

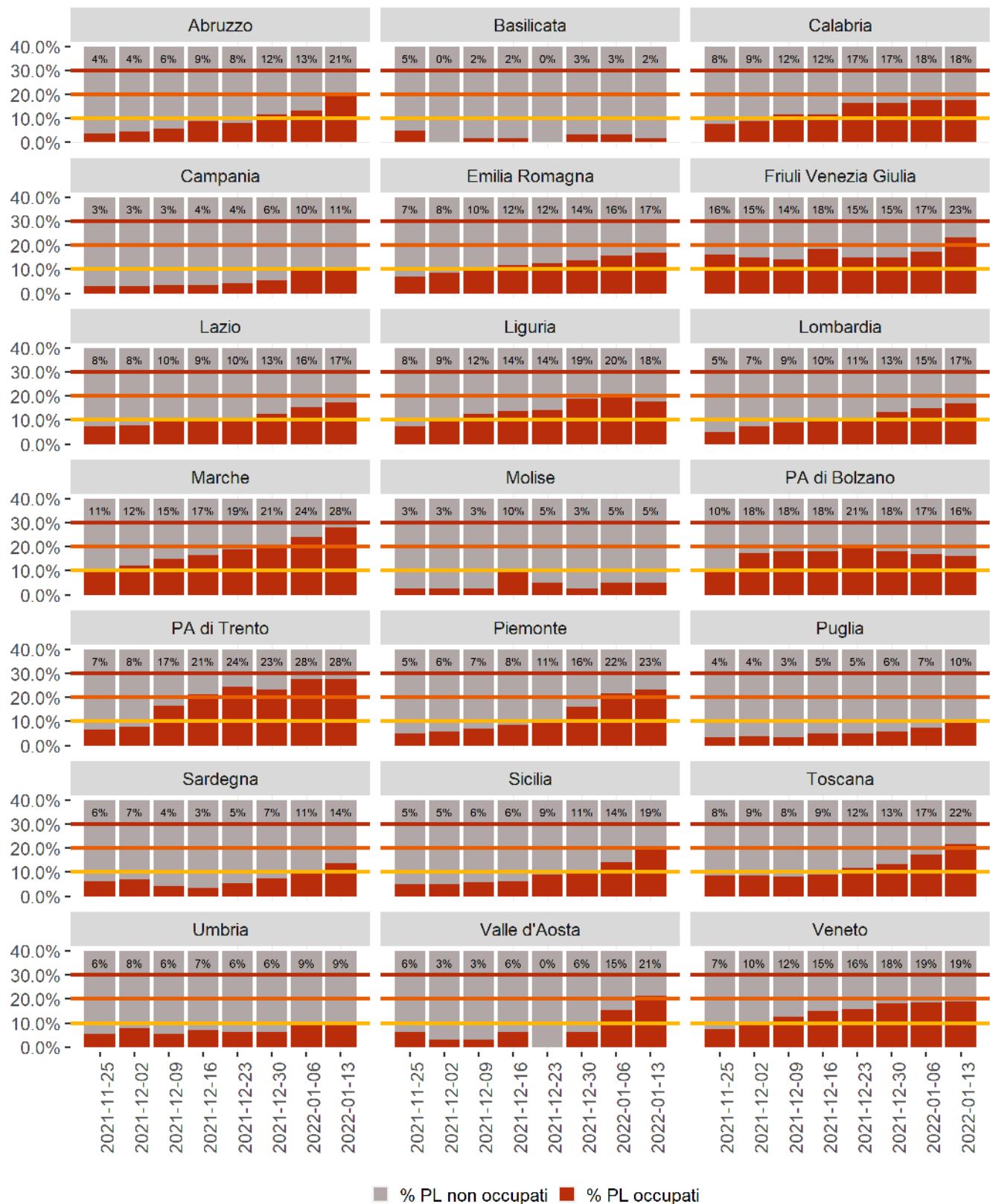
Indicatori decisionali --- Tasso occupazione Terapia Intensiva --- Dal 25/11/2021
Posti letto (PL) in terapia intensiva (codice 49) occupati da pazienti con COVID-19 per giorno



Denominatore: PL attivi e attivabili

Nota: Il grafico presenta il dato di occupazione come riportato al sistema informativo coordinato dal Ministero della Salute DG-PROG

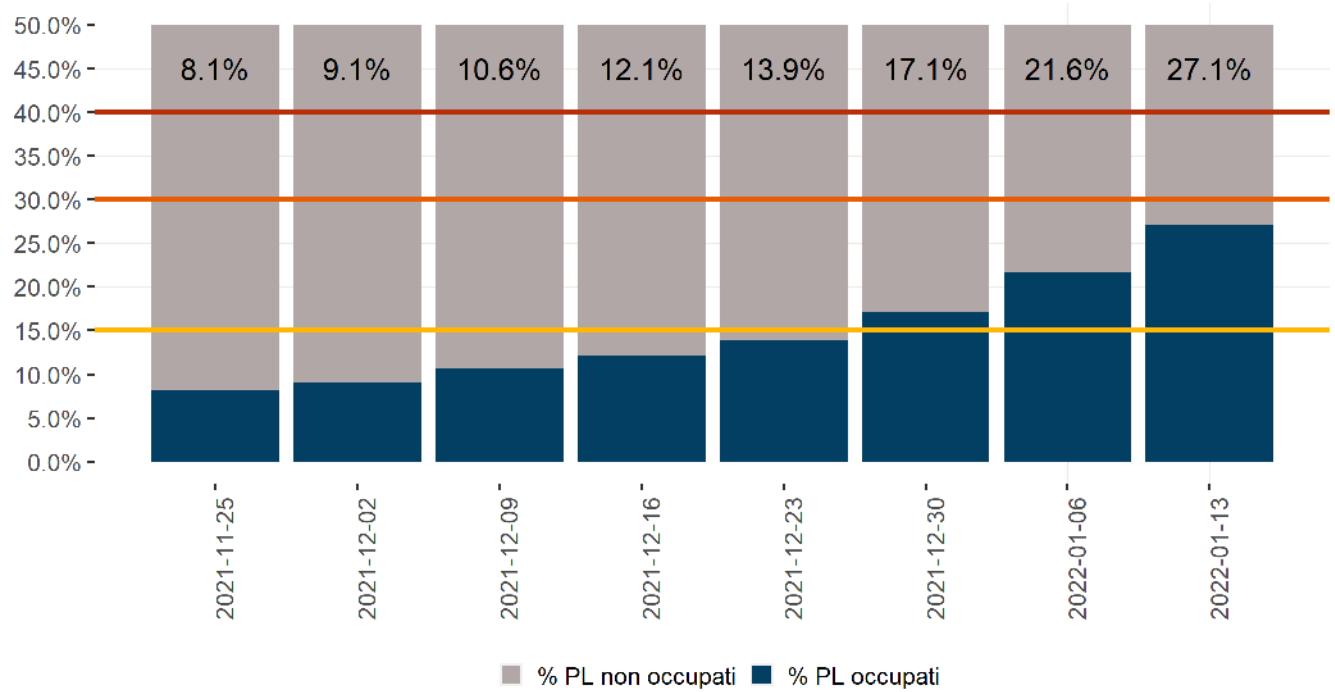
Posti letto (PL) in terapia intensiva occupati da pazienti con COVID-19 per giorno, per Regione/PA



Denominatore: PL attivi e attivabili

Nota: Il grafico presenta il dato di occupazione come riportato al sistema informativo coordinato dal Ministero della Salute DG-PROG

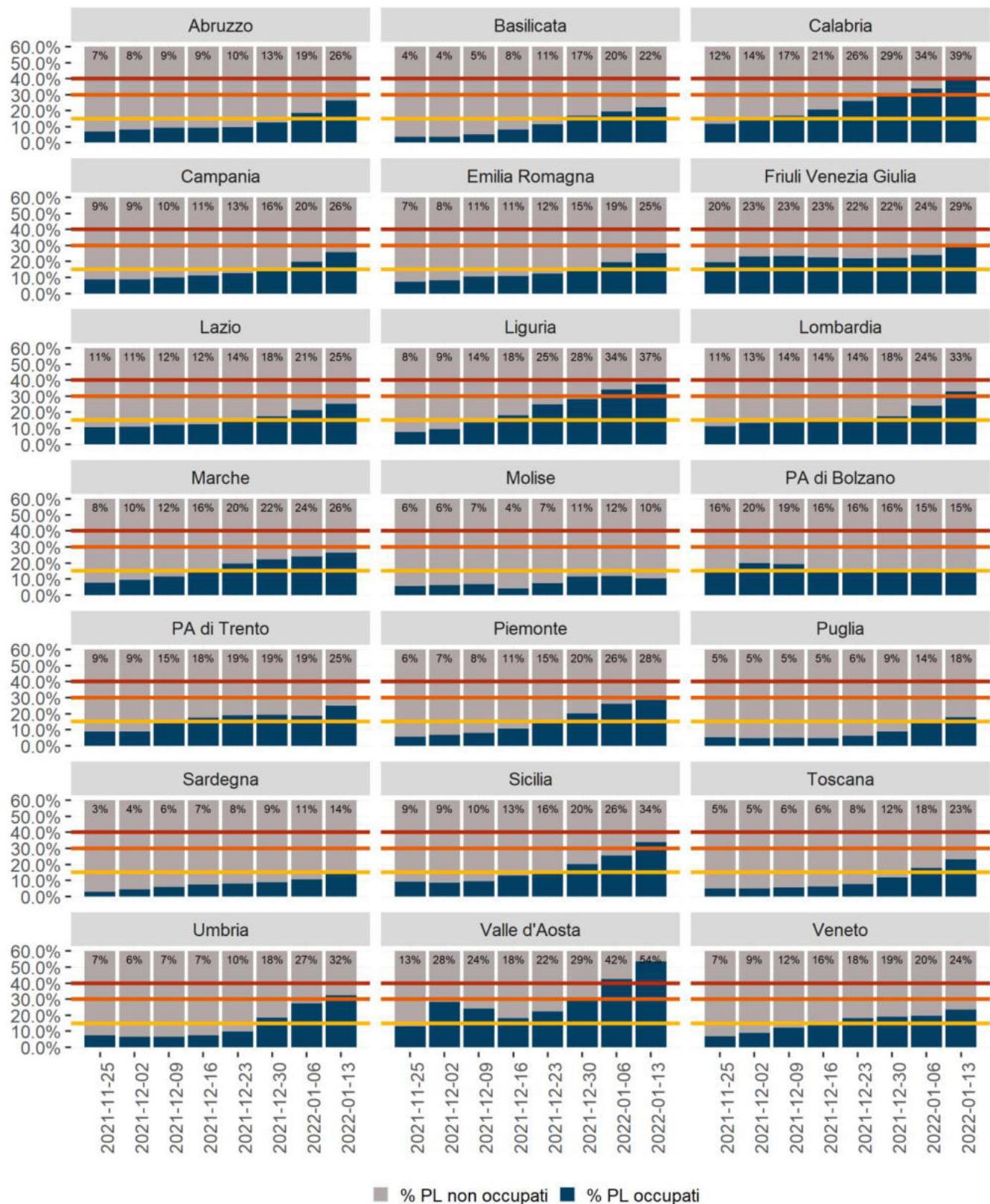
**Indicatori decisionali --- Tasso occupazione Area Medica --- Dal 25/11/2021
Posti letto (PL) in area medica occupati da pazienti con COVID-19 per giorno**



Denominatore: PL attivi e attivabili

Nota: Il grafico presenta il dato di occupazione come riportato al sistema informativo coordinato dal Ministero della Salute DG-PROG

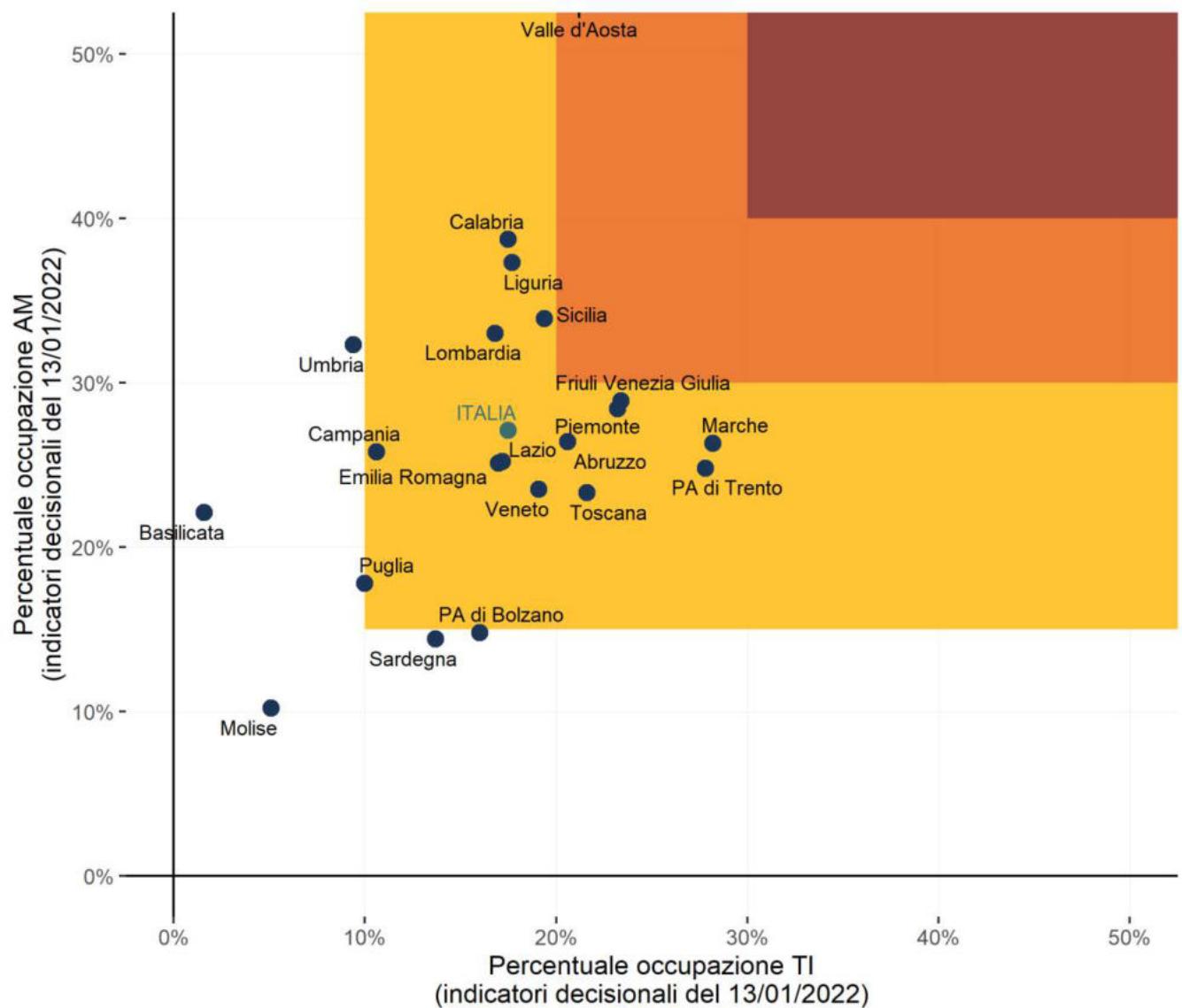
Posti letto (PL) in area medica occupati da pazienti con COVID-19 per giorno, per Regione/PA



Denominatore: PL attivi e attivabili

Nota: Il grafico presenta il dato di occupazione come riportato al sistema informativo coordinato dal Ministero della Salute DG-PROG

Scatter-plot occupazione area medica e occupazione terapia intensiva per regione

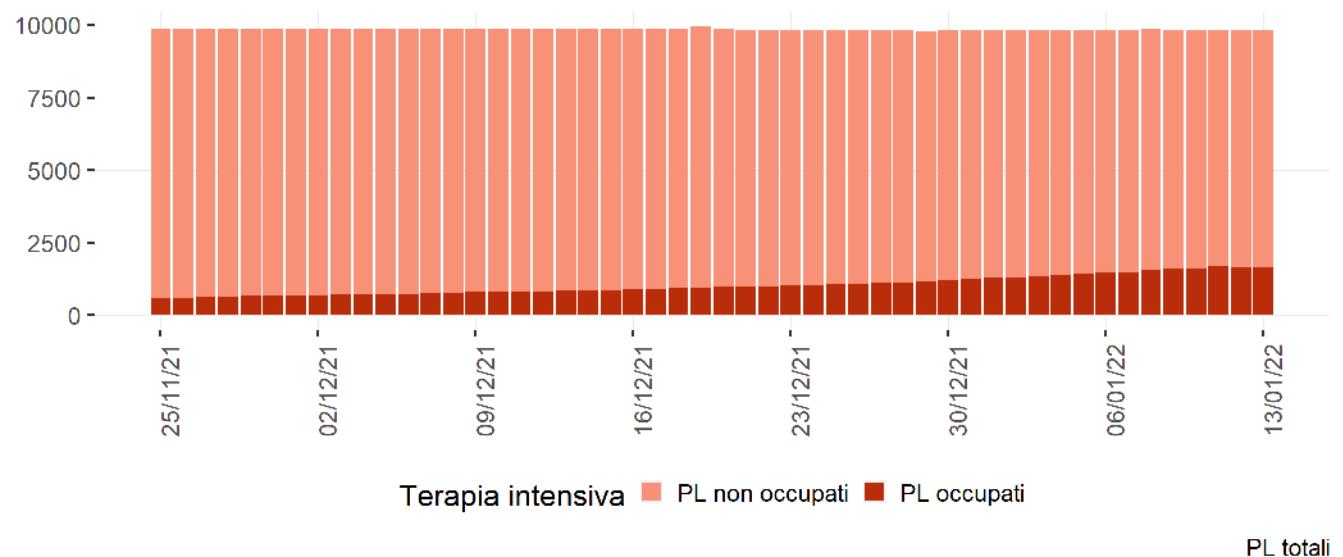


Nota: Il grafico presenta il dato di occupazione come riportato al sistema informativo coordinato dal Ministero della Salute DG-PROG

Tabella occupazione area medica e terapia intensiva: dati del 13/01/2022 (fonte Ministero della Salute) --- Posti letto attivi e attivabili

Regione	Ricoverati in Terapia Intensiva	Totale posti letto in Terapia Intensiva	Percentuale posti letto in Terapia Intensiva occupati	Ricoverati in Area Medica	Totale posti letto in Area Medica	Percentuale posti letto in Area Medica occupati
Abruzzo	37	195	19%	349	1,324	26.4%
Basilicata	1	93	1.1%	79	357	22.1%
Calabria	33	197	16.8%	399	1,030	38.7%
Campania	79	720	11%	1154	4,525	25.5%
Emilia-Romagna	151	889	17%	2258	9,001	25.1%
Friuli-Venezia Giulia	41	175	23.4%	369	1,277	28.9%
Lazio	204	1,186	17.2%	1620	6,421	25.2%
Liguria	40	232	17.2%	676	1,814	37.3%
Lombardia	257	1,530	16.8%	3452	10,457	33%
Marche	59	305	19.3%	266	1,010	26.3%
Molise	2	65	3.1%	18	176	10.2%
PA Bolzano/Bolzen	16	120	13.3%	74	500	14.8%
PA Trento	25	90	27.8%	128	517	24.8%
Piemonte	146	727	20.1%	1930	6,794	28.4%
Puglia	53	493	10.8%	495	2,788	17.8%
Sardegna	28	220	12.7%	231	1,602	14.4%
Sicilia	163	835	19.5%	1300	3,833	33.9%
Toscana	123	582	21.1%	1173	5,033	23.3%
Umbria	12	127	9.4%	214	662	32.3%
V.d'Aosta/V.Aosta	7	33	21.2%	53	99	53.5%
Veneto	191	1,000	19.1%	1410	6,000	23.5%
Italia	1668	9,814	17%	17648	65,220	27.1%

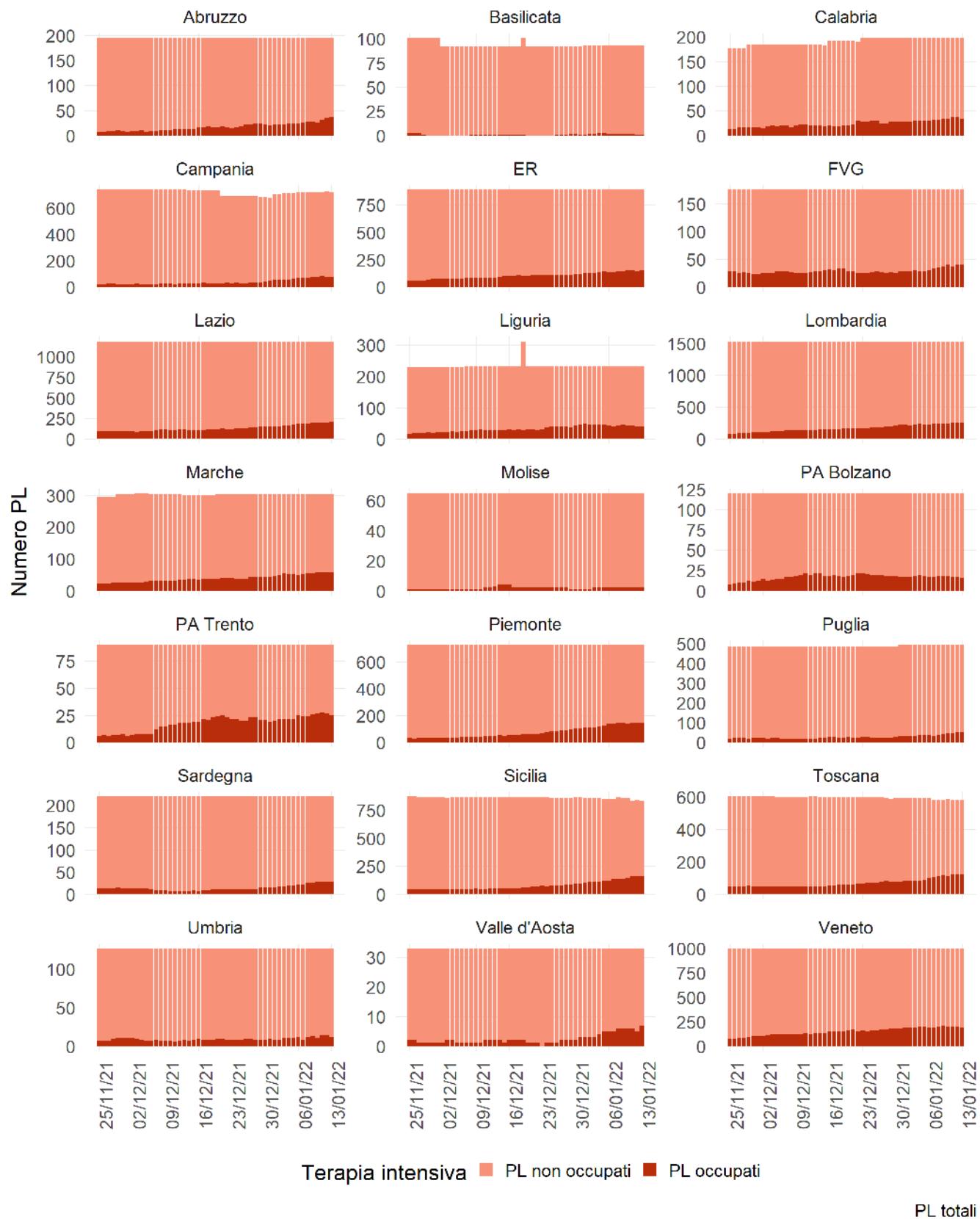
Numero di posti letto (PL) in terapia intensiva (codice 49) occupati da pazienti con COVID-19 per giorno --- Dal 25/11/2021



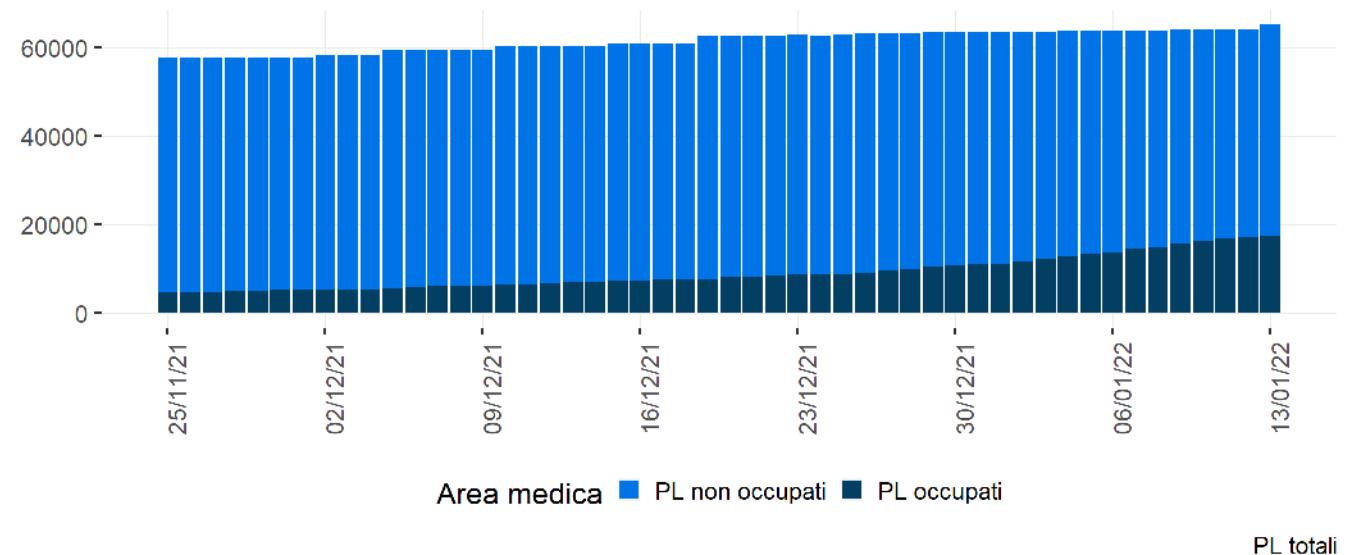
Nota: Il grafico presenta il dato di occupazione come riportato al sistema informativo coordinato dal Ministero della Salute DG-PROG

PL totali

Numero di posti letto (PL) in terapia intensiva (codice 49) occupati da pazienti con COVID-19 per giorno, per Regione/PA --- Dal 25/11/2021

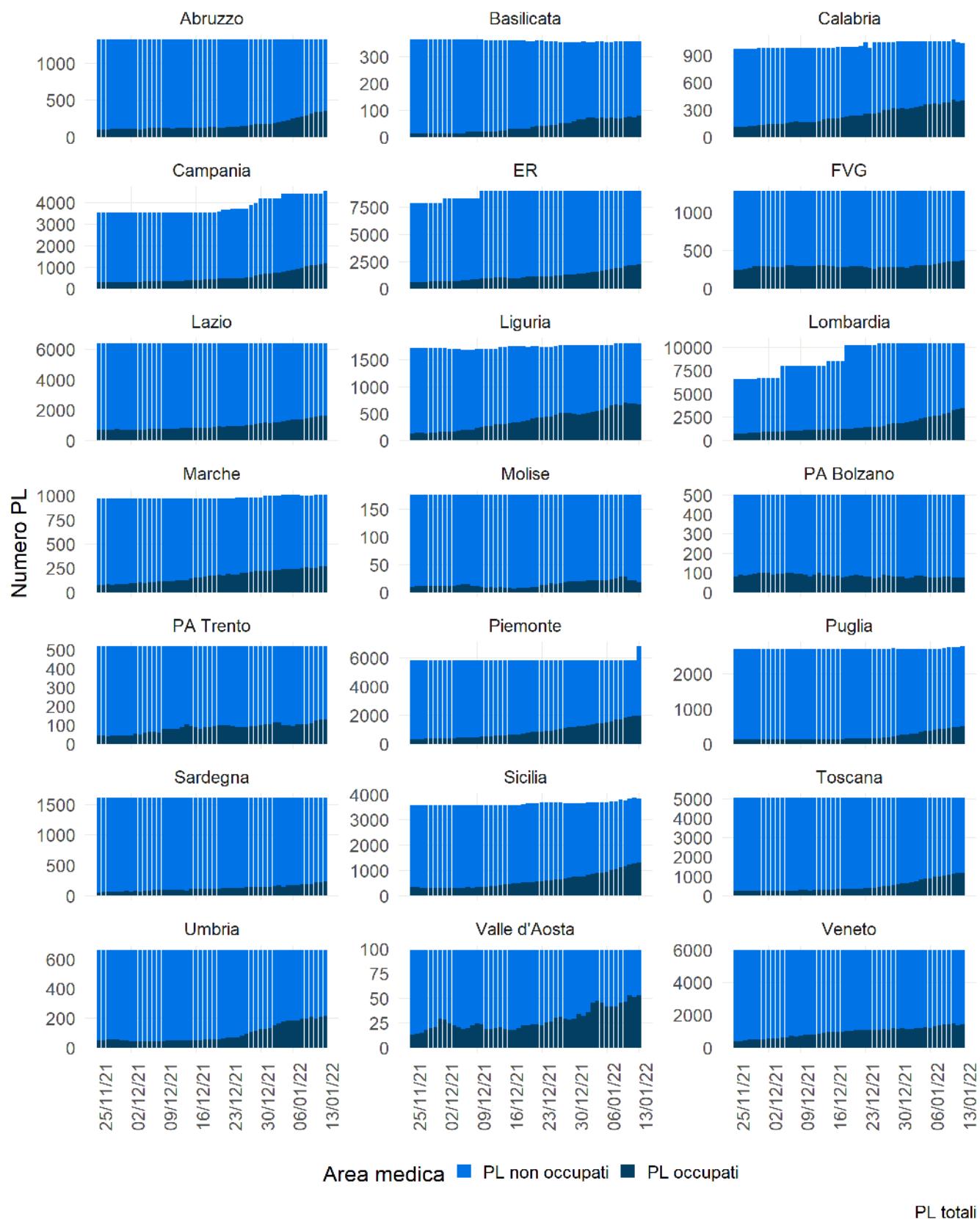


**Numero di posti letto (PL) in area medica occupati da pazienti con COVID-19 per giorno -
-- Dal 25/11/2021**

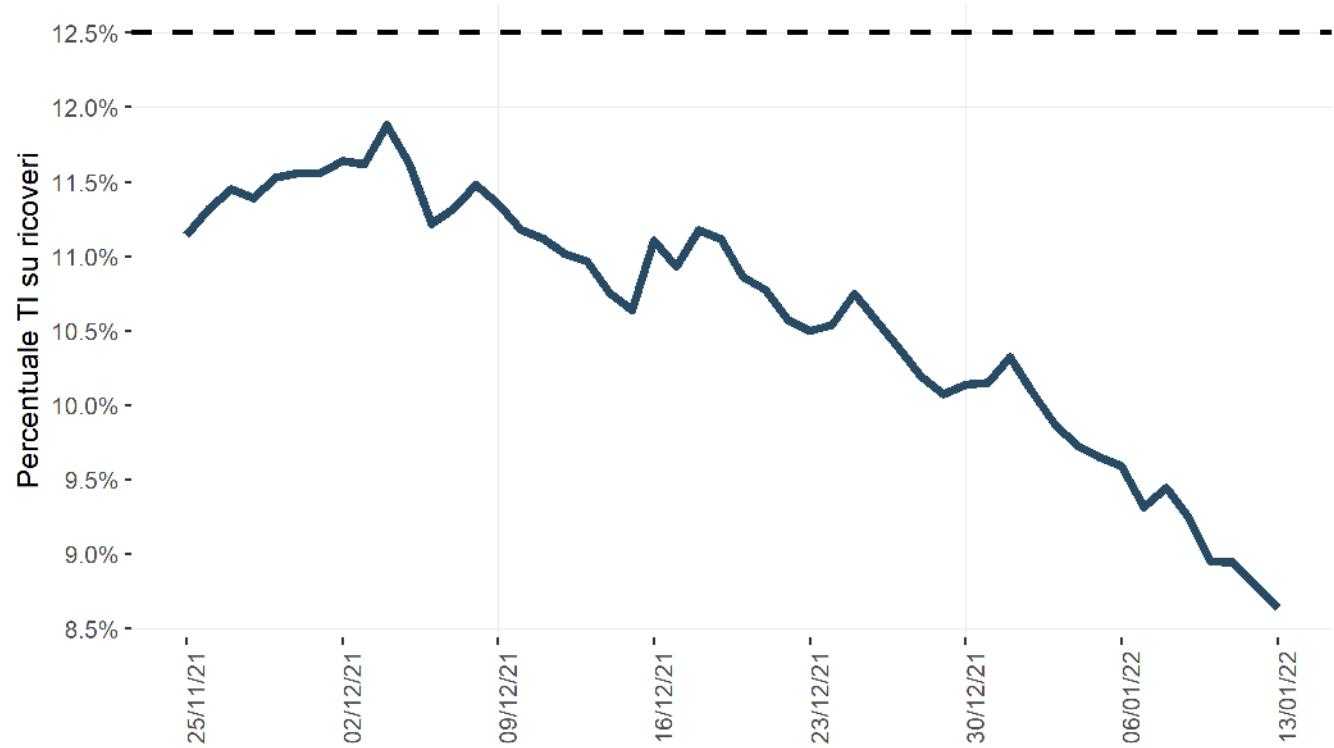


Nota: Il grafico presenta il dato di occupazione come riportato al sistema informativo coordinato dal Ministero della Salute DG-PROG

Numero di posti letto (PL) in area medica occupati da pazienti con COVID-19 per giorno, per Regione/PA --- Dal 25/11/2021



Percentuale posti letto occupati in Terapia Intensiva da pazienti COVID-19 su posti letto totali occupati da pazienti COVID-19 (area medica + terapia intensive) per giorno --- Dal 25/11/2021





Ministero della Salute
Ufficio di Gabinetto

Ministero della Salute

GAB

0000430-P-12/01/2022

I . Z . b . a / 2020/21



484999255

Al Prof. Franco Locatelli
Coordinatore Comitato tecnico scientifico
Dipartimento della protezione civile

e, p.c.

Al Pres. Roberto Chieppa
Segretario generale della Presidenza del
Consiglio dei ministri

Al Dott. Fabrizio Curcio
Capo del Dipartimento della protezione
civile

OGGETTO: Indicazioni per garantire il corretto svolgimento delle competizioni sportive.

Si trasmette, in allegato, il documento pervenuto in data odierna dal Dipartimento dello sport e già condiviso in sede di conferenza Stato-Regioni, concernente ***Indicazioni per garantire il corretto svolgimento delle competizioni sportive.***

Al riguardo, d'intesa con il Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei ministri, si sottopone la proposta alle valutazioni di codesto Comitato, affinché esprima il proprio parere tecnico-scientifico, con particolare riferimento alla congruità delle misure e degli strumenti diagnostici previsti con l'attuale andamento della situazione epidemiologica.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

D'ordine del CAPO DI GABINETTO



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER LO SPORT
IL CAPO DEL DIPARTIMENTO



Ministero della Salute

GAB

0000429-A-12/01/2022

I.z.b.a/2020/21

484999162

Al Segretario Generale
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Presidente Roberto Chieppa

Capo di Gabinetto
Ministero della Salute
Cons. Tiziana Coccoluto

per interoperabilità

e, p.c. Al Coordinatore
Comitato Tecnico-Scientifico
Prof. Franco Locatelli

OGGETTO: Indicazioni per garantire il corretto svolgimento delle competizioni sportive.

Gentilissimi,

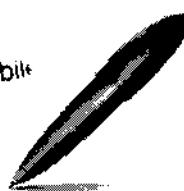
sottopongo alla Vostra attenzione il documento condiviso in sede di conferenza Stato-Regioni e contenente le indicazioni per la riduzione del rischio di esposizione a SARS-CoV-2 dei partecipanti alle competizioni sportive, al fine di garantire il corretto svolgimento delle competizioni stesse.

Le misure, a carattere temporaneo, trovano applicazione, in prima battuta, alle competizioni professionalistiche e ai massimi campionati dilettantistici, salvo previsioni più restrittive decise dagli Organismi sportivi competenti.

Il documento, frutto di un lavoro di ascolto e coordinamento con i diversi portatori di interesse, mira a proporre regole sicure e condivise da tutte le amministrazioni, centrali e territoriali, per assicurare parità di trattamento e dare certezza al prosieguo delle attività sportive, e si chiede che venga trasmesso al Comitato Tecnico Scientifico per le valutazioni di competenza.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento, colgo l'occasione per inviarVi i miei più cordiali saluti.

Visto del funzionario responsabile



Michele Sciscioli
Firmato digitalmente da
SCISCIOLO MICHELE
C=IT
O=PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

CONSIDERAZIONI

- Le attività sportive sono da considerare alla stregua delle altre attività produttive. Questi aspetti vengono spesso sottovalutati e comportano conseguenze – economiche e gestionali – ben più gravi della mera sospensione dell’attività sportiva.
- Il sistema sportivo, peraltro, va ben al di là dell’”auto-sorveglianza” cui tutti i cittadini devono oggi attenersi. I gruppi squadra sono costantemente monitorati dal medico sociale aderente alla Federazione Medici Sportivi Italiani (come da Protocolli Federali) e svolgono ogni attività sotto il suo controllo. Siamo, pertanto, di fronte ad un regime ben più controllato, che può qualificarsi come “sorveglianza vigilata” (dal medico sociale).
- È pertanto necessario trovare delle regole sicure e condivise da tutte le amministrazioni, centrali e territoriali, per assicurare parità di trattamento e dare certezza al prosieguo delle attività sportive.

LE PROCEDURE ATTUALI

In caso di positivi all’interno del Gruppo Squadra (che si intende costituito, coerentemente con le definizioni di cui al Piano Medico Operativo COVID-19 redatto dall’UEFA per Euro 2020, dagli atleti che partecipano alla gara, insieme al personale tecnico e operativo come allenatori, assistenti, fisioterapisti, medici che fanno ingresso nell’impianto sportivo e sono a contatto con l’attività sportiva) sono al momento in vigore due procedure applicabili dalle ASL/ATS:

- a) **la quarantena dell’intero Gruppo Squadra**, e cioè lo strumento introdotto dalla circolare n. 21463 del 18 giugno 2020 del Ministero della Salute, che rende non necessaria la quarantena domiciliare dell’intero Gruppo Squadra in caso di accertamento di positività all’interno dello stesso, prevedendo espressamente che i componenti del Gruppo Squadra risultati negativi al test molecolare nelle quattro ore antecedenti alla gara possano accedere all’impianto sportivo e, disputata la gara, riprendano il periodo di quarantena fino al termine previsto;
- b) **la cosiddetta “auto-sorveglianza”**, cioè il regime previsto dal decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 229 e, soprattutto dalla circolare n. 60136 del 30 dicembre 2021 del Ministero della Salute, che prevede:
 - (i) per i soggetti che, nei 120 giorni dal completamento del ciclo vaccinale primario o dalla guarigione o successivamente alla somministrazione del Booster, il **regime dell’auto-sorveglianza**, consistente nell’obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 fino al decimo giorno successivo alla data dell’ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al COVID-19, ed effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell’antigene Sars-Cov-2 alla prima comparsa dei sintomi (e, se ancora asintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell’ultimo contatto);
 - (ii) per i soggetti che, invece, abbiano completato il ciclo vaccinale primario da oltre 120 giorni, un obbligo di quarantena di 5 giorni con tampone antigenico o molecolare finale dall’esito negativo.

PROPOSTE

Obiettivo generale: ridurre il rischio di esposizione a SARS-CoV-2 dei partecipanti, a vario titolo, alle competizioni sportive, anche al fine di garantire il corretto svolgimento delle competizioni stesse.

Sono necessarie misure temporanee specifiche, da adattare comunque in considerazione dello scenario epidemiologico, che prevedano (come in altri setting specifici, es. Sanità, Scuola) una gradazione delle misure cui sottoporre i componenti del Gruppo Squadra in presenza di una o più positività e che devono rappresentare le indicazioni ministeriali a cui fare specifico riferimento.

È necessario, pertanto:

1. alla luce dello scenario epidemiologico attuale, prevedere per la sorveglianza l'utilizzo di tamponi antigenici/molecolari, nel rispetto dei criteri definiti dal Ministero della Salute;
2. in presenza di un **caso positivo** all'interno del Gruppo Squadra:
 - i soggetti positivi vengono messi in isolamento, monitorati e controllati nei termini e con le modalità previste dalla normativa vigente;
 - contatti ad alto rischio (soggetti del Gruppo Squadra esposti all'interno del Gruppo): test antigenico ogni giorno per almeno 5 giorni e obbligo di indossare la mascherina FFP2 in tutti i contesti in cui non viene effettuata attività sportiva. Il protocollo si applica indipendentemente dallo stato vaccinale. Va comunque effettuato un test antigenico con esito negativo 4 ore prima della gara;
 - contatti a basso rischio (soggetti che entrano in contatto con il Gruppo Squadra anche in maniera non continuativa): si applicano le misure previste dalle indicazioni ministeriali, anche in relazione allo stato vaccinale. È raccomandato l'utilizzo della mascherina FFP2 in ambito lavorativo.
3. prevedere che con il raggiungimento di un numero di positivi superiore al 35% dei componenti del Gruppo Atleti venga bloccato l'intero Gruppo Squadra.



Egregio
Professore
Franco Locatelli
Presidente CTS

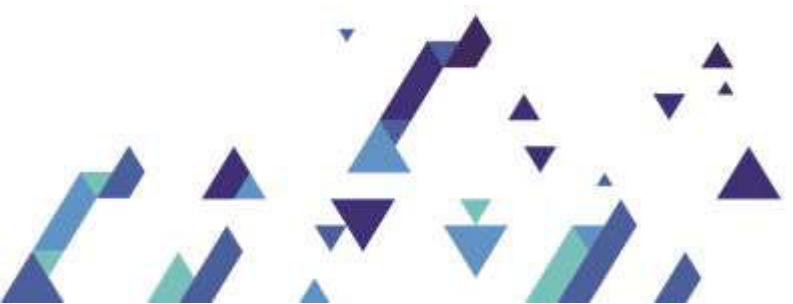
Milano
13 Gennaio 2022

Oggetto: Documento riassuntivo delle posizioni assunte dal Consiglio di Lega informale tenutosi il 13 gennaio 2022.

Con riferimento al documento "Tavolo Tecnico Regioni-Salute" ci permettiamo di proporLe le seguenti integrazioni:

- La sorveglianza sui soggetti del Gruppo Squadra è affidata al Medico Responsabile;
- Nel Punto 2 - in caso di presenza di un soggetto positivo occorrerebbe discriminare i contatti ad *alto rischio* da quelli a *basso rischio* in funzione del completamento o meno del processo vaccinale. I soggetti con tre dosi di vaccino e/o guariti o che abbiano ricevuto la seconda dose da meno di 120 giorni sono da considerarsi soggetti a *basso rischio*. Coloro che abbiano ricevuto la seconda dose da oltre 120 giorni o non abbiano ricevuto la seconda dose sono da considerarsi soggetti ad *alto rischio*;
- Nel Punto 2 - per i soggetti a *basso rischio* non si può utilizzare la mascherina in ambito lavorativo;
- Nel Punto 2 - i soggetti ad *alto rischio* dovranno sottoporsi a tampone con cadenza ogni 48h nel periodo di sorveglianza attiva;
- Nel Punto 3 - il Gruppo Atleti si compone di 30 Atleti, di cui la Lega provvederà a disciplinare i criteri di individuazione quanto prima;

L'Amministratore Delegato
Luigi De Siervo



TIM

FRECCIAROSSA

PANINI



crypto.com





Ministero della Salute

Ufficio di Gabinetto

Lungotevere Ripa, 1 - 00153 Roma

Ministero della Salute

GAB

0000369-P-12/01/2022

I.2.b.a/2020/21



464904958

Al Prof. Franco Locatelli

Coordinatore Comitato tecnico-scientifico
Dipartimento della Protezione civile

E.p.c.

Al Pres. Roberto Chieppa

Segretario Generale della

Presidenza del Consiglio dei Ministri

All'Ing. Fabrizio Curcio

Capo Dipartimento della Protezione civile

OGGETTO: Aggiornamento della Circolare della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute prot. n. 1269 del 13/01/2021 recante “Idoneità all’attività sportiva agonistica in atleti non professionisti Covid-19 positivi guariti e in atleti con sintomi suggestivi per Covid-19 in assenza di diagnosi da SARS-CoV-2”.

Si trasmette in allegato, per le valutazioni di competenza, lo schema di circolare che, alla luce della situazione epidemiologica dell’infezione da SARS-CoV-2 e di correlate evidenze scientifiche, aggiorna la circolare in oggetto, in materia di **idoneità all’attività sportiva agonistica in atleti non professionisti Covid-19 positivi guariti e in atleti con sintomi suggestivi per Covid-19 in assenza di diagnosi da SARS-CoV-2**.

L’occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

IL CAPO DI GABINETTO
Tiziana Coccoluto



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Ufficio 8 - Promozione della salute e prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative

A

Ufficio di Gabinetto
Sede

Protezione Civile
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.governo.it

Ministero Economia e Finanze
mef@pec.mef.gov.it

Ministero Sviluppo Economico
gabinetto@pec.mise.gov.it

Ministero Infrastrutture e
Trasporti
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

Ministero Del Lavoro e Politiche Sociali
segreteriaministro@pec.lavoro.gov.it

Ministero dei Beni e Delle Attività Culturali e del
Turismo
mbac-udcm@mailcert.beniculturali.it

Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione
Internazionale
gabinetto.ministro@cert.esteri.it

Ministero della Difesa Ispettorato Generale della Sanità
Militare
stamadifesa@postacert.difesa.it

Ministero dell'Istruzione
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero dell'Università e della Ricerca
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero dell'Interno
gabinetto.ministro@pec.interno.it

Ministero della Giustizia
capo.gabinetto@giustiziacerit.it
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento

Ministero Della Giustizia
prot.dgdt.dap@giustiziacerit.it
gabinetto.ministro@giustiziacerit.it

Ministero dello Sviluppo Economico
gabinetto@pec.mise.gov.it

Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e
Forestali
ministro@pec.politicheagricole.gov.it

Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e
del Mare
segreteria.ministro@pec.minambiente.it

Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli
Affari Regionali e le Autonomie
affariregionali@pec.governo.it

Assessorati alla Sanità Regioni Statuto Ordinario e
Speciale
LORO SEDI

Assessorati alla Sanità Province Autonome Trento e
Bolzano
LORO SEDI

Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
anci@pec.anci.it

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. Uffici di Sanità Marittima,
Aerea e di Frontiera
LORO SEDI

Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
Conferenza Episcopale Italiana
salute@chiesacattolica.it

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della
Salute mi.angelelli@chiesacattolica.it

Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
segreteria@pec.fnomceo.it

FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
federazione@cert.fnopi.it

FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
presidenza@pec.fnopo.it

FOFI Federazione Ordini Farmacisti Italiani
posta@pec.fofi.it

Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico DGDMF
SEDE

Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione federazione@pec.tsrn.org

Azienda Ospedaliera - Polo Universitario Ospedale Luigi Sacco
protocollo.generale@pec.asst-fbs-sacco.it

Comando Carabinieri Tutela della Salute – NAS
srm20400@pec.carabinieri.it

Istituto Superiore di Sanità
protocollo.centrale@pec.iss.it

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive – IRCCS “Lazzaro Spallanzani”
direzionegenerale@pec.inmi.it

Centro Internazionale Radio Medico (CIRM)
fondazionecirm@pec.it

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP)
inmp@pec.inmp.it

Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM)
fism.pec@legalmail.it

Federazione Medico Sportiva Italiana
segreteria@cert.fmsi.it

Confartigianato
presidenza@confartigianato.it

CONFCOMMERCIO
confcommercio@confcommercio.it

CONI Comitato Olimpico Nazionale Italiano
ufficiolegale@cert.coni.it

CIP Comitato Italiano Paralimpico
protocollo@pec.comitatoparalimpico.it

Ente Nazionale per l’Aviazione Civile - ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

TRENITALIA
ufficiogruppi@trenitalia.it

ITALO - Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA
italo@pec.ntvspa.it

Direzione Generale Programmazione Sanitaria
DGPROGS
SEDE

SIMIT – Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
segreteria@simit.org

Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (Simspe-onlus)
Via Santa Maria della Grotticella 65/B
01100 Viterbo

Ordine Nazionale dei Biologi
protocollo@peconb.it

ANTEV Associazione Nazionale Tecnici Verificatori - PRESIDENTE presidente@antev.net

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
siaarti@pec.it

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AGENAS
agenas@pec.agenas.it

Federazione Nazionale degli Ordini dei CHIMICI e dei FISICI
segreteria@pec.chimici.it

Dipartimento per le Politiche della Famiglia ROMA
segredipfamiglia@pec.governo.it

Dipartimento per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri
ufficiosport@pec.governo.it

Regione Veneto – Assessorato alla sanità
Direzione Regionale Prevenzione
Coordinamento Interregionale della Prevenzione
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

OGGETTO: Aggiornamento della Circolare della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute prot. n. 1269 del 13/01/2021 recante “Idoneità all’attività sportiva agonistica in atleti non professionisti Covid-19 positivi guariti e in atleti con sintomi suggestivi per Covid-19 in assenza di diagnosi da SARS-CoV-2”.

Considerata l’evoluzione delle conoscenze e delle evidenze epidemiologiche relative all’infezione da Sars-CoV-2, sono aggiornate le raccomandazioni di cui alla Circolare 13 gennaio 2021 con l’obiettivo di garantire, anche attraverso le visite mediche finalizzate alla certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica, la tutela sanitaria delle attività sportive, quale elemento di tutela e promozione della salute pubblica.

L’aggiornamento delle raccomandazioni è stato predisposto sulla base del documento tecnico elaborato e proposto dalla Federazione Medico Sportiva Italiana, condiviso dalla scrivente Direzione con il gruppo di lavoro “Tutela della salute nelle attività sportive” costituito nell’ambito del Tavolo di lavoro per la promozione dell’attività fisica e la tutela della salute nelle attività sportive istituito con D.M. 25 luglio 2019 e successiva integrazione dell’11 agosto 2020.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni Rezza

Il Direttore dell’Ufficio
dott.ssa D. Galcone- Direttore Uff. 8

Referenti/Responsabili del procedimento:
dott.ssa M.T. Menzano -Dirigente medico Uff. 8

AGGIORNAMENTO RACCOMANDAZIONI PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA IN ATLETI NON PROFESSIONISTI COVID-19 POSITIVI GUARITI E IN ATLETI CON SINTOMI SUGGESTIVI PER COVID-19 IN ASSENZA DI DIAGNOSI DA SARS-COV-2

Le presenti raccomandazioni tengono conto delle vigenti disposizioni e misure per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SAESCoV-2, delle normative e delle linee-guida e raccomandazioni applicabili in materia di idoneità all'attività sportiva agonistica in atleti che abbiano contratto infezione da SARS-CoV-2, nonché dell'evoluzione del quadro epidemiologico e clinico dell'infezione stessa e della letteratura scientifica nazionale e internazionale inerente alla problematica.

Premesso che:

- 1) vi sono evidenze in letteratura che mostrano come le complicanze cardiache (in particolare, la mio-pericardite) siano rare nei giovani atleti e si risolvano in genere favorevolmente in tempi relativamente brevi, anche in considerazione del fatto che gli atleti sono soggetti sani, essendo stati sottoposti periodicamente a screening per idoneità agonistica ai sensi della legislazione italiana;
- 2) l'esperienza clinica attuale rileva un numero assai minore che in precedenza di quadri da infezione SARS-CoV-2 da moderati a severi e critici, in particolare nei giovani e giovanissimi atleti;
- 3) molteplici studi epidemiologici hanno evidenziato come la grande maggioranza degli atleti giovani e giovanissimi, specie quelli risultati positivi all'infezione nell'ambito di uno screening scolastico o sportivo, sviluppi un quadro clinico paucisintomatico o del tutto asintomatico.
- 4) come sottolineato dalla Circolare della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute prot. n. 60136 del 30/12/2021, recante "Aggiornamento sulle misure di quarantena e isolamento in seguito alla diffusione a livello globale della nuova variante VOC SARS-CoV-2 Omicron", "I primi dati sull'efficacia dei vaccini nei confronti della variante Omicron suggeriscono che la stessa sarebbe in grado di ridurre l'efficacia dei vaccini nei confronti dell'infezione, della trasmissione e della malattia sintomatica, soprattutto in chi ha completato il ciclo di due dosi da più di 120 giorni. La terza dose riporterebbe, tuttavia, l'efficacia dei vaccini a livelli comparabili a quelli contro la variante Delta conferendo una buona protezione nei confronti della malattia grave. Per tali ragioni è opportuno promuovere la somministrazione della terza dose di richiamo ("booster")".

Ciò premesso, si ribadisce, come riportato nella Circolare della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute prot. n. 1269 del 13 gennaio 2021, che nella valutazione degli atleti guariti dalla malattia è indispensabile identificare le possibili conseguenze della stessa sui vari organi ed apparati, soprattutto cardiovascolare e respiratorio, tenendo in considerazione anche gli effetti del decondizionamento conseguente alla malattia.

Il medico valutatore, ai fini del primo rilascio o del rinnovo dell'idoneità sportiva, ovvero nei casi di infezione da SARS-CoV-2 sopraggiunta in corso di validità della certificazione alla pratica dell'attività sportiva agonistica, ai fini della ripresa dell'attività sportiva, dovrà differenziare gli atleti in:

A. Atleti Covid-19+ (positivi) accertati e con guarigione accertata, secondo la normativa vigente.

A giudizio del medico valutatore, gli atleti saranno suddivisi a loro volta, secondo la classificazione del National Institutes of Health e riportata anche nella Circolare del Ministero della Salute del 30/11/2020 recante "*Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2*" (Tabella 1), in:

A.1 Atleti che abbiano presentato "Infezione asintomatica o paucisintomatica (presintomatica in Tabella 1)" o "Malattia lieve" e che comunque non siano ricorsi a ricovero ospedaliero e/o terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche a causa di infezione da SARS-CoV-2;

A.2 Atleti che abbiano presentato "Malattia moderata" o che comunque siano ricorsi a ricovero ospedaliero e/o terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche a causa di infezione da SARS-CoV-2;

A.3 Atleti che abbiano presentato "Malattia severa" o "Malattia critica".

Tabella 1: stadi clinici della malattia COVID-19 in base alla classificazione NIH:

B. Atleti Covid-19- (negativi) e atleti asintomatici (non testati) nel periodo della pandemia.

Tuttavia, ad aggiornamento e integrazione di quanto previsto dalla citata Circolare del 13 gennaio 2021, si raccomanda che per gli atleti del gruppo A1, la valutazione sia effettuata tenendo conto dell'età (atleti sotto i

40'anni oppure sopra i 40 anni compiuti), della presenza o meno di patologie individuate come fattori di rischio cardiovascolare (ad esempio diabete, ipertensione, ipercolesterolemia), dello *status* vaccinale.

Pertanto per gli atleti sotto i 40 anni e con anamnesi negativa per patologie individuate come fattori di rischio cardiovascolare, oltre alla visita medica, si raccomanda un approfondimento con i seguenti esami diagnostici:

1. ECG basale;
2. Test da sforzo con monitoraggio elettrocardiografico continuo (anche con step-test) sino al raggiungimento almeno dell'85% della FC max.

Per gli atleti sopra i 40 anni e/o per gli atleti con anamnesi positiva per patologie individuate come fattori di rischio cardiovascolare, oltre alla visita medica, si raccomanda un approfondimento diagnostico con test ergometrico incrementale massimale con monitoraggio elettrocardiografico.

I summenzionati approfondimenti diagnostici vanno eseguiti:

- non prima che siano trascorsi 7 giorni dall'avvenuta guarigione da SARS-CoV-2 accertata secondo la normativa vigente per gli atleti sotto i 40 anni, con anamnesi negativa per patologie individuate come fattori di rischio cardiovascolare e che abbiano ricevuto la dose *booster*, ovvero abbiano completato il ciclo vaccinale primario nei 120 giorni precedenti, ovvero siano guariti da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti; *oppure*
- non prima che siano trascorsi 14 giorni per gli atleti sopra i 40 anni, per gli atleti con anamnesi positiva per patologie individuate come fattori di rischio cardiovascolare e per gli atleti che non abbiano ricevuto la dose *booster*, ovvero non abbiano completato il ciclo vaccinale primario nei 120 giorni precedenti, ovvero non siano guariti da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti.

Acquisita l'idoneità o l'attestazione di "Ritorno all'attività", l'atleta potrà riprendere gradualmente gli allenamenti e/o l'attività, sotto l'attento controllo del Medico sociale e/o del Responsabile sanitario della società sportiva.

Per gli **atleti professionisti e gli atleti d'interesse nazionale e internazionale appartenenti al gruppo A1**, si raccomanda di integrare la visita per la valutazione dell'idoneità con i seguenti approfondimenti diagnostici:

1. ECG basale;
2. Test ergometrico incrementale massimale con monitoraggio elettrocardiografico;
3. Ecocardiogramma Color Doppler.

I summenzionati esami possono essere eseguiti immediatamente a seguire l'avvenuta guarigione da SARS-CoV-2 accertata secondo la normativa vigente.

Qualora un atleta dilettante intenda, per motivi agonistici di livello nazionale o internazionale, ridurre il periodo intercorrente tra l'avvenuta guarigione e l'esecuzione degli esami, potrà adottare il protocollo valevole per i professionisti.

Nel **gruppo A2 e A3**, data l'assenza di una solida evidenza scientifica circa la prevalenza e la gravità di eventuali complicanze a carico dei vari organi e apparati, è necessario integrare gli esami previsti dalle normative per la certificazione alla pratica della specifica disciplina sportiva con gli approfondimenti diagnostici di seguito dettagliati, non prima comunque che siano trascorsi 30 giorni dall'avvenuta guarigione, si conferma quanto indicato nella Circolare n. 1269 del 13/01/2021.

Nel **gruppo A2**, oltre alla visita medica prevista dalla normativa vigente, si raccomandano i seguenti approfondimenti diagnostici:

1. Test ergometrico incrementale massimale con monitoraggio elettrocardiografico e valutazione della saturazione di O₂ a riposo, durante e dopo il test;
2. Ecocardiogramma Color Doppler;
3. ECG Holter 24hr inclusivo di una seduta di allenamento o di sforzo;
4. Esame spirometrico con determinazione di: capacità vitale forzata (FVC), volume espiratorio forzato al primo secondo (FEV-1), indice di Tiffenau, picco di flusso espiratorio e flussi a volumi intermedi e massima ventilazione volontaria (MVV); tali esami spirometrici dovranno essere effettuati anche per gli sport della Tabella A dell'All.1 del Decreto Ministeriale 18 febbraio 1982;
5. Esami ematochimici (Emocromo completo, ALT/AST, Gamma GT, Creatininemia, CPK isotipi cardiaci, LDH, PT/PTT, INR, Elettroforesi proteica, PCR, Ferritina, Esame urine completo).

Nel gruppo A3 (soggetti con malattia severa o critica, molto rari nella popolazione sportiva in generale e rarissimi in quella giovanile), oltre alla visita medica prevista dalla normativa vigente, sono necessari gli approfondimenti diagnostici previsti per il gruppo A2 integrati con il Cardiopulmonary Exercise Test (CPET). È facoltà del medico valutatore richiedere, per gli atleti appartenenti ai gruppi A2 e A3, un'ulteriore visita dello specialista di branca competente in base al coinvolgimento d'organo.

Qualora nel corso della visita medica e/o da quanto emerso dalla documentazione esaminata ne ravvisi la necessità, il medico valutatore può richiedere per gli atleti di ciascun gruppo (A1, A2 e A3) ulteriori accertamenti (a titolo esemplificativo: ECG dinamico Holter, diagnostica per immagini polmonare, esami ematochimici, valutazione cardiopolmonare integrata durante test ergometrico incrementale massimale, etc.). A tale scopo si rimanda agli specifici protocolli emanati dalla Federazione Medico Sportiva Italiana, unitamente alla SIC Sport e all'ANCE, all'ANMCO e alla SIC, quali, in particolare, i Protocolli Cardiologici per il Giudizio di Idoneità allo Sport Agonistico

(COCIS 2017, rev. 2018: <https://fmsi.it/it/archivio/archivionews/323-protocolli-di-cardiologia-per-il-giudizio-di-idoneità-allo-sport-agonistico-cocis.html>).

Una volta ultimato l'iter di esami, il medico valutatore, potrà eventualmente rilasciare:

1. il "certificato di idoneità alla pratica dello sport agonistico", in caso di primo rilascio/rinnovo periodico della visita medica,";
2. l'"attestazione di ritorno all'attività (Return to Play)" come da Allegato C (da conservare in copia nella scheda valutativa dell'atleta, unitamente alle risultanze della visita medica e degli accertamenti eseguiti), in caso di sopravvenuta infezione da SARS-CoV-2 con certificazione in corso di validità.

L'esecuzione della visita medica finalizzata al "Return To Play" dovrebbe preferibilmente essere effettuata dallo stesso medico valutatore che ha rilasciato la precedente idoneità alla pratica della attività sportiva agonistica e presso la stessa struttura di Medicina dello Sport presso la quale sia stata effettuata la visita medico sportiva finalizzata al rilascio del detto certificato, così da poter valutare la cartella clinica in senso longitudinale e confrontare gli approfondimenti diagnostici eseguiti.

Nel gruppo B gli Atleti dovranno effettuare gli accertamenti sanitari previsti dalla normativa ai fini dell'eventuale riconoscimento dell'idoneità, nonché ulteriori esami specialistici e strumentali richiesti dal medico valutatore su motivato sospetto clinico.

Si ritiene che per gli atleti che non siano risultati positivi e per gli atleti positivi guariti già sottoposti a "Return To Play" si debba procedere all'effettuazione della visita di idoneità nel rispetto della scadenza naturale della precedente certificazione, adottando il protocollo standard sport-specifico.

Per gli atleti positivi guariti già sottoposti a "Return To Play" che presentano una nuova positività da reinfezione, si ritiene che debbano essere considerati come nuovi positivi e, quindi, debbano effettuare nuova procedura di "Return To Play".

Si ricorda, infine, che tutti gli atleti al termine della visita dovranno sottoscrivere il documento denominato "Allegato A" (da conservare in copia nella scheda valutativa dell'atleta).

Qualora l'infezione da SARS-CoV-2 sopravvenga in corso di validità della certificazione di idoneità alla pratica dello sport agonistico, l'atleta è tenuto ad informare - oltre che il proprio Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta - il Medico

Sociale della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e, ad avvenuta guarigione, a trasmettere al medico specialista in Medicina dello Sport o alla Struttura di Medicina dello Sport certificatori dell'idoneità in corso il modulo allegato denominato "Allegato B" (da conservare in copia nella scheda valutativa dell'atleta), affinché possa essere valutata l'opportunità di procedere al rilascio dell'attestazione di "Ritorno all'attività".

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il _____

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, si impegna a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del soprallungarsi di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data e Luogo

L'interessato *

* *in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale*

I Genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale

(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____

il _____

Dichiarato/a **Idoneo/a** alla pratica sportiva agonistica per lo sport _____

in data _____ dal Dott. _____

DICHIARA

- di aver riscontrato positività al COVID-19 (anche in assenza di sintomi) in data _____
- di aver accusato sintomatologia riferibile al COVID-19 (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell’olfatto, ageusia – disturbi gusto) comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell’attività sportiva agonistica

Data e Luogo

L’interessato *

* *in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell’esercente la responsabilità genitoriale*

I Genitori o l’esercente la responsabilità genitoriale

(in caso di atleta minore)

ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTA

che l'Atleta _____

Nato a _____

Il _____

Dichiarato dal sottoscritto **Idoneo** alla pratica sportiva agonistica per lo sport

in data _____

a seguito della visita medica da me effettuata in data _____ e degli accertamenti presi in visione
può riprendere la pratica dello sport agonistico.

Data e Luogo

Il Medico (*Firma e Timbro*)